

LIANA MIRIAM MIRANDA HEINISCH

USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PARA O ALÍVIO IMEDIATO
DA CEFALÉIA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso de Mestrado em Medicina Interna, Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora : Profa Dra Suzanmeire Negro Minatti Hannuch

FLORIANÓPOLIS

1996



0.247.368-8

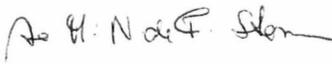
UFSC-BU



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP 88.040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TEL.: (0482) - 34.1000 - TELEX: 0482 240

DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

No dia primeiro de março de mil novecentos e noventa e seis, às quatorze horas e trinta minutos, no Anfiteatro do Centro de Ciências da Saúde da UFSC, a aluna do Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Medicina Interna - **LIANA MIRIAM MIRANDA HEINISCH**, submeteu-se à defesa de sua Dissertação de Mestrado intitulada "**USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PARA ALÍVIO IMEDIATO DA CEFALÉIA**", ocasião em que foram emitidos os seguintes conceitos pela Banca Examinadora:

NOME	CONCEITO
Prof ^a . Susanmeire Negro Minatti-Hannuch 	<u>A</u>
Prof ^a . Liselotte Menke Barea 	<u>A</u>
Prof. José Paulo de Figueiredo Drummond 	<u>A</u>
Prof ^a . Ana Maria Nunes de Faria Stamm 	<u>A</u>
CONCEITO FINAL:	<u>A</u>

Florianópolis, 1º de março de 1996.


Prof^a. Susanmeire Negro Minatti-Hannuch
Presidente da Comissão Examinadora

DEDICATÓRIA

Para meu esposo, Roberto,
e para Larissa, nossa filha.

EPIGRAFE

“Nas minhas investigações debaixo do sol, ainda vi que a corrida não é para os ágeis, nem a batalha para os bravos, nem o pão para os prudentes, nem a riqueza para os inteligentes, nem as descobertas para os sábios: todos estão à mercê das circunstâncias e da sorte.”

Eclesiastes 9, 11.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Profa. Dra. Suzanmeire Negro Minatti-Hannuch, que desde o primeiro momento soube incentivar e apoiar a elaboração deste trabalho.

Ao Dr. José Paulo Drummond, que sempre incentivou o estudo sobre dor em nosso meio.

Aos neurologistas e colaboradores do Hospital Governador Celso Ramos, responsáveis pela criação da residência médica em neurologia, tornando possível a minha formação nesta especialidade.

Ao Prof. Waldomiro Dantas, coordenador do curso de Mestrado em Medicina Interna, pelo estímulo e compreensão.

Ao Prof. Marcelino Vieira, Profa. Ana Maria Nunes de Faria Stamm, Profa. Márcia Pizzichinni e Dr. Ernesto Meyer, amigos e integrantes da disciplina de Medicina Interna, pelo estímulo constante.

Aos residentes de Clínica Médica, do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pela colaboração.

Aos professores e funcionários do Departamento de Clínica Médica pelo estímulo na realização deste trabalho.

Aos responsáveis pelo Serviço de marcação de consulta do HU da UFSC, em especial à Sra. Marli, pelo agendamento das consultas.

Aos Professores e colaboradores do curso de Mestrado em Medicina Interna, pelos ensinamentos e apoio constante.

À Direção do HU da UFSC, que soube entender e incentivar a implantação do Ambulatório de Cefaléia.

Aos funcionários das alas A e B do HU da UFSC que, com entusiasmo e dedicação, foram testemunhas de todo o período da coleta.

À secretária Sra. Tânia Tavares, sempre presente com uma palavra de carinho e estímulo.

À Josane Andrada, pela revisão ortográfica.

À Profa. de Inglês Leonida Campestrini Kretzer, pela revisão do "Abstract".

Aos colegas do curso, Dr. Ivânio, Dra. Maria Léa, Dra. Maria Heloísa e Dra. Bernadete, que compartilharam anseios e alegrias.

Aos sofredores crônicos de cefaléia, por acreditarem na procura de algo melhor.

Aos meus pais, por terem ensinado o caminho da verdade e da perseverança.

E principalmente, ao meu esposo, Prof. Roberto Henrique Heinisch, entusiasta nato da pesquisa científica, pelo estímulo, apoio e auxílio em todas as fases deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xi
RESUMO.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	05
2.1. Considerações gerais.....	05
2.2. Uso e abuso de medicações para a cefaléia.....	09
2.3. Cefaléia crônica diária.....	19
2.4. Cefaléia associada ao uso crônico de substâncias para o alívio do sintoma	21
3. OBJETIVOS.....	24
4. METODOLOGIA.....	25
4.1. Desenho do trabalho.....	25
4.2. Casuística.....	25
4.3. Coleta de dados.....	25
4.4. Análise dos dados.....	30
5. RESULTADOS.....	31
5.1. Características sócio-demográficas	31
5.2. Caracterização da cefaléia.....	32
5.3. Atendimento médico para a cefaléia.....	37
5.4. Uso de medicações para o alívio da cefaléia.....	38
5.5. Atitudes dos pacientes com cefaléia.....	43
5.6. Abuso de substâncias para o alívio imediato da cefaléia.....	47
5.7. Cefaléia associada ao uso crônico de substâncias para o alívio do sintoma.....	53
6. DISCUSSÃO.....	55
6.1. Dados gerais.....	56
6.2. Consumo.....	57
6.3. Atitude.....	61
6.4. Abuso.....	63
6.5. Fatores associados.....	67
7. CONCLUSÕES.....	70
ANEXOS.....	71
ABSTRACT.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

LISTA DE TABELAS

I	Distribuição dos pacientes com cefaléia de acordo com o sexo, faixa etária, estado civil, profissão, relação trabalhista e escolaridade.....	31
II	Distribuição dos pacientes de acordo com o tempo de queixa de cefaléia.....	32
III	Distribuição dos pacientes de acordo com as características da cefaléia: caráter da dor, intensidade, frequência e duração da dor.....	33
IV	Distribuição dos pacientes de acordo com as características da cefaléia: história familiar, lateralidade, localização, fatores de alívio, fatores de piora e sintomas concomitantes.....	35
V	Distribuição dos pacientes de acordo com a impressão diagnóstica do tipo de cefaléia.....	36
VI	Distribuição da frequência de pacientes de acordo com a menção de atendimento médico prévio para cefaléia.....	37
VII	Distribuição da frequência das categorias de especialistas que efetuaram o atendimento prévio do paciente com cefaléia.....	38
VIII	Distribuição das frequências do número de medicações utilizadas pelos pacientes para o alívio da cefaléia.....	39
IX	Distribuição das frequências de acordo com quem decidiu pela medicação para alívio imediato da cefaléia.....	39
X	Distribuição das frequências das substâncias empregadas nos pacientes para alívio da cefaléia	40
XI	Distribuição das frequências de compostos químicos utilizados para alívio da cefaléia.....	41
XII	Distribuição das frequências das doses de medicações utilizadas pelos pacientes para alívio imediato da cefaléia, na crise.....	41

XIII	Distribuição das freqüências mensais das doses utilizadas pelos pacientes para alívio da cefaléia	42
XIV	Distribuição das freqüências do tempo de uso de medicações para o alívio da cefaléia.....	42
XV	Distribuição da freqüência dos efeitos colaterais das medicações empregadas pelos pacientes para o tratamento da cefaléia.....	43
XVI	Distribuição das freqüências das atitudes adotadas pelos pacientes quando do início da cefaléia.....	44
XVII	Procedimentos caseiros adotados pelos pacientes para o alívio da cefaléia.....	44
XVIII	Distribuição das freqüências dos tipos de chá utilizados pelos pacientes para alívio da cefaléia.....	45
XIX	Distribuição das freqüências dos momentos adotados pelos pacientes na utilização de medicações para o alívio imediato da cefaléia.....	46
XX	Distribuição das freqüências das atitudes adotadas pelos pacientes quando da persistência da cefaléia.....	46
XXI	Distribuição das freqüências dos pacientes abusadores de substâncias para alívio da cefaléia de acordo com o(s) critério(s) pelo(s) qual(is) foram classificados como abusadores	47
XXII	Distribuição das freqüências dos pacientes abusadores de substâncias para alívio da cefaléia distribuídos de acordo com o número de critérios segundo os quais foram considerados abusadores	48
XXIII	Comparação dos dados dos pacientes com cefaléia de acordo com a classificação de abusadores ou não de substâncias para o alívio do sintoma.....	49
XXIV	Relação entre a freqüência de abuso de medicações e a freqüência da procura de atendimento médico para alívio da cefaléia.....	50
XXV	Relação entre a freqüência de abuso de medicações para alívio da cefaléia e a freqüência do diagnóstico de cefaléia crônica diária.....	51

XXVI	Relação entre a frequência de procura de atendimento médico para alívio da cefaléia e a frequência do diagnóstico de cefaléia crônica diária.....	52
XXVII	Relação entre a frequência de abuso de substâncias para alívio da cefaléia e a frequência dos tipos de cefaléia crônica diária.....	52
XXVIII	Evolução da cefaléia de acordo com o tipo de medicação suspensa.....	53

LISTA DE FIGURAS

1	Distribuição do tempo de queixa de cefaléia em períodos de meses e percentuais de pacientes em cada período.....	32
2	Intensidade da cefaléia.....	33
3	Frequência dos episódios de cefaléia.....	34
4	Duração da cefaléia em horas.....	34
5	Diagnóstico do tipo de cefaléia segundo a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (1988).....	37
6	Relação entre a frequência de abuso de medicamentos e a procura de médico para alívio da cefaléia.....	50
7	Relação entre o diagnóstico de cefaléia crônica diária e o abuso de medicações para seu alívio.....	51
8	Relação entre a procura de atendimento médico para alívio da cefaléia e o diagnóstico de cefaléia crônica diária.....	52
9	Relação entre a frequência de abuso de substâncias para alívio da cefaléia e a frequência dos tipos de cefaléia crônica diária, classificados segundo os critérios de SILBERSTEIN e cols. (1994).....	53
10	Evolução da cefaléia de acordo com o tipo de medicação suspensa.....	54

LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
AINH	Antiinflamatório não-hormonal
CCD	Cefaléia crônica diária
DEF	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
DNIC	Diffuse noxious inhibitory control
g	gramas
GABA	Gama-aminobutyric acid
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIRD	Headache instant-relief drug
HU	Hospital Universitário
IHS	International Headache Society
mg	miligramas
n	número
SAIC	Substância para o alívio imediato da cefaléia
SIC	Sociedade Internacional de Cefaléia
SNC	Sistema nervoso central
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
vo	via oral

RESUMO

Os objetivos do presente estudo foram: i) verificar o nível de consumo de medicamentos empregados para o alívio da dor, em pacientes com cefaléia, atendidos em setor ambulatorial de hospital geral, universitário; ii) quantificar a frequência de pacientes classificados como portadores de cefaléia crônica diária e de cefaléia induzida por medicamentos; iii) descrever e comparar as principais características clínicas entre o grupo que usava e o que abusava de medicação; iv) identificar as atitudes dos pacientes diante do fato de sentir dor. O estudo incluiu 149 pacientes adultos atendidos no ambulatório de cefaléia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de janeiro a agosto de 1995. A maioria dos pacientes tinha uma história de cefaléia com tempo superior a 6 meses, sendo que 26,2% (n= 39) tinham cefaléia crônica diária. Os pacientes foram classificados em abusadores, de acordo com os critérios de Diamond e Dalessio, modificados por Saper. Os resultados demonstraram que 99% dos pacientes usavam substância para alívio imediato da cefaléia (SAIC), sendo que 50,7% utilizavam de modo abusivo. Os produtos mais empregados foram os que não continham derivados do ergot (92,3%), sendo a dipirona o analgésico mais utilizado. O uso de 5 ou mais doses de SAIC, por crise dolorosa, foi verificado em 56% dos pacientes. A atitude mais adotada para o alívio da dor foi a de procurar isolar-se ou deitar-se (45,6%) , seguida pelo uso de SAIC (26,7%). Diante da persistência da dor, a atitude mais mencionada foi a de utilizar mais medicação, com apenas 6,8% referindo que procurariam auxílio médico. O momento de uso mais frequente de SAIC foi na ameaça da dor em 60,8% dos pacientes. Comparando os grupos de usadores e abusadores, encontramos diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,05$) em intensidade, frequência e duração da dor. Estes dados demonstram que os pacientes estudados possuem um elevado nível de consumo de medicamentos para alívio da cefaléia, fazendo-o de forma abusiva em metade da amostra. Estes achados reforçam a idéia da necessidade de estudar este grupo de sofrendores crônicos, visando a assistência, a educação continuada e as pesquisas nesta área.

1. INTRODUÇÃO

O abuso de substâncias químicas tem sido relatado freqüentemente nos pacientes com cefaléia crônica (GRANELLA e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; SAPER, 1989; ELKIND, 1991; MATHEW, 1991; DIENER e Tfelt-HANSEN, 1993; MARTIGNONI e SOLOMON, 1993; SWANSON, 1993; SCHNIDER e cols., 1994). O consumo excessivo de vários compostos determina, comumente, um estado de dependência (ELKIND, 1991). Os agentes habitualmente utilizados de forma abusiva são adquiridos com ou sem prescrição médica (STEWART, CELENTANO e LINET, 1989; ELKIND, 1991; SHEFTELL, 1992; OATES, SCHOLZ e HOFFERT, 1993; MATHEW, 1993).

Considerando uma queixa subjetiva como a dor, o consumo de substâncias para o seu alívio é freqüentemente bem aceito por médicos e pela sociedade (SWANSON, 1993). Em função da persistência da sintomatologia o sofrimento crônico de cefaléia, geralmente, tende a consumir medicação em excesso, podendo gradualmente ver seu quadro clínico complicado por efeitos colaterais e dependência psicológica ou física (SWANSON, 1993).

A freqüência do abuso de medicação, em pacientes com dor, apresenta variação em função da população estudada e dos critérios de definição. Em pacientes com cefaléia crônica, de 66 a 87% utilizam medicação diariamente, estando geralmente envolvidos no uso de várias substâncias, com possibilidade de progredir para o abuso (OATES, SCHOLZ e HOFFERT, 1993; SWANSON, 1993).

Serviços de neurologia, especializados no tratamento de cefaléia, têm dedicado atenção especial no sentido de conhecer qual é o consumo de substâncias utilizadas para o alívio do sintoma (GRANELLA e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; MINATTI-HANNUCH e cols., 1992b; MATHEW, 1991; ELKIND, 1991; SCHNIDER e cols., 1994), visando à detecção do seu uso inadequado e atuando de imediato em sua correção (MINATTI-HANNUCH, 1989).

É citado que a dependência de analgésicos é mais freqüente que a de tranqüilizantes, hipnóticos e drogas estimulantes (ELKIND, 1991).

Há menção na literatura que grande número de pacientes com cefaléia crônica sofrem de depressão, distúrbios do sono e abuso de analgésicos, com antecedentes familiares refletindo doenças similares, bem como uma incidência maior que a esperada de abuso de drogas e alcoolismo (SAPER, 1989; MATHEW, 1991).

Tem sido sugerido que a causa mais freqüente, para a transformação de cefaléia de ocorrência episódica em crônica, possa estar relacionada ao abuso de medicamentos (MATHEW, 1991; MATHEW, 1993; PFAFFENRATH, ISLER e EKBOM, 1993; DIENER, 1993; SILBERSTEIN e cols., 1994). O problema pode ocorrer como resultado das instruções incorretas do médico, diagnóstico inadequado, com aumento gradativo das quantidades de medicamentos consumidos, ou um mecanismo de reforço e um efeito de estimulação-recompensa cerebral (ELKIND, 1991). O sistema de recompensa cerebral tem sido estudado com narcóticos e estimulantes psicomotores, podendo ser ativado em menor grau por ergotamina, barbitúricos e outros medicamentos consumidos em excesso (ELKIND, 1991).

Grande parte da atenção destinada à cefaléia, nos últimos anos, resulta do aparente paradoxo entre os avanços na compreensão da sua classificação, da fisiopatologia, da abordagem clínico-terapêutica e do uso excessivo de medicamentos para o seu alívio. A abordagem deste problema tem sido realizada em clínicas especializadas e os resultados demonstram com clareza que muito resta a ser aprendido sobre esta questão.

Partindo dessas premissas questionamos qual seria, na realidade, o nível de consumo em nosso meio? Os pacientes sofredores de cefaléia costumam utilizar que tipos de medicamentos? Conhecem seus efeitos colaterais? Utilizam a medicação a partir de orientação profissional? Qual é a sua atitude frente à sensação de sentir "dor de cabeça"?

Diante dos fatos e da inexistência em nosso Estado de um atendimento especializado em cefaléia, surgiu-nos a inquietude científica de iniciar o estudo de pacientes com este tipo de queixa.

Nesse processo de aprendizagem, as perguntas foram se multiplicando. A casuística representa o retrato do que encontramos nos meses de coleta. Cientes das limitações, impostas pelo fato de ser uma abordagem pioneira a nível local, procurou-se identificar um alvo para o estudo. Para tanto, devido à escassez de dados nacionais e baseados em trabalho anterior, realizado a nível nacional (MINATTI-HANNUCH, 1989), resolvemos abordar o tema de uso e abuso de substâncias para o alívio imediato da cefaléia (SAIC), utilizando os aspectos metodológicos já descritos.

A nível nacional, acompanhávamos o desenvolvimento de unidades de assistência ao paciente com cefaléia (MINATTI-HANNUCH, 1989; BAREA e LISBÔA, 1993) e a conseqüente divulgação científica de seus resultados.

Nosso primeiro desafio foi justamente organizar o funcionamento do ambulatório de cefaléia, para que pudéssemos ter o enfoque especializado, sendo necessário o conhecimento, por parte dos pacientes e de outros profissionais, da existência de um ambulatório especializado, visto não haver a tradição de atendimento específico no nosso meio.

Na revisão bibliográfica adiante exposta, procuramos rever dados relacionados com o consumo de medicamentos em vários centros, bem como os diversos critérios adotados para a classificação como "abusador" e as considerações sobre cefaléia crônica diária (CCD) e cefaléia induzida pelo uso crônico de substâncias (ergotamina ou analgésicos).

Os dados dos pacientes apresentados foram coletados pessoalmente pela autora, ao longo de oito meses, através de entrevista interpessoal, durante abordagem ambulatorial dos pacientes. O estudo foi efetuado, em sua totalidade, numa mesma unidade de atendimento ambulatorial de um hospital universitário, geral, contemplando todos os pacientes com queixa de cefaléia.

Cabe-nos ressaltar que poucos são os trabalhos específicos neste tema e com grande variedade metodológica, o que dificulta a comparação; porém, contribui justamente por acrescentar dados a um tema que necessita ser melhor analisado. Pretendemos estar contribuindo para futuros trabalhos nesta área, como fonte de consulta e estímulo ao estudo da cefaléia no nosso meio.

Os parâmetros de análise utilizados são aqueles concernentes aos estudos efetuados na área. Os programas de computador empregados foram de grande valor para o tratamento estatístico e a apresentação dos dados.

Considerando as informações e as indagações aqui expostas, achamos oportuno realizar um estudo que pudesse demonstrar se há ou não consumo abusivo de medicamentos em nosso meio e em que nível ocorre. Por outro lado, a magnitude do problema, associada à carência de dados locais, justifica a necessidade do estudo proposto, o qual poderá trazer subsídios para futuras ações que objetivem otimizar a assistência oferecida a esses pacientes.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Considerações gerais

A humanidade sempre conviveu com as mais diversas formas de dor, sempre tentando buscar alternativas para amenizá-las. Muitos milênios atrás, considerava-se a cefaléia com sendo simplesmente uma doença inespecífica, à qual os indivíduos estariam suscetíveis (CRITCHLEY, 1987; ISLER, 1987; ISLER, 1993).

Ao longo do tempo, muitas propostas e tentativas de tratamento, farmacológico ou não, para cefaléia foram surgindo e desaparecendo, de acordo com seus resultados e sua credibilidade (GRAHAM, 1987; HOPKINS e ZIEGLER, 1988). Em Londres, no Museu Britânico, existe um papiro egípcio, descoberto no interior de uma pirâmide na cidade de Tebas, cuja data remonta há três milênios, contendo uma prescrição para casos de cefaléia (ISLER, 1987).

Em 1912, EDWARD FLATAU argumentava favoravelmente ao uso de aplicações subcutâneas de arsênico para o tratamento de cefaléia do tipo enxaqueca, em concordância com outros autores da época (ISLER, 1993). O arsênico foi utilizado para tratamento de enxaqueca desde 1808 e foi mantido como terapêutica principal até o século 19 e início do século 20 (ISLER, 1993).

Vários esquemas de tratamento farmacológico surgiram nos últimos 50 anos, incluindo sais biliares, tiocianato de potássio, anfetaminas, marijuana, quinina com nicotina e o elemento radioativo tório (thorium) (GRAHAM, 1987; ISLER, 1993).

As SAIC mais freqüentemente empregadas são os derivados do ergot e os analgésicos e antiinflamatórios, cujas influências sobre a cefaléia podem ter mecanismos diferentes (GRAHAM, 1987; RASKIN, 1988a; MINATTI-HANNUCH, 1989; LANCE, 1993a). Muitos pacientes começam a fazer uso de medicação, para o alívio da cefaléia, a partir de comerciais que os recomendam sem alertar para os riscos do seu uso crônico (ELKIND, 1991).

