

A CEFALÉIA COMO CENÁRIO DA ENXAQUECA: UMA IMPORTANTE PREVENÇÃO PARA O SER HUMANO¹

*HEADACHE AS A SCENARIO FOR MIGRAINE: AN
IMPORTANT PREVENTION TO THE HUMAN BEING*

Andrieli Cadó Sagrillo²

Michelle da Silva Araujo Gracioli³

Teresinha Maria Marchesan⁴

RESUMO

A cefaléia é um sintoma que acomete muitas pessoas, mas felizmente, na maioria das vezes, essa manifestação não está relacionada a uma alteração grave. Sinais como a tensão, a fadiga, a ansiedade ou os distúrbios emocionais podem anteceder as crises. Por isso, salienta-se a importância de determinar as causas e origem da cefaléia. Fizeram parte da amostra, deste estudo, 8 funcionários do DERCA (Departamento de Registro e Controle Acadêmico) do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria - UNIFRA, durante o turno da tarde do dia 23-10-2003, utilizou-se, para coleta de dados, uma entrevista estruturada contendo 13 questões mistas. A análise dos dados mostrou que a frequência de cefaléia é mais acentuada, no sexo feminino, em mulheres com idade inferior a 40 anos. Pode-se perceber ainda que 50% dos entrevistados apresentam, com frequência, crises de cefaléia, dessas, 100% desencadeadas por fatores externos que utilizam medicações para tratamento dessa alteração metabólica. Dessa forma, nota-se a importância do diagnóstico precoce a fim de prevenir complicações de maior gravidade, de modo que se possa oferecer uma assistência especializada, para uma qualidade de vida melhor aos seres humanos aos quais os profissionais enfermeiros se propõem a assistir.

Palavras-chave: cefaléia, prevenção, cuidado.

ABSTRACT

Headache is a symptom that attacks many people but, fortunately, most of the time this manifestation is not related to any serious health alteration. Signs of tension, fatigue, anxiety or emotional disturbances may precede

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem e Licenciatura - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

⁴ Co-orientadora - UNIFRA.

the crises. Thus, the importance of determining the causes and origin of headache is emphasized. On October 23rd., 2003, during the afternoon shift, eight employees of DERCA (Academic Register and Control Department) at the Franciscan University Center, in Santa Maria, took part in this study sample. In order to collect the data, an organized interview consisting of 13 mixed questions was used. The analysis of data showed that the frequency of headache is higher in women under 40 years old. It was noticed that 50% of the interviewees have frequent crises of headache and, of these, 100% are caused by external factors. This metabolic alteration was treated with medications. Therefore, it is important to make a precocious diagnosis to prevent further complications, in such a way as to give a specialized assistance in order to provide a better quality of life to human beings who professional nurses intend to care for.

Keywords: headache, prevention, care.

INTRODUÇÃO

Praticamente todas as pessoas sofrem ou sofrerão de cefaléia em algum momento de suas vidas. Em geral, essas dores são de intensidade leve, de curta duração e não necessitam de medicação para seu alívio. No entanto, muitas pessoas têm cefaléia que chega a torná-los incapazes de realizar suas atividades habituais, prejudicando até sua qualidade de vida. É o caso da enxaqueca. Existem vários tipos da enxaqueca e ela pode ser associada a vários fatores, como predisposição genética ou agregações do meio ambiente.

Aproximadamente 90% a 95% dos seres humanos sofrem de cefaléia. Estudos epidemiológicos demonstram que 76% das mulheres e 57% dos homens apresentam ao menos um tipo de cefaléia significativa em algum momento de suas vidas e que a prevalência de dor de cabeça aumenta de 39%, na idade de 6 anos, para 70% aos 15 anos (Galvão, *apud* TEIXEIRA & FIGUIERÓ, 2001).

Assim optei em realizar este estudo com os funcionários do DERCA (Departamento de Registro e Controle Acadêmico) pois é trabalhando que essas pessoas passam a maior parte do dia, com suas obrigações e tensões. É na sua atividade que essas pessoas exercem um papel produtivo, são exigidos, recompensados, algumas vezes frustrados, assumem responsabilidade, relacionam-se com diversas pessoas, enfim, deparam-se com situações que lhes despertam as mais variadas emoções. Quando as condições de trabalho não condizem ou não se harmonizam com as suas capacidades, eles estão sujeitos ao estresse o que pode desencadear assim crises de cefaléia. Em

nome do progresso e do desenvolvimento social, as exigências do cotidiano, nas grandes zonas urbanas, tornam a vida agitada, colocando em risco a saúde do cidadão.

