

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA

***RASTREAMENTO DO CAMINHO SEGUIDO PELOS PACIENTES COM QUEIXA
DE CEFALÉIA ATÉ CHEGAREM AO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE
NEUROLOGIA***

Hélio Pancotti Barreiros

Dissertação apresentada como requisito parcial para cumprir as exigências para obtenção do grau de Mestre em Neurologia.

NITERÓI, RJ
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA

***RASTREAMENTO DO CAMINHO SEGUIDO PELOS PACIENTES COM QUEIXA
DE CEFALÉIA ATÉ CHEGAREM AO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE
NEUROLOGIA***

Autor: Hélio Pancotti Barreiros

Orientador do Conteúdo: Prof. Dr Pedro Ferreira Moreira Filho

Aprovada em/...../....., pela banca examinadora:

Prof. Osvaldo J. M. Nascimento

Prof. Adalmir Morterá Dantas

Prof. Jano Alves de Souza

Niterói, RJ
2009

Barreiros, Hélio Pancotti

RASTREAMENTO DO CAMINHO SEGUIDO PELOS
PACIENTES COM QUEIXA DE CEFALÉIA ATÉ CHEGAREM AO
ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE NEUROLOGIA

IX, 42f.

Dissertação (Mestrado. neurologia) UFF.

1. Epidemiologia. 2. Cefaléia. 3. Entrevista. I. Universidade Federal
Fluminense. II. Título.

DEDICATÓRIA

Aos meus professores, em especial ao Professor Pedro Ferreira Moreira Filho,
que tiveram muitos episódios de cefaléia por me orientarem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Criador de todas as coisas, inclusive do Ser Humano, que foi criado sem doenças, inclusive sem cefaléia, as quais vieram após a desobediência de Adão.

RESUMO

A cefaléia é um sintoma altamente prevalente. Sua morbidade também é alta, pois causa danos à saúde bem como prejuízos econômicos, sociais e emocionais. Existem referências à sua existência há séculos e nas sociedades antigas já se tentava eliminar esse mal. O grande avanço da medicina trouxe inovações tecnológicas e a solução de muitos problemas, contudo a cefaléia continua ainda a prejudicar a vida de muitos. O neurologista é o especialista médico que estuda essa moléstia mais profundamente, mas o público leigo prioriza outros especialistas quando procura auxílio por causa de sua cefaléia. Foram feitas entrevistas com 300 pessoas que procuraram o ambulatório de neurologia, num Centro de Saúde Municipal, com queixa de cefaléia. Todos eles já tinham procurado outro especialista antes de virem ao neurologista e não tinham conseguido a resolução de sua queixa. O médico mais procurado foi o oftalmologista, em 36% dos casos, para todas as faixas etárias e sexos. O presente trabalho registrou inclusive as especialidades dos outros médicos que foram procurados e em que proporção. Também avaliou se esses profissionais de saúde referiram o paciente com queixa de cefaléia para o neurologista. Seguindo a ordem de preferência, aparece a figura do clínico geral em 23,33% das vezes, do otorrinolaringologista (ORL) em 13% dos casos, e do pediatra em 9,66% dos pacientes. Dos pacientes atendidos pelo oftalmologista, 44,44% foram referidos ao neurologista; 45,72% dos clínicos fizeram essa referência; mas apenas 5,13% dos ORLs encaminharam os pacientes com queixa de cefaléia ao neurologista. Os pediatras encaminharam em 41,37% das vezes e

o médico de família o fez em 61,12% dos casos. Uma porcentagem muito grande de médicos não encaminhou o paciente com queixa de cefaléia ao especialista, talvez por falta de conhecimento técnico do assunto.

ABSTRACT

Headache is a highly prevalent symptom. Its morbidity is high as well because it causes damages to health as well as economic, social and emotional prejudices. There has been reference to its existence for centuries and in the ancient societies there used to have attempts to eliminate such evil. Medicine's great advance has brought about technological innovations and the solution to many maladies; however headache still continues to prejudice many people's lives. The neurologist is the medical specialist who more deeply studies such molest but lay people priorities other doctors when looking for help in order to solve their headache. Thirty hundred interviews were made with those who sought for the neurology office, in a Health City Centre, complaining of headache. They all have already tried another medical specialist before coming to the neurologist but have not managed to solve their complaint. The most requested doctor was the ophthalmologist in 36% of cases in all age and sex range. This paper has registered other medical specialties that has been sought and in which proportion. It has also evaluated whether this health professionals had referred the claiming patient to the neurologist. Following the preferential order, there appears the figure of the general clinician in 23,33% of times, otorrinolaringologist (ORL) in 13% of cases, and the pediatrician in 9,66% of patients. From those seen by the ophthalmologist, 44,44% were sent to the neurologist; 45,72% of the clinicians have made such reference; but only 5,13% of the ORLs have sent the aching patients to the neurologist. The pediatrician have made it in 41,37% of times and the family doctors have done it in 61,12% of cases. A very high percentage of

physicians did not send the headache complaining patient to the specialist perhaps because of the lack of doctor's technical knowledge.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	8
1.1 – OBJETIVO	14
1.2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2 – PACIENTES E MÉTODO	26
2,1 – DA SELEÇÃO DA AMOSTRA	26
2.2 – DO LOCAL DA SELEÇÃO DA AMOSTRA	27
2.3 – DA OBTENÇÃO DOS DADOS	28
2.4 – DA ANÁLISE DOS DADOS	29
3 – RESULTADOS	30
4 – DISCUSSÃO	36
5 – CONCLUSÃO	47
6 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	48

1 - INTRODUÇÃO

A medicina é uma ciência em constante desenvolvimento e graças a tal evolução, muitas doenças já foram curadas. No entanto, existem muitas condições médicas para as quais ainda não se chegou a esse ideal. Nestes casos, embora a solução ainda não tenha sido alcançada é possível oferecer um controle e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. É neste contexto que se situa a cefaléia.

Cefaléia é um sintoma e, como tal, é subjetivo. Portanto, somente quem experimenta a dor é que pode ter conhecimento completo de seu significado. O sinal, por sua vez, é visível ou pode ser conhecido de maneira

indistinta por todos. Um dos maiores desafios do raciocínio clínico é, justamente, conseguir penetrar na dimensão que o sintoma tem para aquele que o possui, interagir com o paciente e alcançar o significado que tem para ele.

Aquele que sofre por causa de sua cefaléia passa por muitos profissionais que não foram adequadamente treinados para o raciocínio clínico de diagnóstico da mesma e, assim, solicitam uma grande quantidade de exames complementares, muitos deles desnecessários, na expectativa de encontrarem uma resposta. Com isso, oneram o custo dos serviços de saúde, públicos e/ou privados, e criam a falsa expectativa de que a resposta será encontrada através daquele exame, seja de imagem ou de outro tipo.

Mais ainda, sem um diagnóstico definido há maior probabilidade de um tratamento deficiente, continuando os prejuízos pessoais e econômicos decorrentes do impacto que as cefaléias primárias têm sobre a vida de seus portadores.

Um dos tipos mais incapacitantes de cefaléia é a enxaqueca, também conhecida como migrânea. Daqui em diante, o termo usado nesta dissertação para se referir à enxaqueca será migrânea.

