O médico e a migrânea: conhecimento e procedimentos ao acolhimento a pacientes em um serviço de pronto-atendimento

The physician and migraine: knowledge and procedures on an emergency care service

Anita Chávez Azevedo[1], Caroline Salgado Petrin[1], Laís Andrade Rezende[1], Luisa Cássia Santos Michel[1], Talita Vieira Kfuri[1], Sebastião Rogerio Gois Moreira[2], Mauro Eduardo Jurno[3]

[1]Alunas da Faculdade de Medicina de Barbacena
[2]Doutor em Psicologia, professor da Faculdade de Medicina de Barbacena
[3]Doutor em Neurologia, professor da Faculdade de Medicina de Barbacena, professor externo da Pós-graduação em Neurologia da Universidade Federal Fluminense, coordenador da Residência de Clínicas Médica da FHEMIG/Barbacena

Azevedo AC, Petrin CS, Rezende LA, Michel LC, Kfuri TV, Góis Moreira SR, Jurno ME
O médico e a migrânea: conhecimento e procedimentos ao acolhimento a pacientes em um serviço de pronto-atendimento. Headache Medicine. 2013;4(1):5-12

ABSTRACT

Objetivo: Este trabalho analisou o conhecimento de um grupo de médicos em unidades de emergência, de uma cidade de médio porte localizada em Minas Gerais, a respeito da migrânea/enxaqueca e de como foi o acolhimento realizado por eles. **Método**: Este trabalho de caráter qualitativo utilizou instrumentos como a Ficha de Identificação e Estratificação da Amostra e o Roteiro de Entrevista Semiestruturada, tendo como base os critérios de diagnóstico das cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia e as Recomendações da Sociedade Brasileira de Cefaleia para o tratamento das crises de migrânea. **Resultado**: Nas unidades de emergência desta cidade é frequente o atendimento de pacientes com crise migranosa. De acordo com os entrevistados, a maioria dos pacientes superestima sua dor, porém, o mesmo não ocorre com os médicos, que dizem subestimar a dor de seu paciente. Segundo os entrevistados há uma relação de migrânea com distúrbios psicológicos e seus pacientes necessitam de um atendimento especial, inclusive de um ambiente adequado para atendimento. Nota-se também que não há um critério estabelecido para a escolha de medicamentos assim como para realização de exames complementares e internação. **Conclusão**: Diante do estudo realizado nota-se uma deficiência no acolhimento do paciente migranoso e no conhecimento dos médicos em relação a essa patologia.

Palavras-chave: Médicos; Migrânea; Acolhimento; Atendimento; Unidades de Emergência

ABSTRACT

Objective: This study analysed a group of emergency room doctors from a mid-size Brazilian town knowlegde about migraine and how they provide care for XXX acute migraine patients. **Methods**: This qualitative study used instruments such as the Sample – Identification and Stratification Card and the Semi-Structured Interview Roadmap, based on the International Headache Society set of criteria for headache diagnosis and the Brazilian Headache Society acute migraine attacks treatment recommendations. **Results**: In this town emergency rooms the attendance to patients with acute migrane is frequent. According to the interviewees, most patients tend to overestimate their pain. On the other hand the physicians affirm that themselves tend to underestimate their patient pain. According to the interviewees there is a relationship between migraine and psychological disorders, and their patients need special services, including suitable care facilities. It is also notable that there is no established criteria regarding drug treatment options, as well as complementary tests or hospitalization. **Conclusion**: This study shows deficiencies in acute migraine patients emergency care and in physicians' knowledge regarding this disease.

Keywords: Physicians; Migraine; Host; Service; Emergency units

INTRODUCTION

A migrânea é uma das mais frequentes causas de cefaleia primária e provoca grande impacto social e econômico na vida dos indivíduos.[1-3] Essa doença apresenta uma prevalência anual de 18% em mulheres e 6% em homens, aproximadamente.[1,2] É caracterizada por várias combinações de alterações neurológicas, gastrointestinais e autonômicas. Seu diagnóstico é baseado apenas nas características clínicas da dor e dos sintomas associados.[4-6]

A cefaleia é um dos sintomas mais comuns na clínica médica, havendo estimativas de que 90% dos homens e 95% das mulheres tenham uma crise de cefaleia, anualmente.[7] Alguns trabalhos avaliam que a doença seria responsável por 1% a 16% de todas as visitas às unidades de emergência.[8]

