

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LOUISE FRACARO CANSI

CEFALÉIA EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Porto Alegre

2006

LOUISE FRACARO CANSI

CEFALÉIA EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Vera Catarina Castiglia Portella

Porto Alegre

2006

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida orientadora, Profª MS. Vera C. C. Portella, que me conduziu durante este estudo com responsabilidade e muita amizade e principalmente sua paciência. Sendo um exemplo de dedicação.

À Profª Lúcia do Serviço da Dor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela atenção e colaboração com o estudo.

Aos alunos da Escola de Enfermagem que colaboraram ao participar do estudo.

E a todos que contribuíram para minha formação e que tornaram possível a realização deste trabalho.

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar a incidência e características de cefaléia entre os acadêmicos de enfermagem do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisa do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, a amostra foi de 87 sujeitos num total de 403 alunos matriculados no curso, considerando um grau de confiabilidade de 95% e uma margem de erro de 10%. A coleta de dados foi realizada com instrumento estruturado com questões fechadas e análise através da estatística descritiva. Como resultado foi identificado que 70 (80,45%) sujeitos da amostra apresentaram queixas de cefaléia, cujas características mais evidentes foram a frequência semanal de intensidade moderada e duração por horas. Entre os fatores predisponentes apontados pelos informantes como desencadeantes de cefaléia estão o estresse (71,43%), o período menstrual (51,43%) e o de ficar sem comer (50%). As necessidades humanas básicas mais afetadas foram a alteração de humor (77,14%), a regulação neurológica (70%), e o sono e repouso (52,86%).

Descritores: Cefaléia. Estudante de enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	7
2.1 Objetivo geral	7
2.2 Objetivos específicos	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 Dor e cefaléia	8
3.2 Necessidades humanas básicas	11
4 METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Campo de estudo	14
4.3 População e amostra	14
4.4 Coleta de dados	15
4.5 Análise dos dados	15
4.6 Aspectos éticos	15
5 RESULTADOS	17
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	22
7 CONCLUSÕES	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados	32
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
ANEXO – Carta do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	35

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência vivenciada por todos os seres humanos. É um sintoma que causa freqüente procura à assistência médica. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais” (HAUN; POLLAK; MARTINEZ, 1990).

Inserida neste contexto encontra-se a cefaléia, que é um sintoma muito freqüente na prática de profissionais de saúde e possivelmente muitas vezes subestimada. Já foi demonstrado através de estudos epidemiológicos que 76% das mulheres e 57% dos homens refere ao menos um tipo de cefaléia significativa em algum momento de suas vidas (TEIXEIRA, 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaléia [2004], a distribuição de todas as cefaléias em estudo populacional mostrou que a cefaléia tipo tensional é a mais comum (78% da população), seguida da enxaqueca em 16%. Ocorrem ainda cefaléias súbitas (ocasionadas por acidente vascular cerebral), cefaléia de origem em anormalidades músculo esqueléticas, entre outras.

Uma pessoa que experimenta a sensação de dor, principalmente se for diariamente, se vê forçada a viver com alterações significativas no seu dia a dia, provocadas pela limitação da sua atividade e capacidade, alterações no estado de humor, distúrbios do sono e uma diminuição da energia. Todas estas alterações levam ao aparecimento de problemas familiares, assim como a baixa auto-estima, e isolamento social (ATKINSON; MURRAY, 1989). Ou seja, que a dor afeta a vida das pessoas é um fato, pois prejudica seu dia-a-dia, no desempenho do trabalho, no setor psicológico e financeiro.

O interesse neste assunto surgiu de conversas com colegas e professores na Escola de Enfermagem em que a queixa de cefaléia era freqüente, tendo como conseqüência um pior rendimento no curso e na vida pessoal. Este interesse foi reforçado por experiências pessoais, pois há muito tempo a autora convive com crises intensas de enxaqueca, estas ocorrem esporadicamente, mas já é o suficiente para provocar mudanças na qualidade de vida, comprometendo o convívio social, profissional e até familiar, tem dificultado com freqüência o rendimento em estudos e demais atividades.

Diante dessas considerações surgiram inquietações como: Qual a incidência de cefaléia entre os alunos de enfermagem? O que fazem para tratar a dor? Como a cefaléia interfere em suas vidas acadêmica e pessoal? Existe relação entre a cefaléia e o rendimento escolar? Alunos com cefaléia tendem a ter menor classificação no desempenho? Os professores costumam identificar tal problema nos alunos?

Frente aos questionamentos, este estudo oportunizou identificar qual a incidência de cefaléia entre os acadêmicos de enfermagem da UFRGS, suas características, seus fatores predisponentes e as necessidades humanas básicas afetadas.

Este estudo justifica-se porque possibilitou conhecer a realidade destes alunos, podendo contribuir para encontrar e desenvolver alternativas de solução frente ao problema encontrado. Oferecer auxílio para novos estudos nesta área, além de subsidiar acadêmicos e professores da área de saúde para o cuidado de pessoas com cefaléia.

2OBJETIVOS

Neste capítulo apresentam-se os objetivos do estudo

2.1 Objetivo geral

Identificar entre os acadêmicos de enfermagem qual a incidência de cefaléia, suas características, seus fatores predisponentes e as necessidades humanas básicas afetadas decorrentes da cefaléia.

2.2 Objetivos específicos

São objetivos deste trabalho:

- a) identificar a incidência de cefaléia entre os acadêmicos de enfermagem da amostra;
- b) identificar as características da cefaléia;
- c) identificar os fatores predisponentes da cefaléia entre os sujeitos da amostra;
- d) relacionar as necessidades humanas básicas afetadas, decorrentes da cefaléia entre os sujeitos da amostra.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O capítulo visa fundamentar teoricamente o estudo da cefaléia. Neste, deu-se ênfase aos conceitos básicos para sua compreensão, bem como, noções sobre as necessidades humanas básicas relacionadas com a dor.

3.1 Dor e cefaléia

Cada indivíduo aprende a utilizar o termo dor através das suas experiências anteriores. A dor continua sendo uma das grandes preocupações da Humanidade, desde os primórdios do ser humano, conforme sugerem alguns registros gráficos da pré-história e os vários documentos escritos posteriormente, o homem sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos destinados a seu controle. A expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas (TEIXEIRA; FIGUEIRÓ, 2001).

