

Migrânea e rendimento escolar entre alunos de medicina

Migraine and academic performance among medical students

Barbara Silva Diniz¹, Flavia Oliveira Alves¹, Julia Rocha Dias¹, Laura Toledo de Vasconcelos¹, Vanessa Tavares Esteves¹, Dilermando Fazito de Rezende², Mauro Eduardo Jurno³

¹Aluna da Faculdade de Medicina de Barbacena, MG, Brasil

²Professor de Estatística e Metodologia da Faculdade de Medicina de Barbacena, MG, Brasil

³Doutor em Neurologia, Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena e Coordenador da Residência de Clínica Médica do Hospital Regional de Barbacena – FHEMIG, MG, Brasil

Diniz BS, Alves FO, Dias JR, Vasconcelos LT, Esteves VT, Rezende DF, Jurno ME
Migrânea e rendimento escolar entre alunos de medicina. Headache Medicine. 2011;2(1):17-24

RESUMO

Objetivo: Estimar a frequência da migrânea e analisar sua influência no rendimento escolar dos estudantes do 2º ao 9º período da Faculdade de Medicina de Barbacena. **Métodos:** A partir de um estudo de corte transversal analisou-se uma amostra de 336 alunos que foram submetidos a um questionário construído especialmente para a ocasião, pelo qual foi realizado o diagnóstico de migrânea e suas repercussões. **Resultado:** Entre os 336 participantes do estudo, 43 (12,8%) eram migranosos, enquanto que 293 (87,2%) não apresentavam migrânea. Faltas às atividades escolares foram mais frequentes no grupo de migranosos (85,0%) contra (69,0%) no grupo de não migranosos. Dos migranosos, 49,0% deixaram de fazer atividades físicas e 29,0% de ir a encontros sociais; em contrapartida, no grupo de não migranosos, 50,0% deixaram de fazer atividades físicas e 15,0% de ir a encontros sociais. Na avaliação do rendimento escolar através de provas suplementares ou especiais, o estudo mostrou que 26,0% dos migranosos fizeram tais provas no primeiro período enquanto essa frequência foi de 12,0% nos não migranosos. **Conclusões:** A frequência da migrânea foi de aproximadamente 13,0%. Conclui-se que existe uma forte relação entre a migrânea e o rendimento escolar; ficou evidente que os alunos migranosos parecem ser mais propensos ao baixo rendimento, demonstrado através do número de provas suplementares e ao absentismo escolar e a prejuízos das atividades sociais.

Descritores: Cefaleia; Aprendizado; Absenteísmo

ABSTRACT

Objective: To estimate the frequency of migraine and analyze its influence on the academic performance of students between 2nd and 9th period of the Barbacena Medicine College. **Methods:** From a cross-sectional study, samples of 336 students were examined. They answered a questionnaire constructed specially for the occasion, in which migraine was diagnosed and its repercussions were analyzed. **Results:** Among 336 analyzed students, 43 (12.8%) had migraine, while 293 (87.2%) didn't evidence it. Absences from school activities are more frequent in the migraine group (85.0%) than (69.0%) in non-migraine. 49.0% of those who had migraine were absent from physical activities and 29.0% missed social gatherings. In contrast, in the group without migraine 50.0% missed physical activities and 15.0% weren't at social gatherings. In the evaluation of school performance through additional or special tests, the study showed that 26.0% of migraine did the tests in the first period while this rate was 12.0% in those without migraine. **Conclusions:** The frequency of migraine is approximately 13.0%. We conclude that there is a strong relationship between migraine and academic performance; it's evident that students with migraine seem prone to low yield, shown by the number of additional tests and school absence and loss of social activities.