O desenvolvimento acelerado, nas áreas de tecnologia, é um produtor de estresse, o fenômeno do consumo atinge todas as classes econômicas, pois, a fim de manter o poder aquisitivo para o consumo, o ser humano muitas vezes extrapola na competição, na tentativa de mais ganhar e possuir mais. Assim, a qualidade de vida é confundida com a quantidade. Esse processo tem repercussões para a qualidade de vida do ser humano, pois aspectos importantes da saúde e do viver são relegados à categoria de baixa prioridade.

Toda mudança que exige adaptação por parte do organismo causa um certo nível de estresse. Existem, portanto, fontes de estresse internas e externas. As fontes internas são mais fáceis de serem identificadas: as reações à morte, separação, emprego etc. O organismo tem capacidade de adaptação após uma situação estressante, mas se essas ocorrem em grande quantidade, num curto espaço de tempo, há uma excessiva demanda de energia adaptativa o que induz a um nível de estresse excessivo, podendo acarretar problemas físicos e psicológicos. O modo de perceber e reagir aos acontecimentos é que determina a reação final do indivíduo diante das situações de vida. Isso sugere que não é a situação em si que leva ao estresse, mas a reação que se tem em relação a ela e o modo de percebê-la. Assim, é difícil manter o equilíbrio no mundo atual e o bem-estar do organismo fica de lado diante das aspirações de crescimento individual que acaba sendo absorvido pelo trabalho.

Baseada nessa reflexão, delimitei a problemática do meu estudo: Qual a relação do trabalho com o desencadeamento de cefaléia nos funcionários que trabalham no DERCA do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria?

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar a relação do trabalho com o desencadeamento da cefaléia nos funcionários que trabalham no DERCA do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- traçar o perfil dos funcionários do DERCA do Centro Universitário Franciscano;
- saber com que frequência os funcionários do DERCA do Centro Universitário Franciscano apresentam cefaléia.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A cefaléia, ou cefalalgia, é uma das queixas mais comuns entre todos os seres humanos. Na realidade, a cefaléia é um sintoma, não uma entidade patológica e pode indicar doença orgânica (neurológica ou de outra natureza), uma resposta ao estresse, vasodilatação (enxaqueca), tensão muscular esquelética (cefaléia tensional), ou uma combinação dessas causas (Galvão, *apud* TEIXEIRA & FIGUEIRÓ, 2001).

Uma cefaléia primária é aquela, na qual, não pode ser identificada uma causa orgânica; esses tipos de cefaléia incluem a enxaqueca, a cefaléia tensional e as cefaléias em salva. Uma cefaléia secundária é a carga de trabalho associada às causas orgânicas, como um tumor cerebral ou aneurisma. Muitas cefaléias não indicam doenças graves, embora as cefaléias persistentes exijam investigação adicional. Os distúrbios graves relacionados à cefaléia incluem os tumores cerebrais, hipertensão grave, meningite e traumatismos cranianos (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

Cefaléia, tipo tensão ou tensional ou cefaléia de contração muscular, é uma forma de dor de cabeça benigna, que ocasionalmente, afeta a maioria das pessoas. Constitui grupo heterogêneo de cefaléia que se caracteriza pela ocorrência de dor bilateral não-pulsátil, com intensidade discreta a moderada que não impede atividades, não são associadas a náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia; não são agravadas durante a execução de atividades físicas e são associadas ou não a anormalidades da musculatura pericraniana. Pode correlacionar-se a anormalidades da coluna cervical e dos músculos mastigatórios (BENNETT & PLUM, 1997).

A cefaléia em salvas, *Cluster headache* ou de Horton, manifesta-se nos indivíduos com idade de 20 a 40 anos e predomina no sexo masculino (9 homens/1 mulher). Pode-se associar ao tabagismo, traumatismo de crânio ou história familiar de cefaléia. Caracteriza-se pela ocorrência de um ataque a cada dois dias, até 8 ataques por dia, de dor unilateral muito intensa, localizada na região orbitária e temporal, às vezes irradiada para a região maxilar, occipitocranial e ombro. Dura, quando não tratada, 15 a 180 minutos e ocorre em episódios com duração de duas semanas a três meses, intervalados por remissões de, pelo menos, 14 dias a muitos meses. A cefaléia em salva

deve ser associada, pelo menos, a um sinal neurovegetativo ipsolateral (congestão conjuntiva, lacrimejamento, congestão nasal, rinorréia, sudorese frontal ou facial, miose, ptose palpebral, edema palpebral) (Galvão *apud* TEIXEIRA, 2002).

