

Health biopsychosocial aspects of students and collaborators of a higher education institution suffering from headache

Aspectos biopsicossociais da saúde de estudantes e funcionários de uma instituição de ensino superior portadores de cefaleia

Bruna Pereira Pessigatti¹, Ana Paula Costa Rodrigues¹, Pâmela Valério Aguiar¹, Fabiano Moura Dias¹

DOI 10.5935/2595-0118.20200005

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Headache is considered a common health condition in doctors' offices around the world. It is an unpleasant sensory experience that will be experienced by the individual at least once in their life, be it an adult or child. The main challenge is to make an accurate diagnosis due to the signs and symptoms that may be related to other diseases. Its etiology is multifactorial and is often related to the individual's biopsychosocial condition. Thus, headache results in significant physical and emotional impact on the patient. The objective of this study was to identify the biopsychosocial aspects of the health of students and employees with headache from a higher education institution in the city of Vila Velha/ES.

METHODS: This research was a cross-sectional analytical study conducted from March to May 2019. The convenience sample consisted of 51 individuals of both genders, aged between 18 and 59 years old, who reported headaches.

RESULTS: Fifty-one individuals (female=41 and male=10) participated in the study; most individuals were single (n=38, 74.5%) and had no children (n=40, 78.4%); 62.7% were students and 32.7% were employees. The average time since the perception of the symptom was 105±118.3 months. According to the visual analog scale, the total average pain was 6.6±1.8. The impact of headache was measured by the migraine deficiency assessment questionnaire which showed 52.9% of individuals with a severe impact. This result resembles sleep disorders (58.8%), confirming that the headache is debilitating in the population studied.

CONCLUSION: It was observed that female students had a higher prevalence of headache and that the most prevalent type of pain is migraine, with an impact on the overall functionality of individuals.

Keywords: Headache, Migraine disorders, Physical therapy specialty, Sleep.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor de cabeça é considerada uma condição de saúde comum em consultórios médicos em todo o mundo. É uma experiência sensorial desagradável que será experimentada pelo indivíduo, pelo menos uma vez na vida, seja ele adulto ou criança. O principal desafio é realizar um diagnóstico preciso devido aos sinais e sintomas que podem estar relacionados a outras doenças. Sua etiologia é multifatorial e frequentemente está relacionada à condição biopsicossocial do indivíduo. Dessa forma, a cefaleia resulta em grande impacto físico e emocional no paciente. O objetivo deste estudo foi conhecer os aspectos biopsicossociais da saúde de estudantes e funcionários com dor de cabeça em uma instituição de ensino superior da cidade de Vila Velha/ES.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo do tipo transversal analítico, realizado entre março e maio de 2019. A amostra foi de conveniência e composta por 51 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 59 anos e que apresentassem relato de dor de cabeça.

RESULTADOS: Cinquenta e um indivíduos (feminino=41 e masculino=10) participaram do estudo; a maioria dos indivíduos era solteira (n=38, 74,5%) e não tinha filhos (n=40, 78,4%); 62,7% eram estudantes e 32,7% eram empregados. O tempo médio de percepção dos sintomas foi de 105±118,3 meses. De acordo com a escala analógica visual, a dor média total foi de 6,6±1,8. O impacto da dor de cabeça foi mensurado pelo questionário de avaliação da deficiência de enxaqueca que apresentou 52,9% dos indivíduos com um impacto grave. Esse resultado se assemelha aos distúrbios do sono (58,8%), confirmando que a dor de cabeça é debilitante na população estudada.

CONCLUSÃO: Observou-se que as mulheres estudantes apresentaram maior prevalência de cefaleia e que o tipo de dor mais prevalente é a enxaqueca, com impacto na funcionalidade geral dos indivíduos.

Descritores: Cefaleia, Fisioterapia, Sono, Transtornos de enxaqueca.

Bruna Pereira Pessigatti – <https://orcid.org/0000-0001-6249-5254>;
Ana Paula Costa Rodrigues – <https://orcid.org/0000-0003-2455-7439>;
Pâmela Valério Aguiar – <https://orcid.org/0000-0002-8741-7751>;
Fabiano Moura Dias – <https://orcid.org/0000-0002-9163-0037>.

