Associação de cefaleia e ansiedade em estudantes de Medicina de uma universidade do sul de Santa Catarina

Headache and anxiety association among medicine students in an university in South Brazil

Luciana Aparecida Silva Santos[1], Gilberto Ramos Sandin[2], Thiago Mamôru Sakae[3]

RESUMO

Introdução: As cefaleias representam importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido ao impacto individual e social que essa condição clínica acarreta. Dentre os fatores de ordem psíquica que interferem no processo de dor está a ansiedade, presente em muitas enfermidades físicas e considerada como uma das dificuldades principais enfrentadas pelos seres humanos. O objetivo deste estudo foi estudar a associação entre cefaleia e ansiedade, bem como suas prevalências entre os acadêmicos do curso de Medicina no período de fevereiro a abril de 2009. Métodos: Realizou-se um estudo epidemiológico observacional, com delineamento transversal, através da aplicação de questionários previamente estabelecidos e adaptados, com uma amostra composta por 377 acadêmicos de 1.º ao 12.º semestres, de ambos os sexos, da Universidade do Sul de Santa Catarina, do câmpus de Tubarão. Resultados: Os acadêmicos classificados como ansiosos apresentaram uma prevalência maior de cefaleia quando comparados aos não ansiosos. Dos 377 acadêmicos que participaram do estudo, 69% admitiram apresentar cefaleia e 33% foram classificados como ansiosos. Na análise de regressão múltipla os fatores associados de forma independente à cefaleia foram ansiedade em nível moderado (ORaj=3,17) e sexo feminino (ORaj=3,32). Conclusões: O presente estudo encontrou relação estatisticamente significativa entre cefaleia e ansiedade entre estudantes de Medicina da Unisul/SC/Tubarão. Os acadêmicos ansiosos apresentaram prevalência de cefaleia elevada quando comparados aos não ansiosos.

UNITERMOS: Cefaleia, Ansiedade, Modelos Logísticos, Distúrbios do Sono.

ABSTRACT

Introduction: Headaches are an important public health problem in Brazil and worldwide due to the individual and social impact entailed by this clinical condition. One of the psychological factors that affect the pain process is anxiety, present in many physical ailments and considered as one of the main difficulties faced by humans. The aim of this study was to examine the association between headache and anxiety, as well as their prevalence among students of medicine in the period from February to April 2009. Methods: An observational, epidemiological cross-sectional study using previously set and adapted questionnaires, of a sample of 377 students of both sexes from the 1st to the 12th semesters at the University of Southern Santa Catarina, Campus de Tubarão. Results: There was a higher prevalence of headache among the students rated as anxious than among non-anxious ones. Of the 377 students who participated in the study, 69% reported having headaches and 33% were classified as anxious. In multiple regression analysis, the factors independently associated with headache were moderate anxiety level (ORaj=3,17) and being a female (ORaj = 3.32). Conclusions: This study found a statistically significant relationship between headache and anxiety among medical students of Unisul/SC/Tubarão. Anxious students showed a high prevalence of headache as compared to non-anxious ones.

KEYWORDS: *Headache, Anxiety, Logistic Models, Sleep Disorders.*

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da civilização o homem tem se preocupado com o sintoma cefaleia, com as formas de evitá-lo e de eliminá-lo (1). Sua importância, já ressaltada em textos assírios e mesopotâmicos, foi definitivamente assinalada na literatura há 2.500 anos, quando Hipócrates descreveu o primeiro caso de migrânea, também conhecida como enxaqueca (2).

No Brasil e no mundo as cefaleias são consideradas importante problema de saúde pública, pois geram ao país um elevado dispêndio econômico, além da redução da qualidade de vida de seus portadores. A alta tendência à cronificação e a incidência elevada dessa condição clínica geram

[1] Estudante de Medicina – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.
[2] Médico Pneumologista, Mestre em Administração – Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.
[3] Mestre em Saúde Pública – Médico.

