

LUIZ PAULO DE QUEIROZ

**UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE CEFALÉIA
NO DISTRITO SEDE DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS, SC**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção de
Grau de Mestre no Curso de Pós-
Graduação em Ciências Médicas.

FLORIANÓPOLIS – SC

2001

LUIZ PAULO DE QUEIROZ

**UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE CEFALÉIA
NO DISTRITO SEDE DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS, SC**

**Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção de
Grau de Mestre no Curso de Pós-
Graduação em Ciências Médicas.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Armando José d'Acampora

Orientadora: Profa. Dra. Liselotte Menke Barea

Co-orientador: Prof. Dr. Nelson Blank

FLORIANÓPOLIS – SC

2001

Queiroz, Luiz Paulo de.

Um estudo epidemiológico de cefaléia no Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC. / Luiz Paulo de Queiroz. – Florianópolis, 2001.
102p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.
Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas.
Orientadora: Liselotte Menke Barea

1. Cefaléia. 2. Enxaqueca. 3. Epidemiologia. 4. Prevalência.

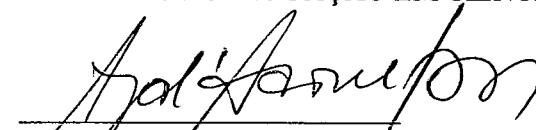


Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Ciências Médicas



LUIZ PAULO DE QUEIROZ

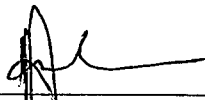
ESSA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM CIÊNCIAS MÉDICAS

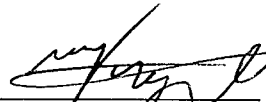
COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM **CLÍNICA MÉDICA** E APROVADA EM SUA
FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

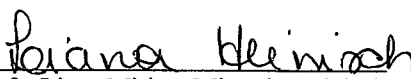

Prof. Armando José d'Acampora
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:


Profª. Liselotte Menke Barea
Orientadora


Prof. José Geraldo Speciali
Membro


Prof. Emil Kupek
Membro


Profª. Liana Miriam Miranda Heinisch
Membro

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2001.



Este trabalho é dedicado

à minha esposa, **Célia**, e às minhas filhas, **Fernanda e Bruna**,

pelo carinho e compreensão demonstrados durante toda a elaboração deste estudo;

aos meus pais, **Alexandre e Dulce** (*in memoriam*),

que me ensinaram o valor do trabalho intelectual e a virtude da persistência.

AGRADECIMENTOS

À minha amiga e orientadora Liselotte Menke Barea, pela disponibilidade e pelas valiosas sugestões apresentadas durante todo o decorrer deste estudo.

Ao professor e co-orientador Nelson Blank, pelos valorosos ensinamentos e pela importante colaboração, inclusive na análise estatística.

Aos colegas da Sociedade Brasileira de Cefaléia, em especial ao Dr. Carlos Alberto Bordini, que me incentivaram no estudo da cefaléia, tendo inclusive plantado a idéia deste estudo epidemiológico.

Aos Drs. Alan M. Rapoport e Fred D. Sheftell, meus mentores, que contribuíram significativamente na minha formação no campo da cefaléia.

Aos estudantes de medicina, que realizaram um cuidadoso trabalho de campo: André Guedes Vieira, Antônio Bernardo de Queiroz Krieger, Douglas Lopes Branco, Edson Yoshimi Yanaga, Eduardo Cordeiro dos Santos Júnior, Fábio Galdenzi de Faria, Gleice Gatti Bottarelli, Luciana Amboni Conti, Mariana Ferreira Damo, Maurício Silveira Mosna, Nelson Yassuo Oshiro Távora e Rogério de Souza Barcala.

À Merck Sharp & Dohme Farmacêutica Ltda. e à Astra Zeneca do Brasil Ltda., pelo suporte financeiro.

À CELESC, que gentilmente forneceu a listagem dos endereços residenciais do Distrito Sede de Florianópolis.

Ao IPUF, por ter cedido os mapas de Florianópolis.

Ao Dr. Richard B. Lipton, por ter permitido a utilização do questionário MIDAS.

Ao professor Emil Kupek, pelo ensino e auxílio no uso do programa Epi Info.

À professora Sílvia Modesto Nassar, pelas sugestões dadas na seleção da amostra.

Ao Secretário de Saúde do Município de Florianópolis, Dr. Manoel Américo Barros Filho, que prontamente se colocou à disposição para qualquer necessidade.

Às minhas irmãs Maria Perpétua de Queiroz Pretto e Maria Tereza de Queiroz Piacentini, pela revisão no português e inglês.

À direção do Hospital Universitário, que me possibilitou participar deste curso de pós-graduação.

Aos professores, funcionários e colegas do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC, que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização desta dissertação.

Às pessoas que aceitaram participar desta pesquisa, sem as quais este trabalho não teria sido possível.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – OBJETIVOS	24
2.1 – Geral	24
2.2 – Específicos.....	24
3 – MÉTODO.....	25
3.1 – Desenho do estudo.....	25
3.2 – População de estudo	25
3.3 – Amostragem	26
3.4 – Coleta de dados.....	28
3.5 – Variáveis de estudo.....	29
3.6 – Análise estatística	30
3.7 – Aspectos éticos	31
4 – RESULTADOS.....	32
4.1 – Caracterização da população de estudo.....	32
4.2 – Prevalência de cefaléia	33
4.3 – Prevalência de alguns tipos de cefaléia	35

4.4 – Associação das características sócio-demográficas com a prevalência nos grupos diagnósticos.....	40
4.5 – Acesso aos serviços de saúde.....	46
4.6 – Incapacidade causada pela cefaléia.....	52
5 – DISCUSSÃO.....	56
5.1 – Limitações do presente estudo.....	56
5.2 – Prevalência de cefaléia.....	58
5.3 – Associações.....	62
5.4 – Acesso aos serviços de saúde.....	63
5.5 – Incapacidade.....	65
6 – CONCLUSÕES.....	67
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
NORMAS ADOTADAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

LISTA DE ABREVIATURAS

IHS	–	International Headache Society
EUA	–	Estados Unidos da América
MIDAS	–	Migraine Disability Assessment
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPUF	–	Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis
CELESC	–	Centrais Elétricas de Santa Catarina
kWh	–	quilowatts-horas
Nº sort.	–	Número de domicílios sorteados
RP	–	Razão de prevalência
IC 95%	–	Intervalo de confiança de 95%
χ^2	–	Qui-quadrado
χ^2 TL	–	Qui-quadrado para tendência linear
GL	–	Graus de liberdade

LISTA DE TABELAS

TABELA I	– Distribuição dos domicílios, total e sorteados, de acordo com a região e a faixa de consumo de energia.....	27
TABELA II	– Distribuição dos indivíduos entrevistados, segundo as características sócio-demográficas.....	32
TABELA III	– Prevalência de cefaléia nos diferentes períodos de tempo.....	33
TABELA IV	– Prevalência de alguns tipos de cefaléia nos diferentes períodos de tempo.....	36
TABELA V	– Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo a região de domicílio.....	41
TABELA VI	– Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o consumo de energia por pessoa, em kWh.....	41
TABELA VII	– Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o sexo.....	42
TABELA VIII	– Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo a cor.....	42
TABELA IX	– Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o nível de instrução.....	43
TABELA X	– Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo a renda familiar em salários mínimos.....	43

TABELA XI – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o estado civil.....	44
TABELA XII – Distribuição das proporções de indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo algumas características sócio-demográficas.....	45
TABELA XIII – Distribuição dos indivíduos que procuraram um ou mais tipos de ajuda.....	46
TABELA XIV – Distribuição dos indivíduos que realizaram exames complementares, segundo o número de tipos de exame.....	50
TABELA XV – Distribuição dos indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o acesso aos serviços de saúde.....	52
TABELA XVI – Variáveis utilizadas para compor o Escore Total do questionário MIDAS, com a média dos dias perdidos e com desvio-padrão.	53
TABELA XVII – Distribuição dos indivíduos com cefaléia nos últimos 3 meses, segundo o acesso aos serviços de saúde e o grau de incapacidade...	55

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – Classificação das cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial, de acordo com a IHS, 1988.....	16
QUADRO 2 – Critérios diagnósticos da enxaqueca sem aura, enxaqueca com aura e distúrbio enxaquecoso, de acordo com a IHS, 1988.	17
QUADRO 3 – Critérios diagnósticos da cefaléia do tipo tensional episódica, cefaléia do tipo tensional crônica e distúrbio tensional, de acordo com a IHS, 1988.	18
QUADRO 4 – Prevalência no ano da enxaqueca, em estudos populacionais, de acordo com os critérios diagnósticos da IHS, 1988.	19
QUADRO 5 – Prevalência no ano da cefaléia do tipo tensional, em estudos populacionais, de acordo com os critérios diagnósticos da IHS, 1988.	20
QUADRO 6 – Questionário MIDAS.	22
FIGURA 1 – Prevalência de cefaléia nos diferentes períodos de tempo, por sexo.	34
FIGURA 2 – Prevalência de cefaléia no último ano, por faixa etária e sexo.	35
FIGURA 3 – Prevalência de enxaqueca nos diferentes períodos de tempo, por sexo.	37
FIGURA 4 – Prevalência de enxaqueca no último ano, por faixa etária e sexo.	38
FIGURA 5 – Prevalência de cefaléia do tipo tensional nos diferentes períodos de tempo, por sexo.	39
FIGURA 6 – Prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano, por faixa etária e sexo.	40

FIGURA 7 – Distribuição dos indivíduos com cefaléia no último ano que consultaram com médico, por sexo.....	47
FIGURA 8 – Distribuição dos indivíduos que consultaram com médico, segundo o tempo da última consulta.....	47
FIGURA 9 – Distribuição dos indivíduos que consultaram com médico, segundo a especialidade.....	48
FIGURA 10 – Distribuição dos indivíduos que realizaram um ou mais tipos de exames complementares.....	49
FIGURA 11 – Distribuição dos indivíduos que usaram medicação para a dor de cabeça, segundo a indicação.....	51
FIGURA 12 – Distribuição dos indivíduos com cefaléia nos últimos 3 meses, segundo o grau de incapacidade.....	53
FIGURA 13 – Distribuição dos indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o grau de incapacidade.....	54

RESUMO

Objetivos: Estimar a prevalência de cefaléia e alguns tipos de cefaléia nos diversos períodos; a magnitude da associação de alguns tipos de cefaléia com algumas características sócio-demográficas da população; a proporção de indivíduos que utilizam os serviços de saúde; o grau de incapacidade causado pela cefaléia nas atividades dos indivíduos, em uma amostra representativa da população adulta do Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC.

Método: Este é um estudo do tipo transversal, de base populacional. Em 300 domicílios – aleatoriamente selecionados – foram entrevistados 625 indivíduos, com idade de 15 a 64 anos. A taxa de participação foi de 87%. A entrevista, porta-a-porta, com questionário estruturado, foi realizada por estudantes de medicina.

Resultados: A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 94,6%, no último ano de 80,8% e a prevalência ponto de 13,3%. A prevalência de enxaqueca no último ano foi de 22,1% e a prevalência ponto de 5,6%. A prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano foi de 22,9% e a prevalência ponto de 2,9%. Cefaléia do Grupo Enxaqueca estava significativamente associada a indivíduos com as seguintes características: do sexo feminino, com baixo consumo de energia, com baixa renda familiar e separados ou viúvos. A proporção de indivíduos com cefaléia no último ano que procurou ajuda pela dor de cabeça foi de 49,8%, que consultou com médico de 48,8% e que tomou medicamentos de 82,8%. Dos que procuraram ajuda, 63,0% realizaram exames complementares. Indivíduos que relataram cefaléia do Grupo Enxaqueca utilizaram significativamente mais os serviços de saúde e apresentaram incapacidade significativamente maior que os que referiram cefaléia do Grupo Tensional. A utilização dos serviços de saúde foi significativamente maior entre os indivíduos com graus de incapacidade mais altos.

Conclusões: Este é o primeiro estudo populacional de cefaléia em adultos realizado no Brasil, utilizando os critérios diagnósticos da IHS. As altas taxas de prevalência encontradas permitem afirmar que cefaléia é um importante problema de saúde pública.

ABSTRACT

Objectives: To estimate the prevalence of headache, and some types of headache, in different periods of time; the degree of the association of some types of headache with some sociodemographic characteristics of the population; the proportion of subjects who use the health care system; and the degree of headache-related disability, in a representative sample of the adult population of Florianopolis, SC, Brazil.

Method: This is a cross-sectional, population-based study. In 300 households randomly selected, 625 subjects, aged 15 to 64 years, responded to a questionnaire. The participation rate was 87%. Medical students conducted the direct, door-to-door, structured interview.

Results: The lifetime prevalence of headache was 94.6%, the 1-year prevalence 80.8%, and the point prevalence 13.3%. The 1-year prevalence of migraine was 22.1%, and the point prevalence 5.6%. The 1-year prevalence of tension-type headache was 22.9%, and the point prevalence 2.9%. Headache of the Migrainous Group was significantly associated to the following characteristics: females, low energy consumption, low household income, and marital status separated or widowed. The proportion of subjects with headache last year who sought assistance was 49.8%, who consulted a physician 48.8%, and used medication 82.8%. Of those who sought assistance, 63.0% did some diagnostic investigation. Subjects with headache of the Migrainous Group utilized significantly more the health care system, and had significantly higher grades of disability than subjects with headache of the Tensional Group. The utilization of health care resources was higher among headache sufferers with higher grades of disability.

Conclusions: This is the first population-based study of headache in Brazil, in adults, applying the IHS diagnostic criteria. The elevated prevalence rates of headache allow us to say that this is an important problem of public health.

1 – INTRODUÇÃO

Cefaléia é um sintoma freqüentemente referido nos consultórios médicos. É uma das dez queixas mais comuns nos ambulatórios de clínica médica e o diagnóstico mais freqüente nos ambulatórios de neurologia geral (1, 2).

Pacientes com cefaléia apresentam grande variabilidade na freqüência, intensidade e duração da dor. Nas formas mais leves, que cursam com pouca ou nenhuma incapacidade, muitos deles não procuram recursos médicos. Nas formas mais intensas e/ou freqüentes, no entanto, a dor de cabeça pode ter grande repercussão na vida dos indivíduos afetados, tanto no aspecto pessoal como familiar, social e econômico, refletindo-se em enormes custos diretos e indiretos para a sociedade (3-5). Os custos econômicos diretos estão associados com os cuidados médicos, uso de medicamentos e utilização dos serviços de saúde; os custos indiretos com dias de trabalho perdidos ou com produtividade reduzida (5, 6).

Estudos epidemiológicos são importantes e necessários para ajudar a definir com maior precisão os critérios diagnósticos das cefaléias, determinar a história natural das dores de cabeça e sua associação com outras desordens, estimar a magnitude do problema sócio-econômico e determinar o impacto da cefaléia nos indivíduos e na sociedade, permitindo um planejamento apropriado dos recursos alocados para os serviços de saúde (7-9).

Os primeiros estudos de epidemiologia da cefaléia foram realizados em pacientes que procuraram tratamento para a dor de cabeça em ambulatórios ou consultórios de clínica geral ou neurologia, ou em clínicas especializadas. Esses estudos não refletiam os dados da população, pois não incluíam um grande número de indivíduos com cefaléia que nunca consultaram com médico. O grupo com pouca representatividade é composto de pessoas de baixa renda, que não têm acesso aos serviços de saúde, ou de indivíduos com cefaléias leves e não incapacitantes, que também não sentem necessidade de procurar ajuda. Os estudos com base populacional são mais abrangentes, identificando ativamente as pessoas com cefaléia (7, 10, 11).

Os problemas metodológicos relacionados com o estudo da epidemiologia da cefaléia são: a subjetividade na definição dos casos, a natureza episódica das desordens, a composição e representatividade da população de estudo, o método da coleta de dados e os métodos de análise estatística (12).

Os métodos de estudo populacional usados em cefaléia são o questionário de autopreenchimento, geralmente enviado pelo correio, a entrevista telefônica e a entrevista estruturada por contato direto, com entrevistador leigo ou médico. A entrevista clínica por especialista em cefaléia é considerada o “padrão-ouro” dos estudos epidemiológicos, porém este método é demorado e dispendioso, podendo levar a viés por influência do entrevistador. O questionário de autopreenchimento é a técnica mais fácil e de baixo custo, mas tem muitas desvantagens, entre elas uma baixa taxa de resposta (geralmente entre 40 e 60%), dando viés de seleção. Rasmussen et al. (13) compararam o diagnóstico de enxaqueca e cefaléia do tipo tensional através de questionário e de entrevista clínica, encontrando uma baixa taxa de concordância (Kappa de 0,43 para enxaqueca e 0,30 para cefaléia do tipo tensional). Outros autores, no entanto, encontraram taxas mais elevadas, como Tom et al. (14), que relataram um Kappa de 0,94 para o diagnóstico de enxaqueca, e Russell et al. (15), incluindo a própria Rasmussen, que descreveram um Kappa de 0,77. A entrevista por telefone também tem uma baixa taxa de resposta e é inviável em muitas regiões, onde grande parte da população não tem acesso a esta tecnologia. Além disto, todas estas técnicas de entrevista estão sujeitas a falhas, pela subjetividade do diagnóstico das cefaléias, pela inexistência de um marcador biológico, pela coexistência de duas ou mais formas de cefaléia num mesmo indivíduo e por viés de memória (4, 13, 16).

Uma das principais dificuldades encontradas nos estudos de cefaléia é a subjetividade na definição dos casos. Antigas classificações eram imprecisas e abertas a interpretações individuais (8, 12, 17). Visando uma melhor uniformidade no instrumento diagnóstico, a International Headache Society (IHS) introduziu, em 1988, um conjunto de critérios operacionais para a classificação das cefaléias (18). Esses critérios já foram validados por diversos autores (19, 20). Na classificação da IHS as cefaléias foram divididas em 13 grupos diagnósticos (QUADRO 1), com mais de 150 subtipos.

Os grupos 1 a 4 representam as cefaléias primárias, que não são habitualmente relacionadas com lesões estruturais; os grupos 5 a 12 englobam as cefaléias secundárias, que são manifestações de lesões estruturais subjacentes.

QUADRO 1 – Classificação das cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial, de acordo com a IHS, 1988 (18).

1. Enxaqueca
2. Cefaléia do tipo tensional
3. Cefaléia em salvas e hemicrania paroxística crônica
4. Cefaléias diversas não associadas a lesões estruturais
5. Cefaléia associada a trauma de crânio
6. Cefaléia associada a distúrbios vasculares
7. Cefaléia associada a outros distúrbios intracranianos não-vasculares
8. Cefaléia associada a substâncias ou sua retirada
9. Cefaléia associada a infecção não-cefálica
10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico
11. Cefaléia ou dor facial associada a distúrbio do crânio, pescoço, olhos, orelhas, seios paranasais, dentes ou a outras estruturas faciais ou cranianas
12. Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor de deaferentação
13. Cefaléia não classificável

A enxaqueca e a cefaléia do tipo tensional são os tipos de cefaléia mais comumente observados na prática médica (4, 21). No QUADRO 2 estão listados os critérios diagnósticos da enxaqueca sem aura, enxaqueca com aura e distúrbio enxaquecoso, ou seja, que preenche todos os critérios para enxaqueca, exceto um. No QUADRO 3, da cefaléia do tipo tensional episódica, cefaléia do tipo tensional crônica e cefaléia do tipo tensional com todos os critérios, exceto um (distúrbio tensional).

QUADRO 2 – Critérios diagnósticos da enxaqueca sem aura, enxaqueca com aura e distúrbio enxaquecoso, de acordo com a IHS, 1988 (18).

1.1 – Enxaqueca sem aura

A – Pelo menos 5 crises preenchendo critérios B-D

B – Crise de cefaléia durando 4 a 72 horas (não tratadas ou tratadas sem sucesso)

C – A cefaléia tem no mínimo duas das seguintes características:

1. Localização unilateral
2. Qualidade pulsátil
3. Intensidade moderada ou severa
4. Agravada por atividade física rotineira

D – Durante a cefaléia, há no mínimo um dos seguintes sintomas:

1. Náuseas e/ou vômitos
2. Fotofobia e fonofobia

1.2 – Enxaqueca com aura

A – Pelo menos 2 crises que satisfaçam o critério B

B – Pelo menos 3 das 4 características seguintes:

1. Um ou mais sintomas de aura totalmente reversíveis que indicam disfunção focal cortical e/ou do tronco cerebral
2. Pelo menos um sintoma de aura que se desenvolva gradualmente em mais de 4 minutos, ou dois ou mais sintomas que ocorram em sucessão
3. Nenhum sintoma da aura que dure mais de 60 minutos
4. A cefaléia segue a aura com um intervalo livre inferior a 60 minutos

1.7 – Distúrbio enxaquecoso que não preenche os critérios acima

A – Preenche todos os critérios para uma das formas de enxaqueca acima, exceto um

B – Não preenche os critérios para cefaléia do tipo tensional

QUADRO 3 – Critérios diagnósticos da cefaléia do tipo tensional episódica, cefaléia do tipo tensional crônica e distúrbio tensional, de acordo com a IHS, 1988 (18).

2.1 – Cefaléia do tipo tensional episódica

A – Pelo menos 10 crises de cefaléia que preenchem os critérios B-D. O número de dias com essa cefaléia é <180 por ano

B – Cefaléia durando 30 minutos a 7 dias

C – A cefaléia tem no mínimo duas das seguintes características:

1. Localização bilateral
2. Qualidade de aperto/pressão (não pulsátil)
3. Intensidade leve ou moderada
4. Não agravada por atividade física rotineira

D – Ambos os seguintes:

1. Ausência de náusea ou vômitos
2. Fotofobia e fonofobia estão ausentes, ou apenas um deles está presente

2.2 – Cefaléia do tipo tensional crônica

A – Frequência média de cefaléia ≥ 15 dias/ mês (≥ 180 dias/ano), por 6 meses ou mais, preenchendo os critérios B-D

B – Cefaléia durando 30 minutos a 7 dias

C – A cefaléia tem no mínimo duas das seguintes características:

1. Localização bilateral
2. Qualidade de aperto/pressão (não pulsátil)
3. Intensidade leve ou moderada
4. Não agravada por atividade física rotineira

D – Ambos os seguintes:

1. Ausência de vômitos
2. Não mais do que um dos seguintes: náusea, fotofobia ou fonofobia

2.3 – Cefaléia do tipo tensional que não preenche os critérios acima (distúrbio tensional)

A – Preenche todos os critérios para uma das formas de cefaléia do tipo tensional acima, exceto um

B – Não preenche os critérios para enxaqueca sem aura

A prevalência da cefaléia, enxaqueca e cefaléia do tipo tensional tem sido estimada em vários estudos populacionais, utilizando os critérios da IHS. A prevalência de enxaqueca no último ano variou de 1,0 a 28,0%, parecendo ser maior nos países da Europa e América do Norte do que nos países da América Latina, África e Ásia (QUADRO 4).