O mesmo autor complementa sua idéia relatando que, na cefaléia hemicrania paroxística crônica (HPC), a incidência é rara e predomina no sexo feminino. Não é uma variante da cefaléia que seja abordada por Sala (2003), pois apresenta mecanismos fisiopatológicos diferentes. Ela é caracterizada por ataques de dor intensa unilateral, na região orbitária, supra-orbitária ou temporal, sempre do mesmo lado e durante 2 a 45 minutos. Tem ainda como sintomas congestão conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, rinorréia, ptose palpebral ou miose, edema palpebral e melhora absoluta com uso da indometacina (150 mg/dia ou menos). Quase sempre, a dor dura 5 a 10 minutos e ocorre 15 a 20 vezes ao dia.

A cefaléia hipócnica é uma cefaléia de curta duração que se manifesta, geralmente, em indivíduos idosos, durante o sono, despertando-os. Ocorre, pelo menos, 15 vezes ao mês e os ataques duram de 5 a 60 minutos. A dor é bilateral e generalizada no crânio e é associada a sintomas neurovegetativos. Melhora com o tratamento com lítio e, por essa razão, os mecanismos fisiopatogênicos parecem relacionar-se aos relógios biológicos hipotalâmicos tal como ocorre com a cefaléia em salva (Galvão, *apud* TEIXEIRA & FIGUEIRÓ, 2001).

O mesmo autor cita ainda as cefaléias diversas não associadas a lesões estruturais, como cefaléia idiopática em facadas, cefaléia por compressão externa, cefaléia desencadeada por frio, cefaléia causada por esforço, cefaléia benigna da tosse, cefaléia benigna do exercício e cefaléias associadas à atividade sexual ou às coitais. Cefaléia idiopática em facadas, caracteriza-se pela ocorrência de dor em pontadas fugazes que se restringem, geralmente, ao território da primeira divisão do nervo trigêmio (órbita, região temporal e parietal) de ambos os lados. A dor dura frações de segundos, ocorre isoladamente ou em série e o ritmo é irregular, podendo desaparecer e reaparecer em horas ou dias. Já a cefaléia, por compressão externa, é resultado da estimulação continuada de nervos do couro cabeludo ou do tegumento da fronte devido a elementos que os comprimem, como faixas, chapéus, bonés, óculos de natação, entre outros. A dor é constante e é abolida com a retirada do agente causal. Quanto à cefaléia desencadeada pelo frio, é difusa, bilateral, geralmente frontal e surge após exposição da cabeça desprotegida a temperaturas ambientes muito baixas, após mergulho em água gelada ou após ingestão de alimentos frios (sorvete, por exemplo). Cessado o estímulo, a cefaléia desaparece, rapidamente, em menos de 5 minutos.

As cefaléias causadas pelo esforço são devidas à elevação súbita da pressão intracraniana ou a retorno venoso do encéfalo. Decorrem do aumento da pressão venosa central. São, às vezes, associadas a lesões da fossa posterior (tumores, má formação de Arnold-Chiari). Incluem a cefaléia benigna de tosse, a do exercício e a associada à atividade sexual. A cefaléia benigna de tosse ocorre em 1% da população, é bilateral, tem instalação aguda, sendo precipitada pela tosse, manobra de valsalva, espirros, ato de evacuação, de curvar o tronco ou de abaixar; geralmente dura menos de um minuto, pode ser aliviada após punção lombar e ser prevenida com o uso da indometacina. A cefaléia benigna do exercício ocorre após exercícios físicos intensos, é bilateral e pulsátil, dura cinco minutos a 24 horas e pode apresentar características enxaquecosas, é menos freqüente quando são evitados exercícios intensos, com tempo quente ou em locais de maior altitude. É aliviada com punções lombares, indometacina, ergolínicos, metisergida e propranolol. As cefaléias associadas à atividade sexual ou cefaléia coitais ocorrem em 1% da população e são desencadeadas pela excitação sexual ou orgasmo. São comuns em homens e podem ocorrer regularmente ou aleatoriamente. Geralmente são bilaterais desde sua instalação e podem ser abolidas ou aliviadas com a interrupção da atividade sexual antes do orgasmo.

As enxaquecas são crises de dor de cabeça de intensidade moderada à grave, geralmente unilateral, latejante e, habitualmente, acompanhada de náusea, vômito, intolerância à claridade (fotofobia), barulho e ruídos (fonofobia) e cheiro. São mais freqüentes nas mulheres, tendo seu início na puberdade e se estendem, habitualmente, por toda vida. Podem apresentar grande melhora durante a gestação e após a menopausa. As crises têm freqüência variável, duram por horas ou até mesmo dias, podendo alcançar, num percentual razoável de pacientes, uma freqüência diária ou quase que diária (MONZILLO, 2000).

Pode ser precedida por alteração do humor, quadro que varia desde a depressão à euforia, alteração de apetite, visão embaçada, visão dupla, cegueira parcial (escurecimento) de um ou ambos os olhos e a sensação de estar vendo pontos brilhantes (escotomas).