Ainda de acordo com o autor acima, a ocorrência de dor, especialmente crônica, é crescente, talvez em decorrência de: novos hábitos de vida; maior longevidade do indivíduo; prolongamento de sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais; modificações do ambiente em que vivemos; e provavelmente, do reconhecimento de novos quadros dolorosos e da aplicação de novos conceitos que traduzam seu significado. Além de gerar estresses físicos e emocionais para os doentes e para os seus cuidadores, a dor é razão de fardo econômico e social para a sociedade. A dor pode ser considerada como um sintoma ou manifestação de uma doença ou afecção orgânica, mas também pode vir a constituir um quadro clínico mais complexo. As cefaléias são uma forma muito comum de dor.

As cefaléias são classificadas genericamente como primárias e secundárias. As primárias caracterizam-se pela ausência de causas crônicas consistentemente identificadas e pela normalidade dos exames comuns. A cefaléia, torna-se portanto, nesses casos, a doença. É causada por disfunções neurofisiológicas e neuroquímicas na grande maioria dos casos. Já no caso das cefaléias secundárias a dor é sintoma de grande variedade de

entidades orgânicas, existindo cerca de 300 causas diferentes. (TEIXEIRA; FIGUEIRÓ, 2001)

A cefaléia pode ser a mais precoce ou a principal manifestação de uma doença séria sistêmica ou intracraniana e, por isso, requer uma avaliação completa e sistemática. O diagnóstico etiológico da cefaléia é baseado na compreensão da fisiopatologia da dor de cabeça; na obtenção de uma história, caracterizando a dor como aguda, subaguda ou crônica; na execução de um exame físico cuidadoso e na formulação de um diagnóstico diferencial. A cefaléia pode ser causada por tração, deslocamento, inflamação, espasmo vascular ou distensão de estruturas, sensíveis a dor, da cabeça ou do pescoço. (GREENBERG, 1996).

O cérebro em si é insensível à dor. As estruturas cranianas sensíveis à dor são: escalpo, suprimento sanguíneo do escalpo e seus apêndices, músculos da cabeça e pescoço, grandes seios venosos, artérias das meninges, artérias cerebrais maiores, as fibras sensíveis à dor do V, IX e X nervos cranianos, partes da dura-máter na base do crânio. As cefaléias são classificadas em agudas, subagudas e crônicas. A cefaléia aguda têm início recente e difere claramente das que o indivíduo já tenha experimentado é geralmente sintoma de uma doença séria e necessita de avaliação imediata. Ex.: hemorragia subaracnóide, meningite (cefaléia difusa com rigidez da nuca e febre). A cefaléia subaguda acontece por um período de semanas a meses, pode significar desordens médicas sérias, principalmente quando for progressiva e aparecer em idosos. Ex.: massa intracraniana (tumor, hematoma subdural, abscesso) e hipertensão intracraniana benigna. A cefaléia crônica é aquela que ocorre por anos, tem causa benigna, embora cada ataque agudo possa ser profundamente incapacitante. Ex.: enxaqueca, cefaléia tensional (ROLAK *et al*, 1995).

O diagnóstico correto depende principalmente das informações fornecidas pelo paciente a respeito das características da sua dor. Para Harrison *et al.* (1992), entre os aspectos importantes a serem questionados estão: a qualidade da dor cefálica, muitas cefaléias são surdas, de localização profunda e de caráter contínuo, às vezes é relatada como dor superficial em queimação ou pontada localizada na pele; o grau de incapacitação, pois um surto grave de enxaqueca dificilmente permite a realização do trabalho diário, além da dor que desperta o indivíduo do seu sono profundo ou o impede de dormir que possui uma maior probabilidade de apresentar uma base orgânica demonstrável; dados relacionados à localização, pois se a origem da dor se localiza nas estruturas extracranianas, como em geral acontece, a correspondência com o local da dor é bastante

precisa, a inflamação de uma artéria extracraniana causa dor localizada no vaso, onde está inflamado; a duração e a curva de tempo e intensidade, tanto durante a própria crise quanto no seu perfil de existência são muito úteis, por exemplo: a cefaléia da meningite bacteriana ou da hemorragia subaracnóide costuma ocorrer em crises isoladas durante ao longo de dias, já a enxaqueca clássica manifesta-se nas primeiras horas da manhã ou durante o dia, atinge seu pico de intensidade em mais ou menos meia hora e dura, caso não tratada, várias horas ou cessa com o sono, a cefaléia tensional, uma vez iniciada, pode persistir continuamente por muitas semanas ou meses, as cefaléias pré-menstruais, desaparecem após o primeiro dia de sangramento vaginal.

Para Rolak *et al.*(1995), também é importante a realização de um exame neurológico, se ocorrer um início súbito de cefaléia severa; cefaléia acompanhada por um estado mental alterado, febre, convulsões ou sinais neurológicos focais; cefaléias que começam após os 50 anos de idade, podem indicar problema neurológico sério.

A dor provoca um impacto significativo na qualidade de vida, segundo Teixeira *et al.* (2003) a qualidade de vida é definida através da percepção do doente sobre seu estado físico, emocional e social e ainda depende de algumas variáveis sendo que estas podem ser agrupadas em diferentes níveis. No nível inicial, estariam os parâmetros fisiológicos da doença, no segundo nível, o funcionamento pessoal, que seria a capacidade de realizar atividades diárias (autocuidado, mobilidade, etc.). Nos dois níveis seguintes estariam o estado psicológico e a percepção geral da saúde. Por último, o funcionamento e o papel social, que se refere a capacidade para a execução das atividades usuais, tais como emprego, escola e serviço de casa. Através dessa seria possível enquadrar um grande número de doentes com dor como tendo uma má qualidade de vida, pois muitos deles podem apresentar dificuldades em todos, ou quase todos, os níveis sugeridos por esses autores.

Os autores acima citam que a maioria das doenças que acometem o ser humano apresentam evolução prolongada e comprometem o conforto e o bem estar daqueles que dela padecem. Do mesmo modo, os tratamentos freqüentemente ocasionam impactos sobre o estado físico, emocional e sobre as interações sociais. Em casos agudos, as ações são dirigidas principalmente para a doença e nos casos crônicos, já que o principal objetivo não é a cura da enfermidade, mas a melhora funcional e o alívio dos sintomas, limitando sua progressão, ou seja, melhorando sua qualidade de vida. No caso do doente com dor crônica, este experiencia modificações dramáticas no seu estilo de vida, que resultam de

sofrimento persistente provocado pela dor, com repercussões sobre o modo como ele percebe sua vida e a qualidade desta.