QUADRO 4 – Prevalência de enxaqueca no último ano, em estudos populacionais, de acordo com os critérios diagnósticos da IHS, 1988 (18).

Continentes / País	Autores	Mulheres	Homens	Ambos
Europa				
Dinamarca	Rasmussen et al. (22)	15,0	6,0	10,0
França	Henry et al. (23)	11,9	4,0	8,1
Alemanha	Göbel et al. (24)	15,0	7,0	11,3
Suíça	Merikangas et al. (25)	32,7	16,1	24,5
Portugal	Pereira Monteiro (4)	-	-	18,5
Holanda	Launer et al. (26)	18,1	6,5	-
Inglaterra	Steiner et al. (27)	17,8	7,0	-
Hungria	Bánk, Márton (28)	-	-	9,6
Suécia	Dahlöf, Linde (29)	16,7	9,5	13,2
América do Norte				
EUA	Stewart et al. (30)	17,6	5,7	11,8
EUA	Kryst, Scherl (31)	9,8	4,5	8,5
Canadá	Pryse-Phillips et al. (32)	-	-	28,0
Canadá	O'Brien et al. (33)	21,9	7,4	15,2
América Latina				
Chile	Lavados, Tenhamm (34)	11,9	2,0	7,3
Peru	Jaillard et al. (35)	7,8	2,3	5,3
África				
Etiópia	Tekle Haimanot et al. (36)	4,2	1,7	3,0
Ásia				
Hong Kong	Wong et al. (37)	1,5	0,6	1,0
Hong Kong	Cheung (38)	-	-	3,1
Malásia	Alders et al. (39)	11,3	6,7	9,0
Arábia Saudita	Abdul Jabbar, Ogunniyi (40)	-	-	4,9
Japão	Sakai, Igarashi (41)	-	-	6,0
Coréia	Roh et al. (42)	24,5	18,4	21,4
Turquia	The Turkish Group (43)	21,8	10,9	16,4
Tailândia	Phanthumchinda (44)	-	-	17,4
Taiwan	Wang et al. (45)	11,2	3,4	7,7

EUA = Estados Unidos da América

Os estudos de prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano mostraram resultados bastante discrepantes, variando de 2,0 a 74,0% (QUADRO 5).

QUADRO 5 – Prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano, em estudos populacionais, de acordo com os critérios diagnósticos da IHS, 1988 (18).

Continentes / Países	Autores	Mulheres	Homens	Ambos
Europa				
Dinamarca	Rasmussen et al. (22)	86,0	63,0	74,0
Alemanha	Göbel et al. (24)	-	-	13,3
Suíça	Merikangas et al. (25)	18,0	13,5	15,8
Portugal	Pereira Monteiro (4)	-	-	63,2
América do Norte				
EUA	Schwartz et al. (46)	44,8	37,7	40,5
Canadá	Pryse-Phillips et al. (32)	-	-	50,0
América Latina				
Chile	Lavados, Tenhamm (47)	35,2	18,1	26,9
Ásia				
Hong Kong	Wong et al. (37)	2,7	1,8	2,0
Hong Kong	Cheung (38)	-	-	15,2
Malásia	Alders et al. (39)	29,6	23,3	26,5
Arábia Saudita	Abdul Jabbar, Ogunniyi (40)	-	-	5,4
Japão	Igarashi, Sakai (48)	26,4	18,1	22,3
Coréia	Roh et al. (42)	14,7	17,8	16,2
Turquia	The Turkish Group (43)	31,3	32,1	31,7

EUA = Estados Unidos da América

Existem possíveis associações entre enxaqueca e algumas características sócio-demográficas da população. Tem sido descrita uma prevalência invariavelmente maior no sexo feminino do que no sexo masculino (12, 15, 49). Tanto Stewart et al. (50), como Stang e Osterhaus (11), nos Estados Unidos da América (EUA), encontraram uma maior prevalência de enxaqueca em brancos do que em não-brancos. Mas no American Migraine Study (30) esta diferença foi observada apenas em homens e não em mulheres. Não foi

encontrada relação estatisticamente significativa entre enxaqueca e estado civil (12, 25, 31). Alguns estudos (11, 30, 31), nos EUA, demonstraram que a enxaqueca é mais prevalente em indivíduos de baixo nível sócio-econômico, mas outros autores (4, 12, 26, 27, 29, 32-34), em outros países, não encontraram tal associação. Embora Stang e Osterhaus (11), nos EUA, mostraram uma maior prevalência de enxaqueca em indivíduos com nível de instrução elevado, na maioria dos estudos (4, 12, 24, 25, 31) tal associação não é estatisticamente significativa.

A cefaléia do tipo tensional também foi referida como mais prevalente em mulheres do que em homens em grande parte dos estudos (4, 22, 25, 38, 39, 46, 48), mas em alguns (42, 43) isso não foi observado. Schwartz et al. (46), nos EUA, encontraram maior prevalência de cefaléia do tipo tensional em brancos do que em não-brancos. Também detectaram uma associação entre cefaléia do tipo tensional e elevado nível de instrução, o que não foi comprovado em outros estudos (4, 12, 24, 25).

A utilização dos serviços de saúde por pacientes com cefaléia foi avaliada em vários estudos. Nos EUA, Lipton et al. (51) verificaram que 68% das mulheres e 57% dos homens enxaquecosos já consultaram médico; e Stang e Osterhaus (11) descreveram proporções de 85% em mulheres e 77% em homens. No Canadá (52), 64% dos pacientes com enxaqueca e 45% dos com cefaléia do tipo tensional procuraram médico por apresentar dor de cabeça. Rasmussen et al. (53), na Dinamarca, estimaram que 56% dos pacientes com enxaqueca e 16% dos com cefaléia do tipo tensional já tinham consultado com algum médico. Pereira Monteiro (4), em Portugal, encontrou que somente 34% dos indivíduos com cefaléia recorreram a cuidados médicos, sendo que 44,3% dos enxaquecosos e 30,2% dos com cefaléia do tipo tensional.

As especialidades médicas mais freqüentemente consultadas foram as de clínica geral, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e ginecologia (4, 10, 51, 52, 54).

A proporção de pacientes que foram submetidos a exames complementares foi de 22,2% dos enxaquecosos e 11,1% dos com cefaléia do tipo tensional, em Portugal (4) e de menos de 3% dos indivíduos com cefaléia, na Dinamarca (53).

Em Portugal (4), 66,7% dos pacientes com cefaléia usaram alguma vez fármacos para o alívio da dor, sendo que 79,5% dos com enxaqueca e 64,3% dos com cefaléia do tipo tensional. Na Dinamarca (53), 49% dos enxaquecosos e 87% dos indivíduos com cefaléia do tipo tensional usaram medicação no último ano. Praticamente todos os

pacientes com cefaléia do Canadá (52) já usaram alguma medicação para a dor de cabeça. No Brasil, Barea et al. (55) estimaram a prevalência do consumo de analgésicos em escolares de 5ª a 8ª série, encontrando taxas de 78,4% ao longo da vida, 71,0% no último ano e 45,0% nos últimos 3 meses.

O impacto da cefaléia pode ser avaliado através de instrumentos que visam tanto quantificar a repercussão na qualidade de vida dos indivíduos como medir a incapacidade causada pela dor de cabeça. Alguns instrumentos anteriormente utilizados para aferir o grau de incapacidade, como o “Headache Impact Questionnaire”, são muito longos e complexos para serem aplicados na prática médica diária (56, 57). Na tentativa de facilitar este processo, Stewart et al. (56, 57) desenvolveram um questionário simplificado, o MIDAS (“Migraine Disability Assessment”), composto de apenas 5 perguntas, que buscam informações sobre o tempo perdido de trabalho remunerado ou escola, de trabalhos domésticos e de atividades familiares, sociais ou de lazer (QUADRO 6). Rabello (58) testou, no Brasil, o questionário MIDAS em uma população hospitalar, mostrando uma relação entre escores mais elevados do MIDAS e o diagnóstico de enxaqueca.

QUADRO 6 – Questionário MIDAS.

1. Quantos dias inteiros de trabalho ou escola você perdeu, nos últimos 3 meses, por causa de suas dores de cabeça?
2. Em quantos dias, nos últimos 3 meses, seu rendimento no trabalho ou na escola estava reduzido em pelo menos 50% (pela metade ou mais), por causa de suas dores de cabeça? (Não inclua os dias que você contou na questão 1, onde o dia inteiro de trabalho ou aula foi perdido)
3. Em quantos dias inteiros, nos últimos 3 meses, você não foi capaz de executar serviços domésticos (trabalho em casa) por causa de suas dores de cabeça?
4. Em quantos dias, nos últimos 3 meses, seu rendimento nos serviços domésticos foi reduzido em pelo menos 50% (pela metade ou mais), por causa de suas dores de cabeça? (Não inclua os dias que você contou na questão 4, quando você não pôde fazer o trabalho de casa)
5. Em quantos dias, nos últimos 3 meses, você deixou de participar de atividades familiares, sociais ou de lazer, por causa de suas dores de cabeça?

No Brasil, praticamente não há estudos epidemiológicos populacionais de cefaléia em adultos. Um único estudo populacional foi feito, em um bairro de Salvador, Bahia, por Bastos et al. (59), porém foi estimada apenas a prevalência da cefaléia em geral, não sendo pesquisados os subtipos diagnósticos da classificação da IHS. Barea et al. (60) realizaram um estudo epidemiológico da cefaléia baseado nos critérios da IHS, porém a população estudada foi de escolares de 5ª a 8ª série, em Porto Alegre, RS. Rabello (58), em São Paulo, SP, e Bigal et al. (61), em Ribeirão Preto, SP, estimaram a prevalência e o impacto da enxaqueca em funcionários de hospitais. Sanvito et al. (62), em São Paulo, estudaram a epidemiologia da enxaqueca em estudantes de medicina da Santa Casa de Misericórdia. Em Florianópolis, SC, Costa et al. (63) verificaram a frequência de cefaléia em estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Existe uma lacuna, portanto, no nosso país, e especialmente em Florianópolis, de estudos epidemiológicos sobre cefaléia, enxaqueca e cefaléia do tipo tensional.

2 – OBJETIVOS

2.1 – GERAL

- Descrever a prevalência de cefaléia e algumas características do contexto psicossocial e sócio-demográfico, em indivíduos de ambos os sexos, com idade de 15 a 64 anos, residentes no Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC.

2.2 – ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de cefaléia e alguns tipos de cefaléia ao longo da vida, no último ano, nos últimos 3 meses, e no dia, de uma amostra representativa da população do Distrito Sede de Florianópolis, SC.
- Estimar a magnitude da associação dos tipos de cefaléia com algumas características sócio-demográficas da população estudada.
- Estimar a proporção dos indivíduos que procuram ajuda por causa da cefaléia, realizam exames complementares e tomam medicamentos para o tratamento da dor de cabeça.
- Estimar o grau de incapacidade causado pela cefaléia nas atividades dos indivíduos pesquisados.

3 – MÉTODO

3.1 – DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, do tipo transversal, de base populacional.

3.2 – POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída de indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 15 a 64 anos completos, residentes no Distrito Sede do Município de Florianópolis, Santa Catarina (SC).

Segundo dados do censo de 1996, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Florianópolis era de 271.281 habitantes, sendo que na faixa etária de 15 a 64 anos era de 185.466 habitantes (96.221 do sexo feminino e 89.245 de sexo masculino).

O Município de Florianópolis é dividido em 12 distritos, de acordo com o Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF). O Distrito Sede (ANEXO I), que é composto pelos bairros Estreito, Balneário, Canto, Jardim Atlântico, Coloninha, Monte Cristo, Capoeiras, Abraão, Bom Abrigo, Itaguaçu, Coqueiros, Centro, José Mendes, Agronômica, Trindade, Saco dos Limões, Pantanal, Córrego Grande, Costeira do Pirajubaé, Santa Mônica, Itacorubi, João Paulo, Monte Verde e Saco Grande, apresentava, em 1996, uma população de 158.690 habitantes, sendo que 108.544 tinham entre 15 e 64 anos. Portanto, o Distrito Sede, com seus 24 bairros, representa cerca de 58,5% da população de todo o Município de Florianópolis.

3.3 – AMOSTRAGEM

O tamanho da amostra foi inicialmente calculado em 454 indivíduos a serem entrevistados, através do programa Epi Info versão 6.04b, de outubro de 1997, produzido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, USA, para uma prevalência esperada de enxaqueca de 5%, com erro aceitável de 2% e intervalo de confiança de 95%. Ajustando-se esse número à correção de efeito de conglomerado (“design effect” = 1,2), chegou-se a 545 indivíduos. Pressupondo-se uma taxa de participação de 80% (não-resposta = 1,2), concluiu-se que a amostra deveria ser composta de 654 indivíduos.

O número de domicílios a serem visitados foi calculado em 300, de acordo com a média de moradores por domicílio. Esta média é de 3,45 pessoas por domicílio, na cidade de Florianópolis, de acordo com o censo do IBGE de 1996, sendo que 68,4% destes têm 15 a 64 anos, dando uma média de 2,36 moradores por domicílio nessa faixa etária.

Para facilitar o processo de coleta de dados, o Distrito Sede do Município de Florianópolis foi subdividido em 3 regiões:

1. Região do Continente – Incluiu os seguintes bairros: Estreito, Balneário, Canto, Jardim Atlântico, Coloninha, Monte Cristo, Capoeiras, Abraão, Bom Abrigo, Itaguaçu e Coqueiros.
2. Região Central – Foi composta pelos seguintes bairros: Centro, José Mendes e Agrônômica.
3. Região da Periferia – Foi formada por: Trindade, Saco dos Limões, Pantanal, Córrego Grande, Costeira do Pirajubaé, Santa Mônica, Itacorubi, João Paulo, Monte Verde e Saco Grande.

Uma listagem com todos os “pontos de luz” da classe residencial (domicílios) do Distrito Sede foi fornecida pelas Centrais Elétricas de Santa Catarina (CELESC), incluindo o endereço e o consumo mensal de energia elétrica, em quilowatts-horas (kWh), no mês de outubro de 1999, perfazendo um total de 74.587 domicílios. Esta lista é atualizada pela CELESC pelo menos a cada 3 meses, refletindo, portanto, a quase totalidade dos moradores dessa área. Os domicílios de cada região foram estratificados, de acordo com o consumo de energia, em: consumo baixo: até 150 kWh; consumo médio: de 151 a 350

kWh; e consumo alto: mais de 350 kWh. Esta estratificação visou distribuir os indivíduos entrevistados nos diversos níveis sócio-econômicos.

Foram sorteados aleatoriamente domicílios em quantidade proporcional ao número de residências de cada região, distribuídos proporcionalmente nas 3 faixas de consumo de energia elétrica, através do programa Microsoft® Excel 97, função “ALEATORIOENTRE”. A TABELA I mostra a distribuição dos domicílios sorteados, de acordo com a região e a faixa de consumo de energia.

TABELA I – Distribuição dos domicílios, total e sorteados, de acordo com a região e a faixa de consumo de energia.

Consumo de energia (kWh)	Continente		Central			Periferia			
	Nº total	%	Nº sort.	Nº total	%	Nº sort.	Nº total	%	Nº sort.
< 150	8.068	29,6	32	7.539	32,4	30	7.259	30,2	29
151 – 350	13.531	49,7	55	10.104	43,4	40	11.766	48,9	48
> 350	5.655	20,7	23	5.627	24,2	23	5.038	20,9	20
Total	27.254	100,0	110	23.270	100,0	93	24.063	100,0	97

Nº sort. = Número de domicílios sorteados.

Em cada domicílio sorteado, todos os moradores com 15 a 64 anos completos deveriam ser entrevistados. Foram considerados “moradores” todas as pessoas que dormiam neste domicílio, com exceção de empregados remunerados. Se na primeira visita não era encontrado nenhum morador, o entrevistador retornava outro dia, até pelo menos três vezes. Neste caso, se não fosse encontrado ninguém, este domicílio era substituído por outro, sorteado aleatoriamente, da respectiva região e faixa de consumo de energia. Também foi substituído o domicílio em que todos os moradores se recusaram a responder ao questionário ou em que todos eram incapazes (fora da faixa etária do estudo, doentes ou não falavam português). Quando era encontrado algum morador, este era entrevistado e retornava-se outro dia, até 3 vezes, para entrevistar os que não estavam presentes. Após a terceira visita, os que não foram entrevistados eram considerados como “não-resposta”. No

entanto, os dados sócio-demográficos dos ausentes eram preenchidos por algum dos outros moradores (até a questão 7 do questionário).

Dos 300 domicílios inicialmente sorteados, foi necessário substituir 119 deles, por não ter sido encontrado nenhum morador em 44, por recusa em 33, domicílios sem moradores em 23, estabelecimento comercial em 16, sem morador na faixa etária em 2 e um era endereço repetido.

Nos 300 domicílios válidos, havia 719 moradores com idade entre 15 e 64 anos completos. Destes, 625 foram entrevistados, com uma taxa de participação de 87%. Não foram entrevistados 94 indivíduos (13%), sendo que 72 não foram encontrados, 18 se recusaram a responder ao questionário e 4 eram incapazes. O número de indivíduos efetivamente entrevistados foi, portanto, maior que o mínimo necessário calculado (545).

3.4 – COLETA DE DADOS

O levantamento dos dados foi realizado através de entrevista direta, porta-a-porta, com um questionário estruturado (APÊNDICE 1).

Inicialmente foi realizado um pré-teste do questionário em 30 pacientes com cefaléia, no Ambulatório do Hospital Universitário, por dois dos entrevistadores que posteriormente participaram da pesquisa de campo. Nesta avaliação foi possível observar a aplicabilidade e entendimento do questionário, corrigindo-se as eventuais falhas encontradas. Também foi estimado o tempo de aplicação, em cerca de 20 minutos.

A equipe de pesquisa foi constituída por 12 estudantes de medicina, cursando da terceira à décima fase, que foram previamente treinados, tanto em relação aos critérios diagnósticos das cefaléias como na maneira de aplicar o questionário.

A coleta de dados ocorreu entre 23 de março e 18 de julho de 2000.

O coordenador da pesquisa reentrevistou 38 indivíduos (6% da amostra populacional), em 21 domicílios sorteados aleatoriamente. As reentrevistas foram realizadas entre 15 de julho e 10 de agosto de 2000.

Foi feito um estudo de taxa de concordância comparando os questionários obtidos pelos entrevistadores com os obtidos pelo coordenador da pesquisa. Foram analisadas 50 perguntas (8.1 a 10.8.5), não sendo incluídos os dados sócio-demográficos e as perguntas

do questionário MIDAS. Concordância excelente ($Kappa > 0,75$) foi observada em 27 questões; concordância intermediária a boa ($Kappa$ de 0,40 a 0,75) em 21; e concordância pobre ($Kappa < 0,40$) em apenas 2 perguntas: a 9.4, sobre a localização da dor de cabeça ($Kappa = 0,36$), que tem respostas que se sobrepõem, podendo confundir o entrevistado; e a 9.10, sobre a duração da aura ($Kappa = 0,36$), que não foi utilizada no presente estudo.

3.5 – VARIÁVEIS DE ESTUDO

O questionário foi composto por cinco conjuntos de variáveis:

1. Características biológicas e sócio-demográficas: idade, sexo, cor, estado civil, nível de instrução, ocupação e renda familiar.
2. Instrumentos para medir a prevalência da cefaléia em diversos períodos de tempo.
3. Instrumentos para poder diagnosticar os tipos de cefaléia, de acordo com os critérios da IHS, apresentados nos QUADROS 2 e 3.
4. Instrumentos para avaliar a tendência dos indivíduos a procurar ajuda por causa da cefaléia, em especial a atenção médica, assim como avaliar os exames complementares realizados e as alternativas terapêuticas utilizadas.
5. Instrumentos para medir o grau de incapacidade causado pela cefaléia nas atividades dos indivíduos, baseado no questionário MIDAS, apresentado no QUADRO 6.

O APÊNDICE 2 mostra um quadro com as variáveis utilizadas na confecção do questionário, com suas definições teórica e operacional e as escalas de medida.

Só eram feitas todas as perguntas do questionário para os indivíduos que referiam ter tido cefaléia no último ano, visando minimizar o viés de memória. Para os que nunca tiveram cefaléia ou não tiveram no último ano, só eram coletados os dados sócio-demográficos, até a questão 8.2.

O diagnóstico dos tipos de cefaléia foi feito apenas nos indivíduos que tiveram dor de cabeça no último ano. Só foi dado um diagnóstico por indivíduo, baseado nas características da dor mais freqüente. O diagnóstico de “enxaqueca” foi dado para os que preenchiam todos os critérios da IHS para enxaqueca sem aura. Posteriormente, o diagnóstico de “enxaqueca com aura” foi dado a todos os enxaquecosos que referiam algum tipo de aura, mesmo que eventual. Neste grupo, portanto, estão incluídos tanto indivíduos com apenas enxaqueca com aura, como os que têm enxaqueca com e sem aura.

Os poucos casos em que os indivíduos apresentavam critérios que se enquadravam tanto no diagnóstico de “distúrbio enxaquecoso” como no de “distúrbio tensional” foram incluídos no grupo de distúrbio enxaquecoso, conforme orientação da classificação da IHS.

