

Headache Medicine

EDITORIAL

Cefaleia? Não é apenas uma, são muitas!
Headache? It is not one, they are many!
Marcelo Moraes Valença

ORIGINAL ARTICLES

Experiência de ampliação de escuta com utilização da ferramenta PRACTICE para atendimento voluntário de paciente com dor orofacial crônica
Expansion of listening experience with use of the PRACTICE tool for voluntary assistance of patients with chronic orofacial pain
Helen Conceição Moreira Camargos, Karina Viana Brandão, Luiz Paulo Nunes Ferreira Tamez, Anivaldo Alberto de Silva Júnior, Paulo Henrique Faleiro dos Santos

Aspectos socioeconômicos da cefaleia em idosos
Socio-economic aspects of headache in the elderly
Valéria Moura Moreira Leite, Kátia Magdala Lima Barreto, Marcelo Moraes Valença

Impacto da cefaleia primária na qualidade de vida de policiais militares e sua relação com transtorno mental comum
Impact of primary headache on quality of life in military policemen and its relation to common mental disorder
Larissa Costa Leite, Nihâni Cruz de Lucena, Marcelo Moraes Valença, Daniella Araújo de Oliveira

VIEW AND REVIEW

Headache and celiac disease or gluten sensitivity – a review
Cefaleia e doença celíaca ou sensibilidade ao glúten – uma revisão
Elisane Meire Melhado, Ana Carolina Beteilha Cardoso, Stella Regina Mastrangi Ignácio Ribeiro, Mariana de Lima Frachin, Thais Figueiredo de Castro

CASE REPORT

Cefaleia antecedendo paralisia de Bell: Podemos prevenir a paralisia diagnosticando e tratando precocemente?
Headache anticipating Bell's palsy: can we prevent the facial palsy by diagnosing and treating early?
Marcelo Moraes Valença, Luciano Patrício A. Andrade-Valença, Larissa Azevedo, Mário Luciano de Melo Silva Júnior, Hugo André de Lima Martins, Amanda Araújo da Silva, Luciano C. Silva, Daniella Araújo de Oliveira, Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Silvio Caldas Neto



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA
Brazilian Headache Society

Headache Medicine

ISSN 2178-7468

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society
Volume 4 Number 4 October/November/December 2013

CONTENTS

EDITORIAL

- Cefaleia? Não é apenas uma, são muitas!
Headache? It is not one, they are many! 84
Marcelo Moraes Valença

ORIGINAL ARTICLES

- Experiência de ampliação de escuta com utilização da ferramenta PRACTICE para atendimento voluntário de paciente com dor orofacial crônica
Expansion of listening experience with use of the PRACTICE tool for voluntary assistance of patients with chronic orofacial pain 85
Helen Conceição Moreira Camargos, Karina Viana Brandão, Luiz Paulo Nunes Ferreira Tomaz, Aivaldo Alberto da Silva Júnior, Paulo Henrique Faleiro dos Santos
- Aspectos socioeconômicos da cefaleia em idosos
Socio-economic aspects of headache in the elderly 91
Valéria Moura Moreira Leite, Katia Magdala Lima Barreto, Marcelo Moraes Valença
- Impacto da cefaleia primária na qualidade de vida de policiais militares e sua relação com transtorno mental comum
Impact of primary headache on quality of life in military policemen and its relation to common mental disorder 96
Lorena Costa Leite, Nahâmi Cruz de Lucena, Marcelo Moraes Valença, Daniella Araújo de Oliveira

VIEW AND REVIEW

- Headache and celiac disease or gluten sensitivity – a review
Cefaleia e doença celíaca ou sensibilidade ao glúten – uma revisão 102
Eliana Meire Melhado, Ana Carolina Botelho Cardoso, Stella Regina Mastrangi Ignácio Ribeiro, Mariana de Lima Frachia, Thais Figueiredo de Castro

CASE REPORT

- Cefaleia antecedendo paralisia de Bell: Podemos prevenir a paralisia diagnosticando e tratando precocemente?
Headache anticipating Bell's palsy: can we prevent the facial palsy by diagnosing and treating early? 105
Marcelo Moraes Valença, Luciana Patrícia A. Andrade-Valença, Laryssa Azevedo, Mário Luciano de Melo Silva Júnior, Hugo André de Lima Martins, Amanda Araújo da Silva, Louana C. Silva, Daniella Araújo de Oliveira, Mariana de Carvalho Leal Gouveia, Silvio Caldas Neto

- Capa/Cover – Both sides of the retroauricular pain in the Bell's palsy: early diagnosis and treatment
(Laryssa Azevedo and Marcelo M. Valença)

Headache Medicine

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society

Editor-in-Chief

Marcelo Moraes Valença

Past Editors-in-Chief

Edgard Raffaelli Júnior (1994-1995)

José Geraldo Speciali (1996-2002)

Carlos Alberto Bordini (1996-1997)

Abouch Valenty Krymchantowsky (2002-2004)

Pedro André Kowacs and Paulo H. Monzillo (2004-2007)

Editors Emeriti

Eliova Zukerman, São Paulo, SP

Wilson Luiz Sanvito, São Paulo, SP

International Associate Editors

Cristiana Peres Lago, Uruguai

Gregorio Zlotnik, Canadá

Isabel Luzeiro, Portugal

José Pereira Monteiro, Portugal

Kelvin Mok, Canadá

Marcelo Bigal, USA

Nelson Barrientos Uribe, Chile

Editorial Board

Abouch Valenty Krymchantowski, Rio de Janeiro, RJ

Alan Chester F. Jesus, Aracaju, SE

Ana Luisa Antoniazzi, Ribeirão Preto, SP

Ariovaldo A. Silva Junior, Belo Horizonte, MG

Carla da Cunha Jevoux, Rio de Janeiro, RJ

Carlos Alberto Bordini, Batatais, SP

Celia P. Roesler, São Paulo, SP

Claudia Tavares, Belo Horizonte, MG

Cláudio M. Brito, Barra Mansa, RJ

Daniella de Araújo Oliveira, Recife, PE

Deusvenir de Sousa Carvalho, São Paulo, SP

Djagir D. P. Macedo, Natal, RN

Élcio Juliato Piovesan, Curitiba, PR

Elder Machado Sarmento, Barra Mansa, RJ

Eliana Meire Melhado, Catanduva, SP

Fabiola Dach, Ribeirão Preto, SP

Fabiola Lys Medeiros, Recife, PE

Fernando Kowacs, Porto Alegre, RS

Hugo André de Lima Martins, Recife, PE

Jano Alves de Sousa, Rio de Janeiro, RJ

João José F. Carvalho, Fortaleza, CE

Joaquim Costa Neto, Recife, PE

José Geraldo Speciali, Ribeirão Preto, SP

Luis Paulo Queiróz, Florianópolis, SC

Marcelo C. Ciciarelli, Ribeirão Preto, SP

Marcelo Rodrigues Masruha, Vitória, ES

Marcos A. Arruda, Ribeirão Preto, SP

Mario Fernando Prieto Peres, São Paulo, SP

Maurice Vincent, Rio de Janeiro, RJ

Pedro A. S. Rocha Filho, Recife, PE

Pedro Ferreira Moreira Filho, Rio de Janeiro, RJ

Pedro André Kowacs, Curitiba, PR

Raimundo Silva-Néto, Teresina, PI

Renan Domingues, Vitória, ES

Renata Silva Melo Fernandes, Recife, PE

Headache Medicine

ISSN 2178-7468

Jornalista responsável: Ana Carneiro Cerqueira – Reg. 23751 DRT/RJ

A revista *Headache Medicine* é uma publicação de propriedade da Sociedade Brasileira de Cefaleia, indexada no Latindex e no Index Scholar, publicada pela Trasso Comunicação Ltda., situada na cidade do Rio de Janeiro, na Av. N. Sra. de Copacabana, 1059 sala 1201-22060-001 - Copacabana - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2521-6905 - Email: trasso@trasso.com.br - site: www.trasso.com.br. Os manuscritos aceitos para publicação passam a pertencer à Sociedade Brasileira de Cefaleia e não podem ser reproduzidos ou publicados, mesmo em parte, sem autorização da HM & SBCe. Os artigos e correspondências deverão ser encaminhados para a HM através de submissão on-line, acesso pela página www.sbce.med.br - caso haja problemas no encaminhamento, deverão ser contatados o webmaster, via site da SBCe, a Sra. Josefina Toledo, da Trasso Comunicação ou a Sra. Magda Santos, da SBCe, ou os editores (mmvalenca@yahoo.com.br ou fernandokowacs@gmail.com). Tiragem: 1.000 exemplares. Distribuição gratuita para os membros associados, bibliotecas regionais de Medicina e faculdades de Medicina do Brasil, e sociedades congêneres. Publicidade: Paulo Carneiro



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA
Brazilian Headache Society

Sociedade Brasileira de Cefaleia – SBCe filiada à International Headache Society – IHS

Av. Pres. Vargas, 2001 sl. 125- Jd. América - Ribeirão Preto-SP – 14020-260 - Tel: + (16) 3289-3143
Secretaria executiva: Sra. Luana C. Pereira – www.SBCe.med.br - secretaria2@sbccefaleia.com

Diretoria Biênio 2012/2014

Presidente
Marcelo C. Ciciarelli

Secretário
Pedro André Kowacs

Tesoureiro
Mauro Jumo

Departamento Científico
*Mário P. Peres, Luis Paulo Queiróz, Eliova Zukerman,
Marcelo Ciciarelli, Pedro André Kowacs,
José Geraldo Speciali, Eliana Melhado*

Editor da Headache Medicine
Marcelo Moraes Valença

Comitês
Comitê de Dor Oro-Facial
Renata Campi e Renata Fernandes

Comitê de Cefaleia na Infância
Thais Rodrigues Villa

Comitê de Leigos
*João José de Freitas Carvalho (coordenador)
Jerusa Alecrim Andrade, Célia Roesler, Ana Antoniazzi,
Patrícia Peixoto e Claudia Tavares*

Delegado junto à IHS
Pedro André Kowacs

Delegado junto à ASOLAC
Elder Machado Sarmiento

Responsável pelo Portal SBCe
Marco Antônio Arruda

Representante junto à SBED
José Geraldo Speciali

Asociación Latinoamericana de Cefalea – ASOLAC Diretoria Biênio 2012-2014

Presidente
Carlos Federico Buonanotte

Vicepresidente
Michel Volcy

Secretário
Alex Espinosa

Cefaleia? Não é apenas uma, são muitas! *Headache? It is not one, they are many!*

A International Headache Society (IHS) criou critérios⁽¹⁾ para o diagnóstico de cerca de 200 tipos e subtipos de cefaleias, algumas ditas primárias (sem uma causa aparente identificável) e outras classificadas como de origem secundária. Porém, vários outros tipos e subformas de cefaleia permanecem sem o reconhecimento da IHS, como a *epicrania fugaz* descrita recentemente.⁽²⁾ Acreditamos que ainda há muito para se trabalhar no sentido de reconhecimento de várias outras formas de cefaleia ainda não catalogada como entidade oficial.

Nesta edição da *Headache Medicine* Valença e colaboradores estão lançando critérios para uma nova forma de cefaleia que está associada com a paralisia facial idiopática de Bell. Com isso se pretende tornar possível a identificação da cefaleia precocemente antes do desenvolvimento da paralisia facial, tratando o paciente no sentido de prevenir ou atenuar o déficit motor. Estima-se que um em cada 60 indivíduos vai desenvolver uma paralisia facial periférica ao longo da vida. Portanto, a cefaleia retroauricular típica da paralisia de Bell deve ser melhor estudada.

O leitor vai encontrar vários outros artigos abordando diferentes temas na área da cefaleia, como dor orofacial crônica, cefaleia no idoso, cefaleia e doença celíaca, e relação entre cefaleia, transtorno mental comum e qualidade de vida.

References

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul;33(9):629-808.
2. Cuadrado ML, Ordas CM, Sanchez-Lizcano M, Casas-Limon J, Matias-Guiu JA, Garcia-Garcia ME, et al. Epicrania fugax: 19 cases of an emerging headache. *Headache*. 2013 May;53(5):764-74.

Marcelo M. Valença
Universidade Federal de Pernambuco

Experiência de ampliação de escuta com utilização da ferramenta PRACTICE para atendimento voluntário de paciente com dor orofacial crônica

Expansion of listening experience with use of the PRACTICE tool for voluntary assistance of patients with chronic orofacial pain

Helen Conceição Moreira Camargos¹, Karina Viana Brandão¹, Luiz Paulo Nunes Ferreira Tomaz¹, Ariovaldo Alberto da Silva Júnior², Paulo Henrique Faleiro dos Santos³

¹Discente do 5º ano do curso de Medicina na Universidade José do Rosário Vellano

²Docente, Doutor em Neurologia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

³Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Camargos HC, Brandão KV, Tomaz LP, Silva Júnior AA, Santos PH. Experiência de ampliação de escuta com utilização da ferramenta PRACTICE para atendimento voluntário de paciente com dor orofacial crônica. *Headache Medicine*. 2013;4(4):85-90

RESUMO

Justificativa e Objetivos: A dor crônica afeta aproximadamente 30% da população mundial e exige do médico considerável perspicácia para efetivar um diagnóstico que permita estabelecer relações entre as expressões dolorosas e o que esteja por trás delas. Este trabalho objetiva descrever a experiência prática de um grupo de estudantes de medicina, no exercício da ampliação da escuta de pacientes com dor crônica. **Método:** Relato de experiência de estudantes de medicina que foram inseridos numa equipe multidisciplinar e atenderam, como voluntários, durante mais de dois anos, pacientes com dor crônica, utilizando como roteiro das entrevistas a ferramenta PRACTICE. **Resultados:** A ferramenta PRACTICE se mostrou útil para direcionar a anamnese, que demandou maior tempo quando comparada a uma anamnese sem sua utilização. Os estudantes se consideraram mais preparados para abordar paciente com dor crônica em sua futura prática profissional. **Conclusão:** A ampliação da escuta deve ser valorizada no atendimento do paciente com dor crônica e deve ser estimulada ainda no período de formação médica. A ferramenta PRACTICE pode auxiliar a ampliação da escuta de paciente com dor crônica.

Palavras-chave: Dor crônica; Ferramenta PRACTICE; Ampliação da escuta

RESUMO

Background and Objectives: Chronic pain affects approximately 30% of the world population and requires considerable insight to the doctor to confirm a diagnosis which would establish relations between expressions painful and what is behind them. This paper aims to describe the experience of a group of medical students, in enlargement exercise of listening to patients with chronic pain. **Method:** Experience report of medical students who were entered in a multidisciplinary team and met as volunteers for more than two years, patients with chronic pain, using series of interviews as the tool PRACTICE. **Results:** PRACTICE proved useful tool to guide the interview, which required more time when compared to an interview without their use. Students felt more prepared to address patient with chronic pain in their future professional practice. **Conclusion:** The expansion of listening should be considered for treatment of patients with chronic pain and should be encouraged even in the period of medical training. PRACTICE The tool can assist the expansion of listening to patients with chronic pain.