Isto está de acordo com estudos realizados os quais demonstraram que as cefaléias possuem graus de intensidade, onde podem interferir com o trabalho ou nas atividades diárias. Boa parte dos pesquisados, (92%), relataram certa incapacidade em decorrência da cefaléia, metade (53%) descreveu incapacidade severa ou até a necessidade de repouso. O impacto, mais especificamente, da enxaqueca foi na diminuição da produtividade em 50% no dia da crise, e até mesmo a incapacidade de realizar o trabalho e de participação de atividades familiares, sociais e de lazer. (LIPTON *et al.*, 2002).

3.2 Necessidades Humanas Básicas

Segundo Benedet e Bub (2001), o termo necessidade, genericamente, é entendido como qualidade ou caráter do necessário, exigência. Pode expressar diferentes fenômenos, indicar um estado de deficiência ou de diferença, referir-se a um estado de tensão no organismo, o qual é considerado como uma motivação ou uma força que impele para um determinado comportamento. Ainda conforme as autoras, para a identificação e compreensão das necessidades é muito importante a distinção e as interrelações entre os seus componentes. Deve-se ter uma igual preocupação desde o levantamento de dados à avaliação dos resultados, compreendendo a situação real, os riscos e as necessidades de que estamos cuidando.

Conforme Horta (1979), as necessidades são universais, porém a forma de manifestação e de satisfação varia de uma pessoa para outra, conforme idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde enfermidade, o ambiente, entre outros.

As necessidades estão classificadas em: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, estão relacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando qualquer uma se manifesta, toda elas sofrem algum grau de alteração. Estas necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença (BENEDET; BUB, 2001).

De acordo com Atkinson e Murray (1989), evitar a dor é uma necessidade humana básica, apesar da pessoa poder sobreviver com dor, a sua presença contínua interfere no bem-estar do indivíduo. É uma das causas mais frequentes de desconforto, ela envolve não só um estímulo e uma sensação de sofrimento físico, mas também diversas respostas do indivíduo que a sente. Essas respostas são individuais e influenciadas pelas constituições fisiológica, psicológica, cultural e espiritual da pessoa.

Ainda conforme a autora, a dor persistente torna-se o ponto central da vida de uma pessoa, afetando as necessidades relativas à fisiologia e à psicologia do ser humano. Entre as necessidades básicas que podem ser alteradas em indivíduos com dor estão: a necessidade de nutrição; de hídrica; de eliminação; de sono e repouso; de sexo e sexualidade; de amor; de gregária; de auto-estima, entre outras. Estas são imprescindíveis ao equilíbrio físico e mental do ser humano. Abaixo, uma breve descrição de algumas das necessidades básicas, tratadas por Atkinson e Murray (1989).

A nutrição é uma necessidade importante para o crescimento, à regeneração tissular e ao funcionamento normal das células. As células encontram nos nutrientes o principal combustível para produzir a energia que o corpo necessita. O movimento muscular, a transmissão de impulsos nervosos, o pensamento e a produção de calor são todos dependentes da energia produzida pelo alimento. Se a nutrição total do organismo estiver inadequada, a vida estará em risco.

O processo de eliminação atende a necessidade que o organismo tem de desembaraçar-se de substâncias indesejáveis ou quantidades excessivas. Os excretas sólidos são eliminados pelo trato intestinal, especificamente o intestino grosso. A necessidade de eliminação, quando afetada altera as outras necessidades. Quando ocorre a diminuição do equilíbrio líquido, o organismo compensará o equilíbrio hídrico interno promovendo fezes ressequidas com passagem difícil. O sono irregular impede a existência de horários para a alimentação e a eliminação, pois o sono e o repouso podem ser perturbados por micção frequente e até incontinência urinária ou fecal. O estresse pode aumentar ou diminuir a frequência de eliminações, há casos em que o estresse causa uma tensão muscular generalizada, a qual inibe o relaxamento dos esfíncteres, comprometendo as eliminações.

Quanto a necessidade de sono e repouso, ambas são importantes para um estado de bem estar físico e mental. Eles permitem a regeneração dos processos do organismo. O sono é um período de repouso para o corpo e para a mente durante o qual a volição e a

consciência estão em inatividade parcial ou completa e as funções corporais estão parcialmente suspensas. Quando o sono não ocorre, há diminuição no desempenho do trabalho, surge a irritabilidade, gera-se incapacidade de concentração, há inquietação e aumento da fadiga. Esta privação pode acarretar inclusive a diminuição da capacidade de suportar a dor. Os fatores que influenciam no sono são a idade, o ambiente, a nutrição considerando que o sono prolongado pode aumentar o peso, o exercício físico, o qual desfavorece o sono se feito antes de dormir, e os medicamentos que podem modificar o ciclo sono-vigília.

Como já mencionado há a necessidade humana básica de evitar a dor. A dor é um fenômeno complexo, na maioria dos casos atua como um mecanismo protetor e de alerta para uma lesão tecidual. A dor envolve uma sensação pessoal e particular de sofrimento físico. É imprescindível diferenciar dor aguda de crônica. A dor aguda é descrita como uma dor de curta duração (segundos ou até semanas), a via de transmissão é diferente da via da dor crônica, a qual dura meses, anos ou a vida toda, e até pode intercalar intervalos com ausência de dor. Os fatores que influenciam na dor são, em primeiro lugar, o desencadeamento do impulso doloroso, o qual pode ser químico, mecânico ou térmico; em seguida, a percepção da dor que sofre influência de fatores físicos e psicossociais, sendo peculiares em cada indivíduo. A dor pode desorganizar o sono e acarretar a diminuição do apetite, afetando a necessidade básica do indivíduo em relação a repouso e nutrição. Uma dor persistente retarda a recuperação e produz uma condição incapacitante que provoca falta de atividade, tendo como resultado final fraqueza e atrofia muscular. A progressiva interferência da dor nessas necessidades básicas da fisiologia do indivíduo afetará as necessidades da pessoa em relação a amor, relacionamentos e auto-estima. A dor persistente pode alterar os relacionamentos interpessoais, causar diminuição dos contatos sociais e assim levar ao isolamento, diminuindo a auto-estima.