Para os estudos de associações, os indivíduos foram reagrupados de modo diverso do preenchido no questionário, nas seguintes características sócio-demográficas:

- O consumo de energia foi calculado por pessoa, sendo dividido em 4 faixas, por quartil.
- A renda familiar foi dividida em 3 faixas: até 5 salários mínimos; de 5,1 a 20 salários mínimos; mais de 20 salários mínimos.
- O nível de instrução foi dividido em 3 faixas: fundamental, incluindo os indivíduos analfabetos, com ensino fundamental incompleto e completo; médio, incluindo indivíduos com ensino médio incompleto e completo; superior, incluindo os indivíduos com ensino superior incompleto, completo e com pós-graduação.

Para a utilização do questionário MIDAS foi obtida a permissão com o Dr. Richard B. Lipton, Stamford, CT, EUA, um de seus idealizadores. O Escore Total do MIDAS é obtido com a soma dos dias perdidos nas 5 perguntas que o compõem. O grau de incapacidade é classificado do acordo com o Escore Total:

- 0 a 5 = Grau I – Nenhuma ou pouca incapacidade
- 6 a 10 = Grau II – Leve incapacidade
- 11 a 20 = Grau III – Moderada incapacidade
- 21 ou + = Grau IV – Intensa incapacidade.

3.6 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para possibilitar a análise estatística dos dados, as respostas obtidas nos questionários foram transcritas para o programa “ENTER”, do Epi Info 6.04b. Foram feitas duas digitações, sendo uma pelo próprio coordenador da pesquisa e outra por digitador profissional contratado. Para corrigir os eventuais erros de digitação, os dados de ambos os arquivos foram comparados pelo programa “VALIDATE”, do Epi Info 6.04b. Após verificar as entradas de dados incongruentes, foram feitas as correções necessárias, baseadas no questionário original.

Para a análise estatística foram utilizados os programas “ANALISYS”, do Epi Info 6.04b, e o STATA 6.0, College Station, Texas, 1999.

Foram calculadas taxas de prevalência, com um intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

A magnitude de possíveis associações entre os tipos de cefaléia e as variáveis estudadas foi feita pelo cálculo da razão de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%. Foi usada a razão de prevalência e não o “odds ratio”, dada a alta prevalência de enxaqueca e cefaléia do tipo tensional. Quando o evento não é raro, os valores do “odds ratio” tendem a ser superestimados.

Foram utilizados também, quando indicados, o teste do qui-quadrado (χ^2) para a avaliação das variáveis nominais, como, por exemplo, o sexo, a cor e o estado civil, e o teste do qui-quadrado para tendência linear (χ^2 TL) para as variáveis ordinais, como o consumo de energia por pessoa e a renda familiar. Foram considerados como estatisticamente significativos os testes de hipótese que apresentaram $p < 0,05$.

3.7 – ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi delineado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde). O projeto de pesquisa e o Consentimento Informado foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 20/03/2000 (ANEXO II).

Todos os indivíduos entrevistados eram informados dos objetivos da pesquisa e foi pedido consentimento por escrito, em duas vias, para a aplicação do questionário. Para os indivíduos de 15 a 17 anos, era pedido o consentimento de um dos pais ou responsável. Uma das cópias do Consentimento Informado ficou com o pesquisador e a outra com o entrevistado.

Aos indivíduos com cefaléia intensa e/ou freqüente foi oferecido um encaminhamento ao Ambulatório de Cefaléia do Hospital Universitário, se assim o desejassem.

4 – RESULTADOS

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

A amostra populacional foi constituída por 625 indivíduos entrevistados. As características sócio-demográficas da população estudada são mostradas na TABELA II.

TABELA II – Distribuição dos indivíduos entrevistados, segundo as características sócio-demográficas (n = 625).

Características sócio-demográficas	n	%
Região do domicílio		
Continente	230	36,8
Periferia	218	34,9
Centro	177	28,3
Consumo de energia por domicílio (kWh)		
< 151	156	25,0
151 – 350	299	47,8
> 350	170	27,2
Faixa etária (anos)		
15 a 24	188	30,1
25 a 34	108	17,3
35 a 44	134	21,4
45 a 54	129	20,6
55 a 64	66	10,6
Sexo		
Feminino	337	53,9
Masculino	288	46,1
Cor		
Branca	574	91,8
Não branca	51	8,2
Estado Civil		
Casado	328	52,5
Solteiro	240	38,4
Separado / viúvo	57	9,1
Ocupação (Dados faltantes = 1)		
Trabalho remunerado	351	56,2
Estudante	138	22,1
Do lar	79	12,6
Aposentado	35	5,6
Desempregado	21	3,4
Renda familiar, em salários mínimos (Dados faltantes = 7)		
< 5,1	150	24,0
5,1 – 20	262	41,9
> 20	206	33,0
Nível de instrução (Dados faltantes = 1)		
Fundamental	128	20,5
Médio	242	38,7
Superior	254	40,6

Nessa amostra, a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino, entre 15 e 24 anos de idade, brancos, casados, com trabalho remunerado, com renda familiar de 5,1 a 20 salários mínimos e com nível de instrução médio ou superior, características estas semelhantes às da população geral de Florianópolis.

As tabela de comparação entre os dados da população geral, de acordo com os números da CELESC (outubro/1999) ou do IBGE (1991 e 1996), com os dados das amostras dos entrevistados e dos não-entrevistados encontram-se no APÊNDICE 3. Comparando-se a distribuição dos entrevistados com a dos não-entrevistados, observa-se diferença significativa na região do domicílio: menos não-entrevistados na região da periferia e mais na região central. Uma proporção significativamente maior de homens não foi entrevistada. Outras pequenas diferenças foram notados, embora sem significância estatística: menor proporção de indivíduos com idade entre 15 e 34 anos, e maior com 45 a 54 anos, respondeu ao questionário; também verificamos proporção maior de “do lar” e menor de solteiros e estudantes entre os entrevistados.

4.2 – PREVALÊNCIA DE CEFALÉIA

A prevalência de cefaléia nos diferentes períodos de tempo é apresentada na TABELA III, observando-se que ao longo da vida foi de 94,6%, no último ano de 80,8%, nos últimos 3 meses de 66,9% e no dia da entrevista (Prevalência ponto) de 13,3%.

TABELA III – Prevalência de cefaléia nos diferentes períodos de tempo (n = 625).

Período	n	%	IC 95%
Ao longo da vida	591	94,6	92,5 – 96,2
No último ano	505	80,8	77,5 – 83,8
Nos últimos 3 meses	418	66,9	63,0 – 70,6
No dia da entrevista	83	13,3	10,7 – 16,2

A FIGURA 1 mostra a prevalência de cefaléia nos diferentes períodos de tempo, por sexo. Cefaléia é significativamente mais prevalente nas mulheres que nos homens em todos os períodos de tempo: ao longo da vida ($\chi^2 = 6,73$; GL = 1; $p = 0,009$), no último ano ($\chi^2 = 29,60$; GL = 1; $p < 0,001$), nos últimos 3 meses ($\chi^2 = 32,85$; GL = 1; $p < 0,001$) e no dia da entrevista ($\chi^2 = 13,00$; GL = 1; $p < 0,001$). Observação: GL = graus de liberdade.

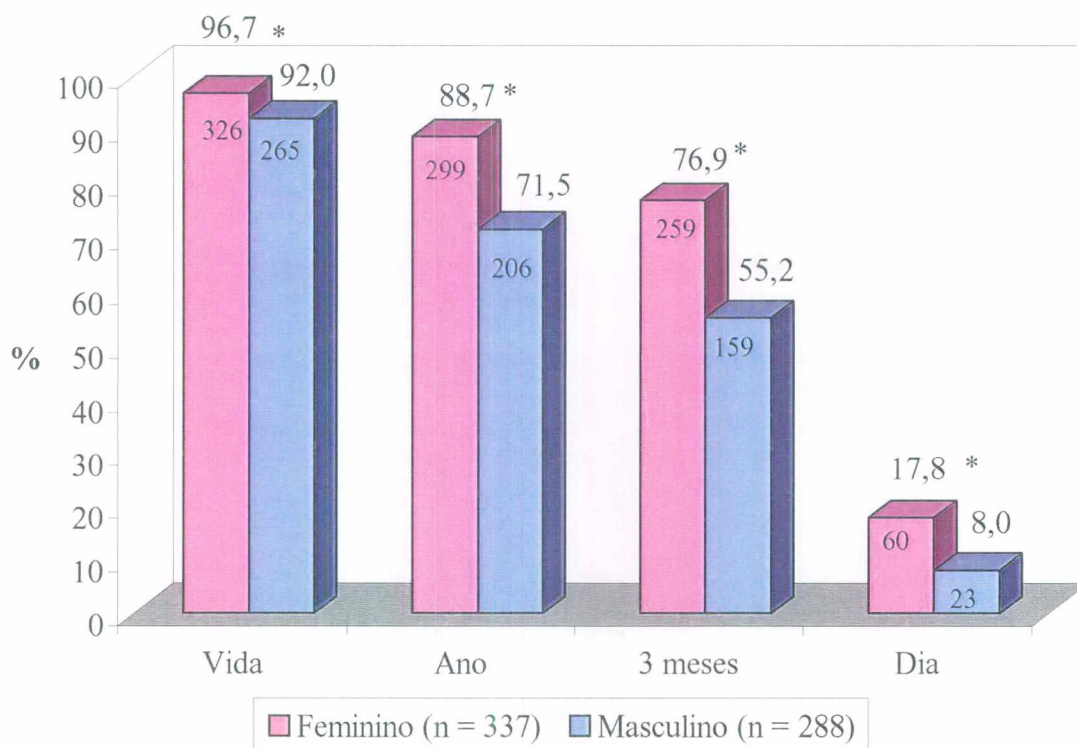


FIGURA 1 – Prevalência de cefaléia nos diferentes períodos de tempo, por sexo.

* : $p < 0,01$

A FIGURA 2 apresenta a prevalência de cefaléia no último ano, por faixa etária e sexo. Cefaléia é mais prevalente nas mulheres que nos homens em todas as faixas etárias, porém esta diferença não é estatisticamente significativa dos 55 aos 64 anos ($\chi^2 = 0,17$; GL = 1; $p = 0,678$). Nas outras faixas etárias, há significância: dos 15 aos 24 anos ($\chi^2 = 9,63$; GL = 1; $p = 0,002$), dos 25 aos 34 anos ($\chi^2 = 6,56$; GL = 1; $p = 0,010$), dos 35 aos 44 anos ($\chi^2 = 7,93$; GL = 1; $p = 0,005$) e dos 45 aos 54 anos ($\chi^2 = 8,60$; GL = 1; $p = 0,003$). Observa-se uma curva em “U” invertido, tanto no sexo feminino como no masculino, com maior prevalência na faixa etária de 25 a 34 anos: no sexo feminino, de 95,3%, e no masculino, de 79,5%.

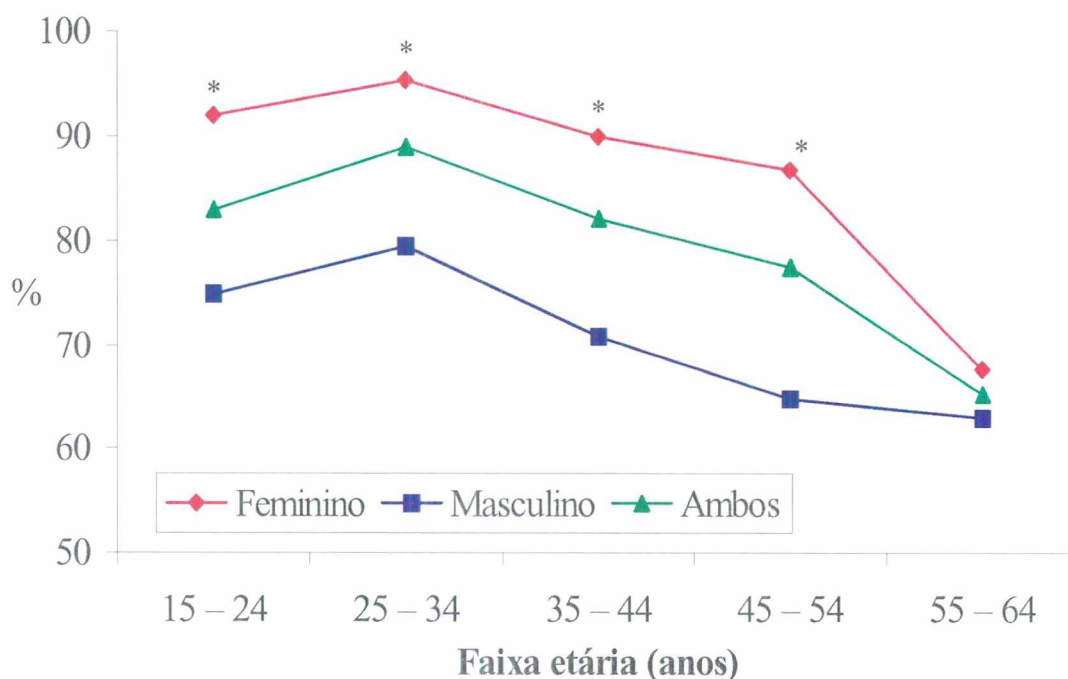


FIGURA 2 – Prevalência de cefaléia no último ano, por faixa etária e sexo.

* : $p < 0,01$

4.3 – PREVALÊNCIA DE ALGUNS TIPOS DE CEFALÉIA

A prevalência de alguns tipos de cefaléia, nos diferentes períodos de tempo, é apresentada na TABELA IV, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Não é apresentada a prevalência ao longo da vida, pois o diagnóstico só foi estabelecido nos 505 indivíduos que relataram cefaléia no último ano, para minimizar o viés de memória. A prevalência no último ano de enxaqueca foi de 22,1% e de cefaléia do tipo tensional de 22,9%, incluindo apenas os entrevistados que referiam características que preenchiam todos os critérios da IHS para os respectivos tipos diagnósticos.

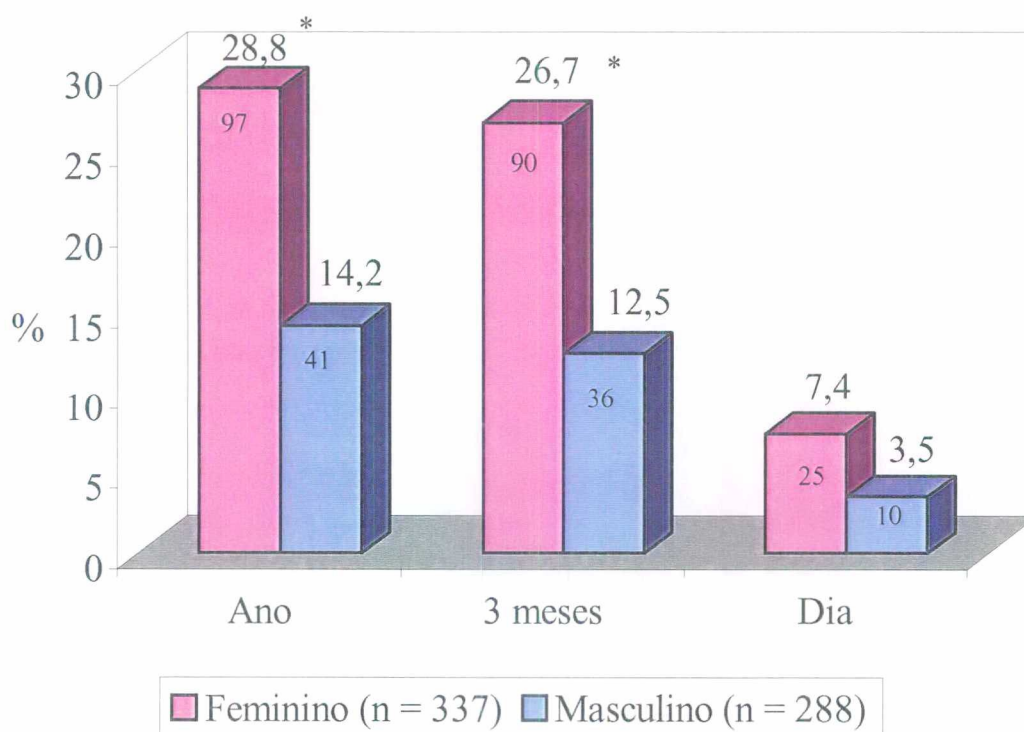


FIGURA 3 – Prevalência de enxaqueca nos diversos períodos de tempo, por sexo.

* : $p < 0,01$

Quando consideramos as diferentes formas de enxaqueca, a prevalência no último ano de enxaqueca sem aura foi de 10,9% (IC 95% 8,5 – 13,6%), sendo de 14,2% (IC 95% 10,7 – 18,4%) no sexo feminino e de 6,9% (IC 95% 4,3 – 10,5%) no masculino. A enxaqueca com aura teve prevalência de 11,2% (IC 95% 8,8 – 13,9%), sendo de 14,5% (IC 95% 10,9 – 18,8%) no sexo feminino e 7,3% (IC 95% 4,6 – 10,9%) no masculino.

A FIGURA 4 resume a prevalência no último ano de enxaqueca por faixa etária e sexo. Enxaqueca é mais prevalente nas mulheres que nos homens em todas as faixas etárias, porém esta diferença é estatisticamente significativa somente dos 35 aos 44 anos ($\chi^2 = 8,67$; GL = 1; $p = 0,003$), dos 45 aos 54 anos ($\chi^2 = 7,64$; GL = 1; $p = 0,006$) e dos 55 aos 64 anos ($\chi^2 = 6,66$; GL = 1; $p = 0,010$); não é significativa dos 15 aos 24 anos ($\chi^2 = 0,97$; GL = 1; $p = 0,326$) e dos 25 aos 34 anos ($\chi^2 = 0,30$; GL = 1; $p = 0,582$). No sexo feminino há dois picos de prevalência: nas faixas etárias de 35 a 44 anos, com 35,4% (IC 95% 25,0 – 47,0%), e de 55 a 64 anos, com 38,7% (IC 95% 21,8 – 57,8%). No sexo masculino observa-se um predomínio entre os 25 e 34 anos, com 20,5% (IC 95% 9,8 – 35,3%).

TABELA IV – Prevalência de alguns tipos de cefaléia nos diferentes períodos de tempo.

Diagnóstico	No último ano			Nos últimos 3 meses			No dia		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Enxaqueca	138	22,1	18,9 – 25,5	126	20,2	17,1 – 23,5	35	5,6	3,9 – 7,7
Distúrbio enxaquecoso	114	18,2	15,3 – 21,5	97	15,5	12,8 – 18,6	21	3,4	2,1 – 5,1
Cefaléia tipo tensional	143	22,9	19,6 – 26,4	118	18,9	15,9 – 22,2	18	2,9	1,7 – 4,5
Distúrbio tensional	63	10,1	7,8 – 12,7	43	6,9	5,0 – 9,2	4	0,6	0,2 – 1,6
Outras cefaléias	47	7,5	5,6 – 9,9	34	5,4	3,8 – 7,5	5	0,8	0,3 – 1,9
Sem cefaléia	120	19,2	16,2 – 22,5	207	33,1	29,4 – 37,0	542	86,7	83,8 – 89,3
Total	625	100,0		625	100,0		625	100,0	

A FIGURA 3 mostra a prevalência de enxaqueca nos diversos períodos de tempo, por sexo. Enxaqueca é mais prevalente nas mulheres que nos homens, numa razão de aproximadamente 2:1, em todos os períodos de tempo. Esta diferença é estatisticamente significativa no último ano ($\chi^2 = 19,10$; GL = 1; $p < 0,001$) e nos últimos 3 meses ($\chi^2 = 19,47$; GL = 1; $p < 0,001$); não é significativa no dia da entrevista ($\chi^2 = 4,57$; GL = 1; $p = 0,324$).

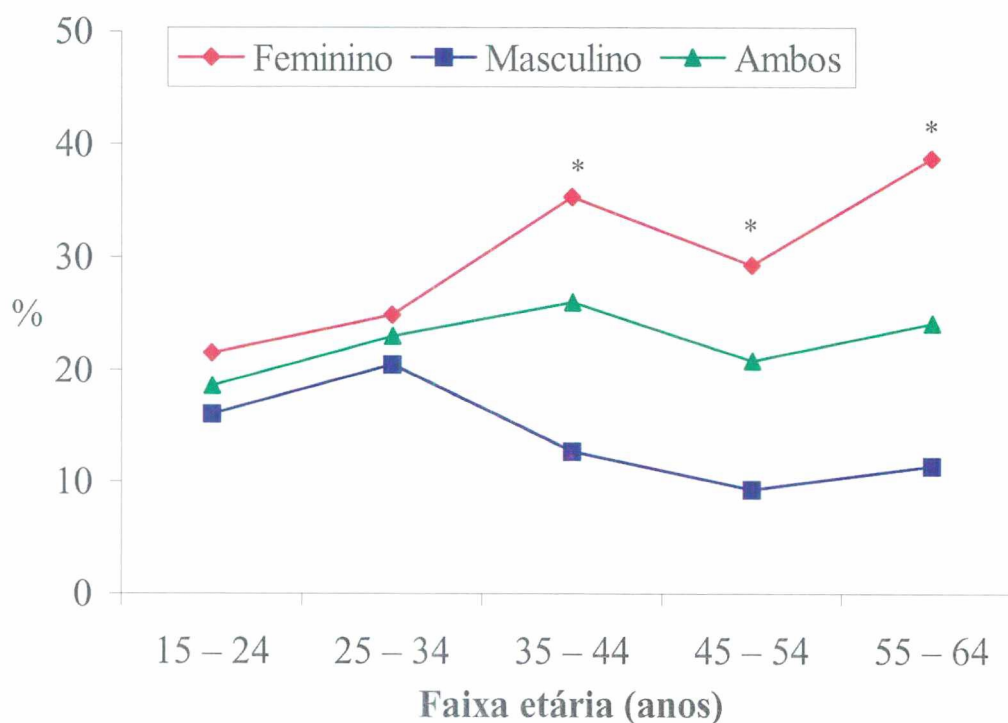


FIGURA 4 – Prevalência de enxaqueca no último ano, por faixa etária e sexo.