Sabe-se que as cefaleias correspondem a 7,2% de todas as consultas neurológicas em uma unidade de emergência[9] e os diagnósticos mais comuns entre as cefaleias primárias foram migrânea (47,7%), seguida pela cefaleia do tipo tensional (37,6%).[10,11]

Embora outros pesquisadores já tenham abordado este tema, foi constatado que o tratamento efetuado, na maioria dos casos, não foi o recomendado por consensos ou estudos clínicos.[10,12]

Nesta pesquisa abordamos, através da metodologia científica de caráter qualitativo, as atitudes e conceitos dos médicos das unidades de emergência de uma cidade de médio porte em Minas Gerais, frente a pacientes em crise aguda de migrânea. Avaliamos também o perfil demográfico e as características de formação pessoal destes médicos.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, credenciado pelo CONEP (protocolo n° 920/2011).

Utilizaram-se recursos da metodologia científica de caráter qualitativo tendo como participantes da pesquisa médicos que atendem nas Unidades de Emergência de Saúde de uma cidade de médio porte em Minas Gerais.

Os instrumentos utilizados foram a Ficha de Identificação e Estratificação da Amostra e o Roteiro de Entrevista Semiestruturada, tendo como base os critérios de diagnóstico das cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia[9] e as Recomendações da Sociedade Brasileira de Cefaleia para o tratamento das crises de dor de crises de migrânea.[13]

Foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa e o termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), tendo sido solicitado ao participante que respondesse aos questionamentos para o preenchimento da ficha de identificação, e logo após foi realizada a entrevista utilizando-se o roteiro semiestruturado composto por dez perguntas de caráter subjetivo. As entrevistas foram realizadas com os dez primeiros médicos que se dispuseram a participar do estudo. Cada participante foi entrevistado individualmente, em local reservado, sendo as entrevistas gravadas em aparelho de áudio de alta definição e, posteriormente, transcritas respeitando-se a linguagem dos entrevistados.

A análise dos resultados foi realizada segundo a proposta desenvolvida por Bardin[14] e Franco,[15] sendo transcritas as respostas apresentadas pelos participantes.

Em respeito ao anonimato dos médicos entrevistados, eles foram identificados como: Médico 1, Médico 2, Médico 3, Médico 4, Médico 5, Médico 6, Médico 7, Médico 8, Médico 9 e Médico 10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez médicos entrevistados todos estavam, no momento da entrevista, trabalhando como plantonistas em unidades de emergência.

Para o melhor entendimento do perfil demográfico e das características de formação pessoal dos sujeitos do estudo, segue-se abaixo uma tabela com a caracterização dos participantes da pesquisa (Tabela 1).

Durante a entrevista foram abordados pela entrevista semiestruturada, temas como: o entendimento dos médicos em relação à dor de seu paciente, o impacto da dor, as comorbidades, o atendimento do paciente migranoso, a propedêutica e o tratamento.

Primeira questão: "Vocês atendem pacientes com migrânea?". Todos responderam que sim.

A respeito do impacto da dor perguntou-se se os pacientes migranosos superestimam ou subestimam a sua dor e a maioria dos médicos disse que os pacientes superestimam a dor. Seguem-se as justificativas a essa questão:

"É difícil até de responder isso; eu acho que a grande maioria deles superestima a dor porque é uma dor crônica, já estão cansados de ter aquele quadro de enxaqueca, então eu acho que, em algumas situações, talvez a grande maioria superestima, mas não por uma questão... essa