1. Universidade Vila Velha, Departamento de Fisioterapia, Vila Velha, ES, Brasil.

Apresentado em 03 de julho de 2019.

Aceito para publicação em 10 de dezembro de 2019.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Departamento de Fisioterapia
Av. Comissário José Dantas de Melo, n 21 – Boa Vista
29102-920 Vila Velha, ES, Brasil.
E-mail: crcanapaula@gmail.com

INTRODUÇÃO

A avaliação pelo modelo biopsicossocial considera que o corpo humano é um organismo complexo, influenciado por diversos fatores. Nessa concepção, a saúde e a doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico e são determinadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação. O diagnóstico, a prevenção e o tratamento das doenças devem considerar as contribuições desses três conjuntos de variáveis. Dessa forma, a melhor maneira de cuidar das pessoas é considerar que a etiologia das condições de saúde é sempre multifatorial¹.

A cefaleia é comumente conhecida como dor de cabeça e citada como uma condição de saúde incapacitante desde a antiguidade^{2,3}. Entretanto, só em 1988 que a Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) sugeriu, por meio da publicação do artigo “Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaleias”, orientações para classificar e diagnosticar as dores de cabeça conforme sua etiologia⁴.

As cefaleias são denominadas como primárias quando não há atribuição de uma causa específica, por exemplo, o tipo migrânea, cefaleia do tipo tensional (CTT) ou autonômica trigeminal. São consideradas secundárias quando estão associadas a outro distúrbio ou à consequência de uma agressão ao organismo, de ordem geral ou neurológica, como traumas, tumores, excesso de fármacos dentre outros^{4,5}.

Dentre os tipos de cefaleia, a CTT e a enxaqueca episódica são as mais prevalentes na população mundial. Apesar de acometer ambos os sexos, o predomínio da CTT é maior no sexo feminino, em idade produtiva, entre 30 e 39 anos⁶.

O impacto social das cefaleias está associado ao absenteísmo escolar e do trabalho, assim como a redução da produtividade, tanto escolar quanto econômica, na população acometida^{7,8}. O impacto pessoal das cefaleias apresenta relação direta com as alterações de personalidades, do estilo de vida, do estresse físico e psicológico constante. Além disso, os fatores pessoais, como escolaridade, condição financeira e situação conjugal são descritos como capazes de influenciar a apresentação clínica dessa condição de saúde⁹⁻¹¹.

A presença de cefaleias em estudantes universitários é cada vez mais comum, superando a presença de dor de cabeça em trabalhadores. Nessa população, supõem-se que exista uma associação da presença das cefaleias a fatores como sobrecarga dos estudantes, estresse, irritabilidade, insônia e depressão. Além disso, as cefaleias podem influenciar as relações familiares e provocar descontentamento com os estudos dos indivíduos acometidos^{12,13}.

De acordo com o modelo biopsicossocial, tão importante quanto identificar a doença é saber se o indivíduo poderá trabalhar, realizar suas atividades diárias no trabalho, na escola ou em outras áreas sociais. Assim, definir e medir as deficiências possibilita desenhar e monitorar o impacto de intervenções em saúde ou relacionadas à saúde. Para isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o Programa de avaliação de incapacidade da saúde mundial (Whodas 2.0), que fornece um modelo padronizado de mensuração da saúde e deficiência transculturalmente¹⁴. O Whodas 2.0 proporciona um sistema de medição comum para o impacto de qualquer condição de saúde em termos de funcionalidade, mas ainda não foi utilizado para a avaliação de pacientes com cefaleia.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi conhecer os aspectos biopsicossociais da saúde de estudantes e funcionários com cefaleia de uma universidade da cidade de Vila Velha/ES.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal analítico. Foram convidados a participar da pesquisa os estudantes e os funcionários de uma instituição de ensino superior do município de Vila Velha. A divulgação do projeto foi realizada por mídias sociais da universidade e por cartazes afixados no campus. Os critérios de inclusão foram ser de ambos os sexos, com idade entre 18 e 59 anos, que estudavam ou trabalhavam na universidade e que apresentavam relato de dor de cabeça. Os critérios de exclusão foram fibromialgia, disfunções temporomandibulares, distúrbios neurológicos, cardiovasculares, neoplasia, gestantes ou não preenchimento dos critérios definidos ICDH-3 β de diagnóstico. Cinquenta e três indivíduos se inscreveram no projeto, porém foram incluídos os 51 que preencheram os critérios de inclusão.