Keywords: Chronic pain; PRACTICE tool; Expansion of listening

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Para a Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP),⁽¹⁾ a dor se constitui como uma experiência emocional e sensitiva desagradável, associada com uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.

A dor, enquanto sintoma ou até mesmo um sinal, pode ter diversas causas, o que exige do médico considerável perspicácia para efetivar um bom diagnóstico, ou seja, um diagnóstico que permita estabelecer relações entre as expressões dolorosas e o que esteja por trás delas.⁽²⁾

Estima-se que a dor crônica acometa aproximadamente 30% da população mundial, no entanto, sua epidemiologia ainda é pouco descrita no Brasil.⁽³⁾ Desta forma, estudiosos do assunto já a consideram um problema de saúde pública e ensinam maior dedicação ao seu estudo.⁽⁴⁾

Observa-se que alguns pacientes com dor crônica, mesmo adequadamente tratados, com terapia farmacológica, não apresentam melhora ou mesmo a apresentam de forma bastante modesta e que estes, em sua maioria, apresentam sinais e sintomas que lhes conferem uma demanda de caráter psicossocial. Diante desta constatação, um grupo de estudantes de medicina, da Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas-Belo Horizonte), sob a orientação do professor neurologista Dr. Ariovaldo da Silva Júnior, decidiram lançar mão da pesquisa científica no intuito de compreender o mister que envolve tal fato, até então pouco abordado na literatura médica, embora já relatado em outras áreas da saúde.

Sabe-se que o subjetivo, o impalpável, só pode ser compreendido se soubermos ouvir não apenas no sentido estrito da palavra, mas ouvir dando significados ao que se ouve e ao que se vê, pois, é dito que "o corpo fala", talvez até mais do que é expresso verbalmente.

"Se o corpo não falasse a palavra não teria sentido. Seria como a fala de um robô, absolutamente sem expressão."

Gaiarsa⁽⁵⁾

Para Neubern⁽²⁾ o corpo é assemelhado, pelo médico, a um laboratório, onde as influências indesejáveis e subjetivas, capazes de contaminar a validade do saber médico, são afastadas ou pretensamente controladas. Corroborando com o autor Stengers,⁽⁶⁾ que afirmou que

a fala, a emoção, a história e o símbolo ligados à dor são convertidos (pelo médico) em sinais secundários ou apenas ignorados em sua complexidade.

Prova da dificuldade da classe médica em saber ouvir o paciente são os dados de um estudo recente, publicado no *The Journal of the American Medical Association*,⁽⁷⁾ constatando que 72% dos médicos americanos interrompem a fala do paciente depois de apenas 23 segundos, em média.

Cientes da responsabilidade dos profissionais da saúde em abordar adequadamente o paciente portador de dor crônica, este trabalho propõe-se a descrever a experiência de um grupo de estudantes de medicina, inseridos num contexto multidisciplinar, exercitando a ampliação da escuta direcionada pela ferramenta PRACTICE.

MÉTODO

Estruturação e dinâmica do Projeto AmbDof

De março de 2010 a julho de 2012, uma equipe multidisciplinar constituída por neurologista, dentistas, psicólogo, assistente social e acadêmicos de medicina atenderam, voluntariamente, em ambulatórios, pacientes com algum tipo de dor crônica, em sua maioria portadores de dor orofacial, formando assim um ambulatório de estudo da dor (AmbDof). Os atendimentos foram realizados por meio de encontros mensais no Centro de Especialização e Treinamento da Odontologia (Cetro-Unidade Belo Horizonte, Belo Horizonte/MG).

Inicialmente foi realizada entrevista semiestruturada que investigava semiologicamente o quadro doloroso do paciente, bem como a presença de hábitos parafuncionais, como apertamento mandibular, bruxismo, entre outros. Posteriormente, dentistas realizaram a palpação muscular pericraniana e cervical destes pacientes, procurando pontos algícos (*trigger points*). Prosseguia-se com avaliação neurológica, por meio da qual eram adequados os diagnósticos segundo os critérios da ICDH-2004. Após esta avaliação multiprofissional, a equipe selecionava casos nos quais percebiam maior dificuldade de abordagem ou mesmo sinais de demanda psicossocial, encaminhando-os para uma avaliação mais ampla, realizada por acadêmicos de medicina, que efetivaram a escuta destes pacientes fazendo uso da ferramenta PRACTICE (descrita a seguir), sob a supervisão de psicólogo e/ou uma assistente social com formação em psicoterapia.



A ferramenta PRACTICE

O PRACTICE8 é um instrumento que funciona como um roteiro para obtenção de informações, focado na resolução de problemas. Cada letra significa uma área de investigação. Todos os acadêmicos envolvidos no Projeto AmbDof foram previamente familiarizados com a ferramenta e treinados para sua utilização como instrumento direcionador da anamnese.

O PRACTICE, portanto, nada mais é senão um mnemônico cujas letras, derivadas do inglês, significam:

Practice

Abreviações	Inglês (Original)	Português (Tradução)
P	Presenting problem	Problema apresentado
R	Roles and structure	Papéis e estrutura
A	Affect	Afeto
C	Communication	Comunicação
T	Time in life cycle	Tempo no ciclo de vida
I	Illness in Family	Doenças na Família
C	Coping with stress	Enfrentando o estresse
E	Ecology	Ecologia

Gusso et al. (8)

Para Gusso et al. (8) o PRACTICE geralmente é usado em conferências familiares, porém, no contexto deste estudo, a ferramenta foi utilizada como direcionador na entrevista de pacientes, que, em sua maioria, participavam da consulta desacompanhados. Desta forma abordou-se em cada atendimento:

Problema: Como o paciente percebe, define e enfrenta o problema atual (por exemplo, sua dor).

Papéis e estrutura: Aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos familiares e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos.

Afeto: Como se estabelecem as trocas de afeto entre os membros e como esta troca reflete e interfere no problema apresentado.

Comunicação: Como acontecem as diversas formas de comunicação entre as pessoas.

Tempo no ciclo de vida: Correlaciona o problema com as dificuldades e as tarefas esperadas dentro das diversas fases do ciclo de vida.

Doenças na família (passadas e presentes): Resgata a morbidade familiar e o modo de enfrentamento nas situações pregressas. Trabalha com a longitudinalidade do cuidado e a importância do suporte familiar.

Enfrentando o estresse: Como a pessoa/família lida com o estresse. A equipe parte das experiências anteriores e analisa a atual. Identifica fontes de recursos internos, explora alternativas de enfrentamento se requeridas e interfere se a crise estiver fora de controle.

Ecologia (ou meio ambiente): Identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser usados os recursos disponíveis. Representada por meio do instrumento "ecomapa", um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

Deste modo, o PRACTICE objetivou direcionar a ampliação da escuta dos pacientes, o que foi facilitado pelos profissionais da área psicossocial que oportunamente interviam na entrevista, a fim de pontuar situações nas quais percebiam necessidade de maior esclarecimento e aprofundamento.

Critérios utilizados para finalizar a experiência

Após cada dia de atendimento, os alunos, conjuntamente com o psicólogo e com a assistente social, faziam discussões crítico-reflexivas acerca dos casos atendidos, pontuando as visões de cada um sobre o caso, bem como as dificuldades encontradas na exploração da(s) queixa(s). Muitas vezes, os alunos foram também submetidos à escuta ampliada, no contexto de trazer à tona suas questões pessoais que se manifestavam direta ou indiretamente em sua condução das anamneses e/ou em suas reações frente aos conteúdos apresentados pelos pacientes.

Com o decorrer do tempo, visto que a experiência adquirida pelos alunos já os deixavam confortáveis o suficiente para abordar o paciente de maneira mais integral, os profissionais envolvidos e os estudantes, em comum acordo, decidiram finalizar o período de experiência clínica e compartilhá-la com a comunidade científica. Ao refletir sobre a riqueza do aprendizado adquirido, pensou-se na melhor maneira de transmiti-lo, a fim de incentivar ações semelhantes.

Delimitação do tipo de estudo para divulgação dos resultados

A natureza deste objeto impôs a adoção dos preceitos metodológicos do estudo qualitativo que, de acordo com Pope & Mays,⁽⁹⁾ está relacionado aos significados que as pessoas atribuem às experiências do mundo social e como o compreendem. Tenta interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão.

Diferente da pesquisa quantitativa, os métodos qualitativos consideram a comunicação do pesquisador em campo como parte explícita da produção de conhecimento, em vez de simplesmente encará-la com uma variável a interferir no processo. A subjetividade do pesquisador, bem como dos sujeitos do estudo, tornam-se parte do processo de pesquisa (Flick).⁽¹⁰⁾ Além disso, as pesquisas qualitativas fazem emergir aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. Estes aspectos nos levaram a usar como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada focalizada, uma vez que ela permite obter dados, opiniões sobre tema bem definido e explicitamente delimitado.⁽¹¹⁾ No total foram quatro estudantes que permaneceram até o final do Projeto e concordaram em relatar suas experiências, procedendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), a qual discorre sobre o respeito devido à dignidade humana. Neste trabalho, fez-se cumprir ainda o direito do anonimato, omitindo-se os nomes dos entrevistados e foram descritos apenas seus relatos.

Os dados das entrevistas foram organizados de acordo com os pressupostos de pesquisa qualitativa apontados por Minayo⁽¹²⁾: leituras e releituras de cada entrevista a fim familiarizar com o conteúdo expresso e, assim, estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmando ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado. Procedeu-se então o pinçamento das unidades de registro, relendo-as quantas vezes se fizeram necessárias no intuito de apreender o sentido latente e expresso nelas para uni-las por convergência e formar as unidades temáticas de análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A entrevista com os acadêmicos, que participaram do projeto AmDof, constou das seguintes questões:

1) Descreva como foi a sua experiência de atendimento aos pacientes no ambulatório do CETRO. O que mais lhe chamou atenção nesse processo?

2) O que é ampliação de escuta para você?

3) Sua experiência no atendimento ao paciente com dor crônica, utilizando o PRACTICE, foi diferente em algum aspecto quando comparado à sua anamnese em outros ambulatórios nos quais não a utilizou? Se sim, em que diferiu?

4) Você acredita que esta prática da ampliação da escuta auxiliará em sua futura prática profissional? Se sim, como?

A análise compreensiva permitiu localizar na fala dos entrevistados as unidades de registro que Minayo⁽¹²⁾ diz referir-se aos elementos obtidos através de decomposição do conjunto da mensagem.

As unidades de registro foram obtidas por meio do pinçamento central das respostas de cada pergunta e foram agrupadas de acordo com a similaridade de seus conteúdos, que receberam um título abrangente para caracterizar a ideia geral das respostas.

Os estudantes demonstraram, por meio de suas falas, que a experiência de atendimento aos pacientes no ambulatório de dor foi positiva, o que lhes permitiu ampliar a escuta, compreender o paciente em sua totalidade e os ajudaram a criar uma visão crítica sobre a anamnese tradicional:

1) Aprender a ouvir o outro:

"Foi uma experiência ímpar, na qual pude dedicar meu tempo para ouvir, mas ouvir de verdade."

"Chamou-me atenção o quanto que as pessoas precisam falar, expressar seus sentimentos, e como que somos carentes do ouvir em nossa sociedade."

2) Compreender o paciente em sua totalidade:

"Me permitiu ver o paciente como um ser humano único, fragilizado por sua dor, inserido em um contexto biopsicossocial, e com uma história de vida impregnada de valores culturais, espirituais e sociais."

"Acho que o que mais me chamou atenção foi como cada um de nós enfrenta ou simplesmente vive e convive com a dor de maneiras diferentes."

3) Questionar a anamnese tradicional

"O que mais me chamou atenção foi a falta de sensibilidade e a estruturação desnecessária que durante a formação médica adquirimos."

Sabe-se que a medicina foi fundamentada no estudo dos componentes biológicos do corpo para

construir suas teorias, elaborar seus diagnósticos e determinar seus tratamentos.⁽¹³⁾ Assim, o século XIX foi marcado por um processo de rápido desenvolvimento do saber, no qual houve uma supervalorização do método científico. Isso, na medicina, implicou em incontestáveis avanços, mas trouxe consigo certo esquecimento de seu lado humanístico que agora se faz ressurgir. Para Cassel,⁽¹⁴⁾ a tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa, descobrindo as origens da doença e do sofrimento e com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e, ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa.

Ao serem questionados quanto ao conceito de ampliação de escuta, os estudantes a definiram como: saber ouvir em profundidade e considerar os aspectos biopsicossociais do paciente.

1) Ouvir em profundidade

"É ir além do que o paciente nos conta. É ouvir e saber explorar em profundidade o que é contado."

"Enxergar através das entrelinhas do discurso verbal e não verbal do paciente."

2) Considerar aspectos biopsicossociais do paciente

"É ter uma visão holística, não apenas ouvir a queixa física do paciente e sim conhecê-lo melhor e ver que por trás de um sintoma há uma realidade psíquica e espiritual individualizada, que interage com seu meio ambiente, sociedade e cultura da sociedade na qual está inserido."

"É conseguir atender o paciente na sua integralidade, observando as peculiaridades individuais de cada um."

De modo geral, os estudantes consideraram a ferramenta PRACTICE como útil e facilitadora do processo de ampliação da escuta, embora aumente o tempo da consulta:

"Com o PRACTICE ao alcance dos olhos durante a anamnese eu me sentia mais segura e não esquecia de abordar os aspectos biopsicossociais do paciente, o que nem sempre fazemos numa consulta comum."

"Observei que o tempo de atendimento em uma consulta, utilizando o PRACTICE, é maior, porém o paciente se sente acolhido e acredita mais no tratamento."

"A ferramenta PRACTICE em minha opinião possibilita conectar informações que poderiam passar despercebidas, contribuindo para o diagnóstico e tratamento. Utilizá-lo é de suma importância para garantir qualidade de vida e em última análise ter a sensibilidade de intervir no fator complicador e perpetuador da referida dor."

"Aprofundamos nos aspectos psicossociais em detrimento dos aspectos puramente biológicos, tentando ao fim correlacioná-los."

Os acadêmicos que participaram do projeto consideraram que a experiência da ampliação da escuta será um fator diferencial em suas formações e que certamente os auxiliará na futura prática profissional e apontaram como aspectos positivos: maior segurança na abordagem do paciente, redução do número de consultas, diferenciação no mercado de trabalho e facilitação do diagnóstico etiológico da dor. Exemplos:

1) Maior segurança na abordagem do paciente:

"Sinto-me bem mais segura em abordar o paciente e sempre reservo um tempinho da anamnese para explorar estas questões de como o paciente lida com seu problema, tento encontrar coincidências entre suas queixas e sua história de vida, seus problemas pessoais...(...) o vínculo que formamos é muito maior."

2) Redução do número de consultas

"Ao desprender um tempo maior na consulta, permite compreender o contexto em que o paciente está inserido, podendo desta forma realizar a melhor conduta, evitando assim que o paciente retorne várias vezes ao atendimento."