007-591_associação de cefaleia.pmd 288 21/12/2010, 13:35

um grande impacto individual e social (1, 2, 3). As cefaleias se situam entre as queixas mais comuns da medicina (4, 5). Podem estar associadas a diversas condições, como trauma de crânio, intoxicação alcoólica, depressão, tumor ou representar uma cefaleia primária, como a migrânea (2). O termo *cefaleia* aplica-se a todo processo doloroso referido no segmento cefálico, o qual pode originar-se em qualquer das estruturas faciais ou cranianas. As cefaleias podem ser classificadas de acordo com a periodicidade e intensidade, porém as características clínicas variadas e as múltiplas etiologias tornam difícil a tarefa de classificá-las (6). As cefaleias são classificadas em duas categorias: primária e secundária. As cefaleias primárias (incluindo enxaqueca, cefaleia tensional e um aglomerado de outros tipos) não possuem um processo fisiopatológico delineado, enquanto que as cefaleias secundárias são sintomas de um processo patológico concomitante (4, 7).

Alguns estudos têm mostrado que portadores de enxaqueca têm significativas limitações na qualidade de vida em relação à população saudável e também quando comparadas a outras condições crônicas (8). Estudos consideram a migrânea mais incapacitante do que doenças como hipertensão arterial, osteoartrite e diabetes (8). Medir o impacto de determinada doença na qualidade de vida do paciente tem se tornado cada vez mais importante (8).

Além desse impacto negativo no bem-estar individual, há ainda prejuízo econômico acarretado, que repercute sobre o próprio indivíduo e sobre a sociedade. Nos EUA, estima-se que 40% da população apresente cefaleia suficientemente intensa, em algum momento de suas vidas, que os levem a procurar assistência médica. Nesse país o custo direto anual, apenas da migrânea, foi calculado em US$ 9,6 bilhões. Estudos realizados em vários países (2, 9-11) mostraram prevalências entre 9,3% e 15,2% em adultos.

O maior componente de custos indiretos são as perdas de produtividade causadas por absentismo e produtividade reduzida enquanto no trabalho (5). A mensuração desse prejuízo envolve cálculos dos custos diretos (gastos com o sistema de saúde, atenção médica, exames e medicamentos), custos indiretos (prejuízos pelas faltas ao trabalho e diminuição da produtividade) e custos agregados (pesquisas, mobilização de material e pessoal indiretamente envolvido com a doença). Por serem altamente prevalentes, as cefaleias acarretam impacto significativo no sistema de saúde, seja ele público ou privado (2).

A prevalência maior de cefaleia entre as mulheres pode estar relacionada às condições culturais que as limitam e lhes impõem frustrações, vindo a ser acometidas sobremaneira pela ansiedade e dores a ela relacionadas (5, 6). Também a síndrome pré-menstrual (SPM) é fator relevante nas queixas de cefaleia (6).

Compreender o indivíduo e sua relação com a sociedade e o ambiente em que está inserido é fundamental para o conhecimento da sua situação de saúde. Isso exige, além de uma reflexão acerca de sua natureza humana, o entendimento de que, assim como os fatores biológicos, históricos, sociais, também os fatores psicológicos interferem na sua condição de saúde (6). O entendimento de que fatores psicológicos influenciam na expressão de sintomas físicos e que podem afetar o curso das doenças é uma suposição da medicina, evidenciada por tendências no campo da medicina psicossomática (6). As cefaleias são geralmente relacionadas a conflitos emocionais e estresse psicossocial, entretanto a relação causa-efeito permanece sem esclarecimento (7, 9-12, 13).

Estresse é um termo fisiológico: consiste, em parte, da situação de ameaça. A ansiedade é como manobramos o estresse, portanto a nossa reação global à situação de ameaça (14). Muitos pacientes referem dores de cabeça quando em situações de grande estresse ou tendo passado longos períodos sob forte pressão emocional (6).