Keywords: Headache; Learning; Absentism

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos, a migrânea tem sido um problema para os pacientes, um enigma aos médicos e um objeto de interesse entre escritores e pesquisadores do assunto. Referências na literatura sobre migrânea podem ser encontradas em relatos de 3000 a.C., no entanto sua descrição clássica como entidade clínica é atribuída a Areteu da Capadócia.⁽¹⁾

Em 2004, com o objetivo de uniformizar os sintomas e evitar variações no diagnóstico dessas cefaleias pelos diversos pesquisadores, melhorando assim a acurácia diagnóstica e a orientação terapêutica, a Sociedade Internacional de Cefaleia (SIC), publicou a 2ª edição da Classificação Internacional das Cefaleias.⁽²⁾ A migrânea é uma síndrome que pode apresentar sintomas premonitórios visuais, sensoriais e/ou motores, seguidos por cefaleia geralmente unilateral e latejante, acompanhada de intolerância à luz e aos sons, com náuseas ou vômitos. A dor piora com a atividade física, como, por exemplo, subir escadas. A migrânea sem aura consiste em dor com as mesmas características, porém sem a presença de sintomas sensoriais premonitórios.^(1,3)

Não existe exame complementar capaz de auxiliar no diagnóstico clinicamente elaborado, e o mais importante é uma detalhada anamnese.⁽³⁾

A fisiopatologia da migrânea ainda não foi completamente elucidada. Postula-se que as principais estruturas implicadas envolvam o sistema nervoso central (córtex e tronco cerebral), o sistema trigeminovascular e os vasos correspondentes e, além destes, vários agentes vasoativos locais e alguns neurotransmissores.⁽⁴⁾

Um estudo realizado por Zwart com adolescentes na Noruega mostrou que sua frequência não é tão significativa quando se leva em consideração a idade e sim quando se compara sexo feminino e masculino.⁽⁵⁾ Segundo outra pesquisa realizada em uma universidade americana, de 647 entrevistados, aproximadamente 8% das pessoas relataram apresentar cefaleia diariamente, 28,7% semanalmente e 28,7% mensalmente.⁽⁶⁾

A queixa de dor de cabeça tem aumentado em importância, pois sua prevalência elevada determina consequências significativas para o bem-estar do indivíduo e para a produtividade de empresas, comunidades e nações.⁽⁴⁾ Cerca de 35,5% dos que sofrem de migrânea apresentam, regularmente, crises fortes o suficiente para os obrigar a procurar o leito e a interromper suas atividades. Entre os jovens americanos, 7% das meninas e

5% dos meninos adolescentes (12-17 anos) apresentam migrânea, sofrendo esses de mais estresse e sendo menos saudáveis comparados aos não migranosos.^(7,8) Outros autores observaram em seus estudos que a maior aflição para os portadores de migrânea seria o comprometimento da eficiência no trabalho, seguidos de absenteísmo em eventos sociais, relacionamento familiar afetado, alteração da habilidade para atividades futuras, prejuízo da própria imagem e da relação entre amigos. Pacientes com sintomas de migrânea relataram maior interferência em todas essas categorias do que pessoas com outros tipos de cefaleia.⁽⁹⁾

Sintomas psiquiátricos também podem estar presentes como comorbidades da migrânea, tais como depressão, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de raciocínio, anorexia ou aumento do apetite.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Com o intuito de avaliar o desempenho acadêmico de estudantes universitários, um estudo anterior comprovou queda de produtividade dos alunos portadores de migrânea quando comparados aos portadores de cefaleia do tipo tensional.⁽¹³⁾ A presença de náusea e pelo menos uma ida ao serviço de urgência prediz qualidade de vida inferior e grande número de faltas em atividades diárias dos adolescentes.^(7,14) A migrânea gera também impacto econômico, uma vez que aumenta o absenteísmo, diminuindo a capacidade laborativa, com consequente redução da produtividade, sendo que a perda econômica nos Estados Unidos da América chega a 17 bilhões de dólares por ano.^(6,15) Além do mais, os migranosos apresentam maiores custos médicos principalmente devido a uma maior frequência de visitas a departamentos de saúde e emergência. Estima-se com isso que o custo anual direto da migrânea neste país seja em torno de 1 bilhão de dólares.^(7,15,16)

A migrânea interfere como impacto negativo diário global de funcionamento do indivíduo e na qualidade de vida constantemente relacionada à frequência, intensidade, desordem de humor e ansiedade nas pessoas.^(9,13,14,16)

Tendo-se em conta a alta prevalência da migrânea, suas repercussões e a inexistência de estudos antes realizados na Faculdade de Medicina de Barbacena, torna-se relevante a pesquisa dessa patologia nos universitários. Com isso, os objetivos do presente estudo foram estimar a frequência da migrânea e analisar sua influência no rendimento escolar dos estudantes do 2º ao 9º período da Faculdade de Medicina de Barbacena.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antonio Carlos (UNIPAC) de acordo com o protocolo 690/2010.

