

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

JULIANA SANTOS DE FIGUEREDO LIMA

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS NOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DO QUINTO AO DÉCIMO SEGUNDO
PERÍODO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

ARACAJU/SE

2018

JULIANA SANTOS DE FIGUEREDO LIMA

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS NOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DO QUINTO AO DÉCIMO SEGUNDO
PERÍODO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luís de Aquino Neves

ARACAJU/SE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS NOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DO QUINTO AO DÉCIMO SEGUNDO
PERÍODO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autora: Juliana Santos de Figueredo Lima

ARACAJU/SE
2018

JULIANA SANTOS DE FIGUEREDO LIMA

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS NOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DO QUINTO AO DÉCIMO SEGUNDO
PERÍODO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luís de Aquino Neves

Universidade Federal de Sergipe

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador

2º Examinador

3º Examinador

4º Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado sustentáculo e determinação em eu chegar aqui. Aos meus pais, Marielze e Alberto, por se empenharem comigo em todos estes anos, pela paciência e principalmente pelo amor incondicional que cada um tem proporcionado a mim. Ao meu namorado Igor, pelo carinho e zelo em ter me ajudado na confecção do referido trabalho. A Genilma, pela dedicação ao se propor em me orientar neste trabalho, sem exigirem nada mais que a amizade em troca. E ao meu orientador, Dr. Eduardo Aquino, pela paciência e disposição em sanar minhas dúvidas em meio à correria cotidiana atrelada ao curso de medicina e ao trabalho extracurricular.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

TABELA 1: PERFIL DOS ALUNOS PORTADORES DE CEFALÉIA

TABELA 2: PERCENTUAL DOS TIPOS DE CEFALÉIA POR GÊNERO

TABELA 3: USO DE ANALGÉSICOS PELOS ALUNOS DEVIDO ÀS CRISES DE CEFALÉIAS

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PREVALÊNCIA DE CEFALEIA POR GÊNERO.

GRÁFICO 2: TIPOS DE CEFALEIA NOS ESTUDANTES.

GRÁFICO 3: PREDOMÍNIO DE CEFALEIAS ENTRE OS SEXOS.

GRÁFICO 4: RECORRÊNCIA DE CEFALEIAS ENTRE OS PERÍODOS.

GRÁFICO 5: CORRELAÇÃO ENTRE HISTÓRIA FAMILIAR E CEFALEIAS.

GRÁFICO 6: RELAÇÃO ENTRE HISTÓRIA FAMILIAR DE: TENSIONAL x MIGRÂNEA E PADRÃO MISTO.

GRÁFICO 7: PERCENTUAL TOTAL DO IMPACTO CAUSADO PELAS CEFALEIAS.

GRÁFICO 8: COMPARAÇÃO DO IMPACTO DAS CEFALEIAS ENTRE OS SEXOS.

GRÁFICO 9: MULHERES QUE PIORAM DAS CRISES DE CEFALEIAS NO PERÍODO MENSTRUAL.

GRÁFICO 10: PREVALÊNCIA DE ABUSO DE ANALGÉSICO ENTRE OS SEXOS.

SUMÁRIO

I- REVISÃO DE LITERATURA.....	9
1- HISTÓRICO.....	9
2- CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS.....	10
3- EPIDEMIOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS.....	12
4- FISIOPATOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS.....	13
5- DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS.....	15
5.1- Migrânea.....	15
5.2- Cefaleia Tipo Tensão.....	17
5.3- Cefaleia Trigêmeo-Autonômica.....	18
6- IMPACTO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS NAS ATIVIDADES COTIDIANAS....	19
7- REFERÊNCIAS.....	21
II- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	25
III- ARTIGO CIENTÍFICO.....	29
RESUMO.....	29
ABSTRACT.....	30
1- INTRODUÇÃO.....	31
2- METODOLOGIA.....	32
3- RESULTADOS.....	33
4- DISCUSSÃO.....	35
5- CONCLUSÃO.....	43
6- REFERÊNCIAS.....	45
IV- ANEXOS.....	50
ANEXO 1.....	50
ANEXO 2.....	52
APÊNDICE.....	54

I. REVISÃO DE LITERATURA

1. HISTÓRICO

A cefaleia é uma enfermidade conhecida desde os primórdios da humanidade. Nas civilizações neolíticas, há 7000 a.C. , os indivíduos acometidos por uma elevada intensidade algica de tal patologia, eram interpretados como possuidores de espíritos malignos que se alojavam dentro do crânio. Como tratamento, empregava-se a trepanação, pois se acreditava que através da abertura de um orifício no crânio, o enfermo estaria livre das crises de cefaleia (ORTIZ, 2002).

Nos escritos bíblicos, aproximadamente no século IX a.C., também são relatadas passagens com pessoas portadoras da referida patologia. Na passagem do livro de 2 Reis, capítulo 4, versículos 16 ao 20, registra-se a breve história de um menino atacado por uma cefaleia súbita e incapacitante. Na ocasião, a única terapêutica realizada foi o conforto que o colo da mãe poderia proporcioná-lo, porém, sem êxito, pois o menino vira a falecer ao meio-dia do corrente dia (SILVA-NÉTO, 2009).

Através dos relatos dos papiros de Ebers em 1200 a.C., a civilização do Egito Antigo também adotava métodos para alívio das cefalgias. Ao enfermo, era amarrado com uma faixa de linho branca sobre a sua cabeça, um crocodilo de argila com ervas na boca. Acreditava-se, dessa forma, que os deuses curariam as pessoas acometidas pela referida patologia. O indivíduo relatava melhora, provavelmente por comprimir as artérias dilatadas no couro cabeludo (VILLALÓN, 2002).

A palavra migrânea de etimologia grega foi introduzida pela primeira vez com Galeno aproximadamente em 200 d.C., e significa hemicraniana. Foi ele quem criou e disseminou a teoria dos quatro humores: sangue, fleugma, bile amarela e bile preta. Este médico acreditava que a dor era devido aos vapores prejudiciais ascendentes que se chegavam ao cérebro, proveniente de outras partes do organismo, provocando as temidas dores de cabeça. Já os vômitos eram decorrentes da eliminação do excesso de bile amarela (CARNEIRO, 2005).

Em 1672 através de Thomas Willis, a palavra “neurologia” foi introduzida a fim de definir os ataques e as causas de migrânea, incluindo fatores como hereditariedade, dietas, mudanças de estações e condições atmosféricas. Além disso, a teoria vascular das cefaleias também foi introduzida pelo mesmo pesquisador, que definiu a vasodilatação como a causa

do estado migranoso que o enfermo se encontrava, relacionando também os sintomas de cefaleia aos espasmos ascendentes que se iniciam nas extremidades periféricas dos nervos (CARNEIRO, 2005).

Modernamente em 1873, a publicação do livro *A Contribution to the Pathology of Nerve Storms* ganhou grande notoriedade por ser o primeiro tratado mais completo sobre migrânea. Neste livro, foi constatada semelhança que o autor da obra (Leiving) fazia entre a enxaqueca e a epilepsia. Além disso, Leiving associou os episódios clinicamente evidentes de enxaqueca às descargas cerebrais ou “tempestades nervosas” (MONTES e RODRIGUES, 2011).

No Brasil, Edgard Raffaelli Júnior foi um dos principais nomes sobre o tema. Resolveu estudar medicina em 1954, pois convivia com crises de cefaleias tensionais recorrentes e enxaqueca. No terceiro ano de faculdade, fez exames para descobrir a causa da enfermidade, mas não obteve êxito. Desde então, dedicou-se a descobrir etiologia e a tratar a enfermidade. Em 1968, tornou-se o primeiro médico da América Latina a utilizar propranolol como droga preventiva da enxaqueca (SILVA-NÉTO, 2006).

2. CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS

A tentativa em se classificar as cefaleias se iniciou a partir da segunda metade do século XX, em 1962. A primeira classificação, que teve como um dos seus maiores expoentes o neurologista americano Harold George Wolff, durou 26 anos, e serviu como base aos interessados em cefaleia no mundo inteiro. O embasamento da investigação foi realizado a partir das causas da referida enfermidade e na classificação dos diferentes grupos da mesma, que já sabiam existir muitos na época (NETO, 2016). Portanto, a mais recente classificação de cefaleias utiliza os critérios diagnósticos baseados na *International Classification of Headache Disorders, Trhird Edition, version beta* (ICHD-3 β). Por ser uma edição mais extensa e revisada, nela são encontrados quase 300 tipos de cefaleias (SIC, 2014).

Segundo sua etiologia, as cefaleias podem ser classificadas como primárias e secundárias. As primárias não apresentam uma causa demonstrável pelos exames clínicos e laboratoriais e são diagnosticadas apenas pela anamnese. As cefaleias tensionais, migrânea e cefaleias em salvas são os tipos mais representativos delas. Diferentemente, as secundárias são consequências de uma doença preexistente. As etiologias mais comumente atribuídas são

infecções sistêmicas, distúrbios endócrinos, meningites, encefalites, intoxicações, tumores e/ou hemorragias cerebrais, dentre outras (SPECIALI, 2011).

A Sociedade Internacional de Cefaleias, 3ª edição (versão beta) classifica a doença, conforme exposto nos quadros a seguir (Tabela 1).

Tabela 1: Quadros de classificação de cefaleia

Cefaleias primárias	Cefaleias Secundárias
1. Enxaqueca • Sem aura; • Com aura.	5. Cefaleia atribuída a traumatismo da cabeça ou do pescoço
2. Cefaleias tipo tensão • Episódica; • Crônica.	6. Cefaleia atribuída à perturbação vascular craniana ou cervical
3. Cefaleias trigêmino-autonômicas	7. cefaleia atribuída à perturbação intracraniana não vascular
4. Outras cefaleias primárias • Da tosse; • Do exercício; • Associada à atividade sexual; • Por estímulos frios; • Por compressão externa; • Por quinada; • Numular • Hípnica • Persistente diária desde o início.	8. Cefaleia atribuída a substâncias ou à sua privação
	9. Cefaleia atribuída à infecção
	10. Cefaleia atribuída à perturbação da homeostasia
	11. Cefaleia ou dor facial atribuída à perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz seios peri-nasais, dentes, boca ou estruturas cranianas ou faciais.
	12. Cefaleia atribuída à perturbação psiquiátrica

Fonte: Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição – Tradução portuguesa, 2014.

De acordo com a 3ª versão da Classificação Internacional de Cefaleia (CIC), há ainda uma terceira parte na referida catalogação. Nela, encontram-se as neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais – com 12 subdivisões – e outras cefaleias, com duas

subdivisões. Além disso, quanto às cefaleias primárias, as dificuldades diagnósticas são observadas muitas vezes em se separar a cefaleia do tipo tensão da enxaqueca sem aura. Isso pode ocorrer porque em um mesmo indivíduo, os dois tipos de cefaleia podem coexistir.

3. EPIDEMIOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

Em um estudo de revisão epidemiológico mundial, a prevalência de cefaleia na população adulta foi de 46%, sendo que a CTT foi a mais prevalente (42%), seguida da enxaqueca (11%) (STOVNER, 2007). No Brasil, alguns estudos mostram percentuais quanto à prevalência das cefaleias, variando entre 43% e 93% (CORREIA, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia em 2016, um estudo epidemiológico foi realizado para avaliar a proporção das cefaleias primárias na população brasileira. Nele, foram constatados que cerca de 15,2% são acometidas pela enxaqueca, 13% por cefaleia tensional e 6,9% de cefaleia crônica diária. Se comparado à população mundial, a prevalência da enxaqueca é semelhante, enquanto que a taxa de cefaleia crônica diária é maior no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2016).