* : $p \leq 0,01$

A prevalência nos diversos períodos de cefaléia do tipo tensional, por sexo, está demonstrada na FIGURA 5. As prevalências são similares em ambos os sexos, com leve predomínio no sexo masculino na prevalência no último ano e nos últimos 3 meses. Não há, porém, significância estatística em nenhum período de tempo: no último ano ($\chi^2 = 1,84$; GL = 1; $p = 0,175$), nos últimos 3 meses ($\chi^2 = 0,55$; GL = 1; $p = 0,457$) e no dia da entrevista ($\chi^2 = 0,39$; GL = 1; $p = 0,534$).

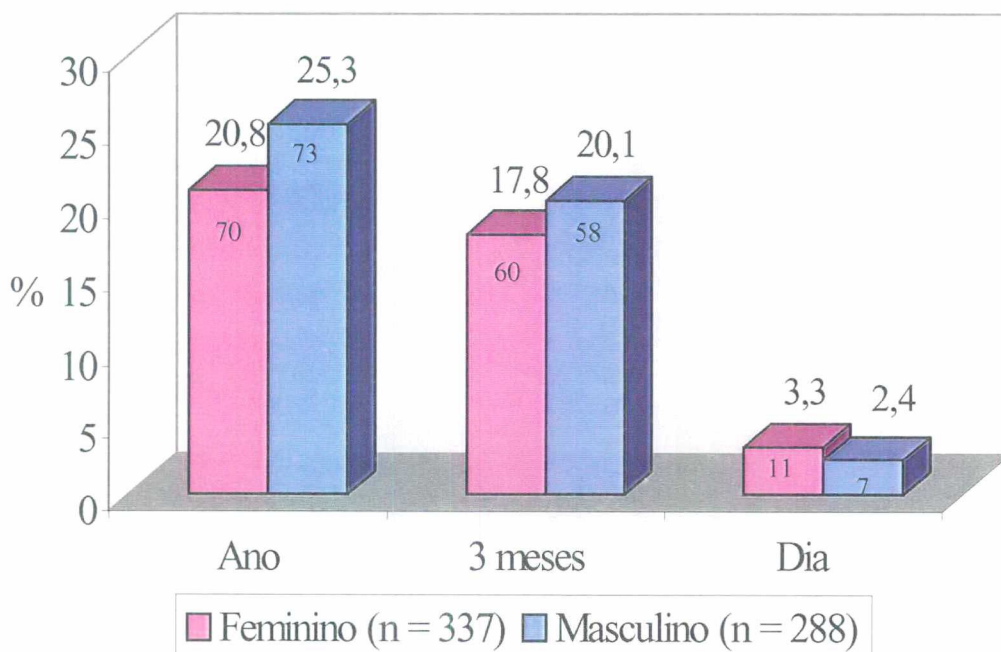


FIGURA 5 – Prevalência de cefaléia do tipo tensional nos diversos períodos de tempo, por sexo.

Quando consideramos as diferentes formas de cefaléia do tipo tensional, a prevalência no último ano de cefaléia do tipo tensional episódica foi de 22,1 % (IC 95% 18,9 – 25,5%), sendo de 19,6% (IC 95% 15,5 – 24,2%) nas mulheres e 25,0% (IC 95% 20,1 – 30,4%) nos homens. A cefaléia do tipo tensional crônica teve prevalência de 0,8% (IC 95% 0,3 – 1,9%), sendo de 1,2% (IC 95% 0,3 – 3,0%) no sexo feminino e 0,3% (IC 95% 0,0 – 1,9%) no masculino.

A FIGURA 6 apresenta a prevalência no último ano de cefaléia do tipo tensional, por faixa etária e sexo. A prevalência é maior nos homens em todas as faixas etárias, exceto na de 15 a 24 anos. Esta diferença não é estatisticamente significativa em nenhuma faixa etária: dos 15 aos 24 anos ($\chi^2 = 0,31$; GL = 1; $p = 0,578$), dos 25 aos 34 anos ($\chi^2 = 1,98$; GL = 1; $p = 0,159$), dos 35 aos 44 anos ($\chi^2 = 0,97$; GL = 1; $p = 0,325$), dos 45 aos 54 anos ($\chi^2 = 0,06$; GL = 1; $p = 0,809$) e dos 55 aos 64 anos ($\chi^2 = 2,06$; GL = 1; $p = 0,152$). No sexo feminino há uma curva descendente, com taxas mais elevadas entre os 15 a 24 anos, com 30,7% (IC 95% 21,3 – 41,4%). No masculino há um predomínio entre os 25 e 34 anos, com 34,1% (IC 95% 20,5 – 49,9%).

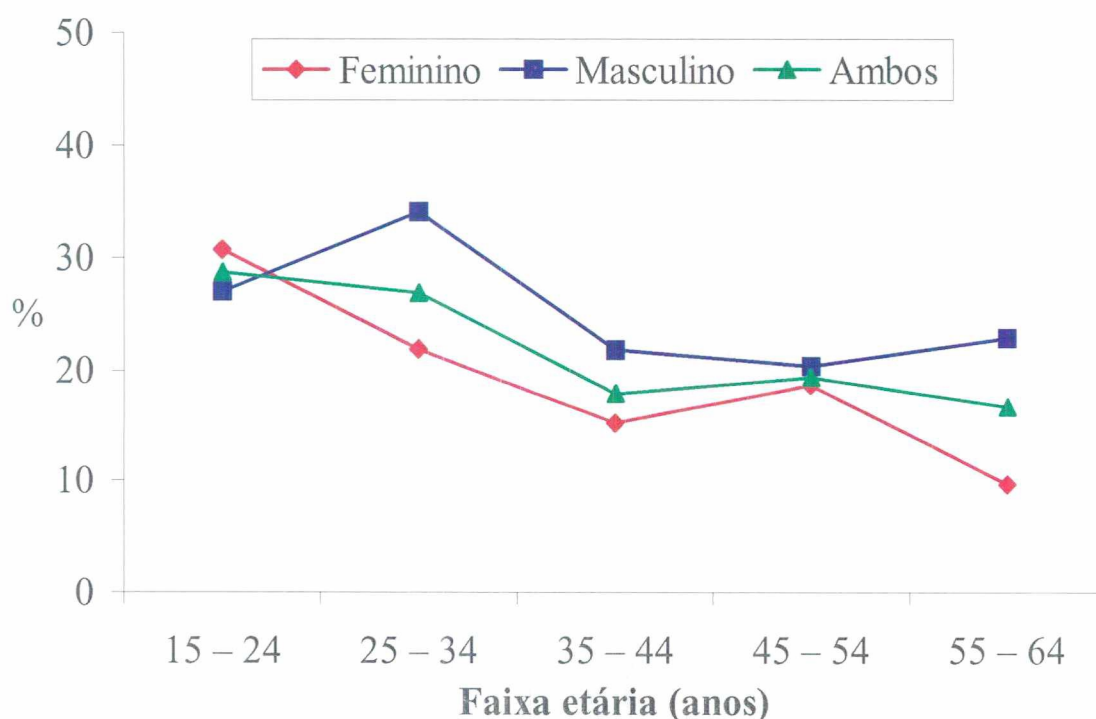


FIGURA 6 – Prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano, por faixa etária e sexo.

4.4 – ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS COM A PREVALÊNCIA NOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS

Para os estudos de associação de cefaléia com algumas características sócio-demográficas, os indivíduos com enxaqueca e distúrbio enxaquecoso foram reunidos sob a denominação de Grupo Enxaqueca ($n = 252$); os com cefaléia do tipo tensional e distúrbio tensional foram agrupados como Grupo Tensional ($n = 206$). A prevalência no último ano de cefaléia do Grupo Enxaqueca foi de 40,3% (IC 95% 36,4 – 44,3%) e do Grupo Tensional de 33,0% (IC 95% 29,3 – 36,8%). Para avaliar a possibilidade de reunir esses tipos de cefaléia foi feito um estudo de associação das diversas características sócio-demográficas, do acesso aos serviços de saúde e da incapacidade, entre os diagnósticos de enxaqueca e distúrbio enxaquecoso, assim como entre os diagnósticos de cefaléia do tipo tensional e distúrbio tensional, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles.

Não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência no último ano de cefaléia do Grupo Enxaqueca, nem do Grupo Tensional, nas diversas regiões de domicílio pesquisadas (TABELA V).

TABELA V – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo a região de domicílio.

Região	n	Grupo Enxaqueca		Grupo Tensional	
		%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Central	177	37,3	1,0	35,0	1,0
Continente	230	41,7	1,12 (0,88 – 1,43)	31,3	0,89 (0,68 – 1,18)
Periferia	218	41,3	1,11 (0,87 – 1,42)	33,0	0,94 (0,71 – 1,24)

Conforme evidenciado na TABELA VI, há uma tendência significativa: quanto menor o consumo de energia, maior a prevalência no último ano de cefaléia do Grupo Enxaqueca e menor a prevalência do Grupo Tensional. Os indivíduos entrevistados que consomem menos de 48,33 kWh reportaram 1,54 (ou seja, 54%) vezes mais cefaléia do Grupo Enxaqueca e 0,70 (ou seja, 30%) vezes menos cefaléia do Grupo Tensional que os indivíduos que consomem mais de 105,5 kWh.

TABELA VI – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o consumo de energia por pessoa, em kWh.

Consumo de energia/pessoa (kWh)	n	Grupo Enxaqueca *		Grupo Tensional **	
		%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
> 105,5	155	31,0	1,0	38,1	1,0
70,75 – 105,5	159	38,4	1,24 (0,91 – 1,68)	35,2	0,92 (0,69 – 1,24)
48,33 – 70,66	147	44,2	1,43 (1,06 – 1,92)	32,0	0,84 (0,62 – 1,14)
< 48,33	164	47,6	1,54 (1,16 – 2,03)	26,8	0,70 (0,51 – 0,97)

* : χ^2 TL = 10,10 ; p = 0,001 ; ** : χ^2 TL = 4,94 ; p = 0,026

Indivíduos do sexo feminino relataram 1,80 vezes mais cefaléia do Grupo Enxaqueca que indivíduos do sexo masculino (TABELA VII). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos na cefaléia do Grupo Tensional.

TABELA VII – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o sexo.

Sexo	n	Grupo Enxaqueca		Grupo Tensional	
		%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Masculino	288	28,1	1,0	36,1	1,0
Feminino	337	50,7	1,80 (1,47 – 2,21)	30,3	0,84 (0,67 – 1,05)

Tanto em relação à cor (TABELA VIII) como ao nível de instrução (TABELA IX), não houve diferença estatisticamente significativa nos dois grupos diagnósticos. Foram testados os confundidores Idade e Sexo, sem modificações relevantes na RP.

TABELA VIII – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo a cor.

Cor	n	Grupo Enxaqueca		Grupo Tensional	
		%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Branca	574	39,5	1,0	33,0	1,0
Não branca	51	49,0	1,24 (0,90 – 1,70)	23,5	0,70 (0,43 – 1,12)

TABELA IX – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o nível de instrução.

Nível de instrução	n	Grupo Enxaqueca *		Grupo Tensional **	
		%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Superior	254	36,6	1,0	34,7	1,0
Médio	242	44,2	1,21 (0,97 – 1,48)	33,9	0,98 (0,77 – 1,25)
Fundamental	128	40,6	1,11 (0,85 – 1,45)	28,1	0,81 (0,59 – 1,12)

Dados faltantes = 1

Há uma tendência significativa de quanto menor a renda familiar, maior o prevalência no último ano de cefaléia do Grupo Enxaqueca (TABELA X). Esta tendência não é observada no Grupo Tensional. Os indivíduos com renda familiar de menos de 5,1 salários mínimos relataram 1,54 vezes mais cefaléia do Grupo Enxaqueca do que os indivíduos com renda familiar de mais de 20 salários mínimos. Foram testados os confundidores Idade e Sexo, sem modificações relevantes na RP.

TABELA X – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo a renda familiar em salários mínimos.

Renda familiar (salários mínimos)	n	Grupo Enxaqueca *		Grupo Tensional **	
		%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
> 20	206	31,1	1,0	35,9	1,0
5,1 – 20	262	44,3	1,42 (1,12 – 1,81)	33,2	0,92 (0,72 – 1,19)
< 5,1	150	48,0	1,54 (1,19 – 2,01)	28,0	0,78 (0,57 – 1,06)

* : χ^2 TL = 11,20 ; p < 0,001 ; ** : χ^2 TL = 2,39 ; p = 0,122 ; Dados faltantes = 7

Na TABELA XI é mostrado que indivíduos separados ou viúvos relataram 1,60 vezes mais cefaléia do Grupo Enxaqueca que indivíduos solteiros. Os solteiros também referiram ter menos cefaléia do Grupo Tensional, embora sem significância estatística. Foram testados os confundidores Idade e Sexo, sem modificações relevantes na RP.

TABELA XI – Distribuição da prevalência no último ano, com RP e IC 95%, de cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o estado civil.

Estado civil	n	Grupo Enxaqueca		Grupo Tensional	
		%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Solteiro	240	35,0	1,0	37,9	1,0
Casado	328	41,5	1,18 (0,96 – 1,47)	30,8	0,81 (0,64 – 1,02)
Separado/ viúvo	57	56,1	1,60 (1,17 – 2,20)	24,6	0,65 (0,41 – 1,02)

Comparação entre os grupos diagnósticos, segundo as características sócio-demográficas

A TABELA XII mostra as proporções de indivíduos que reportaram cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional no último ano, segundo algumas características sócio-demográficas da amostra populacional. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e os do Grupo Tensional em relação ao consumo de energia por pessoa, ao sexo, à renda familiar e ao estado civil. Por exemplo, a proporção de mulheres que reportaram cefaléia do Grupo Enxaqueca é significativamente maior do que a proporção de mulheres que reportaram cefaléia do Grupo Tensional.

TABELA XII – Distribuição das proporções de indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo algumas características sócio-demográficas.

Características sócio-demográficas	Grupo Enxaqueca (n=252)		Grupo Tensional (n=206)		Estatística
	n	%	n	%	
Região					
Continente	96	38,1	72	34,9	$\chi^2 = 0,94$; GL = 2 p = 0,624
Central	66	26,2	62	30,1	
Periferia	90	35,7	72	34,9	
Consumo de energia / pessoa (kWh)					
> 105,5	48	19,0	59	28,6	$\chi^2 = 9,18$; GL = 3 p = 0,027
70,75 – 105,5	61	24,2	56	27,2	
48,33 – 70,66	65	25,8	47	22,8	
< 48,33	78	31,0	44	21,4	
Sexo					
Feminino	171	67,9	102	49,5	$\chi^2 = 15,84$; GL = 1 p < 0,001
Masculino	81	32,1	104	50,5	
Cor					
Branca	227	90,1	194	94,2	$\chi^2 = 2,56$; GL = 1 p = 0,110
Não-branca	25	9,9	12	5,8	
Renda familiar (salários mínimos) – Dados faltantes = 3					
> 20	64	25,4	74	36,4	$\chi^2 = 7,57$; GL = 2 p = 0,023
5,1 – 20	116	46,0	87	42,9	
< 5,1	72	28,6	42	20,7	
Nível de instrução					
Superior	93	36,9	88	42,7	$\chi^2 = 1,75$; GL = 2 p = 0,417
Médio	107	42,5	82	39,8	
Fundamental	52	20,6	36	17,5	
Estado Civil					
Solteiro	84	33,3	91	44,2	$\chi^2 = 7,95$; GL = 2 p = 0,019
Casado	136	54,0	101	49,0	
Separado / viúvo	32	12,7	14	6,8	

4.5 – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dos 505 indivíduos que tiveram cefaléia no último ano, 216 (42,8%) procuraram algum tipo de ajuda, sendo 149 (49,8%) do sexo feminino e 67 (32,5%) do sexo masculino. A proporção de mulheres que pediu ajuda foi significativamente maior ($\chi^2 = 14,93$; GL = 1; $p < 0,001$) do que a proporção de homens.

A TABELA XIII mostra o tipo de ajuda procurada. A grande maioria (97,7%) dos entrevistados que já tinham buscado ajuda, procurou ajuda médica. A soma das proporções é maior que 100% porque os indivíduos poderiam ter procurado mais de um tipo de ajuda.

TABELA XIII – Distribuição dos indivíduos que procuraram um ou mais tipos de ajuda (n = 216).

Tipo de ajuda	n	%
Médico	211	97,7
Farmacêutico	30	13,9
Massagista	12	5,6
Curandeiro	7	3,2
Outros	9	4,2

Na FIGURA 7 é mostrada a proporção de indivíduos que já consultaram com médico pela dor de cabeça (41,8%), sendo significativa ($\chi^2 = 14,97$; GL = 1; $p < 0,001$) a diferença entre os indivíduos do sexo feminino (48,8%) e os do sexo masculino (31,6%).

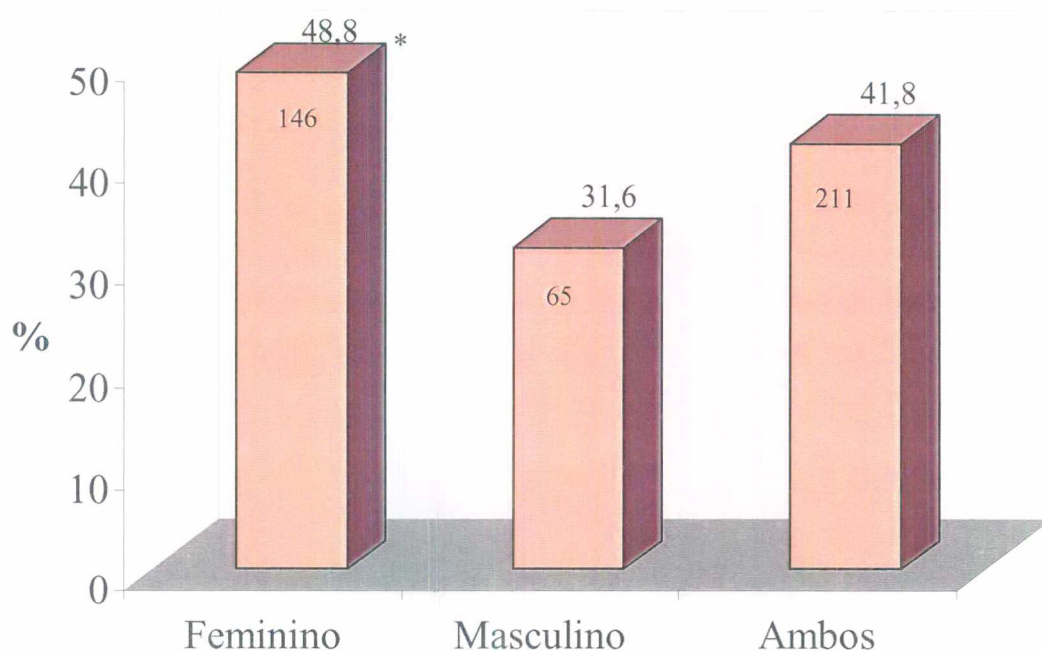


FIGURA 7 – Distribuição dos indivíduos com cefaléia no último ano que consultaram com médico, por sexo.

* : $p < 0,001$

Na FIGURA 8 observa-se que entre os 211 indivíduos que consultaram com médico, apenas 77 (36,5%) o fizeram no último ano, o que evidencia que apenas um pequeno número de pacientes mantém-se em tratamento médico ativo.

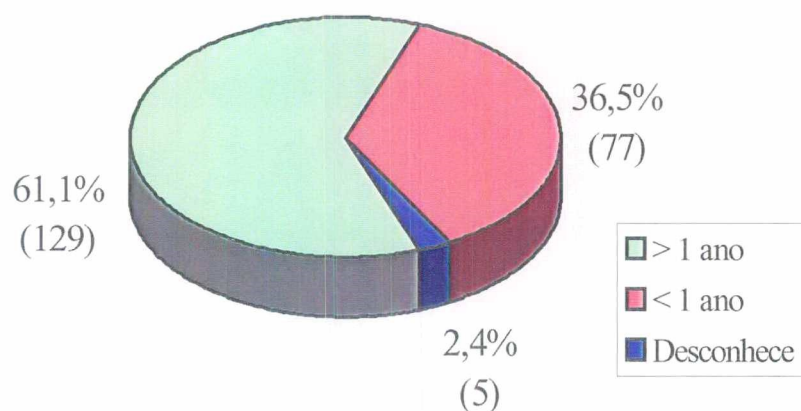


FIGURA 8 – Distribuição dos indivíduos que consultaram com médico, segundo o tempo da última consulta (n = 211).

As especialidades médicas procuradas pelos indivíduos que consultaram com médico estão evidenciadas na FIGURA 9. Os profissionais mais procurados foram, em ordem decrescente, os clínicos gerais, oftalmologistas, neurologistas, otorrinolaringologistas e ginecologistas. A soma das proporções é maior que 100% porque os indivíduos poderiam ter procurado mais de uma especialidade médica.