4 METODOLOGIA

A seguir está descrita a metodologia utilizada neste estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa.

Segundo Polit e Hungler (1995), este tipo de estudo tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação.

A pesquisa descritiva, segundo Polit e Hungler (1995), procura descobrir, com precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

4.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado na Escola de Enfermagem situada no Campos da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A escola possui um total de 414 alunos matriculados no ano de 2006, 2º semestre, incluindo graduação e pós- graduação.

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi constituída pelos 403 alunos da graduação matriculados em um dos nove semestres do curso. De acordo com cálculo feito pela estatística para um grau de confiabilidade de 95% e uma margem de erro em 10% a amostra deveria ser constituída de pelo menos 79 alunos, então foi realizada com 87 alunos que representam 21,5% dos alunos da graduação de enfermagem.

Os critérios de inclusão dos sujeitos do estudo foram: que o aluno estivesse matriculado no curso de graduação de enfermagem e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 Coleta de dados

Foi realizada com instrumento estruturado contendo 08 questões fechadas, o qual foi preenchido através de entrevista. Primeiramente foi feito um teste piloto com alguns alunos para avaliar a compreensão das perguntas. A coleta foi feita no período de 10 de setembro a 30 de setembro de 2006, com aproximadamente 10 alunos de cada semestre, os quais foram escolhidos de acordo com o interesse em participar da pesquisa. O tempo médio de entrevista foi de 15 minutos (APÊNDICE A).

4.5 Análise dos dados

A estatística utilizada foi a descritiva, os dados foram organizados em tabelas de frequência e quadros e, posteriormente feita a análise.

De acordo com a Polit e Hungler (1995), a estatística descritiva é utilizada para descrever e sintetizar os dados.

4.6 Aspectos éticos

Foi fornecido ao entrevistado um termo de consentimento livre e esclarecido onde o entrevistado foi esclarecido sobre o título do estudo, objetivos e justificativas. Bem como da possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento que desejar.

Foi esclarecido que as informações foram utilizadas somente para este estudo e ficarão sob guarda do pesquisador por cinco anos, sendo mantido o anonimato (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Este capítulo mostra os resultados encontrados no presente estudo.

Tabela 1 : Freqüência da presença ou não de cefaléia em relação ao sexo.

SEXO	PRESENÇA DE CEFALÉIA					
	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Feminino	65	74,71	11	12,64	76	87,35
Masculino	5	5,74	6	6,19	11	12,65
TOTAL	70	80,45	17	19,54	87	100

Fonte: Dados do estudo.

A Tabela 1 mostra que dos 87 sujeitos da amostra 70 (80,45%) apresentam cefaléia, destes 65 (74,71%) são do sexo feminino. Participaram 11 representantes do sexo masculino e destes 5 apresentaram cefaléia. Considerando-se o pequeno número de representantes do sexo masculino decidiu-se não considerar o sexo nos resultados subsequentes.

Tabela 2 : Freqüência dos sujeitos que apresentaram ou não cefaléia em relação à idade.

IDADE	PRESENÇA DE CEFALÉIA					
	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
18 – 23	44	50,57	11	12,64	55	63,22
23 – 28	23	26,43	5	5,75	28	32,18
28 – 32	3	3,45	1	1,15	4	4,60
TOTAL	70	80,45	17	19,54	87	100

Fonte: Dados do estudo.

A faixa etária predominante dos alunos com cefaléia 44 (62,86%) foi entre 18 e 23 anos, seguida de 23 (26,43%) alunos entre 23 e 28 anos. Do total da amostra, 55 sujeitos estão na faixa etária entre 18 e 23 anos (Tabela 2).

Tabela 3 : Freqüência da cefaléia em relação a intensidade da dor.

INTENSIDADE	FREQUÊNCIA									
	Diária		Semanal		Mensal		Eventual		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Leve	1	1,43	4	5,71	6	8,57	2	2,86	13	18,57
Moderada	1	1,43	26	37,14	12	17,14	3	4,28	42	60
Severa	2	2,86	7	10	3	4,28	-	-	12	17,14
Fortíssima	-	-	2	2,86	1	1,43	-	-	3	4,28
TOTAL	4	5,71	39	55,71	22	31,42	5	7,14	70	100

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento, representado por (-).

Observa-se que a cefaléia com freqüência semanal e intensidade de forma moderada foi a mais freqüente situação com 26 (37,14%) sujeitos da amostra, seguida da freqüência mensal com a intensidade moderada com 12 (17,14%) sujeitos. Do total de sujeitos com cefaléia, 42 (60%) citaram dor moderada (Tabela 3).

Tabela 4 : Frequência da duração da cefaléia em relação a intensidade da dor.

INTENSIDADE	DURAÇÃO							
	Minutos		Horas		Dias		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Leve	6	8,57	7	10	-	-	13	18,57
Moderada	6	8,57	34	48,57	2	2,86	42	60
Severa	-	-	10	14,28	2	2,86	12	17,14
Fortíssima	-	-	2	2,86	1	1,43	3	4,28
TOTAL	12	17,14	53	75,72	5	7,14	70	100

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento, representado por (-).

Na Tabela 4, observa-se que a frequência dos sujeitos que apresentam cefaléia por horas é representada por 53 (75,72%) dos alunos e destes 34 (48,57%) em intensidade moderada.

FATORES PREDISPOSTOS	FREQUÊNCIA				
	Diária	Semanal	Mensal	Eventual	Total
Estresse	4	26	17	3	50
Período menstrual	2	22	9	3	36
Dormir muito	1	6	7	-	14
Relação sexual	1	-	-	-	1
Algum alimento	-	5	1	-	6
Ficar sem comer	1	24	8	2	35
Dormir pouco	1	6	1	1	9
Exercícios	-	3	1	1	4
Não sabe	-	1	2	-	3

Quadro 1- Fatores predisponentes da cefaléia em relação a frequência da dor .

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento, representado por (-).

Na opinião de 50 (71,43%) informantes o estresse é o principal fator desencadeante de cefaléia e 36 (51,43%) sujeitos anotaram que o período menstrual é segundo fator

desencadeante. Ficar sem comer foi registrado por 35 (50%) informantes como causa da cefaléia (Quadro 1).