RAFFAELLI Jr, SOUZA Neto & ROESLER (2005) dizem que 93% da população em geral já tiveram uma dor de cabeça em algum momento de sua vida e que, deste número, 31% precisariam de tratamento médico em razão da incapacidade funcional que as crises causam. Os autores acrescentam que 76% das mulheres e 56% dos homens relatam pelo menos uma dor de cabeça ao

mês e que, entre as crianças, 39% delas, aos 6 anos de idade, já sabem o que é ter dor de cabeça, cifra que sobe para 70% aos 15 anos de idade.

Esses autores citam um estudo feito em uma grande empresa no Rio de Janeiro com 993 funcionários, onde foi calculado o custo de horas não trabalhadas por causa da cefaléia e chegou-se a uma perda anual de 145 mil reais para a empresa. A conclusão a que se chegou é que seria mais barato tratar os funcionários.

A despeito de tudo o que foi dito antes, a falta de informação adequada faz com que 60% das mulheres e 70% dos homens com cefaléia nunca tenham procurado ou recebido diagnóstico e tratamento adequados (OP.CIT).

SPECIALLI (2003) relata que a experiência de vida de um paciente acometido de migrânea (migranoso) pode ser muito traumática. Este autor também relata um estudo feito no Brasil, em uma cidade pequena no interior do Estado de São Paulo, onde foi estimado o gasto anual de U\$ 42.500,00 com aqueles que padecem dessa condição.

Nos EUA, onde a sociedade valoriza demasiadamente os assuntos financeiros, a medicina se preocupa muito com conseqüências econômicas. Lá, tem sido estimado que, por ano, deve-se à cefaléia em geral mais de um milhão de dias de faltas à escola e mais de 150 milhões de dias de ausência ao trabalho, gerando uma perda de produtividade estimada, no mercado de trabalho, de 6,5 a 17,2 bilhões de dólares (SAPER *et al*, 2000).

Merece ser lembrado que a cefaléia é uma das mais importantes e freqüentes queixas que levam pessoas a procurarem atendimento médico. Alguns autores chegam a dizer que nove entre dez pessoas da humanidade experimentarã cefaléia, em algum momento de suas vidas (LINET, 1989).

Com relação às suas causas, as cefaléias podem ser classificadas em Primárias ou Secundárias, como muitas condições médicas são divididas. As Primárias, também chamadas Idiopáticas, estão sempre sendo estudadas na procura por uma solução, enquanto que as Secundárias sempre nos remetem à sua causa. Embora ainda não se tenha descoberto cura para as cefaléias primárias, é possível dar ao cefalálgico uma qualidade de vida melhor com o alívio de sua dor.

No entanto, no exercício diário da clínica se pode observar que muitos são os pacientes que chegam ao neurologista amargando suas dores por longa data, sem solução, apesar de já ser possível amenizar seu sofrimento. E isto se deve, em parte, ao fato de os profissionais de saúde provavelmente não serem treinados adequadamente para o manejo da cefaléia.

Apesar dessa observação, não só entre os neurologistas como também entre os profissionais de saúde em geral, não existem muitos trabalhos científicos para avaliar essa informação seja quantitativa e/ou qualitativamente. Parece que há um grande hiato no estudo das cefaléias no que se refere à formação médica.

1.1- OBJETIVO

Este trabalho tem o objetivo pouco estudado de identificar os profissionais de saúde que tiveram contato com pacientes cefalálgicos antes do neurologista.

1.2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A literatura médica possui estudos populacionais realizados em várias partes do mundo e com amostragens diferentes, no que diz respeito ao acesso que um paciente com cefaléia tem a um atendimento médico.

Existem estudos epidemiológicos locais, como o realizado por SOON, SIOW, TAN em Singapura em 2005 e o de DEMIRKIRKAN, ELLIDOKUZ, BOLUK na Turquia em 2006. Há trabalhos de alcance nacional, como o de LINDE, DAHLOF na Suécia em 2003; o de LUCAS *et al* na França em 2004; e o de BIGAL *et al* (2003) no Brasil. Também há levantamentos

epidemiológicos internacionais como o de LIPTON *et al* em 2003 realizado ao mesmo tempo nos EUA e no Reino Unido.

Os estudos multicêntricos, que podem ser nacionais ou internacionais, atualmente figuram como os mais confiáveis existentes, pois eles abrangem uma população maior na amostra e incluem sociedades com diferentes tipos de comportamento. Entre esses estudos, citamos o de MACGREGOR, BRANDES, EIKERMANN que foi feito em 2002 e teve lugar simultaneamente nos EUA, Reino Unido, Itália, França e Alemanha.

A maioria dessas avaliações epidemiológicas usou a 1ª edição da classificação da International Headache Society (IHS) como critério diagnóstico para migrânea; o estudo de LUCAS *et al* usou a 2ª edição da classificação da IHS, e o estudo local de SOON, SLOW, TAN usou um modelo elaborado pelo ministério de saúde de Singapura.

SOON, SLOW, TAN (2005) usaram critérios diagnósticos para migrânea elaborados pelo Ministério de Saúde de Singapura. De acordo com a política de saúde local, um paciente só pode ir a um especialista se for encaminhado por um generalista. Este trabalho mostrou que 32% dos migranosos tiveram seu diagnóstico feito por um generalista do tipo Médico de Família. Também é digno de nota que as taxas de sucesso foram muito maiores no tratamento com o especialista.

DEMIRKIRKAN, ELLIDOKUZ, BOLUK (2006), na Turquia, avaliaram estudantes universitários com migrânea e observaram que apenas 18,8% estavam conscientes de sua condição.

LINDE, DAHLOF (2003), na Suécia, referiram que 44% dos migranosos nunca procuraram um médico devido às suas cefaléias, e que 24% desses enfermos nem sabiam que tinham essa afecção. Além disso, 49% dos que sofriam de migrânea tiveram seus diagnósticos feitos por um médico mas só 6% aderiram a um tratamento regular.

Usando a 2ª Classificação da IHS, LUCAS *et al* (2004) conduziram um levantamento epidemiológico na França. Conforme esse estudo, 60% dos migranosos não estavam conscientes de sua condição; destas pessoas, 19,8% até negaram ter a enfermidade e 39,7% não eram capazes de caracterizar suas dores. Do total dos migranosos, 59,5% já tinham tido uma consulta médica e apenas 34,1% mantinham acompanhamento regular. No total, 79,7% dos enfermos não tinham seguimento médico e, entre os que tinham um acompanhamento regular, 83,4% o faziam com um clínico geral. É digno de nota que o trabalho conseguiu identificar que em 80,6% dos casos, o primeiro médico a ser consultado foi um clínico geral.

LIPTON *et al* (2003), nos EUA, encontraram que 31,7% de migranosos nunca haviam consultado um médico por este motivo; também identificaram que apenas 29,7% dos migranosos que haviam se consultado com um generalista é que haviam sido encaminhados a um especialista. Esses autores também realizaram o mesmo levantamento epidemiológico no Reino Unido, onde encontraram que 14% nunca tinham feito uma consulta médica e apenas 20,3% haviam sido encaminhados a um especialista.

Os autores chamam a atenção para o fato que os sistemas de saúde são diferentes nos dois países. No Reino Unido, por exemplo, a assistência médica é mais disponível, mais socializada, no entanto existe um número menor de especialistas; em contrapartida, nos EUA ocorre o inverso: menor acesso aos serviços médicos e maior número de especialistas. Os autores concluem que estas diferenças de políticas de saúde explicam, pelo menos em parte, o comportamento dos pacientes.