O primeiro médico a empregar a substância ergot foi Desgranges, mas não publicou suas observações até 1818 (RALL, 1990). Dez anos antes, uma carta

publicada por John Stearns, em Nova Iorque, marcava a introdução oficial do ergot na medicina (RALL, 1990). Preparações com ergotamina foram utilizadas para a enxaqueca na segunda metade do século 19 (ISLER, 1993). Quando Arthur Stol isolou o alcalóide do ergot na forma cristalina homogênea, utilizou-o como agente estimulante uterino (ISLER, 1993). Em 1925, Rothlin abortou dois ataques enxaquecosos com o uso da ergotamina (ISLER, 1993). Em 1926, Maier registrou que a ergotamina era eficaz e, em 1937, John Graham e H. G. Wolff demonstraram seu efeito vasoconstrictor em artérias temporais, dilatadas na enxaqueca (ISLER, 1993).

O uso do ergot ocorreu rapidamente nos Estados Unidos da América, mas sua utilização pelos europeus ocorreu de maneira mais lenta, em virtude de já conhecerem algumas de suas propriedades tóxicas (RALL, 1990).

Os usos terapêuticos dos derivados do ergot estão relacionados a duas categorias: aplicações na obstetrícia e como sintomático para alívio da dor na enxaqueca, sendo que, nessa última sua aplicação prática realmente começou em 1920 (FOZARD, 1987). Nas doses terapêuticas recomendadas, os efeitos colaterais da ergotamina são raros, porém, se ocorrerem, constituem a síndrome do ergotismo (RALL, 1990). Têm sido relatados sintomas do neurológicos centrais, vasculares periféricos e cardíacos, havendo inclusive relatos de óbito (RALL, 1990).

Quando os compostos com ergotamina são utilizados em excesso, freqüentemente produzem cefaléia de rebote (ELKIND, 1991). Alguns pacientes apresentam grande tolerância ao medicamento, quando sua utilização é diária (ELKIND, 1991). Eles podem até mesmo usar doses elevadas esporadicamente, com pouca biodisponibilidade do medicamento, entretanto, os efeitos farmacológicos podem não estar totalmente ausentes (ELKIND, 1991).

As manifestações precoces da dose excessiva de ergotamina são náuseas, vômitos, cefaléia e sensação de mal-estar. Entre 1930 e 1940, usavam-se doses acima de 10 mg por ataque ou 24 mg por semana, para o tratamento da cefaléia, havendo relatos freqüentes de efeitos colaterais (WILKINSON, 1987). Os efeitos

mais graves de intoxicação são gangrena e confusão mental, relativamente raros, porém relatados, entre 1971 e 1981, em 256 pacientes encaminhados ao serviço de Toxicologia, em Londres (WILKINSON, 1987).

Os derivados do ergot, além das conseqüências já comentadas sobre as cefaléias, podem determinar quadros com sintomatologia difusa, algumas vezes considerados subclínicos (LANCE, 1992; TFELT-HANSEN e JOHNSON, 1993a). Os pacientes com manifestações subclínicas, quando questionados sistematicamente, apresentam sintomas discretos de ergotismo em 50% dos casos (MINATTI-HANNUCH, 1989).

A maioria dos quadros de ergotismo é reversível com a suspensão da droga (RALL, 1990); entretanto, podem restar seqüelas (TFELT-HANSEN e JOHNSON, 1993a).

O efeito medicinal da "casca-do-salgueiro" e de outras plantas tem sido relatado pelos povos antigos. Em meados do século 18, o reverendo Edmund Stonen escreveu uma carta ao presidente da Royal Society, descrevendo as vantagens do uso do salgueiro, principalmente nos casos de febre (INSEL, 1990). O seu ingrediente ativo foi isolado em 1829, por Leroux, chamando-o de SALICIN, sendo também demonstrado seu efeito antipirético (INSEL, 1990). O salicilato sódico foi inicialmente utilizado para o tratamento de febre reumática e como antipirético, em 1875 (INSEL, 1990). O enorme sucesso da substância levou o químico Hofmann a preparar o ácido acetilsalicílico (AAS), a partir de um trabalho de Gerhardt em 1853, que não havia sido divulgado (INSEL, 1990).

Após a demonstração de seus efeitos antiinflamatórios, esse composto foi introduzido em 1899, por Dresser, com o nome de ASPIRIN (INSEL, 1990). Diz-se que o nome derivou da Spirae, uma espécie de planta da qual o ácido salicílico foi inicialmente preparado (INSEL, 1990). No fim do século 19, outros medicamentos utilizados para a dor foram descobertos, mas somente os derivados do paracetamol são utilizados atualmente (INSEL, 1990). O AAS e o acetaminofen são as medicações mais freqüentemente utilizadas para o alívio imediato da cefaléia, em especial nos caso de enxaqueca e cefaléia tensional, sendo que a maioria dos

pacientes faz uso de tais medicações antes mesmo de consultar o médico (TFELT-HANSEN e JOHNSON, 1993b).

Apesar da descoberta de vários medicamentos úteis no controle das dores, o AAS é tido como o agente analgésico, antipirético e antiinflamatório mais utilizado (INSEL, 1990). Quantidades prodigiosas são consumidas nos Estados Unidos da América: em torno de 20 milhões de toneladas anualmente, sendo o analgésico de uso domiciliar mais utilizado (INSEL, 1990), principalmente nos casos de cefaléia, mialgia e artralgia (TFELT-HANSEN e JOHNSON, 1993b; TFELT-HANSEN e WELCH, 1993).

Como resultado do seu amplo uso, são freqüentemente relatados os seus efeitos colaterais (gástricos, hipersensibilidade, insuficiência hepática e renal, hipoprotrombinemia e outras desordens de sangramento, síndrome de Reye, entre outros) bem como casos de intoxicação, geralmente com severidade, em crianças (INSEL, 1990).

Em 1886 foi introduzido a acetanide, com o nome de antifebrina, por Cahn e Hepp, que descobriram, acidentalmente, sua ação antipirética. Entretanto, mostrou-se excessivamente tóxica (INSEL, 1990).

Em 1887, foi introduzida a fenacetina (derivado do para-aminofen) e foi amplamente empregada em misturas analgésicas, até ser implicada com nefropatia devido ao abuso de analgésico (INSEL, 1990). O acetaminofen foi primeiramente usado na medicina, em 1893, por von Mering, ganhando popularidade após 1949, vindo a substituir a fenacetina como agente analgésico nos EUA e na maioria dos países ocidentais. É metabólito ativo da fenacetina e suas ações analgésicas e antipiréticas são semelhantes às do AAS (INSEL, 1990). Entretanto, o acetaminofen produz pouca ação antiinflamatória (INSEL, 1990). Tem sido utilizado, como sintomático, por pacientes portadores de enxaqueca (TFELT-HANSEN e JOHNSON, 1993b). Em virtude de sua disponibilidade como medicamento vendido sem controle, tem sido implicado em números crescentes de suicídios e intoxicações com lesão hepática fatal (INSEL, 1990). Em geral, produz menos efeitos colaterais

do que o AAS (INSEL, 1990). O acetaminofen é bem tolerado e, geralmente, não causa sangramento gastrointestinal (INSEL, 1990). Os pacientes podem utilizar combinações com outros agentes, incluindo-se sedativos, que promovem dependência e levam ao consumo de doses maiores, com efeitos colaterais resultantes (INSEL, 1990).

Um risco adicional com o abuso de analgésicos é a neoplasia maligna epitelial das vias urinárias superiores e inferiores. A função do acetaminofen na etiologia dessa neoplasia é incerta. A ingestão excessiva de analgésicos também está associada a outras nefropatias primárias, além da nefropatia induzida por analgésicos. Também tem sido relatada fibrose retroperitoneal com o abuso de analgésicos (ELKIND, 1991).

A cafeína é comumente consumida de forma abusiva e a freqüente associação às substâncias com propriedades analgésicas determina conseqüências, do ponto de vista da toxicidade (ELKIND, 1991, SAWYNOK, 1995). Por ser tão amplamente utilizada (medicamentos, bebidas e alimentos), muitas pessoas consideram-na “inofensiva” (SAWYNOK, 1995). Pode agir como estimulante, dependendo da sensibilidade individual, podendo determinar manifestações de cafeinismo, que causa distúrbios do sono e do humor, ansiedade, tremores, agitação, palpitações, diarreia ou mesmo sinais de abstinência quando de sua suspensão brusca (SAWYNOK, 1995). Tem sido acrescentada, em pequenas quantidades, em preparações analgésicas, e associada à ergotamina para o tratamento da cefaléia, com a finalidade de melhorar a atividade vasoconstrictora e a absorção intestinal da ergotamina (ELKIND, 1991).

2.2 Uso e abuso de medicações para a cefaléia

As cefaléias têm sido apontadas entre as síndromes dolorosas que, com grande freqüência, são causa de uso excessivo de medicamentos para alívio. Colocam-se nos primeiros lugares, alternando-se nesta posição com as lombalgias (RASKIN, 1988b). Sendo um sintoma comumente relatado na população em geral, existe uma

forte tendência ao uso de automedicação (GRANELLA e cols., 1987; PAULO e ZANINI, 1988). O tratamento de pacientes com cefaléia é freqüentemente complicado pelo abuso de substâncias, podendo progredir para a dependência (ELKIND, 1991). Os médicos regularmente deparam-se com história de consumo diário de medicação, quando uma entrevista detalhada é realizada em pacientes com história de dor crônica, estando freqüentemente associado com o uso excessivo de analgésicos, opióides e ergotamina (ELKIND, 1991). O abuso de diferentes substâncias pode ocorrer em enxaqueca, cefaléia tensional, cluster e cefaléia crônica pós-trauma. Cerca de 66 a 87,2% dos pacientes com cefaléia crônica utilizam diariamente medicamentos para alívio da dor (ELKIND, 1991). Uma parcela significativa dos pacientes com cefaléia crônica jamais procura atendimento médico, exceto quando toma consciência das complicações possíveis associadas ao abuso de medicamentos ou percebe que a qualidade de vida, associada às cefaléias freqüentes e ao abuso de analgésicos, é pouco satisfatória (ELKIND, 1991).

Conhecer qual é o consumo de SAIC tem sido preocupação de diversos serviços de neurologia, especializados em cefaléia (GRANELLA e cols., 1987; FERRARI e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; MATHEW; 1993). Esse interesse é justificado por três grupos de fatores: i) as implicações do consumo sobre as características clínicas e a evolução das cefaléias, ii) os efeitos do mesmo sobre o sistema nervoso e o organismo como um todo e iii) os fatores relacionados à drogadição (MINATTI-HANNUCH, 1989).

Considera-se abuso de drogas o uso de qualquer droga que determine prejuízo social, físico, psicológico, legal ou econômico para o próprio indivíduo ou para outras pessoas, que possam ser afetadas pelo seu comportamento (RINALDI e cols., 1988; JAFFE, 1990).

Alguns autores, ao propor critérios para definição de abuso de SAIC, habitualmente utilizam os dados referente às suas casuísticas (GRANELLA e cols., 1987; BAUMGARTNER e cols., 1989; SILBERSTEIN e SILBERSTEIN, 1992; RAHMAN e cols.; 1993, DIENER, 1993).

GRANELLA e cols. (1987) comentam que, independentemente da dosagem, a ingestão diária de drogas para alívio instantâneo da dor, por pelo menos 1 ano, é excessiva.

BAUMGARTNER e cols. 1989, em estudo realizado com 54 pacientes com cefaléia induzida por medicamentos, adotaram os seguintes critérios: a ingestão de analgésicos por mais de 20 dias ao mês e o consumo regular de analgésicos e/ou barbitúricos, cafeína, anti-histamínicos ou tranqüilizantes menores.

SILBERSTEIN E SILBERSTEIN (1992), em estudo de 50 pacientes com cefaléia crônica diária, associada ao consumo excessivo de analgésicos, ergotamina ou ambos, definiram, como critério para o abuso, o consumo regular diário de analgésicos, simples ou combinados (contendo barbitúricos ou sedativos), mais de quatro vezes por semana ou de tartarato de ergotamina, duas vezes por semana.

SILBERSTEIN e cols. (1994) consideram abuso de medicamentos o uso regular de analgésicos simples (>1000 mg de AAS ou acetaminofen), analgésicos associados contendo barbitúricos ou cafeína (> 3 comprimidos por dia) ou narcóticos (> 1 comprimido por dia) mais do que dois dias por semana, ou o uso de tartarato de ergotamina (1 mg via oral ou 0,5 mg via retal) mais do que dois dias por semana.

RAHMAN e cols. (1993) definiram como abuso de analgésico um mínimo acumulativo total de 1 kg de analgésicos, tais como AAS, fenacetina, paracetamol e outros compostos, simples ou em associação. Também consideraram como abuso o consumo acumulativo maior que 400 cápsulas de antiinflamatório não-hormonal (AINH).

WALKER, PARISI e OLIVE (1993) consideraram o uso excessivo de medicação para alívio da cefaléia quando ocorria consumo diário ou quase diário (de no mínimo 20 dias por mês).

DIENER (1993) define como abuso o consumo diário ou a cada dois dias de ergotamina, diidroergotamina, analgésicos, cafeína, barbitúricos ou codeína (como substância única ou em associação).

MINATTI-HANNUCH (1989) adotou a inclusão dos pacientes como abusadores ou não de SAIC, através do uso diário destas substâncias por mais de um mês, utilizando os critérios propostos por DIAMOND e DALESSIO modificados por SAPER (1983), atribuindo a cada critério destes uma letra: A = usar diariamente analgésicos; B = usar mais de 100 analgésicos simples por mês; C = usar 10 mg ou mais de tartarato de ergotamina por semana; D = usar 10 mg ou mais de outros derivados do ergot por semana; E = usar diariamente ou a cada 2 ou 3 dias, tartarato de ergotamina; F = usar diária ou quase diariamente compostos contendo barbitúricos e outras substâncias sedativas ou tranqüilizantes. O critério D foi incluído em analogia ao critério C e foi considerado necessário, já que, originalmente, só havia sido considerado o uso de tartarato de ergotamina e não o de outros derivados do ergot (SAPER, 1983).

Poucos estudos procuram identificar os fatores que estariam associados ao uso ou abuso de medicação (GRANELLA e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989). Sem o estudo desses fatores, pode ser difícil para o clínico identificar quais pacientes estariam em uso prejudicial destas medicações, quer contando com a sua ação analgésica, quer sendo eles agentes da persistência da dor (MINATTI-HANNUCH, 1989).

A seguir apresentaremos algumas características do uso e do abuso de substâncias para alívio imediato da dor em pacientes com cefaléia.

GRANELLA e cols., em 1987, efetuaram estudo epidemiológico retrospectivo de todos os pacientes encaminhados ao Centro de Cefaléia da Universidade de Parma, no período de 1979 a 1984, para determinar quantos deles abusavam de drogas. Detectaram 95 pacientes entre 1.900 atendidos, correspondentes a 5% , selecionados fundamentalmente pelo fato de usarem drogas para alívio instantâneo da dor, diariamente, por pelo menos 1 ano.

Segundo SAPER (1989), é estimado que no Instituto de Neurologia e Cefaléia de Michigan metade dos pacientes que procuram atendimento para cefaléia faça uso excessivo de medicações para alívio da dor, não sendo incomum o uso de 10 a 30

comprimidos de analgésicos por dia, 6 a 8 mg de tartarato de ergotamina ou a ingestão regular de grandes quantidades de tranqüilizantes ou analgésicos narcóticos.

MICHULTKA e cols. (1989) estudaram 261 pacientes com cefaléia crônica e identificaram 12% com padrão excessivo de consumo de medicação. Este valor foi considerado baixo pelos autores, que consideram ter subestimado alguns casos em virtude do índice de medicação utilizado.

STEWART, CELENTANO e LINET (1989) efetuaram entrevista por telefone com 9.380 moradores de Washington. Verificaram um baixo consumo de medicação prescrita para cefaléia: como sintomático (4% nos homens e 8% nas mulheres) e profilaxia (menos de 1% nos homens e 2,3% nas mulheres). Também observaram que proporcionalmente, as mulheres utilizavam mais medicação, tanto para tratar como para debelar o sintoma.

MATHEW, KURMAN e PEREZ (1990) estudaram 200 pacientes portadores de cefaléia diária ou quase diária que usavam medicação para alívio da dor diariamente, muitas vezes em quantidades excessivas. Medicação profilática concomitante era utilizada por 116 pacientes. Dois ou mais tipos diferentes de preparações eram utilizadas por 65% dos pacientes. Em 42% dos pacientes havia consumo de butalbital, AAS, acetaminofen, cafeína com ou sem codeína; em 25% o uso era de AAS ou acetaminofen com cafeína. Os autores ainda comentam que não é reconhecido, entre os clínicos, o uso diário de quantidades excessivas de medicações para alívio imediato da dor ou sintomáticos em pacientes com cefaléia crônica. A história natural de cefaléia episódica pode ser alterada pelo uso freqüente de medicação sintomática, constituindo um ponto importante para que a cefaléia se torne um problema diário. A tolerância aos medicamentos torna-se evidente com o passar do tempo, levando ao consumo cada vez maior e parecendo haver uma anormalidade inerente neste grupo de pacientes, que os predispõe à cefaléia induzida por medicamentos.

DHOPESH, MAANY e HERRING (1991) analisaram 125 pacientes do sexo masculino, todos usuários de cocaína (isolada ou em associação), dos quais 62 foram classificados como portadores de cefaléia crônica, sendo que 19.7% não usavam medicação para cefaléia e 66,9% o faziam. Somente 50% destes tinham procurado médico para a queixa de cefaléia. Os autores mencionam que a incidência do consumo de cocaína, em pacientes com cefaléia, tem sido controversa, sendo relacionada, por um lado à possibilidade de que haveria um alívio da dor e por outro determinar o próprio aparecimento de cefaléia.

Em estudo prospectivo com 100 pacientes portadores de cefaléia crônica diária, SOLOMON, LIPTON e NEWMAN (1992) verificaram que 47% consumiam analgésico, diariamente, por um longo período.

SCHNIDER e cols., em 1994, publicaram um trabalho em que haviam entrevistado 80 pacientes portadores de cefaléia tensional, de acordo com os critérios da classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC), de 1988. Entre os 80, pacientes ocorria o consumo de 502 substâncias diferentes, com uma média de 6,3 por paciente. As medicações mais comumente empregadas foram: acetaminofen (paracetamol) (50%), propifenazona (38%) e AAS (25%), em compostos associados freqüentemente com cafeína (em 33%). Segundo os autores, o abuso de medicações pode estar associado ao fato de os pacientes continuarem consumindo, mesmo que a dor persista ou não. Nesse estudo as substâncias utilizadas foram descritas pelos pacientes como sendo de eficácia moderada, levando ao consumo de dosagens maiores na esperança de melhores resultados.

Estudo realizado por SANDRINI e cols., em 1993, nos centros de cefaléia das Universidades de Parma e Pavia, analisou prospectivamente 90 pacientes portadores de cefaléia, com duração de 15 dias a 1 mês, durante os últimos 6 meses. O critério adotado para analisar o abuso de analgésico foi o da classificação da SIC (CLASSIFICATION, 1988), utilizando um ou mais dos seguintes: (1) ≥ 50 g de AAS por mês ou equivalente a outros analgésicos; (2) ≥ 100 comprimidos por mês de analgésicos combinados com barbitúricos ou outros compostos não narcóticos; (3)

um ou mais analgésicos narcóticos. Os autores verificaram, que em 24% da amostra, o abuso de analgésicos foi o fator responsável pela transformação de cefaléia episódica em crônica, sugerindo importante valor na determinação das suas características clínicas.

WALKER, PARISI e OLIVE, em 1993, publicaram estudo efetuado em 100 pacientes admitidos na unidade de tratamento de cefaléia, em um hospital geral, sendo que 53 pacientes faziam uso abusivo de medicação, diariamente ou quase diariamente (no mínimo 20 dias por mês), para alívio da cefaléia. As medicações utilizadas com mais frequência foram: barbitúricos (30%); narcóticos (21%); acetaminofen (16%) e benzodiazepínicos (12%). Alguns pacientes usavam, excessivamente, mais do que uma substância.

OATES, SCHOLZ e HOFFERT, em 1993, registraram a prevalência da auto-medicação e politerapia nos pacientes que procuraram o Centro de Cefaléia John R. Graham do Hospital Faulkner, em Boston. Os pacientes foram entrevistados por telefone, sendo questionado sobre qual a medicação em uso, quem havia prescrito e qual quantidade de medicação em uso. O total da amostra correspondeu a 150 entrevistas. Desses, 69% (n= 103) admitiram estar usando outras medicações para alívio da dor em quantidades excessivas; já 23% utilizavam duas ou mais substâncias. Em 22% as medicações utilizadas excessivamente foram: AAS, ibuprofen, acetaminofen, acetaminofen com cafeína e AAS. Os autores chamam a atenção para a alta probabilidade de auto-medicação e polifarmácia, bem como para a necessidade de informar os pacientes sobre as conseqüências desse uso abusivo.