A ansiedade e o estresse são associados pelos estudantes a sua inexperiência, ao despreparo em lidar com situações críticas e à interferência das horas exigidas para estudos teóricos (14). Alguns estados de intensa atividade ou que exijam grau maior de concentração podem ocasionar episódios de dor. Tais queixas são recorrentes e aparentemente sem nenhuma causa física real (6).

Dentre os fatores de ordem psíquica que interferem no processo de dor está a ansiedade, presente em muitas enfermidades físicas e considerada como uma das dificuldades principais enfrentadas pelos seres humanos (1, 6). Essas condições são mais frequentes e graves entre os portadores de cefaleia do que na população geral (15). Constitui quadro comum, tanto em crianças quanto em adultos, com prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15%, respectivamente (1). Ansiedade prolongada e situações estressantes são consideradas os fatores mais importantes, conduzindo a um ataque de dor de cabeça (17). Anormalidades psicológicas devem ser vistas como um fator secundário, sendo a ansiedade uma comorbidade presente, criando diminuições adicionais em níveis de qualidade de vida em pacientes com enxaqueca crônica (7, 18).

A ansiedade pode ser uma resposta considerada normal (p. ex., um estudante frente a uma situação de exame) ou patológica (p. ex., nos transtornos de ansiedade); ser leve ou grave; ser prejudicial ou benéfica; ser episódica ou persistente; ter uma causa física ou psicológica; ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno (por exemplo, depressão); afetar ou não a percepção e a memória (16).

Há evidências que demonstram que os circuitos neurais responsáveis por fenômenos cognitivo-afetivos são altamente interconectados com aqueles responsáveis pela cefaleia (1). Diferentes substâncias têm sido estudadas visando à compreensão da neurofisiologia que envolve a ansiedade e o estresse. Entre elas as aminas biogênicas, como a noradrenalina, a dopamina e a serotonina; aminoácidos, como o ácido gama-aminobutírico (GABA), a glicina e o glutamato; peptídeos, como o fator de liberação de corticotropina (CRF), o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e a colecisticinina (CCK) e esteroides, como a corticosterona (19).

007-591_associação de cefaleia.pmd 289 21/12/2010, 13:35

Relacionar cefaleia e ansiedade vem reforçar a importância da observação criteriosa dos aspectos psíquicos ligados à dor (6). Os transtornos de ansiedade afetam o padrão de aparecimento das crises, a magnitude da percepção da dor, a adesão ao tratamento prescrito e o grau de incapacidade decorrente da sintomatologia (1).

Considerando que a percepção da dor é significativamente influenciada pela interação entre os processos fisiológicos, psicológicos e sociais, as emoções têm um papel importante nesse processo, interferindo significativamente na modulação da sensação dolorosa (6).

Dessa forma, estimar a prevalência de cefaleia em acadêmicos de Medicina e sua associação com níveis de ansiedade tem como importância identificar populações de risco e avaliar suas possíveis repercussões no rendimento acadêmico, permitindo assim a adoção de estratégias preventivas e intervencionistas.

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de cefaleia e sua possível associação com ansiedade em estudantes de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, com delineamento transversal. A população do estudo foi composta por todos os estudantes do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, câmpus Tubarão, no período de fevereiro a abril de 2009.

Participaram 377 estudantes, do 1º ao 12º semestres do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, de ambos os sexos, no período de fevereiro a abril de 2009. Foram excluídos do estudo estudantes que não estavam presentes em sala de aula no momento da aplicação dos questionários, assim como os internos que estagiavam no câmpus Pedra Branca, em Florianópolis, ou ainda os alunos que se recusaram a participar da pesquisa. A coleta dos dados foi realizada segundo aplicação de dois questionários autoaplicáveis: o inventário de Ansiedade de Beck e o Questionário sobre Cefaleia.

O Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (20), constituído por 21 afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, avaliados pelo acadêmico em relação a si mesmo sobre a última semana, incluindo o dia da aplicação do questionário, baseando-se em uma escala que varia de "minimamente" a "gravemente", de acordo com uma pontuação e um escore. Neste estudo foram considerados não ansiosos os acadêmicos classificados em nível mínimo de ansiedade e ansiosos os classificados em níveis leve, moderado ou grave.