O QUE FAZ PARA ALIVIAR	FREQÜÊNCIA				
	Diária	Semanal	Mensal	Eventual	Total
Dormir	4	22	13	3	42
Compressa fria	-	3	-	-	3
Uso medicação	4	35	22	3	64
Ficar no escuro	1	12	3	-	16
Banho de chuveiro	-	3	4	-	7
Calor local	-	-	-	-	0
Atividade física	-	1	-	-	1
Comer	-	-	1	-	1

Quadro 2 - Frequência da dor em relação ao que faz para aliviar .

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento, representado por (-).

De acordo com a atitude dos sujeitos, observa-se no Quadro 2 que 64 (91,43%) alunos faz uso de medicação, e destes 35 (50%) com uma frequência semanal seguidos de 42 (60%) que informam ser necessário dormir para aliviar a cefaléia.

NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	INTENSIDADE				
	Leve	Moderada	Severa	Fortíssima	Total
Regulação Neurológica (atenção)	10	29	8	2	49
Oxigenação	-	1	1	-	2
Nutrição	3	9	1	2	15
Equilíbrio emocional	7	35	10	2	54
Sono e repouso	8	24	4	1	37
Eliminações	1	1	2	-	4
Auto-estima	1	2	-	-	3

Quadro 3 - Relação entre necessidades básicas afetadas e intensidade da dor.

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento, representado por (-).

Observa-se que a necessidade básica mais afetada é o equilíbrio emocional (alterações de humor, tensão) representada por 54 (77,14%) alunos, dos quais 35 (50%) têm cefaléia moderada. A segunda necessidade básica afetada é a regulação neurológica (atenção) que ocorreu em 49 (70%) informantes, seguida da necessidade de sono e repouso que ocorreu em 37 (52,86%) alunos (Quadro 3).

CARACTERÍSTICAS DA DOR	FREQÜÊNCIA				
	Diária	Semanal	Mensal	Eventual	Total
Pontada	1	9	2	1	13
Queimação	-	-	2	-	2
Unilateral	2	15	6	2	24
Latejante	2	28	14	3	47
Peso	-	4	4	-	8
Hipersensibilidade do couro cabeludo	-	3	2	-	5
Bilateral	1	6	8	-	15
Pressão para fora	2	8	1	-	11

Quadro 4 - Freqüência da dor em relação as características da cefaléia.

Fonte: Dados do estudo.

Nota: Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento, representado por (-).

O Quadro 4 mostra que a cefaléia com característica latejante ocorreu em 47 sujeitos, destes, 28 alunos apresentaram freqüência semanal.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao escolher o tema deste trabalho acreditava-se que haveria um número significativo de pessoas com queixa de cefaléia freqüente. Imaginava-se que haveria como conseqüência um pior rendimento no curso e na vida pessoal.

De fato encontrou-se que 70 (80,45%) informantes da amostra afirmaram ter dor de cabeça, e destes, 65 (74,71%) são mulheres, cabe aqui ressaltar que a maioria dos matriculados no curso são do sexo feminino e há uma média de 4 a 5 homens por turma. Com base nestes dados evidencia-se a alta incidência da cefaléia nesta população.

Também era esperado que a tensão pré menstrual fosse o fator desencadeante mais citado, em conseqüência do grande número de mulheres da amostra, porém o fator mais significativo foi o estresse.

Ao analisar o perfil da amostra estudada, observa-se que 76 (87,35%) dos sujeitos da amostra são do sexo feminino. Vale registrar que dos 11 (12,65%) sujeitos do sexo masculino 5 (5,74%) referiram ter cefaléia (Tabela 1). Embora a amostra masculina deste estudo não seja significativa a freqüência de cefaléia nos entrevistados aponta que a metade deles, cinco, tem cefaléia relacionada ao estresse. Segundo Teixeira e Figueiró (2001), a maioria dos indivíduos com cefaléia são do sexo feminino, contudo, questiona-se aqui pelos resultados encontrados, se o número de informantes masculinos fosse maior, a freqüência de sujeitos com cefaléia não seria significativa, mesmo ainda ocorrendo menos que em mulheres?

Na Tabela 2, mais da metade dos sujeitos, 55 (63,22%) se encontram na faixa etária entre 18 e 23 anos, sendo evidenciado que destes, 44 (50,57%) tem cefaléia.

O perfil da amostra estudada é de adultos jovens. Segundo Atkinson e Murray (1989) alguns jovens continuam dependentes emocionalmente e financeiramente da sua família, outros se tornam independentes precocemente, por escolha pessoal, por expectativa social em sua cultura ou por circunstâncias fora de seu controle. Pode-se afirmar que a maioria das pessoas goza de boa saúde entre os 20 e 40 anos e que a maior parte dos problemas são de natureza social e econômica, porém estes problemas podem influir na saúde individual. Nesta fase há o processo de rompimento com a família, estabelecimento de relacionamentos íntimos, o comprometimento com o objetivo de subir na vida, a formação de um conjunto pessoal de valores, a estruturação de uma vida

totalmente independente, o estabelecimento de um grupo social fechado que podem gerar situações de estresse. De fato, o fator desencadeante mais apontado entre os 50 (71,43%) sujeitos da amostra (Quadro 1), foi o estresse. Conforme destacado pela autora citada, o adulto jovem torna-se especialmente vulnerável devido suas aspirações pessoais, sua falta de experiência e as grandes mudanças ocorridas em sua vida, a nível familiar e responsabilidades do trabalho.

Na realidade dos alunos de enfermagem percebe-se que há um número significativo de alunos procedentes do interior do estado e para não sobrecarregar a família economicamente a maioria deles trabalha como bolsistas durante um turno e acabam prejudicando sua qualidade de vida, seu tempo disponível para se alimentar, estudar e até dormir. Ficam ansiosos e estressados, daí com fatores de risco para cefaléia.

Conforme a experiência pessoal percebe-se uma grande cobrança em relação ao rendimento no curso, uma organização do tempo que impede, muitas vezes, momentos de lazer, a exigência do mercado de trabalho em realizar o maior número possível de estágios extracurriculares, produções científicas, inclusive a responsabilidade em atender as exigências de professores e orientadores que acabam influenciando a motivação dos alunos para trabalhos como bolsistas em detrimento ao próprio curso.