Na atenção primária, 9% das consultas por queixas agudas são devidos à cefaleia, sendo que as mulheres em anos de maior produtividade são as mais atingidas (PINTO, 2009). Uma dessas explicações está no fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que o sexo masculino, tanto nas cefaleias tensionais, quanto nas migrâneas (MASCELLA, 2014). Outros fatores que aumentam o percentual de cefaleia em mulheres em idade fértil são os fatores clínicos relacionados aos hormônios. Numa pesquisa realizada na cidade de Ribeirão Preto via telefônica, dos portadores de cefaleia, 69,4% eram mulheres e 29,7% a relataram no momento do estudo (FERNANDES, 2004). Além disso, há uma associação direta entre ciclo menstrual e migrânea. Alguns estudos clínicos mostraram que a relação entre a frequência da enxaqueca com a menstruação chega a 60-70% (MIZIARA, 2003).

A história familiar também tem papel fundamental no portador de algumas cefaleias primárias. Estima-se que cerca de 70% de pacientes com migrânea possuem antecedentes hereditários acometidos por tal enfermidade (UNA-SUS, 2013). Além disso, estudos genéticos comprovam o caráter hereditário da enxaqueca, com um risco maior em parentes de primeiro grau de pacientes com enxaqueca com aura (SPECIALI, 2011).

A obesidade também é um fator contribuinte para a manifestação de cefaleias primárias. Estudos populacionais identificam uma associação entre cefaleia e obesidade, principalmente com a migrânea. Estima-se que a obesidade aumente o risco de enxaqueca entre 40-80%, piorando com o aumento do *status* obesidade, de peso normal para obesidade severa (CHAI, 2014). No mesmo estudo, a comorbidade, obesidade-enxaqueca é modificada com a idade, apresentando uma prevalência maior em indivíduos com idade reprodutiva, a qual as cefaleias são mais comuns e incapacitantes. Nos estudos de Peres, 2005, 75% dos pacientes pesquisados de um centro de tratamento de obesidade referiram ter cefaleia primária, sendo que 66% teve como diagnóstico a enxaqueca (PERES, 2005).

Uma classe que merece destaque por serem frequentemente acometidos pelas cefaleias são os estudantes de medicina. Estima-se que em todo o mundo, a prevalência de cefaleia entre esse grupo gire em torno de 11 a 40%. A epidemiologia aponta que a migrânea é a forma que mais afeta estes adultos jovens, e sua frequência aumenta com o decorrer dos anos de estudo dos alunos (AL-HASHEL, 2014). Em uma faculdade particular, 59,25% dos estudantes de medicina do Rio de Janeiro relataram ter sofrido de cefaleia de forma frequente no último ano, sendo que 27% destes apresentaram tais queixas após o ingresso na universidade (CATHARINO, 2007).

4. FISIOPATOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

No crânio existem receptores nociceptivos periféricos (receptores de dor) que transmitem a aferência da dor. Qualquer lesão ou ativação do sistema nervoso periférico, ou central, pode provocar dor. As estruturas cranianas sensíveis à excitação mecânica compreendem o couro cabeludo com a aponeurose, artéria meníngea média, seios durais, foice cerebral e os segmentos proximais das grandes artérias piais (ROWLAND, 2011).

A fisiopatologia da CTT ainda não é muito bem esclarecida, embora envolva estruturas complexas, tanto a nível central, quanto a nível periférico. Os mecanismos periféricos estão relacionados a uma sensibilidade mais aguçada à palpação, presente tanto na CTT episódica, quanto crônica. É uma dor instigada por pressão, levando à sensibilização das fibras A-delta e C, respondendo com aumento da sensibilidade, em consequência da palpação dos tecidos miofasciais pericranianos (CRUZ, 2016).

Isquemia, estímulos mecânicos (pressão dentária), mediadores químicos, tais como bradicinina, serotonina e íons potássio podem desencadear tal processo. Mais recentemente, uma das teorias mais aceitas seria a ocorrência de uma ativação mais duradoura e contínua de algumas das unidades motoras musculares, acionando nociceptores periféricos, resultando na dor. Já os mecanismos centrais compreendem causas multifatoriais. O componente psicológico, como estresse, ansiedade e depressão, apresenta relação muito íntima com a CTT, embora pouco se compreenda seu mecanismo de ação (CRUZ, 2016).

A teoria sobre a enxaqueca, medida pelo componente vascular, é apoiada por alguns pesquisadores. A ocorrência de reações extra e intracranianas devido à vasoconstrição leva à redução do fluxo de sangue no cérebro e dos vasos em volta. Esta fase é seguida de vasodilatação, edema e inflamação sem infecção. Ao mesmo tempo, ocorre agregação plaquetária, provavelmente devido à exposição das várias aminas vasoativas, como a serotonina (HICKEY, 2009).

A melatonina é um hormônio produzido pela glândula pineal que possui alguns efeitos biológicos, e é considerada uma forte candidata ao processo fisiopatológico da enxaqueca. Ela potencializa o neurotransmissor de maior importância inibitória no cérebro, o GABA (ácido gama-amino-butírico); inibe o neurotransmissor mais excitatório, o glutamato; além disso, a melatonina regula a ação da serotonina, dopamina, age como anti-inflamatório e possui ação analgésica opióide; possui molécula similar à indometacina, a qual possui importância nos estudos das cefaleias (PERES, 2005).

A enxaqueca também influencia os níveis de serotonina no organismo. Quando a enxaqueca se inicia, a serotonina sérica cai, embora essa queda seja normal no intervalo entre as crises. Concomitantemente, ocorre aumento do ácido 5-hidroxiindolacético na urina, um produto degradado da serotonina que requer agregação para sua liberação. Há aproximadamente sete classes de receptores de serotonina no corpo, a maioria deles são excitatório (HICKEY, 2009)

Outro tipo comum de cefaleia primária é a cefaleia em salvas ou *cluster*. Pouco ainda se conhece da fisiopatologia, mas se sabe que ela pertence ao grupo das cefaleias trigêmino-autonômicas (TACs), que se manifesta unilateralmente em todo o território do nervo trigêmeo (V par craniano), acompanhada de manifestações autonômicas de ativação parassimpáticas ipsilateralmente (PARREIRA, 2006).

Nas cefaleias em salvas, ocorre uma ativação no sistema trigêmico-vascular e do reflexo trigêmico-autônômico. As vias do referido reflexo são compostas por conexões entre o núcleo do trigêmeo e as vias parassimpáticas, situadas ao nível do tronco encefálico. O responsável pela ativação parassimpática é o núcleo salivar posterior do nervo facial, por onde são atingidos os estímulos dolorosos, provocando a clínica do *cluster*. Consequentemente, há um edema e vasodilatação (por ação do óxido nítrico e liberação do peptídeo intestinal vasoativo -VIP), aumentando o fluxo sanguíneo nas artérias meníngeas e extracraniana (PARREIRA, 2006).

5. DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

A avaliação de um paciente portador de cefaleia primária deve ser iniciada com uma história detalhada. As características fundamentais devem ser definidas por alguns critérios, que incluem: forma de início (súbito ou insidioso), fatores desencadeantes, sintomas premonitórios, localização e característica da dor, sintomas associados, intensidade e duração da enfermidade. Outras condições como história familiar e social, medicações prévias, alergias medicamentosas e revisão de outros sistemas corporais também são relevantes. Os exames neurológico e geral são fundamentais em indivíduos que têm um início gradativo ou abrupto, ou que apresentam alterações no padrão da cefaleia. Os exames complementares, como os laboratoriais e de neuroimagem também podem ajudar a esclarecer o diagnóstico algico (JONES, 2006).

5.1 Migrânea

Clinicamente, a migrânea (ou enxaqueca) se caracteriza por uma dor pulsátil na maioria dos casos, sendo unilateral em aproximadamente dois terços das vezes. A localização e a frequência da dor variam de um a pessoa para outra e até mesmo, no próprio indivíduo. As regiões cranianas frequentemente mais acometidas são a temporal, frontal, occipital, podendo ser uni ou bilateralmente. Já a periodicidade é variável, podendo ocorrer raramente durante o ano, estar relacionada a fenômenos periódicos – como os ciclos menstruais – ou até ser diária. A duração é variável, podendo durar de horas a dias, a depender da intensidade da dor, a qual geralmente é de moderada a forte, incapacitando o indivíduo de exercer suas atividades. A fotofobia e sintomas gastrointestinais, como náuseas e vômitos, também são frequentes,

encontrados em 80% dos casos de enxaqueca e em dois terços das manifestações cefalálgicas, respectivamente (BACHESCHI, 2015).

A diferença entre os dois subtipos principais da enxaqueca – sem aura e com aura – são baseadas no diagnóstico clínico. Enquanto que a enxaqueca sem aura se constitui numa síndrome basicamente clínica, definida por cefaleia específica associada a sintomas; a enxaqueca com aura é constituída, principalmente pelos sintomas neurológicos focais transitórios, que de forma geral, antecedem, ou vêm junto com a cefaleia (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CEFALEIA, 2014).

A enxaqueca sem aura (enxaqueca comum ou hemicrânia simples) é uma manifestação álgica craniana, com episódios de duração entre 4 a 72 horas em média. Pela Classificação Internacional de Cefaleia, 3ª edição (versão beta), os critérios diagnósticos são os seguintes:

- A. Pelo menos 5 episódios, envolvendo os critérios B a D;
- B. Episódios de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso)
- C. Cefaleia tem, pelo menos, duas das quatro características a seguir:
 - a. Localização unilateral
 - b. Pulsátil
 - c. Dor moderada ou grave
 - d. Agravada por atividade física de rotina ou seu evitamento (exemplo: caminhar ou subir escada).
- D. Durante a cefaleia, pelo menos, um dos seguintes sintomas deve estar presente:
 - a. Náuseas e/ou vômitos
 - b. Fotofobia e fonofobia
- E. Não é melhor explicada pelos critérios diagnósticos da ICHD-3 beta

Pela 3ª edição da CIC, a enxaqueca com aura (também denominada de enxaqueca clássica) apresenta episódios recorrentes, com minutos de duração, de localização unilateral, reversível, e acompanhada por sintomas provenientes do sistema nervoso central, como os visuais ou sensitivos, que se desenvolvem progressivamente e, de forma geral, são seguidos por cefaleias com características de enxaqueca. A seguir, seguem os critérios diagnósticos, segundo ICHD – 3 beta:

- A. Pelo menos dois episódios que satisfaçam os critérios B e C;

B. Um ou mais dos seguintes sintomas de aura, totalmente reversíveis:

- a. Visual
- b. Sensitivo
- c. Fala e/ou linguagem
- d. Motor
- e. Tronco cerebral
- f. Retiniano;

C. Pelo menos duas das quatro características seguintes:

- a. Ao menos um sintoma de aura se expande gradativamente em 5 ou mais minutos, e/ou dois ou mais sintomas aparecem seguidamente
- b. Cada sintoma de aura dura cerca de 5 minutos a 1 hora
- c. Ao menos, um sintoma de aura é unilateral
- d. A aura é acompanhada ou é seguida em 60 minutos por cefaleia.

D. Não é melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD – 3 beta e foi excluído um acidente isquêmico transitório.

5. 2 Cefaleia tipo tensão

A clínica da cefaleia tipo tensão (CTT) é caracterizada por uma dor de intensidade média a moderada, do tipo em aperto ou pressão, e não se agrava por atividade física de rotina. Ela dura de minutos a dias e sua frequência, em média, de 180 dias por ano. Os doentes acometidos podem apresentar dor à palpação dos músculos pericranianos. Além disso, a CTT é usualmente bilateral, mas cerca de 10 a 20% dos doentes podem ser acometidos unilateralmente, com destaque para as localizações frontal e occipital (RIBEIRO, 2006). Um diagnóstico diferencial se baseia no uso abusivo de analgésicos, com melhora do quadro clínico do paciente após a interrupção do uso da referida medicação (CRUZ, 2017).

A diferença diagnóstica entre os tipos de CTT episódica e crônica, é que esta CTT se constitui numa forma provinda da cefaleia episódica frequente, por isso, se baseia na duração dos sintomas, já que a crônica tem um tempo de duração maior. Quanto aos subtipos CTT episódica pouco frequente e episódica frequente, a distinção é feita pelo número de vezes que o enfermo é acometido por tal patologia no período de um mês, segundo a ICHD – 3ª versão beta.