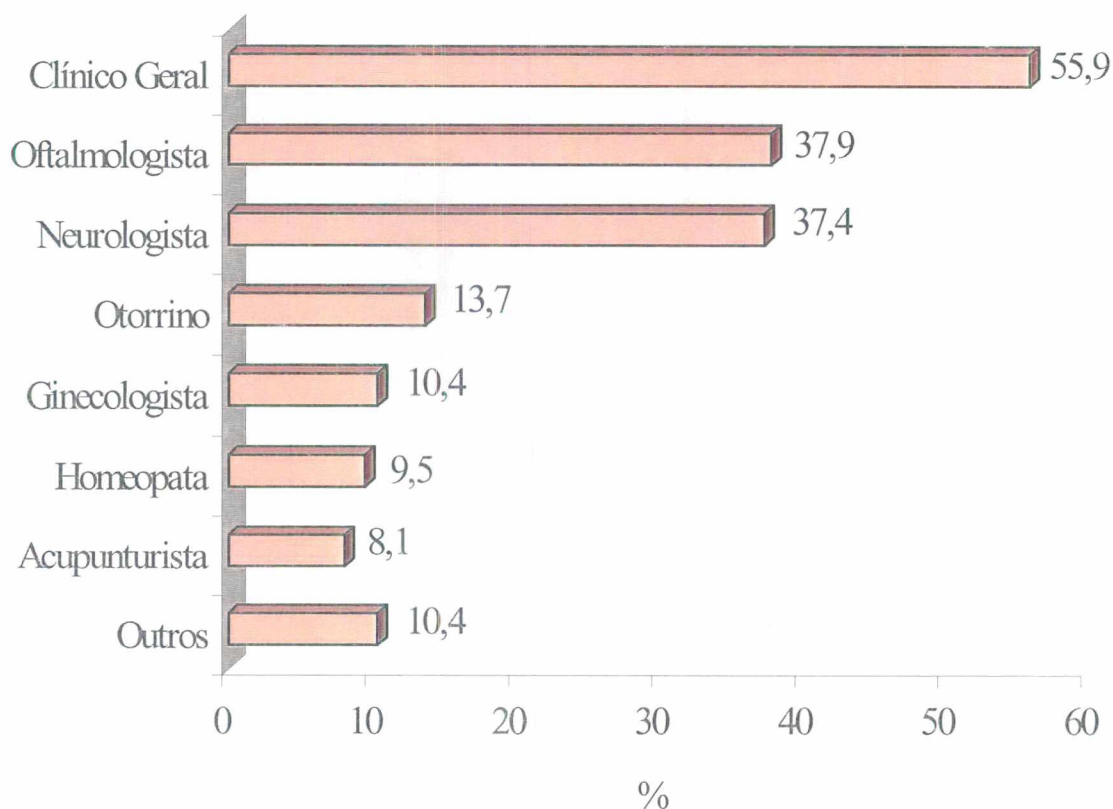


FIGURA 9 – Distribuição dos indivíduos que consultaram com médico, segundo a especialidade (n = 211).

Dos 211 indivíduos que consultaram com médico, 117 (55,5%) o fizeram em apenas 1 tipo de especialista; 45 (21,3%) em 2 tipos; 26 (12,3%) em 3; e os 21 demais (10,0%) em 4 a 7 tipos. Obs.: 2 (0,9%) desconheciam. Foram consultados em média 1,8 tipos de especialista por paciente.

Exames complementares foram realizados por 136 (63,0%) dos 216 indivíduos que procuraram ajuda. Na FIGURA 10 apresentam-se os tipos de exames complementares realizados. A soma das proporções é maior que 100% porque os indivíduos poderiam ter sido submetidos a mais de um tipo de exame.

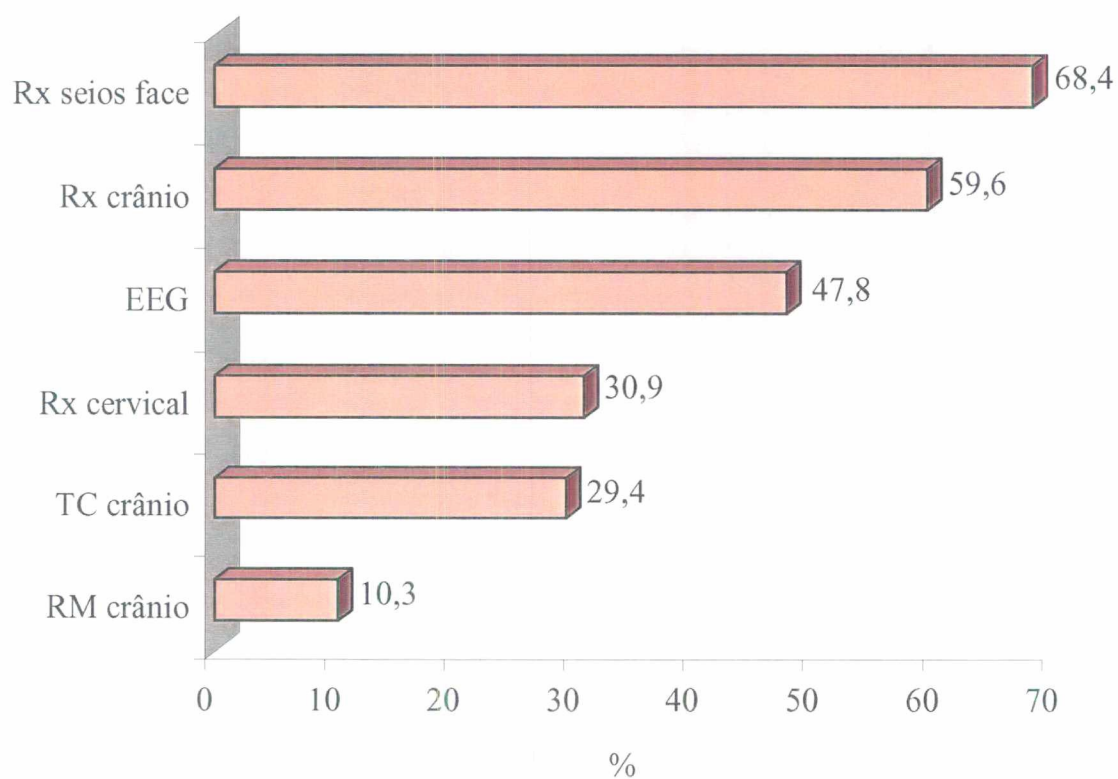


FIGURA 10 – Distribuição dos indivíduos que realizaram um ou mais tipos de exames complementares (n = 136).

O número de tipos de exames complementares realizados por indivíduo está discriminado na TABELA XIV. Foram realizados em média 2,5 tipos de exame por paciente, sendo que 34,6% realizaram apenas 1 tipo e 24,3% 2 tipos.

TABELA XIV – Distribuição dos indivíduos que realizaram exames complementares, segundo o número de tipos de exame.

Número de tipos de exame	n	%
1	47	34,6
2	33	24,3
3	21	15,4
4	22	16,2
5	4	2,9
6	9	6,6
Total	136	100,0

Entre os 505 indivíduos que tiveram cefaléia no último ano, 418 (82,8%) já usaram algum medicamento para a dor de cabeça. Entre as mulheres, 85,3% já usaram medicação, e entre os homens, 79,1%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos ($\chi^2 = 3,24$; GL = 1; p = 0,072).

Na FIGURA 11 observa-se que a maior parte (65,3%) dos indivíduos que usaram medicação o fizeram por conta própria. Somente 28,2 % deles tomaram medicamentos por indicação médica. A soma das proporções é maior que 100% porque os indivíduos poderiam ter tido mais de uma indicação.

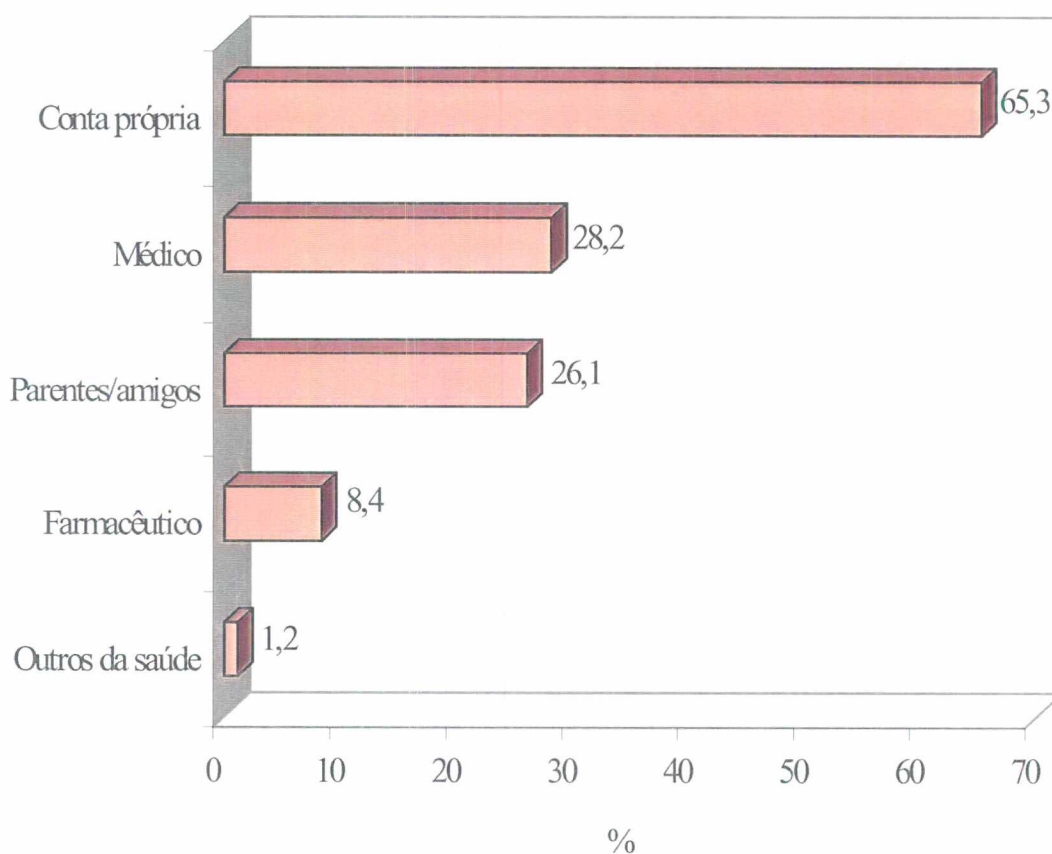


FIGURA 11 – Distribuição dos indivíduos que usaram medicação para a dor de cabeça, segundo a indicação (n = 418).

Comparação entre os grupos diagnósticos, segundo o acesso aos serviços de saúde

A proporção de indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca foi significativamente maior que a proporção de indivíduos com cefaléia do Grupo Tensional, em relação à procura de ajuda, à consulta com médico, à consulta com médico há menos de um ano, à realização de exames complementares e ao uso de medicamentos (TABELA XV).

TABELA XV – Distribuição dos indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o acesso aos serviços de saúde.

Acesso aos serviços de saúde	Grupo Enxaqueca (n=252)		Grupo Tensional (n=206)		Estatística
	n̄	%	n̄	%	
Procurou ajuda	151	59,9	54	26,2	$\chi^2 = 52,08$; GL = 1 p < 0,001
Consultou com médico	149	59,1	51	24,8	$\chi^2 = 54,43$; GL = 1 p < 0,001
Consultou há menos de 1 ano	58	75,3	16	20,8	$\chi^2 = 19,46$; GL = 1 p < 0,001
Realizou exames complementares	98	72,1	31	22,8	$\chi^2 = 31,84$; GL = 1 p < 0,001
Usou medicamentos	227	90,1	161	78,2	$\chi^2 = 12,45$; GL = 1 p < 0,001

4.6 – INCAPACIDADE CAUSADA PELA CEFALÉIA

A incapacidade causada pela cefaléia foi avaliada nos 418 indivíduos que relataram cefaléia nos últimos 3 meses, baseando-se no Escore Total do questionário MIDAS. A TABELA XVI apresenta as variáveis utilizadas para compor este Escore Total, com a média e desvio-padrão dos dias perdidos em cada item. Observa-se que os itens que mais contribuíram para a soma total foram os “dias de trabalho domésticos perdidos pela metade” e os “dias de trabalho ou escola perdidos pela metade”. Poucos foram os indivíduos que referiram ter perdido dias inteiros de trabalho ou escola.

TABELA XVI – Variáveis utilizadas para compor o Escore Total do questionário MIDAS, com a média dos dias perdidos e com desvio-padrão.

Variável	Média	Desvio-padrão
Dias de trabalho/escola perdidos inteiros	0,36	2,38
Dias de trabalho/escola perdidos pela metade	1,69	5,39
Dias de trabalhos domésticos perdidos inteiros	1,17	5,10
Dias de trabalhos domésticos perdidos pela metade	1,80	6,77
Dias perdidos de atividades familiares/sociais/lazer	0,97	4,22

A FIGURA 12 mostra as proporções de indivíduos com cefaléia, de acordo com o grau de incapacidade. A maior parte (78,7%) referiu incapacidade grau I (nenhuma ou pouca incapacidade).

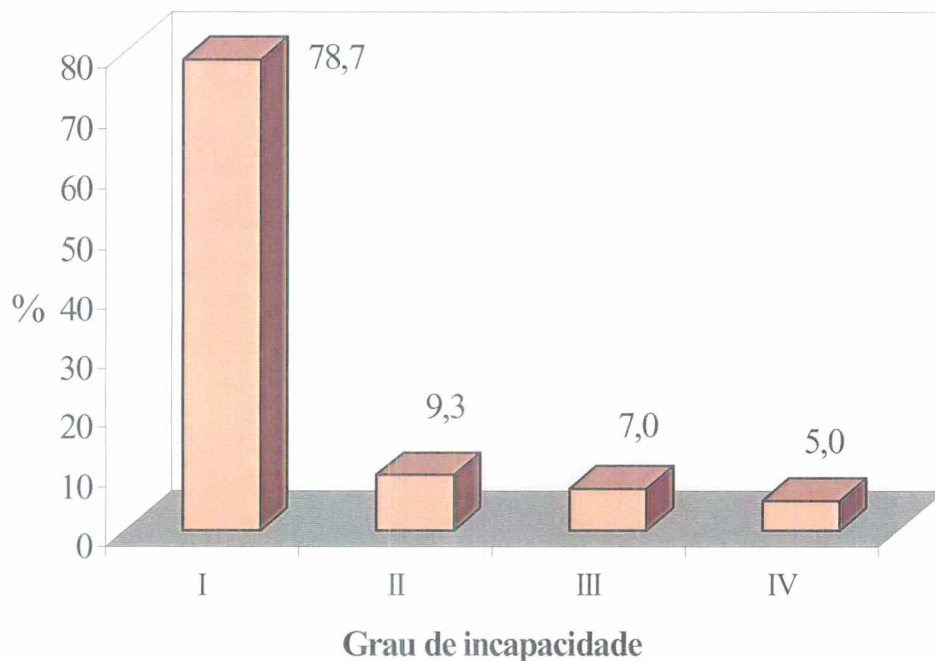


FIGURA 12 – Distribuição dos indivíduos com cefaléia nos últimos 3 meses, segundo o grau de incapacidade.

Incapacidade: Grau I = nenhuma ou pouca; II = leve; III = moderada; IV = intensa.

Na FIGURA 13 estão demonstradas as proporções de indivíduos com cefaléia dos grupos diagnósticos, nos vários graus de incapacidade. O teste do χ^2 de tendência linear mostrou, com $p < 0,001$, que houve um gradiente de menor proporção de cefaléia quanto maior o grau de incapacidade, tanto no Grupo Enxaqueca como no Grupo Tensional. Comparando-se as proporções dos dois grupos, em cada grau, observa-se que cefaléia do Grupo Enxaqueca foi significativamente menos freqüente no Grau I ($\chi^2 = 31,74$; GL = 1; $p < 0,001$) e mais nos Graus II ($\chi^2 = 9,57$; GL = 1; $p = 0,002$), III ($\chi^2 = 5,81$; GL = 1; $p = 0,016$) e IV ($\chi^2 = 12,60$; GL = 1; $p < 0,001$). Portanto, indivíduos que referiram cefaléia do Grupo Enxaqueca apresentaram uma incapacidade significativamente maior que os do Grupo Tensional.

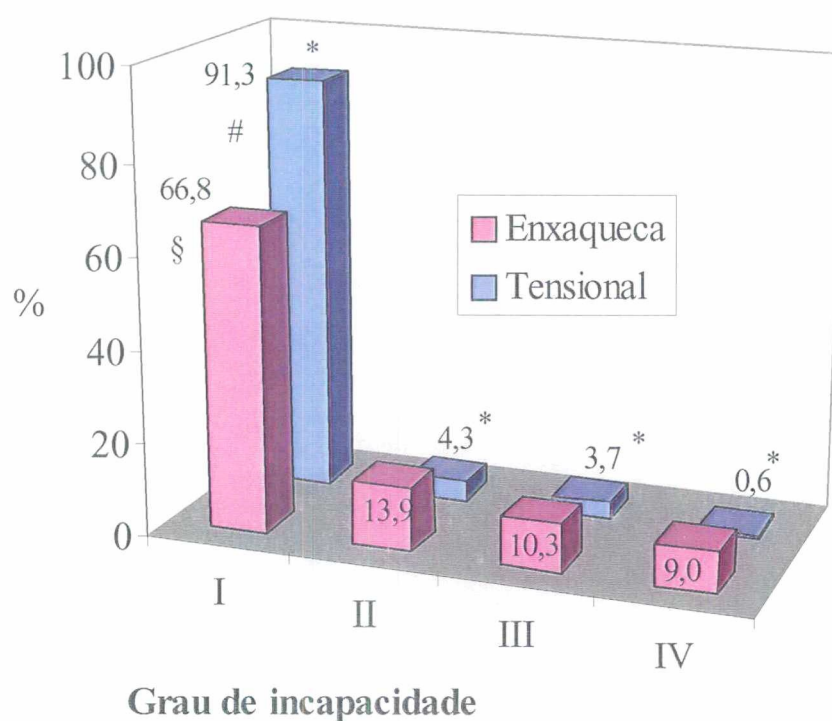


FIGURA 13 – Distribuição dos indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, segundo o grau de incapacidade.

Incapacidade: Grau I = nenhuma ou pouca; II = leve; III = moderada; IV = intensa.

* : $p < 0,05$; § : χ^2 TL = 37,80 ; $p < 0,001$; # : χ^2 TL = 23,39 ; $p < 0,001$

Na TABELA XVII está evidenciado que houve uma tendência linear estatisticamente significativa de quanto maior o grau de incapacidade, maior a proporção de indivíduos com cefaléia nos últimos 3 meses que procuraram ajuda, consultaram com

médico, consultaram com médico há menos de um ano, fizeram exames complementares e usaram medicamentos para a cefaléia.

TABELA XVII – Distribuição dos indivíduos com cefaléia nos últimos 3 meses, segundo o acesso aos serviços de saúde e o grau de incapacidade.

Acesso aos serviços de saúde	Grau I (n=329)		Graus II / III (n=68)		Grau IV (n=21)		Estatística
	n	%	n	%	n	%	
Procurou ajuda	133	40,4	43	63,2	19	90,5	χ^2 TL = 28,70 p < 0,001
Consultou com médico	129	39,2	43	63,2	18	85,7	χ^2 TL = 27,50 p < 0,001
Consultou há menos de 1 ano	46	14,0	15	22,1	10	47,6	χ^2 TL = 15,31 p < 0,001
Fez exames complementares	76	23,1	30	44,1	15	71,4	χ^2 TL = 31,25 p < 0,001
Usou medicamentos	272	82,7	65	95,6	20	95,2	χ^2 TL = 7,95 p = 0,005

Incapacidade: Grau I = nenhuma ou pouca; II = leve; III = moderada; IV = intensa.

5 – DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo epidemiológico de cefaléia, de base populacional, em adultos, usando os critérios operacionais da IHS, realizado no Brasil.

Estudos da epidemiologia da cefaléia são difíceis de ser realizados, pois consistem da análise de sintomas subjetivos, sem instrumentos adequados que permitam uma quantificação exata de suas manifestações, nem marcadores biológicos que permitam um diagnóstico de certeza. Baseiam-se em dados que dependem da memória de evocação dos entrevistados, com sintomas que variam ao longo do tempo, muitas vezes de crise para crise, o que aumenta a possibilidade de erros e omissões.

São numerosos os estudos que estimam a prevalência de cefaléia e de alguns tipos específicos, principalmente de enxaqueca (7, 8, 17, 49, 52). Discrepâncias nas taxas de prevalência encontradas podem ser justificadas por diferentes metodologias de coleta de dados (entrevista direta porta-a-porta, entrevista por telefone, questionário de auto-preenchimento), por critérios diagnósticos diferentes (antes e depois dos critérios da IHS), por variadas populações-alvo (faixas etárias discordantes, amostras selecionadas) e por variações raciais, culturais e sócio-econômicas das populações das diversas regiões ou países pesquisados. Estas diferenças dificultam uma comparação sistemática entre os resultados dos vários estudos, inclusive com os desta investigação. Na tentativa de padronizar a análise comparativa, com uma mesma definição dos casos, foram selecionados apenas estudos populacionais que utilizaram os critérios diagnósticos da IHS.

5.1 – LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO

Os critérios de amostragem adotados neste estudo, em que houve uma seleção aleatória entre virtualmente todos os domicílios do Distrito Sede do Município de Florianópolis, com uma distribuição equi-probabilística adequada, aliados a uma elevada taxa de participação (87%), permitem inferir que os resultados obtidos nesta investigação são representativos de toda a população estudada. Houve, no entanto, pequenas diferenças

na distribuição das características da população geral, dos entrevistados e dos não-entrevistados. Obtivemos uma proporção levemente maior de indivíduos não-entrevistados com as seguintes características: sexo masculino, de 15 a 34 anos, solteiros, e estudantes, pela impossibilidade de encontrá-los nos domicílios. Como tanto o grupo dos homens como o dos solteiros têm uma prevalência menor de cefaléia, há uma leve tendência a superestimar as taxas de prevalência encontradas. Por outro lado, como a prevalência é maior dos 15 aos 34 anos, o que tende a subestimar as referidas taxas, esta tendência é minimizada.

O método utilizado neste estudo para a obtenção dos dados foi o questionário estruturado, que Rasmussen et al. (13) consideraram como “um instrumento não satisfatório para o diagnóstico das cefaléias”. Por outro lado, Tom et al. (14) acharam que este método “é muito útil como instrumento de pesquisa”, citando inclusive outros autores que obtiveram elevadas taxas de concordância entre questionário e entrevista clínica, que é considerado o “padrão-ouro” do diagnóstico nos estudos epidemiológicos.

A consistência do questionário foi avaliada através das reentrevistas feitas pelo coordenador da pesquisa, em 6% da amostra, evidenciando uma concordância de intermediária a excelente ($Kappa \geq 0,40$) em todas as perguntas, exceto duas.

Estudos epidemiológicos em cefaléia estão sujeitos a viés de memória. Para tentar diminuir este erro, as perguntas sobre as características da dor – inclusive as que permitiam dar o diagnóstico específico – só foram feitas para os indivíduos que tiveram cefaléia no último ano.