O Questionário sobre Cefaleia é constituído por 11 questões, sendo as sete primeiras retiradas de um trabalho relevante na área e as demais criadas pelos próprios autores (6). Não foi usado escala de quantificação da dor. As variáveis coletadas foram sexo, idade, semestre, se tinha cefaleia, intensidade da cefaleia, frequência da cefaleia, uso de medicamentos, interferência nas relações interpessoais, ocorrência de cefaleia, atividade acadêmica e ansiedade.

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina/Unisul com o registro 08.529.4.01.III. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo. O estudo foi elaborado de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde pela Lei 196/96.

Os dados coletados no presente estudo foram digitalizados utilizando o programa Epidata versão 3.1 e analisados através do programa Epi Info 6 (versão 6.04). O teste estatístico aplicado foi o qui-quadrado para comparar as proporções. O programa SPSS 16.0 (Chicago, Illinois, USA) foi utilizado para análise de regressão logística. Foi utilizado um nível de confiança estatística de 95% ($p<0,05$).

RESULTADOS

O principal motivo de perdas no estudo foi a ausência dos acadêmicos em sala de aula no momento da pesquisa, correspondendo a 25% de perda de um total de 503 acadêmicos.

Dos 377 acadêmicos do 1º ao 12º semestres do curso de Medicina que participaram do estudo, 259 (69%) admitiram apresentar cefaleia e 126 (33%) foram considerados como ansiosos, de acordo com a classificação entre leve (22%), moderada (8%) e grave (3%).

Houve no estudo um pequeno predomínio do sexo feminino (52,5%) sobre o sexo masculino (47,5%).

Quanto à frequência, a maioria dos acadêmicos relatou a presença de cefaleia menos de uma vez por semana e quanto à intensidade 6,6% foi classificada como insuportável (Tabela 1).

A prevalência de cefaleia foi 1,49 vezes maior no sexo feminino (62,4%) quando comparada ao sexo masculino (37,6%) (Tabela 1).

Dos 173 (45,9%) acadêmicos que afirmaram fazer uso de medicamentos para cefaleia, 58,9% deles relataram alí-

TABELA 1 – Perfil da cefaleia entre os estudantes de Medicina. Tubarão, SC, 2009

CEFALEIA	n	%
Gênero		
Masculino	97	37,6
Feminino	161	62,4
Intensidade		
Suportável	235	62,3
Insuportável	25	6,6
Frequência		
Menos de uma vez na semana	101	26,8
Uma vez na semana	86	22,8
Duas a quatro vezes na semana	62	16,4
Quatro a seis vezes na semana	5	1,3
Todos os dias	3	0,8
Uso de medicamentos		
Sim	173	45,9
Não	86	22,8

007-591_associação de cefaleia.pmd 290 21/12/2010, 13:35

vio da dor com o uso dos mesmos. A perda de horas de sono relacionadas a compromissos acadêmicos e vida social foi referida por 79% dos acadêmicos. Destes, 71,7% relataram ter cefaleia (p<0,017).

A prevalência de cefaleia entre as diferentes fases do curso variou entre 55,2 e 87,1%, sem evidências de diferenças estatisticamente significativas. Com relação ao gênero, assim como na cefaleia, a prevalência de ansiedade foi maior no sexo feminino (38,9%), quando comparada ao sexo masculino (27,4%) (RP=1,42; p=0,014). No que diz respeito aos níveis de ansiedade nas diferentes fases do curso, a 12ª fase obteve maior prevalência de ansiedade mínima (86,2%), enquanto que a 1ª, 4ª e 2ª fases obtiveram, respectivamente, maior prevalência dos demais níveis de ansiedade, leve (35,1%), moderado (20,7%) e grave (9,7%) (p<0,001).