RAHMAN e cols., em 1993, estudaram prospectivamente 79 pacientes com cefaléia crônica ou enxaqueca, aplicando questionário padronizado, abordando o consumo regular de analgésicos e a incidência de nefropatia. Apenas 19% utilizavam um tipo de analgésico, enquanto em 81% o consumo era de combinação de analgésicos. As substâncias AINH foram os analgésicos mais comumente utilizados (96,2%), seguindo-se paracetamol (70,9%) e outros compostos associados (5,1%), contendo AAS, fenacetina e cafeína. O ácido mefenâmico foi o AINH mais

utilizado (97,4%). O abuso de analgésicos foi verificado em 65 pacientes (82%), com 69,2% utilizando um tipo de analgésico, enquanto 30,8% usavam-no em combinações. Também os antiinflamatórios não-hormonais foram os medicamentos mais utilizados de forma abusiva (89,2%), seguindo-se paracetamol (38,5%) e compostos associados (6,1%). A nefropatia associada com analgésicos foi encontrada em 2,2% e a disfunção renal em 4,6%.

Segundo SHELFTELL (1992), os pacientes com cefaléia tendem a abusar de uma variedade de medicações.

RAPOPORT, WEEKS e SHEFTELL (1986), definiram cefaléia induzida por analgésico com sendo uma entidade associada à piora da dor em sofredores crônicos, devido ao uso excessivo de analgésicos não-narcóticos, tais como AAS e acetaminofen. Também chamaram a atenção para o fato de que pacientes sem cefaléia, que usam grandes quantidades de analgésicos para outras condições (como, por exemplo artrite), não desenvolvem cefaléia induzida por analgésico. Parece que a exposição a essas medicações afeta principalmente pacientes com predisposição à cefaléia (ELKIND, 1991; SHEFTELL, 1992).

Dos pacientes com cefaléia crônica diária, 73% utilizam quantidades excessivas de analgésicos, combinações de analgésico-caféina-sedativo ou ergotamina diariamente (MATHEW, 1993).

MINATTI-HANNUCH, em 1989, realizou estudo analisando o uso e o abuso de substâncias para alívio imediato da dor, em dois grupos de pacientes. O grupo 1 foi constituído por 411 pacientes que procuraram o Setor de Investigação e Tratamento de Cefaléias, no Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo. O grupo 2 era composto por 402 pacientes que procuraram o serviço de Nefrologia do mesmo Hospital, para diagnóstico ou controle de hipertensão arterial. A estes dois grupos foi aplicada entrevista padronizada, contendo dados demográficos, clínicos e sobre consumo de SAIC. Os resultados demonstraram que mais de 80% dos pacientes do grupo 1 e mais de 75% do grupo 2 usavam SAIC, sendo que metade dos pacientes do grupo 1 e 17% dos pacientes do grupo 2 utilizavam de modo

abusivo. Os produtos mais empregados com SAIC foram os que não continham derivados do ergot, sendo a dipirona a SAIC mais usada. O abuso de SAIC esteve associado às condições de ser mais idoso e ter apenas cefaléia, ter dor por maior número de meses, ter crise dolorosa mais prolongada, ter dor mais freqüente e menos intensa e ter cefaléia não-vascular.

As substâncias, mais comumente consumidas de forma abusiva, são encontradas nos medicamentos normalmente vendidos sem prescrição. O AAS, o acetaminofen e a cafeína estão entre as medicações mais comumente incluídas no relato dos pacientes. Habitualmente, o consumo do medicamento ocorre antes do início da cefaléia, tentando evitar a crise (ELKIND, 1991).

Poucos estudos procuram identificar os fatores que estariam associados ao uso ou abuso de medicação (GRANELLA e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; MINATTI-HANNUCH e cols., 1992a, 1992b). Sem o estudo desses fatores, pode ser difícil para o clínico identificar quais pacientes estariam em uso prejudicial destas medicações, quer contando com a sua ação analgésica, quer sendo eles agentes da persistência da dor (MINATTI-HANNUCH, 1989).

Quanto ao mecanismo subjacente à dependência de tartarato de ergotamina, SAPER (1989) comenta as influências desta substância sobre centros vasomotores do tronco cerebral, secreção de cortisol e diversos neurotransmissores envolvidos em funções hipotalâmicas e do tronco. Também interfere a mesma na função do receptor e tem sido demonstrada sua interferência sobre a regulação límbico-hipotalâmico-hipofisária e adrenal. Também aventa-se sua interferência sobre os ritmos circadianos.

Para os analgésicos, são mencionadas quatro possibilidades: o efeito levemente euforizante das combinações analgésicas; o próprio alívio da dor parece causar euforia, mesmo na ausência de drogas euforizantes, funcionando como um estímulo para o condicionamento, no sentido do uso crônico de medicação analgésica; percepção da intensidade e da capacidade de estimativa de tempo do estímulo doloroso estaria comprometida em enxaquecosos; e, como quarto mecanismo, os

próprios analgésicos poderiam atuar como algogênicos, dependendo da quantidade ingerida (MINATTI-HANNUCH, 1989).

Por outro lado, tem sido relatado que os sofrendores crônicos de cefaléia apresentam traços alterados de personalidade não relacionados com a severidade da dor (OLESEN, 1994). Uma vulnerabilidade psicobiológica ao desenvolvimento de condições dolorosas, nestes pacientes, estaria relacionado a um defeito no eixo adreno-hipotalâmico-hipofisário, evidenciando uma resposta anormal a dexametasona (MATIGNONI e SOLOMON, 1993).

O tratamento dos pacientes com cefaléia é freqüentemente complicado pelo abuso de substâncias químicas, podendo progredir para a dependência farmacológica (ELKIND, 1991; MATHEW, 1993; DALESSIO, 1994). Os pacientes com cefaléias recorrentes descrevem habitualmente uma história que inclui o uso freqüente de medicamentos (ELKIND, 1991). A influência das SAIC sobre as características clínicas da cefaléia pode se dar de várias formas e, além disso, pode decorrer do uso excessivo ou prolongado ou da simples sensibilidade individual a determinada droga (MINATTI-HANNUCH, 1989). Desde 1951 a ergotamina tem sido relatada como uma das responsáveis pela transformação de cefaléia episódica em crônica, iniciando um ciclo vicioso e freqüentemente determinando o consumo de altas dosagens (GRANELLA e cols., 1987; CATARCI e cols., 1994). Alguns autores também observaram que o uso freqüente de ergotamina causava cefaléia crônica, resistente a outros tratamentos (FERRARI e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; MINATTI-HANNUCH e cols., 1992a; RASKIN, 1993; WELCH, 1993; MARKLEY, 1994).

Quando se trata do uso de analgésicos e antiinflamatórios, um processo semelhante se verifica. Cefaléias, antes paroxísticas, tornam-se contínuas; cefaléias diárias com horário preferencial perdem suas características e, na tentativa de aliviá-las, gradativamente o ciclo vicioso já instalado piora, sendo que os dois quadros, cefaléia por uso de ergot e cefaléia por uso de analgésicos e antiinflamatórios de

modo excessivo, acabam por fundir-se em um mesmo paciente (FERRARI e cols., 1987; GRANELLA e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989).

2.3 Cefaléia crônica diária

MATHEW, STUBITS e NIGAN, em 1982, introduziram o conceito de transformação de enxaqueca episódica em cefaléia crônica diária (CCD). Inicialmente consideraram a CCD como sendo enxaqueca e usaram o termo "transformação de enxaqueca".

A CCD é um problema clínico amplo, porém poucos são os dados disponíveis que permitem determinar a atual incidência e prevalência dessa desordem, visto que não dispomos de critérios diagnósticos para a sua classificação. Aproximadamente 40% dos pacientes avaliados nas clínicas de cefaléia encontram-se nessa categoria (MATHEW, 1993; MARTIGNONI e SOLOMON, 1993). Vários termos têm sido utilizado para descrever essa condição incluindo cefaléia crônica diária, cefaléia tensional crônica, enxaqueca transformada, cefaléia interparoxística com enxaqueca, enxaqueca evolutiva, síndrome de cefaléia mista e cefaléia vascular (MATHEW, 1993).

O termo CCD refere-se a ocorrência diária ou quase diária de dor mais ou menos contínua (devendo ser durante mais do que 6 dias por semana e por um período de 6 meses); a severidade e as características podem sofrer alterações durante o dia (SOLOMON, LIPTON e NEWMAN, 1992).

A definição de cefaléias primárias melhorou consideravelmente com os dados clínicos e operacionais, baseados na classificação da SIC (CLASSIFICATION, 1988), facilitando e estimulando atividades de pesquisas nosológicas e epidemiológicas (PFAFFENRATH, ISLER e EKBOM, 1993); porém a nosografia da CCD permanece em debate (MATHEW, 1993; MARTIGNONI e SOLOMON, 1993; SILBERSTEIN e cols., 1994).

Mesmo com a classificação das cefaléias (CLASSIFICATION, 1988), a CCD não é considerada como entidade clínica separada; além do que somente alguns tipos de cefaléia crônica estão incluídos (SANDRINI e cols., 1993).

MATHEW, REUVENI e PEREZ, em 1987, sugeriram três tipos diferentes de CCD: i) tipo I: cefaléia que, de início, ocorre diária ou quase diariamente, sem alteração na severidade e sem as características de enxaqueca; ii) tipo II: cefaléia que, de início ocorre diariamente ou quase, com ocasional cefaléia de severidade maior do que aquela de natureza enxaquecosa; iii) tipo III: enxaqueca ocasional (sem aura ou com aura), que se inicia na adolescência ou no adulto jovem e aumenta em frequência com os anos, com exacerbações durante a terceira e quarta décadas, evoluindo para CCD. O termo “enxaqueca evolutiva ou transformada” tem sido utilizada para definir esse último grupo (SANDRINI e cols., 1993).

Em estudo efetuado por SOLOMON, LIPTON e NEWMAN (1992), dos 100 pacientes com CCD, atendidos em clínica especializada de cefaléia, a maioria (61%) apresentava cefaléia tensional, porém, em 1/3 da amostra, não foi possível classificá-los porque apresentavam características de enxaqueca com ocorrência diária.

Para SILBERSTEIN e cols. (1994), a SIC não classifica adequadamente as cefaléia crônicas diárias, comumente encontradas em centros especializados de tratamento de cefaléia, permitindo quando possível incluí-las nos grupos das cefaléias tensionais crônicas, mas deixando uma lacuna nos casos de enxaquecas episódicas com evolução para diária. Os autores propõem que sejam incluídos os tipos de CCD, bem como os respectivos critérios, na classificação da SIC (CLASSIFICATION, 1988).

Quanto aos mecanismos que levariam ao quadro de dor crônica e persistente, aventa-se a interferência sobre o sistema antinociceptivo, já geneticamente alterado nos casos de enxaqueca (RASKIN, 1988b; WELCH, 1993). Também é mencionada a supressão da atividade das vias centrais serotoninérgicas sobre a regulação da dor (KUDROW, 1982).

2.4 Cefaléia associada ao uso crônico de substâncias para o alívio do sintoma

Os sintomas das cefaléias primárias, em particular das enxaquecas e, da cefaléia tipo tensional, podem ser alterados pelo consumo excessivo de analgésicos, preparações com ergotamina e outras drogas (ELKIND, 1991). Muitas vezes o diagnóstico correto da cefaléia crônica só pode ser possível após a retirada de todas as substâncias para o alívio imediato da dor (ELKIND, 1991; PFAFFENRATH, ISLER e EKDOM, 1993).

Na classificação da SIC encontramos os seguintes critérios diagnósticos para a cefaléia induzida por medicações : i) a substância deve ser usada no mínimo por 3 meses; ii) a cefaléia deve ser crônica (no mínimo 15 dias de cefaléia por mês) e deve desaparecer dentro de 1 mês após a retirada da substância; iii) consumo diário de ergotamina igual ou superior a 2 mg via oral ou a 1mg via retal; iv) consumo de 50 g de AAS ou equivalente por mês; v) consumo de analgésicos combinados com barbitúricos ou outros compostos não narcóticos igual ou superior a 100 comprimidos por mês; e vi) consumo de um ou mais analgésicos narcóticos (CLASSIFICATION, 1988).

As SAIC, quando utilizadas frequentemente e/ ou em quantidades excessivas, podem perpetuar o processo doloroso (MATHEW, 1993). Quando isto ocorre estamos diante de um quadro de cefaléia induzida por medicações. Há duas formas de cefaléia induzida por medicações para o alívio da dor: a cefaléia induzida por analgésicos e a provocada por ergotamina (MATHEW, 1993).

Há mais de uma década tem sido observado que os analgésicos poderiam ocasionar o aparecimento de cefaléia ou mesmo perpetuar uma cefaléia crônica (MATHEW, STUBITS e NIGAN, 1982). KUDROW (1982), estudando pacientes com cefaléia em tratamento crônico, observou melhora da sintomatologia no grupo em que o analgésico foi descontinuado. Esta observação clínica foi posteriormente resgatada pela indefinição de cefaléia induzida por medicação, neste caso analgésico, como um tipo de cefaléia (MATHEW, 1993).

A cefaléia induzida por analgésicos é auto-sustentada e rítmica (MATHEW, 1993). O ciclo cefaléia-medicação é caracterizado por cefaléia diária ou quase diária e tem sido descrito, pelos pacientes, o uso irresistível e previsível dos analgésicos como a única forma de obter o alívio da dor (MATHEW, 1993). Os fatores precipitantes, usualmente descritos neste tipo de cefaléia, são as atividades físicas e o esforço intelectual (MATHEW, 1993).

A cefaléia induzida pelo consumo de ergotamina também ocorre de maneira diária ou quase diária (MATHEW, 1993). O consumo de ergotamina, descrito nos pacientes com esta condição, geralmente excede 10 mg por semana (MATHEW, 1993).

Diferentes mecanismos contribuem para a transição de uma cefaléia original em cefaléia induzida pelo uso crônico de substâncias (DIENER e TFELT-HANSEN, 1993; MATHEW, 1993). Por exemplo, os fatores psicológicos do paciente reforçariam o consumo da medicação para o alívio da dor (DIENER e TFELT-HANSEN, 1993). Nesta situação, quando o paciente tenta parar ou reduzir a medicação, geralmente há uma piora da dor pré-existente (DIENER e TFELT-HANSEN, 1993). Além dos fatores psicológicos, a supressão, a baixa regulação ou uma anormalidade do sistema antinociceptivo poderiam ser outros fatores determinantes do uso excessivo de medicação sintomática, que explicaria a cefaléia induzida por analgésicos nos pacientes enxaquecosos (LANCE, PARKES e WILKINSON, 1988; MATHEW, 1993).

Considerando os dados colocados anteriormente, no que se refere ao uso e abuso de substâncias para o alívio da cefaléia, é inevitável o surgimento de várias indagações a respeito do assunto. Entre elas encontram-se:

Considerando a ausência de dados locais a respeito, qual seria o padrão de consumo verificado em pacientes com cefaléia em nosso meio?

Quais as características clínicas da dor desses pacientes e como poderiam contribuir para o uso e para o abuso de medicamentos? Que fatores estariam associados ao nível de consumo?

Que atitudes os pacientes adotam diante do fato de sentir dor?

A realização do presente estudo visa iniciar a abordagem sobre o tema em nosso meio, principalmente se considerarmos que, mesmo a nível nacional, há número reduzido de dados sobre o assunto, e que com certeza a elaboração de um estudo regional contribuirá para a busca contínua do entendimento de certas questões a respeito do consumo, (abusivo ou não) de SAIC.

3. OBJETIVOS

1- AVALIAR O NÍVEL DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EMPREGADOS PARA O ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES COM CEFALÉIA QUE PROCURAM ATENDIMENTO MÉDICO, NO AMBULATÓRIO DE CEFALÉIA DO HU DA UFSC;

2- QUANTIFICAR A FREQUÊNCIA DE PACIENTES CLASSIFICADOS COMO SOFREDORES DE CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA E DE CEFALÉIA INDUZIDA POR MEDICAMENTOS, NA CASUÍSTICA ANALISADA;

3- DESCREVER E COMPARAR AS CARACTERÍSTICAS DA CEFALÉIA NOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ABUSADORES OU NÃO DE SUBSTÂNCIAS PARA ALÍVIO IMEDIATO DA DOR;

4- IDENTIFICAR AS ATITUDES ASSUMIDAS PELOS PACIENTES DIANTE DA SITUAÇÃO DE SENTIR CEFALÉIA.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do trabalho

Trata-se de um estudo observacional, individual, contemporâneo e não controlado, do tipo transversal (NEWMAN e cols., 1988).

4.2 Casuística

Foram entrevistados os pacientes com queixa de cefaléia que procuraram atendimento no ambulatório de cefaléia, do departamento de Clínica Médica do HU da UFSC, durante o período de 07 de janeiro a 31 de agosto de 1995. Foram incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou superior a 15 (quinze) anos, cuja queixa principal era de cefaléia e que autorizaram a utilização dos dados da entrevista. Foram considerados critérios de exclusão: idade inferior a 15 anos, queixa principal não ser de cefaléia e a não concordância em autorizar a utilização dos dados da entrevista para a realização do trabalho.

4.3 COLETA DE DADOS

Foi utilizada entrevista interpessoal padronizada, efetuada apenas pela autora, ao longo do período de estudo, de acordo com estudos prévios realizados sobre este tema (MINATTI-HANNUCH, 1989, 1992a, 1992b).

Foi utilizado um formulário para a entrevista com perguntas abertas e fechadas, cujo roteiro é composto pelos seguintes tópicos (Anexo 1): dados sócio-demográficos, características clínicas da dor, atitudes adotadas pelo paciente diante da situação de sentir dor, uso de medicação.

A validação interna do formulário da entrevista foi obtida através de um pré-teste nos primeiros cinco pacientes atendidos no ambulatório de cefaléia do HU-UFSC (CUMMINGS e cols., 1988). Foram analisados a clareza das questões, o período de tempo necessário para a realização da entrevista e a reprodutibilidade do

instrumento utilizado (CUMMINGS e cols., 1988). A realização da entrevista teve uma duração média de 40 minutos.

A validação externa já havia sido efetuada em trabalhos anteriores (MINATTI-HANNUCH, 1989 e 1992).

4.3.1 DADOS DA ENTREVISTA

Para a constatação da presença do sintoma cefaléia foram admitidas respostas livres. Indagou-se sobre a presença ou não de cefaléia. Quando a resposta era imprecisa, tal como "muito raro", "às vezes", "de vez em quando", solicitava-se ao paciente que respondesse à seguinte pergunta: "o senhor (senhora) sentiu dor de cabeça nos últimos 60 dias?". Em caso positivo passava-se então à caracterização da cefaléia. Em caso negativo foi considerada a queixa como inexistente.

Em todos os casos, perguntou-se ao paciente se estava ou não fazendo tratamento para cefaléia. Esta questão era colocada com a finalidade de se evitar a exclusão de pacientes assintomáticos em virtude de tratamento medicamentoso.

Quanto à duração da dor, admitiu-se qualquer tempo que o paciente informasse; o mesmo vale para o item tempo de queixa de dor. Sempre que a informação do paciente foi imprecisa, admitindo limite superior e inferior para a duração da dor, adotamos a média aritmética desses limites, já que só foram admitidos números inteiros como tempo. Para a descrição deste dado foi utilizada a conversão do tempo de queixa em número de meses.

No que se refere ao caráter, localização, frequência, fatores de alívio e de piora da dor, outros sinais e sintomas associados foram admitidas respostas livres.

Para melhor caracterização por parte do paciente, no item intensidade da dor, foi utilizado o grau de repercussão nas atividades habituais do paciente (MONDELL, 1991):

1- Leve - quando determina limitações mínimas, sem interferir nas atividades diárias;

2- Moderada - quando implica em algumas limitações para o paciente; porém consegue executar a maioria de suas atividades diárias;

3- Intensa - dor que determina restrições significativas no dia a dia ou impede o paciente de dormir;

4- Incapacitante - quando determina restrição total nas atividades diárias do paciente.

O termo ATITUDE foi empregado no sentido de identificar o comportamento que o paciente habitualmente tinha quando do início da cefaléia e, posteriormente quando da persistência da dor. Foram admitidas respostas livres quanto às atitudes. Sempre que o paciente respondesse "nada a fazer" ou "não sei" diante da cefaléia, foram oferecidas as alternativas abaixo, com o objetivo de estimulá-lo a rever sua resposta:

- procura deitar-se ou isolar-se do ambiente?
- procura andar, movimentar-se?
- toma chá? caso sim, qual?
- faz algum outro procedimento caseiro? caso sim, qual?
- toma remédio?
- faz alguma outra coisa? caso sim, qual?

Quanto ao momento de uso da medicação, também foram admitidas respostas livres com o detalhamento que o paciente oferecesse.

Quando o paciente tinha dificuldades para responder estas questões foram oferecidas as seguintes possibilidades, sempre na mesma seqüência e uma de cada vez:

- na ameaça da dor?
- logo no início da dor?
- depois de uma hora de dor?
- depois de algum tempo de dor que não sabe precisar?
- em algum outro momento? qual?

Quanto às atitudes do paciente diante da dor que persiste foram admitidas respostas livres com o detalhamento que o paciente oferecesse. Sempre que o paciente demonstrasse dificuldade em responder à questão, foram oferecidas as seguintes alternativas, sempre nesta ordem e uma de cada vez:

- isola-se? deita-se?
- anda? faz exercícios?
- faz algum tratamento caseiro? qual?
- procura médico ou pronto socorro?
- toma mais remédios?

Este procedimento foi adotado visando dar ao paciente idéia mais aproximada do grau de precisão desejado na resposta. Quando, à resposta "nada a fazer" ou "não sei", mesmo após o interrogatório dirigido, nada foi acrescentado, admitiu-se como sendo aquelas palavras a resposta definitiva.