A coexistência num mesmo indivíduo de enxaqueca e cefaléia do tipo tensional tem sido relatada em vários estudos (4, 22, 32, 40, 42, 43). No presente estudo só foi dado um diagnóstico para cada indivíduo com cefaléia no último ano. Foi orientado aos sujeitos entrevistados que, ao responderem às perguntas utilizadas para diagnosticar enxaqueca ou cefaléia do tipo tensional, o fizessem levando em consideração apenas a dor de cabeça mais freqüente. Isto pode ter subestimado a prevalência de ambas as entidades, principalmente de cefaléia do tipo tensional, já que as pessoas tendem a recordar a dor mais intensa, que é característica da enxaqueca.

Também pode haver coexistência de enxaqueca com aura e sem aura (26). Neste estudo foi dado o diagnóstico de enxaqueca com aura aos indivíduos que preenchiem todos os critérios para enxaqueca sem aura e que referiram a ocorrência de algum tipo de aura,

mesmo que eventual. Este mesmo critério foi adotado por Lavados e Tenhamm (34), Sakai e Igarashi (41) e Wang et al. (45). Isto tende a superestimar as taxas de prevalência de enxaqueca com aura.

5.2 – PREVALÊNCIA DE CEFALÉIA

Cefaléia

Praticamente todas as pessoas já tiveram dor de cabeça alguma vez na vida, seja por uma cefaléia primária ou por causas secundárias, como um estado gripal, por exemplo. A prevalência descrita de cefaléia na vida foi de 96% (99% nas mulheres e 93% nos homens) em Copenhague, Dinamarca (22), de 95,3% nas mulheres e 90,8% nos homens em Washington, EUA (10), e de 88,6% em uma população urbana da cidade do Porto, Portugal (4), sendo de 92,4% nas mulheres e 82,8% nos homens. Taxas menos elevadas foram referidas na Malásia (79,9%) (39), na Alemanha (77,5%) (24), e no Chile (39,7%) (34). Os achados do presente estudo (94,6%, sendo 96,7% nas mulheres e 92,0% nos homens) são similares aos níveis mais altos obtidos por Rasmussen et al. (22), Linet et al. (10) e Pereira Monteiro (4).

Este último autor é o único que descreveu a prevalência de cefaléia no último ano em adultos, sendo ela de 85,7%, bastante semelhante aos 80,8% encontrados nesta amostra populacional. Barea et al. (60) também encontraram uma taxa similar, de 82,9%, porém em uma população infanto-juvenil.

Não há referências na literatura médica à prevalência de cefaléia e dos vários tipos de cefaléia nos últimos 3 meses. Nós estimamos a prevalência nesse período para poder fazer os estudos de incapacidade causada pela cefaléia, através do questionário MIDAS, que leva em consideração o período dos últimos 90 dias.

A prevalência ponto de cefaléia encontrada na Dinamarca (22) foi de 16% e em Portugal (4) de 23,3%, maior do que os 13,3% por nós obtidos.

Enxaqueca

As estimativas de prevalência de enxaqueca no último ano, em que foram considerados apenas os indivíduos que preenchiam todos os critérios da IHS, variaram de 8,1 a 28,0% nos países da Europa e América do Norte (4, 22-25, 28-33), e de 1,0 a 21,4% nos países da América Latina, África e Ásia (34-45). As taxas mais elevadas foram descritas por Merikangas et al. (25), em Zurique, Suíça, com 24,5% – porém na faixa populacional de 29 a 30 anos, que tende a superestimar a prevalência de enxaqueca – e por Pryse-Phillips et al. (32), no Canadá, com 28%, sendo de 14 % em indivíduos com somente enxaqueca e de mais 14% com cefaléia mista (enxaqueca + cefaléia do tipo tensional). Neste estudo encontramos uma taxa de prevalência de enxaqueca no último ano de 22,1%.

Nos indivíduos do sexo feminino, a prevalência de enxaqueca no último ano variou de 9,8 a 32,7% na Europa e América do Norte (22-27, 29-31, 33), e de 1,5 a 24,5% na América Latina, África e Ásia (34, 35, 37, 39, 42, 43, 45). Observamos uma prevalência de enxaqueca no último ano, nas mulheres, de 28,8%.

Nos indivíduos do sexo masculino, as taxas descritas foram de 4,0 a 16,1% na Europa e América do Norte (22-27, 29-31, 33), e 0,6 a 18,4% na América Latina, África e Ásia (34, 35, 37, 39, 42, 43, 45). Verificamos uma prevalência de enxaqueca no último ano, nos homens, de 14,2%.

Os nossos achados correspondem aos níveis mais elevados mencionados nos estudos dos países da Europa e América do Norte, sendo maiores que os verificados nas amostras populacionais dos países da América Latina, África e Ásia. Isto possivelmente seja explicado pelo fato de que grande parte da população de Florianópolis tem ascendência européia.

No presente estudo, a prevalência de enxaqueca no último ano foi significativamente maior nos indivíduos do sexo feminino em todas as faixas etárias, com dois picos mais elevados: dos 35 aos 44 anos e dos 55 aos 64 anos. Outros autores, como Launer et al. (26), na Holanda, O'Brien et al. (33), no Canadá, Alders et al. (39), na Malásia, e Wong et al. (37), em Hong Kong, também encontraram um pico de prevalência no sexo feminino entre os 35 e 44 anos de idade. Uma elevação nas taxas de prevalência de enxaqueca nas mulheres com mais de 50 anos foi observada por Lavados e Tenhamm (34),

no Chile, e por Rasmussen et al. (22), na Dinamarca. Este aumento de enxaqueca nesta faixa etária talvez possa ser explicado pelo fato de que este tipo de cefaléia pode piorar após a menopausa, principalmente se for utilizada reposição hormonal (64).

Diferente da maioria dos estudos anteriores, em que a proporção de indivíduos com enxaqueca sem aura é maior do que a com aura (4, 15, 25, 26, 28, 34, 36-39, 41, 45), detectamos taxas de prevalência quase iguais em ambos os tipos de enxaqueca. Somente Roh et al. (42), na Coréia, descreveram proporções semelhantes de enxaqueca com e sem aura. Este achado pode ser explicado, pelo menos em parte, por termos incluído no grupo de enxaqueca com aura os indivíduos com aura eventual, que também apresentavam episódios de enxaqueca sem aura. Isto faz com que a prevalência estimada de enxaqueca sem aura seja menor do que a real. A classificação da IHS (18) recomenda, nesses casos, que se dêem dois diagnósticos: enxaqueca com aura e enxaqueca sem aura.

Encontramos uma prevalência ponto de enxaqueca de 5,6%, que é maior que os 2,3% mostrados por Pereira Monteiro (4), em Portugal, e o 0% obtido por Rasmussen et al. (22), na Dinamarca.

Cefaléia do tipo tensional

As estimativas de prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano variaram amplamente nos estudos dos diversos países, de 2 a 74% (4, 22, 24, 25, 32, 37-40, 42, 43, 46-48). Esta enorme discrepância deve-se provavelmente a diferenças metodológicas na definição dos casos e na coleta dos dados, além do fato de esta desordem ser influenciada por vários fatores sócio-demográficos e psicossociais da população. Neste estudo, obtivemos uma prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano de 22,9%, em conformidade com os achados de Igarashi e Sakai (48), no Japão, com 22,3%, Alders et al. (39), na Malásia, com 26,5%, e Lavados e Tenhamm (47), no Chile, com 26,9%. Esta prevalência relativamente baixa pode ter diversas explicações: por termos instituído apenas um diagnóstico por entrevistado, o que tende a superestimar o diagnóstico de enxaqueca e subestimar o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional; porque os critérios da IHS para a cefaléia do tipo tensional tendem a ter mais especificidade e menos sensibilidade (mais falsos negativos); o que leva a subestimar a verdadeira prevalência desta condição (47); e

pela baixa concordância ($Kappa = 0,36$) obtida na pergunta sobre a localização da dor de cabeça, o que pode levar a um viés de classificação diagnóstica.

Nos indivíduos do sexo feminino, a prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano variou de 2,7 a 86,0%; nos do sexo masculino, de 1,8 a 63,0% (22, 25, 37, 39, 42, 43, 46-48). Em nossa amostra populacional, encontramos prevalência de 20,8% nas mulheres e 25,3% nos homens. As taxas foram maiores nos homens que nas mulheres nas várias faixas etárias, com exceção de 15 a 24 anos. Roh et al. (42), na Coréia, e The Turkish Headache Epidemiology Study Group (43), na Turquia, também encontraram preponderância no sexo masculino. Nos outros estudos (22, 25, 37, 39, 46-48), a prevalência foi maior no sexo feminino.

As taxas de prevalência no último ano de cefaléia do tipo tensional crônica variaram de 0,1 a 4,1% (4, 25, 36, 39, 46-48). A taxa mais baixa (0,1%) foi detectada por Merikangas et al. (25), na Suíça. Nesta investigação também obtivemos uma muito baixa prevalência de cefaléia do tipo tensional crônica (0,8%).

A prevalência ponto de cefaléia do tipo tensional foi mencionada por Rasmussen et al. (22), em 12%, e por Pereira Monteiro (4), em 15,9%, taxas essas superiores à observada neste estudo (2,9%).

Grupos diagnósticos

Quando agrupamos as prevalências de enxaqueca e distúrbio enxaquecoso (Grupo Enxaqueca), a prevalência no último ano foi de 40,3%; e agrupando-se as taxas de cefaléia do tipo tensional e distúrbio tensional (Grupo Tensional), a prevalência encontrada foi de 33,0%. Houve uma preponderância de indivíduos que relataram cefaléia do Grupo Enxaqueca em relação aos que referiram cefaléia do Grupo Tensional, ao contrário do que é demonstrado na maioria dos estudos anteriores (4, 22, 24, 32, 37-40). Somente Merikangas et al. (25), na Suíça, e Roh et al. (42), na Coréia, contabilizaram mais indivíduos com diagnóstico de enxaqueca do que com cefaléia do tipo tensional.

5.3 – ASSOCIAÇÕES

Em todos os estudos prévios de epidemiologia de cefaléia, a proporção de mulheres com enxaqueca é consistentemente maior do que a proporção de homens. Igualmente no nossa amostra populacional encontramos uma prevalência de cefaléia do Grupo Enxaqueca significativamente maior (80% a mais) nos indivíduos do sexo feminino. Esta diferença tem sido atribuída, pelo menos em parte, à influência dos hormônios femininos na fisiopatologia da enxaqueca (12, 30, 64). Em relação à cefaléia do tipo tensional, muitos estudos detectaram uma prevalência maior em mulheres (4, 22, 25, 38, 39, 46, 48). Neste estudo obtivemos uma proporção maior nos homens que nas mulheres, embora sem significância estatística, o que também foi observado por Roh et al. (42), na Coréia, e pelo The Turkish Headache Epidemiology Study Group (43), na Turquia.

Foram poucos os estudos que avaliaram a associação da raça ou cor da pele com as cefaléias. Nos EUA, foram descritas proporções maiores tanto de enxaqueca (11, 30, 50) como de cefaléia do tipo tensional (46) em brancos do que em não-brancos. Encontramos proporções levemente maiores, sem significância estatística, de enxaqueca em não-brancos, e de cefaléia do tipo tensional em brancos.

Alguns estudos (11, 30, 31), nos EUA, mostraram que a enxaqueca ocorria mais freqüentemente em indivíduos de baixa renda. Isto também foi observado no presente estudo, em que houve uma tendência linear de quanto menor a renda familiar, maior a prevalência de cefaléia do Grupo Enxaqueca. Este achado foi corroborado pela associação entre uma proporção mais elevada de indivíduos com enxaqueca e um menor consumo de energia por pessoa. Esta variável parece ser um bom marcador, e mais objetivo, do nível sócio-econômico da população. Encontramos, por outro lado, proporções maiores de cefaléia do Grupo Tensional em indivíduos com maior renda familiar e com maior consumo de energia por pessoa, embora sem significância estatística. Lavados e Tenhamm (47), no Chile, e Pryse-Phillips et al. (32), no Canadá, não encontraram associação entre o nível sócio-econômico e cefaléia do tipo tensional.

Nesta amostra populacional não detectamos associação entre o nível de instrução e cefaléia do Grupo Enxaqueca, tampouco com cefaléia do Grupo Tensional, o que também foi mencionado por outros autores (4, 22, 24, 25, 27, 31). No entanto, Stang e Osterhaus (11) encontraram mais enxaqueca em indivíduos de nível social elevado, assim

como Schwartz et al. (46) mais cefaléia do tipo tensional, sendo ambos os estudos nos EUA.

A associação entre estado civil e enxaqueca tem sido pouco estudada. Nos três estudos (22, 25, 31) em que isto foi avaliado, não foi verificada nenhuma associação. No nosso estudo detectamos que indivíduos separados ou viúvos relataram 60% mais enxaqueca do que os solteiros. Rozen et al. (65), justificando um aumento da incidência de enxaqueca em mulheres, em Olmsted County, Minnesota, EUA, atribuíram em parte a uma elevação na proporção de mulheres divorciadas ou separadas, considerando isto como um fator estressante que induziria à cefaléia.

Não há estudos na literatura médica que tenham comparado as proporções de indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e com cefaléia do Grupo Tensional em relação às características sócio-demográficas da população. Neste estudo observamos diferenças significativas entre esses dois grupos diagnósticos, em relação ao sexo, à renda familiar, ao consumo de energia por pessoa e ao estado civil. Os indivíduos do sexo feminino, com baixa renda familiar, com baixo consumo de energia, e separados ou viúvos, relataram significativamente mais cefaléia do Grupo Enxaqueca; os indivíduos do sexo masculino, com renda familiar elevada, com alto consumo de energia, e solteiros, referiram significativamente mais cefaléia do Grupo Tensional.

5.4 – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização dos serviços de saúde, tais como consultar com médico, realizar exames complementares ou tomar medicamentos, varia nos diversos países, dependendo do nível sócio-econômico, das diferenças culturais da população e do sistema de saúde adotado em cada região. Nos estudos prévios, 76% dos indivíduos com cefaléia já consultaram com médico pela dor de cabeça no Canadá (52), 34% em Portugal (4), e 27,3% das mulheres e 14,0% dos homens nos EUA (1). Na nossa amostra, 41,8% dos indivíduos que relataram cefaléia no último ano já consultaram com médico, sendo 49,8% das mulheres e 32,5% dos homens. A proporção é maior nos indivíduos do sexo feminino, como também observado por Stewart et al. (1).

Entre os indivíduos com enxaqueca, 30,5% já consultaram com médico no Japão (41), 46,3% na Tailândia (44), 44,3% em Portugal (4), 54% em Taiwan (45), 56% na

Dinamarca (53), 62 a 81% nos EUA (11, 51), e 81% no Canadá (52). Neste estudo verificamos que 59,1% dos indivíduos que referiram cefaléia do Grupo Enxaqueca já consultaram com médico alguma vez na vida.

Entre os indivíduos com cefaléia do tipo tensional, as proporções de consulta com médico foram de 16% na Dinamarca (53), 25,8% no Japão (41), 30,2% em Portugal (4), e 71% no Canadá (52). No nosso estudo obtivemos a proporção de 24,8%.

Os profissionais médicos mais freqüentemente procurados na nossa amostra populacional foram, em ordem decrescente, os clínicos gerais, os oftalmologistas, os neurologistas, os otorrinolaringologistas e os ginecologistas. Este achado é semelhante aos referidos em alguns estudos anteriores (4, 10, 51, 52, 54).

Poucos estudos abordaram a realização de exames complementares por pacientes com cefaléia. Rasmussen et al. (53) detectaram que menos de 3% dos entrevistados na Dinamarca fizeram investigação diagnóstica, e Pereira Monteiro (4), em Portugal, descreveu taxas de 22,2% dos enxaquecosos e 11,1% dos indivíduos com cefaléia do tipo tensional. Nós encontramos proporções muito mais elevadas, de 63% dos indivíduos com cefaléia, sendo 72,1% do Grupo Enxaqueca e 22,8% do Grupo Tensional.

O uso de medicamentos para dor de cabeça pelos pacientes com cefaléia é bastante grande, na maioria dos países: “quase todos” os indivíduos do estudo canadense (52); 94,3% dos que referiram “cefaléias intensas” no Kentucky, EUA (31); 87% dos com cefaléia do tipo tensional e 49% dos com enxaqueca, na Dinamarca (53); 55,6% dos com cefaléia do tipo tensional e 64,3% dos com enxaqueca, na Coréia (42); 56,8% dos com cefaléia do tipo tensional e 80,8% dos com enxaqueca, no Japão (41, 48); e 66,7% dos entrevistados com cefaléia, 79,5% dos com enxaqueca e 64,3% dos com cefaléia do tipo tensional, em Portugal (4). Também detectamos grandes proporções de indivíduos que já tinham usado medicação para a dor de cabeça, sendo 82,8% dos com cefaléia no último ano, 90,1% dos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e 78,2% dos do Grupo Tensional.

Em todos os parâmetros avaliados, a utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca foi significativamente maior do que pelos com cefaléia do Grupo Tensional.

5.5 – INCAPACIDADE

Dentre as diferentes medidas do impacto da cefaléia, a quantificação do grau de incapacidade é uma das mais importantes. Ajuda a entender a repercussão da dor de cabeça na vida dos indivíduos e, conseqüentemente, na sociedade, sendo útil para determinar quais as pessoas que precisam de cuidados médicos e outros serviços de saúde (3).

Uma das medidas mais simples e práticas de medir a incapacidade causada pela cefaléia é através do questionário MIDAS. A validade e a confiabilidade deste instrumento já foram testadas por Stewart et al. (56, 57), tanto nos EUA como na Inglaterra. Esses autores compararam o Escore MIDAS em indivíduos com enxaqueca e com cefaléia não-enxaquecosa, observando que os escores foram substancialmente mais elevados nos enxaquecosos. Esta mesma associação foi mostrada por Rabello (58), em São Paulo, Brasil, em sua tese de doutorado, em uma população hospitalar. No nosso estudo, comparamos o grau de incapacidade dos indivíduos com cefaléia nos últimos 3 meses do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional, tendo detectado também uma incapacidade significativamente maior nos enxaquecosos.

Stewart et al. (57) encontraram uma proporção maior de enxaquecosos com incapacidade graus III e IV (19,6 e 37,1%, respectivamente) do a verificada no presente estudo (7,0 e 5,0%).

Freitag et al. (66), em um centro terciário de atendimento a pacientes com cefaléia, em Cincinnati, EUA, encontrou uma associação entre o Escore MIDAS e o uso dos recursos de saúde. Encontramos uma associação forte entre o aumento do grau de incapacidade e a utilização progressivamente maior dos recursos de saúde, tais como a procura de ajuda, consulta com médico, consulta no último ano, realização de exames complementares e uso de medicamentos para a cefaléia.

Observamos, neste estudo, que são grandes as taxas de prevalência estimada de cefaléia, enxaqueca e cefaléia do tipo tensional na população adulta do Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC.

Utilizando-se as estimativas de prevalência encontradas, e baseando-se no último censo populacional do IBGE, do ano 2000, em que a população do município de Florianópolis foi de 331.784 residentes, sendo cerca de 68,4% (226.940) dos 15 aos 64

anos, é possível projetar que 183.367 pessoas desta faixa etária tiveram cefaléia pelo menos uma vez no último ano, 50.154 são enxaquecosos, e 51.969 apresentam cefaléia do tipo tensional. Trata-se, portanto, de um importante problema de saúde pública.

Recomenda-se, então, que sejam alocados mais recursos financeiros a este campo da medicina, visando fomentar os seguintes aspectos:

- **Educação médica** – Promover a educação médica, tanto na graduação e pós-graduação, como em educação continuada, principalmente para as especialidades médicas que mais atendem este tipo de paciente: clínicos gerais, neurologistas, oftalmologistas, otorrinolaringologistas e ginecologistas. Com a realização de diagnósticos mais corretos e tratamentos mais adequados, poderemos ter inclusive redução dos custos institucionais, pois isto proporcionará uma solicitação mais racional e criteriosa de exames complementares, diminuirá o uso abusivo de medicamentos e certamente reduzirá as idas aos serviços de emergência e as internações hospitalares.
- **Pesquisa** – Apoiar e incentivar as iniciativas de pesquisa científica nesta área, tanto em pesquisa básica como em estudos clínicos e epidemiológicos.
- **Educação leiga** – Através de publicações de folhetos informativos, campanhas de divulgação na mídia, palestras de esclarecimentos, formação de grupos de apoio de pacientes com cefaléia.
- **Assistência** – Além de disponibilizar médicos capacitados a atender esse tipo de paciente em todos os postos de saúde ou ambulatórios públicos, implementar a criação de um Ambulatório de Cefaléia, onde possam ser atendidos os casos de dor de cabeça mais intensa e freqüente, ou de difícil diagnóstico.

6 – CONCLUSÕES

Este estudo epidemiológico populacional de cefaléia em residentes no Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC, com idade de 15 a 64 anos, levou-nos às seguintes conclusões:

1. A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 94,6%, no último ano de 80,8%, nos últimos 3 meses de 66,9%, e a prevalência ponto de 13,3%, sendo significativamente maior nas mulheres, em todos os períodos e em todas as faixas etárias, exceto dos 55 aos 64 anos.
2. A prevalência de enxaqueca no último ano foi de 22,1%, nos últimos 3 meses de 20,2%, e a prevalência ponto de 5,6%, sendo maior nas mulheres que nos homens numa razão de aproximadamente 2:1. A enxaqueca é significativamente mais prevalente nas mulheres, nas faixas etárias de 35 a 64 anos.
3. A prevalência de cefaléia do tipo tensional no último ano foi de 22,9%, nos últimos 3 meses de 18,9%, e a prevalência ponto de 2,9%, não havendo diferença significativa entre os sexos, em nenhum período e em nenhuma faixa etária.
4. A prevalência no último ano de cefaléia do Grupo Enxaqueca foi de 40,3%, e do Grupo Tensional de 33,0%, com preponderância do primeiro grupo sobre o segundo.
5. Cefaléia do Grupo Enxaqueca foi significativamente mais relatada por indivíduos do sexo feminino, com baixo consumo de energia, com baixa renda familiar e com estado civil separado ou viúvo.
6. Não houve associações significantes entre o relato de cefaléia do Grupo Tensional e características sócio-demográficas da população.
7. Houve diferenças significativas entre proporções de indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca e do Grupo Tensional em relação ao sexo, ao consumo de energia, à renda familiar e ao estado civil.

