


Relação entre o estresse e a fadiga em estudantes universitários com cefaleia

Relationship between stress and fatigue in university students with headache

Arthur Tinini de Oliveira 

Amanda de Oliveira Toledo 

Ticiania Mesquita de Oliveira Fontenele 

Maíra de Oliveira Viana Relá 

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Data da primeira submissão: Abril 1, 2022

Última revisão: Julho 6, 2022

Aceito: Agosto 15, 2022

Editora associada: Ana Paula Cunha Loureiro

*Correspondência: amanda.o.toledo@outlook.com

Resumo

Introdução: Considerada um dos distúrbios neurovasculares mais comuns entre estudantes universitários, a cefaleia gera impacto na qualidade de vida. Além disso, o estresse e a fadiga podem desencadear e/ou intensificar as dores de cabeça. **Objetivo:** Investigar a relação entre fadiga e estresse em estudantes universitários com cefaleia. **Métodos:** Participaram 147 discentes, na faixa etária de 18 a 44 anos, independente do sexo, regularmente matriculados na Universidade de Fortaleza. Os dados foram coletados por meio de questionário elaborado pelos pesquisadores e por instrumentos validados para o diagnóstico de cefaleia, sendo o impacto mensurado pelo HIT-6 (*Headache Impact Test*), a avaliação da fadiga por meio da Escala de gravidade da fadiga (EGF) e a qualidade de vida através do SF-36. Os dados foram analisados pelo programa SPSS 20.0, utilizando-se o teste de qui-quadrado para analisar a associação entre as variáveis. Adotou-se nível de significância de 5%. **Resultados:** A queixa de dor de cabeça esteve presente em 70,7% da amostra (n = 104), sendo mais predominante a cefaleia secundária (63,5%, n = 66), no sexo feminino (79,8%, n = 83), com média de idade de $21,7 \pm 4,0$ anos. A intensidade moderada da dor de cabeça foi relatada por 60,6% (n = 63), destacando-se o impacto desta dor como muito grave em 68,3% (n = 71) dos participantes. Constatou-se que os estudantes com cefaleia apresentaram mais sintomas de estresse ($30,5 \pm 7,6$; $p < 0,004$) e fadiga ($4,0 \pm 1,4$; $p < 0,040$). **Conclusão:** Encontrou-se um número expressivo de casos de cefaleia, principalmente no sexo feminino, relacionados a sintomas de estresse e fadiga, gerando impacto na qualidade de vida desses universitários.

Palavras-chave: Cefaleia. Fadiga. Fisioterapia. Estresse psicológico.

Abstract

Introduction: Considered one of the most common neurovascular disorders among university students, headache has an impact on quality of life. In addition, stress and fatigue can trigger and/or intensify headaches.

Objective: To investigate the relationship between fatigue and stress in university students with headache. **Methods:** One hundred and forty-seven students aged between 18 and 44 years, regardless of gender, and regularly enrolled at the Universidade de Fortaleza participated in the study. Data were collected through a questionnaire developed by the researchers and through validated instruments for the diagnosis of headache, the impact being measured by the HIT-6 (Headache Impact Test), the assessment of fatigue using the Fatigue Severity Scale (FGS), and quality of life through the SF-36. Data were analyzed using the SPSS 20.0 program, using the chi-square test to analyze the association between the variables. A significance level of 5% was adopted. **Results:** Headache complaints were present in 70.7% of the sample ($n = 104$), with secondary headache being more predominant (63.5%, $n = 66$), in females (79.8%, $n = 83$), with a mean age of 21.7 ± 4.0 years. The moderate intensity of the headache was reported by 60.6% ($n = 63$), highlighting the impact of this pain as very severe in 68.3% ($n = 71$) of the participants. Students with headache had more symptoms of stress (30.5 ± 7.6 ; $p < 0.004$) and fatigue (4.0 ± 1.4 ; $p < 0.040$). **Conclusion:** An expressive number of headache cases was found, mainly in females, related to symptoms of stress and fatigue, impacting the quality of life of these university students.

Keywords: Headache. Fatigue. Physiotherapy. Psychological stress.