Ao analisar a prevalência de cefaleia entre os acadêmicos com relação aos diferentes níveis de ansiedade, notou-se que os classificados como ansiosos apresentaram uma prevalência maior de cefaleia, correspondente a 81%, quando comparados aos não ansiosos (63,1%) (RP=2,27; IC95%: 1,04 – 4,95; p=0,031). E dos acadêmicos que declararam cefaleia, 39,2% foram classificados como ansiosos.

Na análise de regressão múltipla, os fatores associados de forma independente à cefaleia foram ansiedade em nível moderado (ORaj=3,17) e sexo feminino (ORaj=3,32) (Tabela 4).

Na análise de regressão múltipla, o fator associado de forma independente à ansiedade foi a presença de insônia (ORaj=3,57) (Tabela 5).

Como dado secundário, a insônia foi evidenciada em 14,6% dos estudantes, apresentando uma tendência à significância na sua relação com cefaleia (p=0,09).

DISCUSSÃO

A prevalência de cefaleia encontrada no estudo foi de 69%, com predomínio da queixa entre as mulheres (62,4%), o que também foi visto em outros estudos. Bigal et al., em estudo retrospectivo realizado no Hospital de Clínicas da cidade de Ribeirão Preto, SP, com 1.254 pacientes, evidenciou uma alta prevalência de cefaleia (77%) (2).

TABELA 2 – Cefaleia e suas consequências em relacionamentos interpessoais e atividades acadêmicas. Tubarão, SC, 2009

CEFALEIA	n	%
Interferência nos relacionamentos interpessoais		
Irritabilidade	104	27,6
Isolamento	79	21
Atrapalha convivência	46	12,2
Sem interferência	95	25,2
Relação com atividades acadêmicas		
Após atividades	98	26
Durante atividades	62	16,4
Melhora com atividades	3	0,8
Sem relação com atividades	94	24,9

TABELA 3 – Ocorrência de cefaleia e sua associação com ansiedade. Tubarão, SC, 2009

Cefaleia	Ansiedade mínima	Ansiedade leve	Ansiedade moderada	Ansiedade grave	Total
Sim	**157**	**66**	**27**	**8**	**258**
	(60,9%)	(25,6%)	(10,5%)	(3,1%)	
	63,1%	78,6%	84,4%	80%	
Não	**92**	**18**	**5**	**2**	**117**
	(78,6%)	(15,4%)	(4,3%)	(1,7%)	
	36,9%	21,4%	15,6%	20%	
Total	**249**	**84**	**32**	**10**	**375**

p=0,008

TABELA 4 – Ocorrência de cefaleia e sua associação com ansiedade. Tubarão, SC, 2009

Variáveis	RP	ORAJ	IC95%	P
Gênero				
Mínimo	Ref	Ref	Ref	Ref
Leve	2,15	1,97	(0,99-3,93)	0,052
Moderado	3,16	3,17	(1,01-9,99)	0,049*
Grave	2,34	1,32	(0,26-6,86)	0,73
Fase	1,30	0,99	(0,92-1,07)	0,867
Sexo feminino	1,49	3,32	(1,96-5,58)	<0,0001*
Insônia	1,16	1,42	(0,82-2,46)	0,215

RP - razão de prevalência
ORAJ - *Odds ratio* ajustada
* p<0,05

Pizzatto et al., em estudo de base populacional realizado na cidade de Joaçaba, SC, com 707 indivíduos, demonstraram predomínio de cefaleia entre as mulheres (57,8%) (1). Da mesma forma, Domingues et al., em análise realizada na cidade de Vitória, ES, com 2.500 habitantes, encontraram resultados semelhantes, com uma prevalência de cefaleia de 52,8%, sendo essa predominantemente encontrada no gênero feminino (62,6%) (21). Por outro lado, um estudo de base populacional brasileiro (11) revelou maior prevalência de cefaleia tensional entre homens na faixa etária entre 18 e 29 anos.

Resultados similares foram encontrados em outro estudo de Domingues et al., realizado no interior do Espírito Santo, em uma população de 203 pomeranos, o qual mostrou uma prevalência de 53,2% de cefaleia, com predomínio da queixa entre as mulheres (65%) (22).