A 3ª edição da Classificação Internacional de Cefaleia apresenta como critérios diagnósticos para a CTT episódica os seguintes:

- A. Ao menos 10 episódios ocorrendo em menos de 1 dia por mês em média, ou seja, menos de 12 dias por ano, preenchendo os critérios de B a D (CTT episódica pouco frequente);
- B. No mínimo 10 episódios que surgem em 1 a 14 dias por mais de 3 meses, isto é, por 12 dias ou mais, só que menos que 180 dias por ano, além de preencher os critérios B e D (CTT episódica frequente);
- C. A período da cefaleia é de 30 minutos a 7 dias;
- D. As características são pelo menos duas das quatro seguintes:
 - a. Localização bilateral
 - b. Em aperto ou em pressão (mas não pulsátil)
 - c. Intensidade leve a moderada
 - d. Não se agrava por atividade física cotidiana como caminhar ou subir escadas
- E. É acompanhada dos aspectos abaixo:
 - a. Ausência de náuseas e/ou êmese
 - b. Apenas um dos seguintes sintomas estão presentes: fonofobia ou fotofobia
- F. Não é melhor explicada por outro diagnóstico da referida edição da ICHD.

A diferença diagnóstica entre CTT episódica e crônica, quanto aos critérios da ICHD – 3ª versão beta, é que além de ser uma cefaleia que evolui do tipo CTT episódica frequente, a crônica ocorre num período igual ou maior que 15 dias em um mês, por mais de 3 meses (o que representa 180 dias ou mais por ano). A duração também é maior: podendo persistir por horas ou dias, ou ainda ser contínua, podendo vir acompanhada de náuseas.

5.3. Cefaleia trigêmino-autonômica

As cefaleias trigêmino-autonômicas (CTAs) possuem características clínicas de lateralização, acompanhada de sinais autonômicos parassimpáticos cranianos e ipsilaterais a dor. Raramente, pode vir associada ao quadro de aura típica da enxaqueca (ICHD, 2013). Dentre as CTA's, a principal é a cefaleia em salvas, caracterizada por uma dor severa, unilateral – orbitária, supraorbitária, temporal ou abrangendo essas três localizações – com duração de 15 a 180 minutos, acompanhada de hiperermia conjuntival, congestão nasal, rinorreia e lacrimejamento. A frequência varia de 1 vez a cada dois dias a 8 vezes em um só

dia. Durante a crise, o acometido não consegue ficar calmo, podendo ter agitação constante neste período (SINAPSE, 2009).

Pela ICHD – 3ª versão beta, os critérios diagnósticos da cefaleia em salvas se baseiam nos seguintes achados:

- A. No mínimo cinco crises, preenchendo os critérios diagnósticos B a D.
- B. Dor unilateral, forte ou muito forte, supraorbitária e/ou temporal, com duração entre 15 e 180 minutos (se não tratada)
- C. Um dos dois seguintes ou ambos:
 - 1. Um ou dois dos seguintes sinais ou sintomas ipsilaterais à cefaleia:
 - a. Hiperermia conjuntival ou lacrimejamento
 - b. Congestão nasal ou rinorreia
 - c. Edema de pálpebra
 - d. Sudorese da face ou da região frontal
 - e. Rubor facial e da região frontal
 - f. Plenitude auricular
 - g. Miose e/ou ptose palpebral
 - 2. Sensação de agitação ou inquietação
- D. As crises têm frequência de uma, em cada dois dias, a oito por dia, durando mais da metade do tempo em que a enfermidade está em vigência.
- E. Não é mais bem explicada por outro diagnóstico da ICHD – 3ª versão beta.

Alguns fatores de risco estão associados a esta entidade, como o tabagismo, doença péptica, alcoolismo e enxaqueca. Além disso, outros sintomas, como sintomatologia típica da enxaqueca: fotofobia, vômitos, aura, ansiedade, sudorese, frio e eructações estão relacionados (PARREIRA, 2006).

6. IMPACTO DAS CEFALIAS PRIMÁRIAS NAS ATIVIDADES COTIDIANAS

É importante ressaltar que a cefaleia está entre as enfermidades clínicas mais incapacitantes do mundo. A redução da vitalidade, distúrbio do sono (insônia e fadiga constante), comprometimento da atividade laboral, a depender do tipo e da intensidade da cefaleia são alguns dos exemplos que essa indisposição pode acarretar nas atividades cotidianas dos indivíduos (HAEFFNER, 2016, p.101).

Em relação às atividades laborais, as cefaleias também são alvo que impacta a produtividade. Comorbidades e algumas condições crônicas de saúde, como problemas estomacais, depressão, e distúrbios do sono são associações comumente relatadas por pessoas portadoras de crises de cefaleia. Os estudos de Haeffner concluiu uma prevalência de cefaleia de 28,4%, associada a algumas variáveis como “forçar a visão”, “irritação ou nervosismo gerado pelo trabalho”, “pressão pela chefia”, “problemas estomacais”, depressão autorreferida, e nível médio de escolaridade.

Os estudos mostram que a cefaleia interfere negativamente na qualidade de vida. Absenteísmo das atividades cotidianas e estresse são consequências diretas desse processo. Nos estudos de Lopes (2015), observou-se que a correlação da cefaleia com o estresse foi de 34%. Além disso, no mesmo estudo, a qualidade de vida dos estudantes universitários portadores de cefaleia se mostrou inadequada, principalmente nos aspectos emocional e vitalidade (LOPES, 2015). Quanto ao gênero, Bernardi mostrou que a associação entre estresse e CTT está mais interligado ao gênero feminino, devido às variações cíclicas de estrogênio e progesterona (BERNARDI, 2008).

Para os médicos residentes, por exemplo, a cefaleia possui um baixo fator limitante tanto em relação ao trabalho, como é fator importante para o absenteísmo (GUIRADO, 2012, p. 17). Já para os estudantes de psicologia e medicina, a interferência diária da cefaleia, de forma geral, é mínima (FERRI-DE-BARROS, 2011 pp. 504 - 507). Além de 98% dos estudantes de medicina e psicologia, entre o primeiro e quarto ano, tivessem relatado no mínimo um episódio de cefaleia durante o curso, as dores de cabeça causaram repercussões, mesmo que mínimas, no decorrer dos referidos cursos, afetando a produtividade, causando absenteísmo, e provocando interferência nas atividades social e acadêmica.

7. REFERÊNCIAS

AL-HASHEL Jasem Y, Ahmed SF, Alroughani R, Goadsby PJ. **Migraine among medical students in Kuwait University**. The Journal of Headache and Pain. Ano 2014, vol.15, n.1 p:26. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029817/>. Acessado em 17 de fevereiro de 2018

BERNARDI, Marilia Travassos et al. **Correlação entre estresse e cefaleia tensional**. Fisioterapia em Movimento. [S.l.], v. 21, n. 1, set. 2017. ISSN 1980-5918. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19037/18385>>. Acesso em: 21 fevereiro 2018.

RIBEIRO Carlos A. Fontes, Esperança P, Sousa LD. **Cefaleias tipo tensão: fisiopatogenia, clínica e tratamento**. Rev Port Clin Geral. Ano 2006, vol. 22, p.483-490 Disponível: file:///C:/Users/login/Downloads/10269-10185-1-PB%20(1).pdf. Acessado em 17 fev 2018.

CARNEIRO, Liriana Magalhães. **Prevalência da cefaleia e suas consequências na qualidade de vida de motoristas de uma empresa de transporte coletivo urbano** . Dissertação de mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005. Acessado em 20 de fevereiro de 2018

CATHARINO, Antônio Marcos da Silva. et al. **Cefaleia: prevalência e relação com o desempenho escolar de estudantes de medicina**. Migrêneas & Cefaléias, v. 10, n. 2, p. 46-50, 2007.

CHAI, Nu Cindy et al. **Obesity and Headache: Part I – A Systematic Review of the Epidemiology of Obesity and Headache**. *Headache* 54.2 (2014): 219–234. *PMC*. Web. 20 May 2018.

CORREIA, Luciana Leonetti, LINHARES, Maria Betariz Martins. **Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária**. Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2014, Vol. 30 n. 2, pp. 145-152. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/03.pdf>. Acesso em 30 abril 2018.

ELSA Parreira, Raquel, GG, Isabel PM. **Cefaleia em salvas: fisiopatogenia, clínica e tratamento**. Disponível: <file:///C:/Users/login/Downloads/10268-10184-1-PB.pdf>. Acessado em 10 maio 2018.

FERNANDES, L. C. **Estudo epidemiológico populacional da prevalência de cefaléia na cidade de Ribeirão Preto**. (Unpublished master's thesis). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Ano 2004. Acessado em 10 de maio 2018.

GUIRADO G. M. P. de. **Cefaleia no trabalho: impacto na produtividade e absenteísmo**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. São José dos Campos, 2012;10(1):106-12. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/arquivos/meus_arquivos/arquivos/meu_arquivo/m5059c66499b66.pdf. Acessado em 13 de maio de 2018.

H. ROYDEN JONES JR. **Neurologia de Netter**. 1ª ed. 2006.

HAEFFNER, R. **Prevalência de cefaleia e fatores associados em trabalhadores de uma empresa agropecuária do sul do Brasil**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. Pelotas, Ano 2016, vol.14, n. 2, p.100-107

HICKEY, Joanne V. **The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing**. Sixth edition, 2009.

LOPES, Deborah Cristina Pereira, FÜHRER, Fabiana Marie-Ellen Campos, Aguiar PMC. **Cefaleia e qualidade de vida na graduação de medicina**. Disponível: <file:///C:/Users/login/Downloads/45-364-1-PB.pdf>. Acessado em 13 fev 2018.

CRUZ, Marina Coimbra da, CRUZ Lucas Coimbra da, CRUZ Marlene Cabral Coimbra da, CAMARGO Renan Paes de. **Cefaleia do tipo tensional: revisão de literatura**. Arch Health Invest (2017) 6(2): 53-58 © 2017 - ISSN 2317-3009 <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i2.1778>. Disponível: <file:///C:/Users/login/Downloads/1778-6784-4-PB.pdf>. Acesso em 23 mai 2018.

MASCELLA, Vivian et al. **Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça.** Bol. - Acad. Paul. Psicol. São Paulo, v. 34, n. 87, p. 407-428, dez. 2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200008&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 24 maio 2018.

MIZIARA, Lineu; BIGAL, Marcelo E.; BORDINI, Carlos A. and SPECIALI, José G.. **Cefaléia menstrual: estudo semiológico de 100 casos.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2003, vol.61, n.3A, pp.596-600. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000400013&script=sci_abstract&tlng=pt

MONTEIRO, José Maria Pereira, RIBEIRO, Carlos Alberto Fontes, LUZEIRO, Isabel Maria dos Santos (orgs.). **Recomendações Terapêuticas para Cefaleias.** 2ª ed. Novembro 2009. Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Suplemento 1, Vol. 9.

NITRINI, Ricardo, BACHESCHI, Luiz Alberto. **A Neurologia que Todo Médico Deve Saber.** Atheneu. 3ª edição.

ORTIZ Fernando, JR., Edgard Raffaelli e col. **Cefaleias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos.** 2ª ed. São Paulo, Editora Zeppelini, 2002.

PERES, Mario Fernando Prieto et al . Primary headaches in obese patients. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 63, n. 4, p. 931-933, Dec. 2005 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000600005&lng=en&nrm=iso. Acessado em 15 abril 2018.

PINTO, Meb *et al.* **Cefaleias em Adultos na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico e Tratamento.** Projeto Diretrizes, 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/06Cefaleias_em_Adultos_na_Atencao_Primaria.pdf. Acesso em 25 mar 2018.

ROWLAND, L. P. **Merritt-Tratado de Neurologia.** 11º ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007. 1200 p.