O primeiro estudo epidemiológico multicêntrico internacional usado para acessar a prevalência de migrânea foi conduzido por MACGREGOR, BRANDES, EIKERMANN (2002). Neste estudo, se procurou traçar o perfil do paciente migranoso em cinco diferentes países: EUA, Reino Unido, França, Itália e Alemanha. O resultado encontrado foi de que 41-63% dos migranosos nunca procuraram consulta médica. O resultado apresenta valores bem diversos, talvez por englobar países com sistemas de saúde bem diferentes.

No Brasil, BIGAL *et al* (2003) acessaram dados oficiais do Ministério de Saúde, de 1999. Eles encontraram que no nível primário de atendimento à população, representado sempre pelo Médico de Família, houve a projeção de que foram realizadas 4.016.076 consultas cujo diagnóstico foi migrânea. Este valor significa que 3,9% das consultas realizadas neste nível foram diagnosticadas como migrânea.

Os autores também fizeram a projeção de 3.887.504 atendimentos realizados no nível secundário tendo sido diagnosticados como migrânea. Isso significa que 5,07% dos pacientes atendidos neste nível receberam

esse diagnóstico. Não foram citadas as especialidades médicas procuradas no nível secundário.

Tabela 1: Trabalhos sobre a primeiro médico a ser consultado

AUTOR/LOCAL	PRIMEIRA CONSULTA
Soon <i>et al</i> , 2005 Singapura	Médico de Família em 100% das vezes
Demirkirkan <i>et al</i> , 2006 Turquia	Médico, sem especificar qual especialidade
Lidde & Dahlof, 2003 Suécia	Médico, sem especificar qual especialidade
Lucas <i>et al</i> , 2004 França	Clínico geral em 80% das vezes
Bigal <i>et al</i> , 2003 Brasil	Médico de família no nível primário Indeterminado no nível secundário
Lipton <i>et al</i> , 2003 EUA-Reino Unido	Médico, sem especificar qual especialidade
MacGregor <i>et al</i> , 2002 EUA, Reino Unido, França, Itália, Alemanha	Médico, sem especificar qual especialidade

Outros estudos populacionais também merecem ser citados, pois embora não abordem especificamente a migrânea eles tem uma grande amostragem, o que significa que são bem representativos.

Num estudo que se tornou clássico, feito por WHITE *et al* em 1961, no Reino Unido, os autores selecionaram 750 pessoas que tinham sintomas médicos dos mais variados tipos e não só neurológicos. Apenas 250 delas tinham consultado um clínico geral num Centro de Saúde, e somente cinco pacientes tinham sido encaminhados a especialistas. Portanto, apenas um terço daqueles que apresentavam sintomas foram procurar por ajuda médica revelando que a maioria daqueles que apresentam alguma sintomatologia não procuram auxílio médico. Os autores também encontraram que apenas cinco pacientes; este valor representa 0,66% do total inicial de 750 pessoas e dois por cento dos 250 pacientes que se consultaram com um clínico geral.

Este estudo foi importante para mostrar a baixa porcentagem daqueles que procuram atendimento médico (0,66%) e a igualmente baixa porcentagem de encaminhamento à especialistas (2%).

Quarenta anos depois o estudo foi repetido por GREEN *et al*, em 2001, e mostrou os mesmos resultados sugerindo que o comportamento das pessoas, frente às enfermidades, continuava sendo o mesmo (TAKEDA, *In* DUNCAN, SCHMIDT & GIUGLIANI, 2004).

Comparando as estatísticas, com a devida cautela, se vê que no estudo de WHITE, realizado no Reino Unido em 1961, 66,66% das pessoas com variados sintomas não procuraram por um médico. O estudo de LIPTON,

realizado simultaneamente nos EUA e Reino Unido, em 2003, cita que a proporção de migranosos que não procuraram um médico por causa da cefaléia, era de 31,7% nos EUA e 14% no Reino Unido.

Ao observar a diferença encontrada nos trabalhos citados, poderíamos pensar que houve uma mudança de comportamento no Reino Unido, entre 1961 e 2003. Mas GREEN em 2001 repetiu o estudo 40 anos depois e encontrou os mesmos valores de WHITE. Talvez a aparente incongruência possa ser explicada pelo fato de que enquanto os estudos de WHITE e GREEN abrangiam todas as queixas médicas, o estudo de LIPTON se restringia apenas ao diagnóstico de migrânea. Se isto for verdade, parece que no Reino Unido o comportamento do migranoso é diferente daquele encontrado na população de sintomas em geral, pois o índice de procura por atendimento é bem maior do que o que se vê em outras patologias.

O estudo de LINDE, DAHLOFF realizado na Suécia 2003 apresenta um índice de 44% de pessoas com migrânea que nunca tinham procurado um médico. O estudo de LUCAS na França em 2004 encontrou o valor de 40,5%. O estudo multicêntrico de MACGREGOR *et al* apontou uma variação de 41- 63% de migranosos que não tinham procurado ajuda médica devido às suas dores.

Portanto, excetuando-se o índice encontrado por LIPTON *et al*, os trabalhos existentes na literatura médica parecem indicar que aproximadamente metade dos pacientes migranosos não procuram auxílio médico.

No Brasil, foi realizado em Porto Alegre, RS, em 1999, um estudo que procurou avaliar a demanda em um serviço de saúde comunitária e escolheu o Grupo Hospitalar São Sebastião como local para sua realização. Inicialmente foram selecionados 7.849 atendimentos que tinham sido realizados em atenção primária de saúde e foi registrado que 88% dos pacientes atendidos não foram encaminhados para qualquer outro setor; três por cento deles foram encaminhados para setores de não-saúde, e apenas nove por cento (706 pacientes) foram encaminhados para os setores secundário e terciário.

De todos os 7.849 pacientes atendidos, 1.177 pacientes (uma média de 15%) foram diagnosticados como sendo portadores de patologias do sistema nervoso, e 102 pessoas (1,3%) foram classificadas como portadores de cefaléia, sem especificar o tipo. Este resultado de 1,3% contrasta com aqueles encontrados no censo do IBGE e citados anteriormente para migrânea, de 3% em nível primário e 5% em nível secundário.

Portanto, a média dos encaminhamentos foi de 8%, neste estudo. O trabalho de LIPTON *et al* mostrou um valor de referência para especialistas de 29,7% nos EUA e 20,3% no Reino Unido. Essa taxa de encaminhamento é de 16,6% na França. Embora o valor encontrado no Brasil seja bem menor que os encontrados nos trabalhos citados, existem relatos de variações entre 5-20% de pacientes que são referidos (TAKEDA, OP.CIT.)

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998, avaliou o acesso aos serviços de saúde. Essa pesquisa demonstrou quais os

serviços utilizados pela população em caso de necessidade e foi constatado que aproximadamente 40% das pessoas utilizaram-se do posto ou centro de saúde.

É importante lembrar que no centro de saúde se encontram especialistas, portanto esta pesquisa realizada pelo IBGE não diferenciou entre os atendimentos com o generalista ou o especialista. (RUMEL, *In* DUNCAN, SCHMIDT & GIUGLIANI, 2004).