Tabela 1- Perfil demográfico dos médicos entrevistados

Médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nome	U. M. L	F. E. O	C. H. E. F	P. T. D	C. L. R.	R. P. R	D. I. A.	J. L. G	N. A. T	R. L. B. C.
Idade	48	33	27	25	28	30	57	33	32	30
Sexo	M	M	M	M	M	M	M	F	M	M
Naturalidade	Belo Horizonte	Barbacena	Barbacena	Barbacena	Uberlândia	Conselheiro Lafaiete	Belo Horizonte	São João Del Rei	Belo Horizonte	Volta Redonda
Estado Civil	Casado	Solteiro	Solteiro	Casado	Solteiro	Solteiro	Casado	Solteiro	Solteiro	Solteiro
Local de Residência	Juiz de Fora	Barbacena	Barbacena	Barbacena	Barbacena	Conselheiero Lafaiete	Belo Horizonte-Tiradentes	Barbacena	Barbacena	Barbacena
Religião	Católica	Espírita	Espírita	Católica	Evangélico	Ateu	Nenhuma	Católica	Católica	Espírita
Local Formação Superior	UFJF	Petrópolis -RJ	Faculdade Medicina Barbacena	Unifenas	Faculdade Medicina Barbacena	Faculdade Medicina Barbacena	Faculdade Medicina Barbacena	Faculdade Medicina Barbacena	Faculdade Medicina Barbacena	Faculdade Medicina Barbacena
Tempo de formado	21 anos	4 anos	1 ano	1 ano	3 meses	2 anos	28 anos	2 anos	3 anos	2 anos
Especialidade	Oncologista	Clínico Geral	Residente em Cardiologia	Residente em Cardiologia	Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica	Concluindo pós- graduação em Terapia Intensiva	Pós-graduação em Terapia Intensiva	Generalista
Título de especialista da AMB	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Curso de Pós-graduação	Sim. Radioterapia	Sim. Terapia Intensiva	Sim. Cardiologia (em andamento)	Sim. Cardiologia (em andamento)	Não	Não	Sim. Medicina do Trabalho	Sim. Terapia Intensiva	Sim. Terapia Intensiva	Sim. Terapia Intensiva
Contato com pacientes migranosos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Conhece as diretrizes para tratamento das dores de cabeça da SBCe	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Hospital	Ibiapaba	biapaba	biapaba	biapaba	Santa Casa de Misericórdia	Santa Casa de Misericórdia	Santa Casa de Misericórdia	Santa Casa de Misericórdia	Santa Casa de Misericórdia	Santa Casa de Misericórdia

superestimação que fazem da dor não é proposital, acho que é mais pelo cansaço de estarem com aquela dor crônica, então eles acabam sentindo mais dor do que realmente sentem." (Médico 1)

"*Acho que na maioria das vezes eles superestimam a dor. Dizem que estão com muita dor, e quando vamos analisar o paciente, ver o comportamento dele, a frequência cardíaca, vemos que a dor não é tão intensa assim. E quando o paciente distrai um pouco precebemos que ele está conversando normal, sem demonstração de dor.*" (Médico 7)

"*Superestima, eu acho que superestima, é para ser atendido na frente*." (Médico 10)

Os pacientes migranosos têm significativas limitações na qualidade de vida em relação a população saudável[16], e a dor pode contribuir de maneira significativa neste aspecto, o que demonstra que deve ser um sintoma valorizado pelos médicos que atendem os pacientes com migrânea.

O impacto da enxaqueca em termos de produtividade do trabalho é muito importante. Estima-se que só os Estados Unidos sejam responsáveis pela perda de 113 milhões de dólares a cada dia útil, representando perdas econômicas superiores a 13 bilhões de dólares anuais.[17] Além disso, muitos migranosos evitam situações sociais ou festas que possam desencadear crises, o que indica que a migrânea diminui significativamente a qualidade de vida não somente durante os ataques, como também nos períodos intercríticos, quando ansiedade, medo e incerteza contribuem para uma gradual retirada da maioria dos contatos sociais. Um estudo recente[18] indica que a enxaqueca prejudica mais a qualidade de vida que a osteoartrite, diabetes, hipertensão e lombalgia e é tão incapacitante quanto a depressão.

Quando o assunto abordado foi o entendimento do médico a respeito da dor, foi perguntado se o profissional subestima ou superestima a migrânea do paciente, e observou-se respostas diretas, afirmando que o médico subestima a dor:

"*A maioria dos profissionais subestima a migrânea do paciente*." (Médico 3)

"*Pelo fato da gente achar que a dor dele está superestimada, a gente acaba subestimando um pouco a dor.*" (Médico 4)

"*É aquilo que eu já respondi, não podemos ignorar a dor do paciente pois pode ser algo grave, como um tumor ou um aneurisma, por exemplo.* " (Médico 7)

"*Nós trabalhamos com triagem e onde há triagem ninguém passa na frente de ninguém. Quem faz esta triagem é o enfermeiro e aí ele seleciona pelo grau da intensidade da dor e atende-se o mais grave primeiro*." (Médico 8)

Conforme observado por outros autores, a migrânea costuma ser subestimada pelos médicos generalistas embora apareça em grande frequência nas unidades de emergência.[13] Neste contexto, médicos de cuidados primários desempenham um papel fundamental na melhoria da abordagem do diagnóstico e gestão da enxaqueca.