Foi utilizado um questionário para a avaliação das variáveis sociodemográficas, incluindo questões que classificavam a cefaleia segundo os critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Cefaleia da Sociedade Brasileira de Cefaleia⁴. A escala analógica visual (EAV) foi utilizada para classificar a intensidade da dor de cabeça no momento da avaliação e a média de dor das cefaleias nos últimos três meses¹⁵.

Para graduar a incapacidade causada pela cefaleia em relação à vida profissional e social, foi aplicado o questionário Avaliação de Incapacidade de Enxaqueca (MIDAS). Ele possui sete questões relacionadas ao trabalho, atividades sociais, familiares e de lazer nos últimos três meses, além de analisar a intensidade e frequência dos episódios de cefaleia^{16,17}. O impacto da frequência da cefaleia sobre a qualidade de vida foi avaliado pelo Teste de Impacto de Dor de Cabeça (HIT-6). Esse instrumento apresenta seis itens referentes à dor, funcionamento social, cognitivo psicológico e angústia^{18,19}.

O questionário McGill, desenvolvido para fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas por meio de estatística²⁰, foi utilizado com o objetivo de caracterizar os aspectos sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo, avaliativo e miscelânea dos indivíduos com dor de cabeça pertencentes a esta pesquisa²¹.

A avaliação da saúde e deficiência foi realizada pelo questionário genérico Programa de avaliação de incapacidade da saúde mundial versão 2.0, 12 itens (Whodas), que possui seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação nos últimos 30 dias¹⁴. Também foi avaliada a qualidade do sono pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), por meio de 19 questões que abordavam a qualidade subjetiva do sono, ocorrência de distúrbios, latência, duração, fármaco para auxiliar o sono e a disfunção diária para se manter acordado enquanto se realiza alguma atividade²².

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Instituição sob o parecer nº 3.162.150 de 2019.

Análise estatística

Os resultados foram demonstrados em frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão da média. Após o teste de nor-

malidade de Shapiro Wilk, observou-se que as variáveis não possuíam uma distribuição gaussiana e, por isso, para a análise de correlação, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Para identificar a força da correlação entre as variáveis analisadas, assumiu-se que os valores de 0,0-0,29 indicaram correlação fraca, fraca, de 0,30-0,59 moderada, de 0,60 a 0,89 forte e de 0,90 a 1,00 muito forte. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa *Prism Pad Graph 5.0* (GraphPad Software Inc. Califórnia), e um valor de $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Foram avaliados 51 participantes com predominância do sexo feminino ($n=41$, 80,4%), com idade média de 28 anos (mínima = 18 e máxima = 59). A maioria era solteiro ($n=38$, 74,5%) e não possuía filhos ($n=40$, 78,4%), e o número de estudantes superou o de funcionários ($n=32$, 62,7%; $n=19$, 37,3%, respectivamente) (Tabela 1).

As características específicas relacionadas à dor e sua interferência no cotidiano dos indivíduos estão sumarizadas na tabela 2. O tempo médio de percepção do sintoma foi de $105 \pm 118,3$ meses (mínima = 5 meses e máxima = 432 meses).

No momento da entrevista, 29 indivíduos relataram dor de cabeça, com uma média de intensidade da dor de $4 \pm 1,8$ pela EAV. Já na avaliação da dor dos últimos 3 meses, a média pela EAV foi de $6,6 \pm 1,8$. A maioria dos indivíduos relatou dor bilateral ($n=28$, 54,9%), estável em relação ao início da percepção das dores ($n=22$, 43,1%), com várias recorrências no mês ($n=16$, 31,4%), apresentando piora no período da tarde ($n=19$, 37,3%), além de estar acompanhada principalmente pelo sintoma de fotofobia ($n=37$, 72,5%), estresse no ambiente de trabalho ($n=33$, 63%) e em casa ($n=26$, 51%). A maioria relatou perfeccionismo ($n=28$, 54,9%).

