

**Este questionário é anónimo,
agradecemos antecipadamente a sua colaboração**

Especialidade: Neurologia Medicina Geral e Familiar

Idade: _____ anos

Sexo: F M

Ano de licenciatura _____

Local de exercício da função: Cidade Meio Rural

Dentro da sua prática, a enxaqueca é uma patologia que lhe interessa especialmente?

Sim, muito Sim Não muito Mesmo nada

Em média, quantos doentes com enxaqueca o consultam por mês?

0-5 6-10 11-20 >20

Percepção da doença

Considera a enxaqueca uma doença na verdadeira acepção da palavra?

Sim Não

Considera que a enxaqueca é uma patologia incapacitante?

Sim, muito Sim Não muito Mesmo nada



Os DALYs (Disability Adjusted Life Years) são a soma dos anos de vida potencial perdidos devido a mortalidade prematura com os anos de vida produtiva perdidos devido a incapacidade.

A tabela que se segue lista das 14 doenças neuropsiquiátricas com maior impacto em termos de DALYs, para todo o Mundo segundo o World Health Report da OMS em 2001, incluindo todos os grupos etários e ambos os géneros.

Pedimos-lhe que ordene as patologias seguintes de 1 a 14 por DALYs, sendo 1 a que pensa ter maior DALYs e 14 a menor.

	ORDENAÇÃO (1 a 14)
Doença afectiva Bipolar	<input type="radio"/>
Depressão (unipolar)	<input type="radio"/>
Doenças associadas ao consumo de drogas	<input type="radio"/>
Perturbação Pós-traumática	<input type="radio"/>
Doença Obsessivo-compulsiva	<input type="radio"/>
Doenças associadas ao abuso de álcool	<input type="radio"/>
Alzheimer e outras Demências	<input type="radio"/>
Enxaqueca	<input type="radio"/>
Perturbação do Pânico	<input type="radio"/>
Insónia (primária)	<input type="radio"/>
Esquizofrenia	<input type="radio"/>
Esclerose Múltipla	<input type="radio"/>
Epilepsia	<input type="radio"/>
Doença de Parkinson	<input type="radio"/>

Considera que as expectativas do doente com enxaqueca são demasiado elevadas para a resposta que lhe pode dar?

- Sempre Muitas vezes Raramente Nunca

Está satisfeito com as opções actualmente disponíveis para o tratamento da crise de enxaqueca?

- Muito insatisfeito Insatisfeito
 Satisfeito Muito satisfeito

Está satisfeito com as opções actualmente disponíveis para o tratamento preventivo da enxaqueca?

- Muito insatisfeito Insatisfeito
 Satisfeito Muito satisfeito

Considera que o tratamento de um doente com enxaqueca consome demasiado tempo?

- Sempre Muitas vezes Raramente Nunca

É frequente o doente com enxaqueca apresentar co-morbilidades como ansiedade ou depressão, que dificultam o seu tratamento?

- Sempre Muitas vezes Raramente Nunca

Acha que há doentes com enxaqueca que o consultam devido a outras patologias mas não referem a enxaqueca?

- Sempre Muitas vezes Raramente Nunca

Pensa que o tratamento da enxaqueca é difícil porque o doente com enxaqueca é pouco assíduo e procura frequentemente diferentes médicos pelo mesmo motivo?

- Sim, muito Sim, um pouco Não muito Nada



Parece-lhe difícil fazer o doente com enxaqueca aceitar que sofre de uma cefaleia primária e não de uma cefaleia secundária (por ex. secundária a um tumor cerebral ou a um aneurisma)?

- Sim, muito Sim, um pouco Não muito Nada

Em relação ao tratamento da crise de enxaqueca, ordene por favor os critérios seguintes de acordo com a importância que lhes dá. (de 1-mais importante a 4-menos importante)

- Alívio rápido da dor ≤ 2h Tolerabilidade
 Toma única Retoma rápida da actividade diária

Quando prescreve a um doente um tratamento preventivo, qual é a percentagem de eficácia na diminuição do número de crises que fixa como objectivo terapêutico ?

- 30% 50% 70% 90%

Revê sistematicamente os seus doentes depois de uma primeira consulta?

- Sempre Muitas vezes Raramente Nunca

As perguntas que se seguem referem-se às suas dores de cabeça

Alguma vez na sua vida sofreu de dores de cabeça de qualquer tipo ?

- Sim Não

Durante o último ano teve alguma dor de cabeça de qualquer tipo?

- Sim Não

Se respondeu negativamente a ambas as perguntas, agradecemos desde já a sua participação.

Se respondeu afirmativamente a alguma das duas perguntas, agradecemos que continue o questionário

Com que frequência tem habitualmente dores de cabeça?

- Todos os dias ____ dias por mês ____ dias por ano

Teve uma dor de cabeça ontem?

- Sim Não

SE SIM,

- Quanto tempo durou?