No quesito comorbidades, foi proposta a seguinte pergunta: "Há relação de migrânea com distúrbios psicológicos?" :

"*Ah, sem dúvida, sem dúvida nenhuma. Geralmente pacientes que relatam que estava tudo bem e então teve um aborrecimento, um estresse, algum tipo de problema emocional, que desencadeia essa enxaqueca. Sem dúvida nenhuma, tem sim*." (Médico 1)

"*Com certeza! Os pacientes que têm migrânea se apresentam mais ansiosos durante a consulta e sempre deixam transparecer algum fator psicológico ou familiar.*" (Médico 4)

"*Em alguns casos eu noto algum problema psicológico, emocional, relacionado ao trabalho. Em alguns casos dá para perceber isso, alguns mais, outros menos. Mas essa relação existe sim*." (Médico 6)

"*Sim, acho sim, tem muita relação com fator psicológico, ansiedade, depressão*." *(*Médico 10)

Por outro lado, alguns entrevistados responderam que não há relação da doença com distúrbios psicológicos:

"*Até o momento nunca presenciei não, também nunca questionei*." (Médico 5)

"*Não, isso não. O que eu posso dizer é que quem tem enxaqueca, tem enxaqueca. Bom, quando é um quadro psicológico, você vê na hora que a pessoa está simulando alguma coisa*." (Médico 8)

A associação entre transtornos psiquiátricos e migrânea tem sido observada em diversos estudos clínicos e epidemiológicos.[19,20] Depressão e ansiedade ocorrem com maior frequência entre pacientes com dor de cabeça recorrente.[21]

Os fatores que contribuem para essa associação ainda não estão bem estabelecidos, a hipótese mais provável é de que os mesmos neurotransmissores estão relacionados com enxaqueca, depressão e ansiedade.[21]

Algumas pessoas apresentam mudanças no humor ou no comportamento acompanhando seus ataques de enxaqueca. Queixas de depressão, euforia, irritabilidade, ansiedade, hiperatividade, queda de concentração, distúrbios do sono, anorexia ou aumento do apetite são também comumente relatadas nos pródromos da crise.[22]

De acordo com os trabalhos anteriormente citados nota-se que há relação de transtornos psicológicos com migrânea, e esse transtorno pode exacerbar o impacto da doença, piorar a qualidade de vida e complicar a resposta ao tratamento.

Na questão relativa ao atendimento do paciente, questionou-se se o ambiente de emergência para atendimento do paciente migranoso seria apropriado, e a maioria dos entrevistados respondeu que não. Seguem-se as respostas:

"*Não. No ambiente de emergência tem paciente de tudo quanto é etiologia. O simples fato de haver muito barulho, estresse, gente passando mal do lado, o paciente não vai ter uma resposta, um atendimento tão adequado como num consultório, por exemplo*." (Médico 2)

"*Ah, não é não. Num é porque o paciente quer um ambiente mais tranquilo, mais calmo, um ambiente mais próprio pra tratar da dor. Aqui é barulho, é urgência, emergência, entra um, entra outro, não é um ambiente adequado para tratar de enxaqueca*." (Médico 1)

"*Não, pois é um ambiente tumultuado, tenso, de confronto, com muitas pessoas. Então essa situação é ruim para o enxaquecoso. O PA nunca foi ambiente adequado para isso*." (Médico 7)

"*Olha, normalmente uma pessoa que está com enxaqueca tem uma fotofobia, tem uma certa intolerância ao barulho, tem uma irritação muito grande, então o atendimento de emergência não é um local apropriado.*" (Médico 8)

Com base nas respostas dos médicos entrevistados, nota-se que o ambiente de emergência para atendimento do paciente migranoso não é o adequado, embora o consenso da SBCe sugira que, mesmo para cefaleias leves a moderadas, o paciente seja colocado em local com pouca luz e barulho.[23]

Ainda quando se analisava o atendimento, observou-se que o paciente com migrânea necessita de atendimento especial segundo os relatos:

"*Ah, precisa. Porque, na verdade, a enxaqueca é um sintoma, é um sinal de um conjunto de coisas que estão erradas com aquele paciente. Então, muitas vezes, se ele tem uma dor de cabeça, uma enxaqueca por problemas psicológicos, ou por algum estresse, por alguma outra coisa, não adianta você tratar a dor se não tratar daquela causa que desencadeou a enxaqueca. Às vezes o paciente bebeu demais, ou usou muito alimento à base de chocolate ou de amendoim, que são alimentos sabidamente enxaquecosos; então, se você não tratar do doente, do ritmo de vida, do estresse, da atividade física, você vai acabar tratando só da dor, sem tentar evitar ou espassar essas crises de enxaqueca.*" (Médico 1)

"*Com certeza, visto que a migrânea possui outros fatores. Não é só um fator, é multifatorial, eu acho que o atendimento tinha que ser mais especial.*" (Médico 4)

"*Olha, quando você percebe que o paciente está vindo com muita frequência no plantão e está sempre muito queixoso e choroso, aí, sim, eu acho que necessita também do acompanhamento de um psicólogo.*" (Médico 8)

"*Sim,sim. Pelo menos uma consulta com neurologista para saber se é mesmo enxaqueca, se ela é desencadeada por fator psicológico, e então encaminhar ao psicólogo ou psiquiatra, acho necessário. Porque normalmente tem a crise e volta para casa, passa um tempo tem outra crise, não investiga, e é preciso investigar.*" (Médico 10)

As causas da migrânea são diversas, deve-se dar uma atenção especial a elementos essenciais da história do paciente migranoso. O exame físico nunca deve ser negligenciado mesmo que a história seja sugestiva de cefaleia primária.[24]

A respeito do acolhimento do paciente migranoso várias respostas foram dadas, cada médico segue uma rotina pré-estabelecida, sendo elas:

"*Aqui neste hospital a gente tem uma equipe de enfermagem, uma enfermeira formada, de nível superior, que faz o acolhimento; nesse acolhimento ela nos traz um resumozinho da história, geralmente vem acompanhada de náusea, vômitos, distúrbios visuais, escotoma. Ela faz a medição da PA para descartar uma crise de cefaleia por hipertensão arterial, faz uma anamnese sucinta, aferição da PA, temperatura, pulso, oxigênio e manda prá gente já com um pré-diagnóstico, e no consultório a gente vai explorar mais aqueles sintomas e tratar da enxaqueca.*" (Médico 1)

"*O acolhimento ocorre na triagem, pelo pessoal da enfermagem e depois eles passam o caso prá gente.*" (Médico 3)

"*São triados pela ordem da gravidade dos casos. Aí quem está mais grave passa na frente, e então uma crise de dor fica em segundo plano, a menos que essa dor seja muito intensa. Por exemplo, a enxaqueca pode vir junto com vômitos e se isso ocorrer o paciente vai passar na frente.*" (Médico 8)

"*Vem triado. Faz uma triagem pelo protocolo de Manchester, pela enfermagem. Faz o protocolo de Manchester, que não é adequado também para este tipo de situação.*" (Médico 9)

"*A enfermagem faz a triagem primeiro, pelo critério de Manchester; ela vai avaliar quantos dias, quanto tempo tem a queixa, e o paciente já vem avaliado. Ele é classificado com papéis nas cores azul, amarelo ou verde, e a gente atende conforme a prioridade. Na maioria das vezes, o paciente com cefaleia vai estar na prioridade verde, 4 horas ou mais de espera.*" (Médico 10)

Não há um consenso entre os médicos entrevistados a respeito do acolhimento do paciente migranoso. O que se preconiza em unidades de emergência é o acolhimento com classificação de risco, em que os objetivos são: avaliar o paciente logo na sua chegada humanizando o atendimento; reduzir o número de pessoas aguardando na recepção; diminuir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja examinado precocemente de acordo com a sua gravidade e determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente à sua especialidade.[25]

Quando questionado "o modo como a equipe se refere ao estado do paciente influencia no atendimento médico", a maioria respondeu que sim:

"*Ah, influencia. Por mais que a gente já esteja acostumado a tratar, vem um paciente com enxaqueca, é um 'pitizão', então você já vai atender o doente de uma*

maneira diferente. É lógico que na consulta isso pode mudar; durante a entrevista, a anamnese, isso muda, mas de uma certa maneira traz uma influência para quem está atendendo o doente, traz sim". (Médico 1)

"*Com certeza! Geralmente esses pacientes migranosos, assim... a enfermagem vem falar com a gente como se fosse um paciente mais ansioso, às vezes os chamam até de 'pitizentos'*." (Médico 4)

"*Com certeza. Às vezes chega paciente, principalmente de madrugada, o enfermeiro nos informa que paciente está sentindo determinada patologia e às vezes eles estão subestimando ou superestimando as crises álgicas*." (Médico 5)

Porém, também encontraram-se respostas negativas:

"*Não o meu atendimento porque eu sou muito calma, até com 'piti'. Porque eu acho que até um 'piti' pode ter um fundo importante. Eu acho que não há fumaça sem fogo e alguma coisa está acontecendo. Então, eu levo em consideração cada queixa do paciente*." (Médico 8)

"*No caso da cefaleia não, porque a informação tem que ser obtida dele, do paciente. Eu nem escuto a enfermagem nesse caso, porque ela tem que me dar parâmetros, parâmetros no exame físico; aqui, neste caso, ela não me dá parâmetro nenhum*." (Médico 9)

Quanto ao tratamento foi interrogado aos médicos o critério para escolha de medicamentos, e as repostas variaram de acordo com a intensidade da dor, duração, característica da cefaleia, ausência de sinais de alarme, gravidade, responsividade e alergia. Os relatos abaixo exemplificam:

"*Medicação de uso habitual. Se já tem algum médico que o acompanha, quais medicações que faz uso, se tem alergia. Aí a gente vai usar o analgésico de menos intensidade até o de maior intensidade conforme o caso*." (Médico 2)

"*Existe um critério, normalmente a gente faz o tratamento abortivo, corta a dipirona, dipirona não funciona muito bem; depois pode-se utilizar os anti-inflamatórios, que são a primeira escolha para abordagem num pronto atendimento. Tem também os derivados da ergotamina, os triptanos, alguns antidepressivos também são utilizados, e também tem um estudo mostrando o uso de beta-bloqueador, né, então você vai jogando, vai escalonando, o tratamento, né? Se não for melhorando você vai passando as fases do tratamento*." (Médico 5)

"*É como eu falei anteriormente. Descartando alguma patologia mais grave, a minha conduta é tirar o sofrimento do paciente, eu sempre associo anti-inflamatório com analgésico mais potente e deixo para o neurologista tomar uma decisão mais refinada*." (Médico 6)

"*Bom, primeiro temos que diferenciar algumas coisas: se você vai tratar a crise ou fazer um tratamento profilático contínuo. Na emergência o objetivo é tirar a dor, daí você entra primeiro com medicações mais simples para ver se resolve, e se não resolver você aumenta a potência do medicamento que pode ser desde analgésicos simples, como a dipirona endovenosa e anti-inflamatórios, como o cetoprofeno, até opioides e narcóticos. O critério é de acordo com a intensidade da dor e da responsividade do tratamento*." (Médico 7).

Em nosso meio, boa parte dos hospitais públicos não possuem medicações que são específicas para o tratamento da crise migranosa, como compostos ergotamínicos ou triptanos. Usam-se, em geral, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais parenterais. Em unidades de emergência pública no Brasil, boa parte dos esquemas internacionalmente propostos são, portanto, inexequíveis. A dipirona via endovenosa é a droga mais prescrita como analgésico para tratamento agudo da cefaleia.[24]

Finalizando as entrevistas, os médicos responderam quais seriam os critérios para realização de exames complementares/internação:

"*Quando é uma enxaqueca que você não consegue com medicação habitual, você tenta usar os anti-inflamatórios não esteroides, tenta usar o corticoide, até os antienxaquecosos. Se não melhorou, não trouxe nenhum tipo de melhora para o paciente, aí a gente aconselha o doente a ficar internado, até para tentar uma medicação mais forte, uma analgesia mais forte, que deve ser feita só em ambiente hospitalar... E aqui não é uma referência para a Neurologia, então a gente quase não interna doente aqui com esse quadro de migrânea, a não ser que seja uma coisa mais grave, uma suspeita de meningite, alguma coisa que possa justificar essa internação... E, se nunca tiver tido nada, se for a primeira crise, ou ela não procurou*

um neurologista, a gente interna, ou manda fazer uma ressonância, ou uma tomografia de crânio pra excluir malformação ou alguma outra doença neurológica grave, uma encefalopatia hipertensiva, um tumor cerebral, uma malformação arteriovenosa importante." (Médico 1)