Trata-se de um estudo de corte transversal sobre a migrânea e sua influência no rendimento escolar, direcionado a todos os alunos que cursam do 2º ao 9º período da Faculdade de Medicina de Barbacena – Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada, MG.

Os sujeitos da pesquisa foram abordados pelos pesquisadores no primeiro semestre de 2010, respondendo a um questionário construído especialmente para a ocasião, tendo como base o *software* Hipatia (Sirius - soluções tecnológicas, Rio de Janeiro), sendo preenchido pelo aluno pesquisado, sendo que, previamente, estes receberam explicações detalhadas sobre o estudo.

Oito turmas foram avaliadas, totalizando 400 indivíduos; os alunos que não se encontravam na sala de aula no momento da aplicação dos questionários, foram localizados pelos pesquisadores e convidados a participar da pesquisa. Não foram incluídos aqueles que se recusaram a responder o questionário. A amostra final foi formada por 336 questionários considerados válidos à pesquisa, número considerado representativo da população de alunos da população estudada.

As diferentes localizações da dor foram classificadas como holocraniana e hemicraniana. Depressão e ansiedade foram consideradas como critério único, pois não foram objetos de estudo desta pesquisa. A aura foi classificada como pontos brilhantes, manchas ou linhas na visão. Os sintomas premonitórios considerados foram fadiga, tontura, bocejos, formigamentos, dormências, alteração do humor e de consciência. Quanto à história familiar foram considerados os parentes de primeiro grau (pai, mãe, irmãos, filhos) e parentes de segundo grau (avós, tios, sobrinhos e primos).

Os critérios utilizados para o diagnóstico de migrânea respeitaram a proposição da Classificação Internacional das Cefaleias: presença de cefaleia por um período maior ou igual a três meses, com duração da crise dolorosa maior que quatro horas; a dor sendo do tipo pulsátil, de intensidade média ou forte; localização hemicraniana; presença de náuseas e/ou vômitos durante as crises; fotofobia, fonofobia e/ou osmofobia associados ao quadro doloroso. Não houve diferenciação dos indivíduos portadores de migrânea com aura e sem aura.⁽²⁾

A análise dos resultados foi efetuada em micro-computador com recursos de processamento estatístico do *software* Stata versão 9.2 (Statacorp LP - Texas - USA), após transcrição das informações para meio magnético por digitação. Foram construídas distribuições de frequências e calculadas as médias (medianas), desvios padrões e percentuais indicados para cada variável. As comparações foram efetuadas em tabelas de contingência tipo RxC ou em tabelas de ANOVA. O teste qui-quadrado e a comparação das médias pelo teste Student ou Fisher foram aplicados na aferição do significado estatístico das grandezas comparadas nessas tabelas. O grau de significância estatística adotado na análise é o de 5%.

RESULTADOS

Entre os 336 participantes deste estudo, 208 (61,9%) eram do sexo feminino e 128 (38,1%) do sexo masculino. No total, 319 (94,9%) alunos declararam ter apresentado dor de cabeça pelo menos uma vez na vida e 17 (5,1%) dos alunos nunca vivenciaram o quadro. O levantamento de portadores e não portadores de migrânea, conforme pontuação das respostas dadas ao questionário, revelou que o número de migranosos foi de 43 (12,8%) e o de não migranosos de 293 (87,2%). Não foi objetivo de estudo desta pesquisa avaliar o diagnóstico dos outros tipos de cefaleia presentes nesta amostra. A Tabela 1 descreve as características da amostra de acordo com o gênero e o diagnóstico da migrânea.