3) Diferencial no mercado de trabalho

"A familiarização com a ampliação de escuta será com certeza um diferencial importante para o atendimento clínico profissional. (...) tendo em mente, que a medicina também é uma arte, saber conectar, a sensibilidade da escuta atenta ao paciente (...); fica claro que ter participado do projeto contribuiu de sobremaneira para formação de uma opinião sólida sobre a necessidade de médicos que tenham este perfil, já que atualmente são escassos."

4) Facilitação do diagnóstico etiológico da dor

"Se aprendermos a deixar o paciente falar, ele nos dará toda a informação necessária, seja por meio do discurso ou por linguagem corporal. Uma vez feito isso, saberemos o que perguntar e identificaremos de forma mais fácil o "gatilho" da dor do paciente e não apenas tratar a consequência da mesma, mas sim a causa."

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição desde 1988. E embora, desde então, o Brasil tenha se esforçado por fazê-lo cumprir, ainda há muito que se fazer para que a pessoa doente não seja vista sob a ótica reducionista das subespecialidades. Para se alcançar uma visão completa do sujeito adoecido e assim,

compreender a causa dessa(s) doença(s) o médico necessita de habilidades de comunicação para fazer uma leitura global do contexto daquela doença, considerando o que o paciente expressa, verbalmente ou não.

Sobre isso, Helman (1994) apud Caprara & Franco⁽¹⁵⁾ trazem que, em se tratando dos padrões de comunicação verbal e não verbal, assim como a variedade de padrões comunicacionais, são muitos os problemas que surgem na relação médico-paciente destacando-se: a dificuldade de compreensão, por parte do médico, das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; a falta ou a dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento. Desta forma, o PRACTICE se mostra como um facilitador do processo de aprofundamento da escuta, mas não exclui a necessidade de um treinamento do profissional para a captação da linguagem corporal do paciente, o que permitirá uma melhor compreensão do problema apresentado.

CONCLUSÃO

Percebe-se surgir um novo cenário da medicina, no qual o paciente é reconhecido como principal instrumento de cura, exercendo papel fundamental no sucesso do seu próprio tratamento. Desta forma, vê-se a construção de uma nova relação médico-paciente, no qual o médico se colocará cada vez mais como facilitador ou orientador do processo de autocura, ombreando com o paciente a responsabilidade de buscar sempre a origem e o tratamento para sua doença. Assim sendo, saber ouvir e interpretar sua linguagem verbal e corporal, bem como compreender o contexto social, cultural e ambiental no qual se insere o sujeito adoecido, se faz de suma importância para se exercer a medicina do século XXI.

A integralidade do cuidado parece ser viabilizada pelo atendimento conjunto multiprofissional. A ferramenta PRACTICE somada à orientação de profissionais da área psicossocial se mostrou como facilitadora do processo de ampliação da escuta.

Diante de tais fatos, conclui-se que a escuta ampliada deve ser valorizada no atendimento do paciente com dor crônica e certamente também naqueles com outras afecções à saúde. Sua estimulação, ainda no período de formação médica, se mostra um diferencial importante, que contribui para maior segurança e humanização no atendimento, interferindo positivamente na relação médico-paciente e facilitando assim o cuidado integral ao sujeito adoecido.

REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study of Pain - IASP. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. 2ed. Copyright © 2013. Disponível em: < <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>>. Acesso em 15 de Março de 2013.
2. Neubern MS. Hipnose, dor e subjetividade: considerações teóricas e clínicas. *Psicologia em Estudo*. 2009;14(2):303-10.
3. Anderson C, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor* 2011;12(4). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de março 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000400003>.
4. Holtz VV, Stechman J. Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. *Rev Dor*. 2008;9(2):1217-24.
5. Gaiarsa JA. O corpo fala? *Motriz*. 2002;8(3):85-90.
6. Stengers I. Le médecin et le charlatan. In Neubern MS. Hipnose, dor e subjetividade: considerações teóricas e clínicas. *Psicologia em Estudo*. 2009;14(2), p. 303-10.
7. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999;281(3): 283-7.
8. Gusso G, Lopes JMC, et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. *Artmed*, Vol. I, 2012.
9. Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
10. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 405p, 2009.
11. Lima MC. Monografia: a engenharia da produção acadêmica. São Paulo: Saraiva, 2004.
12. Minayo MCS. (Org.). (2001). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes.
13. Gallian DMC. A (re)humanização da medicina. Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da Unifesp-EPM. Volume 34, número 4, 2001-2002. Disponível em: < <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em 07 de Abril de 2013.
14. Cassel E. The nature of suffering and the goals of medicine. Oxford: Oxford University Press, 1991.
15. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:647-54.

Correspondência

Helen Conceição Moreira Camargo

Núcleo de Pesquisa UNIFENAS

Rua Líbano, 66 – Bairro Itapoã

31710-030 – Belo Horizonte, MG

Tel.:(31)3497-4300 - email: helencamargos@oi.com.br

Received: December 2, 2013

Accepted: December 20, 2013

Aspectos socioeconômicos da cefaleia em idosos

Socio-economic aspects of headache in the elderly

Valéria Moura Moreira Leite¹, Katia Magdala Lima Barreto¹, Marcelo Moraes Valença²

¹Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil

²Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil

Leite VM, Barreto KM, Valença MM. Aspectos socioeconômicos da cefaleia em idosos. *Headache Medicine*. 2013;4(4):91-5

RESUMO

Introdução: Dentre os comprometimentos da saúde de idosos, a cefaleia se apresenta como a principal queixa motivadora da busca por socorro médico, cuja qualidade depende das condições sociais. **Objetivo:** Delinear o cenário socioeconômico da cefaleia em idosos, por meio de uma revisão crítica. **Método:** Procedeu-se à revisão crítica de artigos publicados entre 2000 e 2013, independente de idioma, disponíveis com texto integral nas bases de dados PubMed, Scopus, EBSCO Information Service, Scientific Electronic Library on line (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), tendo por tema aspectos socioeconômicos de pacientes com cefaleia, investigados em estudos de base populacional ou multicêntricos. **Resultados:** Foram localizados 59 artigos, dos quais 40 foram excluídos por título e resumo e 12 por não detalharem a análise socioeconômica de pacientes com cefaleia. Sete artigos compuseram a revisão, com os quais se identificou que a menor condição econômica inviabiliza o acesso dos idosos a serviços de saúde especializados no diagnóstico e no tratamento de cefaleia, seja por busca espontânea seja por encaminhamento. **Considerações finais:** Os fatores dificultadores do acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado da cefaleia por idosos são seu baixo nível socioeconômico e a falta de treinamento específico dos profissionais de saúde. A inclusão da cefaleia em idosos nos cursos de formação médica, inicial e continuada, é necessária e particularmente importante tendo em vista o envelhecimento da população.

Palavras-chave: Epidemiologia; Envelhecimento; Cefaleia; Fatores socioeconômicos

ABSTRACT

Introduction: Among the health impairments of the elderly, headache is the main complaint for seeking medical help, and its quality depends on social conditions. **Objective:** To delineate the socioeconomic scenario of headache in elderly, through a critical review. **Method:** We carried out a critical review of articles published between 2000 and 2013, independently of idiom, with full text available on PubMed, Scopus, EBSCO Information Services, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American Literature and Caribbean Health Sciences (LILACS) databases. These articles should have socioeconomic aspects of patients with headache as theme, investigated in population-based or multicenter studies. **Results:** We localized 59 articles, among which 40 were excluded by title and abstract and 12 because they did not detail socioeconomic analysis of patients with headache. Seven articles were included in the review. With them it is identified that the lower economic status impede access of elderly to specialized health services in the diagnosis and treatment of headache, either by spontaneous search or through referral. **Final considerations:** The hindering factors for the access of elderly to diagnosis and appropriate treatment of headache were their low socioeconomic status and the lack of specific training of health professionals. The inclusion of headache of elderly in initial and continuing medical education is necessary and particularly important due to population aging.

Keywords: Epidemiology; Aging; Headache; Socioeconomic factors

INTRODUÇÃO

Em decorrência da redução da taxa de fecundidade e da melhoria das condições de vida observa-se envelhecimento populacional. Esse fenômeno caracteriza-se pela transição demográfica, mas também pela transição epidemiológica, as quais têm exigido modificações sociais e nos serviços de saúde para atenção à população idosa.⁽¹⁾

Ambas as transições requerem a preocupação de criar as melhores condições para um envelhecimento ativo, quebrando o paradigma de idosos enquanto pessoas dependentes.

Para tanto, é imprescindível assegurar aos idosos a manutenção da capacidade funcional em todos os aspectos – mental, físico, social e econômico – ou seja, o pleno gozo de sua cidadania.^(2,3)

O envelhecimento ativo, saudável, depende da interação multidimensional de vários fatores, dentre os quais a saúde. Dentre os comprometimentos da saúde de idosos, a cefaleia se apresenta como a principal queixa motivadora da busca por socorro médico, seja primária, seja secundária, já que a idade atua como fator de risco independente para sua instalação.^(4,5)

Estudos nacionais e internacionais têm sido desenvolvidos priorizando diagnóstico, tratamento e prevenção de crises de cefaleia, mas são escassas as pesquisas que abordam os aspectos sociais e econômicos da doença, ou seja, que admitem o paciente como foco de atenção. Também são numerosos os estudos sobre capacidade funcional de idosos, mas poucos têm base populacional e um número ainda menor associa capacidade funcional e cefaleia nessa população.

Duas pesquisas de base populacional foram desenvolvidas na região rural da Itália e se constituem em estudos de referência. Camarda e Monastero,⁽⁶⁾ em 2003, em população de 1.031 idosos, identificaram prevalência de 22% de cefaleia. Principe et al.,⁽⁷⁾ em 2001, investigaram a prevalência de cefaleia no último ano em 1.147 idosos, por meio de entrevista porta-a-porta e exame neurológico. Relataram prevalência de 72,6% e detalharam que 44,5% deles apresentavam cefaleia associada à incapacidade para as atividades de vida diária (AVD), embora não as tenham detalhado.

Além dessa escassez de informações, outro aspecto relevante da cefaleia em idosos diz respeito à dificuldade de diagnóstico preciso dessa enfermidade,

bem como à associação direta do poder econômico do idoso com seu atendimento por especialista em cefaleia.

Identifica-se a necessidade de investigar o conhecimento sobre o contexto em que se insere o idoso com cefaleia, contemplando o impacto da doença sobre seu envelhecimento e a realidade do suporte a que tem acesso. O objetivo deste artigo foi delinear o cenário socioeconômico da cefaleia em idosos por meio de uma revisão crítica.

MÉTODO

Procedeu-se à revisão crítica buscando nas bases de dados PubMed, Scopus, EBSCO Information Service, Scientific Electronic Library on line (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLacs), os descritores "aging", "eld*", "cephalalgia", "headache", "socioeconomic*" e "economic status", para localização de artigos publicados entre 2000 e 2013, independente de idioma, disponíveis com texto integral, que tivessem como tema aspectos socioeconômicos de pacientes com cefaleia, investigados em estudos de base populacional ou multicêntricos.

Dois juízes fizeram a seleção dos artigos inicialmente pelo título e pelo resumo, para, em uma segunda etapa, por meio da leitura do texto completo, selecionar os artigos que integraram a revisão.

RESULTADOS

Foram localizados 59 artigos, submetidos à análise crítica por título e resumo, do que resultou a exclusão de 40 artigos. Dentre os 19 artigos submetidos à crítica pela leitura do texto completo, 12 foram excluídos por não detalharem a análise socioeconômica de pacientes com cefaleia, do que resultou sete artigos comporem esta revisão, conforme se observa no fluxograma (Figura 1) e no Quadro 1.

Dos sete artigos, três apontaram a influência do status socioeconômico sobre a cefaleia.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Detalhando essa influência, identificou-se a contextualização de que a menor condição econômica inviabiliza o acesso a serviços de saúde especializados no diagnóstico e no tratamento da cefaleia,^(10,11) aspecto considerado relevante para maior eficácia e menor impacto social e econômico dessa morbidade.^(7,11-13)

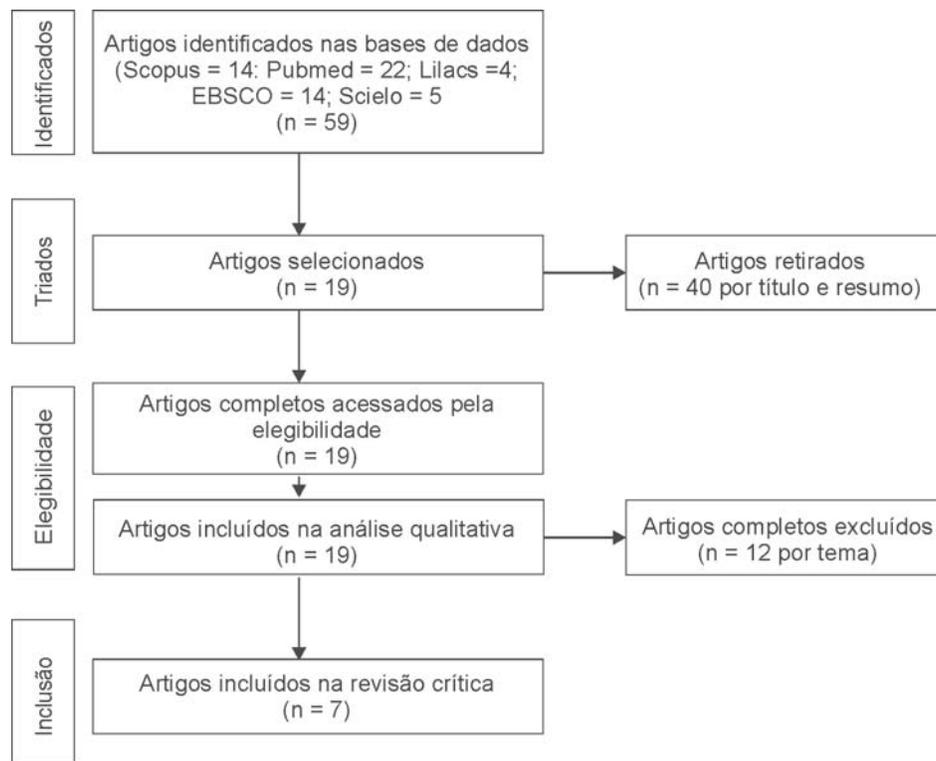


Figura 1. Fluxograma de definição dos artigos que integraram a revisão crítica

Quadro 1- Caracterização dos estudos que compõe a revisão crítica

Autor(es) (ano)	Periódico	População estudada	Resultados
Vaish e Shekhawat (2013) ¹³	<i>Indian J. Pain</i>	Pacientes com e sem cefaleia entre 18 e 60 anos de idade	A cefaleia compromete a vida social dos pacientes
Le et al. (2011) ⁸	<i>J. Headache Pain</i>	Pacientes com cefaleia entre 20 e 71 anos de idade	Dentre os efeitos negativos da migrânea, está menor nível socioeconômico, devido ao menor nível educacional
Hagen et al. (2002) ⁹	<i>Cephalalgia</i>	Pacientes com cefaleia a partir dos 20 anos de idade	O baixo status socioeconômico tem forte associação com cefaleia crônica frequente
Voley-Gómez (2006) ¹⁰	<i>Revista de Neurologia</i>	Pacientes em diversas idades, moradores em países da América Latina	Pacientes com cefaleia com baixo nível socioeconômico têm menor acesso a serviços de saúde especializados no diagnóstico e no tratamento de cefaleia, correspondendo a maior custo social e para o serviço de saúde
Tzourio et al. (2003) ¹²	<i>J. Neurol Neurosurg Psychiatry</i>	Pacientes com cefaleia entre 63 e 75 anos de idade	A melhor conduta diagnóstica e terapêutica é estabelecida por especialista em cefaleia quando comparada à de não especialistas
Prencipe et al. (2001) ⁷	<i>J. Neurol Neurosurg Psychiatry</i>	Pacientes com cefaleia a partir de 65 anos de idade	A consulta com especialista é uma particularidade muito importante para melhor diagnóstico, principalmente nas cefaleias discretas e de início tardio, porque os sintomas podem ser pouco específicos
Wilper et al. (2010) ¹¹	<i>Neurology</i>	Pacientes com cefaleia a partir dos 18 anos de idade	Pacientes com cefaleia sem plano de saúde mais frequentemente abandonam a terapêutica e não recebem tratamento de prevenção de crises, porque não são atendidos por especialistas, gerando impacto econômico para o sistema de saúde

DISCUSSÃO

O conteúdo dos artigos permitiu construir um raciocínio lógico quanto à importância da associação entre aspectos socioeconômicos e cefaleia em idosos, tema raramente abordado.