Muitos indivíduos apresentam dor com tal intensidade e freqüência que seu desempenho é afetado, gerando prejuízos pessoais, comprometimento psicológico e custos econômicos consideráveis (Galvão *apud* TEIXEIRA & FIGUEIRÓ, 2001).

Para Litwiniak (2001), a enxaqueca é de caráter hereditário, embora a causa exata seja incerta. Pode ser iniciada por estresse, trauma, determinados alimentos (caféina, chocolate, álcool, queijos), mudança de temperatura,

sono incompleto e alterações de hormonais, em mulheres (algumas mulheres referem-se à piora das crises com o uso de anticoncepcionais).

A cefaléia é comumente profunda e constante, quando moderada ou leve, mas transforma-se em pulsátil e latejante, quando muito intensa. As enxaquecas pioram com movimentos rápidos da cabeça, espirros, exercícios, movimentação constante, estresse, levando muitos pacientes a procurar alívio deitando em um quarto silencioso e escuro (ALMEIDA, 2001).

Esse mesmo autor evidencia que o diagnóstico de enxaqueca é tipicamente clínico, baseado em história e exame físico, tendo em vista as seguintes indicações: mudança significativa no padrão, frequência ou gravidade da cefaléia, piora progressiva da cefaléia apesar de terapêutica apropriada, sinais ou sintomas neurológicos focais, início de cefaléia com exercício, tosse ou atividade sexual, entre outros. Diante disso Galvão, citado por Teixeira & Figueiró (2001), expõe que o exame físico neurológico é menos importante que os históricos para o diagnóstico, mas sua execução é obrigatória. Durante o exame físico, especial atenção deve ser dirigida para a palpação e percussão do crânio, mandíbulas, região cervical, cavidade oral, ouvidos e seios da face. O exame do fundo de olho, a avaliação da acuidade visual e as evidências de traumatismos devem ser ressaltados. A avaliação dos dentes, inclusive com bloqueios diagnósticos, pode ser necessária em alguns casos. Bloqueios anestésicos do nervo grande occipital, supra-orbitário, ramos recorrentes posteriores da segunda e terceira raízes cervicais, gânglios esfénopalatino, processo estilóide e ligamento estilo-mandibular também podem ser de alto valor para o diagnóstico. Monzillo (2000) expressa que o diagnóstico é de suma importância, uma vez que será necessário se diferenciar uma enxaqueca (cefaléia doença) de outras formas de dor de cabeça que sejam sintoma de outras doenças, como aquelas dores de cabeça que acompanham as meningites, os sangramentos cerebrais, os tumores cerebrais ou até mesmo sinusites agudas (cefaléia sintoma).

Diante desse contexto, pode-se perceber que a dor de cabeça é um mal extremamente comum, mas ao mesmo tempo, um dos mais difíceis de se definir. A dor varia de intensidade, é sentida como um desconforto ou uma dor insuportável. Ela pode aparecer por diversas causas e não escolhem idade e sexo. A enxaqueca é um tipo especial de dor que afeta apenas uma área limitada da cabeça, em geral, é acompanhada de outros sintomas. Não é nenhum problema grave, mas algumas vezes, chega a causar sérios transtornos na vida de uma pessoa sujeita a crises constantes, podendo acarretar mudança significativa na qualidade de vida, pela intensidade da dor.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi do tipo descritivo- exploratório, de caráter quali-quantitativo. Diante disso, Thiollent (1992) expõe que a fase exploratória consiste em descobrir o campo da pesquisa, os interesses e suas expectativas, estabelecendo um primeiro levantamento da situação dos problemas prioritários e de eventuais situações. Já Fachin (2001) salienta a qualidade, como se manifesta, podendo simplesmente ser definida como uma extensão ao longo da escala e em termos da qual o atributo da variável pode ser apreciado. De outra forma, qualquer propriedade pode ser objeto de quantificação e pode ser tratada de modo qualitativo.

LOCAL, POPULAÇÃO, AMOSTRA E PERÍODO

Esta pesquisa foi realizada no Centro Universitário Franciscano, na cidade de Santa Maria, RS. A população foi constituída de funcionários que trabalham no DERCA da Instituição. A amostra deste estudo foi de 8 funcionários. Para Fachin (2001), a finalidade amostral é de grande valia na pesquisa, permitindo custo reduzido; tempo reduzido para o levantamento dos dados que são coletados; indagações mais minuciosas; dados mais fidedignos, levando em consideração o fato de ser um trabalho mais simplificado que generalizado. Para fazer parte da amostra, foram criados alguns critérios de inclusão como estar consciente para responder aos questionamentos, fazer parte do quadro de funcionários desse setor há mais de dois anos e ter tempo integral no regime de trabalho. Foi realizada no mês de outubro de 2005.

TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, contendo 13 questões mistas, com mulheres e homens que trabalham no DERCA (Departamento de Registro e Controle Acadêmico) do Centro Universitário Franciscano, realizadas individualmente, em sala reservada e tranqüila, e com duração de de, aproximadamente, 30 minutos. Os dados serão registrados em forma de texto, conforme consentimento.

MÉTODO DE ANÁLISE

A análise dos dados foi feita por categorização, ou seja, foram discutidas as idéias que mais se repetiram, agrupando-as em elementos que as traduzem de forma sintética.

QUESTÕES ÉTICAS

Foram observadas, neste estudo, as questões éticas relacionadas aos sujeitos da pesquisa, observando as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CONSENTIMENTO

Dos sujeitos – por consentimento livre e informado, os sujeitos autorizaram sua participação voluntária na pesquisa e foi lhes assegurado o direito de retirar-se em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu cuidado.

SIGILO E ANONIMATO

Os sujeitos tiveram assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, prescrita pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

BENEFÍCIOS

Se os resultados da pesquisa puderem contribuir para a melhoria das condições de vida/saúde da população-alvo, serão comunicados aos sujeitos, preservando sua imagem e a auto-ética.

PROPRIEDADE INTELECTUAL DOS DADOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O termo de consentimento livre e esclarecido resguardará a autora do trabalho, a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

IDADE E SEXO DOS PARTICIPANTES

De acordo com a tabela 1, é possível observar que, apenas um sujeito é do sexo masculino e sete são do sexo feminino e as idades dos entrevistados variam entre 22 e 58 anos. Ao avaliar-se a composição etária, observa-se um grande número de funcionários com idade inferior a 30 anos com sintoma de cefaléia, estes, do sexo feminino. Carvalho (2001) aponta, a prevalência do sintoma da cefaléia, ao longo da vida, para 69% a 93% de indivíduos do sexo masculino e 94% a 99%, do sexo feminino.

Tabela 1 – Idade e sexo dos entrevistados.

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
20 a 30 anos	-	-	4	50,0	4	50,0
31 a 40 anos	-	-	1	12,5	1	12,5
41 a 50 anos	-	-	2	25,0	2	25,0
51 a 60 anos	1	12,5	-	-	1	12,5
TOTAL	1	12,5	7	87,5	8	100,0

TABAGISMO OU ETILISMO

Quanto ao consumo de tabaco e álcool, é importante salientar que nenhum dos entrevistados faz uso desses. Diante disso, Galvão citado por Teixeira (2001), durante seus estudos, constatou que as crises ocorrem, comumente, durante o sono e podem ser desencadeadas pelo uso de álcool, agentes vasodilatadores e hipóxia. Ao contrário deste estudo, os autores citados, anteriormente, salientam que muitos indivíduos que apresentam, como sintoma, a cefaléia são tabagistas, consomem abusivamente o álcool.

FREQÜÊNCIA DE CEFALÉIA

Na análise da tabela 2, vislumbra-se que 50% dos sujeitos fazem referência à cefaléia e 50% não fazem referência. Assim, é possível perceber que a cefaléia do tipo tensional episódica (CTTE) apresenta-se como o primeiro critério diagnóstico e a sua ocorrência é de pelo menos, 10 ataques anteriores de dor em menos de 15 dias por mês, com duração de 30 minutos, durante os sete dias subseqüentes (RODRIGUES, 2001).

Tabela 2 – Frequência de cefaléia.

FREQÜÊNCIA	CEFALÉIA				TOTAL	
	Sim		Não		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Nenhuma	-	-	2	25,0	2	25,0
2 vezes/mês	-	-	2	25,0	2	25,0
6 vezes/mês	2	25,0	-	-	2	25,0
8 vezes/mês	1	12,5	-	-	1	12,5
Muita freqüência	1	12,5	-	-	1	12,5
TOTAL	4	50,0	4	50,0	8	100,0

Da mesma forma, Gonzatto (2002), durante suas pesquisas, observou que há dois tipos principais de cefaléia: a tensional e a enxaqueca. A tensional é dividida em duas categorias: a aguda (que é a mais comum, pois ocorre apenas eventualmente e tende a ser de leve a moderada intensidade) e a crônica (que é igual ao tipo anterior, porém, com frequência de 15 dias, no mês ou mais); já as crises de enxaqueca são mais intensas e costumam vir acompanhadas de alguns sintomas associados como tontura, mal-estar, alterações visuais, náusea e vômito. Além disso, a vítima fica muito sensível à luminosidade, cheiro e sons.