Tabela 1- Frequências de características observadas entre migranosos e não migranosos

Características comparadas	Não migranosos		Migranosos		χ^2/F^*	P
	N	%	N	%		
Gênero						
Feminino	175	59,7	33	76,7	4,604	0,032
Masculino	118	40,7	10	23,3		

*P obtido pelo teste exato de Fisher

Consideramos para o diagnóstico da migrânea os critérios sugeridos pela SIC: a presença de cefaleia por um período maior ou igual a três meses, com duração maior que quatro horas, do tipo pulsátil, de intensidade média ou forte, hemicrânia, presença de náuseas e/ou vômitos, fotofobia e fonofobia.

Na tentativa de determinar possíveis relações entre a migrânea e características pessoais e escolares dos participantes, foram comparados migranosos e não migranosos segundo as distribuições das variáveis, no

que diz respeito à necessidade de ir ao pronto-socorro por causa da dor de cabeça, presumindo sua intensidade; à frequência da dor e ao consumo de analgésicos (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta as frequências com que os alunos abstiveram-se de suas atividades diárias, a frequência de ausência em qual tipo de atividade e a frequência com que houve necessidade de realizar provas suplementares e especiais para o primeiro período. Foram consideradas para análise apenas as provas suplementares do primeiro período, pois nos outros períodos, devido ao menor número de alunos estratificados em cada um deles, não houve significância estatística.

DISCUSSÃO

O critério diagnóstico de migrânea utilizado neste trabalho teve como referência a segunda edição da classificação do Comitê de Classificação de Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias, cujo objetivo é padronizar os diagnósticos para a pesquisa epidemiológica e a discussão de casos clínicos.⁽²⁾ Esta pesquisa estabeleceu o diagnóstico de migrânea através de um questionário e não através de exame clínico e acom-

panhamento ambulatorial dos pacientes, assim como realizado por outros autores.^(17,18)

Foram avaliados 336 estudantes, sendo que mais da metade dos participantes eram mulheres, o que corresponde à realidade da proporção de mulheres em escolas de nível superior do país, relatado por outra pesquisa.⁽¹⁹⁾

Os resultados mostraram que 94,9% dos estudantes, independentemente do sexo e idade, declararam ter sido acometidos por cefaleia pelo menos uma vez na vida e que quase 13,0% destes estudantes podem ser considerados portadores da migrânea. De forma semelhante, nos Estados Unidos da América, a prevalência de dor de cabeça na população é de aproximadamente 90%, sendo que a migrânea afeta aproximadamente 15,0% da população.⁽⁹⁾

A tentativa de verificar a relação entre a migrânea e o gênero dos participantes mostrou que a proporção de mulheres entre os migranosos é de quase 87,0% contra cerca de 60,0% entre os não migranosos, ou seja, a proporção de mulheres é 1,3 vezes maior. A diferença entre eles nesse quesito foi significativo do ponto de vista estatístico ($p=0,032$), o que sugere uma associação entre o sexo feminino e migrânea.⁽⁹⁾ Um estudo realizado na Universidade de Kentucky⁽¹⁴⁾ mostrou que 10,0% dos migra-

Tabela 2 - Características da dor de cabeça

Características comparadas	Não migranosos		Migranosos		χ^2/F^*	P
	N	%	N	%		
Já compareceu ao serviço de urgência por causa da dor						
Não	253	92,3	29	67,4	-	<0,001
Sim	21	7,7	14	32,6		
Sente cefaleia						
Menos de uma vez por mês	115	42,4	9	20,9	-	0,006
Uma vez por mês	78	28,8	10	23,3		
Um dia por semana	39	14,4	10	23,3		
Dois dias por semana	19	7,0	7	16,3		
Três dias por semana	15	5,5	3	7,0		
Quatro dias por semana	2	0,7	1	2,3		
Cinco dias por semana	1	0,4	1	2,3		
Seis dias por semana	1	0,4	1	2,3		
Sete dias por semana	1	0,4	1	2,3		
Quantos tipos de remédio você toma para cefaleia						
Um tipo	230	87,5	21	51,2	-	<0,001
Dois tipos	31	11,8	17	41,5		
Três tipos	2	0,8	2	4,9		
Mais de três tipos	0	0,0	1	2,4		