A maioria dos estudos sobre cefaleia tem como foco de atenção a doença, suas características epidemiológicas e a adequação das condutas diagnósticas e terapêuticas, voltando-se pouco para o paciente e para as condições de acesso ao cuidado médico.

Dessa forma, buscou-se, inicialmente, identificar estudos que dessem conta das desvantagens socioeconômicas que a cefaleia pode causar, tema que se identificou controverso. Estudo realizado em hospital indiano, com o objetivo de identificar fatores socio-demográficos que comprometem a qualidade de vida de pacientes com cefaleia entre 18 e 60 anos de idade, constatou que houve prejuízo do domínio social.⁽¹³⁾ Quando se considera tal prejuízo em idosos com cefaleia, depreende-se outro aspecto não valorizado pelos autores, uma vez que a restrição social prejudica também a vida funcional, hoje considerada um paradigma de saúde para o idoso.

Não se pode mais considerar saudável exclusivamente o idoso sem doença, posto que o envelhecimento se associa à predisposição do comprometimento de múltiplas funções, favorecendo o isolamento social do idoso, dentre outros aspectos.⁽²⁾ Daí decorre a pertinência de valorizar a associação de cefaleia com redução da qualidade de vida pelo comprometimento do domínio social. Significa dizer que o idoso com cefaleia estará exposto a outros prejuízos funcionais.

Adicionalmente, se tem demonstrado que a cefaleia tem impacto também em aspectos socioeconômicos. Estudo realizado com 22.718 adultos e idosos com cefaleia, na Noruega, comprovou que o baixo status socioeconômico tem associação significativa com a frequência da cefaleia mais que com o tipo, fato que, na opinião dos autores, pode estar relacionado com a acurácia diagnóstica.⁽⁹⁾

A ponderação dos autores da relação entre baixo status socioeconômico e acurácia diagnóstica da cefaleia é de fundamental importância para idosos, já que sua condição econômica dificulta o acesso a serviços especializados, do que decorrem frequentes consultas ambulatoriais como também atendimentos em serviços de emergência, aumentando os custos sociais e econômicos derivados da cefaleia.^(9,10)

Admitindo o modelo causal social, o baixo nível socioeconômico pode desencadear outros prejuízos, tais como aumento do estresse e alimentação inadequada,⁽⁹⁾ bem como redução de atividades instrumentais de vida diária, particularmente o lazer, que é de fundamental importância para o bem-estar dos idosos, ou seja, para um envelhecimento ativo. Admitindo o aumento mundial da população idosa, esses achados demandam atenção especial. Não se trata apenas de considerar a cefaleia como doença a ser investigada em idosos, mas valorizar suas consequências em aspectos não diretamente relacionados às suas características clínicas. Para os idosos com cefaleia, especialmente no Brasil, parece pertinente afirmar que a associação da doença com o status socioeconômico está a merecer maior atenção.

Reforçando a relação entre status socioeconômico, qualidade de vida e cefaleia, pesquisa de base populacional incluindo 31.865 pacientes dinamarqueses, entre 20 e 71 anos de idade, demonstrou que o baixo nível educacional contribui para baixo nível socioeconômico, comprometendo também a qualidade de vida. Os autores detalham essa relação ponderando que menor escolarização dificulta melhores oportunidades de emprego, do que decorre redução do nível socioeconômico, portanto redução de resposta aos estímulos sociais e ambientais e de opções de estilo de vida.⁽⁸⁾

Observa-se que esse estudo apoia a afirmação de que a cefaleia compromete a qualidade do envelhecimento, período de vida que se associa à redução da renda pessoal pelo afastamento das atividades profissionais formais, o que contribui para a restrição social do ambiente de trabalho, mas também da comunidade e da família. Na medida em que a renda pessoal é reduzida, diminuem também a autonomia e a independência para escolhas sociais.⁽¹⁰⁾

A redução das escolhas não se restringe, entretanto, aos aspectos sociais, como ressaltado, mas reduz também o acesso a serviços de saúde especializados, o qual tem sido enfatizado na literatura sobre cefaleia, como a pesquisa realizada em uma população de 1.188 indivíduos com 63 a 75 anos de idade, que concluiu que a conduta diagnóstica e terapêutica mais eficaz para cefaleia é feita por especialistas, quando comparada àquela realizada por não especialistas.⁽¹²⁾ Adicionalmente, pesquisa incluindo 833 idosos a partir dos 65 anos de idade demonstrou que as consultas com especialista são ainda mais importantes nos idosos com cefaleias discretas, dadas as dificuldades diagnósticas pela particularidade dos sintomas.⁽⁷⁾

Diante dessas evidências, o baixo status socioeconômico adquire maior importância, porque a impossibilidade de atendimento especializado em cefaleia somada à dificuldade diagnóstica potencializam todos os prejuízos de vida funcional dos idosos, impossibilitando ainda mais o envelhecimento ativo.

O contexto de status socioeconômico e consulta a especialista pode ter, na adesão a planos privados de saúde, uma solução ou um fator facilitador. No Brasil, dada a vigência do Sistema Único de Saúde, essa opção é quase que a única para tais consultas. Esse aspecto foi objeto de estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos. Dentre 6.814 consultas de pacientes com cefaleia a serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares, os atendimentos realizados por especialista em cefaleia resultaram em diagnósticos mais precisos, tratamento adequado às crises e instituição de terapêutica preventiva, do que derivaram menores custos sociais e econômicos para o sistema de saúde.⁽¹¹⁾

Os custos sociais estão representados pela necessidade de constante busca por atendimento, em virtude da ineficácia do tratamento instituído, bem como pelos custos indiretos infringidos pela dor, pelos prejuízos sociais que a doença acarreta e pelo desgaste emocional do insucesso na busca de cuidados médicos. Quanto aos custos econômicos, há que se considerar o número de consultas realizadas de forma inadequada e os gastos com medicação, internamento e atendimento médico. Em sistemas de saúde com escassez de recursos financeiros, de disponibilidade de leitos hospitalares e de vagas para consultas ambulatoriais, a associação entre cefaleia e status socioeconômico, tendo a adesão a planos privados de saúde, é preocupante e pode não ser a solução para a maioria dos idosos.

CONCLUSÃO

Nesse contexto, depreende-se das evidências apresentadas a necessidade de prover treinamento às equipes médicas sobre diagnóstico e tratamento de cefaleia desenvolvido por especialistas; aumento desses profissionais nos serviços de saúde e inclusão da cefaleia em idosos nos cursos de formação médica, como tema de especial importância devido ao envelhecimento da população. Essas providências são indubitavelmente as únicas viáveis para o Sistema Único de Saúde, quando comparadas à possibilidade de adesão a planos privados de saúde pelos idosos.

A implantação de tais condutas deverá, entretanto,

estar associada a pesquisas sobre o impacto da cefaleia na vida funcional de idosos, para melhor adequação das condutas terapêuticas, contribuindo para uma assistência que efetive o envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. Saúde do idoso. 2a ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG; 2013.
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: 2005.
3. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Saúde Pública.* 2005;19(1):333-41.
4. Souza JA, Moreira Filho PF, Jevoux CC, Albertino S, Sarmento EM, Brito CM. Idade como um fator de risco independente para cefaléias secundárias. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2004; 62(4):1038-45.
5. Jonsson P, Hedenrud T, Linde M. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. *Cephalalgia.* 2011 Jul;31(9):1015-22.
6. Camarda R, Monastero R. Prevalence of primary headaches in Italian elderly: preliminary data from the Zabùt Aging Project. *Neurol. Sci.* 2003 May;24 Suppl 2:S122-4.
7. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, Santini M, Pezzella F, Scaldaferrì N, et al. Prevalence of headache in an elderly population?: attack frequency, disability, and use of medication. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2001;70:377-81.
8. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik KO, Olesen J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J. Headache Pain.* 2011;12(2):157-72.
9. Hagen K, Vatten L, Stovner LJ, Zwart J, Krokstad S, Bovim G. Low socio-economic status is associated with increased risk of frequent headache?: a prospective study of 22 718 adults in Norway. 2002;310(26):672-9.
10. Voley-Gómez M. Impacto social, económico y en el sistema de salud de la migraña y otras cefaleas primarias. *Rev. Neurol.* 2006;43(4):228-35.
11. Wilper A, Woolhandler S, Himmelstein D, Nardin R. Impact of insurance status on migraine care in the United States: a population-based study. *Neurology.* 2010;74(15): 1178-83.
12. Tzourio C, Gagnière B, Amrani M El, Bousser M-G, Alperovitch A. Lay versus expert interviewers for the diagnosis of migraine in a large sample of elderly people. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2003;74(2):238-41.
13. Vaish S, Shekhawat B. Impact of socio-demographic factors on quality of life of primary chronic daily headache patients. *Indian J. Pain.* 2013;27(2):92.

Correspondência

Valéria Moura Moreira Leite

Avenida Moraes do Rego s/n - Cidade Universitária

50670-901 - Recife, PE, Brasil

Telefone: (81) 2126-8931

Endereço eletrônico: vmmleite@hotmail.com

Impacto da cefaleia primária na qualidade de vida de policiais militares e sua relação com transtorno mental comum

Impact of primary headache on quality of life in military policemen and its relation to common mental disorder

Lorena Costa Leite¹, Nahâmi Cruz de Lucena², Marcelo Moraes Valença³, Daniella Araújo de Oliveira¹

¹Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

²Departamento de Fisioterapia, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Imip, Recife, PE, Brasil

³Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Leite LC, Lucena NC, Valença MM, Oliveira DA. Impacto da cefaleia primária na qualidade de vida de policiais militares e sua relação com transtorno mental comum. *Headache Medicine*. 2013;4(4):96-101

RESUMO

Objetivo: Determinar o impacto gerado pela cefaleia primária na qualidade de vida dos policiais militares do Recife e sua relação com a presença de transtornos mentais comuns.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, com 211 policiais militares de rua, homens, atualmente da ativa, com idade entre 20 e 50 anos ($33,0 \pm 7,7$ anos). A presença de cefaleia foi avaliada por meio de um questionário baseado no ICHD-II, considerando a presença de cefaleia nos últimos três meses. Para avaliar o impacto causado pela cefaleia foi utilizado o questionário *Headache Impact Test-6*. Para o rastreamento de transtorno mental comum foi utilizado o questionário *Self Reporting Questionnaire-20*. A intensidade da dor foi mensurada através da escala numérica da dor.

Resultados: 142/211 policiais (67,3%) apresentaram cefaleia nos últimos três meses. Destes 57/142 (40,1%) apresentavam impacto muito grave de acordo com o HIT-6. A presença de transtornos mentais comuns foi observada em 82/142 (57,7%). Houve correlação significativa entre a intensidade da dor referida pelos indivíduos e o escore obtido no HIT-6 ($r^2=0,2466$; $p<0,0001$), como também entre a intensidade da dor e o escore encontrado no SRQ-20 ($r^2=0,0887$; $p<0,0003$). **Conclusão:** A presença da cefaleia, nos últimos três meses, em policiais militares do Recife, causou impacto negativo na qualidade de vida, com maiores índices de indicativo de morbidade psiquiátrica não psicótica nestes indivíduos.

Palavras-chave: Cefaleia; Qualidade de vida; Ocupações; Polícia; Estresse psicológico

ABSTRACT

Objective: To determine the impact caused by primary headache on quality of life in military policemen of Recife and its relation to the presence of common mental disorders.

Methods: This is a transversal study with 211 active policemen, aged between 20 and 50 years (33.0 ± 7.7 years). The presence of headache was evaluated by using a questionnaire based on ICHD-II, in the last three months. To evaluate the impact of the headache it was used the Headache Impact Test-6. The indicative of probable case of common mental disorder was done by the Self Reporting Questionnaire-20. Pain intensity was measured using a numeric pain rating scale.

Results: 142/211 officers (67.3%) had headache in the last three months. 57/142 (40.1%) were placed in the most severe category in HIT-6. Common mental disorders were observed in 82/142 (57.7%). There was a significant correlation between the intensity of pain reported by the subjects and the score obtained in HIT-6 ($r^2=0.2466$; $p<0.0001$), as well as between the intensity of pain and the score found in the SRQ-20 ($r^2=0.0887$; $p<0.0003$). The ten officers who reported to have never had an episode of headache in their lifetime had neither symptoms of mental distress nor were dissatisfied with their work activity. **Conclusion:** The presence of headache in the military policemen of Recife, in the last three months, caused a negative impact on their quality of life, as well as, a higher indicative of non-psychotic psychiatric morbidity in these individuals.