SILVA-NÉTO, Raimundo Pereira, Almeida KJ. **Cefaleia na Bíblia.** Migrêneas cefaleias Ano 2009, vol.12, n.3, pp.123-125

SILVA-NETO, Raimundo Pereira. **Odores e Cefaleia**, 2006. Disponível www.researchgate.net/publication/310845096. Acesso 05 fev 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia. **Perguntas e respostas em cefaleias**, 2016. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/noticias.php?id=7>. Acesso em 22 mai 2018.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALeias. **Classificação Internacional de Cefaleias**. 3. ed. Lisboa: Sociedade Internacional de Cefaleias, 2014.

SPECIALI, Jose G. Cefaleias. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 38-42, Apr. 2011. Disponível em http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200012&lng=en&nrm=iso. Acessado em 21 Fev. 2018.

SPECIALI, José Geraldo *et al.* **Cefaleia por uso excessivo de medicamentos**. International Association for the Study of Pain. Ano 2011.

STOVNER, L. J., Hagen, K., Jensen, R., Katsarava, Z., Lipton, R., Scher, A., Zwart, J. A. **The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide**. Cephalalgia, Ano 2007, vol.27, p.193–210.

UNA-SUS. **Eventos agudos na atenção básica**, 2013. Disponível: [file:///C:/Users/login/Downloads/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/login/Downloads/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso%20(1).pdf). Acesso em 20 fev 2018.

VILLALÓN , C.M, Centurión D., Valdivia L.F., Vries P., Saxena P.R. **An Introduction to Migraine: from Ancient Treatment to Functional Pharmacology and Antimigraine Therapy**. Proc. West. Pharmacol. Soc. Vol.45, p.199-210, Ano 2002

MONTES, Hallana Fernandes, Rodrigues JPM. **Prevalência de cefaleia em acadêmicos de farmácia da universidade estadual de Goiás**. Trabalho de conclusão de curso da Universidade Estadual de Goiás. Anápolis, GO. Ano 2011.

II- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. ISSN: 1414-0365

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Todas as submissões devem ser enviadas por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista – SEER. O texto deve estar gravado em extensão RTF (Rich Text Format) ou em formato do Microsoft Word, desde que não ultrapasse 4MB.
2. O preenchimento dos metadados é obrigatório, sem o qual o artigo não poderá seguir para a etapa de avaliação:
Título: No idioma original, com versão em português e inglês;
Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone;
Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada;
Resumo: Estruturado no idioma original, com versão em português e inglês;
Palavras-chave: No idioma original, com versão em português e inglês.
3. O número de palavras do manuscrito deve variar conforme a seção a que se pretende encaminhar.

Verificar a Política de Seção

As páginas do texto devem ser formatadas em fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito, com margens superior e esquerda de 3 cm e margens inferior e direita de 2 cm. Deve-se usar espaço entrelinhas 1,5, em uma coluna, sem espaços entre os parágrafos, que devem ter entrada de 1,25 cm. As citações diretas com mais de 3 linhas e as notas de rodapé devem estar em corpo tamanho 10.

4. O título e o subtítulo (quando houver) do texto devem aparecer em negrito (sem itálico), em Caixa Alta e Baixa. Eles devem ser claros, objetivos, precisos e concisos, não devem conter qualquer numeração. Algo entre 5 e 13 palavras é de muito bom tamanho.
5. O resumo deve conter o máximo de 250 palavras e sua estrutura deve variar conforme a seção a que se encaminhará o manuscrito: artigo original (Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão ou Purpose, Methods, Results, Conclusions para o abstract; Relato de caso (Objetivo, Descrição do caso, Conclusão ou Purpose, Case description, Conclusions para o abstract); Revisão de literatura: a forma estruturada para o artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória. Todos os artigos submetidos em português deverão ter resumo em português e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract.
6. As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5, no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br> ou do Index Medicus.
7. Obrigatoriamente, os arquivos anexos ou apêndices (questionário, entrevista entre outros) devem encaminhados em arquivos independentes como arquivos suplementares durante o processo de submissão no SEER.
8. As tabelas, figuras, gráficos ou quadros devem ser inseridos no corpo do manuscrito precedidos do texto que os citam. Devem ser numerados sequencialmente e formatados dentro das margens. Os autores devem ter conhecimento das limitações impostas pelo tamanho e layout da revista. Portanto, as tabelas grandes devem ser evitadas.

9. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio de agências de fomento e outras organizações devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.
10. As referências deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group).
- a) Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura;
 - b) A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em sequência numérica, conforme são mencionadas pela primeira vez no texto. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.” quando for o caso.
 - c) Os autores devem checar se os autores citados estão referenciados antes de submeter o artigo;
 - d) As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

As referências devem ser identificadas no texto, nos quadros, e nas legendas com algarismos árabes entre parênteses. As referências citadas apenas em quadros ou em legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida pela primeira identificação no texto desse quadro ou figura.

Evitar citar uma comunicação pessoal a menos que esta forneça informação essencial não disponível numa fonte de informação publicada. Neste caso o nome da pessoa e a data da comunicação devem ser citados entre parênteses no texto.

11. Outros aspectos a serem observados:
- Na reprodução de documentação clínica, deve-se evitar o uso de iniciais, nomes e números de registro de pacientes. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua

imagem e documentação médica deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela Revista.

Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de direitos autorais deverá ser respeitada. O(s) autor(es) devem fornecer um documento emitido pela entidade publicadora (ou autor da foto) pertinente, autorizando o uso de tais materiais.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

III- ARTIGO CIENTÍFICO

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS NOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Juliana Santos de Figueredo Lima¹

Eduardo Luis de Aquino Neves²

RESUMO

Cefaleia está entre as condições clínicas mais prevalentes e incapacitantes. Profissionais da área de saúde têm sido apontados como uma população mais vulnerável a presença de cefaleias recorrentes. Já para os estudantes de medicina, existem poucos estudos avaliando a prevalência de cefaleia. Estresse, privação do sono, sobrecarga de horas de leitura são fatores que podem atuar como desencadeantes de cefaleias recorrentes entre estudantes de medicina que frequentam o hospital universitário. Objetivo: avaliar a prevalência de cefaleias recorrentes em estudantes de medicina que frequentam o Hospital Universitário no estado de Sergipe – campus São Cristóvão. Metodologia: Foram selecionados 201 estudantes de medicina entre o 5º e 12º período, aos quais foi aplicado um questionário, baseado na Classificação Internacional de Cefaleia – 3ª versão beta. Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo com abordagem qualitativa. Resultados: A amostra foi composta por 110 homens (55%) e 91 mulheres (45%). Cefaleia recorrente foi observada em 80 estudantes (39,8%), destes 58,8 % eram mulheres. Quanto ao tipo de cefaleia, 51,7 % era migrânea e 46 %, tensional. Nas mulheres, 53,84 % era migrânea e nos homens 54,28 % era tensional. Conclusão: Observamos uma maior prevalência de cefaleias primárias recorrentes nesta população em especial, sendo o gênero feminino o mais acometido. Migrânea foi o tipo mais prevalente, principalmente entre as mulheres, enquanto cefaleia tensional foi mais prevalente entre os homens.

.PALAVRAS-CHAVE: Cefaleias recorrentes. Prevalência. Estudantes de medicina.

¹ Graduanda de medicina da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: jufigueredo.med@gmail.com

² Prof. Adjunto de Neurologia do DME da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: eduardoaquinooneves@hotmail.com

**STUDY OF PRIMARY HEADACHES PREVALENCE IN MEDICAL STUDENTS
FROM THE FIFTEENTH TO THE SECOND PERIOD OF THE FEDERAL
UNIVERSITY OF SERGIPE**

ABSTRACT

Headache is among the most disabling clinical conditions. Reduction of vitality, sleep disturbance, impairment of work activity are some of the examples that, depending on frequency and intensity, may interfere with the activities of daily living. Health professionals have been singled out as a population most vulnerable to the presence of recurring headaches. For medical students, there are few studies evaluating the prevalence of headache. Stress, sleep deprivation, overload of reading hours are factors that can act as triggers for recurrent headaches among medical students attending the university hospital. Objective: to evaluate the prevalence of recurrent headache in medical students attending the University Hospital in the state of Sergipe - Campus São Cristóvão. Methodology: A total of 201 medical students were selected between the 5th and 12th period, with a questionnaire based on the International Classification of Headache - 3rd beta version. It is an observational, transversal and descriptive study with a qualitative approach. Results: The sample consisted of 110 men (55%) and 91 women (45%). Recurrent headache was observed in 80 students (39.8%), of these 58.8% were women. Regarding the type of headache, 51.7% were migraine and 46% were tensional. In women, 54.9% was migraine and 41.17% was tensional type. Conclusion: We observed a higher prevalence of primary recurrent headaches in this particular population, with the female gender being the most affected. Migraine was the most prevalent type, especially among women, while tension headache was more prevalent among males.

KEY-WORDS: Recurrent headache. Prevalence. Medical students.

1. INTRODUÇÃO

A palavra cefaleia, cuja etimologia é grega, está associada a todo processo doloroso do segmento craniano, que surge a partir de estruturas do próprio crânio ou da face. Trata-se de uma enfermidade conhecida desde os primórdios da humanidade. Constata-se que os primeiros escritos acerca de entidade, foram relatados pelos sumérios há mais de 3000 a. C.⁽¹⁾. Em 400 a.C., Hipócrates relatou a visualização de raios luminosos, como fenômenos que antecedem as dores de cabeça, assim também como a possibilidade de atividade física intensa e a prática do coito como fatores precedentes². No Brasil, a notoriedade do tema ganhou destaque com o médico Edgard Raffaelli Júnior, que fundou a primeira clínica especializada no tratamento de cefaleias da América Latina em 1975, mantendo ligações internacionais com centros de referências para tal entidade⁽³⁾.

Em estudos epidemiológicos mundiais, cefaleia é o tipo de dor mais comum. Em termos percentuais, a prevalência mundial de cefaleia na população adulta pode chegar a 46%⁽⁴⁾. No Brasil, essas estatísticas podem variar, atingindo índices entre 43% e 93%, a depender da região⁽⁵⁾. Quando recorrentes, sua sintomatologia pode levar a uma piora na qualidade de vida, refletindo em custos elevados para o paciente, sua família, sociedade e para o sistema de saúde de forma geral⁽⁶⁾. Além disso, tal enfermidade está entre as razões que mais comumente levam os indivíduos à procura de ajuda médica⁽⁷⁾.

A cefaleia está entre as enfermidades clínicas mais incapacitantes do mundo. A redução da vitalidade, os distúrbios do sono (insônia e fadiga constante) e o comprometimento da atividade laboral – a depender do tipo e da intensidade da cefaleia – são alguns dos exemplos que essa indisposição pode acarretar nas atividades cotidianas dos indivíduos⁽⁸⁾. Em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina em Ribeirão Preto, a cefaleia é uma das responsáveis pelo impedimento de realização de determinadas atividades⁽⁹⁾.

A incidência de cefaleias nos estudantes de medicina é um aspecto de notoriedade considerável. Em estudantes de medicina da Universidade Anhembí Morumbi, cerca de 99% da população pesquisada refere cefaleia, embora a maioria relata incapacidade leve para a realização das atividades⁽¹⁰⁾. Com uma prevalência semelhante, os estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena apresentaram uma taxa de 90,2%⁽¹¹⁾. O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de cefaleias recorrentes em estudantes de medicina que frequentam o

Hospital Universitário no estado de Sergipe – campus São Cristóvão, com o intuito de conduzir estratégias de condutas futuras frente à repercussão do referido tema.

2. METODOLOGIA.

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo com abordagem qualitativa realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju/Se. A amostra foi constituída por estudantes de medicina que frequentava o hospital universitário. O período do estudo foi entre os dias 02 e 30 de janeiro de 2018.