LOCALIZAÇÃO DA DOR

Em relação à dor, Figura 1, 50% dos entrevistados apresentavam cefaléia, em locais variados do hemisfério cerebral, 25% somente dor na nuca, 12,5% relatavam dor em apenas um lado da região cerebral e 12,5% tinham dor, na nuca e na região frontal, concomitantemente. Ballone (2000) explica que a cefaléia é definida como aquela dor que atinge a região frontal, a área acima dos olhos ou toda a cabeça. A dor de cabeça pode ser provocada por muitas doenças. Nessa direção, Fragoso (1997) expõe seus achados relatando que a cefaléia, geralmente intensa, pode se localizar em qualquer área da cabeça, face ou pescoço. No contexto desse referencial, Filho (2001) contempla ainda a rigidez de nuca ou a sensação de aperto na região hemiclavicular. Assim, é importante salientar a reflexão de Sala (2003) o qual relata que a enxaqueca apresenta dor em um lado específico do crânio, podendo mudar de lado, segundo a ocasião, ora à direita, ora à esquerda.

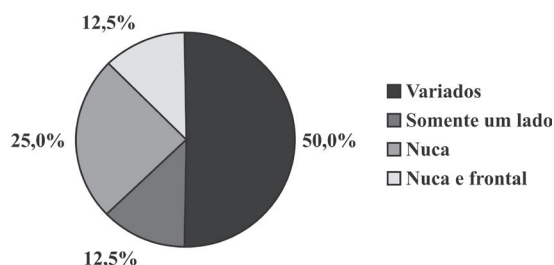


Figura 1 – Localização da dor.

FORMA DE COMO SE APRESENTA A DOR

Nesta questão foi avaliada a forma como a dor se apresentava, Figura 2: 37,5% relembram que a dor era de forma pulsátil, 25% na forma de pressão e, para 37,5%, apresenta-se, às vezes, de forma pulsátil e sob a forma de pressão. Para Fragoso (1997), geralmente, a dor surgia de forma latejante, caracterizada como uma dor de pouca intensidade podendo evoluir para um grau superior de dor em poucas horas.

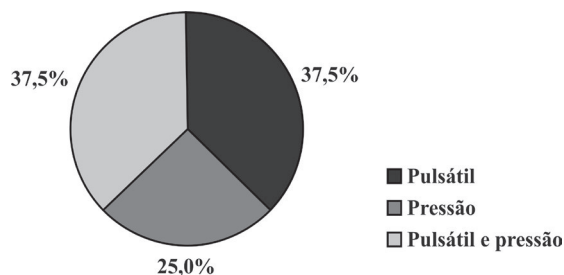


Figura 2 – Forma como se apresenta a dor.

Já, para Adler & Rogers (1999), uma pessoa com cefaléia fica muito abatida, os autores ainda descrevem a dor como pulsátil e o indivíduo acometido pode apresentar sintomas de formigamento e aceleração dos batimentos cardíacos. Nesse aspecto, Sala (2003) coloca que a característica de uma dor de cabeça tipo tensional é uma dor típica, tipo pressão, ou fisgada, às vezes, com a sensação de que escorre um líquido frio e, freqüentemente, com uma sensação de pressão tipo cinturão, em torno do hemisfério cerebral.

ALTERAÇÕES E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES

- Quando foi perguntado aos entrevistados, se durante as crises apresentavam algum sintomas como diplopia, fotofobia e fonofobia, caracterizando a intensidade da dor, 4 dos entrevistados relataram que manifestavam tais sintomas, enquanto que os outros 4 sujeitos colocaram que não apresentavam nenhuma das alterações mencionadas, Figura 3.

Tabela 3 – Alterações e manifestações dos entrevistados.

QUESTÕES	Sim		Não		Às vezes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Quando tem alguma crise, você apresenta alguma alteração como diplopia, fotofobia, fonofobia.	4	50,0	4	50,0	-	-
As crises têm algum fator desencadeante...	8	100,0	-	-	-	-
Você apresenta alguma alteração de humor?	7	87,5	1	12,5	-	-
A dor alivia com administração de analgésico ⁴ .	5	62,5	-	-	3	37,5

⁴ Tylenol (2); Aspirina (2), Anador (2), Magnopiról (1), Neosaldina (3), Novalgina (1), Dorflex (1).

Questões sobre a intensidade da dor têm sido desenvolvida por Sala (2003) o qual refere que, quando as dores são intensas, a utilização de fármacos apropriados deve ser mencionada, com o intuito de prevenir a intensidade da crise. O mesmo autor complementa a sua idéia relatando que sintomas, como as alterações visuais do tipo escotomas e vertigens, podem anteceder às crises de enxaqueca.