De forma qualitativa, a dor foi avaliada utilizando o questionário McGill, através dos domínios sensoriais, afetivos, cognitivos e mis-

Tabela 1. Características dos participantes da pesquisa ($n=51$)

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	41	80,4
Masculino	10	19,6
Estado civil		
Solteiro	38	74,5
Casado	12	23,5
Divorciado	1	2,0
Profissão		
Funcionário	19	37,3
Estudante	32	62,7
Número de filhos		
0	40	78,4
1	7	13,7
2	3	5,9
4	1	2,0

Tabela 2. Características da dor e o efeito na vida diária ($n=51$)

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Percepção do sintoma (meses) (Média±DP)	105,0±118,3	
Dor atual (Média±DP)	2,3±2,4	
Dor nos últimos 3 meses (Média±DP)	6,6±1,8	
Localização da dor		
Unilateral	23	45,1
Bilateral	28	54,9
Relação da condição		
Melhora	12	23,5
Estável	22	43,1
Piora	17	33,3
Frequência dos sintomas		
Menos que 1 vez no mês	7	13,7
1 vez por mês	6	11,8
Muitas vezes no mês	16	31,4
Muitas vezes na semana	15	29,4
Continuamente	7	13,7
Momento em que está pior		
Ao levantar-se	8	15,7
Pela manhã	6	11,8
À tarde	19	37,3
À noite	16	31,4
Quando dorme	1	2,0
O dia inteiro	1	2,0
Sintomas presentes		
Fotofobia	37	72,5
Náuseas	25	49,0
Vômito	3	5,9
Influência da dor durante o dia		
Estresse no trabalho	32	63
Estresse em casa	26	51,0
Comportamento perfeccionista	28	54,9
Redução do apetite	14	27,5
Pouco interesse pelo que faz	13	25,5
Problemas psiquiátricos/psicológicos	22	43,1
Classificação da dor de cabeça		
Cefaleia do tipo tensional	23	45,1
Enxaqueca	28	54,9

celânea. O índice de total de dor foi $42,1 \pm 23,3$, o que significa um índice de dor moderado. Seus resultados são descritos na tabela 3. A funcionalidade global avaliada pelo Whodas, também é apresentada na tabela 3.

Os resultados relacionados ao grau de incapacidade, impacto e qualidade do sono das pessoas com cefaleia são apresentados na tabela 4. A avaliação do grau de incapacidade da dor através do MIDAS mostrou que a maioria dos indivíduos ($n=17$, 33,3%) não apresentava incapacidade ou apresentava incapacidade mínima. Esse resultado foi segui-

Tabela 3. Aspectos qualitativos da dor e avaliação da funcionalidade global (n=51)

McGill	Média±DP	Resultado
Sensorial-discriminativo	16±7,1	Moderada
Afetivo-motivacional	7,6±4,4	Moderada
Cognitivo-avaliativo	2,5±1,2	Moderada
Miscelânea	4,1±2,8	Leve
Índice de dor (Total)	42,1±23,3	Moderada
Whodas		
Atividades diárias	3,80±1,56	Moderada
Cognitivo	3,57±1,6	Moderada
Mobilidade	3,61±1,56	Moderada
Autocuidado	2,37±0,96	Leve
Relações interpessoais	3,07±1,56	Moderada
Participação	4,0±1,81	Grave
Total	20,43±6,48	

Tabela 4. Grau de incapacidade, impacto da dor e qualidade do sono (n=51)

Instrumentos	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Incapacidade		
Mínima ou nenhuma	17	33,3
Leve	10	19,6
Moderada	10	19,6
Grave	14	27,5
HIT-6		
Pouco impacto	6	11,8
Algum impacto	10	19,6
Impacto substancial	8	15,7
Impacto grave	27	52,9
Qualidade do sono		
Boa	1	1,9
Má	20	39,2
Distúrbio	30	58,8

HIT-6 = teste de impacto de dor de cabeça.