Para a pesquisa, foi aplicado o questionário de cefaleias (Anexo 2), embasado na Classificação Internacional de Cefaleia, 3ª versão, beta. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, sob o número do parecer 2.670.236. O referido inquérito é contido por 20 perguntas objetivas e subjetivas, dividido em duas partes. Na primeira, os questionamentos foram direcionados à identificação dos sujeitos da pesquisa, como nome, idade, peso, altura e gênero. Na segunda parte, as perguntas se direcionam ao acometimento ou não das cefaleias nos estudantes, as características, os fatores de desencadeantes, o impacto cotidiano e a frequência de uso de analgésico para o alívio das dores de cabeça. Alunos que apresentavam mais de um padrão de cefaleia não concomitantes responderam 2 questionários.

Os dados foram coletados pela pesquisadora em salas de aula, de acordo com os horários acadêmicos de cada turma incluída na pesquisa. O preenchimento das informações e as dúvidas que surgiram foram prontamente explanadas pela pesquisadora. Para a garantia da confidencialidade das informações dos alunos pesquisados e assecuridade dos pesquisadores, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Anexo 1), com a assinatura do pesquisador responsável e, após lido e consentido, assinado pelo sujeito pesquisado. O termo possui as informações de confidencialidade da pesquisa, além de mostrar os riscos e benefícios que a mesma inclui. Para esclarecimento de eventuais dúvidas, foram disponibilizados os contatos dos responsáveis pela pesquisa no TCLE. Após a aplicação do questionário, foi realizada a interpretação dos dados, de acordo com classificação do tipo de cefaleia primária.

Crítérios de inclusão e exclusão: Foram incluídos estudantes matriculados na Universidade Federal de Sergipe no curso de medicina, Campus da Saúde, Aracaju, do quinto ao décimo segundo período, que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -

TCLE (Anexo 1) e preencham o Questionário de Cefaleia (Anexo 2). Os critérios de exclusão foram: estudantes que cursam medicina em outra instituição; estudantes que não assinarem o TCLE; estudantes fora dos períodos supracitados e estudantes que manifestassem o desejo de sair da pesquisa durante o período de vigência.

3. RESULTADOS

O questionário foi aplicado em 203 estudantes, porém apenas 201 preencheram corretamente. A amostra pesquisada representa 52 % do total de acadêmicos que se encontram nos seguintes períodos do curso: 26 alunos do quinto período, 24 do sexto, 27 do sétimo, 27 do oitavo, 22 do nono, 26 do décimo, 24 do décimo primeiro e 25 do décimo segundo. A idade variou entre 18 e 46 anos. O percentual de mulheres foi de 45 % (n= 91), e de homens, 55% (n=110). Do total de estudantes da amostra, 39,6 % (n= 80) relataram cefaleias recorrentes (mais de 2 vezes ao mês). Entre os estudantes que se enquadravam neste critério, 58,7 % (n= 47) eram mulheres, enquanto que os homens representaram 41,2 % (n=33) da amostra. No estudo, não foi delimitado o início de ocorrência dos sintomas. Os dados obtidos estão na tabela 1 e gráfico 1.

Tabela 1: Perfil dos alunos portadores de cefaleia.

	Absoluto	Relativo
Total de entrevistados	201	100%
Idade	18 – 46 anos	-
Mulheres	91	45%
Homens	110	55%
Cefaleia recorrentes	80	39,6%
Mulheres	47	58,75%
Homens	33	41,25%
Cefaleia tensional	40	46%
Tensional episódica	-	-
Tensional crônica	-	-
Migrânea	45	51,7%
Migrânea com aura	18	20,7%
Migrânea sem aura	27	31%
Padrão misto	2	2,3%

Mulheres:

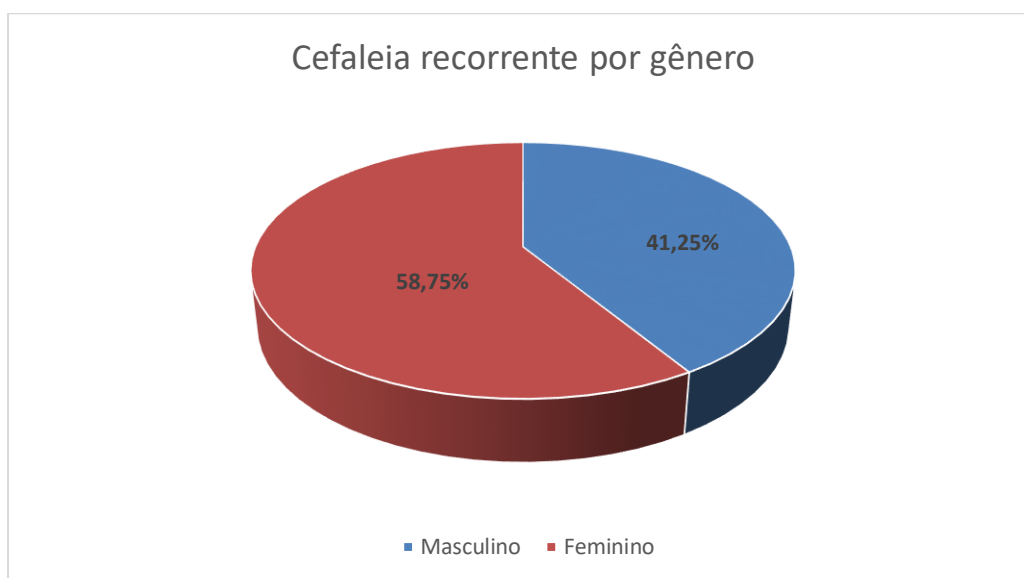
• Tensional;	• 21	• 52,5%
• Migrânea.	• 28	• 62,22%

Homens:

• Tensional;	• 19	• 47,5%
• Migrânea.	• 17	• 37,78%

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 1: Prevalência de cefaleia por gênero



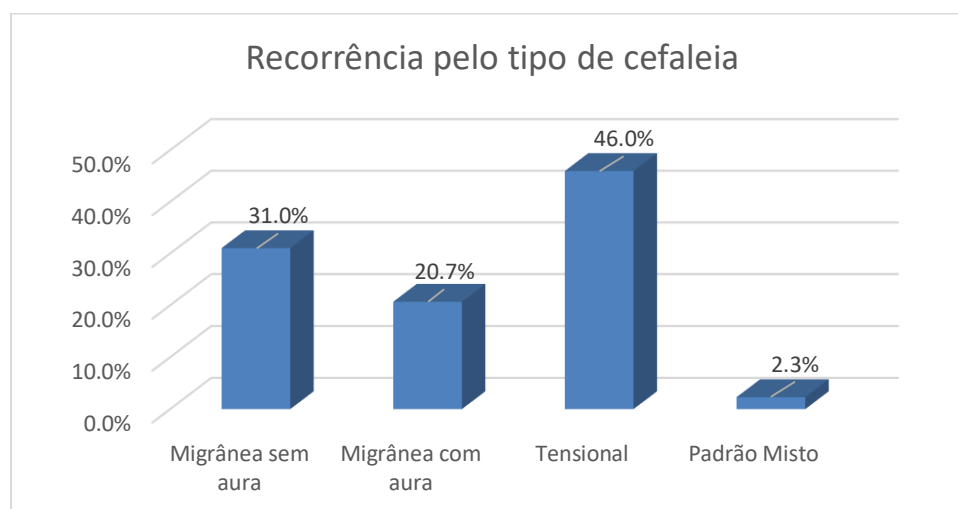
Fonte: Dados da pesquisa

Do total de resposta entre os estudantes que referiram cefaleias recorrentes, 46 % (n= 40) preencheria critérios clínicos para cefaleia tensional e 51,7 % (n= 45) para migrânea. Nas mulheres o percentual de cefaleia tensional foi de 41,17 % (n= 21) e de migrânea 54,9 % (n=28), e o padrão misto concomitante foi 3,92% (n=2). Nos homens cefaleia tensional ocorreu em 52,77 % (n=19) e migrânea em 47,22 % (n=17). Vide tabela 2 e gráfico 2.

Tabela 2: Percentual de tipos de Cefaleia por gênero.

Tipo de Cefaleia	Tensional (n)	Migrânea (n)	Padrão Misto (n)	Total (n)
Mulheres	41,17% (21)	54,9% (28)	3,92% (2)	100%(51)
Homens	52,77% (19)	47,22% (17)	0%(0)	100% (36)

Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2: Tipos de cefaleia nos estudantes.

Fonte: Dados da pesquisa.

4. DISCUSSÃO

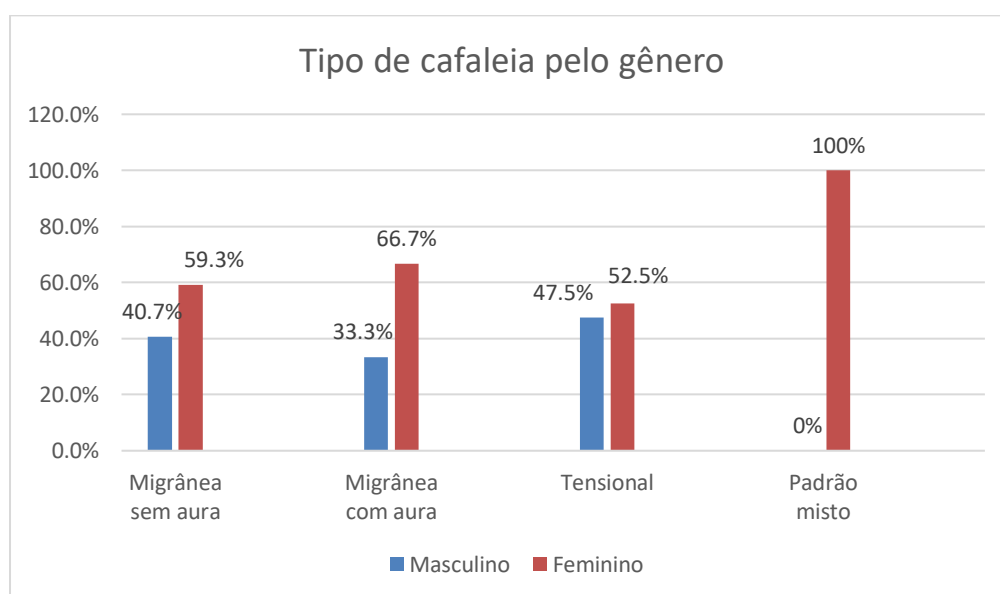
Este estudo demonstra que a prevalência de cefaleias recorrentes em estudantes de medicina é bem mais alta que a encontrada na população geral. Embora estudos na Universidade de Taubaté ⁽¹²⁾ e na Universidade de Anhembi Morumbi (SP) ⁽¹⁰⁾ tenham identificado prevalência de cefaleias primárias em estudantes de medicina bem maiores, 83,4% e 99 %, respectivamente, no estudo atual foram contabilizados apenas os estudantes que apresentavam cefaleias recorrentes. O que nos parece ser mais relevante quando estamos avaliando o impacto da cefaleia na vida pessoal e acadêmica.

Os resultados obtidos nesta pesquisa encontram algumas semelhanças com o que foi encontrado na literatura. O tipo mais frequente de cefaleia primária nesta amostra foi migrânea, sendo mais encontrada a migrânea sem aura. Cefaleia tensional foi a segunda mais frequente. A proporção entre os tipos de cefaleias também apresenta algumas variações na literatura, com trabalhos citando a cefaleia tensional como a mais prevalente, entre os

estudantes de medicina. Cerca de 39,6% dos estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina referiram cefaleia tensional, enquanto que migrânea sem aura e com aura representaram 31,3% e 8,2%, respectivamente ⁽¹³⁾. Os estudos de Ferri-de-Barros ⁽¹²⁾ constatarem que 64,7% dos estudantes dessa classe referiram portar cefaleia tensional, e 18,7%, referiram enxaqueca. Porém, em Teresina (PI), um estudo realizado em uma universidade privada, revelou uma prevalência de migrânea de 52,5% em acadêmicos de medicina ⁽¹⁴⁾, resultado muito próximo do estudo atual.