Tabela 2: Preferência da população para acessar serviços médicos

SERVIÇO UTILIZADO	PORCENTAGEM (%)
Posto ou centro de saúde	41,8
Ambulatório de hospitais	21,5
Consultório particular	19,7
Ambulatório ou consultório de clínica	8,3
Pronto-socorro	4,8
Farmácia	2,2
Ambulatório de empresa ou sindicato	1,5
Agentes comunitários	0,1

2 – PACIENTES E MÉTODO

2.1 – Da seleção da amostra

Foram selecionados 300 pacientes consecutivos, de qualquer idade e sexo, atendidos no ambulatório de Neurologia, de um centro secundário de saúde na cidade de Teresópolis (RJ), no período de janeiro a junho de 2005. A idade variou de 5 a 70 anos, com uma distribuição de 172 mulheres (60,67%) e 128 homens (39,33%).

Os critérios de inclusão foram:

1. Apresentar a cefaléia como queixa principal;
2. Ter procurado o ambulatório de neurologia pela primeira vez por ocasião da inclusão no trabalho;

2.2 – Do local da seleção da amostra

A cidade de Teresópolis localiza-se na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, a aproximadamente 900 metros de altura, encravada na Reserva Ambiental de Mata Atlântica chamada Parque Nacional Serra dos Órgãos.

O último censo, realizado em 2002, contabilizou aproximadamente 130 mil habitantes, mas a cidade é pólo para outras cidades ao redor, que utilizam seus serviços, inclusive médicos, considerando-se uma população economicamente ativa de 180 mil pessoas, segundo o IBGE.

A cidade possui 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao Programa Federal de Saúde da Família, além de dois hospitais privados conveniados ao SUS que também prestam atenção primária. Há um Centro Estadual de Saúde e um Centro Municipal de Saúde que prestam atendimento secundário à população.

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Sá Couto, um dos locais de atendimento com nível de complexidade secundário da rede pública no Município, e dispõe de ambulatório de neurologia que presta atendimento a crianças e adultos.

2.3 – Da obtenção dos dados

Todos os pacientes foram atendidos pelo autor deste trabalho, que realizou a anamnese, o exame físico geral e neurológico. Os pacientes selecionados para a pesquisa responderam ao seguinte questionário padrão:

1º Você já procurou outros profissionais de saúde, antes desta consulta, por causa da dor de cabeça?

2º Em caso positivo, quais foram esses profissionais?

3º Você está aqui porque não conseguiu solucionar sua dor de cabeça?

4º Você veio a este ambulatório encaminhado(a) por outro profissional ou por conta própria?

2.4 – Da análise dos dados

Os dados obtidos foram armazenados numa planilha do Excel.

Com base nas informações prestadas pelos pacientes, analisamos:

1- Número de profissionais de saúde ou especialistas procurados pelos pacientes antes de chegarem ao Centro de Saúde;

2 - Quais os profissionais de saúde ou especialistas procurados;

3 – Com que frequência esses profissionais ou especialistas foram procurados;

4 – Quais profissionais ou especialistas encaminharam ao neurologista e quais não encaminharam;

5 – Com que frequência os profissionais ou especialistas encaminharam os pacientes ao neurologista;

6 - Quantos pacientes já haviam procurado outro neurologista;

7 - Quantos pacientes vieram ao ambulatório de neurologia do centro de saúde, sem antes terem procurado outro profissional de saúde.

3 - RESULTADOS

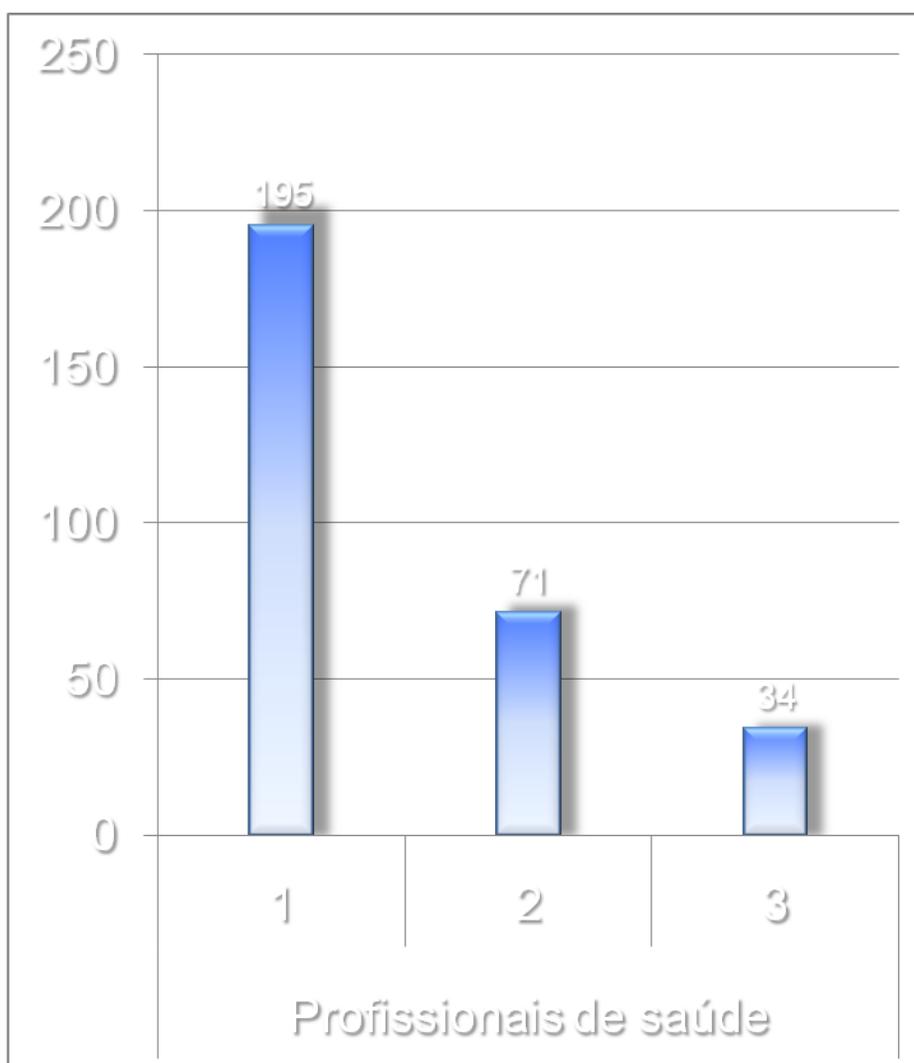
Após completar a entrevista de 300 (trezentos) pacientes, que vieram se consultar com o neurologista do Centro de Saúde Sá Couto, em Teresópolis, com a queixa inicial de cefaléia, os dados coletados pela entrevista foram agrupados em alguns resultados.

A primeira constatação feita, diz respeito à quantidade de profissionais de saúde que foram consultados antes que o paciente chegasse ao neurologista.