Tabela 5. Correlação entre as variáveis demográficas, a incapacidade, o impacto da cefaleia, a qualidade do sono e a dor com os domínios de funcionalidade global avaliados pelo Whodas 2.0 (n=51)

	Atividade	Cognitivo	Mobilidade	Autocuidado	Relações	Participação
Idade	0,220	0,072	0,163	0,201	0,290*	0,0056
Sexo	0,179	0,045	0,154	0,050	0,147	0,414*
Frequência dos sintomas	0,254	0,117	0,179	0,250	0,204	0,397*
Psicológico	0,195	0,265	0,176	0,306*	0,251	0,248
Fotofobia	0,352*	0,178	0,386*	0,153	-0,050	0,237
Fonofobia	0,336*	0,111	0,202	0,146	0,054	0,285
MIDAS	0,536*	0,392*	0,552*	0,210	0,289*	0,571*
HIT-6	0,497*	0,295*	0,490*	0,195	0,383*	0,649*
PSQI	-0,271	0,135	0,088	0,084	0,007	0,030
McGill	0,198	0,139	0,187	0,150	0,098	0,230

HIT-6 = teste de impacto de dor de cabeça; PSQI = Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; MIDAS = Avaliação de Incapacidade de Enxaqueca. Valores demonstrados em r (correlação de Spearman); * p<0,05

do por 14 indivíduos (27,5%) com incapacidade grave. Já o impacto avaliado pelo HIT-6 exibe um predomínio de indivíduos com impacto grave (n=27, 52,9%). Em relação à qualidade do sono avaliada pelo PSQI, 30 indivíduos (58,8%) apresentaram distúrbios do sono.

Na tabela 5 são apresentadas as correlações entre os domínios de funcionalidade abordados pelo instrumento Whodas e as demais variáveis. Observou-se que a idade apresentou baixa correlação (r: 0,290) com o domínio relações interpessoais, e nenhuma correlação com os demais domínios, o sexo feminino obteve correlação moderada apenas com o domínio participação social (r: 0,414) e a frequência dos sintomas denota correlação moderada com o domínio participação interpessoal (r: 0,397). Ao correlacionar os sintomas de fotofobia, identificou-se moderada correlação com a realização de atividades diárias (r: 0,352) e com a mobilidade (r: 0,386). Foi analisada ainda a correlação do Whodas com os instrumentos que avaliam a incapacidade da cefaleia, impacto da cefaleia na qualidade de vida, qualidade do sono e qualidade da dor, sendo observado que o MIDAS e o HIT-6 só não se correlacionaram com o domínio autocuidado, enquanto que o Pittsburgh e o McGill não se correlacionaram com nenhum dos domínios do Whodas.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maior parte dos indivíduos com dor de cabeça apresentava enxaqueca e com acometimento principalmente em mulheres; já no grupo de estudantes, houve semelhança entre a quantidade de indivíduos com enxaqueca e CTT.

A predominância de indivíduos com enxaqueca na presente pesquisa, principalmente no sexo feminino, corrobora os achados de pesquisa que avaliou as características de 2000 pacientes com cefaleia primária e secundária, com maior incidência de enxaqueca²³. Outros estudos encontraram, além da prevalência das cefaleias em mulheres, uma média de idade entre 25 e 55 anos, semelhante aos resultados expostos no presente trabalho^{6,12}. Além disso, observou-se nesta pesquisa que quanto maior a idade, menor o comprometimento das relações interpessoais, o que pode ser justificado pela maturidade e experiência ao longo da vida. As mulheres avaliadas apresentaram maior prejuízo da participação social. Sugere-se que o fato de as mulheres apresentarem crises mais frequentes de dor de cabeça possa

ter influência hormonal, principalmente no período menstrual e o estresse^{6,24,25}.

Em relação aos estudantes, houve analogia entre os indivíduos com enxaqueca e CTT, corroborando estudo que incluiu 119 estudantes de uma universidade pública de São Paulo, indicando o início ou a piora das cefaleias após o ingresso nas universidades, resultando em agravos na produtividade de suas atividades estudantis²⁶.

Em relação ao estado civil, estudo apontou que pessoas casadas estão suscetíveis a apresentarem mais episódios de cefaleias, podendo ser justificado pelas demandas ocupacionais e familiares, somadas ao estresse diário²⁷. Porém, o presente estudo constatou que os indivíduos solteiros, a maioria estudantes, apresentavam maior índice de cefaleias. Esse fato relaciona-se a fatores biopsicossociais locais e individuais, à sobrecarga dos estudantes, descontentamento com os estudos, estresse, irritabilidade, insônia e depressão^{12,13}.