Keywords: Headache; Quality of life; Occupation; Police; Psychological stress

INTRODUÇÃO

A cefaleia é um sintoma bastante frequente, sendo considerada um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido ao impacto individual e social que causa.⁽¹⁻⁴⁾

Qualquer evento que possa alterar a rotina diária do indivíduo de forma positiva ou negativa, através de fonte geradora de estresse, provocará respostas variadas na qualidade de vida. As respostas adaptativas ao estresse são mediadas por características individuais em consequência de uma ação externa, situação ou acontecimento que impõe à pessoa exigências físicas ou psicológicas especiais.⁽⁵⁾

Neste contexto, sabe-se que a cefaleia é capaz de gerar impacto direto e indireto na vida dos indivíduos,^(6,7) e o estilo de vida sob tensão, causado por fatores psicológicos, socioculturais, ambientais e físicos, contribui para o déficit nas atividades diárias e resulta em diminuição da qualidade de vida.^(8,9)

Certas atividades laborais podem trazer sérias consequências na qualidade de vida de seus trabalhadores devido ao ambiente de trabalho no qual estão expostos, fazendo com que se tornem mais susceptíveis a desencadear ou tolerar a cefaleia.^(10,11)

O papel do policial militar é de fundamental importância para garantir o bem estar social da população.⁽¹¹⁾ No entanto, para que isso aconteça, os policiais de rua são constantemente expostos ao perigo e à violência no seu dia-a-dia. Tal fato faz com que estejam entre os profissionais que exercem atividades de alto risco, como também os que mais sofrem de estresse.^(11,12)

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo avaliar o impacto da cefaleia primária na qualidade de vida em policiais militares do Recife e sua relação com a presença de transtornos mentais comuns.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal. A pesquisa foi realizada entre abril e setembro de 2012. Foram entrevistados 218 policiais militares de rua, homens, atualmente da ativa, da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. A idade dos 211 policiais variou entre 20 e 50 anos ($33,0 \pm 7,7$ anos). Os policiais foram aleatoriamente selecionados nos seus respectivos Batalhões: 11º (Batalhão 17 de Agosto), 12º (Batalhão Arraial Novo do Bom Jesus), 13º (Batalhão Coronel João Nunes), 16º (Batalhão Frei Caneca) e 19º (Batalhão André Vidal

de Negreiros). Foram excluídos sete questionários devido ao preenchimento incompleto.

Todos os participantes responderam um formulário contendo informações sociodemográficas e ocupacionais, como também questões sobre estresse laboral e presença de cefaleia com suas características. Para avaliar o impacto causado pela cefaleia foi utilizado o questionário *Headache Impact Test-6* (HIT-6).⁽¹³⁾ A presença de sofrimento mental foi avaliada pelo questionário *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20).⁽¹⁴⁾

O *Headache Impact Test-6* (HIT-6) foi desenvolvido por especialistas internacionais em cefaleia, cujo objetivo é medir o impacto da cefaleia na capacidade do indivíduo no trabalho, nos estudos, em casa e em situações sociais. O questionário é composto por seis questões que avaliam a gravidade da dor, perda de trabalho, atividades sociais, alterações cognitivas e de humor. O impacto da cefaleia é classificado de acordo com o escore em: "pequeno ou nenhum impacto" – naqueles indivíduos que obtiverem um escore de 36 a 49 pontos; "algum impacto" – nos que pontuarem de 50 a 55 pontos; "impacto acentuado" – nos indivíduos com escore entre 56 e 59; "impacto muito grave" – naqueles que alcançarem mais de 60 pontos.⁽¹³⁾

O *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, é utilizado para mensuração do indicativo de transtornos mentais comuns, que se caracterizam por sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Utilizado em estudos brasileiros, especialmente em grupos de trabalhadores, o questionário possui vinte questões e aqueles que obtiverem pontuação maior ou igual a cinco terão indicativo de provável caso de morbidade psiquiátrica não psicótica. O instrumento avalia se há algum transtorno, sem, contudo, oferecer um diagnóstico do tipo de transtorno existente.⁽¹⁴⁾

A mensuração da intensidade da dor foi realizada através da escala numérica da dor e seu escore foi classificado em dor leve (1-3), dor moderada (2-7) e dor grave (8-10).

Para efeito de análise estatística, nos questionários HIT-6 e SRQ-20 foram utilizados os dados dos policiais militares com cefaleia nos últimos três meses.

Os dados obtidos na pesquisa são mostrados como média \pm desvio padrão. Utilizamos o teste D'Agostino-Pearson para verificar o tipo de distribuição das variáveis a serem estudadas. Para as variáveis que não apresentaram uma distribuição normal utilizamos o teste não

paramétrico de Mann-Whitney. Na análise das variáveis categóricas aplicamos o teste exato de Fisher. O nível de significância considerado como diferente estatisticamente foi $p < 0,05$. Correlação entre variáveis dependentes foi analisada pela regressão linear. Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 13.0 para Windows.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), no mês de novembro de 2011, cuja numeração é 232; CAAE 0206.0.236.000-11.

RESULTADOS

No estudo, 211/218 (96,8%) policiais militares preencheram corretamente os questionários. Não houve diferença na média de idade entre os batalhões estudados, $p=0,116$. Em relação à presença de cefaleia, 201/211 (95,3%) referiram ter apresentado algum episódio ao longo da vida, 186/211 (88,2%) no último ano, 142/211 (67,3%) nos últimos três meses e 91/211 (43,1%) apresentaram cefaleia na última semana. E ainda, 10/211 (4,7%) policiais relataram que nunca tiveram cefaleia.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e ocupacionais dos 211 participantes. O fator remunerativo [186/211 (88,2%)], seguido do trânsito intenso [181/211 (85,2%)] e da temperatura elevada [178/211 (84,4%)] foram os fatores estressantes mais frequentemente relatados pelos participantes.

Quantificando a dor de acordo com a escala numérica da dor, houve diferença significativa entre os policiais que se queixaram de cefaleia nos últimos três meses ($5,3 \pm 1,9$) em relação aos sem cefaleia no mesmo período ($3,9 \pm 1,6$); $p < 0,001$. Quando avaliada a intensidade da dor por categoria, observou-se que indivíduos com cefaleia nos últimos três meses apresentam escores mais graves quando comparados aos sem cefaleia neste mesmo período, ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Houve correlação positiva entre o escore do HIT-6 e a escala de intensidade da dor ($r^2=0,2466$; $p < 0,0001$). Também ocorreu correlação positiva entre a intensidade da dor e o escore obtido no SRQ-20 ($r^2=0,0887$; $p < 0,0003$) (Figura 1).

Os policiais com queixa de cefaleia nos últimos três meses apresentaram maior impacto na qualidade de vida quando comparados aos sem cefaleia neste mesmo período, [(56 \pm 8,2) com cefaleia e (47,0 \pm 6,9) sem cefaleia]; $p < 0,05$. Na Tabela 3, 57/142 (40,1%) dos

Tabela 1. Características sociodemográficas na amostra de 211 policiais militares (idade em anos $33,0 \pm 7,7$)

Variáveis	N	%
Estado civil		
Solteiro	74	35,1
Casado	127	60,2
Divorciado	8	3,8
Viúvo	1	0,5
União estável	1	0,5
Tempo de serviço		
De 1 a 3 anos	82	38,9
De 4 a 6 anos	48	22,7
De 7 a 10 anos	11	5,2
>10 anos	70	33,2
Local de trabalho		
11º Batalhão	24	11,4
12º Batalhão	55	26,1
13º Batalhão	41	19,4
16º Batalhão	53	25,1
19º Batalhão	38	18,0
Turno de trabalho		
Diurno	99	46,9
Noturno	52	24,6
Alternado	60	28,4
Horas extras		
Sim	104	49,3
Não	107	50,7
Trabalha fora da PM		
Sim	30	14,2
Não	181	85,8
Equipamento de proteção individual		
Sim	197	93,4
Não	14	
Satisfação com trabalho		
Muito satisfeito	14	6,6
Satisfeito	84	39,8
Pouco satisfeito	85	40,3
Insatisfeito	28	13,3
Fatores estressantes no trabalho		
Fator remunerativo	186	88,2
Trânsito intenso	181	85,2
Temperatura elevada	178	84,4
Violência	171	81,0
Estresse contínuo	169	80,1
Risco iminente de morte	164	77,7
Privação de sono	160	75,8
Excesso de ruídos	140	66,4
Aumento de demanda excessiva de serviços em horas extras	139	65,9
Diversidade de ocorrência	129	61,1
Falta de preparo emocional	51	24,2
Hábito de fumar		
Sim	12	5,7
Não	199	94,3
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	99	46,9
Não	112	53,1
Uso de droga		
Sim	2	0,9
Não	209	99,1
Uso medicamento para cefaleia		
Sim	109	54,2
Não	82	40,8
Realiza atividade física		
Sim	161	76,3
Não	50	23,7

Tabela 2. Intensidade da cefaleia categorizada em leve, moderado e grave entre os indivíduos com e sem cefaleia nos últimos três meses

Intensidade da dor	Grupos		*p
	Com cefaleia n=142	Sem cefaleia n=59	
0 - 3 (leve)	25/142 (17,6%)	28/59 (47,5%)	0,0001
4 - 7 (moderada)	94/142 (66,2%)	29/59 (49,2%)	0,0269
8 - 10 (grave)	23/142 (16,2%)	2/59 (3,4%)	0,0100

* Teste exato de Fisher

Tabela 3. Escores obtidos nos questionários HIT-6 (*Headache Impact Test-6*) e sua comparação entre os indivíduos com e sem cefaleia nos últimos três meses

Questionário HIT-6	Grupos		P
	Com cefaleia n=142	Sem cefaleia n=59	
Escore total*	56±8,2	47±6,9	0,0001†
Grau de Incapacidade‡			
I	31/142 (28,8%)	42/59 (71,2%)	0,0001
II	30/142 (21,1%)	11/59 (18,6%)	0,8478
III	24/142 (16,9%)	4/59 (6,8%)	0,0734
IV	57/142 (40,1%)	2/59 (3,4%)	0,0001

* Os dados denotam média ± desvio padrão

† Teste Mann-Whitney

‡ Teste exato de Fisher

Tabela 4. Escores obtidos no questionário SRQ -20 (*Self Reporting Questionnaire-20*) e sua comparação entre os indivíduos com e sem cefaleia nos últimos três meses.

Questionário SRQ-20	Grupos		*p
	Com cefaleia n=142	Sem cefaleia n=59	
Com sofrimento mental	82/142 (57,7%)	11/59 (18,6%)	0,0001
Sem sofrimento mental	60/142 (42,3%)	48/59 (81,4%)	

* Teste exato de Fisher

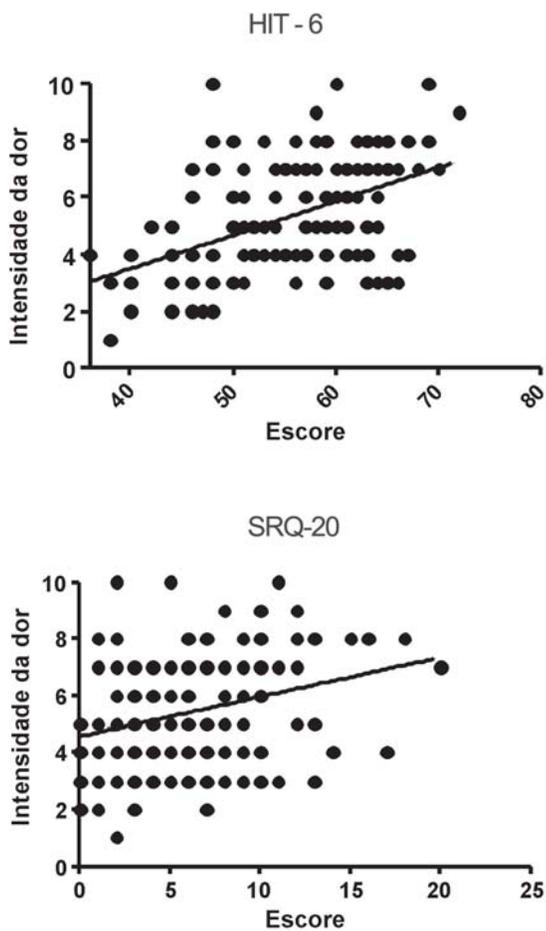


Figura 1. Correlação entre a intensidade da dor (0-10) e o escore obtido no questionário HIT-6 (*Headache Impact Test-6*, $r^2=0,2974$; $p<0,0001$; painel superior) e entre a intensidade da dor (0-10) e o escore obtido no questionário SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire-20*, $r^2=0,0887$; $p=0,0003$; painel inferior) nos 142 indivíduos com cefaleia nos últimos três meses.

políciais com cefaleia nos últimos três meses apresentaram escores elevados, sendo enquadrados na categoria mais grave no HIT-6. No questionário SRQ-20, 93/201 (46,3%) policiais apresentam sofrimento mental, dos quais 82/93 (88,2%) queixaram-se de cefaleia nos últimos três meses, $p<0,0001$ (Tabela 4).

Na amostra total, 10/211 (4,7%) afirmaram nunca ter sofrido de algum episódio de cefaleia ao longo da vida. Os dez policiais apresentaram escores abaixo de cinco pontos no questionário SRQ-20, mostrando que eles não apresentam sintomas de transtornos mentais comuns. Quanto à satisfação com o trabalho, foi observado que 1/10 (10%) estava muito satisfeito, 8/10 (80%) estavam satisfeitos e apenas 1/10 (10%) estava pouco satisfeito.

DISCUSSÃO

Os efeitos prejudiciais da cefaleia na capacidade funcional e qualidade de vida estão bem estabelecidos na literatura e a avaliação da incapacidade causada pela cefaleia pode facilitar a tomada de decisões de tratamento adequado,⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ que pode ser iniciado de forma aguda ou preventiva.⁽¹⁸⁾

Neste estudo destacou-se a investigação do impacto da cefaleia na qualidade de vida de policiais militares do Recife, atuantes nas ruas e constantemente vivenciando situações de estresse físico e psicológico durante sua atividade laboral.

O impacto na qualidade de vida gera custos diretos e indiretos. Os custos diretos englobam gastos em assistência médica, ambulatorial e medicamentosa.⁽¹⁹⁾ Estes dados corroboram os achados no presente estudo, pois observou-se que a maioria dos policiais com cefaleia nos últimos três meses [76/142 (53,5%)] fazia uso de remédio para cefaleia e neste mesmo grupo 82/142 (57,7%) houve maior presença de transtorno mental comum. Atualmente sabe-se que o uso excessivo de medicações para cefaleia, associado às alterações comportamentais e psicológicas (ansiedade, depressão e distúrbios do sono, bem como anormalidades nos testes de avaliação psicológica), está associado à cronificação da cefaleia.⁽²⁰⁾

Os custos indiretos estão relacionados à diminuição na produtividade do trabalho,^(19,21) que no estudo pode ser visto através da pouca satisfação ou insatisfação dos policiais com o trabalho, onde 12/23 policiais que estavam pouco satisfeitos (52,2%) atribuíram maior escore grave (i. e. 8-10) na escala numérica da dor.