Introdução

A cefaleia é um dos distúrbios neurovasculares mais comuns e, apesar de ser incapacitante, ainda é subestimada. Apontada como uma doença com alto índice de prevalência, traz prejuízo à funcionalidade e vivência em sociedade do indivíduo, além de afetar a produtividade, concentração individual e as interações com o meio. Desta forma, ela é considerada um problema de saúde pública, uma vez que são desordens debilitantes.¹

Considerando a sua etiologia, a cefaleia pode ser classificada em primária e secundária. A primária não

tem causa conhecida, sendo a migrânea e a cefaleia do tipo tensional as mais prevalentes.² A secundária ocorre quando a dor de cabeça é consequência de alguma doença ou situação clínica que cursa no indivíduo, como uma lesão craniana, infecções de diversos tipos ou dores orofaciais.³

A migrânea é um tipo de cefaleia que tem como característica dor unilateral, com intensidade moderada a forte, podendo ser pulsátil. Pode ser desencadeada de várias formas, como estímulos ligados ao ambiente e estímulos sensoriais, sendo comum estes sintomas estarem associados à náusea, vômitos e sensibilidade à luz e sons.⁴

A cefaleia do tipo tensional pode ser desencadeada por situações de estresse, tensão emocional e dores musculares. Sua localização pode ocorrer de forma bilateral ou em regiões específicas do crânio, tendo intensidade de leve a moderada. Tem uma duração que pode variar de acordo com cada pessoa e não apresenta sintomas associados tão aparentes quanto a migrânea.⁵

Várias pesquisas são feitas para verificar a existência da prevalência de cefaleia na população. Entre estas, destaca-se a alta prevalência em estudantes universitários, cujas atividades acadêmicas exigem significativo empenho. Estudo realizado em uma instituição de ensino no estado do Paraná evidenciou uma prevalência de cefaleia em 75% dos estudantes.⁶ Outro estudo, realizado com estudantes de medicina em São Paulo, em 2015, revelou que 99% desses alunos apresentavam cefaleia, destacando ainda que o estresse é a principal causa relacionada ao aparecimento de cefaleia na população estudada.⁷

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida (QV) como a percepção de um indivíduo e de como ele vê sua posição na vida, nos contextos culturais e valores nos quais ele vive e está inserido relacionado a objetivos, preocupações, padrões e expectativas. Apesar dessas definições, a QV passa por uma construção, com indicadores das mais diversas formas, sejam emocionais, financeiros ou espirituais.⁸

Vários fatores afetam a QV, porém um dos mais importantes é o estresse. Este pode ser compreendido como um resultado de interpretações do organismo que geram alguns mecanismos de regulação, como de caráter emocional, comportamental e fisiológico, ocasionando uma resposta de adaptação que pode mudar o estado de bem-estar da pessoa, trazendo sensações ruins, desconforto, mal-estar e sofrimento, sendo transitório ou durando um longo tempo.⁹

Pode-se citar alguns fatores que geram esse estresse, como ansiedade, aumento da responsabilidade, dificuldades em manter uma vida financeira saudável e maior responsabilidade pelo aumento das tarefas, sejam relacionadas à rotina de estudos e vivências acadêmicas ou por escolhas profissionais. Tais fatores atingem quase um terço da população dita economicamente ativa.¹⁰

Adjunto a esses fatores que vem dificultar as atividades e bem-estar dos estudantes, ressalta-se a fadiga, que é gerada por um período de grande esforço, seja físico ou mental, ocasionando um estado de esgotamento, levando a uma diminuição da capacidade de responder a estímulos e reduzindo a eficiência no trabalho e atividades de vida diária.¹¹

Um estudo realizado em Campinas apontou que uma jornada de trabalho associada a uma jornada de estudos diários provoca uma sobrecarga estressiva, sendo comumente presente nos universitários e em sua saúde.¹² O estudo também destaca que essa população apresenta um intenso nível de fadiga, gerando conseqüentemente dificuldades nos estudos por conta do estresse e cansaço.¹² Juntamente a isso, a cefaleia causa algum tipo de impacto nos indivíduos e suas atividades de vida diária, o que gera e aumenta uma falta de compromisso ou assiduidade no trabalho, nos estudos ou em outras obrigações.⁷

Por gerar implicações negativas, trazer prejuízo na QV, na concentração, na aprendizagem, nas relações interpessoais e atividades diárias, a cefaleia representa um desafio para os estudantes, uma vez que é necessário conciliar a vida acadêmica, a jornada de trabalho e a vida social. Além disso, a associação com o estresse e a fadiga provoca maior prejuízo emocional, contribuindo para pior QV. Assim, definiu-se como objetivo do presente estudo investigar a relação entre fadiga e estresse em estudantes universitários com cefaleia.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal e analítico, com estudantes da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), desenvolvido em março de 2020, após vinte e sete dias do início do semestre letivo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIFOR sob parecer nº. 3.849.140.

A amostra do estudo foi não probabilística e por conveniência, sendo composta por 147 alunos

regularmente matriculados na UNIFOR, na faixa etária acima de 18 anos, independente do sexo e que autorizaram sua participação por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão adotados foram os que não responderam correta e completamente o questionário.