8. A proporção de indivíduos com cefaléia no último ano que procuraram ajuda pela dor de cabeça foi de 49,8%, que consultaram com médico de 48,8% e que tomaram medicamentos de 82,8%. Dos que procuraram ajuda, 63,0% realizaram exames complementares. Dos que consultaram com médico, apenas 36,5% o fizeram no último ano.
9. A proporção de indivíduos com cefaléia do Grupo Enxaqueca foi significativamente maior que a proporção de indivíduos com cefaléia do Grupo Tensional, em relação à procura de ajuda, à consulta com médico, à consulta com médico no último ano, à realização de exames complementares e ao uso de medicamentos.
10. Entre os indivíduos com cefaléia nos últimos 3 meses, 78,7% apresentaram incapacidade Grau I, 9,3% Grau II, 7,0% Grau III e 5,0% Grau IV.
11. Indivíduos que relataram cefaléia do Grupo Enxaqueca apresentaram incapacidade significativamente maior que os que referiram cefaléia do Grupo Tensional.
12. A utilização dos serviços de saúde, como a procura de ajuda, consulta com médico, consulta com médico no último ano, realização de exames complementares e utilização de medicamentos foi significativamente maior pelos indivíduos com graus mais elevados de incapacidade.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stewart WF, Celentano DD, Linet MS. Disability, physician consultation, and use of prescription medications in a population-based study of headache. *Biomed Pharmacother* 1989;43(10):711-8.
2. Ferri-de-Barros JE, Nitrini R. Que pacientes atende um neurologista? Alicerce de um currículo em neurologia. *Arq Neuropsiquiatr* 1996;54(4):637-44.
3. Stewart WF, Shechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity, and attack frequency and duration. *Neurology* 1994;44(6 Suppl 4):24-39.
4. Pereira Monteiro JM. Cefaléias. Estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana [Tese]. Porto (Portugal): Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 1995.
5. Leonardi M, Musicco M, Nappi G. Headache as a major public health problem: current status. *Cephalalgia* 1998;18 Suppl 21:66-9.
6. Lissovoy G, Lazarus SS. The economic cost of migraine. Present state of knowledge. *Neurology* 1994;44(6 Suppl 4):56-62.
7. Lipton RB, Silberstein SD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. *Headache* 1994;34(6):319-28.
8. Stewart WF, Simon D, Shechter A, Lipton RB. Population variation in migraine prevalence: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1995;48(2):269-80.
9. Hopkins A. The epidemiology of headache and migraine, and its meaning for neurological services. *Schweiz Med Wochenschr* 1996;126(4):128-35.
10. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *Jama* 1989;261(15):2211-6.
11. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. *Headache* 1993;33(1):29-35.
12. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995;15(1):45-68.

13. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. *Headache* 1991;31(5):290-5.
14. Tom T, Brody M, Valabhji A, Turner L, Molgaard C, Rothrock J. Validation of a new instrument for determining migraine prevalence: the UCSD Migraine Questionnaire. *Neurology* 1994;44(5):925-8.
15. Russell MB, Rasmussen BK, Thorvaldsen P, Olesen J. Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine. *Int J Epidemiol* 1995;24(3):612-8.
16. Krobot KJ, Schroder-Bernhardi D, Pfaffenrath V. Migraine consultation patterns in primary care. Results from the PCAOM study 1994-96. *Cephalalgia* 1999;19(9):831-40.
17. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence. A review of population-based studies. *Neurology* 1994;44(6 Suppl 4):17-23.
18. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
19. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991;11(3):129-34.
20. Merikangas KR, Whitaker AE, Angst J. Validation of diagnostic criteria for migraine in the Zurich longitudinal cohort study. *Cephalalgia* 1993;13 Suppl 12:47-53.
21. Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. *Cephalalgia* 1999;19 Suppl 25:20-3.
22. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44(11):1147-57.
23. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R, et al. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia* 1992;12(4):229-37.
24. Göbel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1994;14(2):97-106.

25. Merikangas KR, Whitaker AE, Isler H, Angst J. The Zurich Study: XXIII. Epidemiology of headache syndromes in the Zurich cohort study of young adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244(3):145-52.
26. Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study. *Neurology* 1999;53(3):537-42.
27. Steiner TJ, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. Epidemiology of migraine in England [Abstract]. *Cephalalgia* 1999;19(4):305-6.
28. Bánk J, Márton S. Hungarian migraine epidemiology. *Headache* 2000;40(2):164-9.
29. Dahllöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: population-based study in adults [Abstract]. *Cephalalgia* 2000;20(4):367.
30. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *Jama* 1992;267(1):64-9.
31. Kryst S, Scherl E. A population-based survey of the social and personal impact of headache. *Headache* 1994;34(6):344-50.
32. Pryse-Phillips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Can J Neurol Sci* 1992;19(3):333-9.
33. O'Brien B, Goeree R, Streiner D. Prevalence of migraine headache in Canada: a population-based survey. *Int J Epidemiol* 1994;23(5):1020-6.
34. Lavados PM, Tenhamm E. Epidemiology of migraine headache in Santiago, Chile: a prevalence study. *Cephalalgia* 1997;17(7):770-7.
35. Jaillard AS, Mazetti P, Kala E. Prevalence of migraine and headache in a high-altitude town of Peru: a population-based study. *Headache* 1997;37(2):95-101.
36. Tekle Haimanot R, Seraw B, Forsgren L, Ekblom K, Ekstedt J. Migraine, chronic tension-type headache, and cluster headache in an Ethiopian rural community. *Cephalalgia* 1995;15(6):482-8.
37. Wong TW, Wong KS, Yu TS, Kay R. Prevalence of migraine and other headaches in Hong Kong. *Neuroepidemiology* 1995;14(2):82-91.

38. Cheung RT. Prevalence of migraine, tension-type headache, and other headaches in Hong Kong. *Headache* 2000;40(6):473-9.
39. Alders EE, Hentzen A, Tan CT. A community-based prevalence study on headache in Malaysia. *Headache* 1996;36(6):379-84.
40. Abdul Jabbar M, Ogunniyi A. Sociodemographic factors and primary headache syndromes in a Saudi community. *Neuroepidemiology* 1997;16(1):48-52.
41. Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. *Cephalalgia* 1997;17(1):15-22.
42. Roh JK, Kim JS, Ahn YO. Epidemiologic and clinical characteristics of migraine and tension-type headache in Korea. *Headache* 1998;38(5):356-65.
43. The Turkish Headache Epidemiology Study Group. Prevalence and impact of migraine and tension type headaches in Turkey [Abstract]. *Cephalalgia* 1999;19(4):306.
44. Phanthumchinda K. Prevalence and clinical features of migraine in the central region of Thailand: a cross-sectional survey [Abstract]. *Cephalalgia* 2000;20(4):368.
45. Wang S-J, Fuh J-L, Young Y-H, Lu S-R, Shia B-C. Prevalence of migraine in Taipei, Taiwan: a population-based survey. *Cephalalgia* 2000;20(6):566-72.
46. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *Jama* 1998;279(5):381-3.
47. Lavados PM, Tenhamm E. Epidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. *Cephalalgia* 1998;18(8):552-8.
48. Igarashi H, Sakai F. Epidemiology of tension-type headache in Japan [Abstract]. *Cephalalgia* 2000;20(4):362.
49. Sheffield RE. Migraine prevalence: a literature review. *Headache* 1998;38:595-601.
50. Stewart WF, Lipton RB, Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology* 1996;47(1):52-9.
51. Lipton RB, Stewart WF, Simon D. Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study. *Headache* 1998;38(2):87-96.
52. Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Phillips W, Nelson RF, Murray TJ. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behaviour, and medication use: a Canadian population survey. *Can J Neurol Sci* 1993;20(2):131-7.

53. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992;46(4):443-6.
54. Vincent MB, Freitas de Carvalho JJ, and the Brazilian Headache Care Cooperative Group. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. *Cephalalgia* 1999;19(5):520-4.
55. Barea LM, Rotta NT, Stein A, Barros HMT, Tannhauser M. Analgesic use for headache treatment by school children of southern Brazil. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1997;6(5):359-66.
56. Stewart WF, Lipton RB, Whyte J, Dowson A, Kolodner K, Liberman JN, et al. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology* 1999;53(5):988-94.
57. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia* 1999;19(2):107-14.
58. Rabello GD. Estudo transversal em uma população hospitalar: fatores constitucionais e ambientais relacionados à enxaqueca [Tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.
59. Bastos SB, Almeida-Filho N, Santana VS. Prevalência de cefaléia como sintoma em um setor urbano de Salvador, Bahia. *Arq Neuropsiquiatr* 1993;51(3):307-12.
60. Barea LM, Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia* 1996;16(8):545-9.
61. Bigal ME, Fernandes LC, Moraes FA, Bordini CA, Speciali JG. Prevalência e impacto da migrânea em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(2-B):431-6.
62. Sanvito WL, Monzillo PH, Peres MF, Martinelli MO, Fera MP, Gouveia DA, et al. The epidemiology of migraine in medical students. *Headache* 1996;36(5):316-9.
63. Costa MZ, Soares CB, Heinisch LM, Heinisch RH. Frequency of headache in the medical students of Santa Catarina's Federal University. *Headache* 2000;40(9):740-4.

64. Silberstein SD, Merriam GR. Estrogens, progestins, and headache. *Neurology* 1991;41(6):786-93.
65. Rozen TD, Swanson JW, Stang PE, McDonnell SK, Rocca WA. Increasing incidence of medically recognized migraine headache in a United States population. *Neurology* 1999;53(7):1468-73.
66. Freitag F, Diamond S, Lyss H, Diamond ML, Urban G, Pepper B. MIDAS as a healthcare utilization tool in the challenging patient [Abstract]. *Cephalalgia* 2000;20(4):365-6.

NORMAS ADOTADAS

Ficha catalográfica (descritores)

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde. DeCs – Descritores em ciência da saúde: lista alfabética 2.ed. Rev. Amp. São Paulo: BIREME, 1992. 111p.

Relatório:

Normas para elaboração de Dissertação do Curso de mestrado em Ciências Médicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências Médicas. Florianópolis - SC, 1999.

Referências:

Normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver)
International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36-47.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO

Bom dia (boa tarde). Meu nome é _____, Sou estudante de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou participando de um estudo para estabelecer a frequência da DOR DE CABEÇA em Florianópolis. Trata-se de uma pesquisa realizada sob a coordenação do Dr. Luiz Paulo de Queiroz, neurologista do Hospital Universitário, como parte do Curso de Pós-Graduação (Mestrado) da UFSC e com o apoio da Prefeitura de Florianópolis. Teríamos de entrevistar todos os moradores desta casa, com idade de 15 a 64 anos. Podemos contar com a sua colaboração?

Nº Região: ____ Consumo Energia: _____ Razão: ____ Livro: _____

Nome do entrevistado: _____ Nº ordem: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Data: ____/____/____

Nº de moradores da casa: _____ Nº de pessoas de 15 a 64 anos: _____

Nº de ordem	Iniciais	Idade	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Entrevistado?		Não encontrado	Incapaz	Recusou
						Sim	Não			

1. Idade: _____

2. Sexo:

MASCULINO	0
FEMININO	1

3. Cor:

BRANCA	0
NÃO-BRANCA	1

4. Estado civil:

SOLTEIRO	0
CASADO/AMASIADO (junto)	1
SEPARADO/DIVORCIADO	2
VIÚVO	3
NÃO-RESPOSTA	9

Idade |_|_|

Sexo |_|

Cor |_|

Estcivil |_|

5. Ocupação principal:

DESEMPREGADO	0
TRABALHO REMUNERADO	1
AFAZERES DOMÉSTICOS (“do lar”)	2
APOSENTADO	3
ESTUDANTE	4
NÃO-RESPOSTA	9

6. Renda familiar: [Soma dos salários, aluguéis, aposentadorias..., em salários mínimos(SM).

DE TODOS OS MEMBROS DA FAMÍLIA]

SEM RENDIMENTO	0
2 OU MENOS SM [≤R\$272,00]	1
2,1 a 5 SM [R\$273,00 a 680,00]	2
5,1 a 10 SM [R\$681,00 a 1.360,00]	3
10,1 a 20 SM [R\$1.361,00 a 2.720,00]	4
MAIS DE 20 SM [≥R\$2.721,00]	5
NÃO-RESPOSTA	9

7. Nível de instrução: [Perguntar a última série e/ou grau concluído. Ensino fundamental é o antigo 1º grau; ensino médio é o 2º grau.]

ANALFABETO	0
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	1
FUNDAMENTAL COMPLETO	2
MÉDIO INCOMPLETO	3
MÉDIO COMPLETO	4
SUPERIOR INCOMPLETO	5
SUPERIOR COMPLETO	6
PÓS-GRADUAÇÃO	7
NÃO-RESPOSTA	9

8. Prevalência da cefaléia:

8.1 – Você já teve dor de cabeça alguma vez, em toda a vida?

NÃO	0
SIM	1

8.2 – Você teve dor do cabeça no último ano? [nos últimos 12 meses; e não apenas neste ano de 2000]

NÃO	0
SIM	1

IMPORTANTE: [Só continua a responder o questionário quem respondeu SIM à questão 8.2]

Ocupacao

Rendafam

Nivelins

Cefvida

Cefano

8.3 – Você teve dor de cabeça nos últimos 3 meses (90 dias)?

NÃO	0
SIM	1

Cef3mes

8.4 – Você teve ou está com dor de cabeça hoje (dia da entrevista)?

NÃO	0
SIM	1

Cefhoje

9. Características da cefaléia:

9.1 – Quantas crises de dor de cabeça você já teve na vida? [Enfatizar: Mais ou menos de 10?]

1 a 4	0
5 a 9	1
10 ou MAIS	2
NÃO-RESPOSTA	9

Crisvida

9.2 – Quantos dias você teve dor de cabeça, no último ano (nos últimos 12 meses)?

[considerar o número de crises X a duração das crises, em dias. OBS.: Mais fácil = dias por mês]

MENOS DE 12 d [<1 dia/mês]	0
12 a 24 d [1 a 2 dias/mês]	1
25 a 179 d [3 a 14 dias/mês]	2
180 d ou MAIS [≥ 15 dias/mês]	3
NÃO-RESPOSTA	9

Diasano

IMPORTANTE: [Pedir para os indivíduos responderem as questões seguintes levando em consideração o tipo de dor de cabeça **MAIS FREQUENTE**, mesmo que tenha outros tipos de cefaléia.]

9.3 – Quanto tempo dura, geralmente, cada crise de dor de cabeça, se não tomar analgésicos ou se estes não funcionam?

MENOS DE 30 MINUTOS	0
30 MINUTOS a 4 HORAS	1
MAIS DE 4 h a 24 HORAS	2
MAIS DE 24 h a 72 HORAS (1 a 3 dias)	3
MAIS DE 3 d a 7 DIAS	4
MAIS DE 7 DIAS	5
MUITO VARIÁVEL	6
NÃO-RESPOSTA	9

Duracris

9.4 – Qual é a **localização** de sua dor de cabeça?
[lateralização]

SOMENTE DE UM DOS LADOS DA CABEÇA <i>[unilateral]</i>	0
ALTERNA ENTRE SÓ DE UM LADO E DOS DOIS LADOS DA CABEÇA <i>[unilateral e bilateral]</i>	1
SOMENTE DOS DOIS LADOS DA CABEÇA AO MESMO TEMPO <i>[só bilateral]</i>	2
NÃO-RESPOSTA	9

Localdor

9.5 – Qual é o **tipo** da sua dor de cabeça?

LATEJANTE/PULSÁTIL	0
EM PRESSÃO OU APERTO	1
EM FISGADA/PONTADA	2
OUTRO: _____	3
NÃO-RESPOSTA	9

Tipodor

9.6 – Qual é a **intensidade**, em geral, de sua dor de cabeça?

LEVE <i>[não atrapalha as atividades diárias]</i>	0
MODERADA <i>[atrapalha um pouco, mas não impede as atividades]</i>	1
SEVERA <i>[impede as atividades rotineiras]</i>	2
NÃO-RESPOSTA	9

Intendor

9.7 – À sua dor de cabeça **piora com esforços físicos** rotineiros (caminhar, subir escadas, abaixar-se...)?

NÃO	0
SIM	1

Pioresfo

9.8 – A sua dor de cabeça vem acompanhada de:
[Mesmo que seja ocasionalmente, “às vezes”]

9.8.1 – Náuseas (vontade de vomitar, ânsia de vômito, enjôo)?

NÃO	0
SIM	1

Nauseas

9.8.2 – Vômitos?

NÃO	0
SIM	1

Vomitos

9.8.3 – Fotofobia (a luz incomoda ou piora a dor de cabeça)?

NÃO	0
SIM	1

Fotofob

9.8.4 – Fonofobia (o barulho incomoda ou piora a dor de cabeça)?

NÃO	0
SIM	1

Fonofob

9.9 – **Um pouco antes** (até 1 hora antes) ou durante a dor de cabeça, você apresenta algum dos sintomas seguintes?: *[Mesmo que seja ocasional]*

9.9.1 – Alteração da visão (pontos brilhantes ou escuros; riscos ou manchas brilhantes; perda de visão)?

NÃO	0
SIM	1

Altvisao

9.9.2 – Dormência ou formigamento de um dos lados do corpo ou face?

NÃO	0
SIM	1

Parestes

9.9.3 – Dificuldade para falar?

NÃO	0
SIM	1

Diffalar

9.9.4 – Fraqueza ou falta de força de um dos lados do corpo?

NÃO	0
SIM	1

Fraqueza

9.10 – Se apresenta algum dos sintomas da questão 9.9, qual a duração?

MENOS DE 4 MINUTOS	0
4 a 60 MINUTOS	1
MAIS DE 60 MINUTOS	2
NÃO-RESPOSTA	9

Duraura

10. Procura de ajuda pela cefaléia:

10.1 – Já procurou alguma ajuda, devido à dor de cabeça? *[que não seja de parente, vizinho ou amigo].*

NÃO	0
SIM	1

Proajuda

10.2 – Que tipo de ajuda? [Se respondeu SIM na questão anterior (10.1)] OBS: Não esquecer de perguntar “outros”.

10.2.1 – Médico?

NÃO	0
SIM	1

Medico1

10.2.2 – Farmacêutico?

NÃO	0
SIM	1

Farmac1

10.2.3 – Outros profissionais de saúde? (Enfermeiros, técnicos de enfermagem...)

NÃO	0
SIM	1

Profsau1

10.2.4 – Fisioterapeuta?

NÃO	0
SIM	1

Fisioter

10.2.5 – Massagista?

NÃO	0
SIM	1

Massag

10.2.6 – Curandeiros?

NÃO	0
SIM	1

Curand

10.2.7 – Outros: _____

10.3 – Se já consultou com **médico** [SIM à questão 10.2.1], devido à dor de cabeça, quando foi a última consulta?

HÁ MAIS DE UM ANO [não no último ano]	1
NO ÚLTIMO ANO	2
NÃO-RESPOSTA	9

Consmed

10.4 – Que tipo de médico já consultou, devido à dor de cabeça? [Só responde quem disse que já consultou, na questão 10.2.1] OBS: Não esquecer de perguntar “outros”.

10.4.1 – Clínico geral?

NÃO	0
SIM	1

Clinger

10.4.2 – Neurologista?

NÃO	0
SIM	1

Neurol

10.4.3 – Oftalmologista?

NÃO	0
SIM	1

Oftalmo

10.4.4 – Otorrinolaringologista?

NÃO	0
SIM	1

Otorrino

10.4.5 – Neurocirurgião?

NÃO	0
SIM	1

10.4.6 – Ginecologista?

NÃO	0
SIM	1

10.4.7 – Homeopata?

NÃO	0
SIM	1

10.4.8 – Acupunturista?

NÃO	0
SIM	1

10.4.9 – Outros: _____

10.5 – Você já fez **exames** (complementares) devido à sua dor de cabeça?

NÃO	0
SIM	1

10.6 – Quais exames? *OBS: Não esquecer de perguntar "outros". [Se respondeu SIM à pergunta anterior (10.5)]*

10.6.1 – Eletroencefalograma?

NÃO	0
SIM	1

10.6.2 – Mapeamento cerebral?

NÃO	0
SIM	1

10.6.3 – Tomografia computadorizada de crânio?

NÃO	0
SIM	1

10.6.4 – Ressonância Magnética de crânio?

NÃO	0
SIM	1

10.6.5 – Raio X de crânio?

NÃO	0
SIM	1

10.6.6 – Raio X de seios da face?

NÃO	0
SIM	1

10.6.7 – Raio X de coluna cervical?

NÃO	0
SIM	1

10.6.8 – Outros: _____

Neurocir

Gineco

Homeop

Acupunt

Excompl

Eletroen

Mapcereb

Tomocer

Resmagn

Rxcranio

Rxseios

Rxcolun

10.7 – Você toma medicamentos (remédios) para tratar sua dor de cabeça?

NÃO	0
SIM	1

OBS: Se respondeu SIM na questão 10.7, perguntar as próximas 3 questões (10.8; 10.9 e 10.10).

10.8 – Quem o orientou para tomar esses medicamentos?

10.8.1 – Médico?

NÃO	0
SIM	1

10.8.2 – Farmacêutico?

NÃO	0
SIM	1

10.8.3 – Outros profissionais de saúde? (Enfermeiros, técnicos de enfermagem...)

NÃO	0
SIM	1

10.8.4 – Parentes, vizinhos, amigos?

NÃO	0
SIM	1

10.8.5 – Por conta própria?

NÃO	0
SIM	1

10.8.6 – Outros: _____

Usomedic

Medico2

Farmac2

Profsau2

Parentes

Contprop

10.9 – Que medicamentos tomou, nos últimos 3 meses, para **tratar as crises** de dor de cabeça? [**Abortivos**: antieméticos, analgésicos, antiinflamatórios...]
Medabort _____

10.10 – Que medicamentos tomou, nos últimos 3 meses, para **prevenir** a ocorrência das crises de dor de cabeça? [**Profiláticos**; que toma diariamente: betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, antidepressivos, anticonvulsivantes...]
Medprof _____

11. Incapacidade causada pela cefaléia:

[Se o indivíduo não apresentou incapacidade ou não teve determinada atividade, assinalar "00" – zero.