A intensidade da dor observada no grupo com cefaleia nos últimos três meses obteve um de escore de 5,3 ($\pm 1,9$), o qual pode ter ocorrido devido ao fato dos homens apresentarem menos queixa de dor que as mulheres. Há relato na literatura que mostra a diferença desse escore entre gêneros. Nesse mesmo estudo, a prevalência de condições dolorosas, especialmente a cefaleia, foi maior e com dor mais grave nas mulheres, que pode estar relacionada às flutuações cíclicas de estrogênio e progesterona.⁽²²⁾

O grupo de policiais com cefaleia nos últimos três meses obteve um resultado de maior impacto na qualidade de vida dos indivíduos que apresentaram maior escore na intensidade da dor de cabeça, coincidindo com estudos prévios que mostram influência direta da intensidade da dor na qualidade de vida profissional, por gerar incapacidade nos indivíduos que a apresentam.^(23,24)

É importante considerar a organização do trabalho a que os funcionários estão submetidos, pois quando certas situações são apresentadas como natural, existe a desconsideração da organização do trabalho como fator relevante na presença de sofrimento.⁽²⁵⁾

Existe na literatura uma demonstração de que uma resposta psicológica à cefaleia está associada à diminuição na qualidade de vida, independentemente das características da dor de cabeça e de outras variáveis demográficas e psicológicas.⁽²⁶⁾

Respostas do estresse são medidas por características individuais que podem ser de natureza cognitiva,

comportamental, afetiva ou fisiológica, englobando estados de apatia, insatisfação, fadiga e ansiedade, podendo ainda gerar distúrbios psicossomáticos de maior gravidade,⁽⁵⁾ evidenciando que tanto a cefaleia quanto os transtornos mentais podem coexistir no mesmo indivíduo.⁽²⁷⁾ Indo de acordo com o que foi dito, no presente estudo observou-se que nos policiais com presença de transtornos mentais comuns houve uma maior pontuação na intensidade da cefaleia.

Os policiais que nunca apresentaram cefaleia na vida também não sofriam de transtornos mentais comuns, nem estavam insatisfeitos com o trabalho. Esse fato poderia sugerir que esses indivíduos se adaptam com mais facilidade a situações de estresse, como visto em estudo anterior, o qual relata que a presença de agentes estressores impõe exigências físicas ou psicológicas especiais às pessoas que são capazes de executar respostas adaptativas ao estresse.^(5,28)

De acordo com o que foi visto no presente estudo, a presença de fatores estressantes nas atividades laborais estão relacionadas com o prejuízo na qualidade de vida dos policiais militares com cefaleia. Dessa forma, vale ressaltar a importância de um acompanhamento multidisciplinar para o tratamento, como também trabalhos de prevenção da cefaleia para uma melhora na promoção e proteção da qualidade de vida desses profissionais.

CONCLUSÃO

A presença da cefaleia, nos últimos três meses, em policiais militares do Recife, causou impacto negativo na qualidade de vida, com maiores índices indicativo de morbidade psiquiátrica não psicótica nestes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Queiroz LP, Peres MFP, Kowacs F, Piovesan EJ, Ciciarelli MC, Souza JA, Zukerman E. Um estudo epidemiológico nacional da cefaleia no Brasil. *Migrâneas cefaleias*. 2008;11(3):190-6.
2. Tsuji SR, Carvalho DS. Aspectos psíquicos das cefaleias primárias. *Rev. Neurociências*. 2002;10(3):129-36.
3. Lipton RB, Bigal ME. Epidemiology of migraine in Latin America: an editorial. *Headache*. 2005;45:103-4.
4. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*. 2001;21:774-7.
5. Bernardi MT, Bussadori SK, Fernandes KPS, Biasotto-Gonzalez DA. Correlação entre estresse e cefaleia tensional. *Fisioter. Mov.* 2008;21(1):87-93.

6. Pinto BFB, Santos A, Oliveira CMG, Silva MAJ, Costa BY, Carvalho MC, et al. Prevalência e impacto da cefaleia nos funcionários de uma empresa: avaliação com a colaboração da Associação de Trabalhadores. Migrêneas cefaleias. 2008;11(4): 229-32.
7. Bigal ME, Speciali JG. Classificação, epidemiologia e impacto das cefaleias crônicas diárias. Einstein. 2004;2 (Supl 1):1-4.
8. Berg J. Economic evidence in migraine and other headache: a review. Eur J Health Econ. 2004;5 (Supl 1):S543-S554.
9. Belam J, Kernick D, Kline F, et al. A qualitative study of migraine involving patient researchers. Br J Gen Pract. 2005;55: 87-93.
10. Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(3): 722-9.
11. Patterson GT, Chung IW, Swan PG. The effects of stress management interventions among police officers and recruits. Campbell Systematic Reviews. 2012;7:1-53.
12. Costa M, Accioly Jr H, Oliveira J, Maia E. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(4):217-22.
13. The Headache Impact Test (HIT) <www.amlhealthy.com.>
14. Santosa KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). Rev Baiana Saude Publica Miolo. 2010;34(3):544-60.
15. Shin HE, Park JW, Kim YI, Lee KS. Headache Impact Test-6 (HIT-6) scores for migraine patients: their relation to disability as measured from a headache diary. J Clin Neurol. 2008;4:158-63.
16. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. Neurology. 2000;55:624-9.
17. Lipton RB, Liberman JN, Kolodner KB, Bigal ME, Dowson A, Stewart WF. Migraine headache disability and health-related quality of-life: a population-based case-control study from England. Cephalalgia. 2003;23:441-50.
18. Peres MFP, Amado DK, Gonçalves AL, Ribeiro R, Pagura JR, Queiroz LP. The need for preventive therapy in primary headaches. Headache Medicine. 2011;2(2):46-9.
19. Oliveira DA, Brito JKC, Souza CMS, Cruz CKR, Silva LC, Siqueira GR, et al. Cefaleia do tipo tensional e migrânea em funcionários de uma instituição de ensino superior: grau de incapacidade. Headache Medicine. 2011;2(2):61-5.
20. Evers S, Jensen R. Treatment of medication overuse headache - guideline of the EFNS headache panel. European Journal of Neurology. 2011;18:115-2.
21. Lambert J, Carides GW, Meloche JP, Gerth WC, Marentette MA. Impact of migraine symptoms on health care use and work loss in Canada in patients randomly assigned in a phase III clinical trial. Can J Clin Pharmacol. 2002;9:158-64.
22. Palmeira CCA, Ashmawi HA, Posso IP. Sexo e percepção da dor e analgesia. Rev Bras Anestesiologia. 2011;61(6).
23. Sauro KM, Rose MS, Becker WJ, Christie SN, Giammarco R, Mackie GF et al. HIT-6 and MIDAS as measures of headache disability in headache referral population. Headache. 2010; 50:383-95.
24. Magnusson JE, Becker WJ. Migraine frequency and intensity: Relationship with disability and psychological factors. Headache. 2003;43:1049-59.
25. Louzada RCR, Silva Filho JF. Formação do pesquisador e sofrimento mental: um estudo de caso. Psicologia em Estudo. 2005;10(3):451-61.
26. Holroyd KA, Drew JB, Cottrell CK, Romanek KM, Heh V. Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms. Cephalalgia. 2007; 27(10):1156-65.
27. Jette N, Patten S, Williams J, Becker W, Wiebe S. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders - a national population-based study. Headache. 2008;48:501-16.
28. Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Martins LAN. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. J Bras Psiquiatr. 2008;57(3):178-83.

Correspondência

Daniella Araújo de Oliveira

Av. Jorn. Anibal Fernandes, s/n, Cidade Universitária, Recife, PE,
Brasil, 50740-560.

Fone:(55-81) 21268937, Fax: (55-81) 21268491
email:sabino_daniella@ig.com.br

Conflito de interesse: sem conflito de interesse

Fonte financiadora do projeto: Recursos próprios

Received: Dec 12, 2013

Accepted: Dec 16, 2013

Headache and celiac disease or gluten sensitivity – a review

Cefaleia e doença celíaca ou sensibilidade ao glúten – uma revisão

Eliana Meire Melhado, Ana Carolina Botelho Cardoso, Stella Regina Mastrangi Ignácio Ribeiro, Mariana de Lima Frachia, Thaís Figueiredo de Castro

¹Integrated Medical School of Catanduva – FIPA – Catanduva, SP, Brazil

Melhado EM, Cardoso AC, Ribeiro SR, Frachia ML, Castro TF. Headache and celiac disease or gluten sensitivity – a review. Headache Medicine. 2013;4(4):102-4

ABSTRACT

The aim of this study is to do a review of the relationship of celiac disease (CD) or gluten sensitivity (GS) with headache. The authors conclude that there is a connection between headaches and gluten intolerance.

Keywords: Headache; Gluten; Migraine

RESUMO

O objetivo do estudo foi fazer uma revisão sobre a relação da doença celíaca (DC) ou sensibilidade ao glúten (GS) com as cefaleias em geral. Os autores concluem que existe associação entre cefaleia e intolerância ao glúten.

Palavras-chave: Cefaleia; Glúten; Migrânea

INTRODUÇÃO

Celiac disease (CD) is an absence of intestinal peptidase that digest gluten protein, whose intolerance results in a total or subtotal atrophy of the proximal small intestine causing malabsorption of nutrients. Gluten, derived from the Latin *glūten* is the main ingredient for a wide variety of pastas and breads, it is an amorphous protein composed by mixing long protein chains of gliadin and glutenin.

Interaction between genetic, immunological and environmental factors account for the heterogeneity of the

disease. It is associated with the genes of the main histocompatibility complex (MHC) and, in particular, to the HLA-DQ2 or HLA-DQ8 allelic variants. The intestinal lesion is mediated by humoral and cellular components of the immune response. The existing treatment is a diet free of prolaminas, especially gluten.

The diagnosis is established by the demonstration of the histological characteristics of the duodenum changes.⁽¹⁾ In gluten sensitivity (GS), there are gastrointestinal and extraintestinal symptoms, and the tests usually do not meet histological alterations of the mucous membrane of the small intestine and autoimmune antibodies [tissue transglutaminase (tTG) and endomysial (EMA)]; However, an increased level of anti-gliadinal antibodies (AGA) is frequently observed. In GS, allergy to gluten is also absent. The exact criteria for the diagnosis of this nosology is not identified, but most researchers believe that the prevalence of gluten intolerance is much higher than of celiac disease. A gluten free diet leads to the disappearance of clinical symptoms.

Population studies indicate that between 0.5% and 1% of the population of Western Europe and North America, respectively, suffer from CD. This corresponds to about three to six million people, and the largest part of them remain undiagnosed.⁽²⁾

Most complaints related to CD or GS have no familiarity in the case of headaches. None of the authors say migraine headache, they just say headache. In other words the headache, probably by homeostatic-metabolic changes of the disease, might be migraine-like.

The aim of this study is to do a review of the relationship of celiac disease (CD) or gluten sensitivity (GS) with headache.

METHODS

The method used was searching scientific literature. We researched articles and bibliographic reference on the internet. Bireme, MedLine, Scielo, Lilacs and PubMed are websites that we used. The articles were requested in their entirety through the College Library. Bibliographic sources were cited by the Vancouver guidelines.

RESULTS

In a German study of 72 patients (that were recruited through advertisements in the *Journal of the German Celiac Society*), 28% of them with CD reported migraines. In most cases there was no decrease in the frequency and intensity of migraine crises after the introduction of gluten free diet.⁽¹⁾

In an Italian study taken between 2003 and 2006, there was a retrospective portion, which included patients with diagnosed CD in Bari and Catania. All patients (and their caregivers) received a questionnaire asking how their headaches were before their diagnosis. Among them, 88 (24.8%) with CD complained of headaches before the diagnosis of CD versus 16 (8%) from the control group. After introducing a gluten free diet, 77.3% showed an improvement in headaches (27.3% disappeared), and 23.9% did not improve. In almost 50% of children who did not improve, diet adherence was poor.

In the prospective study, there were 67 children with diagnosed headaches between 2002 and 2005. They were followed by the Department of Pediatrics of Catania and agreed to perform a screening for CD between 2006-2007. Only 4 of 79 children (5%) were positive TgA and EmA, and the biopsies confirmed diagnosis of CD (injury March IIIB). None complained of gastric symptoms suggestive of CD, it was impossible to identify headaches with some food or a meal. Therefore, the prevalence of CD was high in these patients with headache, 5% versus 0.6% of the population in the same geographical area, featuring comorbidity.⁽³⁾

An Israeli study conducted between 1977 and 2001 included 111 patients with DC (with biopsy) and 211 controls. The patients were an average age of 20. In both

groups the majority of patients were women (58% of the patients versus 59% in the control group). 52.5% of patients with mal absorption syndrome featured classic CD. 51.4% of patients had neurologic manifestations versus 19% of the control group, the most common neurological disorder being headache at 18%. There was a predominance of female headaches (2.1: 1 F:M), and 64.5% of patients with headaches started CD later or were asymptomatic; therefore, 35.5% had classic CD during childhood. And as for the headaches, 45% meet criteria for migraine; 19.4% for tension-type headache; and 35.5% had headaches that could not be specified. In 16 patients (80%) the headaches disappeared or improved with gluten free diet.⁽⁴⁾

Pathogenesis of headache in DC and GS

Association between headache and CD may be due to a long state of malnutrition, leading to vitamin deficiency and to lower levels of serotonin, a well-known cause of headache. There is a hypothesis in which an autoimmune process and immunoinflammatory disorder would induce a vascular tonus disordered (CD and migraine) this was supported by the study of positron emission tomography (PET) Scans, demonstrating the presence of abnormalities of cortical regional blood flow, improved after 6 months of gluten free diet in adult patients with CD and migraine with aura.⁽⁵⁾

Where headaches related to CD/GS would enter in classification

These headaches would best be classified under item 10. Headaches attributed to homeostasis disorders, and sub-item 10.7 Headaches attributed to other homeostasis disorders.^(6,7)

CONCLUSIONS

- ▶ There is a connection between headaches and gluten intolerance;
- ▶ Headache related to CD/GS would be headache attributed to homeostasis disorder;
- ▶ CD and GS appear to be triggering factor of migraines and do not have a spurious association; and
- ▶ The highest percentage of headache in celiacs relative to the control group in most studies indicates that these entities are comorbidities.

REFERENCES

1. Bürk K, Farecki ML, Lamprecht G, Roth G, Decker P, Weller M, et al. Neurological symptoms in patients with biopsy proven celiac disease. *Mov Disord.* 2009;24(16):2358-6.
2. Tjon JM, van Bergen J, Koning F. Celiac disease: how complicated can it get? *Immunogenetics.* 2010 ;62(10):641-51 .
3. Lionetti E, Francavilla R, Maiuri L, Ruggieri M, Spina M, Pavone P, et al. Headache in pediatric patients with celiac disease and its prevalence as a diagnostic clue. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(2):202-7.
4. Zelnik N, Pacht A, Obeid R, Lerner A. Range of neurologic disorders in patients with celiac disease. *Pediatrics.* 2004;113(6):1672-6.
5. Lionetti E, Francavilla R, Maiuri L, Ruggieri M, Spina M, Pavone P, Francavilla T, Magistà AM, Pavone L. Headache in paediatric patients with celiac disease and its prevalence as a diagnostic clue. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(2):202-7.
6. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders (2nd ed). *Cephalalgia.* 2004;24(Suppl 1):1-160.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia.* 2013; 33(9) 629-808.

Correspondência

Eliana Meire Melhado
neuroeliana@hotmail.com

Received: September 17, 2013

Accepted: December 2, 2013

Cefaleia antecedendo paralisia de Bell: Podemos prevenir a paralisia diagnosticando e tratando precocemente?

Headache anticipating Bell's palsy: can we prevent the facial palsy by diagnosing and treating early?