TABELA 5 – Ocorrência de ansiedade e fatores associados. Resultados da análise de regressão logística. Tubarão, SC, 2009

Variáveis	RP	ORAJ	IC95%	P
Sexo feminino	9,14	1,33	(0,72-2,45)	0,36
Insônia	4,18	3,57	(1,96-6,51)	<0,0001
Periodicidade da cefaleia	5,95	0,0012	(0,000)	0,99
Perda de horas de sono por compromissos acadêmicos	8,50	1,53	(0,67-3,52)	0,32

* p<0,05

007-591_associação de cefaleia.pmd 291 21/12/2010, 13:35

A utilização de medicamentos para tratamento dos sintomas álgicos foi referida por 45,9% dos acadêmicos. Estudos descrevem uso de medicações para cefaleia entre 69,9 (22) e 77,3% (1). Tal variável apresentou uma discrepância entre os resultados encontrados na literatura, possivelmente pelas diferenças amostrais em número e população. São necessários outros estudos mais específicos para entender por que os acadêmicos deste curso utilizam menos medicamentos para tratar a cefaleia comparados a outros grupos estudados.

No presente estudo, 27,6% dos acadêmicos referiram que a cefaleia foi causa de irritabilidade, 21% buscavam isolamento e em 12,2% a cefaleia atrapalhava os relacionamentos interpessoais. No estudo de Pizzato et al., em 38,8% dos casos a cefaleia trouxe como consequência a irritabilidade, 40,6% o isolamento e em 22,4% houve interferência nos relacionamentos interpessoais como consequência (1).

A cefaleia foi considerada insuportável em 6,6% dos acadêmicos que participaram do estudo. Garcia et al., em estudo semelhante realizado no hospital universitário de Salamanca, com 155 pacientes que sofriam de cefaleia, evidenciaram que em 6,4% dos pacientes a cefaleia foi considerada insuportável quanto a sua intensidade (23).

Dos acadêmicos avaliados neste estudo, 26,8% disseram apresentar cefaleia em uma frequência inferior a uma vez por semana. Em estudo análogo, Domingues et al. evidenciaram que 27% dos entrevistados também apresentaram cefaleia menos de uma vez por semana (22).

Perder horas de sono por compromissos acadêmicos e/ou vida social foi referido por 79% dos acadêmicos e, destes, 71% tinham cefaleia. Seidel et al., em estudo de caso e controle, com 489 pacientes, mostraram que o número estimado de horas de sono por noite foi menor no grupo que sofria de cefaleia quando comparado ao grupo-controle[24].

A prevalência de ansiedade no estudo foi de 33%, e, assim como na análise da cefaleia, a ansiedade foi mais prevalente entre as mulheres (38,9%). Garcia et al. encontraram uma prevalência de ansiedade de 28,5%, também com predomínio entre as mulheres (21,8%) (23).

O presente estudo apontou uma possível associação entre cefaleia e ansiedade, uma vez que os acadêmicos considerados ansiosos apresentaram maior prevalência de cefaleia quando comparados aos não ansiosos. Entre os ansiosos, em seus diferentes níveis, em média 81% relataram ter cefaleia, contra 63,1% dos acadêmicos não ansiosos; tal resultado é comparável a outros estudos, como, por exemplo, no de Pizzato et al., que utilizaram metodologia semelhante à do presente estudo, todavia com uma amostra maior, o qual demonstrou uma maior prevalência de cefaleia entre os ansiosos, 59,8% contra 41,3% dos não ansiosos (1).

Matta e Moreira Filho, em estudo realizado no ambulatório de cefaleia do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, RJ, com 100 pacientes, encontraram entre os portadores de cefaleia tensional níveis altos de ansiedade em 60% dos pesquisados (12).