Quanto ao uso de substâncias para alívio imediato da dor foi considerada a informação dada pelo paciente quanto tipo, via de utilização, dose e tempo de uso, procurando confirmá-la através de receita ou embalagem ou do próprio porte da medicação.

A composição química dos produtos comerciais, empregados pelos pacientes para alívio da cefaléia foi obtida através da consulta aos dicionários de especialidades farmacêuticas (DEF 94/95, 1994; DEF 95/96, 1995).

O termo "desconhecido" foi utilizado para designar medicações que os pacientes referiam utilizar como SAIC e cuja citação não foi encontrada ou cuja composição não foi identificada na bibliografia consultada.

Quanto ao uso de SAIC, procurou-se identificar se havia participação médica na prescrição em uso, mesmo que tenha sido na indicação e não na manutenção do seu uso.

Quanto ao conhecimento sobre a existência de efeitos colaterais foi considerada a resposta negativa e a positiva, sendo que na última o paciente era interrogado

sobre o conhecimento ou não de possíveis efeitos colaterais. Também era solicitada a menção do efeito colateral.

Para o diagnóstico do tipo de cefaléia foi empregada a classificação da SIC (CLASSIFICATION, 1988).

Os pacientes foram classificados quanto ao usar, com ou sem abuso, as SAIC, segundo os critérios propostos por DIAMOND e DALESSIO modificados por SAPER (1983), já utilizados em estudo anterior no nosso país (MINATTI-HANNUCH, 1989), atribuindo a cada critério destes uma letra, a saber:

Critério A - usar diariamente analgésicos.

Critério B - usar mais de 100 analgésicos simples por mês.

Critério C - usar 10 mg ou mais de tartarato de ergotamina por semana.

Critério D - usar 10 mg ou mais de outros derivados do ergot por semana.

Critério E - usar diariamente ou a cada 2 ou 3 dias, tartarato de ergotamina.

Critério F - usar diária ou quase diariamente compostos contendo barbitúricos e outras substâncias sedativas ou tranquilizantes.

O critério D foi incluído para complementar o critério C (MINATTI-HANNUCH, 1989). A sua inclusão foi considerada, já que no trabalho de SAPER (1983), só havia sido considerado o uso de tartarato de ergotamina e não o de outros derivados do ergot.

Para a identificação dos pacientes, quanto a cefaléia induzida pelo uso crônico de substâncias (ergotamina e analgésicos), foram utilizados os critérios propostos pela SIC (CLASSIFICATION, 1988). A comprovação da presença deste subgrupo de pacientes foi possível na reconsulta, aonde foi verificado se houve melhora do sintoma após a suspensão do medicamento. Foi considerado melhora do sintoma, quando mencionada a sua ausência ou diminuição da frequência de até 50% dos dias de ocorrência da cefaléia (DIENER e TFELT-HANSEN, 1993).

A classificação dos pacientes com CCD foi efetuada segundo os critérios e os tipos propostos por SILBERSTEIN e cols., 1994 (Anexo 4).

Para a realização do presente trabalho foi criado o serviço de atendimento ambulatorial dos pacientes com cefaléia do HU - UFSC (Anexo 2) em 02 de janeiro de 1995.

O presente estudo foi aprovado pela comissão de ética do HU- UFSC (Anexo 3).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas foram expressas por suas frequências (número e percentual). As variáveis contínuas foram expressas pela média e pelo desvio padrão. Para a comparação dos grupos foi utilizado o teste do qui-quadrado e t-Student para as variáveis categóricas e contínuas respectivamente (SPIEGEL, 1971). Utilizou-se os programas de computador EPI -INFO versão 5.1, a planilha EXCEL versão 4.0 e STRATGRAPH versão 5.0. Considerou-se estatisticamente significativa a diferença entre os grupos quando o valor de $P < 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1 Características sócio-demográficas da casuística

No período de janeiro a agosto de 1995, foram atendidos pela primeira vez, no ambulatório de cefaléia do HU da UFSC, 157 pacientes, dos quais 8 foram excluídos da entrevista (idade inferior a 15 anos, n= 4; outra queixa principal, n= 4). As características sócio-demográficas dos 149 pacientes incluídos no trabalho foram de predomínio de pacientes jovens (de 15 a 83 anos; idade média : $35,5 \pm 12,9$), do sexo feminino (81,2%) e casados (63,5%) (tabela I).

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM CEFALÉIA DE ACORDO COM O SEXO, FAIXA ETÁRIA, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, RELAÇÃO TRABALHISTA E ESCOLARIDADE

Característica	Número	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	28	18,8
Feminino	121	81,2
Faixas etárias		
Menor ou igual a 20 anos	20	13,4
21 a 40 anos	86	57,7
41 a 60 anos	35	23,5
Mais de 60 anos	8	5,4
Estado civil		
Solteiro(a)	40	27,0
Casado(a)	94	63,5
Viúvo(a)	5	3,4
Separado(a)	9	6,1
Profissão		
Do lar	32	21,5
Estudante	16	10,7
Empregada doméstica	10	6,7
Outras	91	61,1
Escolaridade		
Ausente ou inferior à 4 ^a . série do 1 ^o . grau	93	62,4
Igual ou superior à 4 ^a . série do 1 ^o . grau	56	37,6

5.2 Caracterização da cefaléia

A maioria dos pacientes se caracterizava como sofredores de cefaléia por tempo superior a 6 meses (83,1%), sendo que 72,4% referia esta queixa dolorosa por mais de um ano (tabela II, figura 1).

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM O TEMPO DE QUEIXA DE CEFALÉIA

Tempo de queixa de cefaléia	Número	Percentual (%)
Menor ou igual a 1 mês	04	02,7
Maior que 1 a 3 meses	05	03,4
Maior que 3 a 6 meses	16	10,7
Maior que 6 a 12 meses	16	10,7
Maior que 12 a 60 meses	39	26,2
Maior que 60 a 120 meses	20	13,4
Maior que 120 meses	33	22,1
Informação imprecisa	16	10,7

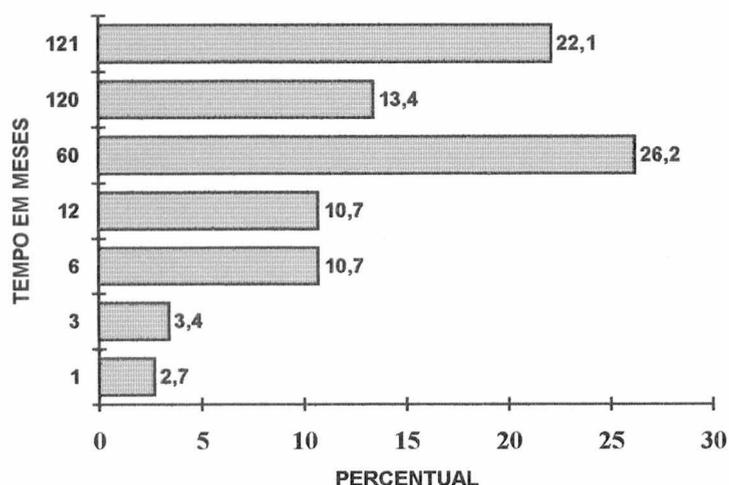


Figura 1 : Distribuição do tempo de queixa de cefaléia em períodos de meses e percentuais de pacientes em cada período.

As principais características da cefaléia foram: o caráter pulsátil, intensidade e frequência importantes e duração prolongada (tabela III; figuras 2, 3 e 4).

TABELA III - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DA CEFALÉIA: CARÁTER DA DOR, INTENSIDADE, FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA DOR

Características clínicas	Número	Percentual (%)
Caráter		
Pulsátil	111	74,5
Não pulsátil	38	25,5
Intensidade^a		
Leve/moderada	93	62,4
Intensa/incapacitante	56	37,6
Frequência		
Menos de 15 dias por mês	92	61,7
Igual ou superior a 15 dias por mês	57	38,3
Duração		
Igual ou inferior a 1 hora	07	04,7
Maior que 1 até 6 horas	13	08,7
Maior que 6 até 12 horas	16	10,7
Maior que 12 até 24 horas	47	31,5
Maior que 24 até 72 horas	40	26,8
Maior que 72 horas	07	04,7
Contínua	17	11,4
Informação imprecisa	02	01,3

^a : a intensidade foi graduada conforme o grau de interferência nas atividades habituais do paciente.

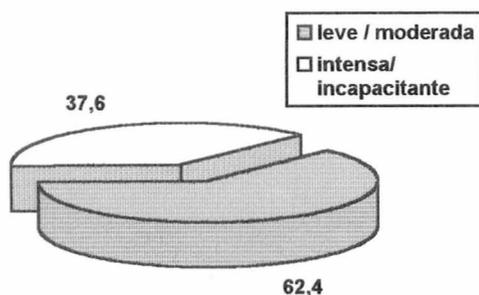


Figura 2 : Frequência em percentuais da intensidade da cefaléia, categorizada em dois grupos: leve/moderada e intensa/incapacitante.

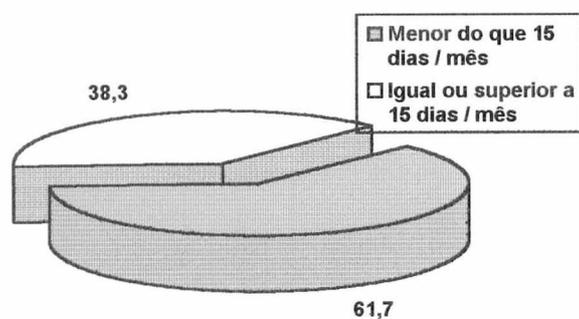


Figura 3 : Frequência em percentuais dos episódios de cefaléia, categorizados em dois grupos: menor do que 15 dias e igual ou superior a 15 dias por mês.

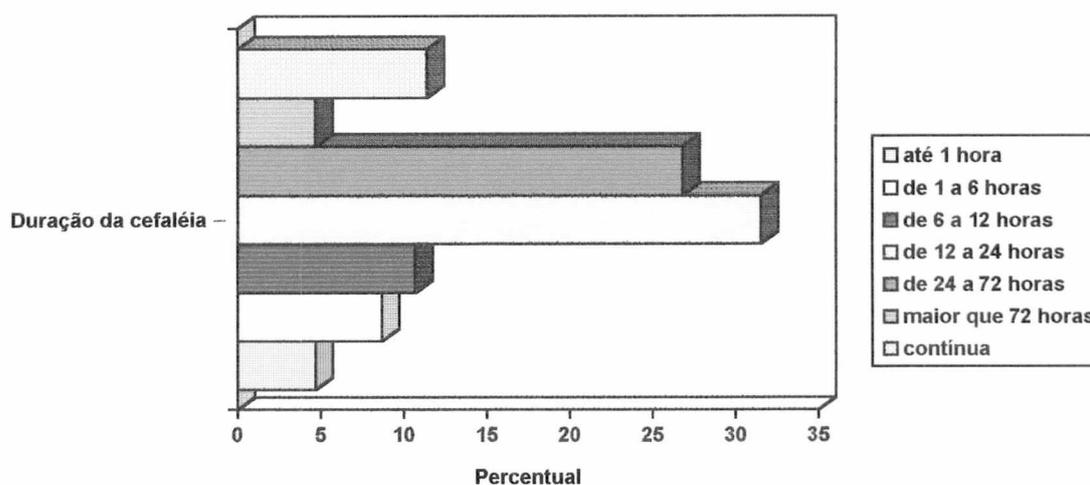


Figura 4 : Frequência, em percentuais, das categorias de duração, em horas, da cefaléia.

A dor foi frequentemente unilateral, de localização frontal, com história familiar positiva, sendo o repouso e o sono os fatores de alívio mais usuais (tabela IV).

TABELA IV - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DA CEFALÉIA: HISTÓRIA FAMILIAR, LATERALIDADE, LOCALIZAÇÃO, FATORES DE ALÍVIO, FATORES DE PIORA E SINTOMAS CONCOMITANTES

Características clínicas	Número	Percentual (%)
História familiar positiva	84	56,4
Lateralidade		
Unilateral	89	59,8
Bilateral	60	40,2
Localização predominante		
Frontal	105	70,5
Occipital	12	08,1
Temporal	11	07,4
Mista	21	14,0
Fatores de alívio		
Sono	31	20,8
Repouso	17	11,4
Nenhum	26	17,4
Medicação	14	09,4
Ambiente escuro	16	10,7
Outros	45	30,2
Fatores de piora		
Stress	68	45,6
Menstruação	62	41,6
Barulho	16	10,7
Sintomas concomitantes		
Náuseas	14	25,5
Vômitos	11	20,0
Tontura	05	09,1
Escotomas	05	09,1

A maioria dos pacientes entrevistados apresentava quadro clínico de cefaléia tensional ou de enxaqueca (tabela V, figura 5).

TABELA V - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA DO TIPO DE CEFALÉIA

Impressão diagnóstica^a	Número	Percentual (%)
Enxaqueca sem aura	69	46,3
Cefaléia tensional tipo crônica	19	12,7
Cefaléia tensional tipo episódica	17	11,4
Enxaqueca sem aura e cefaléia tensional	17	11,4
Enxaqueca com aura e cefaléia tensional	01	00,7
Enxaqueca com aura	10	06,7
Cefaléia 2 ^a . a HAS ^b	03	02,0
Cefaléia 2 ^a . a Sinusite	03	02,0
Hemicrania paroxística crônica	03	02,0
Cefaléia em salvas	02	01,3
Cefaléia 2 ^a . a infecção do SNC ^c	01	00,7
Cefaléia 2 ^a . a HAS, tensional crônica	01	00,7
Cefaléia 2 ^a . a Sinusite, enxaqueca sem aura	01	00,7
Cefaléia 2 ^a . a processo expansivo, enxaqueca sem aura	01	00,7
Sem diagnóstico	01	00,7
Total	149	100,0

^a : Diagnóstico segundo os critérios da classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (1988); 2^a. : secundária ou cefaléia associada; ^b: hipertensão arterial sistêmica; ^c : sistema nervoso central.

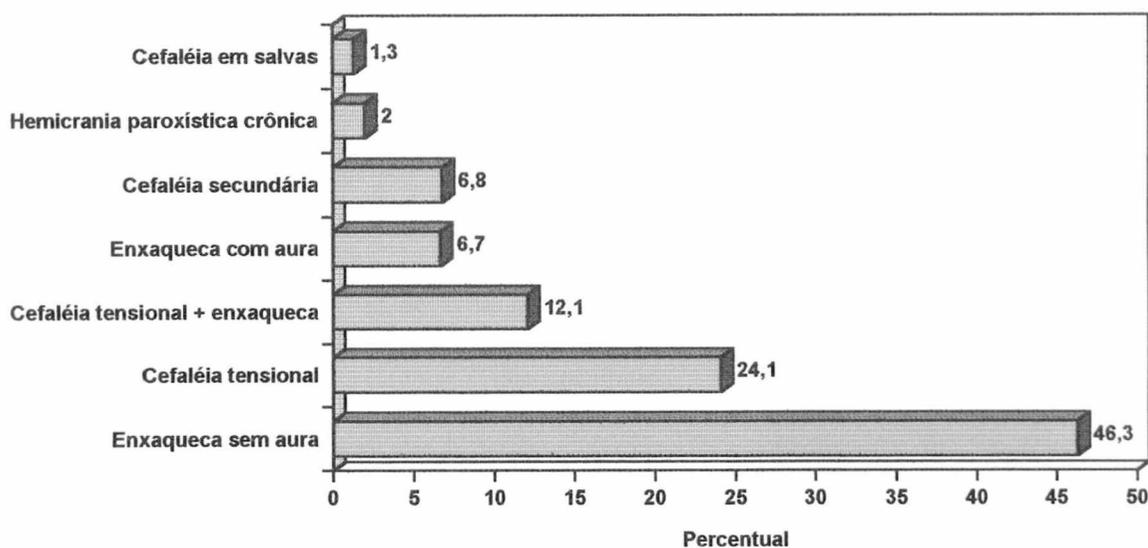


Figura 5 : Diagnóstico do tipo de cefaléia segunda a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (1988).

5.3 Atendimento médico para a cefaléia

Cerca de 46.3% (n= 69) dos pacientes entrevistados já havia procurado atendimento médico anteriormente devido à queixa de cefaléia (tabela VI).

TABELA VI - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE PACIENTES DE ACORDO COM A MENÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO PRÉVIO PARA CEFALÉIA

Avaliação médica prévia	número	percentual (%)
Sim	69	46,3
Não	80	53,7
Total	149	100,0

A maioria dos pacientes que mencionaram atendimento médico prévio devido à cefaléia foi avaliada por clínico geral (47,8%) ou neurologista (30,4%) (tabela VII).

TABELA VII - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS CATEGORIAS DE ESPECIALISTAS QUE EFETUARAM O ATENDIMENTO PRÉVIO DO PACIENTE COM CEFALÉIA

Especialidade	número	percentual (%)
Clínico geral	33	47,8
Neurologista	21	30,4
Otorrinolaringologista	05	07,2
Oftalmologista	05	07,2
Homeopata ou Acupunturista	04	05,7
Psiquiatra	01	01,7
Total	69	100,0

Observação: O percentual foi calculado sobre o número total de pacientes com o uso prévio de medicações para a cefaléia (n= 69).

5.4 Uso de medicações para o alívio da cefaléia

Dos 149 pacientes entrevistados, 148 faziam uso de SAIC.

O uso simultâneo de mais de um produto comercial ocorreu em mais de 50% dos pacientes (tabela VIII).

TABELA VIII - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DO NÚMERO DE MEDICAÇÕES UTILIZADAS PELOS PACIENTES PARA O ALÍVIO DA CEFALÉIA

Número de produtos comerciais	Número	Percentual (%)
01	69	46,6
02	62	41,9
03	15	10,1
04	02	01,4
Total	148	100,0

A automedicação foi efetuada em 89,9% dos casos, sendo que a participação do médico na prescrição do medicamento utilizado foi de 8,8% (tabela IX).

TABELA IX - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE ACORDO COM QUEM DECIDIU PELA MEDICAÇÃO PARA O ALÍVIO IMEDIATO DA CEFALÉIA

Quem decidiu a medicação	Número	Percentual (%)
Automedicação	133	89,9
Médico	13	08,8
Farmacêutico	02	01,3
Total	148	100,0

A medicação mais utilizada pelos pacientes foi a dipirona associada (73%) (tabela X).

TABELA X - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS SUBSTÂNCIAS EMPREGADAS NOS PACIENTES PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA

Substância	Número	Percentual (%)
Dipirona associada	108	73,0
Dipirona pura	56	38,0
Paracetamol associado	26	17,6
Ácido acetilsalicílico puro	14	09,5
Tartarato de ergotamina associado	13	08,8
Paracetamol puro	10	06,8
Ácido acetilsalicílico associado	08	05,4
Diidroergotamina associado	07	04,7
Diclofenaco sódico	04	02,7
Diazepam	03	02,0
Ácido mefenâmico	02	01,4
Bromazepan	02	01,4
Sumatriptan	02	01,4
Cloxacolan	01	00,7
Cinarizina	01	00,7
Cetoprofeno	01	00,7
Piracetan	01	00,7
Metoclopramida	01	00,7
Maleato de dextroclorfeniramina	01	00,7
Amitriptilina	01	00,7

Observação: Os valores percentuais foram calculados pelo número total de pacientes que utilizavam medicações para o alívio da cefaléia (n= 148).

Foi demonstrado nítido predomínio dos produtos que não contêm ergot (92,3%) (tabela XI)

TABELA XI - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE COMPOSTOS QUÍMICOS UTILIZADOS PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA

Composição química	Número	Percentual (%)
Sem derivado do ergot	241	92,3
Com derivado do ergot	20	07,7
Total	261	100,0

Observação : Os valores percentuais foram calculados sobre o número total de compostos químicos utilizados (n= 261)

Aproximadamente 56% dos pacientes consumiram 5 ou mais doses de medicações no momento da crise de cefaléia (tabela XII).

TABELA XII - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS DOSES DE MEDICAÇÕES UTILIZADAS PELOS PACIENTES PARA ALÍVIO IMEDIATO DA CEFALÉIA, NA CRISE

Número de doses	número	percentual (%)
1	11	07,5
2	11	07,5
3	18	12,1
4	25	16,9
5	27	18,2
6 ou mais	56	37,8
Total	148	100,0

O número de doses de medicação ingerido é superior a 90 por mês em 38,5%, indicando que este percentual de pacientes ingeriu mais que 3 doses de medicações ao dia. O limite máximo de doses ingerido por paciente foi de 378 doses por mês (tabela XIII).

TABELA XIII - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS MENSAIS DAS DOSES UTILIZADAS PELOS PACIENTES PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA

Número de doses/ mês	número de pacientes	percentual (%)
até 15	02	01,4
de 16 a 30	14	09,5
de 31 a 60	41	27,7
de 61 a 90	34	23,0
90 ou mais	57	38,5
Total	148	100,0

O tempo de uso de SAIC foi superior a três meses em 88% da casuística, sendo que quase a metade destes (40%) utilizou esta classe de medicação por um período superior a um ano (tabela XIV).