*p obtido pelo teste exato de Fisher

Tabela 3 - Frequências de abstenção e de provas suplementares na amostra

Características comparadas	Não migranosos		Migranosos		χ^2/F^*	p
	N	%	N	%		
Frequências de falta às atividades diárias						
Nunca	150	55,0	9	20,9	-	<0,001
Raramente	112	41,0	24	55,8		
Frequentemente	11	4,0	10	23,3		
De quais atividades ausentam-se						
Escolares						
Não	43	31,2	6	15,4	3,779	0,052
Sim	95	68,8	33	84,6		
Encontros						
Não	118	85,5	28	71,8	3,957	0,047
Sim	20	14,5	11	28,2		
Já pegou prova suplementar ou especial nas matérias de 1º período?						
Nenhuma	259	88,4	32	74,4	6,315	0,012
Uma ou mais	34	11,6	11	25,6		

*p obtido pelo teste exato de Fisher

nosos são representados por mulheres e 5,0% por homens, assim como em outro trabalho semelhante, a prevalência de migrânea nos Estados Unidos foi de 18% para o sexo feminino e 6% para o masculino.^(20,21) Nota-se que os dados observados neste estudo estão em concordância com os autores citados.

A análise quanto ao modo de desenvolvimento da cefaleia mostrou que a principal característica da dor nos migranosos foi começar leve e aumentar (72,0%) e em um menor número, começar forte e diminuir (9,0%). A dor na maioria dos não migranosos (cerca de 50,0%) começava e se mantinha de igual intensidade desde o início. Essas observações indicam que a dor que começa leve e aumenta com o tempo é mais característica dos migranosos, tornando-se mais intensa na sua evolução,^(2,22) enquanto que a dor que inicia e termina com a mesma intensidade é característica dos não migranosos ($p=0,001$).

Observou-se também diferença entre os dois grupos na frequência de falta às atividades diárias, sendo que cerca de 55,0% dos não migranosos nunca faltavam às atividades diárias e apenas 4,0% frequentemente o fazia. Os que frequentemente faltavam às atividades diárias, entre os migranosos, correspondem a aproximadamente a 23,0% dos constituintes desse grupo. Observou-se que o número de migranosos que frequentemente se abstiveram das atividades diárias foi seis vezes maior do que o de não migranosos, ou seja, a migrânea é uma importante causa de ausência nas atividades diárias ($p < 0,001$). A migrânea afeta a

qualidade de vida e está ligada ao absenteísmo e prejuízo de funções com consequente perda da produtividade no trabalho.^(4,9,16,20)

Faltas às atividades escolares foram mais frequentes no grupo de migranosos (85,0%) que no grupo de não migranosos (69,0%). Notou-se também que 49,0% dos migranosos deixaram de fazer atividades físicas e 29,0% de ir a encontros sociais; em contrapartida, no grupo de não migranosos, 50,0% deixaram de fazer atividades físicas e 15,0% de ir a encontros sociais. A frequência de abstenção nos encontros sociais foi a única que apresentou diferença estatística ($p=0,047$). Em um estudo realizado por Bigal, aproximadamente 58,0% dos pacientes com migrânea apresentam prejuízo nas relações sociais entre as crises e faltam mais a atividades escolares quando comparados a estudantes com cefaleia do tipo tensional,⁽¹⁶⁾ e outro estudo realizado no Canadá mostrou que durante a dor é mais comum o cancelamento de atividades sociais e familiares do que atividades laborativas e escolares.⁽²³⁾