A coleta dos dados foi realizada no momento em que os alunos estavam no intervalo das aulas, com duração aproximada de 15 minutos. Aplicou-se um questionário elaborado pelos pesquisadores, contendo dados sociodemográficos, condições de saúde e estilo de vida.

Para estabelecer o diagnóstico de cefaleia foi utilizado um questionário de acordo com a Sociedade Internacional de Cefaleia, com questionamentos sobre a caracterização e tipo de dor, localização, intensidade e fatores desencadeantes.

Para a avaliação da QV, utilizou-se o *Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, um instrumento multidimensional, elaborado originalmente na língua inglesa, de fácil administração e compreensão e padrão-ouro para avaliar a qualidade de vida, sendo um dos mais utilizados no contexto da saúde. O instrumento é constituído por 36 questões que abrangem oito domínios.

Para a avaliação do estresse, aplicou-se a Escala de Estresse Percebido (da sigla do inglês PSS), instrumento que possui 14 questões, com opções de resposta que variam de zero a quatro. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de 0 a 56.

A avaliação da fadiga foi realizada pela Escala de Gravidade da Fadiga (EGF). Trata-se de uma escala autoaplicável formada por nove afirmações que descrevem a gravidade e a influência da fadiga nas atividades de vida diária dos indivíduos durante as duas últimas semanas. Depois de somar os escores dos nove itens, o escore total é dividido por nove, produzindo valores de 0 a 7.

Para a avaliação do impacto, aplicou-se o *Headache Impact Test (HIT-6)*, uma ferramenta usada para medir o impacto que as dores de cabeça têm na vida diária normal e no funcionamento no trabalho, na escola, em casa e em situações sociais. A escala é pontuada de 36 a 78 pontos, sendo dividida em quatro grupos: pouco ou nenhum impacto (≤ 49 pontos); algum impacto (entre 50 e 55 pontos); impacto moderado (entre 56 e 59 pontos); e impacto grave (≥ 60 pontos).

Utilizou-se o programa Excel para a digitação dos dados. Posteriormente, os dados foram analisados pelo programa SPSS Statistic 20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL). Os resultados foram apresentados em frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão. Para a comparação dos grupos, utilizou-se o teste t Student independente nas variáveis contínuas e o teste de qui-quadrado ou Exato de Fisher nas variáveis categóricas após teste de normalidade de Shapiro Wilk. Considerou-se como estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

Resultados

A amostra foi composta por 147 participantes, com idade média de 21,7 anos, variando de 18 a 44 anos, sendo 73,5% ($n = 108$) do sexo feminino e 26,7% ($n = 39$) do sexo masculino. No que se refere à raça, 52,4% ($n = 77$) dos participantes se classificaram como brancos, seguidos por pardos com 39,5% ($n = 58$). Avaliando o estado civil, observou-se que 95,2% ($n = 140$) eram solteiros e 4,1% ($n = 6$) eram casados (Tabela 1).

Em relação aos estudos, houve uma predominância de estudantes do Centro de Ciências da Saúde, com 82,7% ($n = 121$), seguidos por 11,6% ($n = 17$) do Centro de Ciências Tecnológicas. Identificou-se que 18,4% ($n = 27$) dos participantes trabalhavam e estudavam concomitantemente e 14,3% ($n = 21$) relataram uma carga horária de trabalho entre quatro e oito horas por dia (Tabela 1).

Quando questionados sobre a presença de ansiedade, 73,5% ($n = 108$) dos entrevistados mencionaram não sofrer deste distúrbio, porém 26,5% ($n = 39$) relataram ter diagnóstico desse transtorno. Quanto a sintomas de depressão, 5,4% ($n = 8$) dos universitários afirmaram sofrer deste problema. Em relação aos hábitos de vida, 5,4% ($n = 8$) relataram ser tabagistas, 64,6% ($n = 95$) consumiam algum tipo de bebida alcoólica e 66,7% ($n = 98$) faziam atividade física (Tabela 1).

Sobre as horas de estudo, 49,7% ($n = 73$) dos participantes estudavam entre uma e quatro horas e 31,3% ($n = 46$) relataram estudar entre quatro e seis horas. Em relação a equipamentos eletrônicos, utilizados por 100% ($n = 147$) da amostra, o maior tempo de uso foi entre cinco e seis horas (36,1%; $n = 53$) e entre sete e oito horas (23,8%; $n = 35$). Observando o sono, 51,7% ($n = 76$) dos entrevistados relataram ter um

bom sono, enquanto 48,3% ($n = 71$) relataram o oposto, sendo a quantidade de horas de sono mais citada entre cinco e sete horas (59,9%; $n = 88$) (Tabela 1).