Cento e noventa e cinco pacientes procuraram apenas um profissional de saúde antes de chegarem ao ambulatório de neurologia do centro de saúde, num percentual de 65%. Setenta e um pacientes procuraram por dois

profissionais de saúde antes de chegarem ao referido ambulatório, resultando em 23,66% da amostra. Trinta e quatro pacientes procuraram por três profissionais de saúde antes de chegarem ao ambulatório de neurologia do centro de saúde, o que significou 11,34% do total (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

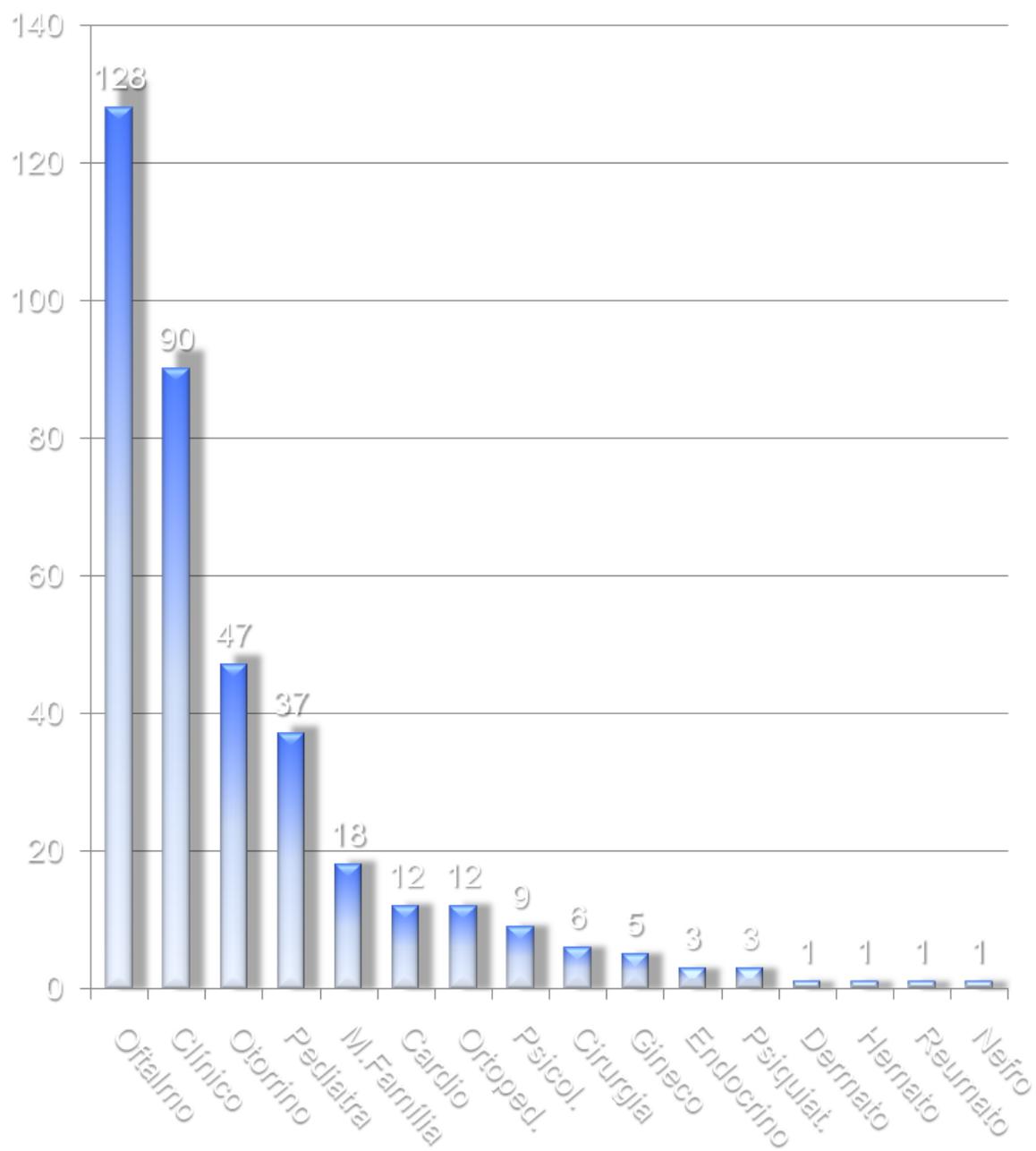


A segunda constatação que foi feita, diz respeito à quais tipos de especialistas médicos foram procurados. Com relação a esses profissionais de saúde, foram encontrados de acordo com as especialidades:

Doze pacientes procuraram pelo cardiologista, enquanto que 90 pessoas procuraram pelo clínico geral. Seis pacientes consultaram-se primeiramente com cirurgião geral, e apenas um dentre o total procurou pelo dermatologista. Três pacientes foram à primeira consulta com um endocrinologista, mas cinco mulheres consultaram-se com um ginecologista. Apenas um interessado priorizou um hematologista.

Em seguimento, 18 pacientes priorizaram o médico de família, 128 foram ao oftalmologista; 47 pessoas escolheram o otorrinolaringologista e outros 12, o ortopedista. Trinta e sete crianças e/ou adolescentes procuraram pelo pediatra. Três pacientes elegeram o psiquiatra e nove pessoas foram primeiramente a um psicólogo. Apenas um paciente procurou por um nefrologista e, também, um apenas foi a um reumatologista (Gráfico 2).

GRÁFICO 2



A terceira constatação que foi feita diz respeito se o paciente foi encaminhado ou não para o especialista

Dos 12 pacientes atendidos pelo cardiologista, sete foram encaminhados e cinco não; já com relação ao clínico geral, 42 foram encaminhados e 48 não o foram. Das pessoas que atendidas pelo cirurgião geral, cinco foram referidas a um neurologista e apenas uma não o foi; o único paciente atendido pelo dermatologista foi enviado ao especialista. Todos os três pacientes que o endocrinologista atendeu não foram referidos, enquanto que todos as cinco pacientes vistos pelo ginecologista o foram. O único paciente atendido pelo hematologista não foi encaminhado a um especialista.