Ao analisar os resultados a partir dos acadêmicos que relataram cefaleia, nota-se que 39,2% deles eram ansiosos. O que também foi evidenciado no estudo de Garcia et al., que apontou 21,9% de ansiosos entre os pacientes com cefaleia (23). Da mesma forma, Tan et al., em um estudo de caso-controle com 140 pacientes onde os casos sofriam de cefaleia, 34% apresentaram características ansiosas (25), resultado este muito próximo ao do presente estudo.

Contrastando com os resultados dos estudos acima, Pareja et al., em análise de 223 pacientes diagnosticados com cefaleia primária, evidenciaram uma elevada prevalência de ansiedade (62,8%) (26). A diferença em tal estudo pode ser explicada pelo fato de que dos 223 participantes 82,5% eram mulheres.

Como foi observado neste estudo, e de acordo com a análise de regressão múltipla, ansiedade e sexo feminino são fatores importantes e estatisticamente independentes no desencadeamento da cefaleia neste subgrupo de indivíduos. No estudo de Pizzato et al. os mesmos resultados foram encontrados, ou seja, ser do sexo feminino e/ou ser ansioso contribui para o desencadeamento da cefaleia (1).

Como dado secundário ao trabalho, evidenciamos que a insônia foi motivo de queixa para 14,6% dos acadêmicos. Desse total, 63,7% foram classificados como ansiosos, sugerindo uma possível associação entre essas variáveis. Na análise de regressão múltipla realizada no estudo, a insônia foi a única variável independente associada à ansiedade. Souza e Reimão, em uma revisão de literatura, encontraram uma prevalência de insônia de 12,8% e a associação da mesma com distúrbios depressivos e ansiosos (27). Este achado sugere a realização de outros estudos para melhor análise da associação entre insônia e ansiedade.

A instituição de programas preventivos adequados e de intervenção modificaria de forma positiva a evolução, duração e intensidade da cefaleia. A comorbidade entre cefaleia e ansiedade entre os acadêmicos requer a necessidade de um atendimento integrado médico-psicólogo, a fim de solucionar os diferentes aspectos envolvidos na problemática e garantir o melhor prognóstico para cada caso. O presente estudo aponta para a importância de um aprofundamento do estudo visando, em última análise, a uma melhor qualidade de vida dos portadores desse importante problema de saúde pública.

Foram considerados limitações do presente estudo: o uso de questionários como ferramenta para a coleta de dados, a aplicação dos mesmos em sala de aula (autoaplicados), uma amostra relativamente pequena e de conveniência, não sendo possível analisar características basais como comparação dessas perdas, a subjetividade das variáveis cefaleia e ansiedade. A triagem dos acadêmicos com posterior acompanhamento ou entrevista individual para coleta dos dados seriam opções para sanar tais limitações.

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou relação estatisticamente significativa entre cefaleia e ansiedade entre estudantes de Medicina da Unisul/SC/Tubarão. Contudo, o principal fator independente associado à ansiedade foi a insônia, não

007-591_associação de cefaleia.pmd 292 21/12/2010, 13:35

sendo modificado em análise multivariada pela cefaleia e outras variáveis.