A literatura aponta que as cefaleias são mais comuns no gênero feminino é a migrânea. Na Faculdade de medicina de Barbacena (MG), a prevalência de migrânea entre os sexos foi de 76,7% nas mulheres e 23,3% nos homens ⁽¹⁵⁾. Na pesquisa de Noor ⁽¹⁶⁾, mostraram que tanto as cefaleias tensionais, quanto a migrânea foram mais frequentes nas estudantes do sexo feminino. Contudo, na pesquisa de Shahrakai ⁽¹⁷⁾, houve uma sutil predominância entre estudantes homens que alegavam migrânea na Faculdade de Medicina no Nordeste do Iran: 90,5% *versus* 88,8%. No presente estudo, foi observada, uma predominância do gênero feminino, em acordo com a literatura, em todos os tipos de cefaleias. O padrão misto apresentou 100% (n=2) de representatividade feminina e a menor diferença entre os sexos foi representada pela cefaleia tensional (52,5% *versus* 47,5%). Ainda em relação ao gênero, a cefaleia foi a forma que apresentou a menor discrepância de prevalência entre homens e mulheres, observadas no gráfico 3.

Gráfico 3: Predomínio de cefaleias entre os sexos.

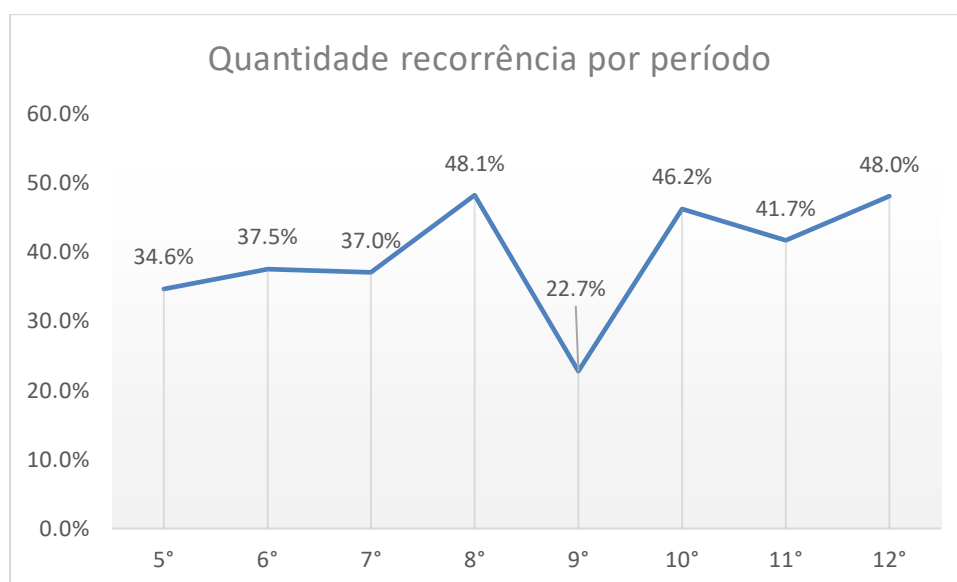


Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao ano do curso na faculdade, a literatura não aponta diferenças estatísticas de repercussões significativas. Na Universidade de Iguaçu, foi observada uma diferença estatística, entre os grupos de períodos cursados entre os acadêmicos de medicina, sendo maior nas turmas que englobavam do 4º ao 6º período, e menores entre 1º e 3º períodos ⁽¹⁸⁾. Nos estudos de Moura ⁽¹⁴⁾, a maior prevalência encontrada foi entre os primeiros anos da faculdade (1º ao 4º semestre) e dos alunos que cursavam o internato, do 9º aos 12º semestres, quando comparado aos alunos do 5º ao 8º períodos.

Neste estudo, não se observou grande diferença estatística entre os períodos. Porém, de forma geral, os maiores percentuais se situavam entre os alunos que cursavam o internato, embora o 9º período tenha fugido à regra. O menor percentual encontrado foi entre os alunos do 5º período, e o maior, entre os do 12º período (gráfico 4). Esta diferença pode ser explicada devido à pressão da proximidade da inserção no mercado de trabalho, grande sobrecarga ao longo dos anos de curso, estresse, experiências maiores com o sofrimento do paciente e contato com a morte, realidade dos serviços de saúde e escolha da futura área profissional ⁽¹⁴⁾.

Gráfico 4: Recorrência de cefaleias entre os períodos.



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a recorrências das crises, os dados observados se encontram em concordância com a literatura, mostrando que a maioria apresentou menos de 15 crises ao mês. Porém 3

estudantes apresentaram um número maior de crises e dois destes preenchem critérios para Cefaleia por uso excessivo de medicação ⁽¹⁹⁾.

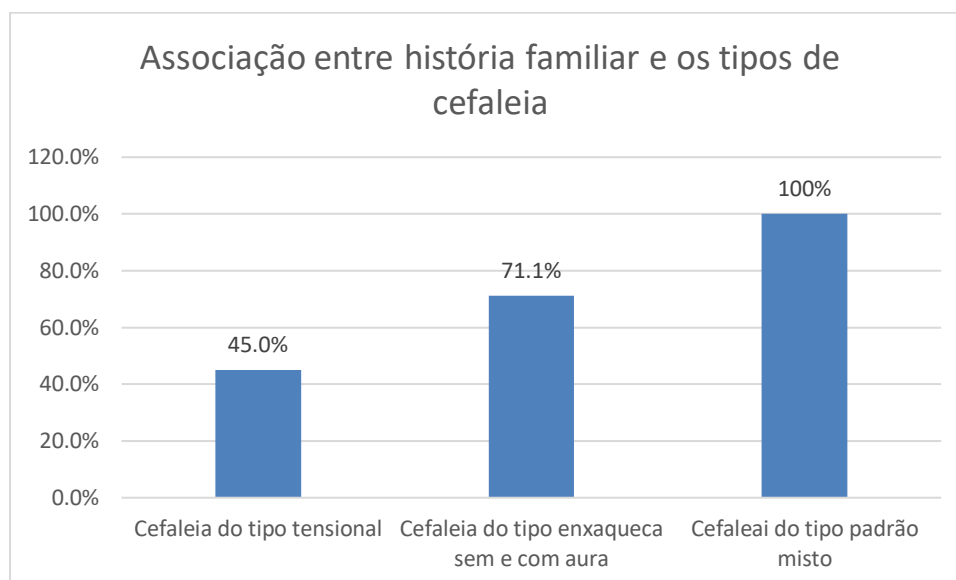
Os portadores de cefaleia que possuem história familiar positiva também representam um percentual considerável nesta amostra. A influência genética aumenta a probabilidade de 24% em parentes de primeiro grau adquirirem cefaleia tensional ⁽²⁰⁾; além disso, uma história materna positiva, aumenta consideravelmente a possibilidade de os filhos adquirirem cefaleia crônica na infância ⁽²⁰⁾. Na pesquisa de Ferreira ⁽²⁰⁾, o histórico de antecedentes familiares com cefaleia tensional foi positivo em 64% dos portadores. Pessoas com parentes próximos, como pais, tios, avós e irmãos, portadores de migrânea possuem uma alta probabilidade de também apresentarem, com índices percentuais que variam entre 50% e 90% ⁽²¹⁾. Nesta pesquisa, seguiram-se os dados observados na literatura. A presença de história familiar positiva ocorreu em 65% do total de alunos com cefaleia recorrentes (Gráfico 5). Nos casos de cefaleia tensional 45 % apresentavam historia positiva e nos casos de migrânea 71 % tinha antecedentes (Gráfico 6).

Gráfico 5: Correlação entre história familiar e cefaleias.



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 6: Relação com história familiar: CTT x enxaqueca x padrão misto



Fonte: Dados da pesquisa

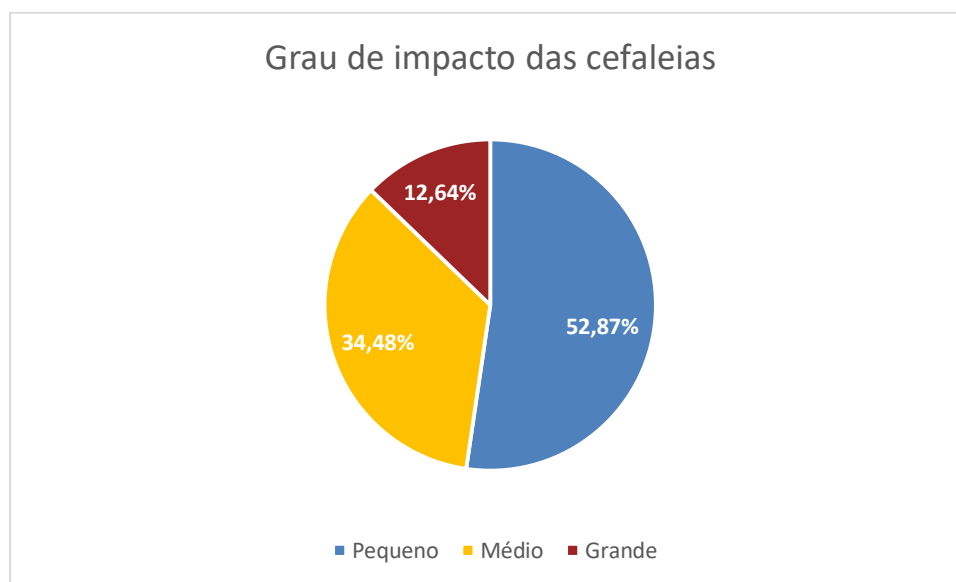
O impacto provocado pelas crises de cefaleia habitualmente possui grande influência nas atividades acadêmicas. Na Universidade Federal do Amazonas, 25% dos acadêmicos de medicina relataram impacto substancial/severo nas suas atividades cotidianas. Além disso, no mesmo estudo, a enxaqueca apresentou maior comprometimento de produtividade (em dias), que outros tipos de dor de cabeça ⁽²²⁾. Em um estudo na Universidade de Taubaté, os efeitos clínicos consequentes às cefaleias nestes estudantes são o absenteísmo acadêmico, interferências nas atividades acadêmicas e sociais, diminuição da produtividade, evolução de piora da cefaleia desde a entrada na universidade e a automedicação. Porém, 39% dos estudantes com cefaleia relataram baixo impacto nas atividades cotidianas, além de baixo absenteísmo ⁽¹²⁾. O estudo atual está em concordância com a literatura, visto que apenas uma pequena parte da amostra referiu impacto significativo nas atividades de vida cotidianas.

O impacto entre os gêneros também possui considerável influência, e a literatura diverge quanto ao maior grau de prevalência entre gêneros. Um estudo realizado em Caruaru (PE), revelou que a migrânea gera maior incapacidade nas mulheres, limitando-as nas atividades cotidianas ⁽²³⁾. Em outro trabalho, foi constatado que aproximadamente 90% das enxaquecas são consideradas de moderada a grave, e 75% das mulheres relatam que esta

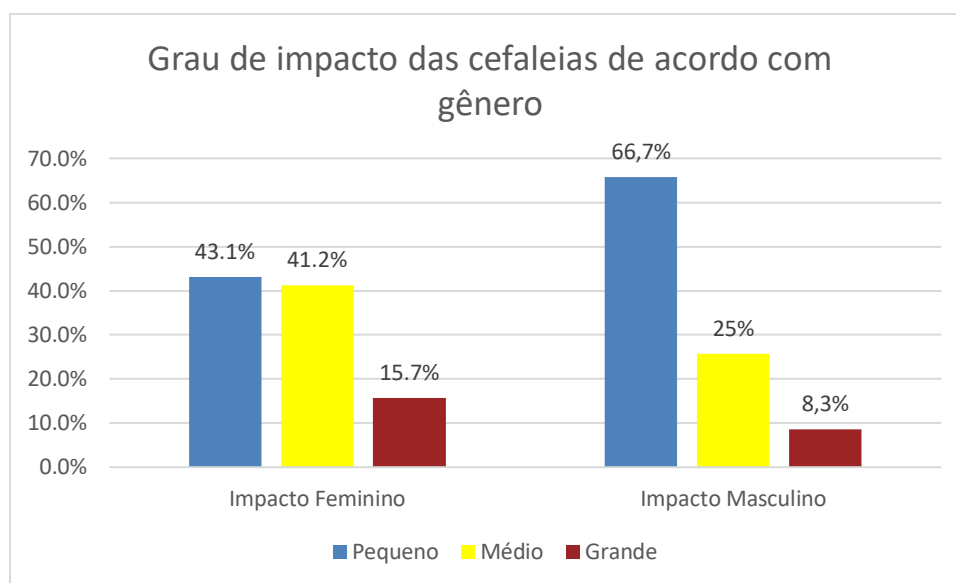
enfermidade exerce algum grau de comprometimento nas atividades diárias ⁽²⁴⁾. Todavia, alguns estudos também mostram os impactos negativos entre os homens. Lipton ⁽²⁵⁾ mostrou em sua pesquisa que 83% dos homens afirmaram uma redução moderada ou maior em realizar tarefas domésticas. Já um estudo realizado em Cuba não apresentou diferenças significativas entre homens e mulheres quanto à incapacidade ⁽²⁶⁾.