As dores de cabeça podem vir acompanhadas de sintomas como fotofobia e/ou fonofobia, náuseas e/ou vômito, o que podem gerar incapacidades auto-observadas nas atividades diárias^{4,28}. Foi encontrada uma prevalência do sintoma de fotofobia associada a um comprometimento da mobilidade dos indivíduos. Além disso, a fotofobia e a fonofobia apresentaram correlação no comprometimento das atividades diárias.

A intensidade da dor autoavaliada nos últimos três meses, por meio da EAV e McGill, apresentou índice de dor moderada. A maioria relatou dor no momento da avaliação, sendo relativamente baixa em comparação aos últimos três meses. Estudo com 90 mulheres divididas em dois grupos (CTT e controle), coletou uma amostra da saliva dos participantes que foi utilizada como marcador indireto na atividade da dor²⁹. Foi observado um aumento do nível da amilase-salivar do grupo experimental, equiparando-se aos resultados obtidos na aplicação do McGill. Esse fato comprova que o McGill é um questionário subjetivo eficaz na mensuração da dor.

As cefaleias estão entre as dez doenças mais incapacitantes no mundo³⁰. O grau de incapacidade demonstrado nesta pesquisa foi avaliado através do questionário MIDAS, no qual foi identificada nenhuma ou mínima incapacidade da dor na maioria dos participantes, em relação aos últimos três meses. Porém, foi encontrado um número importante de indivíduos classificados com incapacidade grave; destes, a maioria apresentava enxaqueca. A associação da enxaqueca com maior grau de incapacidade assemelha-se a estudo que avaliou 198 estudantes universitários com cefaleia, onde foi observada uma maior incapacidade em pacientes com enxaqueca ao comparar com os pacientes com CTT³¹.

Essa incapacidade avaliada pelo MIDAS se refere às alterações parciais ou completas das atividades de trabalho, domésticas e de lazer³². A maioria dos indivíduos apresentou alterações importantes relacionadas ao presenteísmo, ao reduzirem pela metade ou menos da metade suas atividades por motivo de dor de cabeça. Além disso, quanto maior a incapacidade e o impacto na vida dos indivíduos, maior é o comprometimento da funcionalidade global. Esse resultado pode ser atribuído a um declínio cognitivo durante as crises de cefaleia. Tal declínio advém, principalmente, de uma redução da velocidade processual e de leitura, memória verbal e aprendizagem nas tarefas que requerem atenção^{33,34}. Dessa forma, há impacto negativo na saúde dos indivíduos e isso eventualmente pode impactar economicamente o setor profissional e de assistência à saúde¹¹.

O impacto econômico relacionado ao presenteísmo é 2,6 vezes maior que o número de faltas, principalmente em indivíduos com enxaqueca episódica e crônica³⁵. No presente trabalho, o impacto da dor de cabeça no funcionamento social foi classificado como grave para a maioria dos indivíduos. Fatores individuais, como alterações da personalidade, estilo de vida, estresse físico e psicológico de forma constante, situações econômicas e conjugais, além do grau de escolaridade podem colaborar para esse resultado¹¹.

Apesar da maioria dos indivíduos apresentarem distúrbios relacionados ao sono, não se verificou nenhuma associação à funcionalidade global avaliada. Ao contrário do resultado encontrado nesta pesquisa, alguns autores afirmam que o sono insuficiente pode ser o causador da cefaleia, o que também impacta negativamente nas atividades diárias dos indivíduos^{36,37}. Uma revisão analisou a influência do sono escasso e suas implicações na saúde pública e observou que o sono insuficiente contribuiu para o surgimento de distúrbios cardiorrespiratórios, psicológicos, diabetes *mellitus*, enxaqueca, dentre outros³⁸. Essa escassez do sono resulta em alteração do comportamento no ambiente acadêmico e de trabalho, com manifestação de problemas intelectuais, físicos e emocionais.

O Whodas é um instrumento elaborado pela OMS para mensurar a deficiência e a incapacidade, apoiando o modelo da Classificação Internacional de Saúde, em um contexto biopsicossocial, nos domínios cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais e atividades de vida³⁹. Apesar da cefaleia ser uma comorbidade comum na população, as suas repercussões sobre as atividades e a participação social, até o momento, não foram descritas na literatura. Não existe estudos com aplicação do instrumento Whodas em pacientes com cefaleia, o que torna este estudo inédito.