Em relação à intensidade da dor e a frequência em que ela ocorre, a tabela 3 mostra que 42 (60%) apresentaram intensidade moderada e que 39 (55,71%) dos alunos têm cefaléia semanalmente. Relacionando-se com a tabela 4, percebe-se que 34 (48,57%) alunos têm a dor moderada, com duração de horas. Com base nestes dados se acredita que uma pessoa que experiencia a sensação de dor com tanta frequência, segundo Atkinson e Murray (1989), se vê forçada a viver com alterações importantes no seu dia a dia, provocadas pela limitação de sua atividade e capacidades. Daí ocorrem alterações no estado de humor, distúrbios do sono e uma diminuição da energia. Todas essas alterações levam ao aparecimento de problemas familiares, assim como baixa auto-estima e isolamento social.

Ainda conforme a autora acima, a auto-estima é um sentimento pessoal, uma auto-avaliação ou julgamento do valor de uma pessoa, é a forma como a pessoa vê a si própria. O nível de auto-estima influencia diversos fenômenos, inclusive a habilidade de uma pessoa em formar relacionamentos interpessoais estreitos.

Indivíduos com baixa auto-estima têm dificuldade em desenvolver e manter relacionamentos interpessoais, pois se as pessoas são incapazes de reconhecerem valores

nas outras pessoas e têm dificuldade de acreditar que outros podem ver valor neles, tendem a isolar-se, ocorrendo como consequência o afastamento social como defesa (ATKINSON; MURRAY, 1989). Isso dificulta a relação com os colegas, convivência, diminui a motivação em assistir as aulas, dedicar-se ao estudo, sobrecarregando a condição de aluno e dificultando o objetivo de aprender.

A relevância disto está no ponto onde Atkinson e Murray (1989), afirmam que a auto-estima tem sido definida como um protetor contra o estresse, que apesar de parecer uma reação negativa, na verdade ele é um ingrediente essencial à vida, pois o estresse é descrito como uma resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência que lhe é feita. O agente estressante é o estímulo que provoca esta resposta, como quando o indivíduo é forçado a adaptar-se a alguma situação. A exemplo disto podemos considerar a mudança de fase na vida dos alunos, a responsabilidade em concluir tarefas, a necessidade em aprender e sentir-se preparado para a vida profissional em formação.

Neste estudo verificou-se que apenas 3 alunos afirmaram ter a auto-estima afetada (Quadro 3). Seria possível afirmar que de um modo geral a amostra tem uma elevada auto-estima, a qual, de acordo com Atkinson e Murray (1989), está associada à baixa-ansiedade e menos sintomas psicossomáticos de estresse, uma vez que o estresse, ou pelo, menos a maneira pela qual as pessoas lidam com este, tem sido relacionado a um grande número de doenças emocionais e físicas. Porém períodos de estresse marcante na vida de um indivíduo podem ser ocasiões de crescimento profundo, pois os indivíduos precisam se adaptar a fim de responder de um modo positivo a um ambiente continuamente mutante.

Na amostra apareceu um significativo número de estressados, 50 alunos, mas será que eles estão se adaptando bem a esta fase ou essas freqüentes e intensas dores de cabeça podem resultar em outras doenças? Não seriam os agentes estressantes a sobrecarga da atividade acadêmica e de trabalho?

Com os resultados encontrados (Quadro 3), foi registrado o equilíbrio emocional como a necessidade básica mais afetada representado por 54 (77,14%) alunos, seguida das necessidades de sono e repouso com 37 (52,85%) indivíduos da amostra e a necessidade de regulação neurológica (atenção) com 49 (70%) sujeitos.

O equilíbrio emocional é afetado pelo mau humor, impaciência e até agressividade nas relações interpessoais. Os problemas de atenção vão refletir diretamente no rendimento acadêmico e conseqüentemente desmotivação e frustrações com os resultados. Contatou-se também que o sono é prejudicado pela dor, Atkinson e Murray (1989) reforçam que o sono

inadequado diminui o desempenho no trabalho, aumenta o cansaço, gera irritabilidade e a incapacidade de concentração e também diminui a capacidade de suportar a dor.

Trinta e cinco participantes consideram que a dor de cabeça tem como causa a fome (Quadro 1). Para Guyton (2001), o estômago de uma pessoa que passou muitas horas sem alimentar-se apresenta intensas contrações rítmicas, conhecidas como contrações da fome. Essas contrações causam uma sensação de constrição ou de aperto na boca do estômago, e algumas vezes até dor. Além dessas dores, a pessoa faminta torna-se também mais tensa e agitada do que habitual. Logo, pode-se constatar que no dia a dia dos alunos há pouca disponibilidade de tempo para refeições balanceadas, decorrente disto se observa os alunos priorizando lanches, muitas vezes em grandes intervalos de tempo ou mesmo não se alimentando. Seriam estes alunos bolsistas em outro turno ou com outro tipo de atividade ou seria também por condições econômicas?

Outro fator predisponente bastante apontado foi o período menstrual. De acordo com Diegoli [2006] e Sociedade Brasileira de Cefaléia (2000), este tipo de cefaléia tem como causa a queda na produção do estrogênio cujo nível permanece baixo durante todo o período menstrual. O estrogênio tem efeito na tonicidade dos vasos que existem no cérebro, pois quando a produção de estrogênio cai, os vasos dilatam e o aumento do seu diâmetro provoca dor de cabeça. Algumas mulheres apresentam dor de cabeça 24 horas antes do início da menstruação e outras, durante todo o período menstrual, dor que só passa quando os vasos se estabilizam porque os níveis de estrogênio voltaram a subir.

Ao analisar o quadro 1, um fator que chama a atenção é a relação entre período menstrual (36 sujeitos) e cefaléia, pois apenas 9 alunos relataram dores mensais, uma vez que a menstruação em princípio, ocorre uma vez por mês. Embora apenas 09 alunos têm cefaléia mensal coincidindo com o período menstrual e 36 referem que a menstruação é fator predisponente, os demais (27 alunos) têm cefaléia mais freqüente, porém atribuem a predisposição, além de outros fatores, também a menstruação.