- Todo o dia ____ horas ____ minutos

- Qual foi a sua intensidade?

- Ligeira Moderada Intensa

- Afectou a sua capacidade de realizar as suas tarefas diárias (tudo aquilo que teria feito normalmente ontem)?

- Fiz tudo como normal Não consegui fazer algumas coisas Não consegui fazer nada

- Agora pense naquilo que poderia ter feito ontem se não tivesse tido uma dor de cabeça. De tudo o que poderia ter feito, quanto é que efectivamente fez?

- Nada Menos de metade Mais de metade Tudo

Durante **os últimos 3 meses**, ocorreu algum dos seguintes sintomas com as suas dores de cabeça?

	Sim	Não
Sentiu-se nauseada(o) ou mal disposta(o) enquanto estava com dor de cabeça ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A luz incomodou-a(o) (muito mais do que quando não tem dor de cabeça)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As suas dores de cabeça limitaram a sua capacidade de trabalhar, estudar, ou fazer o que precisava de fazer durante, pelo menos, um dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As perguntas abaixo, referem-se às dores de cabeça, ou episódios de enxaqueca sem dor de cabeça, que possa ter sentido na sua vida.

- | | Sim | Não |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Tem dores de cabeça frequentes ou intensas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As suas dores de cabeça costumam durar mais de 4 horas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Costuma ficar enjoado(a) quando tem uma dor de cabeça? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A luz ou barulho incomodam-no(a), quando tem dor de cabeça? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A dor de cabeça limita qualquer das suas actividades físicas ou intelectuais? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tem alguém próximo (familiar/amigo próximo) que sofra de enxaqueca? | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |

Sofre de enxaqueca? Sim Não

Se sofre de enxaqueca agradecemos que continue o questionário.

Se não sofre de enxaqueca agradecemos desde já a sua colaboração

Características da enxaqueca

Com o objectivo de completar os dados epidemiológicos referentes às características mais habituais das suas crises de enxaqueca, agradecemos a sua resposta às questões seguintes

Desde que idade sofre de enxaqueca? _____ anos

Sem qualquer tratamento, a sua enxaqueca tem uma duração que pode ir de 4 horas até 3 dias?

Sim Não

Sem qualquer tratamento, qual é a duração mais habitual da sua crise de enxaqueca?

4-12 horas 12-24horas 24-48 horas 48-72 horas

Já teve pelo menos 5 crises de enxaqueca durante a sua vida? Sim Não

A sua dor durante a crise de enxaqueca é: Unilateral Bilateral

A sua dor é de tipo:

- Pulsátil ou latejante Pressão, peso ou aperto
 Picadas, guinadas Outro tipo de dor

A dor intensifica-se com o esforço ou as actividades físicas de rotina (subir escadas, andar depressa), ou durante a dor evita fazer qualquer esforço, por mínimo que seja?

Sim Não

Qual é habitualmente a intensidade da sua dor?

- Ligeira, permitindo-me manter as minhas actividades habituais apesar da dor
 Moderada, impedindo-me de efectuar as minhas actividades/ tarefas habituais da forma normal isto é, a dor interfere com o meu trabalho ou actividades mas consigo continuar a funcionar
 Grave, habitualmente não consigo funcionar e tenho que me retirar, ir para casa ou para o hospital.

Durante as crises de enxaqueca costuma ter náuseas ou ficar enjoado e, eventualmente, vomitar mesmo? Sim Não

Durante as crises de enxaqueca costuma ficar incomodado com a luz e com o som?

Sim Não

Quando está com dores de cabeça:

	Muitas vezes	Algumas vezes	Não
Sente-se confuso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custa-lhe efectuar tarefas com a velocidade normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em seguir um trajecto (a conduzir ou a andar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em pensar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custa-lhe manter uma linha de pensamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em compreender as palavras que lhe dizem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em organizar uma frase ou uma conversa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em dizer nomes das pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em lembrar-se do nome correcto dos objectos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De que tipo são as suas crises de enxaqueca?

- Sempre com aura Sempre sem aura Com e sem aura

Se é uma mulher, as crises de enxaqueca estão relacionadas com o ciclo menstrual?

- Sim, unicamente Sim, frequentemente Não

Entre as suas crises mais fortes, é habitual ter outras dores de cabeça mais fracas?

- Sim Não

Se sim, quais são as características sintomatológicas dessas dores de cabeça mais fracas?

- Principalmente tipo enxaqueca Principalmente tipo cefaleia de tensão
 Outro _____

Qual a frequência habitual das suas crises de enxaqueca?

- Menos de 1 vez por mês 1-4 vezes por mês Mais de 4 vezes por mês

Impacto da enxaqueca na sua vida

Nos últimos 3 meses quantas crises teve? _____

Por favor, responda às seguintes perguntas sobre TODAS as cefaleias que teve nos últimos 3 meses. Escreva a sua resposta a seguir a cada pergunta. Escreva 0 (zero) se não efectuou a actividade referida nos últimos 3 meses. (Se necessário, recorra a um calendário).