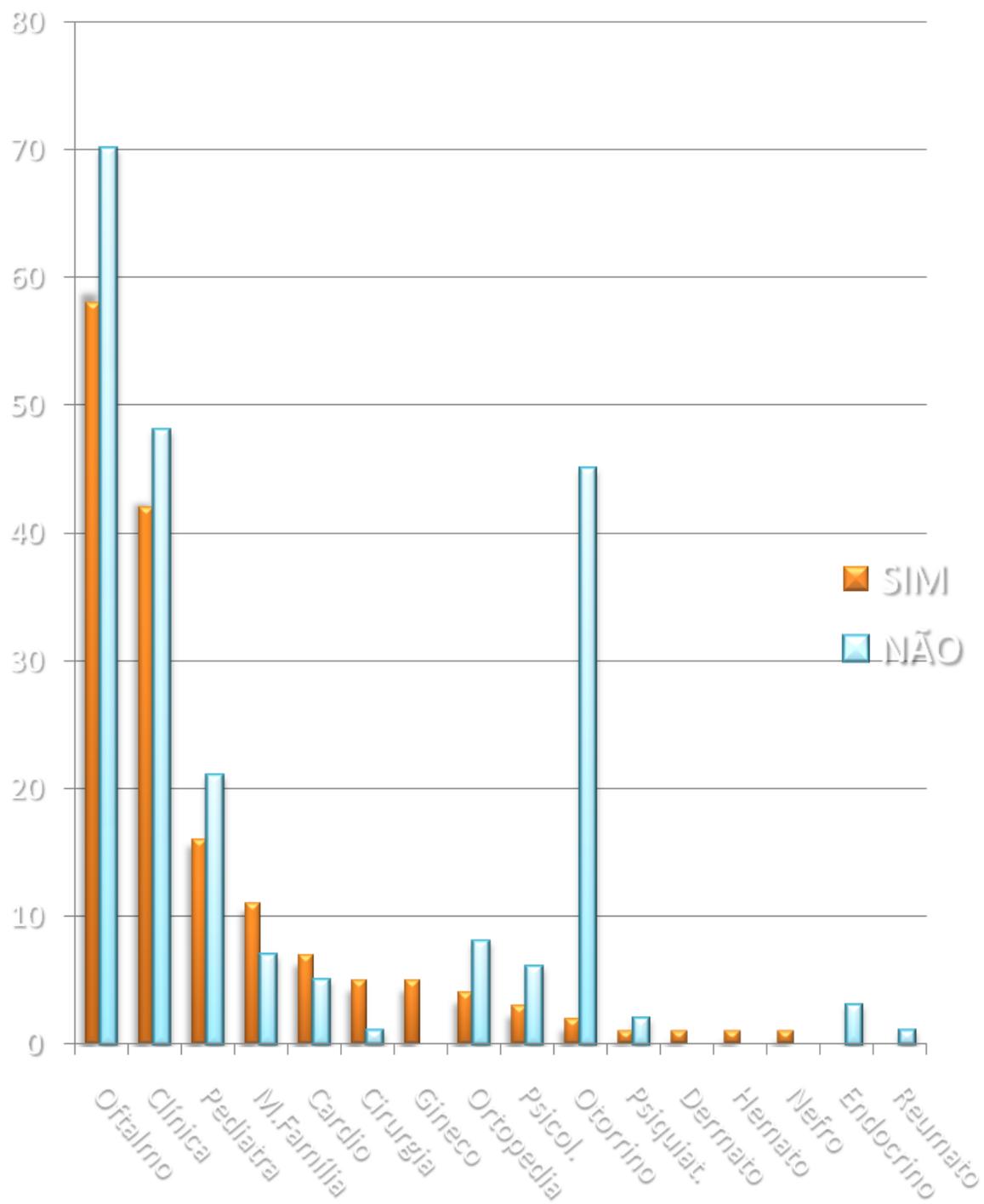
Continuando, dos atendidos pelo médico de família, 11 foram referidos e sete não o foram; dos pacientes atendidos pelo oftalmologista, 58 foram enviados ao neurologista e 70 não; enquanto que daqueles atendidos pelo ortopedista, quatro foram orientados a procuram um especialista e oito não o foram. É interessante notar que de todas as pessoas atendidas pelo otorrinolaringologista, apenas seis foram encaminhados enquanto que 41 pacientes, a grande maioria, não foram referidas. O pediatra encaminhou 16 crianças e/ou adolescentes mas não o fez em outros 21 casos; dos três pacientes atendidos pelo psiquiatra, um foi encaminhado e dois não o foram.

Dentre aqueles que primeiro procuraram por um psicólogo, três foram orientados a procurar um neurologista enquanto que seis não receberam essa orientação. O único paciente atendido pelo nefrologista foi

encaminhado, enquanto que o único paciente atendido pelo reumatologista não foi referido ao especialista (Gráfico 3).

GRÁFICO 3

Os Pacientes foram encaminhados ao especialista?



Cefaléia é um sintoma altamente prevalente nas consultas médicas. O estudo realizado no Grupo Hospitalar São Sebastião, em Porto Alegre, RS, em 1999, encontrou que 1,3% da demanda por serviços médicos era por causa de cefaléia, sem especificar o diagnóstico.

Como diagnóstico, a migrânea é altamente prevalente. Segundo dados do IBGE, em 1998, no SUS, 3% das consultas médicas realizadas em nível primário tiveram esse diagnóstico, e 5% no nível secundário.

Na literatura estrangeira, encontramos um clássico da neurologia escrito por ADAMS & VICTOR (1989) que declara que de todos os estados dolorosos que afligem os humanos, a cefaléia é sem dúvida o mais freqüente. PERKIN (1998) diz que cefaléia é a queixa única ou predominante de 20% dos pacientes que procuram um ambulatório de neurologia pela primeira vez. COLLINS (1997) estima que apenas 2% de portadores de cefaléia consultem um médico.

DAVIDOFF (1995) comenta que os resultados dos estudos de prevalência variam dramaticamente, de 1 a 31%, por vários motivos relacionados ao método do trabalho desenvolvido. Portanto, a comparação entre estatísticas deve ser muito cautelosa.

Primeiramente, nosso trabalho procurou identificar quantas especialidades médicas foram utilizadas antes de se chegar ao especialista.

Depois, o trabalho quis identificar quais foram essas especialidades.

Analisando os resultados encontrados no levantamento dos prontuários do Centro de Saúde, em Teresópolis, foi observado que o oftalmologista foi a primeira opção de consulta médica para 128 pacientes. Este valor representa 36% do total dos entrevistados, uma porcentagem bem maior que a dos outros especialistas. Portanto, o oftalmologista foi o médico mais procurado segundo nosso levantamento.

Os livros-texto desta especialidade chamam a atenção para o fato de que muitas pessoas elegem esse médico como a primeira opção para o tratamento da cefaléia. Os livros declaram que 80% dos pacientes que procuram um oftalmologista por motivo de cefaléia não tem causa ocular; e que muitos pacientes com migrânea procuram um oftalmologista em primeiro lugar, sem receber o diagnóstico correto (NEWELL, 1996; VAUGHAN, 1995).

No Brasil, alguns autores já chamaram a atenção para essa preferência. ALVES (1994) explica que a cefaléia é um dos sintomas mais referidos em qualquer consulta oftalmológica, e acrescenta que os portadores de cefaléia geralmente atribuem a origem de sua enfermidade à uma causa ocular. Portanto, esses pacientes acreditam que uma simples prescrição de óculos resolverá seu problema.

FRAGOSO *et al* (2000) realizaram um estudo com Cefaléia Crônica Diária em crianças e encontraram que de 107 crianças examinadas, menos de 40% dos familiares procuraram por médicos. Os que fizeram, priorizaram o oftalmologista pelo mesmo motivo citado anteriormente. O pediatra também foi muito procurado, e nenhum neurologista foi consultado neste estudo.

Além do fato de relacionar sua dor à uma causa ocular muitas pessoas entendem que o neurologista é um especialista em distúrbios emocionais, e tem uma certa resistência em consultá-lo pois não relacionam sua dor com uma causa psicológica.

Outro fator que favorece essa preferência é que o acesso a esse médico é mais fácil em nossa sociedade. Popularmente, muitas pessoas o conhecem como “oculista” e eles são encontrados em maior número que os neurologistas. Talvez esses fatores possam explicar, pelo menos em parte, a tendência existente em procurar como opção inicial um oftalmologista para a solução de sua cefaléia.

Em segundo lugar, em ordem decrescente de demanda, 90 pessoas procuraram um clínico geral como primeira opção de especialista médico, o que significa uma porcentagem de 23,33% do total. Dezoito pessoas priorizaram o Médico de Família, que é um percentual de 6% do total do levantamento. A soma dessas pessoas resulta em 108 pacientes; e a soma das porcentagens resulta em 29,33%.

A formação médica desses profissionais é semelhante, pois tanto o Clínico Geral quanto o Médico de Família são generalistas. Aqueles que priorizaram esse médico são os que escolheram um generalista, ao invés de um especialista, talvez por terem a expectativa de que esse profissional tem uma visão mais holística do paciente.

O trabalho de LUCAS *et al*, em 2004, na França, destacou que 80% dos entrevistados haviam elegido o clínico como primeira opção no tratamento da cefaléia, sendo de longe a preferência para o tratamento.