TABELA XIV - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DO TEMPO DE USO DE MEDICAÇÕES PARA O ALÍVIO DA CEFALÉIA

Tempo de uso (dias)	número de pacientes	percentual (%)
30 ou menos	04	03
31 a 90	13	09
91 a 180	34	23
181 a 360	37	25
361 ou mais	60	40
Total	148	100

Observação : Aproximadamente 65% dos pacientes utilizaram as medicações para alívio da cefaléia em um tempo superior a 6 meses.

A maioria dos efeitos adversos mencionados estava relacionada ao trato digestivo, nos 37 pacientes que referiam conhecer efeitos colaterais das SAIC (tabela XV).

TABELA XV - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS EFEITOS COLATERAIS DAS MEDICAÇÕES EMPREGADAS PELOS PACIENTES PARA O TRATAMENTO DA CEFALÉIA

Efeito colateral	Número	Percentual (%)
Epigastralgia	21	56,7
Pressão baixa	11	29,7
Tontura	03	08,1
Sonolência	03	08,1
Náuseas	02	05,4
Sangramento digestivo	02	05,4
Vômitos	02	05,4
Palpitações	01	02,7
Boca seca	01	02,7
Pirose	01	02,7
Não definido	01	02,7

Observação: O percentual foi calculado sobre o número de pacientes (n= 37) que referiram conhecer a existência de efeitos colaterais.

5.5 Atitudes dos pacientes com cefaléia

Observou-se um grande número de pacientes (45,6%) que procurava isolar-se e/ou deitar-se. O uso de SAIC foi efetuado de imediato em 26,2% dos casos (tabela XVI).

TABELA XVI - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS ATITUDES ADOTADAS PELOS PACIENTES QUANDO DO INÍCIO DA CEFALÉIA

Atitude	número	percentual^a (%)
Procura isolar-se, deitar-se	68	45,6
Toma SAIC ^b	39	26,2
Toma chá	13	08,7
Faz procedimentos caseiros	13	08,7
Nada faz	07	04,7
Muda de procedimento	05	03,4
Anda, agita-se	04	02,7
Total	149	100,0

^a : Os valores percentuais foram calculados sobre o número total de pacientes da casuística estudada (n= 149). ^b : Substância para o alívio imediato da cefaléia.

Quanto aos procedimentos caseiros utilizados para alívio da cefaléia, a maioria mencionou a colocação de substâncias no local (tabela XVII).

TABELA XVII - PROCEDIMENTOS CASEIROS ADOTADOS PELOS PACIENTES PARA O ALÍVIO DA CEFALÉIA

Procedimento caseiro	número	percentual (%)
Colocar gelo ou água fria na região frontal	09	69,2
Colocar batatas na cabeça	05	38,5
Cheirar álcool	04	30,8
Fazer massagem	04	30,8
Tomar banho morno	04	30,8
Tentar relaxar	04	30,8
Compressa com álcool	03	23,1
Amarrar pano	02	15,4
Apertar a cabeça	02	15,4
Alimentar-se	01	07,7
Tomar leite gelado	01	07,7
Usar máscara para descanso	01	07,7

Observação: Os valores percentuais foram calculados sobre o número de pacientes que adotou algum tipo de procedimento caseiro (n= 13). Foi mencionada a utilização de mais de um tipo de procedimento caseiro por 8 pacientes.

Neste estudo foram referidas treze possibilidades distintas de uso de chás para o alívio da cefaléia. O tipo de chá mais freqüentemente ingerido foi o de erva-cidreira (n= 8; 61,5%) (tabela XVIII).

TABELA XVIII - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DOS TIPOS DE CHÁ UTILIZADOS PELOS PACIENTES PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA

Tipo de chá	número	percentual (%)
Erva-cidreira	08	61,5
Camomila	05	38,5
Boldo	04	30,7
Capim-limão	04	30,7
Laranjeira	03	23,1
Hortelã	02	15,4
Losna	02	15,4
Folha de vergamota e eucalipto	02	15,4
Erva doce	01	07,7
Malva	01	07,7
Chá preto	01	07,7
Carqueja	01	07,7

Observação: Os valores percentuais foram calculados sobre o número de pacientes que utilizavam chá para o alívio da cefaléia (n= 13). Foi mencionada a utilização de mais de um tipo de chá por 7 pacientes.

Na maioria dos pacientes (60,8%) o momento adotado para a utilização de SAIC foi na ameaça da dor (tabela XIX).

TABELA XIX - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DOS MOMENTOS ADOTADOS PELOS PACIENTES NA UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÕES PARA O ALÍVIO IMEDIATO DA CEFALÉIA

Momento de uso da medicação	número	percentual (%)
Na ameaça da dor	90	60,8
Logo no início da dor	20	13,5
Depois de uma hora de dor	20	13,5
Depois de algum tempo (impreciso) de dor	14	09,5
Em algum outro momento	04	02,7
Total	148	100,0

Observação: Os valores percentuais foram calculados sobre o número de pacientes que utilizavam medicações (n = 148).

Quando da persistência da cefaléia, 44,6% relataram ingerir outra dose de medicamento, enquanto 23% não souberam o que fazer (tabela XX).

TABELA XX - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS ATITUDES ADOTADAS PELOS PACIENTES QUANDO DA PERSISTÊNCIA DA CEFALÉIA

Atitudes diante da persistência da dor	número	percentual (%)
Ingere uma outra dose do remédio	66	44,6
Não sabe o que fazer	34	23,0
Isola-se, deita-se	22	14,8
Faz procedimento caseiro	12	08,1
Procura médico ou pronto socorro	10	06,8
Provoca vômito	02	01,3
Agita-se, muda de posição	02	01,3
Total	148	100,0

5.6 Abuso de substâncias para o alívio imediato da cefaléia.

Foram considerados abusadores de SAIC, pelo uso diário de analgésico, 52% dos pacientes. Foram classificados como abusadores, pela presença de mais de um critério de abuso, 29,4% dos pacientes (tabela XXI e XXII).

TABELA XXI - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DOS PACIENTES ABUSADORES DE SUBSTÂNCIAS PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA DE ACORDO COM O(S) CRITÉRIO(S) PELO(S) QUAL(IS) FORAM CLASSIFICADOS COMO ABUSADORES

Critério	Número	Percentual (%)
A ^a	39	52,0
B ^b	10	13,0
C ^c	02	02,7
D ^d	01	01,3
F ^e	01	01,3
A + B	06	08,0
A + C	06	08,0
A + D	01	01,3
A + F	05	06,7
A + B + C	01	01,3
A + B + F	01	01,3
A + C + E ^f	01	01,3
B + F	01	01,3
Total	75	100,0

^a = usar diariamente analgésicos; ^b = usar mais de 100 analgésicos simples por mês; ^c = usar 10mg ou mais de tartarato de ergotamina por semana; ^d = usar 10mg ou mais de outros derivados do ergot por semana; ^e = usar diariamente, ou quase diariamente, compostos contendo barbitúricos e outras substâncias sedativas ou tranqüilizantes; ^f = usar diariamente, a cada dois dias ou a cada três dias, tartarato de ergotamina.

TABELA XXII - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DOS PACIENTES ABUSADORES DE SUBSTÂNCIAS PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA DISTRIBUÍDAS DE ACORDO COM O NÚMERO DE CRITÉRIOS SEGUNDO OS QUAIS FORAM CONSIDERADOS ABUSADORES

Número de critérios	Número de pacientes	Percentual (%)
01	53	70,6
02	19	25,4
03	03	04,0
Total	75	100,0

Observação: Os critérios adotados estão mencionados na tabela XXI.

Na presente casuística, ao compararmos os grupos não abusadores versus abusadores de substâncias para o alívio da cefaléia, observamos diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,05$) nos itens severidade, frequência e duração do sintoma, sendo que no grupo abusador observamos uma maior frequência de pacientes com cefaléia intensa, periodicidade do sintoma igual ou superior a 15 dias e tempo de duração da dor de cabeça superior a 12 horas (tabela XXIII).

TABELA XXIII - COMPARAÇÃO DOS DADOS DOS PACIENTES COM CEFALÉIA DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE ABUSADORES OU NÃO DE SUBSTÂNCIAS PARA ALÍVIO DO SINTOMA

Variável	Grupo I^a n = 74	Grupo II^b n = 75	Total n = 149	P
Idade (m ^c ± dp ^d)	33,6 ± 14	37,4 ± 11,6	35,5 ± 13	0,08
Sexo (fem : masc)	4,7 : 1	4,0 : 1	4,3 : 1	0,70
Maior intensidade (n)	21	35	56	0,02
Frequência ≥ 15 dias	19	41	60	0,01
Tempo > 6 meses	56	52	108	0,10
Duração > 12 horas	49	62	111	0,04
Sabe efeito colateral	16	21	37	0,56
Enxaqueca sem aura	42	27	69	0,09
Cefaléia tensional	15	21	36	0,09
Tempo medicação ^e (m ± dp)	565 ± 590	438 ± 408	500 ± 509	0,13

^a = grupo I : pacientes não abusadores de analgésicos da cefaléia; ^b = grupo II: pacientes abusadores de medicações para alívio da cefaléia; ^c = média; ^d = desvio padrão da média; ^e = tempo de uso de medicação para alívio da cefaléia, em dias.

No entanto, não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas ($P > 0,05$) entre os grupos nos itens idade, sexo, tempo do sintoma, conhecimento do efeito colateral da medicação, classificação do tipo de cefaléia e tempo de uso da medicação (tabela XXIII).

Ao compararmos os grupos de uso e abuso de medicações com a procura de atendimento médico prévio para tratamento da cefaléia, observamos que significativa ($P < 0,01$) maioria no grupo dos abusadores já havia recorrido à assistência anteriormente, ao contrário do grupo de não abusadores, aonde apenas 24 pacientes mencionaram ter procurado auxílio médico prévio em algum momento (tabela XXIV, figura 6).

TABELA XXIV - RELAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE ABUSO DE MEDICAÇÕES E A FREQUÊNCIA DA PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA

Atendimento médico ^b	Diagnóstico de abuso de medicações ^a		
	Presente	Ausente	Total
Sim	45	24	69
Não	30	50	80
Total	75	74	149

^a = abuso de medicações para alívio imediato da cefaléia conforme critérios propostos por SAPER, 1983; ^b = frequência de procura de atendimento médico, devido a cefaléia, antes da entrevista. $P < 0,01$.

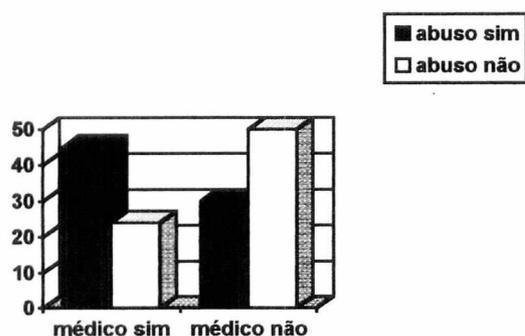


Figura 6 : Relação entre a frequência de abuso de medicamentos e a procura de médico para alívio da cefaléia.

Dos 39 pacientes classificados como portadores de cefaléia crônica diária, 28 incorreram de maneira significativa ($P < 0,01$) no uso abusivo da medicação (tabela XXV, figura 7)

TABELA XXV - RELAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE ABUSO DE MEDICAÇÕES PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA E A FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA

Cefaléia crônica diária ^b	Diagnóstico de abuso de medicações ^a		
	Presente	Ausente	Total
Sim	28	11	39
Não	47	63	110
Total	75	74	149

^a = abuso de medicações para alívio imediato da cefaléia, conforme critérios propostos por SAPER, 1983; ^b = diagnóstico do tipo de cefaléia na entrevista. $P < 0,01$.

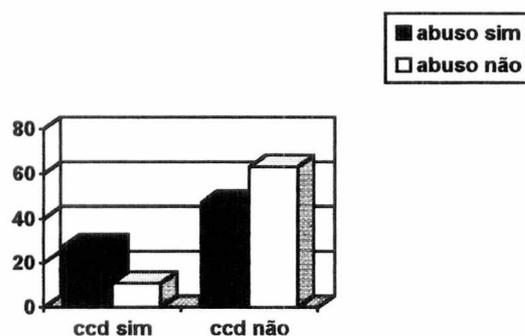


Figura 7 : Relação entre o diagnóstico de cefaléia crônica diária (ccd) e o abuso de medicações para o seu alívio.

Dos 39 pacientes com CCD, 21 já haviam procurado atendimento médico prévio, visando tratamento do sintoma (tabela XXVI e figura 8).

Ao observarmos os tipos de cefaléia crônica diária, encontramos 21 pacientes classificados como cefaléia tensional tipo crônica e 17 como enxaqueca transformada, sendo que, nestes diagnósticos, foi constatado abuso de medicação em 27 pacientes (tabela XXVII e figura 9).

TABELA XXVI - RELAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA E A FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA

Cefaléia crônica diária ^b	Atendimento médico prévio ^a		Total
	Presente	Ausente	
Sim	21	18	39
Não	48	62	110
Total	69	80	149

^a = atendimento médico prévio a entrevista e devido a cefaléia; ^b = diagnóstico do tipo de cefaléia na entrevista. $P > 0,05$.

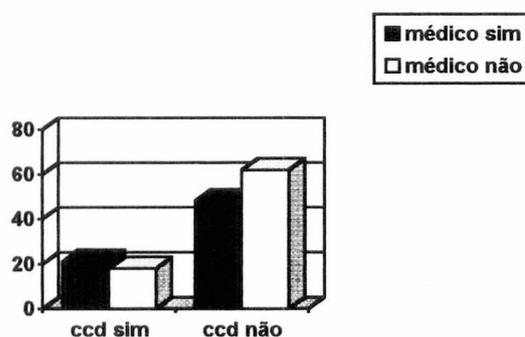


Figura 8 : Relação entre a procura de atendimento médico para alívio da cefaléia e o diagnóstico de cefaléia crônica diária (ccd).

TABELA XXVII - RELAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PARA ALÍVIO DA CEFALÉIA E A FREQUÊNCIA DOS TIPOS DE CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA

Tipo de CCD ^b	Abuso de medicamentos ^a		Total
	Presente	Ausente	
Cefaléia tensional tipo crônica	15	06	21
Enxaqueca transformada	12	05	17
Cefaléia persistente, início recente	01	00	01
Hemicrania contínua	00	00	00
Total	28	11	39

^a = classificados segundo os critérios de SILBERSTEIN e cols., 1994; ^b = cefaléia crônica diária.

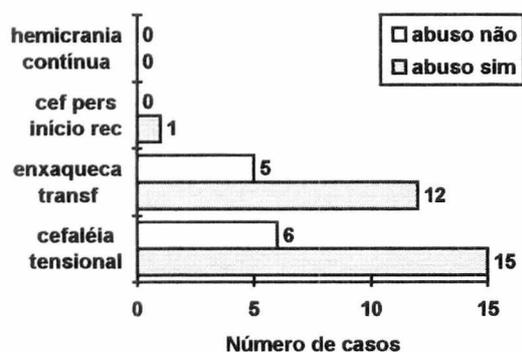


Figura 9 : Relação entre a freqüência de abuso de substâncias para alívio da cefaléia e a freqüência dos tipos de cefaléia crônica diária, classificados segundo os critérios de SILBERSTEIN e cols., 1994. (cef pers início rec: cefaléia persistente de início recente; enxaqueca transf: enxaqueca transformada).

5.7 Cefaléia associada ao uso crônico de substâncias para o alívio do sintoma.

Ao observarmos a evolução da cefaléia nos pacientes cuja quantidade de medicação sugerisse cefaléia induzida pelo uso crônico de substâncias, constatamos a melhora do sintoma, em nove pacientes após a suspensão, da medicação (tabela XXVIII e figura 10).

TABELA XXVIII - EVOLUÇÃO DA CEFALÉIA DE ACORDO COM O TIPO DE MEDICAÇÃO SUSPENSA

Tipo de medicação ^b	Evolução da cefaléia ^a			Total
	Melhora	Piora/inalterada	Perdas ^c	
Ergotamina ^d	01	01	00	02
Analgésicos simples ^e	07	05	07	19
Analgésicos compostos ^f	01	01	00	02
Total	09	07	07	23

^a = evolução após a retirada da medicação que utilizava anteriormente; ^b = segundo critérios de cefaléia associada com uso crônico de substâncias; (CLASSIFICATION, 1988); ^c = pacientes que não retornaram ao serviço (absenteísmo); ^d = ergotamina: dose oral igual ou superior a 2,0 mg por dia; ^e = analgésico simples: dose de ácido acetilsalicílico ou equivalente igual ou superior a 50 g por mês; ^f = analgésico composto: combinados com barbituratos ou outros compostos não narcóticos (acima de 100 doses por mês).

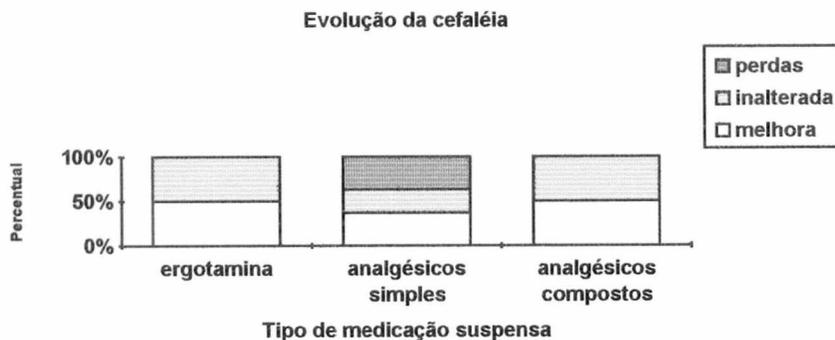


Figura 10 : Evolução da cefaléia de acordo com o tipo de medicação suspensa.

(Segundo critérios de cefaléia associada com uso crônico de substâncias; (CLASSIFICATION, 1988); Perdas: pacientes que não retornaram ao serviço (absenteísmo); Inalterada: persistência do sintoma após a suspensão da medicação; Melhora: alívio do sintoma após a suspensão da medicação; Ergotamina: dose oral igual ou superior a 2,0 mg por dia; Analgésico simples: dose de ácido acetilsalicílico ou equivalente igual ou superior a 50 g por mês; Analgésico composto: combinados com barbituratos ou outros compostos não narcóticos (acima de 100 doses por mês).

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou uma os pacientes atendidos a nível de ambulatório especializado em cefaléia, num período de oito meses. Os resultados da casuística analisada, conforme será comentado a seguir, confirmam dados de literatura. Além disso, serão discutidos aspectos atuais sobre o tema, como o uso e o abuso de substâncias para o alívio da dor, a cefaléia crônica diária e a cefaléia induzida por medicações.

Em relação à metodologia, empregada em levantamentos epidemiológicos da cefaléia, tem sido verificada a utilização de questionário ou de entrevista. Os resultados de pesquisas, cujos dados resultam da aplicação de questionários, podem ser afetados por grande variedade de fatores culturais, psicológicos e sociológicos (CUMMINGS e cols., 1988; LIPTON e cols., 1992). No entanto, questionários adequadamente estruturados e dirigidos para propósitos específicos podem ser muito sensíveis para levantar conteúdo relevantes da doença em questão (CUMMINGS e cols., 1988; RASMUSSEN, JENSEN e OLESEN, 1991; RASMUSSEN, 1993). Por outro lado, a metodologia adotada no presente trabalho, a da entrevista interpessoal, apesar de mais laboriosa do que o questionário, permite um maior contato com o paciente e o esclarecimento de questões duvidosas (CUMMINGS e cols., 1988; RASMUSSEN, JENSEN e OLESEN, 1991; RUSSEL e cols., 1992, GRANELLA e cols., 1994). Neste caso, a presença do pesquisador e a sua interação com o entrevistado geram um aumento qualitativo das respostas obtidas. Deve-se, no entanto, ter cuidado com o sugestionamento das respostas do entrevistado. Apesar destes aspectos, são poucos os estudos que se utilizam da entrevista clínica para a obtenção dos dados e, quando isto ocorre, os entrevistadores não possuem experiência clínica adequada e a metodologia de coleta das informações varia desde o método direto com o paciente até o uso do telefone (RASMUSSEN, 1993).

DADOS GERAIS

Nesta casuística, estão analisados os dados das entrevistas de cento e quarenta e nove pacientes adultos, atendidos no ambulatório de cefaléia. A faixa etária mais freqüente foi dos 21 a 40 anos (57,7%) e observou-se predomínio do sexo feminino (81,2%) sobre o masculino (18,8%). O predomínio do sexo feminino e de pessoas jovens reflete dados já observados por outros autores (MINATTI-HANNUCH, 1989; SAPER, 1989; MATHEW, 1991; LINET, STEWART E CELENTANO, 1989; STEWART e cols., 1992; LANCE, 1993b) e expressa o maior alvo das cefaléias.

A maioria dos nossos pacientes tinha uma história de cefaléia com tempo de dor superior a 6 meses, e 38,3% conviviam com a dor em mais da metade dos dias do mês (tabelas II e III), confirmando dados já apresentados por outros autores (DIENER e cols., 1989; MINATTI-HANNUCH, 1989; SOLOMON, LIPTON e NEWMAN, 1992; LANCE, 1993c).

Observou-se que mesmo os pacientes com a intensidade da dor descrita como leve ou moderada (62,4%) procuraram auxílio médico. SOLOMON, LIPTON e NEWMAN (1992) ao estudarem 100 pacientes com cefaléia crônica diária, obtiveram 55% com intensidade da dor moderada. No entanto, um percentual mais elevado do que os relatados, de atendimento de pacientes com cefaléia grave foram encontrados por MINATTI-HANNUCH (1989) (intensa em 72%).