Considerar os últimos 90 dias consecutivos]

11.1 – Quantos dias inteiros de trabalho ou escola você perdeu, nos últimos 3 meses, por causa de suas dores de cabeça?

11.2 – Em quantos dias, nos últimos 3 meses, seu rendimento no trabalho ou na escola estava reduzido em pelo menos 50% (pela metade ou mais), por causa de suas dores de cabeça?

(Não inclua os dias que você contou na questão 11.1, onde o dia inteiro de trabalho ou aula foi perdido)

11.3 – Em quantos dias inteiros, nos últimos 3 meses, você não foi capaz de executar serviços domésticos (trabalho em casa) por causa de suas dores de cabeça?

11.4 – Em quantos dias, nos últimos 3 meses, seu rendimento nos serviços domésticos foi reduzido em pelo menos 50% (pela metade ou mais), por causa de suas dores de cabeça?

(Não inclua os dias que você contou na questão 11.3, onde você não pôde fazer o trabalho de casa)

11.5 – Em quantos dias, nos últimos 3 meses, você deixou de participar de atividades familiares, sociais ou de lazer, por causa de suas dores de cabeça?

Trabperd |__|__|

Trabmet |__|__|

Casaperd |__|__|

Casamet |__|__|

Famperd |__|__|

APÊNDICE 2

VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variável	Definição Teórica	Definição Operacional	Escala de Medida
Idade	Característica biológica, relacionada ao envelhecimento	Idade, em anos completos. Só serão entrevistados indivíduos de 15 a 64 anos.	- Quantitativa, contínua Obs.: Posteriormente será estratificada (escala ordinal): (0) 15 a 24 anos (1) 25 a 34 (2) 35 a 44 (3) 45 a 54 (4) 55 a 64
Sexo	Característica biológica, relacionada ao sexo	Observação dos indivíduos	- Qualitativa, nominal (0) masculino (1) feminino
Cor	Variação genética e aspecto cultural	Observação dos indivíduos	- Qualitativa, nominal (0) branca (1) não-branca
Estado Civil	Aspecto psicológico e social	Estado civil dos indivíduos	- Qualitativa, nominal (0) solteiro (1) casado/amasiado (junto) (2) separado/divorciado (3) viúvo (9) não-resposta
Instrução	Aspecto cultural e econômico	Última série e/ou grau concluído. OBS.: Ensino fundamental é o antigo 1º grau; ensino médio é o antigo 2º grau.	- Escala ordinal (0) analfabeto (1) ensino fundamental incompleto (2) ensino fundamental completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) ensino superior incompleto (6) ensino superior completo (7) pós-graduação (9) não-resposta
Ocupação	Aspecto psicológico e econômico	Atividade laborativa dos indivíduos	- Qualitativa, nominal (0) desempregado (1) trabalho remunerado (2) afazeres domésticos (3) aposentado (4) estudante (9) não-resposta
Renda Familiar	Nível sócio-econômico	Renda familiar (salários, aluguéis, aposentadorias...), em salários mínimos. De acordo com estratificação do IBGE. 1 SM = R\$ 136,00 (Jul/99)	- Escala ordinal (0) Sem rendimento (1) 2 ou menos (2) 2,1 a 5 (3) 5,1 a 10 (4) 10,1 a 20 (5) mais de 20 (9) não-resposta
Prevalência da cefaléia	Histórico de cefaléia	Presença de cefaléia, em diversos períodos da vida	- Qualitativa, nominal - Ao longo da vida: (0) não (1) sim - No último ano: (0) não (1) sim - Nos últimos 3 meses: (0) não (1) sim - No dia da entrevista: (0) não (1) sim

Características da cefaléia	Caracterização da cefaléia, para poder classificar de acordo com os critérios da IHS	Perguntar apenas aos indivíduos que referiram cefaléia no último ano. Características da cefaléia, considerando apenas o tipo de cefaléia mais freqüente.	
		Freqüência das crises	- Escala ordinal (0) 1 a 4 (1) 5 a 9 (2) 10 ou mais (9) não-resposta
		Número de dias com cefaléia, no último ano	- Escala ordinal (0) menos de 12 (menos de 1 dia por mês) (1) 12 a 24 (1 a 2 dias por mês) (2) 25 a 179 (3 a 14 dias por mês) (3) 180 ou mais (15 ou mais dias por mês) (9) não-resposta
		Duração das crises, se não toma medicação ou esta não funciona	- Escala ordinal (0) menos de 30 minutos (1) 30 min a 4 horas (2) mais de 4 h a 24 h (3) mais de 24 h a 72 h (1 a 3 dias) (4) mais de 3 dias a 7 dias (5) mais de 7 dias (6) muito variável (9) não-resposta
		Localização da cefaléia	- Qualitativa, nominal (0) somente de um dos lados da cabeça (1) alterna entre um ou dois lados da cabeça (2) somente os dois lados da cabeça (9) não-resposta
		Tipo de dor	- Qualitativa, nominal (0) latejante/pulsátil (1) em pressão ou aperto (2) em fisgadas/pontadas (3) outro (9) não-resposta
		Intensidade da dor	- Qualitativa, nominal (0) leve (1) moderada (2) severa (9) não-resposta
		Piora da cefaléia com esforços físicos rotineiros	- Qualitativa, nominal (0) não (1) sim
		Sintomas associados com a cefaléia	- Qualitativa, nominal - Náuseas: (0) não (1) sim - Vômitos: (0) não (1) sim - Fotofobia: (0) não (1) sim - Fonofobia: (0) não (1) sim

		Presença de aura	- Qualitativa, nominal - Alteração da visão: (0) não (1) sim - Parestesias de um dos lados do corpo ou face: (0) não (1) sim - Dificuldade para falar: (0) não (1) sim - Fraqueza ou falta de força de um dos lados do corpo: (0) não (1) sim
		Duração da aura	- Escala ordinal (0) menos de 4 minutos (1) 4 a 60 minutos (2) mais de 60 minutos (1 hora) (9) não-resposta

Ajuda por causa da cefaléia	Tendência a procurar auxílio	Histórico de ajuda solicitada devido à cefaléia	
		Procura de ajuda	- Qualitativa, nominal (0) não (1) sim
		Tipo de ajuda	- Qualitativa, nominal (0) médico (1) farmacêutico (2) psicólogo (3) outros profissionais de saúde (4) fisioterapeuta (5) massagista (6) curandeiros (7) outros (9) não-resposta
		Última consulta com médico devido à cefaléia	- Qualitativa, nominal (0) há mais de um ano (1) no último ano (9) não-resposta
		Tipo de médico que já consultou	- Qualitativa, nominal (0) clínico geral (1) neurologista (2) oftalmologista (3) otorrinolaringologista (4) neurocirurgião (5) ginecologista (6) homeopata (7) acupunturista (8) outros (9) não-resposta
Exames complementares	Procedimentos diagnósticos realizados	Histórico de realização de exames complementares e tipo de exame	
		Exames complementares feitos pela cefaléia	- Qualitativa, nominal (0) não (1) sim

		Tipo de exame	- Qualitativa, nominal (0) eletroencefalograma (1) mapeamento cerebral (2) tomografia computadorizada (3) ressonância magnética (4) raio X de crânio (5) raio X de seios da face (6) raio X de coluna cervical (7) outros (9) não-resposta
Tratamento	Conduas terapêuticas para a cefaléia	Uso de medicamentos para o tratamento da cefaléia	
		Uso de medicamentos para tratar a dor de cabeça	- Qualitativa, nominal (0) não (1) sim
		Indicação para tomar os medicamentos	- Qualitativa, nominal (0) médico (1) farmacêutico (2) outros profissionais de saúde (3) parente, vizinho ou amigo (4) por conta própria (5) outros (9) não-resposta
		Medicamentos tomados nos últimos 3 meses para tratar as crises de dor de cabeça	
		Medicamentos tomados nos últimos 3 meses para prevenir o surgimento das dores de cabeça	

Incapacidade causada pela cefaléia	Grau de incapacidade causada pela cefaléia nas atividades dos indivíduos	Utilizando a tradução do questionário MIDAS (Migraine Disability Assessment). Se o indivíduo não apresentou incapacidade ou se não teve atividade num determinado item, assinalar "00" (zero). Posteriormente estes 5 itens serão somados, estratificados, e será dado um "índice" de incapacidade.	- Quantitativa, discreta 1. Número de dias perdidos, nos últimos 3 meses, de escola ou trabalho, devido à cefaléia: 2. Número de dias, nos últimos 3 meses, com rendimento escolar ou no trabalho reduzido em pelo menos 50% devido à cefaléia: 3. Número de dias, nos últimos 3 meses, sem fazer serviços domésticos devido à cefaléia: 4. Número de dias, nos últimos 3 meses, com rendimento nos serviços domésticos reduzido em pelo menos 50% devido à cefaléia: 5. Número de dias, nos últimos 3 meses, sem participar de atividades familiares, sociais ou de lazer devido à cefaléia:
------------------------------------	--	---	--

APÊNDICE 3

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO GERAL, DOS ENTREVISTADOS E DOS NÃO-ENTREVISTADOS

Distribuição da população do Distrito Sede do Município de Florianópolis – de acordo com a CELESC, dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo a região dos domicílios.

	Região dos domicílios		
	Central %	Continente %	Periferia %
CELESC	31,2	36,5	32,3
Entrevistados (n=625)	28,3	36,8	34,9
Não-entrevistados (n=94)	46,8	43,6	9,6

Distribuição da população do Distrito Sede do Município de Florianópolis – de acordo com a CELESC, dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo o consumo de energia por residência.

	Consumo de energia (kWh)		
	< 151 %	151 - 350 %	> 350 %
CELESC	30,6	47,5	21,9
Entrevistados (n=625)	25,0	47,8	27,2
Não-entrevistados (n=94)	30,9	42,5	26,6

Distribuição da população do Município de Florianópolis – de acordo com o IBGE, dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo a faixa etária.

	Faixa etária (anos)				
	15 a 24 %	25 a 34 %	35 a 44 %	45 a 54 %	55 a 64 %
IBGE (1996)	29,1	25,7	22,2	14,6	8,4
Entrevist. (n=625)	30,1	17,3	21,4	20,6	10,6
Não-entrevis. (n=94)	39,4	24,4	16,0	13,8	6,4

Distribuição da população do Município de Florianópolis – de acordo com o IBGE, dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo o sexo.

	Sexo	
	Masculino %	Feminino %
IBGE (1996)	48,1	51,9
Entrevistados (n=625)	46,1	53,9
Não-entrevistados (n=94)	64,9	35,1

Distribuição da população do Município de Florianópolis – de acordo com o IBGE, dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo a cor.

	Cor	
	Branca %	Não-branca %
IBGE (1991)	89,7	10,2
Entrevistados (n=625)	91,8	8,2
Não-entrevistados (n=94)	90,4	9,6

Distribuição dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo o estado civil.

	Estado civil			
	Solteiro %	Casado %	Separado %	Viúvo %
Entrevistados (n=625)	38,4	52,5	7,8	1,3
Não-entrevist. (n=94)	47,9	50,0	2,1	0,0

Distribuição dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo a ocupação.

	Ocupação				
	Desempreg. %	Remuner. %	Do lar %	Aposentado %	Estudante %
Entrevist. * (n=625)	3,4	56,2	12,6	5,6	22,1
Não-entr. ** (n=94)	4,3	55,3	6,4	3,2	29,8

* : Dados faltantes = 1 (0,2%).

** : Dados faltantes = 1 (1,1%).

Distribuição dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo a renda familiar.

	Renda familiar (salários mínimos)					
	Sem rend.	< 2,1	2,1 - 5	5,1 - 10	10,1 - 20	> 20
Entrev. * (n=625)	1,0	2,9	20,2	21,6	20,3	33,0
Não-ent ** (n=94)	0,0	1,1	17,0	24,5	19,1	37,2

* : Dados faltantes = 7 (1,1%).

** : Dados faltantes = 1 (1,1%).

Distribuição dos entrevistados e dos não-entrevistados, segundo o nível de instrução.

	Nível de instrução				
	Analfabeto %	Fundament %	Médio %	Superior %	Pós-grad %
Entrevist. * (n=625)	0,2	20,3	38,8	36,0	4,6
Não-entr. ** (n=94)	2,1	22,3	35,1	29,8	7,4

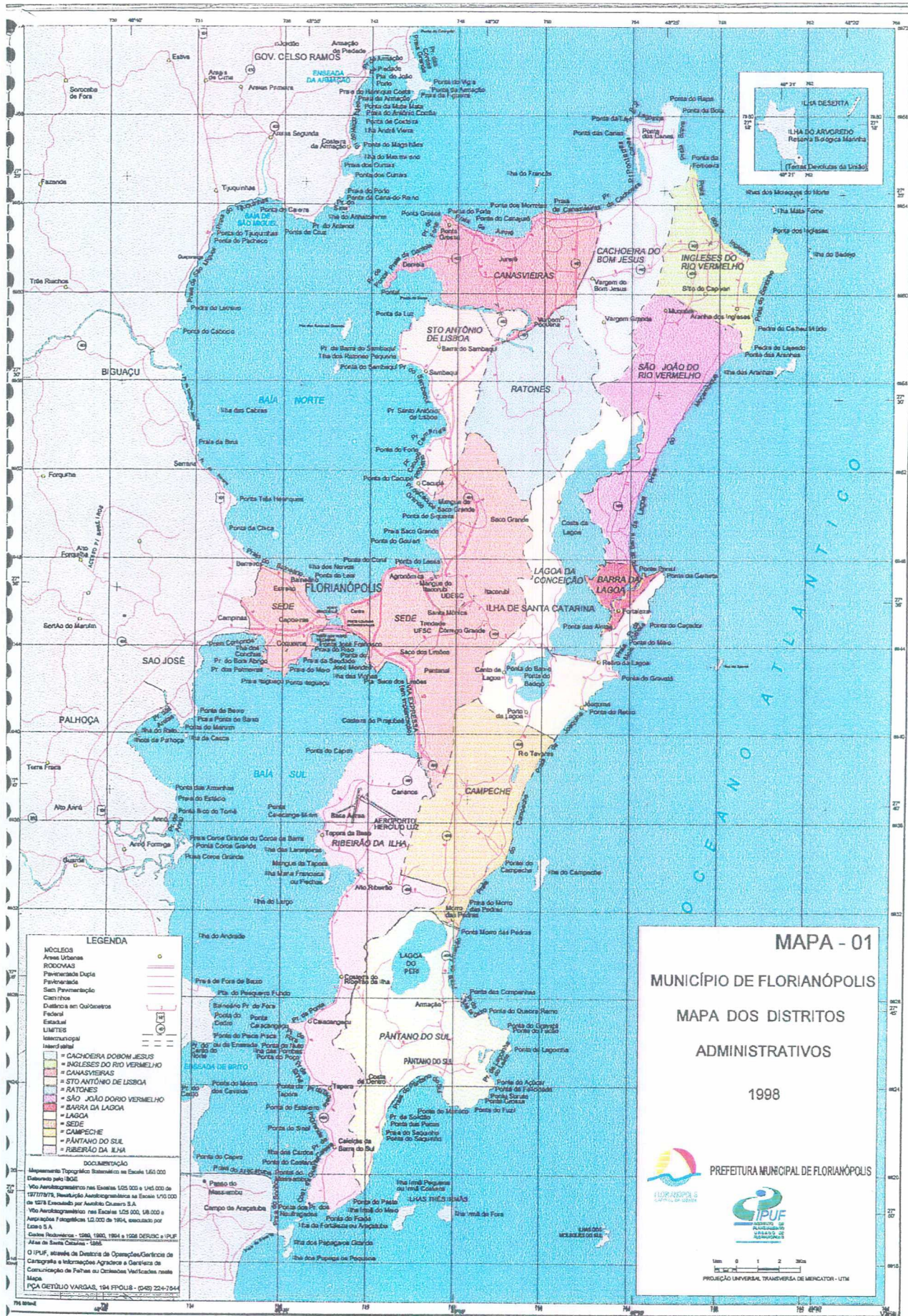
* : Dados faltantes = 1 (0,2%).

** : Dados faltantes = 3 (3,2%).

ANEXO I

**1 – MAPA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, COM
OS 12 DISTRITOS (Distrito Sede em laranja)**

2 – MAPA DO DISTRITO SEDE, COM OS 24 BAIRROS






IPUF
 INSTITUTO DE
 PLANEJAMENTO
 URBANO DO
 MUNICÍPIO DE
 FLORIANÓPOLIS

DISTORÇÃO
 DE
 ESCALAS: 1:50.000

GCI
 GEOMÁTICA
 E CARTOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO
 MUNICIPAL
 SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
 E ORÇAMENTO

DIVISÃO DE BAIROS
 DO DISTRITO SEDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

UNICA
 UNIVERSIDADE
 FEDERAL DE
 CATARINA

ESCALA: 1:50.000
 DATA: MARÇO/18
 TÍTULO: D. 01.004

ANEXO II

1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA

2 – CONSENTIMENTO INFORMADO, PARA MAIORES
E PARA MENORES DE 18 ANOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer

Projeto nº: 004/2000

Projeto de Pesquisa: **Um estudo epidemiológico de cefaléia no Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC.**

Pesquisador Responsável: Luiz Paulo Queiroz

Instituição: UFSC


Parecer dos Relatores:

- aprovado
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Justificativa: O projeto é bem descrito e fundamentado, contendo todas as etapas necessárias; o tema é relevante; o pesquisador revela conhecimentos sobre o assunto. Inclui toda a documentação necessária e está de acordo com os termos das Resoluções 196/96 e 251/97 e que todas as pendências foram adequadamente esclarecidas pelo pesquisador responsável. O parecer é pela aprovação do presente projeto e consentimento informado.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, ad-referendum, deste Comitê, na data de 13/03/2000.

Florianópolis, 13/03/2000.

pt 
Profª Marcia Margaret Menezes Pizzichini
Coordenadora

*O ad-referendum foi aprovado
por unanimidade, em 13/03/2000*

pt 
Profª Alcione Leite da Silva
Sub-Coordenadora do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências da Saúde

Hospital Universitário

Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas

CONSENTIMENTO INFORMADO (Para menores de 18 anos)

ESTUDO: “Um Estudo Epidemiológico de Cefaléia no Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC”

Eu, _____ confirmo que o entrevistador
_____ discutiu comigo e com meu filho(a) este estudo. Eu
compreendi que:

1. O questionário abaixo é parte da tese de Mestrado do Dr. Luiz Paulo de Queiroz, do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC.
2. Trezentas (300) residências do Distrito Sede do Município de Florianópolis foram sorteadas. Todos os moradores dessas residências, com idade de 15 a 64 anos, serão solicitados a responder a um questionário sobre dor de cabeça.
3. O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de cefaléia (o número de pessoas com dor de cabeça) em moradores da cidade de Florianópolis, SC. Além disto, este estudo pretende relacionar a presença de dor de cabeça com algumas características da população estudada, avaliar o acesso da população aos serviços de saúde e estudar o grau de incapacidade causado pela dor de cabeça nos indivíduos pesquisados.
4. A participação do meu filho(a) respondendo a este questionário é muito importante porque permitirá quantificar a frequência da dor de cabeça na cidade de Florianópolis, permitindo um melhor planejamento de medidas de saúde pública.
5. Meu filho(a) pode escolher participar ou não deste estudo. A decisão em participar desta pesquisa não implicará em quaisquer benefícios pessoais bem como não resultará em prejuízos pessoais.
6. Meu filho(a) também é livre para não participar desta pesquisa. Isto não implicará em quaisquer prejuízos pessoais. Em respondendo ao questionário, meu filho(a) estará concordando em participar da pesquisa.
7. Todos os dados contidos no questionário do meu filho(a) serão sigilosos e somente serão utilizados para esta pesquisa.
8. Se eu ou meu filho(a) tivermos alguma dúvida a respeito, poderemos contatar o Dr. Luiz Paulo de Queiroz pelos telefones 331-9134 (Ambulatório B, do Hospital Universitário) ou 9981-6993.
9. Eu concordo que meu filho(a) participe deste estudo.

Representante Legal: _____

Data _____

Entrevistador: _____

Data _____

Testemunha: _____

Data _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências da Saúde

Hospital Universitário

Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas

CONSENTIMENTO INFORMADO

ESTUDO: "Um Estudo Epidemiológico de Cefaléia no Distrito Sede do Município de Florianópolis, SC"

Eu, _____ confirmo que o entrevistador
_____ discutiu comigo este estudo. Eu compreendi que:

1. O questionário abaixo é parte da tese de Mestrado do Dr. Luiz Paulo de Queiroz, do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC.
2. Trezentas (300) residências do Distrito Sede do Município de Florianópolis foram sorteadas. Todos os moradores dessas residências, com idade de 15 a 64 anos, serão solicitados a responder a um questionário sobre dor de cabeça.
3. O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de cefaléia (o número de pessoas com dor de cabeça) em moradores da cidade de Florianópolis, SC. Além disto, este estudo pretende relacionar a presença de dor de cabeça com algumas características da população estudada, avaliar o acesso da população aos serviços de saúde e estudar o grau de incapacidade causado pela dor de cabeça nos indivíduos pesquisados.
4. Minha participação respondendo a este questionário é muito importante porque permitirá quantificar a frequência da dor de cabeça na cidade de Florianópolis, permitindo um melhor planejamento de medidas de saúde pública.
5. Eu posso escolher participar ou não deste estudo. Minha decisão em participar desta pesquisa não implicará em quaisquer benefícios pessoais bem como não resultará em prejuízos pessoais.
6. Eu também sou livre para não participar desta pesquisa. Isto não implicará em quaisquer prejuízos pessoais. Respondendo ao questionário, eu estarei concordando em participar da pesquisa.
7. Todos os dados contidos no meu questionário serão sigilosos e somente serão utilizados para esta pesquisa.
8. Se eu tiver alguma dúvida a respeito, eu posso contatar o Dr. Luiz Paulo de Queiroz pelos telefones 331-9134 (Ambulatório B, do Hospital Universitário) ou 9981-6993.
9. Eu concordo em participar deste estudo.

Participante: _____

Data _____

Entrevistador: _____

Data _____