Marcelo Moraes Valença,^{1,4} Luciana Patrícia A. Andrade-Valença,^{1,4} Laryssa Azevedo,¹ Mário Luciano de Mélo Silva Júnior,¹ Hugo André de Lima Martins,¹ Amanda Araújo da Silva,¹ Louana C. Silva,¹ Daniella Araújo de Oliveira², Mariana de Carvalho Leal Gouveia,³ Sílvio Caldas Neto³

¹Unidade Funcional de Neurologia e Neurocirurgia, Departamento de Neuropsiquiatria, ²Departamento de Fisioterapia, ³Serviço de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, ⁴Serviço de Neurologia e Neurocirurgia, Hospital Esperança, Recife, PE, Brasil

Valença MM, Andrade-Valença LP, Azevedo L, Silva Júnior ML, Martins HA, Silva AA, Silva LC, Oliveira DA, Gouveia MC, Caldas Neto S. Cefaleia antecedendo paralisia de Bell: Podemos prevenir a paralisia diagnosticando e tratando precocemente? *Headache Medicine*. 2013;4(4):105-11

RESUMO

A paralisia de Bell é uma paralisia facial periférica com alta incidência, que apresenta alguns fatores associados, como a gravidez, diabetes mellitus e hipertensão arterial, além da infecção por alguns subtipos do vírus do herpes, o herpes simples e o herpes zoster *sine herpette*. Uma característica comum aos pacientes com a paralisia de Bell é a ocorrência da cefaleia dias antes da instalação da paralisia, do mesmo lado e em localização periauricular. Questiona-se, portanto, se é possível a identificação de um padrão característico da dor associada à paralisia e, assim, evitar a progressão da doença ou atenuação do possível desenvolvimento do déficit motor por se iniciar um adequado e imediato tratamento com supressão do processo inflamatório responsável pelo acometimento do nervo facial. Relatamos o caso de um homem de 50 anos de idade, com paralisia facial do lado direito, com dor na região retroauricular ipsilateral "em queimor", sem apresentar piora durante esforço, sem náusea, vômito, foto ou fonofobia. Aos 15 anos de idade, relatou ter apresentado paralisia facial também do lado direito, com forte dor retroauricular, semelhante à recidiva atual. Estamos propondo critérios diagnósticos para a cefaleia retroauricular associada à paralisia facial periférica idiopática.

Palavras-chave: Paralisia de Bell; Cefaleia; Critérios diagnósticos; Dor; Diagnóstico

ABSTRACT

Bell's palsy is a peripheral facial palsy with high incidence, which has some associated factors such as pregnancy, diabetes mellitus and hypertension, in addition to infection by some subtypes of the herpes virus, i.e. herpes simplex and herpes zoster *sine herpette*. A common feature of patients with Bell's palsy is the occurrence of ipsilateral headache of periauricular location, days before the onset of the paralysis. It is questionable, therefore, whether it is possible to identify a characteristic pattern of this pain in order to prevent disease progression or mitigate the possible development of motor deficit by initiating appropriate and immediate treatment to suppress the inflammatory process of the facial nerve. We report the case of a 50-year-old man with facial palsy on the right side, with pain in the ipsilateral retroauricular. At the age of 15 he reported a previous episode of facial palsy, also on the right side, with severe retroauricular pain, similar to the current recurrence. We propose diagnostic criteria for the retroauricular headache associated with idiopathic peripheral facial palsy.

Keywords: Facial palsy; Diagnostic criteria; Diagnosis; Headache

INTRODUÇÃO

Muitos pacientes com paralisia facial periférica de Bell apresentam cefaleia dias antes da instalação da paralisia.⁽¹⁾ Essa cefaleia ocorre no mesmo lado da paralisia e é de localização periauricular.

A paralisia de Bell é a mais comum neuropatia craniana,⁽²⁾ com incidência alta (10-30 indivíduos/100,000/ano). Gravidez, diabetes mellitus e hipertensão arterial são descritos como fatores associados.⁽³⁻⁷⁾ Muitas vezes infere-se que infecção pelo herpes simples⁽⁸⁾ pode ser o motivo da paralisia e o herpes zoster, na sua forma *zoster sine herpette*,⁽⁹⁾ pode causar paralisia do sétimo nervo craniano (em 6,9% dos casos)⁽¹¹⁾ clinicamente semelhante à forma idiopática (de causa indeterminada) da paralisia facial periférica que chamamos de paralisia de Bell.^(1,10) Nesse sentido, quando encontramos as lesões cutâneas, caracterizadas por pequenas vesículas, no conduto auditivo externo, pavilhão auricular e palato associadas com paralisia facial periférica, o diagnóstico da síndrome de Ramsay-Hunt^(11,12) causada pelo herpes zoster se torna fácil.

A instalação da paralisia é repentina e não se pode prever o início do quadro paralítico por não haver pródomo, com exceção da dor que, em muitos indivíduos, antecede em vários dias o déficit motor.

Diante desse fato, questionamos se podemos identificar algumas características da dor associada com a paralisia facial periférica, de forma que um diagnóstico precoce e o pronto tratamento com corticoide e antiviral evitaria a progressão da doença, impedindo ou atenuando o possível desenvolvimento do déficit motor por acometimento do nervo facial.

Neste artigo descrevemos o caso de um paciente que apresentou recidiva de uma paralisia facial periférica que foi antecedida por dor intensa na região periauricular ipsilateral.

RELATO DO CASO

Homem com 50 anos de idade procurou a emergência do Hospital Esperança, Recife, referindo paralisia do lado direito da face. Cinco dias antes da instalação da paralisia surgiu dor na região retroauricular direita "em queimor" (Figura 1), não pulsátil, contínua, cuja intensidade variava entre 4 e 9/10, não piorava no esforço, sem náusea ou vômito, foto ou fonofobia. A dor persistiu até sete dias após o aparecimento da paralisia, mesmo durante o uso do corticoide. Relatou

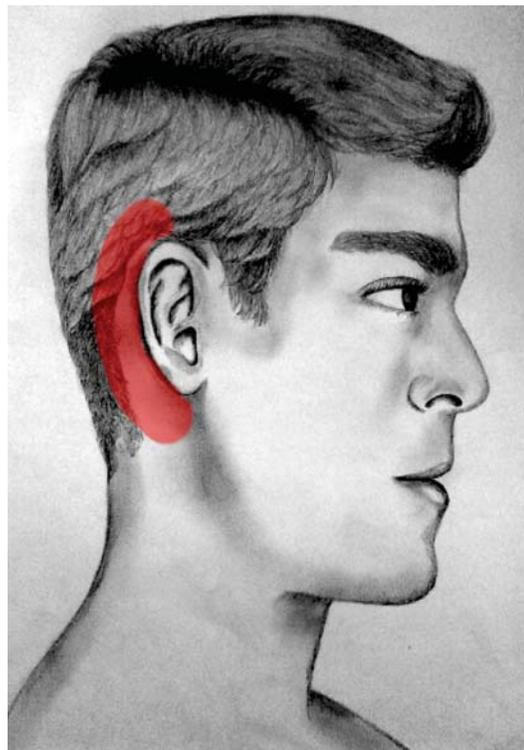


Figura 1. Local da dor (retroauricular) mencionado pelo paciente. Desenho de Laryssa Azevedo

cefaleia do tipo tensional em raras ocasiões. Ao exame observou-se paralisia facial periférica total do lado direito (escala de House-Brackmann grau VI), com preservação do lacrimejamento. Mencionava hiperacusia. Foi medicado com prednisona e aciclovir por 10 dias e recomendada uma proteção do olho direito. Passado de hipertensão arterial leve em uso contínuo de captopril.

O paciente informou que aos 15 anos de idade apresentou paralisia facial periférica também do lado direito, antecedida por dor forte retroauricular semelhante à que ocorreu na recidiva atual. Uma tia sua também apresentou dois episódios de paralisia facial periférica.

Dois meses após o início da paralisia houve recuperação praticamente completa do déficit motor, porém o paciente ainda percebe hiperacusia, ainda que mais leve. No nono dia após a paralisia facial o paciente foi submetido a um exame por ressonância magnética do encéfalo sem contraste que foi considerado normal (Figura 2).

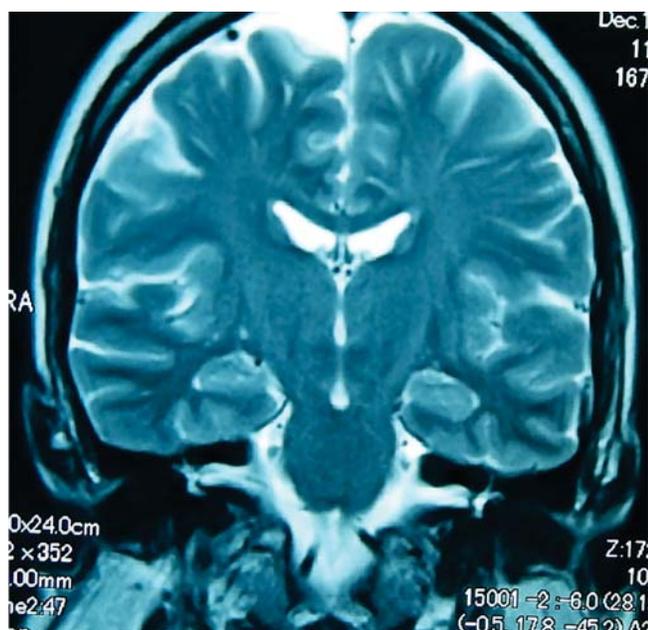


Figura 2. Corte coronal de um exame por ressonância magnética do crânio mostrando os condutos auditivos internos

DISCUSSÃO

Neste artigo, relatando um caso clínico, estamos lançando a ideia de que seria possível se chegar a um diagnóstico da cefaleia que antecederia a paralisia facial periférica idiopática estudando suas características, e, desta forma, por ser peculiar entre outros tipos de cefaleias teríamos tempo de iniciar uma estratégia terapêutica de proteção do nervo facial, prevenindo um possível dano funcional do nervo facial que ocorreria horas ou dias após.

Em estudo preliminar estudamos retrospectivamente o prontuário de 31 pacientes com paralisia facial periférica idiopática que foram atendidos no Serviço de Eletroneuromiografia da Unidade Funcional de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.^(1,3) Desses pacientes, 22 (71%) referiam cefaleia antes do surgimento da paralisia e sete (23%) afirmaram que a cefaleia surgiu no dia da instalação do déficit motor facial. Nesse grupo, o intervalo entre a dor e o início da paralisia foi de $2,7 \pm 2,0$ dias (0-7 dias). Dor leve foi referida por 14 pacientes; moderada, por um, e forte, por sete.

Chida e colegas⁽¹⁾ estudaram 58 pacientes com paralisia de Bell e 26 (44,8%) tinham queixa de dor retroauricular ipsilateral. Em 21 pacientes dos 26 que

referiam dor retroauricular a dor precedeu a paralisia 1-12 dias. Em apenas dois pacientes a dor surgiu após a paralisia facial. Baseado em provas sorológicas (anticorpos IgG e IgM para vírus varicella-zoster, quatro (6,9%) dos 58 pacientes foram considerados como apresentando herpes zoster *sine herpette*. A dor foi muito mais frequente nos pacientes com *zoster sine herpette* (4/4, 100%) em relação à paralisia idiopática (22/54, 40,6%) (*odds ratio* 13,0, IC 95% 0,67-253,8). Esses autores⁽¹⁾ também observaram que, quando o intervalo entre a dor retroauricular e a paralisia foi maior ou igual a quatro dias, o prognóstico da recuperação da paralisia foi melhor. Eles acreditam que a dor retroauricular deve ser causada por uma neuralgia herpética, inflamação do nervo, incluindo gânglio geniculado e/ou edema do nervo facial com pressão no canal ósseo do facial.

Considerando a fisiopatogenia acima comentada, poderíamos afirmar que a paralisia facial de Bell seria uma síndrome compartimental, i.e. uma elevação da pressão dentro de um espaço anatômico limitado que causaria diminuição significativa da perfusão sanguínea de estruturas que trafegam por ele, como no exemplo o nervo facial.

Perguntamos também se haveria maior suscetibilidade individual quando o espaço no canal ósseo for pequeno em relação ao sétimo nervo (e.g. estenose do canal de Falópio ou do conduto auditivo interno)⁽¹²⁾ com risco maior de dano neural no caso de edema, compressão e hipóxia do nervo facial. Se isso for verdade, alguns pacientes podem apenas apresentar dor retroauricular sem o acometimento paralítico do sétimo nervo craniano quando este espaço for bem maior do que o volume do nervo.

Berg e colaboradores⁽²⁾ estimam que 33% a 70% dos pacientes com paralisia de Bell referiam na fase aguda dor ipsilateral envolvendo as regiões periauricular, da face ou do pescoço. Em seus 826 pacientes com paralisia de Bell, 412 (50%) apresentaram dor ipsilateral dentro das 72 horas do início da paralisia, e 128/717 (18%) ainda apresentavam dor ipsilateral após um mês de seguimento ambulatorial.⁽²⁾ Além disso, 0,8% (6/717) e 0,9% (6/637) dos pacientes apresentaram a dor tardiamente, um mês e dois meses, respectivamente, após a instalação do déficit. Isso sugere que a dor pode aparecer semanas após o aparecimento da paralisia. Todavia o tratamento com prednisolona ou valacyclovir não influenciou a incidência ou intensidade da dor.

Em outro estudo⁽¹⁴⁾ também não foi observado efeito

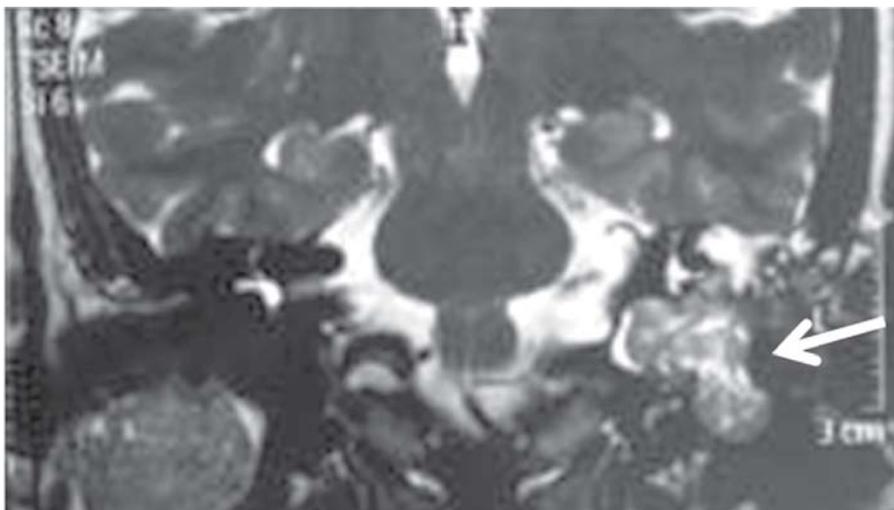


Figura 3. Corte coronal de um exame por ressonância magnética de uma mulher que apresentou paralisia facial periférica associada com dor retroauricular com recuperação espontânea. Seta mostra presença de neoplasia no osso temporal esquerdo

benéfico do tratamento com prednisona sobre a dor. Porém, em estudo⁽¹⁵⁾ não randomizado houve sugestão de benefício do uso do corticoide sobre a dor, pelo fato dos pacientes relatarem retorno da dor com a retirada da prednisona. Pacientes com dor que ocorre entre o 11º a 17º dia após a paralisia parecem ter um prognóstico pior em relação à recuperação do déficit motor.