Por isso, Krymchantowski (2003) coloca que uma crise típica de enxaqueca é reconhecida pela dor, pois envolve metade do hemisfério cerebral podendo agravar-se com a prática de qualquer atividade física, assim o início das crises está associado a náuseas, vômitos, desconforto com a exposição à luz e com ruídos. Com isso, o autor, durante seus estudos, relata que os indivíduos acometidos de enxaqueca apresentam diminuição da força muscular de um lado do corpo e tonturas e essas manifestações podem durar até 72 horas.

Essa posição vem ao encontro dos trabalhos desenvolvidos por Adler & Rogers (1999), os quais afirmam que a enxaqueca não é apenas um nome dado à dor de cabeça extraordinariamente dolorosa, porém exprime um diagnóstico específico que envolve uma dor cujo começo é num lado da cabeça, acompanhada de náusea, hipersensibilidade à luz e a sons.

- Dentre as alterações metabólicas que podem desencadear as crises de enxaqueca, 100% dos participantes relataram que existe relação com fatores, como dormir muito, dormir pouco, dormir fora de hora, ingestão de determinados alimentos, odores fortes, período menstrual, exposição à luz solar, esforço físico exagerado, ingestão de bebidas alcoólicas e estresse.

De acordo com os dados relatados pelos participantes do estudo, Krymchantowski (2003) também observou que existem fatores que podem deflagrar a crise da dor, como estresse, menstruação, dormir mais que o habitual, presença de luz forte, certos medicamentos, alterações climáticas, jejum prolongado, exercícios intensos, ingestão de certos alimentos e bebidas alcoólicas. É indispensável acrescentar também as considerações de Sala (2003), pois os seus achados são relacionados aos contemplados nesta pesquisa. Ele expõe que a cefaléia, muitas vezes, está vinculada a situações de estresse, vida agitada, excesso de atividade, sono insuficiente e excesso de preocupação.

Já para De Cicco (2000), nos homens, principalmente, as crises de enxaqueca costumam ocorrer nos finais de semana ou durante um feriado, provavelmente, como resultado do relaxamento que se segue após uma semana de trabalho.

- As alterações de humor foram expressas como uma manifestação decorrente da enxaqueca, pois dos 8 participantes, 7 referiram este tipo de alteração, contra 1 que relata não apresentar nenhuma alteração de humor. A partir dessa constatação, recorri aos achados de De Cicco (2000), o qual coloca que a dor pode vir a acarretar alteração de humor, sede ou fome anormais e perturbação do sono.

Outra questão merece discussão, a dor cede após a administração de analgésicos, pois foi observado que 5 dos participantes relataram alívio com o uso de analgésico, enquanto três deles, às vezes, sentiam alívio com a administração do medicamento.

Por isso, Sala (2003) afirma que, geralmente, em tais circunstâncias, alguém acaba sugerindo um analgésico comum que resolva a situação. Em contrapartida, Prieto (2000) relata que o uso abusivo de analgésicos sem a adequada orientação tem ampliado as conseqüências e dificultado a cura das dores de cabeça em geral e de doenças incapacitantes como a enxaqueca.

Assim é importante destacar os achados de Júnior (2003) o qual relata que, muitas vezes, analgésicos podem não ser suficientes. Necessita-se então de drogas que normalizem a ação dos neurotransmissores, pois o tratamento da enxaqueca depende da freqüência da dor, da intensidade das crises e da resposta à medicação. Há o tratamento preventivo voltado, basicamente, para o uso de medicamentos, os quais são utilizados em caráter regular, pois apresentam um mecanismo de ação que atuam nos receptores desses neurotransmissores alterados e que causam a cefaléia (KRYMCHANTOWSKI, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerei muito importante a averiguação das causas da cefaléia, pois pude notar a importância de um diagnóstico precoce, como método de controle e tratamento desta alteração metabólica. Pode-se perceber que existem diversos tipos de cefaléia, provocadas por vários fatores: genéticos, ambientais ou associados a outras doenças. Com o exposto e de acordo com as discussões realizadas com os estudiosos da área, foi possível vislumbrar que a identificação da origem da dor pelas manifestações clínicas é o melhor e mais seguro método para prevenção.

Durante a execução deste estudo, observou-se que a incidência de cefaléia, nos clientes assistidos, é no sexo feminino, pois 87,5% dos participantes são mulheres.

Vale notar que as entrevistadas de menos idade foram as que apresentaram maior frequência de cefaléia, e as com idade mais avançada apresentaram cefaléia com menor frequência. Acrescente-se a isso as reflexões dos pensadores sobre esta temática os quais colocaram que a incidência é bem mais acentuada em mulheres com idade inferior a 40 anos de idade.