Quando comparadas as características sociodemográficas de ambos os grupos, houve um predomínio do sexo feminino no grupo com cefaleia ($p = 0,007$), não havendo diferença nas outras variáveis estudadas. A ansiedade e depressão também não diferiram entre os universitários com e sem cefaleia, apesar de serem mais prevalentes no grupo de alunos com cefaleia (Tabela 1).

Quanto ao estilo de vida, o hábito de fumar, de consumir bebida alcoólica e de praticar atividade física não se mostrou associado à cefaleia, não havendo diferença entre os participantes com e sem cefaleia. Quando investigado o tempo de estudo, porém, observou-se que a cefaleia se mostrou mais prevalente naqueles que estudavam entre seis e dez horas ou mais (Tabela 1).

A prevalência de cefaleia na população do estudo foi de 70,7% ($n = 104$), sendo a do tipo secundária a mais prevalente, representando 63,5% ($n = 66$) (Tabela 2). Esta foi atribuída a problemas na face (olhos, ouvidos e nariz), disfunções temporomandibulares e problemas em seios da face e pescoço por 45,2% ($n = 47$) da amostra e 15,4% ($n = 16$) mencionaram que a cefaleia está relacionada ao abuso do uso de analgésicos. Nos estudantes que apresentaram cefaleias primárias, a migrânea foi a mais prevalente (73,3%; $n = 28$), seguida da cefaleia tensional (26,3%; $n = 10$) (Tabela 2).

Considerando as características das dores de cabeça, observou-se que 50% ($n = 52$) dos universitários sentiam dor há menos de 6 meses, 60,6% ($n = 63$) relataram dor de moderada intensidade e para 65,4% ($n = 68$) a dor começava leve e aumentava de intensidade. Os sintomas associados mais frequentes foram fotofobia (70,2%; $n = 73$), fonofobia (50%; $n = 52$) e enjoo (38,5%; $n = 40$) (Tabela 2).

No que se refere à duração da dor, 36,5% ($n = 38$) relataram aproximadamente duas horas de dor mesmo com uso de medicamentos e 55,8% ($n = 58$) dos participantes referiram que a dor predominava no período da tarde (Tabela 3).

Na investigação do impacto ocasionado pela cefaleia na vida desses estudantes, 68,3% ($n = 71$) relataram impacto muito grave, 17,3% ($n = 18$) relataram impacto grave e 14,4% ($n = 15$), impacto moderado (Tabela 4).

Tabela 1 - Características sociodemográficas/econômicas, condições de saúde e estilo de vida da amostra