A nossa pesquisa identificou o generalista, Clínico e Médico de Família, como tendo sido escolhido em 29,33% das vezes. Embora não seja um valor tão alto como o encontrado na França, o generalista ocupa a segunda posição na lista das especialidades médicas procuradas pelo cefaleico.

Brasil e França possuem uma medicina mais socializada, ao contrário de países como os EUA onde se prioriza a especialização. Mesmo assim, o comportamento dos pacientes é diferente talvez em parte porque a cultura brasileira é muito influenciada por elementos Norteamericanos que preconizam uma prática médica mais especializada.

Com relação ao Médico de Família, o IBGE em 1998 recolheu estatística de que 3,9% das consultas realizadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), onde atende o Médico de Família, foram por cefaléia. Este valor é semelhante ao de 6% que foi encontrado em nossa entrevista. Talvez, pelo menos em parte, isso seja devido ao fato de que os profissionais que trabalham no PSF são treinados a serem mais rigorosos com os levantamentos epidemiológicos.

Em terceiro lugar, 47 pacientes (13% do total) procuraram pelo otorrinolaringologista (ORL), como primeira opção de consulta com um médico. Muitos valorizam este especialista porque acreditam que patologias das Vias Aéreas Superiores (VAS) são as responsáveis pela cefaléia. Especialmente

nos ambientes de clima frio e nos lugares onde há grandes variações climáticas, a presença de alterações nas VAS levam o leigo a imaginar que a origem de sua cefaléia está nos Seios Paranasais, e procura o especialista dessa área.

A maioria das afecções das VAS são benignas, como os quadros alérgicos. As infecções, como a Sinusite aguda, apresentam bom prognóstico. A perspectiva que o leigo tem de que sua cefaléia possa ser resolvida sem dificuldades, pelo especialista, leva muitos a procurarem esse médico para a resolução de seu quadro álgico.

Além disto, o leigo considera que muitas afecções das VAS podem ser tratadas por outros especialistas e não necessariamente o ORL. De fato, FRAGOSO *et al* encontraram que muitas crianças que procuraram por pediatras tiveram diagnósticos como “rinite”, “sinusite”, etc.

Em quarto lugar, se observou que 37 pessoas (9,66% do total) procuraram um pediatra. Em nossa entrevista, a idade mais tenra em que se encontrava um paciente foi de 5 anos. Durante a colheita de dados, não houve a preocupação em reunir os pacientes em subgrupos por idade, de sorte que certamente aqueles que priorizaram o pediatra como primeira opção médica são crianças e/ou adolescentes.

O adolescente tem autonomia para tomar a iniciativa de procurar auxílio médico para sua cefaléia, mas as crianças com idade mais tenra já não tem essa facilidade. Portanto, a criança depende que seus responsáveis a leve a um profissional de saúde que será escolhido pelo adulto. Então, a consulta da criança reflete muito mais um sistema de valores dos adultos que dela própria.

FRAGOSO *et al* examinaram 107 crianças com Cefaléia Crônica Diária e encontraram que 15 delas (14,01%) tinham ido a um pediatra, enquanto que o valor que encontramos em nosso trabalho foi de 9,66%.

Em quinto lugar, conforme já mencionado anteriormente junto com o clínico geral, o Médico de Família foi procurado por 18 pessoas (6%) como a primeira opção de atendimento. Em alguns países, de sistema de saúde socializado, este profissional de saúde assume espaço ainda mais importante que no Brasil. Em Singapura, por exemplo, a porta de entrada no sistema de saúde público se dá apenas através deste profissional; portanto, ali ele é o primeiro a ser consultado para cefaléia em 100% dos casos.

Em sexto lugar, 12 pacientes procuraram o cardiologista e o ortopedista como suas primeiras opções.

Em sétimo lugar, figura a pessoa do psicólogo, o único profissional de saúde não médico a ter sido consultado primeiramente. Nove pessoas o elegeram como para buscar alívio de sua aflição.

Seis pessoas procuraram por um cirurgião geral. E apenas cinco pacientes procuraram por um ginecologista, de um universo de 172 mulheres entrevistadas, uma porcentagem de 3,48%. Isto significa que uma parcela bem pequena de mulheres escolhe esse especialista para tratar de suas cefaléias, embora provavelmente esse seja um profissional bem presente no universo feminino.

Três pacientes priorizaram o endocrinologista, e três pacientes escolheram o psiquiatra. Especialidades médicas como a dermatologia, hematologia, reumatologia e nefrologia foram procuradas como primeira opção, apenas por um paciente para cada especialidade.

Parece estranho que algumas especialidades médicas, e até um profissional de saúde não-médico, figurem como primeira opção de consulta para algumas pessoas sofrendo de cefaléia, como um hematologista ou dermatologista por exemplo. Talvez isso possa ser explicado, pelo menos em parte, à facilidade de acesso que se tenha mais que a um neurologista.

Outra possibilidade que possa ser aventada, para explicar essa preferência aparentemente incongruente, é que é preciso entender o que o paciente espera ao se consultar. PACKARD (1979) explicou que em mais da metade dos casos, o cefalálgico procura pela explicação da causa e por um alívio de sua dor. O leigo entende que esses objetivos podem ser alcançados com qualquer profissional de saúde, pois eles estudaram o ser humano e as doenças.

Por fim, depois de analisar quantos e quais profissionais foram procurados antes do especialista, foi importante identificar se esses profissionais de saúde encaminharam ou não os pacientes para o neurologista.

Avaliando se houve ou não encaminhamento ao especialista, se pode observar que o oftalmologista encaminhou 58 daqueles que atendeu (44,44%) mas não o fez em 70 casos (55,56%). Portanto, esse tipo de especialista teve seu comportamento bem dividido quanto ao fato de encaminhar ou não ao neurologista. Muitos oftalmologistas simplesmente prescrevem óculos e prometem

o fim da cefaléia com o uso dos mesmos, o que vem a frustrar os cefalálgicos pois a causa não é ocular na maioria das vezes.

Dos pacientes atendidos pelo o clínico geral, 42 pessoas foram encaminhadas (45,72%) enquanto 48 pessoas não o foram (54,28%). De maneira semelhante ao que aconteceu com os oftalmologistas, houve uma proporção bem balanceada no comportamento dos clínicos., e efetivamente alguns poucos casos conseguem controle de sua patologia, embora o índice de sucesso seja maior entre aqueles tratados pelo neurologista.

Com relação aos otorrinolaringologistas (ORL), 45 dos 47 pacientes atendidos por eles não foram referidos ao neurologista; apenas duas pessoas o foram. A relação percentual que surge é que 94,87% de não-encaminhamento contra apenas 5,13% de referência.

Esta atitude contrasta com a de outros especialistas, pois até então se vinha observando uma divisão quase harmônica no comportamento dos médicos procurados, aproximadamente 50% para referência ou não ao neurologista. Já os ORL aparecem como um bloco, homogêneo, pois sua quase totalidade não encaminha ao neurologista, demonstrando haver um comportamento típico nesta classe de especialistas.

Talvez seja digno de nota que a 2ª Edição da Classificação Internacional de Cefaléias, editada pela IHS, não contempla nenhum tipo de cefaléia causada por inflamação crônica das VAS, ao contrário do que defende a categoria dos ORL. Talvez este seja mais um motivo que gera um hiato na comunicação entre neurologistas e otorrinos.