Em estudo por ressonância magnética do segmento no nervo facial que trafega através do conduto auditivo interno distal, gânglio geniculado, tímpano e mastoide, Jun e colegas⁽¹⁶⁾ observaram em um grupo de 44 pacientes com paralisia de Bell, que no lado da paralisia havia um maior grau de captação do contraste pelo gânglio geniculado quando comparado com o lado contralateral, sugerindo que o gânglio geniculado é o segmento do nervo facial mais acometido no processo fisiopatogênico da paralisia de Bell. Esse maior realce do nervo que ocorre após a infusão do gadolínio é entendido como inflamação e edema, pela quebra de barreira. Na interpretação do resultado de um exame por ressonância magnética é importante destacar que, em indivíduos normais, pode haver captação do contraste pelo nervo facial,⁽¹⁷⁾ daí a importância de se comparar com a área contralateral. No entanto, o grau de captação do contraste pelo nervo facial não apresentou correlação com o prognóstico final (duração média do seguimento ambulatorial dos pacientes foi de 13,5 meses).⁽¹⁶⁾ Esses autores concluem, portanto, que a realização de uma ressonância magnética do osso temporal não se faz necessária. Todavia, nós acreditamos que uma inves-

tigação por ressonância magnética com uso do gadolínio seja necessária porque não é raro se encontrar casos de paralisia facial periférica de instalação aguda com recuperação completa espontânea e, anos após, na recidiva, se chegar ao diagnóstico de um processo neoplásico como causa. Na Figura 3 mostramos o caso de uma mulher que, aos 25 anos de idade, apresentou paralisia facial periférica esquerda acompanhada por dor retroauricular (iniciada no momento da paralisia cuja duração foi de um dia), havendo recuperação completa da paralisia após três meses. Três anos após houve recidiva da paralisia no mesmo lado, desta vez sem dor e sem recuperação. Na investigação diagnosticou-se um volumoso tumor glômico.

Dor retroauricular foi considerada como fator preditivo de mau prognóstico.⁽¹⁸⁾ Outros indicadores de que pode haver uma recuperação parcial do déficit motor são: idade avançada, pressão arterial sistólica alta, alteração no lacrimejamento, queimor no olho, gosto alterado, grau elevado no House-Brackmann, atraso no início da terapia com corticoide ou o não uso do corticoide.^(5,18)

A dor retroauricular pode recorrer tempo depois da paralisia de Bell, como nos dois casos descritos por Jacome⁽¹⁹⁾ de mulheres que referiam o ressurgimento de dor durante a menstruação.

Fisiopatogenia da dor

Partido do pressuposto que os *nervi nervorum* innervam as bainhas do nervo facial.

Han⁽²⁰⁾ explica o fato da dor na paralisia de Bell se localizar na região periauricular por ser uma dor referida pelo acometimento das bainhas do nervo facial, manifestando-se ao longo do segundo arco branquial com uma distribuição metamérica primária.

O nervo intermediário de Wrisberg contém fibras sensitivas, sensoriais e parassimpáticas (fibras envolvidas na gustação dos dois terços anteriores da língua e fibras secretomotoras das glândulas lacrimal e salivar) e no gânglio geniculado ele se junta à parte motora do nervo facial. As fibras sensitivas trazem informação da orelha externa, mucosa da nasofaringe (palato) e nariz. No gânglio geniculado estão localizados os corpos neuronais das fibras sensitivas do nervo facial, responsáveis pelo meato auditivo externo e grande parte do pavilhão auricular.

Semiologia e nível de lesão do nervo facial

Do ponto de vista clínico e prático podemos localizar a região do nervo facial onde houve acometimento. A lesão do nervo facial quer no tronco cerebral ou ao longo do seu trajeto periférico pode resultar na paralisia dos movimentos faciais do mesmo lado, e muitas vezes perturbações da sensibilidade gustativa e das funções secretoras. Assim, uma lesão do nervo na saída do forame estilomastoideo provocaria paralisia de todos os movimentos faciais daquele lado (e.g. não se franze a testa, nem se fecha o olho, ou mesmo se mostra os dentes adequadamente). Dessa forma somente haveria déficit motor.⁽⁷⁾

Quando a lesão ocorre mais alta, mas distal ao gânglio geniculado, o déficit motor persiste, porém associado a uma alteração da secreção das glândulas salivares sublinguais e submandibulares. Há também hiperacusia e, às vezes, uma perturbação da gustação dos dois terços anteriores da hemilíngua ipsilateral. Explica-se a secreção salivar anormal pela interrupção das fibras parassimpáticas pré-ganglionares provenientes do núcleo salivar superior. A hiperacusia é motivada pela paralisia do músculo estapédio, que tem a função de amortecer oscilações dos ossículos do ouvido médio.⁽⁷⁾ Assim sendo, o indivíduo se queixa do timbre desconfortável de sons que antes não incomodavam, como o toque do telefone. Interessante notar que tal fenômeno somente ocorre se o sétimo nervo craniano for lesado na sua periferia, não aparecendo quando a lesão se estabelece no tronco cerebral. Nem sempre a gustação está alterada, pois algu-

mas fibras podem tomar um trajeto aberrante e acompanhar o nervo grande petroso.⁽⁷⁾ Esse local de acometimento do nervo facial deve ter ocorrido no caso apresentado agora, pois nosso paciente referia hiperacusia e negava distúrbios da gustação e da secreção lacrimal.

Se a lesão do nervo facial se posiciona na porção proximal ao gânglio geniculado, o paciente apresentaria todos os sinais descritos acima e invariavelmente teria perda completa da gustação dos dois terços anteriores da língua. O lacrimejamento (epífora) também estaria alterado no lado da lesão (destruição das fibras parassimpáticas do gânglio esfenopalatino ou pterio-palatino).

Como informação importante anatomofuncional, vale citar que o nervo facial que trafega pelo canal facial emite um ramo (o nervo petroso superficial maior) para o gânglio esfenopalatino logo após o gânglio geniculado. Mais distalmente um novo ramo parte do nervo facial, que se junta ao nervo corda do tímpano, que segue em direção ao músculo estapédio (músculo do estribo).

Recorrência

Pode haver recorrência da paralisia facial periférica idiopática em 7% a 15% dos casos, denominando-se tais casos como forma recorrente, recidivante, "em bascule" ou alternante.^(3,21,22) Alguns autores chamam de recidivante quando ocorre no mesmo lado da face, e alternante quando ocorre no lado oposto da face, nas paralisias faciais consecutivas recorrentes.⁽²¹⁾

Em estudo nosso anterior⁽²¹⁾ envolvendo 190 pacientes, houve 209 episódios de paralisia facial periférica, sendo 16 recorrências (8,4%) e, em um dos indivíduos estudados, a paralisia se instalou bilateralmente, havendo recidiva no lado direito 3 anos após o primeiro episódio. O intervalo de tempo entre o primeiro evento e o segundo foi de 45 ± 50 meses (mediana de 18 meses, mínimo 3 meses, máximo 13 anos). Em 57% dos pacientes a recidiva ocorreu até 2 anos após a primeira paralisia. Em dois pacientes houve uma terceira recidiva 5 meses e 6 anos, respectivamente, após a segunda recidiva. Das 18 recorrências 72% ocorreram no mesmo lado.⁽²¹⁾

A grande maioria das recorrências é da forma idiopática, porém devemos lembrar que recorrências podem acontecer na síndrome de Melkersson Rosenthal, no neurinoma do nervo facial e na otite média, como bem escrevem Li e colaboradores.⁽²³⁾

Li e colaboradores⁽²³⁾ afirmam que na recidiva da paralisia facial periférica há uma tendência de haver mais sequelas vinculadas a uma recuperação parcial do déficit neurológico.⁽²⁴⁾ Por causa do risco de sequela e pela relativa alta chance de haver outra recorrência, alguns autores recomendam a realização de procedimento cirúrgico descompressivo sobre o nervo facial para aqueles indivíduos que apresentaram pelo menos dois episódios da paralisia facial periférica.^(23,25,26) Evidência mostra que o risco de haver recorrência aumenta de 15% no segundo episódio para 50% no quarto evento.^(23,27) Apesar do procedimento continuar a ser realizado até os dias atuais,⁽²³⁾ ainda há controvérsia sobre como realizar a descompressão e acreditamos não haver consenso sobre a indicação de tal procedimento cirúrgico.

Crítérios para cefaleia retroauricular associada à paralisia facial periférica

Com base na informação encontrada na literatura^(1,2) entendemos que a dor é estritamente unilateral, contínua por varias horas ou dias, de intensidade variável no mesmo indivíduo (flutua de intensidade ao longo do dia), referida como queimante, surda, não pulsátil, localizada preferentemente na região retroauricular. O exame físico da cabeça, incluindo avaliação otológica do paciente, não revela anormalidade. Não há febre.

Diante do exposto acima, tentaremos criar critérios diagnósticos para a cefaleia retroauricular associada à paralisia facial periférica de Bell:

A. Dor retroauricular ou periauricular, que pode se estender para regiões do pescoço e face homolaterais;

B. Dor contínua, porém com variação na intensidade, por mais de oito horas;

C. Sem evidência de processo inflamatório visível periauricular;

D. Nunca sentiu esse tipo de dor antes ou dor com características semelhantes à percebida na ocasião da paralisia facial prévia, se assim for o caso;

E. Não preenche nenhum dos critérios para outro tipo de cefaleia listada no ICDH-3 Beta.

Desta forma, quando um paciente preencher esses critérios diagnósticos gostaríamos de sugerir o uso de corticoide "preventivo" no sentido de atenuar o processo inflamatório e progressão para uma paralisia facial periférica, principalmente naqueles pacientes com história de paralisia facial periférica anterior.

REFERÊNCIAS

1. Chida K, Okita N, Takase S. Retroauricular pain preceding Bell's palsy: report of three cases and clinical analysis. *Tohoku J Exp Med.* 2002;197:139-43.
2. Berg T, Axelsson S, Engstrom M, et al. The course of pain in Bell's palsy: treatment with prednisolone and valacyclovir. *Otol Neurotol.* 2009;30:842-6.
3. Valenca MM, Valenca LP, Lima MC. Idiopathic facial paralysis (Bell's palsy): a study of 180 patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59:733-9. [Article in Portuguese].
4. Hohman MH, Hadlock TA. Etiology, diagnosis, and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. *Laryngoscope.* 2013 Nov 27.
5. Kondo Y, Moriyama H, Hirai S, Qu N, Itoh M. The relationship between Bell's palsy and morphometric aspects of the facial nerve. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269:1691-5.
6. Jenke AC, Stoek LM, Zilbauer M, Wirth S, Borusiak P. Facial palsy: etiology, outcome and management in children. *Eur J Paediatr Neurol.* 2011;15:209-13.
7. Valença MM, Valença LPAA. Nervo facial: aspectos anatômicos e semiológico. *Neurobiologia.* 1999;62:77-84.
8. Murakami S, Mizobuchi M, Nakashiro Y, Doi T, Hato N, Yanagihara N. Bell palsy and herpes simplex virus: identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. *Ann Intern Med.* 1996; 124:27-30.
9. Lee HY, Kim MG, Park DC, Park MS, Byun JY, Yeo SG. Zoster sine herpette causing facial palsy. *Am J Otolaryngol.* 2012; 33(5):565-71.
10. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl.* 2002;(549):4-30.
11. Chodkiewicz HM, Cohen PR, Robinson FW, Rae ML. Ramsay Hunt syndrome revisited. *Cutis.* 2013;91(4):181-4.
12. Zainine R, Sellami M, Charfeddine A, Beltaief N, Sahtout S, Besbes G. Ramsay Hunt syndrome. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2012;129(1):22-5.
13. Nascimento MPR, Motta FMA, Oliveira DA, Souza JR, Valença MM, Lins OG. Caracterização da cefaléia na paralisia facial periférica de Bell. *Migraneas Cefaleias.* 2008;11:127-75.
14. Austin JR, Peskind SP, Austin SG, Rice DH. Idiopathic facial nerve paralysis: a randomized double blind controlled study of placebo versus prednisone. *Laryngoscope.* 1993;103(12):1326-33.
15. Adour KK, Wingerd J, Bell DN, Manning JJ, Hurley JP. Prednisone treatment for idiopathic facial paralysis (Bell's palsy). *N Engl J Med* 1972;287(25):1268-72.
16. Jun BC, Chang KH, Lee SJ, Park YS. Clinical feasibility of temporal bone magnetic resonance imaging as a prognostic tool in idiopathic acute facial palsy. *J Laryngol Otol* 2012;126(9):893-6
17. Kinoshita T, Ishii K, Okitsu T, Okudera T, Ogawa T. Facial nerve palsy: evaluation by contrast-enhanced MR imaging. *Clin Radiol.* 2001;56(11):926-32.
18. Shaheen HA, Shalaby NM, El-Shazly N, Abd Allah FA, Shaker E. Acute lower motor neuron facial palsy clinical and quantitative electromyography (QEMG) predictive value. *Egypt J Neurol Psychiat Neurosurg.* 2007;44:19-36.

19. Jacome DE. Catamenial synkinetic retroauricular pain. *Cephalalgia* 2003;23(3):214-7.
20. Han DG. Pain around the ear in Bell's palsy is referred pain of facial nerve origin: the role of nervi nervorum. *Med Hypotheses* 2010;74(2):235-6.
21. Cauás M, Valença LPAA, Andrade AFA, Martins C, Valença MM. [Recurrent facial palsy]. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2004;4.
22. Reixach-Casulá R, Beramendi PG, Sanches EP. Paralisia facial periférica recidivante e alternante: registro de um caso com 5 episódios. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 1982;40:382-84.
23. Li Y, Li Z, Yan C, Hui L. The effect of total facial nerve decompression in preventing further recurrence of idiopathic recurrent facial palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;4.
24. van Amstel AD, Devriese PP. Clinical experiences with recurrences of Bell's palsy. *Arch Otorhinolaryngol* 1988;245(5):302-6.
25. Yetiser S, Satar B, Kazkayasi M. Immunologic abnormalities and surgical experiences in recurrent facial nerve paralysis. *Otol Neurotol*. 2002;23(5):772-8; discussion 778.
26. Doshi J, Irving R. Recurrent facial nerve palsy: the role of surgery. *J Laryngol Otol*. 2010;124(11):1202-4.
27. Pitts DB, Adour KK, Hilsinger RL, Jr. Recurrent Bell's palsy: analysis of 140 patients. *Laryngoscope*. 1988;98(5):535-40.

Correspondência

Marcelo M. Valença, MD, PhD
mvalenca@yahoo.com.br

Received: December 5, 2013
Accepted: December 20, 2013