O mesmo vale para as questões da utilização do tabaco e álcool, pois a incidência de cefaléia é maior em indivíduos que utilizam tais drogas lícitas, porém dos funcionários do DERCA, nenhum faz uso de tabaco nem de álcool, mas todos apresentam cefaléia por algum fator desencadeante.

Conclui-se, portanto, que qualquer uma das estruturas do hemisfério cerebral pode sofrer processos dolorosos, incluindo músculos, vasos, nervos, ossos, dentes, olhos e seios da face. Percebe-se então a importância do tratamento das causas da cefaléia, para que ocorra a melhora desse sintoma.

Diante das considerações feitas, nota-se a importância de orientações aos sujeitos deste estudo, afim de oferecer esclarecimentos sobre os sinais expressos pelo corpo, em decorrência, muitas vezes, de alterações biopsicoemocionais as quais são manifestadas na forma de cefaléia. Esse sintoma, dependendo da sua intensidade, interfere na qualidade de vida desses funcionários, visto que essas pessoas desempenham suas funções diretamente com outras pessoas e é um fator relevante para o SER HUMANO a preservação do seu bem estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, Jerry; ROGERS, Adam. **Enxaqueca**: um mal com muitas origens. Disponibilidade em: <<http://www.estado.estadao.com.br/edicao/pano/99/02/13/ger847.htm>>. Acesso em 8 de out 2003.

ALMEIDA, Elisabete. **Abordagem do paciente com enxaqueca**. Disponibilidade em: <<http://www.lincx.com.br/lincx/atualizacao/artigos/abordagem-enxaqueca.htm>>. Acesso em 25 de set 2003.

BALLONE, Geraldo J. **Dor de cabeça**. Disponibilidade em: <<http://www.uol.com.br/gballone/psicossomatica/imuno.html>>. Acesso em 3 de out 2003.

BENNETT, J. Claude; PLUM, Fred. **Cecil**: tratado de medicina interna. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BRUNNER, Suzane C.; SUDDARTH, Brenda G. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgica**. 9.ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koorgan, 2002.

CARVALHO, Deusvenir S. **O mito da cefaléia psicogênica**. Disponibilidade em: <http://www.unifesf.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_05.htm#inicio>. Acesso em 1 de out 2003.

DE CICCIO, Lúcia Helena S. **Dor de cabeça e enxaqueca**. Disponibilidade em: <<http://www.saudevidaonline.com.br/.../artigo78.htm>>. Acesso em 20 de out 2003.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FILHO, Jorge Eurí. **Maldita dor de cabeça**. Disponibilidade em: <<http://www.vidamed.com.br/terceira.asp?ID=200&secao=6>>. Acesso em 14 de out 2003.

FRAGOSO, Yara. **Cefaléias**. Disponibilidade em: <<http://www.doutorbusca.com.br/artigos/showquestion.asp?faq=6&fldAuto=78>>. Acesso em 14 de out 2003.

GONZATTO, Marcelo. **A mais chata das dores**. Disponibilidade em: <http://www.educaterra.com.br/almanaque/ciencia/dor_cabeca1.htm>. Acesso em 1 de out 2003.

JÚNIOR, Edgard Raffaelli. **Dor de cabeça: corte este pavio**. Disponibilidade em: <http://www.saudebrasilnet.com.br/revista/edicao7/dor_de_cabeca_7.asp>. Acesso em 20 de out 2003.

KRYMCHANTOWSKI, Abouch. **Não permita que uma dor de cabeça se torne uma crise de enxaqueca**. Disponibilidade em: <http://www.saude.com.br/entrevistas_materiais/saude/Folder.2003_10_15.0224/principal>. Acesso em 8 de out 2003.

LITWINIAK, Janete R. **Enxaqueca**. Disponibilidade em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?181>>. Acesso em 25 de set 2003.

MONZILLO, Paulo. **Enxaqueca**. Disponibilidade em: <<http://www.mentalhelp.com.br/enxaqueca.htm>>. Acesso em 25 de set 2003.

PRIETO, Ana Carolina. **Abuso de analgésicos pode levar à dor de cabeça diária**. Disponibilidade em: <http://www.utihuf.hpg.ig.com.br/abuso_analgescicos.htm>. Acesso em 8 de out 2003.

RODRIGUES, Izair J. **Cefaléia tipo tensional terapia com acupuntura**. Disponibilidade em: <<http://www.saudetotal.com/mtc/002.htm>>. Acesso em 1 de out 2003.

SALA, Henrique Velloso. **Dor de cabeça**. Disponibilidade em: <<http://www.pacienteonline.com.br/neurologia/dorcabeca.htm>>. Acesso em 14 de out 2003.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; FIGUEIRÓ, João Augusto B. **Dor**: epidemiologia, fisiologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Jr, 2001.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1992.