Em relação ao diagnóstico do tipo de cefaléia, verificou-se nesta casuística o predomínio das enxaquecas (tabela V, figura 5). Isso também foi observado na maioria das casuísticas de serviços especializados em cefaléia (LINET e STEWART, 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; DIAMOND, 1991; RASMUSSEN e cols., 1991; KOEHLER, BUCK-EMDEN e DULZ, 1992; STANG e cols., 1992; LIPTON e STEWART, 1993; RASMUSSEN e BRESLAU, 1993; MERIKANGAS e cols., 1994; RUSSELL e cols., 1995).

Além disso, foi possível identificar um grupo de pacientes com cefaléia induzida por medicações, ou seja, pacientes que relataram na evolução melhora do sintoma após a suspensão da medicação (figura 10). Este aspecto será discutido posteriormente.

CONSUMO

O uso de SAIC, quando respeitadas as indicações e contra-indicações, é habitualmente seguro (SAPER, 1983, 1989; BAUMGARTNER e cols., 1989; MINATTI-HANNUCH, 1989). A maioria das substâncias utilizadas como sintomáticos para cefaléia são vendidas no mercado farmacêutico e indicadas com frequência pelos meios de comunicação (ELKIND, 1991). O baixo nível de instrução encontrado nesta casuística (ausente ou inferior à 4ª. série do primeiro grau em 62,4%) pode ter contribuído para a maior vulnerabilidade ao consumo inadequado de medicações, conforme já foi observado em trabalho anterior (MINATTI-HANNUCH, 1989). A influência dos meios de comunicação ou mesmo as indicações de pessoas leigas, além do desconhecimento dos possíveis efeitos colaterais e da posologia, são observados em pacientes com baixo nível de instrução (PAULO e ZANINI, 1988; ELKIND, 1991).

No Brasil, a questão do consumo de substâncias utilizadas para alívio imediato da cefaléia tem sido pouco estudada (MINATTI-HANNUCH, 1989; MINATTI-HANNUCH e cols., 1992b). Neste trabalho, buscamos ampliar o conhecimento de uma amostragem deste consumo, permitindo estudos específicos sobre o tema.

Em nosso estudo usar medicação para alívio de cefaléia foi a regra: dos 149 pacientes entrevistados, 148 faziam uso de medicação, na primeira vez que foram atendidos. Esta frequência está de acordo com os achados de outros estudos (GRANELLA e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; SILBERSTEIN e SILBERSTEIN, 1992; SOLOMON, LIPTON e NEWMAN, 1992; OATES, SCHOLZ e HOFFERT, 1993). No entanto, STEWART, CELENTANO e LINET

(1989) encontraram valores relativamente inferiores no uso de medicamentos para alívio da cefaléia em uma população de 9.380 moradores de Washington (E.U.A.) Embora nesse estudo a metodologia empregada todavia foi a da entrevista efetuada por telefone (STEWART, CELENTANO e LINET, 1989).

O uso simultâneo superior a um produto comercial ocorreu em grande parte dos pacientes (acima de 50%), semelhante ao encontrado em outros trabalhos (GRANELLA e cols., 1987; MINATTI-HANNUCH, 1989; DIENER e cols., 1989; MICHULTKA e cols., 1989; MATHEW, KURMAN e PEREZ, 1990; DIENER, 1993; OATES, SCHOLZ e HOFFERT, 1993; RAHMAN e cols., 1993). Para DIENER e cols. (1989), a ingestão regular de analgésicos determinaria a diminuição do limiar da dor e possuiria um efeito na sua modulação central através das endorfinas, o que determinaria o sofrimento crônico de cefaléia a associar medicações, buscando o alívio da dor. Porém, o efeito interativo de combinações de substâncias apresenta um importante papel na cefaléia induzida por medicamentos, o que perpetuaria o problema, levando o paciente a ser incluído num subgrupo de sofredores de cefaléia, que consome quantidades excessivas de medicamentos analgésicos (MICHULTKA e cols., 1989).

Vale salientar que, em nossa amostra, mais de 60% dos pacientes utilizavam acima de 60 doses por mês de medicação para alívio da dor.

Em nosso estudo, o percentual de automedicação foi elevado (89,9%), este fato também é referido por outros autores em diversos países (GRANELLA e cols., 1987; MICHULTKA e cols., 1989; MINATTI-HANNUCH, 1989; SAPER, 1989; SILBERSTEIN e SILBERSTEIN, 1992; SOLOMON, LIPTON e NEWMAN, 1992). Alguns autores salientam que, em seus países, os medicamentos para serem conseguidos devem ser prescritos (DIENER e cols., 1989; SAPER, 1989; MATHEW, KURMAN e PEREZ, 1989; DIENER, 1993; SCHNIDER e cols., 1994). Em nossa amostra, apenas 8,8% relatavam usar a medicação prescrita pelo médico. Este dado é interessante pelo fato de 46,3% dos pacientes mencionarem que já

havia procurado assistência médica para o tratamento de cefaléia, sugerindo que, apesar da orientação, o consumo de medicação por indicação própria persistiu.

O analgésico mais freqüentemente referido pelos pacientes foi a dipirona (associada em 73% e pura em 38%), em acordo com GRANELLA e cols. (1987); MINATTI-HANNUCH (1989) e diferindo de outros autores (SAPER, 1989; DIENER e cols., 1989; MATHEW, KURMAN e PEREZ, 1990; DIENER, 1993; SCHNIDER e cols., 1994). Em trabalho realizado por SCHNIDER e cols., em 1994, sobre o uso e abuso de analgésicos na cefaléia tipo tensional, foi verificado que as substâncias mais utilizadas foram: acetaminofen (81%), propifenazona (46%) e AAS (66%), principalmente na forma associada com cafeína (43%). DIENER e cols. (1989), ao analisarem 139 pacientes com cefaléia crônica induzida por analgésicos, detectaram a seguinte distribuição de consumo: 95% usavam cafeína, 89% alcalóides do ergot, 64% barbituratos, 46% acetaminofen, 45% derivados pirazolônicos e 21% AAS, entre outros. MATHEW, KURMAN e PEREZ (1990), em uma série com 200 pacientes portadores de cefaléia crônica, verificaram o consumo em 42% de butalbital/AAS/acetaminofen/cafeína com ou sem codeína, AAS ou acetaminofen com cafeína em 25% e apenas acetaminofen ou AAS, 17% e 4%, respectivamente.

A dipirona tem sido utilizada como analgésico em várias situações clínicas, entre as quais dor pós-operatória, cólica biliar e ureteral, entre outras (BROGDEN, 1986; LEVY, ZYLBER-KATZ e ROSENKRANZ, 1995). A dipirona é um inibidor da cicloxigenase, mas, ao contrário do AAS, seu efeito é rapidamente reversível, sendo que a inibição da biossíntese das prostaglandinas contribui para a atividade analgésica dos derivados pirazolônicos (BROGDEN, 1986). Dentre os efeitos colaterais mais freqüentemente encontrados com o uso dos derivados pirazolônicos, temos as manifestações cutâneas, além de manifestações gastrintestinais e hematológicas (BROEGDEN, 1986; LEVY, ZYLBER-KATZ e ROSENKRANZ, 1995). São poucos os estudos encontrados na literatura sobre a utilização da dipirona no tratamento da cefaléia (MINNATTI-HANNUCH, 1989).

Estes dados refletiriam as restrições ao uso de determinado tipo de medicamento em alguns países? Indaga-se: estaria o custo do medicamento relacionado com a escolha?

O uso de derivados do ergot foi relativamente pequeno, ocorrendo em 7,7% dos pacientes (tartarato de ergotamina associado em 8,8% e diidroergotamina associado em 4,7%) quando comparado com o achado de outros autores (GRANELLA e cols., 1987; BAUMGARTNER e cols., 1989; DIENER e cols., 1989; SILBERSTEIN e SILBERSTEIN, 1992). DIENER e cols. (1989), verificaram o uso de alcalóides de ergot em 89% dos pacientes estudados. GRANELLA e cols. (1987), em estudo com 95 pacientes, detectaram 26,3% fazendo uso de ergotamina. Para BAUMGARTNER e cols. (1989), a utilização de substâncias contendo ergotamina foi de 80% da amostra, enquanto para SILBERSTEIN e SILBERSTEIN (1992) foi de 22%. Entretanto, MINATTI-HANNUCH (1989) também encontrou baixo consumo de substância com derivado do ergot (9%) no seu serviço, localizado em nosso país. Também BLAU (1994), estudando 50 médicos com enxaqueca, encontrou o consumo de ergotamina em 9,7% da amostra e MICHULTKA e cols. (1989) demonstraram baixo padrão de consumo de derivados da ergotamina em sua amostra (5%).

O número de pacientes que têm conhecimento sobre a existência de efeitos colaterais foi considerado pequeno (37 pacientes) e as preocupações predominantes eram principalmente com o aparelho digestivo (tabela XV). Considerando a larga proporção em que estas substâncias são utilizadas, os relatos sobre efeitos colaterais a curto, médio ou longo prazos são relativamente pouco freqüentes (SAPER, 1989; MINATTI-HANNUCH, 1989; MINATTI-HANNUCH e cols., 1992b). Apesar de os analgésicos e ergotamina serem medicamentos importantes no tratamento da crise da cefaléia, o uso crônico destas substâncias está associado a freqüência aumentada de efeitos colaterais, sendo um problema comumente observado em pacientes atendidos nas clínicas especializadas em cefaléia (BAUMGARTNER e cols., 1989;

SOLOMON, LIPTON e NEWMAN, 1992; PRIMAVERA e KAISER, 1994; SCHNIDER e cols., 1994).

ATITUDE

Procurar conhecer em detalhes o procedimento adotado habitualmente pelo paciente para o alívio da sua dor é relevante para estimulá-lo, se for o caso, ou corrigi-lo, se inadequado (MINATTI-HANNUCH, 1989). O conhecimento destas atitudes é igualmente importante para o direcionamento de programas de prevenção do uso excessivo de medicamentos.

Os dados revelam que a maioria dos pacientes procura isolar-se e/ou deitar-se (45,6%) ou toma medicamento (26,2%) de início ao sentir dor de cabeça. MINATTI-HANNUCH (1989) descreve que metade dos pacientes utilizava SAIC no início da crise dolorosa. É conhecido que, no caso das enxaquecas, a abordagem precoce pode contribuir bastante para o abortamento da crise (WILKINSON, 1987; LANCE, 1993a).

Embora em nossos pacientes tenhamos encontrado um alto percentual de uso imediato da medicação na ameaça da dor (60,8%), é provável que esta atitude seja incorreta, já que se cronifica e se excede em grande parte dos pacientes (MINATTI-HANNUCH, 1989).

Outro fato que chama a atenção é de que 69 dos 148 pacientes que faziam uso de medicação já havia procurado assistência médica para a queixa de cefaléia, portanto, teoricamente já haviam recebido algum tipo de orientação.

A tentativa de isolamento e repouso, atitude mais freqüentemente adotada por nossos pacientes, possivelmente decorre das limitações impostas pela própria intensidade da dor, embora seja conhecida sua ação terapêutica eficaz (KUMAR e COONEY, 1995).

O emprego de chás e outros procedimentos caseiros foi observado em 17,4% dos pacientes. A variedade de chás e procedimentos utilizados parece apontar para

várias tendências do conhecimento popular sobre como conter ou amenizar a manifestação dolorosa (MINATTI-HANNUCH, 1989). Estas medidas habitualmente não são sugeridas pelo médico (MINATTI-HANNUCH, 1989). Ao serem questionados, durante consulta médica, é possível que os pacientes tenham se inibido para informar ou mesmo julgado, pelo fato da prática ser tão rotineira, que não justificaria ser citada. O predomínio do emprego do chá de erva-cidreira provavelmente deve-se às suas propriedades calmantes popularmente conhecidas (MINATTI-HANNUCH, 1989).

O alívio da cefaléia, relatado pelos pacientes, quando da realização de procedimentos caseiros tais como a colocação de substâncias no local, a realização de massagens, banho morno e relaxamento (tabela XVI e XVII), poderia ter uma explicação científica. As estruturas conhecidas como DNIC (diffuse noxious inhibitory impulses) são ativadas em resposta a uma série de estímulos e atuam como sistema antinociceptivo (FIELDS e BASBAUM, 1989; WALL, 1989; LANCE, 1993d). Também deve ser considerada a interferência sobre os mecanismos de atenção mediados à nível talâmico pelo ácido gama-aminobutírico (GABA), pelos sistemas de peptídeos envolvidos na percepção do estímulo doloroso ou mesmo pelas monoaminas envolvidas no processo de amplificação dos estímulos novos à nível cortical (LANCE, 1993d; JENSEN e JENSEN, 1993). Alguns procedimentos caseiros adotados, como a colocação de gelo na região temporal, poderiam interferir no calibre do vaso ou na sua pulsabilidade (VIJAYAM, 1993). Foi interessante observar que o uso do café não foi referido por nenhum paciente desta casuística.

Nesta casuística, diante da perspectiva de continuar com dor, a maioria dos pacientes opta por tomar mais remédios (47,6%). A busca de auxílio médico foi citada por 10 pacientes, podendo sugerir, conforme já mencionado por MINATTI-HANNUCH (1989), desde o difícil acesso ao médico, a credibilidade limitada para o alívio da dor, assim como a desinformação do paciente sobre o procedimento mais seguro a ser adotado nestas circunstâncias.

ABUSO

Vários são os critérios utilizados para definir o abuso de medicamentos para alívio de cefaléia (GRANELLA e cols., 1987; BAUMGARTNER e cols., 1989; DIENER, 1993; RAHMAN e cols., 1993), determinando algumas dificuldades quando fazemos comparação entre os vários estudos sobre o tema.

Em nosso estudo 50,7% dos pacientes que utilizavam medicação sintomática para o alívio da cefaléia, faziam-no de forma abusiva. Os levantamentos retrospectivos, efetuados por alguns autores (GRANELLA e cols., 1987; MICHUTKA e cols., 1989), situaram o uso abusivo entre 5% e 12% dos pacientes, respectivamente. O levantamento através de questionário (RAHMAN e cols., 1993) colocou-o em torno de 19%. Os dados obtidos por MINATTI-HANNUCH (1989), utilizando entrevista interpessoal, documentaram consumo excessivo em mais de 45% dos pacientes, semelhantes aos resultados encontrados em nosso estudo. OATES, SCHOLZ e HOFFERT (1993), ao registrarem a prevalência de automedicação e politerapia em 150 pacientes de uma unidade de cefaléia, encontraram 69% utilizando medicações, além das que haviam sido prescritas ou de maneira excessiva. Os autores salientam que todos os pacientes já estavam em acompanhamento específico e mesmo assim faziam uso abusivamente.

O abuso por mais de um critério foi encontrado em torno de 29,2% dos casos, sugerindo que, entre os abusadores, um espectro de orientações mais amplo deve ser proposto (MINATTI-HANNUCH, 1989).

Em nosso estudo, 52% foram considerados abusadores pelo uso diário de SAIC. MATHEW (1991) assinala o uso diário de analgésico simples, AAS ou acetaminofen, em 23% dos pacientes com enxaqueca. Para OATES, SCHOLZ e HOFFERT (1993), o uso de um tipo de medicação ocorreu em 45% da amostra.

Destaca-se que outros autores enfatizaram o uso de drogas psicoativas no arsenal terapêutico utilizado pelos abusadores (DHOPEH, MARANY e HERRING, 1991; EL-MALLAKH, KRANZLER e KAMANITZ, 1991;

MARKLEY, 1994). Segundo MARINIS, JANINI e AGNOLI (1991), 60% dos pacientes com consumo de substâncias psicoativas relatam cefaléia, notadamente naqueles com história prolongada de abuso. Os autores comentam que o uso, por longo tempo, destas substâncias pode induzir uma hipersensibilidade a cefaléias em certos pacientes. MATHEW, KURMAN e PEREZ (1990) encontraram o consumo diário de preparações contendo codeína sintética ou natural em 40% dos pacientes com cefaléia crônica. ZIEGLER (1994), nos EUA, observou o uso de opióides prescritos em 34% dos pacientes com cefaléia crônica severa e comenta que o uso intermitente destas substâncias diminuiria o efeito da utilização de medicações profiláticas (o mesmo podendo ser observado com outros analgésicos).

Quando analisamos o grupo de abusadores (n= 75), 45 deles já haviam procurado assistência médica anteriormente. Valem algumas considerações quanto a esse aspecto: foram os pacientes orientados adequadamente? Em algum momento, foram informados sobre a possibilidade do consumo abusivo? Foi identificada a possibilidade de abuso de medicações? Houve falta de aderência aos tratamentos anteriores? Estariamos diante do viés da coleta visto, que era necessário encaminhamento de profissional médico para a marcação de consulta em clínica especializada? Teríamos justamente os casos mais resistentes ao tratamento medicamentoso e por isso a insistência na procura da assistência? OATES, SCHOLZ e HOFFERT (1993), relatam que em 150 pacientes que haviam recebido avaliação inicial e tratamento específico, encontraram 69% dessa amostra fazendo uso de outras medicações além das recomendadas inicialmente. DIENER e TFEELT-HANSEN (1993) consideram, como um bom indicador da possibilidade de evolução para abuso, o número de médicos consultados bem como o número de insucessos terapêuticos anteriores. Também em um estudo realizado por DIENER e cols. (1989) os pacientes com cefaléia tinham consultado em média 5 médicos que prescreveram cerca de 8 medicamentos diferentes. Em nosso estudo dos 39 pacientes classificados com portadores de CCD, em 21 havia relato de terem procurado médico anteriormente (tabela XXVI, figura 8) . Surge daí o enfoque da

importância da educação do paciente e dos profissionais envolvidos com o atendimento desta situação clínica quanto ao uso e ao abuso de medicações.

Ao aplicarmos os critérios propostos por SILBERSTEIN e cols. (1994), encontramos 39 pacientes com CCD e destes, 28 faziam uso excessivo de medicação. MATHEW (1991) relata que, ao considerar pacientes portadores de CCD, observou o consumo excessivo de analgésicos (combinações de analgésicos, sedativos, cafeína ou ergotamina) em 73%. Para SOLOMON, LIPTON e NEWMAN (1992), o uso de analgésicos diariamente ocorreu em 47% dos 100 pacientes com CCD. Para SILBERSTEIN e cols. (1994), a maioria dos pacientes com cefaléia diária utiliza medicações sintomáticas para cefaléia em quantidades excessivas, sendo 67% nos casos de cefaléia tensional tipo crônica.

Considerando os tipos de CCD, entre os 11 pacientes que não faziam uso abusivo de medicamentos (tabela XXVII), encontramos 6 com cefaléia tensional tipo crônica, sendo que 3 apresentavam problemas pessoais e/ou profissionais e 3 fatores desconhecidos. No tipo de enxaqueca transformada 5 não incorriam em abuso, sendo dois portadores de hipertensão arterial sistêmica, dois com sinusopatia e um em uso de anticoncepcional oral. SANDRINI e cols. (1993) identificaram em 68% da amostra estudada (n= 90), dos pacientes com CCD, os seguintes fatores, provavelmente relacionados com a transformação de cefaléia episódica em crônica: em 24% relacionada com abuso de medicação; 21,3% com situação familiar desajustada, 16% com condições profissionais determinantes de ansiedade; 15,6% com menopausa; 4,0% com hipertensão arterial sistêmica; em 1,3% em uso de anticoncepcional oral e 32% com fatores desconhecidos. Segundo esses autores, o tempo entre a ocorrência do fator e a transformação da cefaléia não excedeu 6 meses (SANDRINI e cols., 1993). Ainda reforçam o fato, de que em alguns pacientes, alterações mínimas ambientais e/ou homeostáticas podem ser suficientes para alterar o padrão de cefaléia, bem como o de fatores constitucionais ou biológicos não identificados poderem também ter valor (SANDRINI e cols., 1993). Dados sugerem que "fatores iatrogênicos" (GRANELLA e cols., 1987; MATHEW,

REUVENI e PEREZ, 1987) e fatores estressantes ou ambos são os mais importantes, associados com a piora progressiva e a alteração do padrão de cefaléia (SANDRINI e cols., 1993).

As cefaléias induzidas, por uso crônico de substâncias, correspondem a um subgrupo a ser considerado, quando se fala de consumo excessivo de medicamentos (MARTIGNONI e SOLOMON, 1993), cujo mecanismo não é bem conhecido. Para LANCE, PARKES e WILKINSON (1988), o uso crônico de analgésicos, mesmo sendo consumido de forma abusiva, não causa aumento de cefaléia em pacientes sem essa queixa. Parece haver uma anormalidade inerente na população com cefaléia primária, que predispõe ao aparecimento de cefaléia induzida por substâncias (MATHEW, KURMAN e PEREZ, 1990).

Deve ser lembrado que diversas limitações dificultam uma abordagem mais direta sobre a questão do abuso da SAIC ser, de fato, determinante de cefaléia crônica (MINATTI-HANNUCH, 1989). Assim, os dados são deduzidos a partir de síndromes, cuja patogênese é ainda incerta (BLAU, 1987; RASKIN, 1988a). Existe a dificuldade de testar efetivamente qual é a ação que as diversas substâncias têm, favorecendo o abortamento da cefaléia ou sua cronificação (MINATTI-HANNUCH, 1989). A maioria dos trabalhos fornece dados indiretos e inconclusivos e sem comprovação efetiva (MICHULTKA e cols., 1989; PFAFFENRATH, ISLER e EKBOM, 1993; WALKER, PARISI e OLIVE, 1993; SCHNIDER e cols., 1994). Por outro lado, a possível associação entre abuso de SAIC e cefaléia crônica, indica, do ponto de vista clínico, e obriga, do ponto de vista ético, a intervir, reorientando o uso ou suprimindo-o (MINATTI-HANNUCH, 1989).