Variáveis	Grupo total (n = 147)	Grupo com cefaleia (n = 104)	Grupo sem cefaleia (n = 43)	p
Idade (anos)*	21,7 ± 4,0	21,9 ± 4,0	21,0 ± 3,6	0,200
Sexo				
Masculino	39 (26,5)	21 (20,2)	18 (41,9)	0,007
Feminino	108 (73,5)	83 (79,8)	25 (58,1)	
Estado civil				
Solteiro (a)	140 (95,2)	98 (94,2)	42 (97,7)	0,600
Casado (a)	6 (4,1)	5 (4,8)	1 (2,3)	
Divorciado (a)	1 (0,7)	1 (1,1)	0 (0,0)	
Raça				
Amarela	6 (4,1)	2 (1,9)	4 (9,3)	0,064
Branca	77 (52,2)	50 (48,1)	27 (62,8)	
Indígena	1 (0,7)	1 (1,0)	0 (0,0)	
Preta	5 (3,4)	4 (3,8)	1 (2,3)	
Parda	58 (39,5)	47 (45,2)	11 (25,6)	
Centro de ensino				
Saúde	121 (82,3)	86 (82,7)	35 (81,4)	0,200
Tecnologia	17 (11,6)	11 (10,6)	6 (14,0)	
Jurídicas	8 (5,4)	7 (6,7)	1 (2,3)	
Gestão e Comunicação	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (2,3)	
Trabalha atualmente	27 (18,4)	19 (18,3)	8 (18,6)	0,900
Saúde e estilo de vida				
Histórico de sintomas depressivos	8 (5,4)	7 (6,7)	1 (2,3)	0,200
Histórico de sintomas de ansiedade	39 (26,5)	31 (29,8)	8 (18,6)	0,100
Tabagismo atual	8 (5,4)	5 (4,8)	3 (7,0)	0,500
Tabagismo pregresso	36 (24,5)	26 (25,0)	10 (23,3)	0,800
Faz uso de bebidas alcoólicas	95 (64,6)	70 (67,3)	25 (58,1)	0,200
Prática de atividade física regular	98 (66,7)	69 (66,3)	29 (67,4)	0,800
Tempo semanal de atividade física (min)*	524,0 ± 367,7	521,8 ± 371,9	530,8 ± 361,3	0,800
Tempo de estudo semanal				
1 - 4 horas	73 (49,7)	52 (50,0)	21 (48,8)	0,400
4 - 6 horas	46 (31,3)	27 (26,0)	19 (44,2)	
6 - 10 horas	23 (15,3)	20 (19,2)	3 (7,0)	
> 12 horas	5 (3,4)	5 (4,8)	0 (0,0)	
Uso de aparelhos eletrônicos				
Uso de celular	146 (99,3)	103 (99,0)	43 (100)	1,000
Uso de tablet	23 (15,6)	17 (16,3)	6 (14,0)	0,900
Uso de computador	129 (87,8)	92 (88,5)	37 (86,0)	0,700
Tempo de uso de aparelhos eletrônicos				
3 - 4 horas	27 (18,4)	16 (15,4)	11 (25,6)	0,300
5 - 6 horas	53 (36,1)	40 (38,5)	13 (30,2)	
7 - 8 horas	35 (23,8)	23 (22,1)	12 (27,9)	
8 - 9 horas	22 (15,0)	16 (15,4)	6 (14,0)	
> 10 horas	10 (6,8)	9 (8,7)	1 (2,3)	
Relato de bom histórico de sono	76 (51,7)	51 (49,0)	25 (58,0)	0,300
Horas de sono por noite				
3 - 5 horas	29 (19,7)	19 (18,3)	10 (23,3)	0,700
5 - 7 horas	88 (59,9)	64 (61,5)	24 (55,8)	
7 - 9 horas	29 (19,7)	20 (19,2)	9 (20,9)	
> 10 horas	1 (0,7)	1 (1,0)	0 (0,0)	
Meio de locomoção				
Carro	77 (52,4)	51 (49,0)	26 (60,5)	0,546
Ônibus	63 (42,9)	48 (46,2)	15 (34,9)	
Taxi/Uber	6 (4,1)	4 (3,8)	2 (4,7)	
Outros	1 (0,7)	1 (1,0)	0 (0,0)	

Nota: Dados expressos em frequência relativa e absoluta: n (%). *Dados expressos em média ± desvio padrão.

Tabela 2 - Características dos desfechos clínicos relacionados à cefaleia dos participantes do estudo (n = 104)

Variáveis	Grupo com cefaleia n (%)
Tipo de cefaleia	
Primária	38 (36,5)
Secundária	66 (63,5)
Tipo de cefaleia primária	
Tipo tensional	10 (26,3)
Migrânea	28 (73,7)
Causas da cefaleia	
Traumatismo cranianos e/ou cervicais	4 (3,8)
Doenças que afetam a circulação cerebral	1 (1,0)
Tumores cerebrais	1 (1,0)
Ingestão/exposição a produtos químicos nocivos ou tóxicos	15 (14,4)
Uso excessivo de analgésicos ou pela retirada de substâncias opioides e cafeína	16 (15,4)
Infecções	13 (12,5)
Estruturas pericranianas	47 (45,2)
Tempo de cefaleia	
< 6 meses	17 (16,3)
6 meses a 1 ano	16 (15,4)
1 a 3 anos	25 (24,0)
> 3 anos	31 (29,8)
> 10 anos	15 (14,4)
Característica e/ou local da dor	
	77 (74,0)
Pulsa	77 (74,0)
Pressão	38 (36,5)
Choque	1 (1,0)
Unilateral	36 (34,6)
Bilateral	62 (59,6)
Pescoço	25 (24,0)
Olhos	7 (6,7)
Temporal	13 (12,5)
Frontal	15 (14,4)
Occipital	9 (8,7)
Grau da dor de cabeça	
Leve	14 (3,5)
Moderada	63 (60,6)
Forte	26 (25,0)
Muito forte	1 (1,0)
Sensação da dor de cabeça	
Começa leve e aumenta	68 (65,4)
Começa forte e diminui	11 (10,6)
Começa e fica de igual intensidade	25 (24,0)
Acompanha enjoo	40 (38,5)
Acompanha vômito	14 (13,5)
Acompanha fotofobia	73 (70,2)
Acompanha fonofobia	52 (50,0)
Acompanha pontos brilhantes	20 (19,2)
Acompanha dormência	4 (3,8)
Acompanha congestão nasal	22 (21,1)

Tabela 3 - Características dos desfechos clínicos relacionados à cefaleia dos participantes do estudo (n = 104) e resultado do questionário *Headache Impact Test 6* (HIT6)