Ao analisar os dados coletados com ênfase nas características de cefaléia mais citadas, é possível traçar um perfil da dor da amostra. Sabe-se que 42 (60%) informantes tem dor moderada, sendo 26 (37,14%) com freqüência semanal (Tabela 3). Dos resultados, 53 (75,72%) alunos relataram cefaléia por horas (Tabela 4). Essas características são importantes motivos para uma maior atenção dos professores em relação aos alunos, a estratégia de ensino utilizada e o acompanhamento em campos de estágio, pois a dificuldade no aprendizado, a condição em que o aluno se encontra no momento da dor,

com a atenção prejudicada, o humor debilitado vão certamente refletir no rendimento do indivíduo no curso. Afinal como um aluno com dor moderada por horas consegue assistir aula ou fazer estágio? Na prática a duração das aulas ou estágios é de 4 a 5 horas, não é possível que muitos tenham dor durante toda a atividade?

Entre as demais características apareceu significativamente a forma latejante da dor em 47 sujeitos (Quadro 4). Os sintomas associados com a dor mais apontados foram aversão ao barulho em 47 indivíduos, aversão à claridade em 34 alunos e náuseas em 21 alunos. Considerando que estes sintomas permanecem por horas na maioria dos relatos, questiona-se o quanto as aulas sistematicamente baseadas em recurso audiovisual, a conversa entre colegas podem colaborar para piora da dor de cabeça e a conseqüente piora na qualidade do aprendizado. Seria possível outras dinâmicas em aulas teóricas ou práticas?

Por fim, em relação ao que os indivíduos fazem para aliviar a dor, um dado preocupante foi o elevado uso de medicações apontado por 64 alunos, levando em conta que a cefaléia é predominantemente semanal é possível afirmar que o uso de analgésicos é semanal. Embora não fosse enfoque do estudo, pode-se questionar sobre o tipo de medicação, frequência e interações devem estar ocorrendo. Sabe-se de uma situação que o acadêmico utilizava fármaco beta-bloqueador para analgesia e como conseqüência estava quase sempre sonolento nas aulas devido hipotensão. Não estaria este aluno provocando hipóxia cerebral e conseqüente danos a seus neurônios? Considerando a infinidade de fármacos à disposição nas farmácias pode-se imaginar tantas outras situações de risco acontecendo.

De acordo com Sociedade Brasileira de Cefaléia [2004], a alta prevalência das cefaléias colaborou para que se criasse na população o costume de consumir indiscriminadamente analgésicos. Em busca do alívio imediato da dor, as pessoas ingerem analgésicos sem prescrição ou acompanhamento médico. Usam doses progressivamente mais altas desses medicamentos e, desse modo, ao invés de eliminar a dor, contribuem para o agravamento da cefaléia. Se utilizados frequentemente em quantidades excessivas, separadamente ou em combinação, esses analgésicos e outras medicações para dor podem perpetuar a cefaléia, tornando-se um problema crônico diário. Além disso, muitas vezes não se tem o diagnóstico correto da cefaléia e por isso não se consegue o tratamento adequado. É importante ressaltar que tomar esses medicamentos mais de duas vezes por semana, durante três meses seguidos, já induz a cronificação da dor.

No estudo verificou-se o uso de paracetamol por 27 indivíduos e a dipirona é preferida por 17 alunos, sendo que alguns afirmaram usar esses dois analgésicos de forma combinada. Portanto a necessidade de se diagnosticar a cefaléia é relevante, em vista que o consumo de medicações desta população ainda é semanal e não diário, podendo assim evitar cefaléias induzidas por medicamentos sintomáticos, o uso de múltiplos fármacos, além de anomalias comportamentais e psicológicas.

Quarenta e dois alunos relataram que dormir alivia a dor, principalmente em crises leves. Baseado em Guyton (2001) o sono é um importante estado fisiológico que implica na perda temporária da consciência e na redução das respostas ao meio ambiente, acompanhado de mudanças em várias funções. Tem como base biológica o repouso do sistema nervoso central, sistema muscular, órgãos viscerais, sistema nervoso vegetativo e medula espinal. Todas as funções, estão influenciadas pela alternância da vigília e do sono, restauradores das condições neurofisiológicas e físicas normais, ou seja a homeostase. O sono é dividido em duas categorias: sono REM (*"Rapid Eye Movements"*) e sono não REM (*"Non-Rapid Eye Movements"*) e este é classificado em 4 fases. É na fase 4 do sono não REM que o corpo apresenta-se em relaxamento, a maioria dos adultos jovens entra nesta fase no espaço de 30 a 45 minutos depois de conciliar o sono. Durante o período de sono, normalmente ocorrem de 4 a 6 ciclos bifásicos com duração de 90 a 100 minutos cada, sendo cada um dos ciclos composto pelas fases de não REM, com duração de 45 a 85 minutos, e pela fase de sono REM, que dura de 5 a 45 minutos. O processo deste sono vai restaurar o organismo, provavelmente é na fase de relaxamento que ocorre o alívio da dor cabeça, onde há a descontração dos músculos tensos pelo estresse. Também cessa o estímulo luminoso, apontado por 34 alunos como sintoma que acompanha a dor.

Cabe aqui ressaltar que é possível constatar na prática, embora não referenciado na literatura científica, que o uso de chá diurético auxilia no alívio da cefaléia presente no período menstrual, pois ocorre excreção de sódio e conseqüente diminuição do líquido e o relaxamento das artérias citadas por Diegoli [2006].

Mediante todos os dados relacionados e analisados, percebe-se que pouco mais da metade da amostra convive com a dor em episódios semanais, embora uma pessoa possa sobreviver com dor, a presença contínua interfere no bem estar do indivíduo, a exemplo das necessidades básicas afetadas que estão alterando a atenção, o sono e o humor destes indivíduos.

É importante a reflexão sobre o nosso papel como cuidadores, pois a dor é uma das circunstâncias mais comuns que levam as pessoas a procurar instituições de assistência à saúde, em consequência todos os enfermeiros e já os acadêmicos trabalham com pacientes que sofrem dor. Então se pode ressaltar que um assunto com tanta importância, que está afetando um número significativo de acadêmicos, parece não estar sendo percebido numa instituição de ensino de saúde.