Ao classificarmos os 148 pacientes, que utilizavam medicação, segundo os critérios da SIC quanto à cefaléia induzida pelo uso crônico de substâncias (por ergotamina e por analgésicos, com os códigos 8.2.1 e 8.2.2, respectivamente) (CLASSIFICATION, 1988) encontramos apenas nove (6,1%) que preenchiam os referidos critérios.

Resumidamente, então, pelos critérios de DIAMOND e DALESSIO, modificados por SAPER (1983), encontramos 75 abusadores e segundo os critérios propostos por SILBERSTEIN e cols. (1994), em 28 dos 39 pacientes com CCD havia consumo excessivo de medicação.

Diante destes fatos algumas questões são oportunas: seria a classificação da SIC muito restrita quanto aos critérios de abuso, enquanto que outros critérios sofreriam pela permissividade no enquadramento dos pacientes com relação ao consumo de medicamentos? Surge daí a constatação de uma lacuna quando se trata de pacientes com consumo excessivo de medicamentos, orientando para a necessidade de padronização de critérios de abuso e permitindo traduzir o que ocorre na prática clínica. Seriam estes percentuais decorrentes apenas de fatores locais? Ou seria ele maior também pelo fato de o inventário da quantidade usada ser feito diretamente com paciente, procurando-se obter diretamente uma história detalhada do assunto (MINATTI-HANNUCH, 1989)? O paciente teria necessidade de justificar sua vinda à consulta, criando um viés na coleta de dados? O paciente tenderia a superdimensionar as suas respostas pelo fato de estar diante do médico especialista? Dados comentados por SAPER (1989) apontariam para o contrário, isto é, o paciente tenderia a esconder e não enfatizar o uso excessivo que faz de medicações para o alívio imediato da cefaléia. Por outro lado, por se tratar do segundo trabalho a nível nacional que obtém dados semelhantes com relação ao nível do abuso, faz pensar que o médico clínico, se alertado para estes dados, poderia obter anamnese mais cuidadosa, procurando vencer as dificuldades próprias da obtenção de uma história adequada do consumo de SAIC (MINATTI-HANNUCH, 1989; SAPER, 1989), visando buscar medidas preventivas tanto no campo assistencial quanto educacional.

FATORES ASSOCIADOS

A identificação de fatores associados ao uso e ao abuso de SAIC poderia servir de referencial para o profissional de saúde estar atento e investigar, se possível

identificando pacientes que estejam em maior risco de abusar de SAIC e, assim, podendo interferir sobre a situação (MINATTI-HANNUCH, 1989). Conforme mencionado em estudo anterior (MINATTI-HANNUCH, 1989), a abordagem aqui adotada não se propõe a firmar que os fatores examinados em relação ao uso e ao abuso sejam causais. Mas sim, a proposta é colocá-los como um referencial para análise da relação tão pouco entendida, entre os fatores clínicos e o abuso de medicamentos para o alívio da cefaléia.

Não se sabe até onde o abuso de SAIC é causa ou consequência da cronificação da cefaléia (MINATTI-HANNUCH, 1989; MATHEW, KURMAN e PEREZ, 1990; EDMEADS, 1990; MATHEW, 1991; DIENER e Tfelt-Hansen, 1993; MARTIGNONI e SOLOMON, 1993; MATHEW, 1993). SHEFTELL (1992) acredita que o abuso de analgésicos tenha valor na etiologia das cefaléias crônicas, apesar de considerar a possibilidade de tratar-se de uma desordem heterogênea. MATHEW, KURMAN e PEREZ (1990) compartilham da teoria de que possa existir uma anormalidade, inerente aos pacientes com cefaléia primária, que predisporia a esta situação.

O fator idade, entre os abusadores e usuários (tabela XXIII), não mostrou diferença estatisticamente significativa, sendo mais baixa no grupo dos abusadores. Segundo dados de MINATTI-HANNUCH (1989), é na faixa etária dos 32 a 48 anos que se encontra o maior percentual de abusadores.

Na presente casuística, ao compararmos os grupos não abusadores versus abusadores de substâncias para o alívio da cefaléia observamos diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,05$) nos itens intensidade, frequência e duração do sintoma. No grupo abusador observamos uma maior frequência de pacientes com cefaléia intensa, periodicidade do sintoma igual ou superior a 15 dias e tempo de duração da dor de cabeça superior a 12 horas (tabela XXIII). No entanto, não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos nos itens: idade, sexo, tempo do sintoma, conhecimento do efeito colateral

da medicação, classificação do tipo de cefaléia e tempo de uso da medicação (tabela XXIII).

MINATTI-HANNUCH (1989), ao analisar dois grupos de pacientes (grupo 1, constituído por pessoas que procuravam tratar de cefaléia em serviço especializado e grupo 2 com pacientes que procuravam o mesmo hospital para o tratamento de hipertensão arterial), concluiu que o uso de SAIC esteve associado às condições de ser mais jovem e de ter mais de uma queixa dolorosa, crise dolorosa de maior duração, dor intensa e cefaléia vascular. O abuso de SAIC esteve associado às condições de ser mais idoso e ter apenas cefaléia, dor por maior número de meses, crise dolorosa mais prolongada, dor mais freqüente e menos intensa e cefaléia não vascular. Nesse mesmo estudo, a maior intensidade da dor não esteve associada com o abuso de medicações no grupo dos pacientes com cefaléia, que, segundo a autora, talvez sejam determinados pelas características diferentes de cada grupo (MINATTI-HANNUCH, 1989).

No que se refere à duração da crise dolorosa, os dados indicam que se a situação for de dor prolongada, isto possivelmente será motivo para o uso e, com o correr de mais tempo, para o abuso de medicação (MINATTI-HANNUCH, 1989). O fator “duração da dor” tem sido associado tanto ao uso quanto ao abuso de medicação (MINATTI-HANNUCH, 1989).

Quanto à freqüência da dor, MINATTI-HANNUCH (1989) demonstra que a ocorrência em maior número das crises dolorosas está associada ao abuso de medicação.

A cefaléia é entidade clínica que deveria ser abordada de forma multidisciplinar (EDMEADS, 1993; SCHARFF e MARCUS, 1994). Assim, tanto as cefaléias quanto o abuso de SAIC relacionado, passam a ser reconhecidos como problemas de grande abrangência, que merecem atenção a nível social e de saúde pública (GRANELLA e cols., 1987; SAPER, 1989; ELKIND, 1991; RASMUSSEN, 1993; MARTIGNONI e SOLOMON, 1993; DIENER e TFELT-HANSEN, 1993; HAINLINE, 1994).

CONCLUSÕES

Considerando o estudo efetuado sobre o uso e abuso de substâncias para o alívio da cefaléia, no ambulatório de cefaléia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, são pertinentes as seguintes conclusões:

1- O uso de SAIC mostrou-se elevado, ocorrendo em 99% dos pacientes; em 50,7% houve abuso de SAIC. Houve predomínio de consumo dos produtos não derivados do ergot, sendo a dipirona o analgésico mais empregado. O consumo de duas ou mais SAIC ocorreu em 53,4%, sendo que o número de doses ingeridas, em uma só crise dolorosa, foi de cinco ou mais em 56% dos pacientes. A automedicação ocorreu em 89,9% da amostra. A maioria dos pacientes desconhecia a existência de efeitos colaterais.

2- A frequência de CCD foi de 26,2% e a de cefaléia induzida por medicamentos, de 6,1%.

3- Houve diferenças estatisticamente significativas ($P < 0,05$) entre os grupos de usuários e abusadores nos itens intensidade, frequência e duração da dor.

4- A atitude mais comumente adotada pelos pacientes, quando do início da dor, foi procurar isolar-se ou deitar-se, seguida pelo consumo de SAIC. Em caso de persistência da dor, 44,6% relataram o consumo de mais medicamentos, enquanto apenas 6,8% procurariam auxílio médico.

ANEXO 1

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1- DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS :

Procedência

Idade

Sexo

Estado civil

Profissão

Escolaridade

Profissão atual

Renda familiar

2- CARACTERIZAÇÃO DA CEFALÉIA

Presença de cefaléia

Caracterização da cefaléia

-tempo de queixa

-caráter da dor

-intensidade

-duração

-frequência

-história familiar

-fatores de alívio e piora

-doenças associadas

-impressão diagnóstica

3- ATITUDES

- no início da dor
- com a persistência da dor
- momento de uso de medicação

4- USO DE MEDICAÇÕES

- Produto(s) comercial(ais) utilizado(s)
- Composição (sem ergot - com ergot)
- Apresentação
- Tempo de uso
- Prescrição
- Porte de medicamento
- Conhecimento dos efeitos colaterais
- Procura de tratamento médico anterior

ANEXO 2

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE CEFALÉIA

JUSTIFICATIVA

Estamos no quarto ano da década do cérebro, que foi instituída pela Federação Mundial de Neurologia com o objetivo de alertar para a importância da Neurologia e Neurociências, estimulando a comunidade científica e não científica na concentração de esforços para elucidação de vários problemas neurológicos.

Os estudos em torno do tema cefaléia chamam a atenção para um dos sintomas mais comuns e complexos da clínica médica, sendo uma causa importante de incapacidade transitória para o trabalho e convívio social (HOPKINS e ZIEGLER, 1988; LANCE, 1993b).

Vários autores tem se dedicado ao estudo da cefaléia (RASKIN, 1988a; DIAMOND, 1991; MINATTI-HANNUCH e cols., 1992a; BAREA e LISBÔA, 1993; LANCE, 1993b), despontando uma nova ciência dentro da neurologia chamada de “cefaliatria”.

Considerando a importância do assunto em termos epidemiológicos, pois 17,6% das mulheres e 5,7% dos homens apresentam enxaqueca nos EUA (STEWART e cols., 1992) e a necessidade de começarmos a realização de estudos na área, estamos propondo a IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE CEFALÉIA, que é um passo fundamental para o caminhar do conhecimento neste campo científico, em nosso meio, sendo pioneiro em nosso estado.

OBJETIVOS

- 1- ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE CEFALÉIA;
- 2- CRIAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA A ABORDAGEM CLÍNICA DOS PACIENTES;
- 3- ELABORAÇÃO DE ROTINAS DE ATENDIMENTO E DE SEGUIMENTO DOS PACIENTES;
- 4- CRIAÇÃO DE UM GRUPO DE ESTUDO EM CEFALÉIA, VISANDO O APRIMORAMENTO E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA.

PARTICIPANTES

1. ACADÊMICOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFSC QUE JÁ TIVEREM CURSADO A DISCIPLINA DE NEUROLOGIA;
2. MÉDICO RESIDENTE EM NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA;
3. MÉDICOS NEUROLOGISTAS; ANESTESIOLOGISTAS
4. PROFESSORES DO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA DO CCS DA UFSC;
5. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, FISIOTERAPIA, FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

FUNCIONAMENTO

O ambulatório estará vinculado ao Departamento de Clínica Médica - CCS - UFSC e funcionará inicialmente 02 vezes por semana, com atendimento inicial de 08 pacientes, sendo 05 novos e 03 retornos. O ambulatório funcionará na área física do HU (UFSC). Os pacientes serão encaminhados por profissionais médicos, com consulta marcada antecipadamente. Após o atendimento, o paciente poderá ser reencaminhado ao seu médico de origem ou a outros especialistas, quando assim for necessário.

ANEXO 3

PARECER DA COMISSÃO INTERNA DE ÉTICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINAUNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

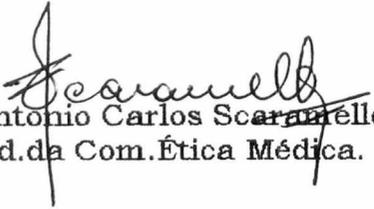
Florianópolis , 03 de abril de 1995.

Ilma.Sra.Prof^a
Dra.Liana Miriam Miranda Heinisch
Mestrado em Medicina Interna

Prezada colega

Tem esta a finalidade de vos informar que vosso projeto de trabalho intitulado-**Uso e abuso de substâncias para alívio da cefaléia .Características e fatores associados** - foi analisado por esta Comissão e aprovada a sua realização nos moldes propostos , visto não conter nenhum indício de agressão ao CEM e demais códigos reguladores da pesquisa científica .

Atenciosamente



Dr.Antônio Carlos Scaramello
Presid.da Com.Ética Médica.

ANEXO 4

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DA CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA (SILBERSTEIN e cols, 1994)

Definição: cefaléia diária ou quase diária com duração maior do que 4 horas por dia e acima de 15 dias por mês. Não são consideradas as cefaléias com duração inferior a quatro horas, como cluster, cefaléia hipócnica e hemicrania paroxística episódica. São excluídas as cefaléias secundárias.

CRITÉRIOS PROPOSTOS PARA ENXAQUECA TRANSFORMADA

1.8 Enxaqueca transformada

- A. História de enxaqueca episódica, segundo critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia - 1.1 a 1.6.
- B. Cefaléia diária ou quase diária (>15 dias por mês) > 1 mês.
- C. Duração da cefaléia: 4 horas por dia (se não tratada).
- D. História de aumento da freqüência com diminuição da severidade das características enxaquecosas, por no mínimo 3 meses.
- E. Pelo menos um dos seguintes :
 - 1. Não há sugestão das desordens citadas nos grupos de 5-11 da classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia.
 - 2. Se uma desordem é sugerida, deverá ser excluída por investigação apropriada.
 - 3. Tal desordem está presente, mas a primeira crise enxaquecosa não ocorreu em relação temporal com a desordem.

1.8.1 Enxaqueca transformada com abuso de medicação

- A. Preencher critérios 1.8
- B. Pelo menos um dos seguintes por, no mínimo, 1 mês:
 - 1. Uso de analgésico simples (>1000mg de ácido acetilsalicílico/acetaminofen) >5 dias por semana.
 - 2. Analgésicos combinados (medicações contendo barbituratos, cafeína) (>3 comprimidos por dia) >3 dias por semana.
 - 3. Narcóticos (>1 comprimido por dia) >2 dias por semana.
 - 4. Uso de ergotamina (1 mg via oral ou 0,5 mg via retal) >2 dias por semana.

1.8.2 Enxaqueca transformada sem abuso de medicação

- A. Preencher critério 1.8
- B. Não é encontrado abuso de medicações pelo critério 1.8.1

Observação: a numeração utilizada para os tipos de CCD corresponde a proposta de SILBERSTEIN e cols. (1994) para inclusão na classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (CLASSIFICATION, 1988)

CRITÉRIOS PROPOSTOS PARA CEFALÉIA TENSIONAL TIPO CRÔNICA

2.2 Cefaléia tensional tipo crônica

- A. Frequência da cefaléia maior que 15 dias por mês (180 dias por ano) com uma média de duração de 4 horas por dia (se não tratada) por 6 meses segundo critérios B-D citados a baixo;
- B. Pelo menos duas das seguintes características de dor:
 - 1. Tipo pressão/aperto
 - 2. Severidade leve ou moderada (pode inibir, mas não proibir atividades)
 - 3. Localização bilateral
 - 4. Não é agravada por caminhada ou rotina de atividade física similar
- C. História de cefaléia tensional tipo crônica, no passado
- D. História de cefaléia evolutiva a qual aumentou gradualmente em frequência, no mínimo, no período de 3 meses
- E. Ambos os seguintes:
 - 1. Sem vômitos
 - 2. Não mais do que um dos seguintes: náusea, fotofobia ou fonofobia
- F. No mínimo um dos seguintes:
 - 1. Não há sugestão das desordens citadas nos grupos de 5-11 da classificação da Sociedade Internacional de cefaléia
 - 2. Se uma desorden é sugerida, deverá ser excluída por investigação apropriada
 - 3. Tal desorden está presente, mas a primeira crise enxaquecosa não ocorreu em relação temporal com a desorden

2.2.0.1. Cefaléia tensional tipo crônica com abuso de medicação

- A. Preencher critérios de 2.2
- B. Pelo menos um dos seguintes, por no mínimo, 1 mês:
 - 1. Uso de analgésico simples (>1000mg de ácido acetilsalicílico/acetaminofen) >6 dias por semana
 - 2- analgésicos combinados (>3 comprimidos por dia) >3 dias por semana
 - 3- narcóticos (>1 comprimido por dia) >3 dias por semana
 - 4- uso de ergotamina (1mg via oral ou 0,5 mg via retal) >2 dias por semana

2.2. 0.2. Cefaléia tensional tipo crônica sem abuso de medicação

- A. Preencher critério 2.2
- B. Não preencher critério 2.2.0.1.b.

Observação: a numeração utilizada para os tipos de CCD corresponde a proposta de SILBERSTEIN e cols. (1994) para inclusão na classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (CLASSIFICATION, 1988)

CRITÉRIOS PROPOSTOS PARA CEFALÉIA PERSISTENTE DE INÍCIO RECENTE

4.7 Cefaléia persistente de início recente

- A. Frequência de cefaléia de 15 dias por mês por mais de 1 mês.
- B. Duração média da cefaléia de 4 horas por dia (se não tratada). Frequentemente constante sem medicação, podendo ser flutuante
- C. Sem história de cefaléia tipo tensional ou enxaqueca, as quais aumentam em severidade em associação com o início da cefaléia persistente de início recente (acima de 3 meses)
- D. Início agudo (desenvolvendo-se durante 3 dias de cefaléia constante)
- E. A cefaléia é constante em localização? (necessita ser testado)
- F. No mínimo um dos seguintes:
 - 1. Não há sugestão de desordem citadas nos grupos 5-11 da classificação da Sociedade Internacional de cefaléia
 - 2. Se uma desordem é sugerida, deverá ser excluída por investigação apropriada
 - 3. Tal desordem está presente, mas a primeira crise enxaquecosa não ocorreu em relação temporal com a desordem

4.7.1. Cefaléia persistente de início recente com abuso de medicação

- A. Preencher critérios de 4.7.
- B. Pelo menos um dos seguintes:
 - 1. Uso de analgésicos simples (>1000 mg de ácido acetilsalicílico/ acetaminofen) >5 dias por semana
 - 2. Analgésicos combinados (>3 comprimidos por dia) >3 dias por semana
 - 3. Narcóticos (>1 comprimido por dia) >2 dias por semana
 - 4. Uso de ergotamina (1 mg via oral ou 0,5 mg via retal) >2 dias por semana

4.7.2. Cefaléia persistente de início recente sem abuso de medicação

- A. Preencher critérios de 4.7.
- B. Não preencher critérios de 4.7.1.b.

Observação: a numeração utilizada para os tipos de CCD corresponde a proposta de SILBERSTEIN e cols. (1994) para inclusão na classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (CLASSIFICATION, 1988)

CRITÉRIOS PROPOSTOS PARA HEMICRANIA CONTÍNUA

4.8. Hemicrania continua

- A. Cefaléia presente por, no mínimo, 1 mês
- B. Cefaléia rigorosamente unilateral
- C. Resposta absoluta a indometacina
- D. A dor tem todas as três seguintes:
 - 1. Contínua, mas flutuante
 - 2. Severidade moderada
 - 3. Ausência de mecanismos precipitantes
- E. Pode estar associada com “jabs and jolts”
- F. No mínimo, um dos seguintes:
 - 1. Não há sugestão de distúrbios citados nos grupos 5-11 da classificação da Sociedade Internacional de cefaléia
 - 2. Se uma distúrbio é sugerida, deverá ser excluída por investigação apropriada
 - 3. Tal distúrbio está presente, mas a primeira crise da cefaléia não ocorre em relação temporal com a distúrbio

4.8.1. Hemicrania contínua com abuso de medicação

- A. Preencher critério 4.8.
- B. Pelo menos um dos seguintes por, no mínimo, 1 mês:
 - 1. Analgésicos simples (>1000 mg de ácido acetilsalicílico/acetaminofen)>5 dias por semana
 - 2. Analgésicos combinados (>3 comprimidos por dia) >3 dias por semana
 - 3. Narcóticos (>1 comprimido por dia) >2 dias por semana
 - 4. Ergotamina (1 mg via oral ou 0,5 mg via retal) >2 dias por semana

4.8.2. Hemicrania contínua sem abuso de medicação

- A. Preencher critério 4.8
- B. Não preencher o critério de abuso de medicação 4.8.1.b.