Variáveis	Grupo com cefaleia
Duração da dor de cabeça	
Até 2 horas	38 (36,5)
Até 4 horas	35 (33,7)
Até 6 horas	16 (15,4)
Entre 6 e 10 horas	8 (7,7)
> 12 horas	1 (1,0)
> 24 horas	6 (5,8)
Dias no mês que apresenta dor de cabeça*	9,6 ± 5,3
Faz uso de medicação	76 (73,1)
Período do dia que apresenta mais sintomas	
Manhã	14 (13,5)
Tarde	58 (55,8)
Noite	25 (24,0)
Acorda no meio da noite, mesmo quando deitou-se sem dor	1 (1,0)
Acorda pela manhã, mesmo quando deitou-se sem dor	6 (5,8)
Impacto da cefaleia (HIT6)	
Moderado	15 (14,4)
Grave	18 (17,3)
Muito grave	71 (68,3)

Nota: Dados expressos em frequência relativa e absoluta: n (%). *Dados expressos em média ± desvio padrão.

Tabela 4 - Comparação dos níveis de estresse, fadiga e qualidade de vida entre indivíduos com e sem cefaleia

Variáveis	Grupo com cefaleia (n = 104)	Grupo sem cefaleia (n = 43)	p
Estresse			
EEP (escores)	30,5 ± 7,6	26,4 ± 7,0	< 0,004
Fadiga			
EGF (escores)	4,0 ± 1,4	3,0 ± 1,0	< 0,040
QV- Domínios do SF-36 (%)			
Capacidade funcional	70,0 ± 19,9	90,7 ± 12,2	< 0,001
Aspectos físicos	56,0 ± 31,2	76,7 ± 28,5	< 0,001
Dor	49,9 ± 22,1	75,8 ± 17,3	< 0,001
Estado geral de saúde	49,6 ± 21,1	56,3 ± 21,5	0,080
Vitalidade	51,6 ± 17,0	54,3 ± 17,3	0,300
Aspectos sociais	57,8 ± 23,4	73,8 ± 20,9	0,001
Aspectos emocionais	48,7 ± 39,0	63,5 ± 40,3	0,040
Saúde mental	55,6 ± 18,5	68,0 ± 15,2	0,001

Nota: Dados expressos em média ± desvio padrão. EEP = escala de estresse percebido; EGF = Escala de Gravidade da Fadiga; QV = qualidade de vida; SF-36 = Short-Form 36, questionário de qualidade de vida.

Quanto aos níveis de estresse e fadiga, observou-se maior pontuação no grupo com cefaleia ($p < 0,004$) (Tabela 4). Essa diferença também foi observada nos domínios do SF-36, os quais se mostraram mais comprometidos neste grupo: capacidade funcional, aspectos físicos e dor ($p < 0,001$), aspectos sociais e saúde mental ($p < 0,001$) e aspectos emocionais ($p < 0,04$). Já nos domínios estado geral de saúde e vitalidade, o valor de p não foi significativo quando comparados os grupos (Tabela 4).

Discussão

A prevalência de cefaleia neste estudo foi de 70,7%, das quais 63,5% são do tipo secundária. A cefaleia secundária relacionada a problemas na face (olhos, ouvido e nariz), disfunções temporomandibulares e problemas em seios da face e pescoço foi mencionada por 45,2% dos estudantes. Este resultado se opõe ao encontrado em estudo realizado com estudantes de medicina, no qual observou-se que 76,5% da amostra fazia automedicação, apresentando uma significativa prevalência de cefaleia por abusos no uso de analgésicos.¹³

Quanto às questões sociodemográficas, constatou-se maior prevalência no sexo feminino, corroborando os resultados apresentados em um estudo realizado no ano de 2019, no estado de Alagoas, apontando que 53,6% dos estudantes com cefaleia eram do sexo feminino.¹³ Complementando esses resultados, um outro estudo identificou que 71,8% dos universitários que tinham cefaleia migrânea também eram mulheres.⁴ Isto pode ser explicado por fatores como mudanças hormonais contínuas, uso de contraceptivos, resposta ao estresse, fatores psicossociais, menopausa e trabalho.¹⁴

Pesquisas revelam que a faixa etária mais atingida pela cefaleia é a dos 20 aos 50 anos, sendo a idade média inicial de aproximadamente 20 anos, em função de ser a faixa de idade que se tem maior produtividade, aumento da responsabilidade relacionada aos estudos e vida financeira.^{3,10,15} No presente estudo, a idade média dos participantes com cefaleia foi de 21,7 anos, variando de 18 a 44 anos, estando assim de acordo os achados da literatura.^{3,10,15}

O estilo de vida, incluindo fatores como tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, falta de prática regular de atividades físicas, uso excessivo de aparelhos eletrônicos e distúrbios do sono geralmente estão associados com o

surgimento da cefaleia.¹⁰ No presente estudo, contudo, não houve associações destas variáveis com a cefaleia.