Sobre o comparecimento ao serviço de urgência devido à cefaleia, houve uma grande discrepância entre os dois grupos; no grupo dos não migranosos, mais de 90,0% dos alunos negam ter comparecido a um serviço de urgência devido à dor e apenas 8,0% referem ter procurado este serviço, enquanto que 33,0% dos migranosos já estiveram presentes no pronto-socorro devido à dor. A diferença entre os dois grupos foi significativa ($p<0,001$). Os pacientes com migrânea apresentaram uma frequência de comparecimento ao serviço de ur-

gência cerca de cinco vezes maior em relação aos não migranosos, mostrando haver relação direta entre migrânea e o comparecimento a um serviço de urgência. Assim como demonstrado em outras pesquisas, houve um expressivo número de visitas aos setores de urgência, como tem sido relatado na literatura.^(9,14) Em um estudo realizado em uma unidade de emergência de Ribeirão Preto foi demonstrado que, no ano de 1996, foram internados 1.254 pacientes com queixa de cefaleia aguda.⁽²⁴⁾ Entre os internados, 95% ficaram menos de 12 horas no hospital; desses, 77,0% apresentavam cefaleia primária, sendo que, em 72,0% dos casos, o diagnóstico final foi migrânea. A incidência foi de 13 vezes mais pacientes migranosos internados dos que não migranosos. O resultado do estudo citado mostrou-se semelhante a este, uma vez que houve um maior número de migranosos que já compareceram a um serviço de urgência, porém a incidência demonstrada foi mais que o dobro da referida neste estudo.

Em relação à frequência de cefaleia, os episódios menos frequentes, na semana ou no mês, foram mais comuns entre os não migranosos. A frequência das crises ocorreu de modo mais constante entre os migranosos. Geralmente a frequência de cefaleias, de quatro dias ou mais por semana foi cinco vezes maior nos migranosos do que nos não migranosos. A diferença entre os dois grupos foi também significativa ($p=0,006$). Outro estudo semelhante detectou que a maioria (40,0%) apresentava de duas a quatro crises/mês,⁽²⁵⁾ e contrapôs-se a este estudo, onde a minoria (17,0%) dos migranosos apresentava crises menos de uma vez ao mês. No estudo de Ribeirão Preto foi evidenciado que 55,0% dos alunos com migrânea apresentavam cefaleia com a frequência de um a cinco dias por mês,⁽²²⁾ também contrapondo-se a este estudo, em que a minoria (5,0%) vivenciou o quadro menos que uma vez ao mês.

Esta pesquisa mostrou que tanto os indivíduos que apresentavam como os que não apresentavam migrânea tomavam um tipo de medicamento para a cefaleia; no entanto, apenas os migranosos referiram tomar mais de três tipos de remédios e correspondem a 2,4%. A incidência de consumo de dois ou mais remédios entre os portadores de migrânea foi cerca de cinco vezes maior entre os não migranosos, com significância estatística ($p<0,001$). Os portadores de migrânea apresentaram então um maior consumo de diferentes tipos de remédios, sugerindo que suas dores são mais intensas e que precisam de uma quantidade maior de medicamentos para alcançar o efeito desejado.

Outros estudos relacionaram o maior custo econômico com a prescrição e uso abusivo de medicamentos para o tratamento da migrânea.⁽⁹⁾ No estudo de Ribeirão Preto demonstrou-se que na cefaleia do tipo tensional, 26,0% dos pacientes sentiram-se melhor sem receber qualquer medicação analgésica ou recebendo apenas uma; nos migranosos isso ocorreu em apenas 10,0% dos casos.⁽²⁴⁾

Entre os alunos migranosos observou-se maior frequência de sintomas premonitórios do que nos não migranosos, com uma incidência de 1,4 vezes maior, mais episódios de fotofobia e fonofobia e aura. Todos os três itens apresentaram diferença estatisticamente significativa. A antecipação da crise é caracterizada pelo aumento da magnitude da dor e tem sido associada a uma maior deterioração na qualidade de vida e funções.⁽⁷⁾ Sintomas associados à migrânea, como fotofobia, fonofobia, náuseas e aura interferem nas atividades diárias e contribuem para o declínio do desempenho escolar de pacientes migranosos.^(9,22)