Observação: a numeração utilizada para os tipos de CCD corresponde a proposta de SILBERSTEIN e cols. (1994) para inclusão na classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (CLASSIFICATION, 1988)

ABSTRACT

The aims of this study were: i) to demonstrate the drug consumption rate in patients with headache from an ambulatory unit of a general university hospital; ii) to measure the frequency of the patients with chronic daily headache and headache induced by chronic substance use; iii) to describe and to compare the clinical presentation between medication overuse groups; iv) to describe patient attitudes during the pain episode. One hundred forty nine adult patients were interviewed when they called the headache ambulatory of the Hospital Universitário (Universidade Federal de Santa Catarina) from January to August in the 1995 year. The majority had had headache for at least 6 months. About 26.2% had chronic daily headache. The patients were classified as drug abusers by modified Diamond and Dalessio criteria. Almost all patients (99%) were consuming headache instant-relief drugs (HIRD). About 50.7% were drug abusers. The non-ergot analgesic (92.3%) was more utilized than ergot substance. Dipyron was taken by almost all patients. About 56% of the patients took five or more HIRD doses. The most used behavior for pain relief was the environment isolation such as resting or lying down (45.6%) followed by a HIRD dose (26.7%). When the pain persisted, the most used behavior was to take more drugs. Only 6.8% of the patients referred to search for medical assistance. About 60.8% of the patients took the HIRD in the threat of the pain. The pain had a longest duration and was more severe and frequent in drug abusers than in the non drug abusers. These data, show evidence that patients studied had high consume of HIRD, were found to be drugs abusers in half of sample. These findings give support to the need for study the chronic suffer patients, aiming at treatment, continued education and research in this area.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAREA, L.M.; LISBÔA, R.C. Cefaléia aguda na prática médica. **Rev. Médica Sta. Casa**, v. 4, n. 8, p. 871-874, 1993.
- BAUMGARTNER, C.; WESSELY, P.; BINGÖL, C.; MALY, J; HOLZNER, F. Longterm prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. **Headache**, v. 29, p. 510-514, 1989.
- BLAU, J.N. Prospect. In: BLAU, J.N. **Migraine: clinical therapeutical conceptual and research aspects**. London: Chapman and Hall, 1987. p. 675-679.
- BLAU, J.N. Migraine in doctors: work loss and consumption of medication. **Lancet**, v. 344, p. 1623-1624, 1994.
- BROGDEN, R.N. Pyrazolone derivatives. **Drugs**, v. 32, suppl. 4, p. 60-70, 1986.
- CATARCI, T.; FIACCO, F.; ARGENTINO, C.; SETTE, G.; CERBO, R. Ergotamine-induced headache can be sustained by sumatriptan daily intake. **Cephalalgia**, v. 14, p. 374-375, 1994.
- CLASSIFICATION - Headache Classification Committee of Internacional Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. **Cephalalgia**, v. 8, suppl. 7, p. 1-96, 1988.
- CRITCHLEY, M. Discarded theories in the past 50 years. In: BLAU, J.N. **Migraine: clinical, therapeutic, conceptual and research aspects**. London: Chapman and Hall, 1987. p. 241-246.
- CUMMINGS, S.R.; STRULL, W.; NEVIT, M.C.; HULLEY, S.B. Plannings the measurements: questionnaires. In: HULLEY, S.B; CUMMINGS, S.R. **Designing clinical research: an epidemiologic approach**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988, p. 42-52.
- DALESSIO, D.J. Diagnosing the severe headache. **Neurology**, v. 44, suppl. 3, p. S6-S12, 1994.
- DEF 94/95 **Dicionário de especialidades farmacêuticas**. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1994. 825 p.
- DEF 95/96 **Dicionário de especialidades farmacêuticas**. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1995. 912 p.

- DHOPESEH, V.; MAANY, I.; HERRING, C. The relationship of cocaine to headache in polysubstance abusers. **Headache**, v. 31, p. 17-19, 1991.
- DIAMOND, S. Migraine headaches. **Med. Clin. N. Am.**, v. 75, n. 3, p. 545-566, 1991.
- DIENER, H.C.; TFELT-HANSEN, P. Headache associated with chronic use of substances. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 721-727.
- DIENER, H.C. A personal view of the classification and definition of drug dependence headache. **Cephalalgia**, v. 13, n. 12, p. 68-71, 1993.
- DIENER, H.C.; DICHGANS, J.; SCHOLZ, E.; GEISELHART, S.; GERBER, W.D.; BILLE, A. Analgesic-induced chronic headache: long-term results of withdrawal therapy. **J. Neurol.**, v. 236, p. 9-14, 1989.
- DIENER, H.C.; HAAB, J.; PETERS, C.; RIED, S.; DICHGANS, J.; PILGRIM, A. Subcutaneous sumatriptan in the treatment of headache during withdrawal from drug-induced headache. **Headache**, v. 31, p. 205-209, 1991.
- EDMEADS, J. Unconventional techniques. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 295-297.
- EDMEADS, J. Analgesic-induced headaches: an unrecognized epidemic. **Headache**, v. 30, p. 614-615, 1990.
- EL-MALLAKH, R.S.; KRANZLER, H.R.; KAMANITZ, J.R. Headaches and psychoactive substance use. **Headache**, v. 31, p. 584-587, 1991.
- ELKIND, A.H. Drug abuse and headache. In: DIAMOND, S. **Headache**. Philadelphia: WB Saunders, 1991. p. 717-732.
- FERRARI, A.; STERNIERI, E.; BERGONZINI, G.; GIROLDI, L.; PINI, L.A. Analgesic abuse in chronic headache sufferers. **Cephalalgia**, v. 7, suppl. 6, p. 414-415, 1987.
- FIELDS, H.L.; BASBAUM, A.I. Endogenous pain control mechanisms. In: WALL, P.D.; MELZACK, R. **Textbook of pain**. New York: Churchill Livingstone, 1989. p. 206-217.
- FOZARD, J.R. The pharmacological basis of migraine treatment. In: BLAU, J.N. **Migraine: clinical, therapeutical, conceptual and research aspects**. London: Chapman and Hall, 1987. p. 165-184.

- GRAHAM, J.R. Discarded therapies during the past 50 years. In: BLAU, J.N. **Migraine: clinical, therapeutic, conceptual and research aspects**. London: Chapman and Hall, 1987. p. 155-164.
- GRANELLA, F.; D'ALESSANDRO, R.; MANZONI, G.C.; CERBO, R.; COLUCCI D'AMATO, C.; PINI, L.A.; SAVI, L.; ZANFERRARI, C. International headache society classification: interobserver reliability in the diagnosis of primary headaches. **Cephalalgia**, v. 14, p. 16-20, 1994.
- GRANELLA, F.; FARINA, S.; Malferrari, G.; MANZONI, G.C. Drug abuse in chronic headache: a clinico-epidemiologic study. **Cephalalgia**, v. 7, p. 15-20, 1987.
- HAINLINE, B. Headache. **Neurol. Clin.**, v. 12, n. 3, p. 443-460, 1994.
- HOPKINS, A.; ZIEGLER, D.K. Headache: the size of the problem. In: HOPKINS, A. **Headache: problems in diagnosis and management**. Philadelphia: WB Saunders Company, 1988. p. 1-7.
- INSEL, P.A. Analgesic, antipyretics and antiinflammatory agents; drugs employed in the treatment of rheumatoid arthritis and gout. In: GILMAN, A.G.; RALL, T.W.; NIES, A.S.; TAYLOR, P. **Goodman and Gilman's - the pharmacological basis of therapeutics**. New York: Pergamon Press, 1990. p. 638-681.
- ISLER, H. Historical background. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P. e WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 1-8.
- ISLER, H. Retrospect: the history of thought about migraine from Aretaeus to 1920. In: BLAU, J.N. **Migraine: clinical, therapeutic, conceptual and research aspects**. London: Chapman and Hall, 1987. p. 659-674.
- JAFFE, J.H. Drug addiction and drug abuse. In: GILMAN, A.G.; RALL, T.W.; NIES, A.S.; TAYLOR, P. **Goodman and Gilman's - the pharmacological basis of therapeutics**. New York: Pergamon Press, 1990. p. 522-573.
- JENSEN, K.; JENSEN, R. Myogenic nociception and pain thresholds. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 227-231.
- KOEHLER, T.; BUCK-EMDEN, E.; DULZ, K. Frequency of migraine among an unselected group of employees and variation of prevalence according to different diagnostic criteria. **Headache**, v. 32, p. 79-83, 1992.
- KUDROW, L. Paradoxical effects of frequent analgesic use. **Adv. Neurol.**, v. 33, p. 335-342, 1982.

- KUMAR, K.; COONEY, T.G. Headaches. **Med. Clin. N. Am.**, v. 79, n. 2, p. 261-286, 1995.
- LANCE, J.W. Treatment of migraine. **Lancet**, v. 339, p. 1207-1209, 1992.
- LANCE, E.; PARKES, C.; WILKINSON, M. Does analgesic abuse cause headaches de novo ? **Headache**, v. 28, p. 61-62, 1988.
- LANCE, J.W. Migraine: treatment. In: LANCE, J.W. **Mechanism and management of headache**. Oxford: Cambridge University Press, 1993a. p.116-143.
- LANCE, J.W. Migraine: clinical aspects. In: LANCE, J.W. **Mechanism and management of headache**. London: Butter Worth-Heinemann Ltd, 1993b. p. 68-90.
- LANCE, J.W. The classification of headache. In: LANCE, J.W. **Mechanism and management of headache**. London: Butter Worth-Heinemann Ltd, 1993c. p. 23-30.
- LANCE, J.W. The perception of headache. In: LANCE, J.W. **Mechanism and management of headache**. Oxford: Cambridge University Press, 1993d. p. 1-13.
- LEVY, M.; ZYLBER-KATZ, E.; ROSENKRANZ, B. Clinical pharmacokinetics of dipyron and its metabolites. **Clin. Pharmacokinet.**, v. 28, n. 3, p. 216-234, 1995.
- LINET, M.S.; STEWART, W.F. The epidemiology of migraine headache. In: BLAU, J.N. **Migraine: clinical, therapeutic, conceptual and research aspects**. London: Chapman and Hall, 1987. p. 451-477.
- LINET, M.S.; STEWART, W.F.; CELENTANO, D.D. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. **J.A.M.A.**, v. 261, p. 2211-2216, 1989.
- LIPTON, R.B.; STEWART, W.F.; CELENTANO, D.D.; REED, M.L. Undiagnosed migraine headaches: a comparison of symptom based and reported physician diagnosis. **Arch. Inter. Med.**, v. 152, p. 1273-1278, 1992.
- LIPTON, R.B.; STEWART, W.F. Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. **Neurology**, v. 43, suppl. 3, p. S6-S10, 1993.
- MARINIS, M.; JANIRI, L.; AGNOLI, A. Headache in the use and withdrawal of opiates and other associated substances of abuse. **Headache**, v. 31, p. 159-163, 1991.
- MARKLEY, H.G. Chronic headache: appropriate use of opiate analgesics. **Neurology**, v. 44, n. 3, p. S18-S24, 1994.

- MARTIGNONI, E.; SOLOMON, S. The complex chronic headache. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 849-853.
- MATHEW, N.T. Chronic daily headache: clinical features and natural history. In: NAPPI, G. **Headache and depression: serotonin pathways as a common clue**. New York: Raven Press Ltd, 1991. p. 49-58.
- MATHEW, N.T. Chronic refractory headache. **Neurology**, v. 43, suppl. 3, p. S26-S33, 1993.
- MATHEW, N.T.; KURMAN, R.; PEREZ, F. Drug induced refractory headache-clinical features and management. **Headache**, v. 30, p. 634-638, 1990.
- MATHEW, N.T.; KURMAN, R.; PEREZ, F. Intractable chronic daily headache. A persistent neurobiobehaviorial disorder. **Cephalalgia**, v. 9, suppl. 10, p. 180-181, 1989.
- MATHEW, N.T.; REUVENI, V.; PEREZ, F. Transformed or evolutive migraine. **Headache**, v. 27, p. 102-106, 1987.
- MATHEW, N.T.; STUBITS, E.; NIGAN, M. Transformation of migraine into daily headache: analysis of factors. **Headache**, v. 22, p. 66-68, 1982.
- MERIKANGAS, K.R.; WHITAKER, A.E.; ISLER, H.; ANGST, J. Epidemiology of headache syndromes in the Zurich cohort study of young adults. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, v. 244, p. 145-152, 1994.
- MICHULTKA, D.M.; BLANCHARD, E.B.; APPELBAUM, K.A.; JACCARD, J.; DENTINGER, M.P. The refractory headache patient - II. High medication consumption (analgesic rebound) headache. **Behav. Res. Ther.**, v. 27, n. 4, p. 411-420, 1989.
- MINATTI-HANNUCH, S.N. **Uso e abuso de substâncias para alívio imediato da cefaléia. Características e fatores associados**. São Paulo, 1989. Tese (Doutorado em neurologia) - Departamento de neurologia e neurocirurgia, Escola Paulista de Medicina.
- MINATTI-HANNUCH, S.N.; ZUKERMAN, E.; LIMA, J.G.C.; MANSUR, J. Use and abuse of analgesic and ergotamine drugs in patients attending a headache unit. A study in São Paulo, Brasil. **Cephalalgia**, v. 7, suppl. 6, p. 489-490, 1987.
- MINATTI-HANNUCH, S.N.; ZUKERMAN, E.; MANSUR, J.; LIMA, J.G.C. Abuso de substâncias para alívio imediato da dor (SAID) em pacientes com cefaléia. **Rev. Ass. Med. Brasil.**, v. 38, n. 1, p. 24-27, 1992a.
- MINATTI-HANNUCH, S.N.; ZUKERMAN, E.; MANSUR, J.; LIMA, J.G.C. Uso de substâncias para alívio imediato da dor (SAID) em pacientes com cefaléia .

- Estudo em uma população ambulatorial. **Rev. Ass. Med. Brasil.**, v. 38, n. 1, p. 17-23, 1992b.
- MONDELL, B.E. Evaluation of the patient presenting with headache. **Med. Clin. N. Am.**, v. 75, n. 3, p. 521-524, 1991.
- NEWMAN, T.B.; BROWNER, W.S.; CUMMINGS, S.R.; HULLEY, S.B. Designing a new study, ii: cross-sectional and case-control studies. In: HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. **Designing clinical research: an epidemiologic approach**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988. p. 75-86.
- OATES, L.N.; SCHOLZ, M.J.; HOFFERT, M.J. Polypharmacy in a headache centre population. **Headache**, v. 33, p. 436-438, 1993.
- OLESEN, J. Understanding the biologic basis of migraine. **New Engl. J. Med.**, v. 331, p. 1713-1714, 1994.
- PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. Automedicação no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 34, p. 69-75, 1988.
- PFAFFENRATH, V. ; ISLER, H. Evaluation of the nosology of chronic tension-type headache. **Cephalalgia**, v. 13, suppl. 12, p. 60-62, 1993.
- PFAFFENRATH, V.; ISLER, H.; EKBOM, K. Chronic daily headache. **Cephalalgia**, v. 13, n. 12, p. 66-67, 1993.
- PRIMAVERA, J.P; KAISER, R.S. The relationship between locus of control, amount of pre-admission analgesic/ergot overuse, and length of stay for patients admitted for inpatient treatment of chronic headache. **Headache**, v. 34, p. 204-208, 1994.
- RAHMAN, A.; SEGASOYHY, M.; SAMAD, S.A.; ZULFIQAR, A.; RANI, M. Analgesic use and chronic renal disease in patientes with headache. **Headache**, v. 33, p. 442-445, 1993.
- RALL, T.W. Oxytocin, prostaglandins, ergot alkaloids, and other drugs; tocolytic agents. In: GILMAN, A.G.; RALL, T.W.; NIES, A.S.; TAYLOR, P. **Goodman and Gilman's - the pharmacological basis of therapeutics**. New York: Pergamon Press, 1990. p. 933-953.
- RAPOPORT, A.M.; WEEKS, R.E.; SHEFTELL, F.D The "analgesic washout period", a critical variable in the evaluation of headache treatment efficacy. **Neurology**, v. 36, suppl. , p. 100-101, 1986. (Abstract)
- RASKIN, N.H. Acute and prophylatic treatment of migraine: practical approaches and pharmacologic rationale. **Neurology**, v. 43, suppl. 3, p. S39-S42, 1993.

- RASKIN, N.H. Headache: an overview. In: RASKIN, N.H. **Headache**. New York: Churchill-Livingstone, 1988a. p. 1-34.
- RASKIN, N.H. Migraine: clinical aspects. In: RASKIN, N.H. **Headache**. New York: Churchill Livingstone, 1988b, p. 35-97.
- RASMUSSEN, B.K. Epidemiology. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The Headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 15-20.
- RASMUSSEN, B.K.; JENSEN, R.; OLESEN, J. Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. **Headache**, v. 31, p. 290-295, 1991.
- RASMUSSEN, B.K.; JENSEN, R.; SCHROLL, M.; OLESEN, J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 44, n. 11, p. 1147-1157, 1991.
- RASMUSSEN, B.K.; BRESLAU, N. Epidemiology. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 169-173.
- RINALDI, R.C.; STEINDLER, E.M.; WILFORD, B.B.; GOODWIN, D. Clarification and standardization of substance abuse terminology. **J.A.M.A.**, v. 259, p. 555-557, 1988.
- RUSSEL, M.B.; RASMUSSEN, B.K.; BRENNUM, J.; IVERSEN, H.K.; JENSEN, R.A.; OLESEN, J. Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. **Cephalalgia**, v. 12, p. 369-374, 1992.
- RUSSEL, M.B.; RASMUSSEN, B.K.; THORVALDSEN, P.; OLESEN, J. Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine. **Int. J. Epidemiol.**, v. 24, n. 3, p. 612-618, 1995.
- SANDRINI, G.; MANZONI, G.C.; ZANFERRARI, C.; NAPPI, G. An epidemiological approach to the nosography of chronic daily headache. **Cephalalgia**, v. 12, p. 72-77, 1993.
- SAPER, J. Drug overuse among patients with headache. **Neurol. Clin.**, v. 1, p. 465-477, 1983.
- SAPER, J. R. Chronic headache syndromes. **Neurol. Clin.**, v. 7, n. 2, p. 387-412, 1989.
- SAWYNOK, J. Pharmacological rationale for the clinical use of caffeine. **Drugs**, v. 49, n 1, p. 37-50, 1995.
- SCHARFF, L.; MARCUS, D.A. Interdisciplinary outpatient group treatment of intractable headache. **Headache**, v. 34, p. 73-78, 1994.

- SCHNIDER, P.; AULL, S.; FEUCHT, M.; MRAZ, M.; TRAVNICZEK, A.; ZEILER, K.; WESSELY, P. Use and abuse of analgesics in tension-type headache. **Cephalalgia**, v. 14, n. 2, p. 162-167, 1994.
- SHEFTELL, F.D. Chronic daily headache. **Neurology**, v. 42, suppl. 2, p. 32-36, 1992.
- SILBERSTEIN, S.D.; YOUNG, W.B. Safety and efficacy of ergotamine tartrate and dihydroergotamine in the treatment of migraine and status migrainosus. **Neurology**, v. 45, p. 577-584, 1995.
- SILBERSTEIN, S.D.; LIPTON, R.B.; SOLOMON, S.; MATHEW, N.T. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. **Headache**, v. 34, p. 1-7, 1994.
- SILBERSTEIN, S.D.; SILBERSTEIN, J.R. Chronic daily headache: long-term prognosis following inpatient treatment with repetitive iv dhe. **Headache**, v. 32, p. 439-445, 1992.
- SOLOMON, S.; LIPTON, R.B.; NEWMAN, L.C. Clinical features of chronic daily headache. **Headache**, v. 32, p. 325-329, 1992.
- SPIEGEL, M.R. **Estatística**. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1971. p. 331-61.
- STANG, P.E.; YANAGIHARA, T.; SWANSON, J.W.; BEARD, C.M.; O'FALLON, W.M.; GUESS, H.A.; MELTON, L.J. Incidence of migraine headache. **Neurology**, vol. 42, p. 1657-1662, 1992.
- STEWART, W.F.; CELENTANO, D.D.; LINET, M.S. Disability, physician consultation, and use prescription medications in a population-based study of headache. **Biomed. & Pharmacother**, v. 43, p. 711-718, 1989.
- STEWART, W.F.; LIPTON, R.B.; CELENTANO, D.D.; REED, M.L. Prevalence of migraine headache in the United States: relations to age, income, race and other sociodemographic factors. **J.A.M.A.**, v. 267, p. 64-69, 1992.
- SWANSON, D.W. Medication abuse. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 815-819.
- TFELT-HANSEN, P.; JOHNSON, E.S. Ergotamine. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 313-322.
- TFELT-HANSEN, P.; JOHNSON, E.S. Nonsteroidal antiinflammatory drugs in the treatment of acute migraine attack. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P. ;

- WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 305-311.
- TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. General principles of pharmacological treatment. In: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A. **The headaches**. New York: Raven Press Ltd, 1993. p. 299-303.
- VIJAYAN, N. Head band for migraine headache relief. **Headache**, v. 33, p. 40-42, 1993.
- WALKER, J. PARISI, S.; OLIVE, D. Analgesic rebound headache: experience in a community hospital. **Southern Med. J.**, v. 86, n. 11, p. 1202-1205, 1993.
- WALL, P.D. The dorsal horn. In: WALL, P.D.; MELZACK, R. **Textbook of pain**. New York: Churchill Livingstone, 1989. p. 102-111.
- WELCH, K.M.A. Drug therapy of migraine. **New Engl. J. Med.**, v. 329, n. 20, p. 1476-1483, 1993.
- WILKINSON, M. Drug therapy during migraine attacks. In: BLAU, J.N. **Migraine: clinical, therapeutic, conceptual and research aspects**. London: Chapman and Hall, 1987. p. 205-213.
- ZIEGLER, D.K. Opiate and opioid use in patients with refractory headache. **Cephalalgia**, v. 14, p. 5-10, 1994.

Bibliografia de acordo com :

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos**. Curitiba: Editora UFPR, 1994.