O estudo em questão está de acordo com a literatura, quanto a maior incapacidade no sexo feminino. Subjetivamente, os alunos responderam quanto ao impacto provocado nas atividades acadêmicas (gráfico 7). A maioria que declarou impacto leve foi do sexo masculino, representando 66,7% do total de resposta dos homens. As mulheres predominaram, quanto aos impactos pequeno e moderado nas atividades, representando 43,1% (n= 22) e 41,2% (n= 21) dos resultados, respectivamente, num total de 51 respostas (gráfico 8). Em relação ao período menstrual, 28 das 47 estudantes pesquisadas alegaram piora das dores de cabeça (gráfico 9). A diferença observada entre os gêneros pode ser influenciada por variações hormonais cíclicas, devido ao ciclo menstrual e ao uso de anticoncepcionais ⁽²⁴⁾.

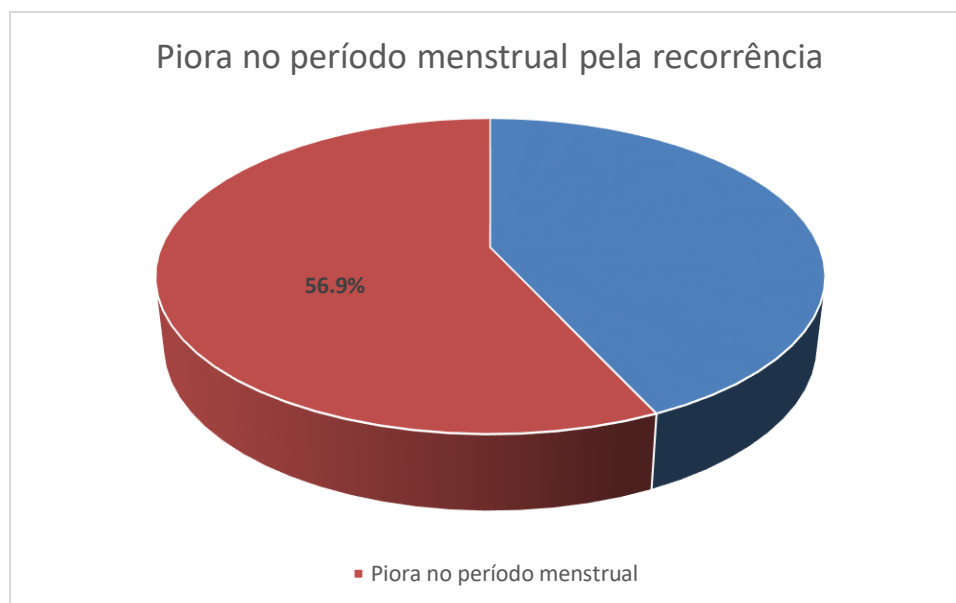
Gráfico 7: Percentual total do impacto causado pelas cefaleias.



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 8: Comparação do impacto das cefaleias entre os sexos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 9: Mulheres que pioram das crises de cefaleia no período menstrual.

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os medicamentos citados para tratamento das crises de cefaleia entre os estudantes de medicina, os analgésicos são os que ganham destaque, segundo a literatura. Entre os estudantes de medicina da Universidade Federal de Campina Grande (PB), a medicação de uso mais citada entre os estudantes foram os analgésicos, representando 79%

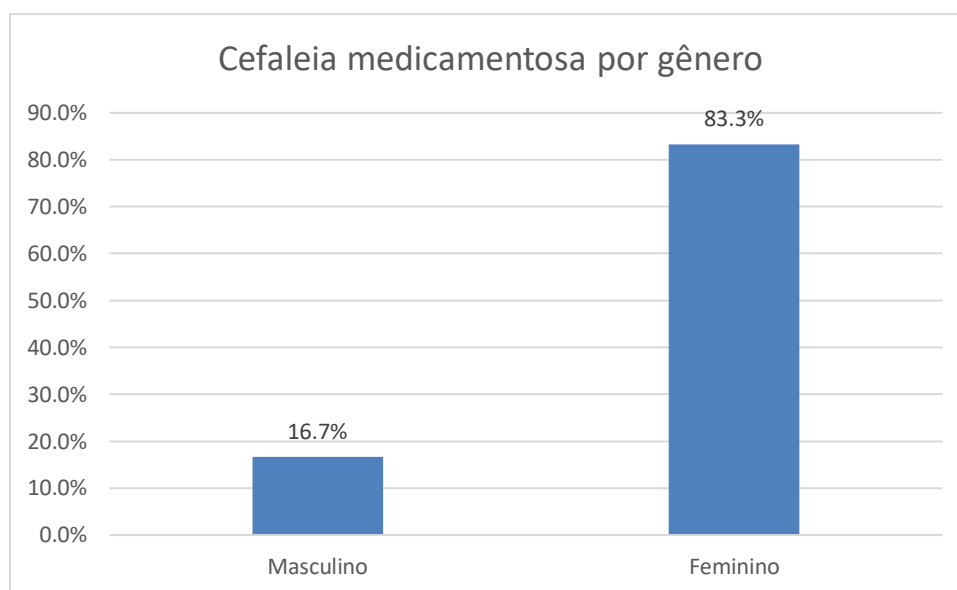
das respostas ⁽²⁷⁾. Na Universidade de Ribeirão Preto (SP) em 2008, o uso de analgésicos, juntamente com os antitérmicos, fica também primeiro lugar entre os estudantes de medicina, correspondendo a 90,2% das automedicações praticada entre este grupo ⁽²⁸⁾. Em estudantes da Faculdade de Medicina de Jundiaí, além dos analgésicos ocuparem o primeiro lugar no ranking da automedicação, 94,9% dos pesquisados declararam serem adeptos de medicações sem prescrição médica ⁽²⁹⁾.

Neste estudo, do total de resposta dos estudantes com cefaleia, 91,9 % relataram fazer uso de analgésico, pelo menos uma vez ao mês. Quanto à rotina de utilização de analgésicos 10 ou mais vezes por mês, 6,9 % das respostas dos alunos constatarem tal afirmativa, sendo que a maioria delas prevaleceu entre as mulheres – 83,33% *versus* 16,67% (Vide tabela 3 e gráfico 10). A justificativa de tal uso pode ser explicada devido aos fatores maior de prevalência de cefaleias no sexo feminino, mencionadas anteriormente. Tal hábito, no entanto, pode induzir a uma cefaleia crônica por uso excessivo de medicações analgésicas ⁽³⁰⁾.

Tabela 3: Uso de analgésicos pelos alunos devido às crises de cefaleias.

Quantidade de dias com uso de analgésico por mês	Quantidade de homens	Quantidade de Mulheres
Nenhum dia	5	1
1 a 2 dias	7	9
3 a 5 dias	17	23
6 a 10 dias	7	12
acima de 10 dias	1	5

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 10: Prevalência de abuso de analgésicos entre os sexos

Fonte: Juliana Santos de Figueredo Lima

Poucos ainda são os alunos que buscam auxílio médico generalista ou com o especialista. Em uma entrevista realizada com os estudantes de medicina na Nigéria, somente 4,6% procuraram assistência médica, enquanto que 68,2% adquiriam medicações sem prescrição médica, principalmente os analgésicos ⁽³¹⁾. Na Universidade Federal de Santa Catarina, 7,94% dos acadêmicos de medicina referem procurar atendimento com o médico especialista ⁽³²⁾. Tal fato pode ser explicado porque a maioria dos alunos que se automedicam consideram o tratamento eficiente, e a grande minoria apresenta algum problema relacionado a automedicação, conforme resultados do inquérito do referido autor.

5. CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que estudantes do quinto ao décimo período da Faculdade Federal de Medicina de Sergipe apresentam maior prevalência de cefaleias primárias recorrentes em relação a população geral. Observou-se uma maior prevalência de cefaleias recorrentes no gênero feminino, bem como todos os tipos de cefaleias foram mais prevalentes neste gênero.

Entre os alunos do sexo masculino, a maioria dos portadores de cefaleia referiu cefaleia do tipo tensional como a mais prevalente. Já no gênero feminino a cefaleia mais prevalente foi a migrânea. O impacto nas atividades cotidianas provocado pelas crises de cefaleias foi leve na maior parte da amostra, e o maior impacto foi observado no gênero feminino.

6. REFERÊNCIAS

1. Ortiz F, JR., Edgard Raffaelli e col. Cefaleias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. 2ª ed. São Paulo, Editora Zeppelini, 2002.
2. Lenzoni, AM. Cefaleia, enxaqueca, dor de cabeça crônica: cura, mito ou realidade? A dor silenciosa do isolamento. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XIV,IX [Internet] 2009 [citado em 07 de fevereiro 2018]. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais-2009/LENZONI-Ana-Maria-Cefaleia.pdf>
3. Neto RPS. Quem foi Edgard Raffaelli Júnior. Migrêneas e Cefaleia. [Internet] 2006 [citado em 07 de fevereiro 2018]; 9(4): 152-158. Disponível em: http://www.neurocefaleia.com.br/baixar/edgard_raffaelli_jr.pdf.
4. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava, Z, Lipton R, Scher A, Zwart JA. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia. [Internet]. Março 2007 [citado em 07 de fevereiro 2018]; 27(3): 193–210. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17381554>
5. Correia LL, Linhares MBM. Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária. Psicologia: Teoria e Pesquisa. [Internet] Abr-Jun 2014 [citado em 30 de abril 2018]; 30(2): 145-152. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/03.pdf>.
6. Speciali JG, Fleming NRP, Fortini I. Cefaleias primárias: dores disfuncionais. Rev. dor [Internet]. 2016 [citado 2018 Abril 11]; 17(Suppl 1): 72-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500072&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160053>.
7. Kasper DL. et al. Harrison Medicina Interna, v.1. 18ª. Edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2013

8. Haeffner R, Heck RM, Jardim VMR. Prevalência de cefaleia e fatores associados em trabalhadores de uma empresa agropecuária do sul do Brasil. *Rev Bras Med Trab.* [Internet] 2016 [citado em 13 de maio 2018];14(2):100-107. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/35/pt-BR/prevalencia-de-cefaleia-e-fatores-associados-em-trabalhadores-de-uma-empresa-agropecuaria-do-sul-do-brasil>

9. Bigal ME, Fernandes LC, Moraes FA., Bordini CA, Speciali JG. Prevalência e impacto da migrânea em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2000 Junho [citado 11 abril 2018] ; 58(2B): 431-436. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2000000300007>.

10. Führer FME Campos, Lopes DCP, Aguiar PMC. Cefaleia e qualidade de vida na graduação de medicina. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria.* [Internet]. 2015 Maio/Ago [citado em 13 abril 2018];19(2):84-95.