Embora os pacientes tenham relatado um moderado comprometimento da qualidade da dor e dos aspectos relacionados ao sono, essas variáveis não se correlacionaram com os aspectos da funcionalidade global avaliados pelo Whodas 2.0. Sugere-se que os domínios do Whodas 2.0, avaliados pelo questionário curto com 12 itens, poderiam ter impedido a discriminação de aspectos da funcionalidade que estariam relacionados a esses fatores. Por outro lado, a qualidade da dor e do sono são aspectos subjetivos e individuais, marcados por condições psicológicas que podem variar com a história do indivíduo. Dessa maneira, em uma amostra, os resultados podem ser bastante variáveis, impedindo uma correlação estatística.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do presente estudo, a cefaleia é uma afecção que se intensifica à medida que se ampliam as atribuições sociais. Dessa forma, muito além da perspectiva da doença, o presente trabalho, de forma inédita, demonstrou que a avaliação dos fatores pessoais, sociais e familiares é fundamental para compreender o desencadeamento da cefaleia, as influências na sua duração e os fatores potenciais que contribuem para suas complicações.

REFERÊNCIAS

1. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187-93.
2. Bourke J. The headache in history and culture. *Art Med.* 2017;389(11):77-8.

3. Rizzoli P, Mullally WJ. Headache. *Am J Med.* 2018;131(1):17-24.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cefaleia. 2018;38(1):1-211.
5. Mingels S, Dankaerts W, Granitzer M. Preclinical signs of a temporomandibular disorder in female patients with episodic cervicogenic headache versus asymptomatic controls: a cross-sectional study. *PM R.* 2019;12.
6. Vervik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol.* 2017;16(7):76-87.
7. Saylor D, Steiner TJ. The Global Burden of Headache. *Semin Neurol.* 2018;38(2):182-90.
8. Statculescu AM, Chen Y. Synergism between female gender and high levels of daily stress associated with migraine headaches in Ontario, Canada. *Neuroepidemiology.* 2018;51(3-4):183-9.
9. Schramm SH, Moebus S, Lehmann N, Galli U, Obermann M, Bock E, et al. The association between stress and headache: a longitudinal population-based study. *Cephalalgia.* 2015;35(10):853-63.
10. Zampieri MA, Tognola WA, Galego JC. Patients with chronic headache tend to have more psychological symptoms than those with sporadic episodes of pain. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014;72(8):598-602.
11. Muñoz I, Hernández MS, Santos S, Jurado C, Ruiz L, Toribio E, et al. Personality traits in patients with cluster headache: a comparison with migraine patients. *J Headache Pain.* 2016;17:25.
12. Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev D, Olesen J. Prevalence of primary headache disorders diagnosed according to ICHD-3 beta in three different social groups. *Cephalalgia.* 2016;36(6):579-88.
13. Johansson AM, Vikingsson H, Varkey E. The physiotherapist, an untapped resource for headaches: a survey of university students. *Eur J Physiother.* 2017;20(1):45-50.
14. Ferrer MLP, Perracini MR, Rebustini F, Buchalla CM. WHODAS 2.0-BO: normative data for the assessment of disability in older adults. *Rev Saude Publica.* 2019;53:19. English, Portuguese.
15. Furtado RN, Ribeiro LH, Abdo Bde A, Descio FJ, Martucci CE Jr, Serruya DC. [Nonspecific low back pain in young adults: associated risk factors]. *Rev Bras Reumatol.* 2014;54(5):371-7. Portuguese, English.
16. Vasudha MS, Manjunath NK, Nagendra HR. Changes in MIDAS, perceived stress, frontalis muscle activity and non-steroidal anti-inflammatory drugs usage in patients with migraine headache without aura following ayurveda and yoga compared to controls: an open labeled non-randomized study. *Ann Neurosci.* 2018;25(4):250-60.
17. Oikonomidi T, Vikelis M, Artemiadis A, Chrousos GP, Darviri C. Reliability and Validity of the Greek Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. *Pharmacoecon Open.* 2018;2(1):77-85.