Na avaliação do rendimento escolar através de provas suplementares ou especiais, nosso estudo mostrou que 26,0% dos migranosos as fizeram no primeiro período, em comparação com 12,0% dos não migranosos, tendo havido diferença estatística ($p=0,012$). O resultado foi relevante, apesar da comparação das médias do número de matérias não ter apresentado a mesma diferença. O fato de um maior número de alunos portadores de migrânea ter realizado provas suplementares ou especiais no primeiro período sugere que esta entidade de fato pode determinar deficiências no estudante que o levam a repetir disciplinas. Já nos períodos subsequentes não foi possível determinar relação entre a realização de provas suplementares ou especiais com a migrânea, tanto na comparação de médias quanto na de frequências ($p>0,05$). Ao se levar em conta, entretanto, que a quantidade de estudantes que relataram ter feito provas suplementares ou especiais diminuiu com o avançar do curso, é lícito admitir-se que a incapacidade de demonstrar tal relação a partir do segundo período esteja relacionada com o tamanho da amostra, que a partir de então tornou-se insuficiente para demonstrar a relação anotada. Estudos mostraram que a migrânea está relacionada ao déficit de atenção e concentração, com conseqüente redução da efetividade nas funções escolares e laborativas, gerando impacto social e pessoal.^(6,9,14) Autores brasileiros observam que 54,0% dos estudantes com migrânea relataram ser a dor incapacitante com conseqüente interferência nas atividades es-

colares,⁽²⁸⁾ confirmando um profundo impacto da cefaleia no desempenho dos universitários independentemente da intensidade da dor, sendo mais evidente nos migranosos e não menos importante nos estudantes com cefaleia do tipo tensional.⁽²²⁾

Quanto à frequência do absentismo nas atividades diárias, observou-se que 55,0% dos migranosos perdiam dois dias de atividade por mês e 88,0% perdiam de cinco a seis dias por mês,⁽²⁹⁾ comprovando-se que estudantes com migrânea perdem de dois a oito dias de escola por ano a mais que aqueles do grupo controle.⁽³⁰⁾

Em relação aos sintomas que os indivíduos apresentam durante as crises, foi evidenciado em outro estudo que mais de 70,0% dos acadêmicos com migrânea apresentaram irritabilidade quando comparados aos acadêmicos com cefaleia do tipo tensional (50,0%) e ao grupo controle (25,0%).⁽²²⁾ Quanto à ansiedade, a diferença não foi significativa entre os três grupos, assim como a encontrada no presente estudo. Nos migranosos a queixa de depressão por todo o tempo foi de 3,0%, na maior parte do tempo 14,0% quando comparada a 0,0% do grupo controle, em concordância com outros estudos que também mostraram que sintomas depressivos são mais comuns nos migranosos.⁽³¹⁾

CONCLUSÃO

Com base nos resultados encontrados, pode-se concluir que a prevalência da migrânea foi de aproximadamente 13,0% e parece estar relacionada com as seguintes variáveis significativas do trabalho: presença de dor de cabeça, frequente falta às atividades diárias, aumento progressivo da intensidade da dor, comparecimento ao serviço de urgência em casos de dor, frequência das dores e baixo rendimento escolar.

A aparente associação entre migrânea e rendimento escolar no presente estudo mostrou uma forte relação, tomando-se como base a realização de provas suplementares no primeiro período como indicador desse fato. Ficou evidente que os alunos migranosos parecem ser mais propensos ao baixo rendimento, ao absentismo escolar e a prejuízos das atividades sociais.

Acreditamos que os resultados apresentados podem ser úteis, não só para mostrar a prevalência da migrânea em uma amostra de alunos de uma faculdade de medicina, como também para ser aplicados a alunos de outros cursos, com a mesma faixa etária desta amostra.