Entre as diferentes fases do curso não houve uma importante variação quanto à ansiedade, sendo os acadêmicos da 2ª fase os classificados como ansiosos em maior gravidade e também os que apresentaram maior prevalência de cefaleia. A cefaleia foi apontada pela maioria dos acadêmicos como suportável, com predomínio da queixa ocorrendo em menos de uma vez por semana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pizzatto M, Silva RM, Traebert J. Cefaleia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma população adulta da região Sul do Brasil: estudo de base populacional. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica 2008; 6 (1): 15-20.
2. Bigal ME, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Custos hospitalares das cefaleias agudas em uma unidade de emergência pública brasileira. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2000; 58 (3a): 664-70.
3. Galdino GS, Albuquerque TIP, Medeiros JLA. Cefaleias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2007; 65 (3a): 681-4.
4. Krymchantowski AV. Cefaleia. Revista Brasileira de Medica 2001; 58 (59): 61-4.
5. Bigal ME, Lipton RB, Stewart WF. The Epidemiology and Impact of Migraine. Current Neurology and Neuroscience Reports 2004; 4: 98-104.
6. Pizzatto M. Cefaléia e ansiedade em população adulta. Um estudo de base populacional. Joaçaba, SC, 2005. 2006. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina.
7. Santos CMT, Pereira CU, Lima PTMR, Santos EAS, Monteiro JTS. Cefaleia tensional. Revista Brasileira de Medicina 2008; 65 (5): 112-7.
8. Mercante JPP, Bernik MA, Guendler VZ, Zukerman E, Kuczynski E, Peres MFP. Comorbidade psiquiátrica diminui a qualidade de vida de pacientes com enxaqueca crônica. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2007; 65 (3b): 880-4.
9. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and Psychopathology. Results of the Zurich Cohort Study of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(9):849-853.
10. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KMA. Comorbidity of migraine and depression: Investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003;60:1308-1312
11. Queiroz LP, Peres MFP, Piovesan EJ, Kowacs F, Ciciarelli MC, Souza JA & Zukerman E. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. Headache 2009;49:71-78. ISSN 0017-8748. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01227.x
12. Gorayeb MAM, Gorayeb R. Cefaleia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto - SP. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2002; 60 (3b): 764-8.
13. Benseñor IM, Tófoli LF, Andrade L. Headache complaints associated with psychiatric comorbidity in a population-based sample. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 2003; 36 (10): 1425-32.
14. Sadala MLA. Estudo da ansiedade como variável no relacionamento aluno-paciente. Revista Latino-americana de Enfermagem 1994; 2 (2): 21-35.
15. Matta APC, Moreira Filho PF. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaleia do tipo tensional crônica e episódica. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2003; 61 (4): 991-4.
16. Barbosa VC, Radomile MES. Asiedade pré-operatória no Hospital Geral. Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde 2006; 2 (3): 45-50.
17. Fragoso YD, Carvalho R, Ferrero F, Lourenço DM, Paulino ER. Crying as a precipitating factor for migraine and tension-type headache. São Paulo Medical Journal 2003; 121 (1): 31-3.
18. Corchs F, Mercante JPP, Guendler VZ, Vieira DS, Masruha MR et al. Phobias, other psychiatric comorbidities and chronic migraine. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2006; 64 (4): 950-3.
19. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2003; 25 (1): 65-74.
20. Cunha JA. Manual da versão em Português das escalas Beck. Casa do psicólogo, The Psychological Corporation, U.S.A.
21. Domingues RB, Kuster WG, Dutra AL, Santos GJ. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2004; 62 (3a): 588-91.
22. Domingues BR, Aquino HCC, Santos GJ, Silva PLA, Kuster WG. Prevalence and impact of headache and migraine among Pomeranians in Espirito Santo, Brazil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2006; 64 (4): 954-7.
23. Garcia SMD, Calderón MR, Pérez CP. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y transtornos del sueño. Revista de Neurologia 2007; 45 (7): 400-5.
24. Seidel S, Hartl T, Weber M, Matterey S, Paul A, Riederer F. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine-a controlled study. Cephalalgia An International Journal of Headache 2009; (29): 662-9.
25. Tan HJ, Suganthi C, Dhacahyani S, Rizal AM, Raymond AA. The coexistence of anxiety and depressive personality traits in migraine. Singapore Medicine Journal 2007; 48 (4): 307-10.
26. Pareja J, Campo A. Prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria. Acta Neurol Colomb 2006; 22 (4): 299-303.
27. Souza JC, Reimão R. Epidemiologia da insônia. Psicologia em Estudo 2004; 9 (1): 3-7.

✉ Endereço para correspondência:
Thiago Mamôru Sakae
Rua Santos Dumont, 83
88701-610 – Tubarão, SC, Brasil
☎ (48) 9919-2877
💻 thiagosakae@gmail.com

Recebido: 11/3/2010 – Aprovado: 22/4/2010

007-591_associação de cefaleia.pmd 293 21/12/2010, 13:35