Na seqüência, encontram-se os pediatras. De um total de 37 pacientes atendidos por este especialista, 16 deles (41,37%) foram orientados a procurarem por um neurologista, mas 21 (58,63%) deles não o foram. É interessante notar que os pacientes deste grupo dependem muito de outra pessoa, pois não são independentes. A opinião dos responsáveis, nestes casos, será crucial para o desenvolvimento das consultas.

Depois, figura o Médico de Família, procurado por 18 pessoas. Onze pacientes foram encaminhados, representando 61,12% do total, e sete pacientes procuraram o neurologista do Centro de Saúde por conta própria, significando 38,88% do total. Conforme já discutido anteriormente, este profissional recebe uma formação generalista, como o Clínico Geral, e provavelmente tem conhecimento sobre essa morbidade. Inclusive, é até capaz de produzir estatísticas mais fieis, pois foi treinado para isso. No entanto, a maior proporção de encaminhamentos talvez se deva ao fato, pelo menos em parte, de que esse profissional tem de cuidar de atividades burocráticas e sociais, e procura se desvencilhar de um excesso de patologias.

Das 12 pessoas que priorizaram o atendimento pelo cardiologista, sete delas foram encaminhadas a um neurologista, o que representa um percentual de 58,34%, e cinco pacientes não foram referidos, um resultado de 41,66%.

Os ortopedistas atenderam doze pessoas também, mas referiram apenas 4 delas a um neurologista, o que é um percentual de 33,33%.

Por outro lado, oito pacientes procuraram o Centro de Saúde por iniciativa pessoal, resultando em 66,67% do total desse grupo.

O psicólogo, o único profissional de saúde não-médico que figura nesta entrevista, foi procurado por nove pessoas como primeira opção de atendimento. Seis pacientes (66,66% do total) não foram encaminhados ao neurologista, tendo sido apenas três pessoas, 33,34%, enviadas ao especialista.

Das seis pessoas que procuraram por um cirurgião geral, apenas uma delas (16,66%) não foi referida a um neurologista. E das cinco mulheres que procuraram por um ginecologista todas foram encaminhadas.

O endocrinologista não encaminhou nenhum dos três pacientes que atendeu. E o psiquiatra encaminhou apenas 1 paciente, sendo que os outros dois não foram referidos, resultando numa estatística de 33,33% e 66,67% respectivamente.

O dermatologista, hematologista e nefrologista, especialistas que receberam apenas um paciente, os encaminharam a um neurologista, ao contrário do reumatologista, cujo único paciente atendido por ele procurou o Centro de Saúde por conta própria. É digno de nota que todos os endocrinologistas e os reumatologistas não fizeram encaminhamento, enquanto que todos os ginecologistas, dermatologistas e hematologistas o fizeram. Ou seja, estes especialistas também agiram de maneira homogênea, com um só comportamento. Contudo, devido ao pequeno número de pacientes em cada uma dessas especialidades, não sabemos se é significativa essa amostragem para tentar identificar um padrão de comportamento entre esses médicos.

5 - CONCLUSÃO

1 - Todos os trezentos pacientes consultaram outras especialidades médicas antes do atendimento pelo neurologista.

2 - O oftalmologista foi o especialista mais procurado (36%); em ordem de preferência segue-se o clínico geral (23,33%), o otorrinolaringologista (13%) e os demais.

3 – Aproximadamente 50% dos pacientes atendidos pelos especialistas eram referidos ao neurologista, com exceção dos otorrinolaringologistas que encaminharam em apenas 5,13% dos casos.

Uma porcentagem muito grande de médicos não encaminhou o paciente com queixa de cefaléia ao especialista, talvez por falta de conhecimento técnico do assunto.

V) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Raffaelli Jr E, Souza Neto R, Roesler CP. **Dor de Cabeça**. Prestígio Editorial. Rio, 2005. P.25.
- 2) Speciali, JG. **Entendendo a Enxaqueca**. Ed. Funpec, Ribeirão Preto. 2003. P.34.
- 3) Saper JR *et al.* **Manual de tratamento da Cefaléia**. Revinter, Rio. 2000. P.1.
- 4) Linet MS *et al.* An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. **JAMA**. 1989 Apr 21;261(15):2211-6.
- 5) Soon YY, Siow HC, Tan CY. Assessment of migraineurs referred to a specialist headache clinic in Singapore: diagnosis, treatment strategies, outcomes, knowledge of migraine treatments and satisfaction. **Cephalalgia** 2005; 25:1122–1132.

- 6) Demirkirkan MK, Ellidokuz H, Boluk A. Prevalence and Clinical Characteristics of Migraine in University Students in Turkey. **Tohoku J. Exp. Med.**, 2006, 208, 87-92.
- 7) Linde M, Dahlöf C. Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs – a nation-wide population-based survey in Sweden. **Cephalalgia** 2004; 24:455–465.
- 8) Lucas C *et al.* Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a French nationwide population-based survey. **Headache** 2006 May;46(5):715-25.
- 9) Lipton RB *et al.* Patterns of health care utilization for migraine in England and in the United States. **Neurology**. 2003 Feb 11;60(3):441-8.
- 10) MacGregor EA, Brandes J, Eikermann A. Migraine Prevalence and Treatment Patterns: The Global Migraine and Zolmitriptan Evaluation Survey. **Headache** 2003;43:19-26.
- 11) Bigal ME *et al.* Burden of Migraine in Brazil: Estimate of Cost of Migraine to the Public Health System and an Analytical Study of the Cost-Effectiveness of a Stratified Model of Care. **Headache**. 2003; 43: 742-754.
- 12) White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. **N Engl J Med** 1961; 265: 885-92.
- 13) Takeda S: A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In Duncan BB, Schmidt MI, Guiugliani ERJ: **Medicina Ambulatorial. Condutas de**

Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª Ed, 2004, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre. Pp. 59-67.

14) Green LA *et al.* The ecology of medical care revised. **N Engl J Med** 2001; 344: 2021-5.

15) Serviço de saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Núcleo de Epidemiologia. Estudo de Demanda Ambulatorial. 2002. Porto Alegre, RS (não Publicado). *Apud* Rumel D, Toscano CL, Mengue SS, Duncan BB: Condições de Saúde da População Brasileira. *In* Duncan *et al*, OP. CIT.

16) Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – Acesso e utilização de Serviços de Saúde. IBGE, 1998.

17) Adams RD & Victor M: **Principles of Neurology.** McGraw-Hill, New York, 1989. P. 134.

18) Perkin GD: **Atlas Mosby em Cores e Texto de Neurologia.** Manole, São Paulo, Tradução Rosângela Santoro de Souza, 1998. P. 31.

19) Collins RC: **Neurologia.** Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Tradução Fernando Diniz Mundim, 1998. P. 43.

20) Davidoff RA: **Migraine.** FA Davis, Philadelphia. P.79.

21) Newell FW: **Ophthalmology.** Mosby, St Louis, 1996. P. 528.

22) Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P: **General Ophthalmology.** Lange, Connecticut, 1995. P. 30.

23) Alves AA: **Refração.** Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1994. Pp. 334-336.

- 24) Fragoso YD, Padeiro RP. Cefaléia Crônica na Infância. **Estudo em uma população de estudantes em Santos, SP**. Migrêneas e Cefaléia, 2000, 1: 23-29.
- 25) Packard RD: What does a headache patient want? **Headache** 19:370-374, 1979.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)