REFERÊNCIAS

1. Lipton RB, Silberstein SD, Stewart WF. An Update on the Epidemiology of Migraine. *Headache* 1994;34:319-28.
2. First M, et al. The international classification of headache disorders 2nd edition. International Headache Society; 2004.
3. Benseñor IM. *Semiologia Clínica*. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 532-40.
4. Vicent MB. Fisiopatologia da enxaqueca. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(4):841-51.
5. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL, Stovner LJ, Sand T. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The nord-trøndelag health study (Head-HUNT-Youth), a large population-based epidemiological study. *Cephalalgia*. 2004;24(5):373-9.
6. Edmeads J, Mackell JA. The economic impact of migraine: an analysis of direct and indirect costs. *Headache*. 2002;42(6):501-9.
7. Holroyd KA, Drew JB, Cottrell CK, Romanek KM, Heh V. Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms. *Cephalalgia*. 2007;27(10):1156-65.
8. Tkachuk GA, Cottrell CK, Gibson JS, O'Donnell FJ, Holroyd KA. Factors associated with migraine-related quality of life and disability in adolescents: a preliminary investigation. *Headache*. 2003;43(9):950-5.
9. Solomon GD, Skobieranda FG, Gragg LA. Quality of life and well-being of headache patients: measurement by the medical outcomes study instrument. *Headache*. 1993;33(7):351-8.
10. Baskin SM, Lipchik GL, Smitherman TA. Mood and anxiety disorders in chronic headache. *Headache*. 2006;46 Suppl 3:S76-87.
11. Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia* 2005;25(3):165-78. Comment in: *Cephalalgia*. 2005;25(11):1099-100.
12. Cahill CM, Murphy KC. Migraine: another headache for psychiatrists? *Br J Psychiatry*. 2004;185:191-3.
13. Cavallini A, Miceli G, Bussone G, Rossi F, Nappi G. Headache and quality of life. *Headache*. 1995;35(1):29-35. Erratum in: *Headache* 1995;35(6):314.
14. Kryst S, Scherl E. A population-based survey of the social and personal impact of headache. *Headache* 1994;34(6):344-50.
15. Souza JA, Jerowy CC. Migrânea: tratamento preventivo reduz frequência e intensidade das crises. *Prática hospitalar* 2005;40. Disponível em: www.praticahospitalar.com.br. Acesso em: 07 jun. 2004.
16. 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*. 2000;58(2B): 431-6.
17. Bigal ME, Bigal JM, Betti M, Bordini CC, Speciale JG. Evaluation of the impact of migraine and episodic tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. *Headache* 2001;41(7):710-19.

18. Headache Classification Comitê of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 Suppl 1:71-96 .
19. Souza N. Mulher: ultrapassando barreiras para a conquista da carreira profissional. Disponível em: artigos.netsaber.com.br/.../artigo_sobre_mulher:_ultrapassando_barreiras_para_a_conquista_da_carreira_profissional. Acesso em: 12 ago. 2010.
20. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992; 267 (1):64-9.
21. Silberstein SD, Lipton RB. Headache epidemiology: emphasis on migraine. *Neurol Clin* 1996;14(2):421-34.
22. Bigal ME, Bigal JM, Betti M, Bordini CA, Speciali JG. Evaluation of the impact of migraine and episodic tension-type headache on the quality of life and performance of a University Student Population. *Headache* 2001;41(7):710-9.
23. Pryse-Phillips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Can J Neurol Sci* 1992;19(3):333-9.
24. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Tratamento da cefaleia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(3B):813-9.
25. Henry P, Duru G, Chazot G, Dartigues JF. La migraine en France. Paris: John Libbey Montrouge; 1993. p. 1-21.
26. Saper JR. Headache disorders: current concepts in treatment strategies. Littleton: Wright-PSG; 1983.
27. Srikiatkachorn A, Phanthurachinda K. Prevalence and clinical features of chronic daily headache in a headache clinic. *Headache* 1997;37(5):277-80.
28. Sanvito WL, Monzillo PH, Peres MF, Martinelli MO, Fera MP, Gouveia DA, et al. The epidemiology of migraine in medical students. *Headache* 1996;36(5):316-9.
29. Osterhaus JT, Gutterman DL, Plachetka JR. Labor costs associated with migraine headaches. *Headache* 1990;30:302-3.
30. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994;309(6957):765-9..
31. Galego JC, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. Depression and migraine. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2004;62(3):774-7.

Correspondência

Dr. Mauro Eduardo Jurno

Rua Fernando Laguardia, 45 - Santa Tereza II

36201-118 - Barbacena, MG, Brasil

jurno@uol.com.br