11. Andrade AFB, Back DFFT, Rocha EF, Duarte GF, Batista ICB, Jurno ME, Azevedo EA. Prevalência e fatores associados à enxaqueca nos estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena, MG – Brasil. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2011 [citado em 21 abril 2018]; 21(1): 25-31.

12. Ferri-de-Barros JE, Alencar MJ, Berchielli LF, Castelhana JLC. Headache among medical and psychology students. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2011 Junho [citado 30 maio 2018] ; 69(3): 502-508. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2011000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2011000400018>.

13. Costa MZG, Soares CB, Heinisch LMM, Heinisch RH. Frequency of headache in the medical students of Santa Catarina's Federal University. *PubmedArticle* [Internet]. 2000 Outubro [citado em 17 março 2018]; 40(9):740-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11091293>.

14. Moura LC, Pereira Layanna Bezerra Maciel, Moura Lucyanna Cavalcante de, Pimentel Leonardo Halley Carvalho. Prevalência de incapacidade por enxaqueca em estudantes de

- medicina. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria [Internet]. 2016 Set/Dez [citado em 18 março 2018]; 20(3):217-229. Disponível em: <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/150/103>
15. Diniz BS, Alves FO, Dias JR, Vasconcelos LT, Esteves VT, Rezende DF, Jurno ME. Migrânea e rendimento escolar entre alunos de medicina. Headache Medicine [Internet]. 2011 janeiro [citado em 18 março 2018]; 2(1):17-24. Disponível em: http://sbcefaleia4.tempsite.ws/sbcefaleia/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=60&cf_id=24
 16. Noor T, Sajad A, Asma A Frequency, character and predisposing factor of headache among students of medical college of Karach. Journal of Pakistan Medical Association [Internet]. 2016 Fevereiro [citado em 18 março 2018]; 66(2):159-164. Disponível em: http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=7613
 17. Shahrakai MR, Mirshekari H, Ghanbari AT. Shahraki AR, Shahraki E, Prevalence of Migraine Among Medical Students in Zahedan Faculty of Medicine (Southeast of Iran). Basic and Clinical Neuroscience [Internet]. 2011 Novembro [citado em 08 abril 2018]; 2(2):20-25. Disponível em: <http://bcn.iums.ac.ir/article-1-86-en.pdf>
 18. Catharino Antônio Marcos da Silva. Cefaléia: prevalência e impacto no desempenho escolar de estudantes de medicina de uma universidade particular do Rio de Janeiro.[Internet] 2006 [atualizado em 2006; citado em 20 maio 2018]. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp022827.pdf>
 19. Sociedade Internacional de Cefaleias. Classificação Internacional de Cefaleias. 3. ed. Lisboa: Sociedade Internacional de Cefaleias, 2014.
 20. Ferreira A, Morais J, Souza J, Ferreira C, Machado T, Santos AP. Caracterização de indivíduos com cefaleia do tipo tensional e relação com a qualidade de vida, depressão e ansiedade. R. Fisioterapia Reabilitação [Internet], 2017 jul/dez. [citado em 03 de junho de 2018]; 1(2):01-09. Disponível em: www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/RFR/article/download/4237/3378

21. Souza NE, Calumby ML, Afonso EO, Nogueira TZS, Pereira ABCNG. Cefaleia: migrânea e qualidade de vida. *Revista de Saúde* [Internet]. 2015 Dezembro [citado em 31 de maio 2018]; 06 (2): 23-26.

22. Almeida CMO de, Lima PAMS, Stabenow R, Mota RSS, Boechat AL, Takatani M. Headache-related disability among medical students in Amazon: a cross-sectional study. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2015 Dec [citado em 24 de maio de 2018] ; 73(12): 1009-1013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015001201009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150172>.

23. Oliveira DA, Silva LC, Brito JKC, Aleixo JDA, Ribeiro EI, Valença MM. O impacto da migrânea nas atividades de vida diária é mais incapacitante nas mulheres. *Migrêneas cefaleias* [Internet] 2008 [citado em 03 de junho de 2018];11(4):253-255. Disponível em: http://sbcefaleia4.tempsite.ws/sbcefaleia/index.php?option=com_mtree&task=att_downlo ad&link_id=35&cf_id=24

24. Ribeiro VC, Correia L, Ferreira A, Machado AI. Cefaleia e hormonas. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2017 Set [citado 2018 Mai2401] ; 11(3): 182-188. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000300005&lng=pt.

25. Lipton RB, Bigal ME, Kolodner K, Stewart WF, Liberman JN, Steiner TJ.. The family impact of migraine: population-based studies in USA and UK. *Cephalalgia* [Internet]. 2003 Julho [citado em 02 de junho 2018]; 23(6):429-440. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807522>

26. Fernández-Concepción O, Canuet-Delis L. discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Rev Neurol.* [Internet] 2003 [citado em 04 de junho 2018]; 36(12):1105-12. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/migrana.pdf>

27. Rocha AMO, et al. Perfil da utilização de medicamentos por estudantes de medicina da universidade federal de campina grande (UFCG). Revista Saúde e Ciência. [Internet] jan-jun/2011 [citado em 05 de junho 2018]; 2(1):75-87. Disponível em <http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/40>.
28. Silva R, Oliveira T, Casimiro T, Vieira K, Tardivo M, Faria Junior M, Restini C. Automedicação em acadêmicos do curso de medicina. RMRP [Internet]. 30 mar.2012 [citado em 05 de junho 2018]; 45(1):5-1. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47477>
29. Gushiken, VO *et al.* Automedicação em estudantes de medicina. Perspectivas médicas. [Internet]. 2013 [citado em 09 de junho 2018]; 24 (1): 10 -19. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2432/243227944003.pdf>
30. Ano mundial contra dor de cabeça. Cefaleia por uso excessivo de medicamentos. International Association for the Study of Pain. [Internet] 2011 [citado em 10 de junho 2018]. Disponível em: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactSheets/6-MedicationOveruse_Portuguese.pdf
31. Ojini FI, Okubadejo NU, Danesi MA. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students of the University of Lagos, Nigeria. Cephalalgia. [Internet] 2009 [citado em 12 de junho de 2018]; 29: 472–477. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1468-2982.2008.01766.x>
32. Vieira, Daniel MacCarani. Perfil da automedicação entre os estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. [Internet]. 2011 [atualizado em 2011; citado em 12 de junho 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/121167/301236.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

IV- ANEXOS**ANEXO 1****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário de uma pesquisa que será realizada no período de 01 mês letivo, no Hospital Universitário em Aracaju/Se. Com o seguinte tema: “Prevalência de cefaleias recorrentes nos estudantes de medicina do quinto ao décimo segundo período da Universidade Federal de Sergipe”. Se você quiser participar, assine ao final do documento, não é obrigado a participar e a qualquer hora pode desistir. Caso não queira participar, não terá nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora e com a instituição.

O objetivo desta pesquisa é identificar a prevalência e o tipo de cefaleias primárias recorrentes nos estudantes de medicina e avaliar o impacto nas atividades diárias entre os portadores de cefaleia do referido grupo. Para participar da pesquisa, deverá responder ao questionário.

Sua participação será importante para obtermos dados relevantes quanto ao tempo prestado nas atividades acadêmicas do referido curso com a prevalência de cefaleia nos alunos de medicina. Desta forma, esta pesquisa traz como benefício o fornecimento de dados científicos para a condução de estratégias, tanto para alunos quanto para médicos, frente à repercussão do tema de estudo. Assim, não será realizada nenhuma cobrança e pagamento algum, pela sua participação.

As informações a respeito dessa pesquisa não serão publicadas. Apenas os resultados serão divulgados, preservando a identidade do aluno. Todavia, como todo e qualquer

questionário poderá haver algum tipo de constrangimento por parte do público pesquisado. Por isso, o referido público é inteiramente livre para responder apenas as questões que não provoquem nenhum tipo de mal-estar e transtorno. Além disso, o participante que não se sentir confortável, mesmo assinando o TCLE, poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado pela pesquisadora dos procedimentos que serão utilizados, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

LOCAL E DATA: Aracaju, _____ de _____, do ano _____.

(Assinatura do participante)

Telefones dos Responsáveis:

Eduardo Aquino (professor de neurologia): (99982-1466).

Juliana Figueredo (graduanda em medicina): (99978-5761)

ANEXO 2

Questionário de Cefaleia

1. Identificação

1.1 Nome:

1.2 Idade:

1.3. Gênero: () Masculino () Feminino

1.4. Peso:

1.5. Altura:

2. Você tem dor de cabeça recorrente? (duas ou mais vezes por mês)

() Sim

() Não

Em caso afirmativo, responda as perguntas abaixo, marcando um “X” na lacuna correspondente:

3. Critérios diagnósticos:

a) AURA (algum sintoma que precede a dor de cabeça: visualização de pontos luminosos e/ou estrelas, formigamento, barulho no ouvido, alucinação, dificuldade em falar e/ou ouvir, paralisia parcial, tontura e/ou perda do equilíbrio, perda parcial da consciência etc).	Sim ()	Não ()	
b) LOCALIZAÇÃO	Unilateral ()	Bilateral ()	
c) INTENSIDADE	Forte ()	Média ()	Leve ()
d) CARÁTER	Latejante, pulsante ()	Em aperto ou pressão ()	
e) Piora durante ATIVIDADE FÍSICA (subir escadas, subir ladeira, correr pequenas distâncias).	Sim ()	Não ()	

f) FOTOFOBIA/FONOFOBIA (a luz e/ou o som incomodam).	Sim ()	Não ()	
g) PRESENÇA DE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS	Sim ()	Não ()	
h) DURAÇÃO (por quanto tempo permanece na crise de dor de cabeça).	Várias horas /ou dias ()	Poucas horas ()	
i) FATOR DESENCADEANTE (tem algo que você faz que aparece a dor)	Sim ()	Não ()	
j) HISTÓRIA FAMILIAR	Sim ()	Não ()	
k) Piora no PERÍODO MENSTRUAL (incluindo período pré-menstrual).	Sim ()	Não ()	
l) FREQUÊNCIA	Menos de 15 vezes ao mês ()	Mais de 15 vezes ao mês ()	
m) QUAL IMPACTO DESSAS DORES NO DESEMPENHO DO CURSO DE MEDICINA?	Pequeno ()	Médio ()	Grande ()
n) QUANTAS VEZES AO MÊS, VOCÊ TEM QUE USAR ANALGÉSICOS PARA DOR DE CABEÇA?			

APÊNDICE

TOTAL DE DADOS DA PESQUISA

	Absoluto	Relativo
Total de entrevistados	201	100%
Idade	18 – 46 anos	-
Mulheres	91	45%
Homens	110	55%
Cefaleia recorrentes	80	39,6%
Mulheres	47	58,75%
Homens	33	41,25%
Cefaleia tensional	40	46%
Tensional episódica	-	-
Tensional crônica	-	-
Migrânea	45	51,7%
Migrânea com aura	18	20,7%
Migrânea sem aura	27	31%
Padrão misto	2	2,3%
Mulheres:		
• Tensional;	• 21	• 52,5%
• Migrânea.	• 28	• 62,22%
Homens:		
• Tensional;	• 19	• 47,5%
• Migrânea.	• 17	• 37,78%
Média número de recorrências:		
• Mulheres (<15x/mês);	• 44	• 55,0%
• Mulheres (>15x/mês);	• 03	• 3,75%
• Homens (<15x/mês);	• 33	• 41,25%
• Homens (>15x/mês).	• 0	• 0,0%

Uso frequente de analgésicos

• Nenhum dia do mês;	• 06	• 6,97%
• 1 – 2 dias ao mês;	• 15	• 17,44%
• 3 -5 dias ao mês;	• 40	• 46,51%
• 6 – 10 dias ao mês;	• 19	• 22,09%
• > 10 dias ao mês.	• 06	• 6,97%