A ansiedade e a depressão geralmente ocasionam dor de cabeça por conta de razões emocionais que essas condições acarretam. Conflitos de ordem emocional e estresse psicossocial são fatores manifestados por quem sofre alguma dessas desordens psíquicas.¹⁶ Apesar do atual estudo não ter demonstrado associação significativa dessas condições com a cefaleia, observou-se que os estudantes com dor de cabeça apresentaram um maior percentual desta condição (Tabela 1).

O estresse também é um fator de risco para o surgimento da cefaleia, tendo em vista as modificações neurofisiológicas que ocorrem por aborrecimentos durante a rotina, variações de humor e eventos desagradáveis,¹⁷ fato este que pode ser complementado por uma pesquisa realizada em 2019¹³ onde constatou-se que 78,7% da população estudada indicava o estresse como um fator para o início da cefaleia. No presente estudo, verificou-se forte associação da cefaleia com o estresse, tendo valor de $p < 0,004$ na comparação dos grupos com e sem cefaleia, mostrando que os estudantes do grupo com cefaleia têm maior escore encontrado na escala de estresse percebido, sendo assim um fator significativo para a ocorrência da cefaleia.

Uma pesquisa realizada na Coreia, em 2016, destacou a fadiga como um dos gatilhos para o início da cefaleia em 48,5% dos participantes e ressaltou que a fadiga é o terceiro maior gatilho para a cefaleia, o que confirma a possível inter-relação.¹⁸ No presente estudo foi encontrado um maior índice de fadiga no grupo de universitários com cefaleia, o que se justifica através da ligação com o estresse e o cansaço gerado por uma rotina de trabalho e estudos adjuntos a noites mal dormidas.

No que se refere à QV, a diminuição desse fator nos indivíduos com cefaleia associa-se à frequência e intensidade da dor. Concordando com os dados apresentados no presente estudo, uma pesquisa realizada em 2017 evidenciou que a cefaleia com duração maior que 4 horas e frequência maior que 15 dias por mês está associada a um comprometimento da QV.¹⁹ A presença de cefaleia diminui significativamente a pontuação nos domínios observados através do questionário SF-36, nos quais os aspectos físicos e capacidade juntos à dor tiveram seus escores significativamente menores por tratar-se de uma desordem incapacitante e que leva prejuízos à funcionalidade.¹ Quanto aos aspectos sociais, emocionais e de saúde mental, um estudo

realizado no ano de 2019 com 40 indivíduos de ambos os gêneros, selecionados por demanda espontânea e diagnosticados com cefaleia, retrata que sentimentos como angústia e tristeza muitas vezes eram referidos no momento da dor.²⁰ Alguns participantes referiam ficar irritados ou impacientes, outros buscavam dormir ou ficar em isolamento, apontando um aspecto limitador, associando o quadro a um fardo.²⁰

Observando os resultados obtidos através do HIT-6 sobre o impacto da cefaleia, verifica-se que 68,3% dos participantes a consideraram como muito grave. Achados corroboram estudo realizado por Laurentino et al.,¹⁵ que aponta uma relação significativa da cefaleia com o HIT-6 em 51% da população estudada.

O presente estudo teve como limitação a redução no número de participantes devido à pandemia de COVID-19, que levou à interrupção da coleta dos dados, tendo os autores que dar continuidade ao estudo com os dados já coletados até a paralisação das atividades.

Conclusão

O estresse e a fadiga estão diretamente relacionados com o distúrbio da cefaleia presente nos estudantes universitários, fatores esses que podem ser desencadeados por maus hábitos de vida e rotinas intensas e estressantes, que interferem diretamente na qualidade de vida. A cefaleia é um dos maiores distúrbios neurológicos presente na população mundial e não há uma uniformidade no tratamento. Considerando os efeitos negativos causados na qualidade de vida e saúde da população, há necessidade de mais estudos sobre essa temática a fim de aprofundar seu conhecimento e ajudar a população contra esse mal.

Contribuição dos autores

ATO ficou responsável pela investigação, coleta de dados e edição do manuscrito. AOT deu suporte à edição do artigo de acordo com as diretrizes da revista. TMOF foi responsável pela estruturação e revisão do artigo, como também pela escrita dos resultados. MOVR ficou responsável pelos ajustes da escrita não observados pelos demais autores e auxiliou nos resultados e discussões.