Em quantos dias nos últimos 3 meses teve de faltar ao emprego devido às cefaleias? _____

Quando ainda conseguiu ir trabalhar, em quantos dias nos últimos 3 meses a sua produtividade esteve reduzida a metade ou mais, devido às cefaleias? (sem contar com os dias que considerou na pergunta anterior) _____

Em quantos dias, nos últimos 3 meses, teve de deixar de fazer os seus trabalhos domésticos por causa das cefaleias? _____

Quando ainda foi capaz de fazer os seus trabalhos domésticos, em quantos dias, nos últimos 3 meses, esteve a sua produtividade reduzida a metade ou mais devido à enxaqueca? (sem contar com os dias que considerou na pergunta anterior) _____

Em quantos dias, nos últimos 3 meses, teve de faltar a actividades com a sua família, actividades sociais ou de tempos livres por causa das cefaleias? _____

Quando ainda foi capaz de continuar as suas actividades familiares, sociais e de tempos livres, em quantos dias a enxaqueca as tornou desconfortáveis? (sem contar com os dias que considerou na pergunta anterior) _____

Acha que sua enxaqueca influencia a sua forma de tratar os doentes com enxaqueca?

- Sim Não

Acha que sua enxaqueca influencia a sua percepção em relação aos doentes com enxaqueca?

- Sim Não

Partilha espontaneamente o facto de sofrer de enxaqueca com os seus doentes com enxaqueca?

- Sim Algumas vezes Não

Se não, fá-lo no caso de ser questionado pelo doente?

- Sim Não



Tratamento da enxaqueca

Tratamento da crise

Que medicamento(s) utiliza para tratar as suas crises de enxaqueca?
(é possível mais do que uma resposta)

1. paracetamol 2. aspirina 3. ibuprofeno
 4. naproxeno 5. outros AINE 6. derivados de ergotamina orais
 7. analgésicos em combinação 8. antieméticos
 9. triptanos (especifique) _____ 10. outros (especifique) _____

De entre os medicamentos acima, qual o que utiliza mais frequentemente para tratar as suas crises de enxaqueca? (Indique por favor o número correspondente, indique apenas uma resposta): Nº _____

Qual é o seu grau de satisfação no que diz respeito ao medicamento que indicou?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

Marque na escala abaixo, com um traço vertical, o seu grau de satisfação?



Consegue um alívio significativo da dor 2 horas após a toma deste medicamento? Sim Não

Tolera bem este medicamento? Sim Não

Utiliza uma toma única deste medicamento (por crise)? Sim Não, nº de tomas _____

Este medicamento permite-lhe retomar rapidamente as suas actividades habituais?

- Sim A maior parte das vezes Raramente Não

Tratamento preventivo

Utiliza um tratamento de prevenção para a sua enxaqueca?

- Sim Não

Se sim, qual?

Antiepiléticos

- Valproato de sódio Topiramato
 Outros (especifique) _____;

Anti-depressivos

- Amitriptilina Fluoxetina
 Outros (especifique) _____;

Antihipertensores

- Inderal Verapamil
 Outros (especifique) _____;

Outros anti-migranosos

- Oxitriptano Mesilato de dihidroergotamina Flunarizina _____;
 outros (especifique) _____

Desde quando: _____ meses

Tem um registo ou diário das suas crises de enxaqueca?

- Sim Não



Avaliação do consumo de medicamentos

Nos últimos 3 meses, para tratar a sua enxaqueca ou outras cefaleias, tomou de forma regular um ou mais dos seguintes medicamentos?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Paracetamol | <input type="radio"/> menos de 15 dias/mês | <input type="radio"/> 15 ou mais dias/mês |
| <input type="radio"/> Aspirina | <input type="radio"/> menos de 15 dias/mês | <input type="radio"/> 15 ou mais dias/mês |
| <input type="radio"/> AINE | <input type="radio"/> menos de 15 dias/mês | <input type="radio"/> 15 ou mais dias/mês |
| <input type="radio"/> Triptanos | <input type="radio"/> menos de 10 dias/mês | <input type="radio"/> 10 ou mais dias/ mês |
| <input type="radio"/> Derivados da ergotamina | <input type="radio"/> menos de 10 dias/mês | <input type="radio"/> 10 ou mais dias/mês |
| <input type="radio"/> Derivados opióides | <input type="radio"/> menos de 10 dias/mês | <input type="radio"/> 10 ou mais dias/mês |
| <input type="radio"/> Associações de medicamentos contendo vários princípios activos ou toma de vários medicamentos | <input type="radio"/> menos de 10 dias/mês | <input type="radio"/> 10 ou mais dias/mês |
| <input type="radio"/> Outros (especifique) _____ | <input type="radio"/> Média/mês _____ dias | |

Muito obrigado pela sua participação