"*Resposta à medicação e o quadro neurológico, que às vezes necessita de um diagnóstico diferencial com outras patologias que não seja a enxaqueca. Depende do quadro clínico do paciente, do principal quadro clínico, e deixa exame complementar pra ajudar, mas a gente não depende do exame complementar para fazer o diagnóstico.*" (Médico 2)

"*Bom, se o paciente tiver uma cefaleia súbita, uma dor de cabeça que se iniciou subitamente, de grande intensidade, um déficit neurológico focal, a gente sempre realiza exame de imagem. Se o paciente chegar com febre a gente faz screening infeccioso, enfim, isso vai depender da clínica que o paciente apresentar, mas se houver algum dado secundário sugestivo de uma cefaleia secundária, a gente tem que recorrer a propedêuticos mais avançados.*" (Médico 3)

"*Aqui eu não peço muito exame complementar para diagnosticar se é mesmo migrânea não. Geralmente eu oriento para procurar um neuro.*" (Médico 4)

"*Muito raro. Eu particularmente nunca pedi internação de um paciente desse tipo. Cmo eu disse na outra resposta, a gente normalmente encaminha para o serviço de neurologia para ele ser acompanhado. Nunca chegamos a ponto de pedir internação para um paciente desse tipo.*" (Médico 5)

"*Acho que é necessário a avaliação de um neurologista porque eu jamais internaria um paciente com enxaqueca. Eu medico e encaminho para o neuro e daí ele faz o eletroencefalograma e vai dar o diagnóstico. Eu encaminho todos os pacientes, pois eu acho que todos merecem uma investigação para a possível causa.*" (Médico 8)

"*Migrânea eu não interno não, oriento o procurar neurologista em ambulatório.*" (Médico 9)

"*Se for uma cefaleia intensa, de início curto, sem historia prévia de enxaqueca, nem nada, pode ser que eu peça uma TC de crânio para o paciente... mas fora isso, só se tiver lesão motora, distúrbio de fala ou qualquer outra coisa que chame atenção. Só a cefaleia mesmo muito difícil, só se ela for rebelde ao tratamento, faz analgesia e nada, faço uma Dipirona ou Tenoxicam e não melhora, faço Tramal e nada, aí provavelmente vou pedir uma TC. Aguardar observação, mas internar por causa de cefaleia é muito difícil.*" (Médico 10)

Nota-se uma falha entre os médicos quanto à escolha correta dos exames complementares e critérios de internação. Há uma alta porcentagem de solicitação de exames complementares entre não especialistas, mesmo sem evidências de que esses exames possam contribuir para o esclarecimento diagnóstico.[12]

A maioria dos médicos não neurologistas desconhece os critérios utilizados para diagnóstico e classificação das formas mais frequentes de cefaleias primárias. A Sociedade Internacional das Cefaleias promoveu uma padronização dos critérios diagnósticos, com o objetivo de uniformizar os sintomas e síndromes presentes nas cefaleias primárias. O intuito é evitar variações no diagnóstico dessas cefaleias 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.[13]

Diante dos frequentes equívocos observados nas entrevistas, nota-se a necessidade de se estabelecerem critérios para investigação laboratorial das cefaleias agudas e padronizar as condutas, com drogas disponíveis em hospitais públicos, frente aos principais tipos de cefaleia primária.

Considerando que a enxaqueca deve ser vista como um problema de saúde pública, é necessária a introdução de ferramentas e programas de triagem eficazes para garantir que os pacientes migranosos não sejam subjulgados ou mesmo subdiagnosticados.

No decorrer da nossa pesquisa, uma dificuldade encontrada para a realização das entrevistas foi a disponibilidade dos médicos, como se trata de um ambiente de emergência muitos estavam ocupados no momento da visita dos pesquisadores. Além disso, o receio dos médicos de se exporem foi considerado também uma limitação.