Referências

1. Bessa DR, Dunkel MAA, Bessa LR, Cruz LAB, Avena KM, Lessa BF. Association between headache and tinnitus among medical students. *Arq Neuropsiquiatr*. 2021;79(11):982-88. [DOI](#)
2. Al-Hashel JY, Alroughani R, Shuaibi S, AlAshqar A, AlHamdan F, AlThufairi H, et al. Impact of primary headache disorder on quality of life among school students in Kuwait. *J Headache Pain*. 2020;21(1):80. [DOI](#)
3. Goadsby PJ, Evers S. International Classification of Headache Disorders - ICHD-4 alpha. *Cephalalgia*. 2020;40(9):887-8. [DOI](#)
4. Carneiro AF, Cavalcante Neto PG, Ferreira JFIS, Garcia BF, Silva FAC, Leal PRL. A prevalência de cefaleia e fatores psicossociais associados em estudantes de medicina no Ceará. *Rev Med (São Paulo)*. 2019;98(3):168-79. [DOI](#)
5. Cruz MC, Cruz LC, Cruz MCC, Camargo RP. Cefaleia do tipo tensional: revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2017;6(2):53-8. [DOI](#)
6. Rodrigues RV, Moreira KM, Pereira MMR, Feldkercher N. Cefaleia: a vilã da vida universitária. *Anais Med*. 2018;33-4. [Link de acesso](#)
7. Lopes DCP, Führer FMEC, Aguiar PMC. Cefaleia e qualidade de vida na graduação de medicina. *Rev Bras Neurol Psiquiatr*. 2015;19(2):84-95. [Link de acesso](#)
8. Benatti RM, Braganholi T, Oliveira KV, Figura VAL. Estudo da prevalência de cefaleia e seu impacto na qualidade de vida em universitários. *Rev Inspirar*. 2012;4(21):1-5. [Link de acesso](#)
9. Freires LA, Sousa EA, Loureto GDL, Gouveia VV, Monteiro RP. Estresse acadêmico: adaptação e evidências psicométricas de uma medida. *Psicol Pesqui*. 2018;12(3):22-32. [Link de acesso](#)
10. Maistrello LF, Rafanelli M, Turolla A. Manual therapy and quality of life in people with headache: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(10):78. [DOI](#)
11. Eccles JA, Davies KA. The challenges of chronic pain and fatigue. *Clin Med (Lond)*. 2021;21(1):19-27. [DOI](#)

12. Tombolato MCR. Qualidade de vida e sintomas psicopatológicos do estudante universitário trabalhador [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade de Campinas; 2005. 97 p. [Link de acesso](#)
13. Santos R, Rêgo RCS, Santos VLB, Prado MR. Prevalência de cefaleia e seus impactos em estudantes de medicina em uma universidade pública. *Rev Bras Neurol.* 2019;55(3):5-8. [Link de acesso](#)
14. Bordini CA, Roesler C, Carvalho DS, Macedo DDP, Piovesan E, Melhado EM, et al. Recommendations for the treatment of migraine attacks - a Brazilian consensus. *Arq Neuropsiquiatr.* 2016;74(3):262-71. [DOI](#)
15. Laurentino IMS, Fonseca Filho LB, Valença MM, Santos ERR, Leite AFB. Incapacidade funcional e cefaleia: impactos no cotidiano dos universitários. *Headache Med.* 2017;8(4):124-9. [Link de acesso](#)
16. Ferreira ASN, Morais J, Souza J, Ferreira CM, Machado TH, Santos AP. Caracterização de indivíduos com cefaleia do tipo tensional e relação com a qualidade de vida, depressão e ansiedade. *R Fisioter Reab.* 2017;1(2):1-9.
17. Bezerra FN, Valença MM. Enxaqueca e estresse: uma revisão integrativa. *Headache Med.* 2016;7(1):18-22. [Link de acesso](#)
18. Park JW, Chu MK, Kim JM, Park SG, Cho SJ. Analysis of trigger factors in episodic migraineurs using a smartphone headache diary applications. *PLoS One.* 2016;11(2):e0149577. [DOI](#)
19. Gonçalves FVC, Santoianni MS, Freire AIM, Magalhães JE. Cefaleia e comprometimento da qualidade de vida em estudantes de medicina: um estudo transversal [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2017. [Link de acesso](#)
20. Souza AS, Miranda KLS, Marback RF. Sintomas depressivos e aspectos subjetivos associados à cefaleia do tipo primária. *Interação Psicol.* 2019;23(3):429-36. [DOI](#)