18. Tassorelli C, Diener HC, Dodick DW, Silberstein SD, Lipton RB, Ashina M, et al. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of preventive treatment of chronic migraine in adults. *Cephalalgia.* 2018;38(5):815-32.
19. Moraska AF, Stenerson L, Butryn N, Krusch JP, Schmiege SJ, Mann JD. Myofascial trigger point-focused head and neck massage for recurrent tension-type headache: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Clin J Pain.* 2015;31(2):159-68.
20. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;1(3):277-99.
21. Silva AM, Santos LM, Cerqueira EN, Carvalho ES, Xavier AS. Characterization of pain resulting from perineal trauma in women with vaginal delivery. *BrJP.* 2018;1(2):158-62.
22. Passos MH, Silva HA, Pitangui AC, Oliveira VM, Lima AS, Aratújo RC. Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. *J Pediatr.* 2017;93(2):200-6.
23. Pedraza MI, Mulero P, Ruiz M, de la Cruz C, Herrero S, Guerrero AL. Characteristics of the first 2,000 patients registered in a specialist headache clinic. *Neurologia.* 2015;30(4):208-13.
24. Agosti R. Migraine burden of disease: from the patient's experience to a socio-economic view. *Headache.* 2018;58(1):17-32.
25. Sacco S, Merki-Feld GS, Egidius KL, Bitzer J, Canonico M, Gantenbein AR, et al. Effect of exogenous estrogens and progestogens on the course of migraine during reproductive age: a consensus statement by the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH). *J Headache Pain.* 2018;19(1):76.
26. Andrade AS, Tiraboschi GA, Antunes NA, Viana PV, Zanoto PA, Curilla RT. Vivências acadêmicas e sofrimento psíquico de estudantes de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2016;36(4):831-46.
27. Pinto JM, Ferreira MM, Costa MB, Garcia SA, Andrade WM, Fernandes CK, et al. Frequência de cefaleia em funcionários dos hospitais de uma cidade da Região Oeste II do estado de Goiás. *Rev Fac Montes Belos.* 2015;8(1):1-15.
28. Cortez MM, Digre K, Uddin D, Hung M, Blitzer A, Bounsanga J, et al. Validation of a photophobia symptom impact scale. *Cephalalgia.* 2019;0(0):1-10.
29. Vahedi M, Mazdeh M, Hajilooi M, Farhadian M, Barakian Y, Sadr P. Research paper: the relationship between salivary alpha amylase activity and score of McGill pain questionnaire in patients with tension type headache. *Basic Clin Neurosci.* 2018;9(1):59-64.
30. Global Burden of Disease study 2017 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392:1789-858.
31. Queiroz LP, Silva Junior AA. Prevalence and impact of headache in Brazil. *Headache.* 2015;55(1):32-8.
32. Moura LC, Pereira LB, Moura LC, Pimentel LH. Prevalência de incapacidade por enxaqueca em estudantes de medicina. *Rev Bras Neurol Psiquiatr.* 2016;20(3):217-29.
33. Gouveia RG, Oliveira AG, Martins I. Cognitive dysfunction during migraine attacks: A study on migraine without aura. *Cephalalgia.* 2015;35(8):662-74.
34. Baena CP, Goulart AC, Santos IS, Suemoto CK, Lotufo PA, Bensenor IJ. Migraine and cognitive function: Baseline findings from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health: ELSA-Brasil. *Cephalalgia.* 2018;38(9):1525-34.
35. Leonard M, Raggi A. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life. *J Headache Pain.* 2019;20(1):41.
36. Kristoffersen ES, Stavem K, Lundqvist C, Russell MB. Excessive daytime sleepiness in secondary chronic headache from the general population. *J Headache Pain.* 2017;18(1):85.
37. Peñas CFL, Muñoz JFF, Ceña MP, Bravo PP, Méndez MC, Pardo EN. Sleep disturbances in tension-type headache and migraine. *Ther Adv Neurol Disord.* 2017;11:1-6.
38. Chattru VK, Manzar MD, Kumary S, Burman D, Spence DW, Pandi-Perumal SR. The global problem of insufficient sleep and its serious public health implications. *Healthcare.* 2018;7(1).
39. Silveira LS, Castro SS, Leite CF, Oliveira NM, Salomão AE, Pereira K. Validade e confiabilidade da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule em pessoas com cegueira. *Fisioter Pesqui.* 2019;26(1):22-30.