CONCLUSÃO

Como pôde ser observado, a totalidade dos médicos entrevistados relatou ter contato com pacientes migranosos nos serviços de pronto-atendimento. Tal fato

demonstra que por ser frequente, é importante o manejo correto dos pacientes em crise migranosa nesses ambientes.

Diante do estudo realizado notou-se uma deficiência no acolhimento do paciente migranoso e no conhecimento dos médicos em relação a essa patologia, o que reflete em uma propedêutica e tratamento ineficazes.

O fato de que 60% dos entrevistados afirmaram desconhecer as diretrizes para tratamento das dores de cabeça da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) demonstra a necessidade de programas de educação continuada para médicos de atendimento primário em relação aos critérios de tratamento da migrânea.

REFERÊNCIAS

1. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. The Headaches. Raven Press,1993.
2. Specialli JG, Farias da Silva W. Cefaléias. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
3. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine - currente understanding and treatment. N Engl J Med. 2002 Jan 24;346(4):257-7. Comment in: N Engl J Med. 2002; 347(10):764-6; author reply 764-6.
4. Silberstein SD. Preventive treatment of migraine: an overview Cephalalgia.1997;17(2): 67-72.
5. Krymchantowski AV, Moreira Filho PF. Atualização no tratamento profilático das migrâneas. Arq. Neuro-psiquiatr. 1999; 57(2B), 513-19.
6. Silberstein SD, Goadsby PJ. Migraine: preventive treatment. Cephalalgia. 2002;22(7):491-512. Comment in: Cephalalgia. 2004; 24(10):908; author reply 908-9.
7. Rasmussen BK, Jansen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. Cephalalgia. 1991;11(3):129-34.
8. Bigal ME, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Custos hospitalares das cefaléias agudas em uma unidade de emergência pública brasileira. Arq Neuro-Psiquiatr. 2000; 58(3A):664-70.
9. Lange MC, Braatz VL, Tomiyoshi C, Nóvak FM, Fernandes AF, Zamproni LN, et al. Neurological diagnoses in the emergency room: differences between younger and older patients. Arq Neuropsiquiatr. 2011;69(2A):212-6.
10. Ruiz Jr FB, Santos MS, Siqueiral HS, Cotta UC. Clinical features, diagnosis and treatment of acute primary headaches at an emergency center: why are we still neglecting the evidence? Arq Neuropsiquiatr. 2007;65(4B):1130-3.
11. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition ICHD II Tradução da Sociedade Brasileira de Cefaléia com autorização da Sociedade Internacional de Cefaléia, 2004.
12. Galdino GS, Paz e Albuquerque TI, Medeiros JL. Primary headaches: a diagnostic approach by non-neurologist doctors. Arq Neuropsiquiatr 2007; 65(3-A):681-4. [Article in Portuguese]
13. Comitê AD HOC. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Arq Neuropsiquiatr 2000;58(2A):371-389.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70, Lisboa, 1997.
15. Franco MLPB. Análise de conteúdo. Líber Livro Editora, Brasília, 2007.
16. Stang PE, Osterhaus J. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview survey. Headache. 1993;33(1):29-35.
17. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. JAMA. 2003;290(18):2443-54. Comment in: JAMA. 2004 Feb 11; 291(6):694; author reply 694.
18. Breslau N, Andreski P. Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. Headache. 1995;35(7):382-6. Comment in: Headache. 1995; 35(7):380-1.
19. Radat F, Swendsen J. Psychiatric Comorbidity in migraine: a review. Cephalalgia. 2005;25(3):165-78. Comment in: Cephalalgia. 2005; 25(11):1099-100.
20. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(9):849-53.
21. Merikangas KR, Stevens DE. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders. Neurol Clin. 1997;15(1):115-23.
22. Silberstein SD, Young WB. Migraine aura and prodrome. Semin Neurol. 1995;15(2):175-82
23. Gherpelli JL. Tratamento profilático da migrânea na infância. Disponível em: http://www.sbcefaleia.com/associados/index.php?option...id
24. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Protocolos para tratamento da cefaléia aguda, em unidade de emergência. Medicina, Ribeirão Preto. 1999;32:486-91.
25. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Correspondência
Mauro Eduardo Jurno
Rua Fernando Laguardia 45 – Santa Tereza II
36201-118 – Barbacena, MG
e-mail: jurno@uol.com.br