Fica também a idéia de que, embora as exigências do curso possam ser consideradas como agentes estressantes, elas são necessárias para a construção do futuro profissional, cabe ao aluno também a procura de informação sobre as dores que lhe acometem, sendo de muita importância evitar os fatores que podem predispor a cefaléia, como por exemplo não alimentar-se, e até mesmo identificar outros fatores; é preciso evitar se auto-medicar durante muito tempo, tendo consciência que há mais para ser feito do que somente controlar as crises quando elas ocorrem, pois, é possível reduzir a frequência e a intensidade das crises e torná-las mais responsivas aos medicamentos, através de um tratamento preventivo, se for o caso.

Diante de todos os dados que foram discutidos, percebe-se que o estudo trouxe subsídios científicos e práticos sobre a cefaléia, causando também reflexões acerca do mesmo no sentido de encontrar e desenvolver soluções frente ao problema que se mostrou relevante, podendo servir de base ou auxílio para novos estudos nesta área, além de subsidiar professores e acadêmicos da área da saúde para o cuidado de pessoas com dor de cabeça.

7 CONCLUSÕES

Após a análise dos dados pode-se concluir que:

- a) a incidência de cefaléia entre os acadêmicos de enfermagem da UFRGS foi de 70 (80,45%) alunos da amostra. Sendo que 65 (74,71%) indivíduos são do sexo feminino;
- b) na questão das características da cefaléia, 42 (60%) sujeitos referiram dor moderada; 39 (55,71%) alunos têm cefaléia semanalmente; 53 (75,72%) indivíduos têm a dor por horas; 47 alunos com característica latejante; 24 alunos com cefaléia unilateral; 47 indivíduos com aversão ao barulho; 34 alunos com aversão à claridade e 21 alunos com náuseas associadas;
- c) entre os fatores predisponentes, 50 alunos atribuíram a dor de cabeça ao estresse; 36 alunos ao período menstrual e 35 indivíduos apontaram que ficar sem comer desencadeia a cefaléia;
- d) em relação as necessidades humanas básicas afetadas, 54 alunos apontaram a necessidade de equilíbrio emocional (alterações de humor) mais afetada; 49 sujeitos tiveram a regulação neurológica (atenção) e 37 indivíduos relataram a necessidade de sono e repouso.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 618 p.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e na Classificação da NANDA. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia, 1998/2001 220 pg.

DIEGOLI, M. S. C. **Sintomas da TPM**. Entrevistador: Drauzio Varella. [São Paulo, 2006]. Disponível em: www.drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/colicasm2.asp. Acessado em: 31 out. 2006.

GREENBERG, D. A.. **Neurologia clinica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1996 378p.

GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 1014 p.

HARRISON, *et al.* **Medicina interna**. 14. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill Interamericana do Brasil, 1998. v. 2, 2967 p.

HAUN, M.V.A; POLLAK, D. F.; MARTINEZ, J. E. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 2, p. 221-230, 1999.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 100 p.

LIPTON, R.B. *et al.* Impacto da enxaqueca hoje. **Neuropsiconews**, São Paulo, n. 46, p.4-6 2002.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

ROLAK, L. A. *et al.* **Segredos em neurologia**: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 512 p. (Serie biomedica).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. **Dor de cabeça**. Rio de Janeiro: SBCE, [2004]. Disponível em: <www.sbce.med.br>. Acesso em: 6 jun. 2005.

_____. Recomendações para o tratamento da crise migranosa: Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 58, n.2-A, p. 371-389, 2000.

TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Dor**: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Jr., 2001. 406 p.

TEIXEIRA, M. J. *et. al.* **Dor**: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, 2003. 834 p.

APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados**Projeto de Pesquisa: Cefaléia em Acadêmicos de Enfermagem****Identificação:**

Sexo: () F () M Idade: _____ (anos) Semestre: _____

Costuma ter cefaléia: () Sim () Não

Em caso afirmativo:**1. Frequência**

() diária () semanal () mensal () outra. _____

2. Intensidade

() leve () moderada () severa () fortíssima

3. Duração

() minutos () horas () dias () outra. _____

4. Característica

() pontada () latejante () peso () pressão para fora

() queimação () hipersensibilidade do couro cabeludo

() unilateral () bilateral () outra _____

5. Sintomas que acompanha

() náusea () vômito () aversão à claridade () aversão ao barulho

() lacrimejamento () confusão mental () tontura

() desmaio () outro _____

6. O que faz para aliviar a dor

() dormir () ficar no escuro () calor local

() compressas frias () banho de chuveiro () atividades físicas

() uso de medicação. Qual _____

() outro. _____

7. Fatores predisponentes

- estresse período menstrual dormir muito
 algum alimento ficar sem comer exercícios
 relação sexual outro. _____

8. Quais necessidades básicas estão afetadas?

- regulação neurológica (Ex.: déficit de concentração, etc)
 oxigenação (ex.: falta de ar, etc)
 nutrição (Ex.: diminuição apetite , aumento apetite)
 equilíbrio emocional (Ex.: alterações de humor)
 sono e repouso (Ex.: fadiga, anormalidade do sono, etc)
 eliminações (Ex.: alterações intestinais, alterações urinárias)
 auto estima (Ex.: insegurança, dependência)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: Cefaléia em Acadêmicos de Enfermagem

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido venho convidá-lo a participar desta pesquisa.

Este é um trabalho de conclusão do curso de enfermagem, sua finalidade é de relacionar os problemas de saúde registrados na literatura com a prática vivida pelos acadêmicos de enfermagem. Meu objetivo com esse estudo é identificar entre os acadêmicos de enfermagem qual a incidência de cefaléia, seus fatores predisponentes e as necessidades humanas básicas afetadas.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu..... declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos, desconfortos e benefícios.

Fui, igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida; da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento; da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas apenas para fins acadêmicos vinculados a este projeto de pesquisa.

Agradeço sua colaboração

Participante

Louise Fracaro Cansi – acadêmica de enfermagem da UFRGS
Fone de contato: 91513009

Profª Orientadora Responsável Vera C. Portella
Fone para contato:33165345

ANEXO – Carta do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**

prospesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006585

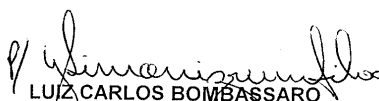
Título : Cefaléia em acadêmicos de enfermagem

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
VERA CATARINA CASTIGLIA PORTELLA	PESQ RESPONSÁVEL	vera@enf.ufrgs.br	33165423
LOUISE FRACARO CANSI	PESQUISADOR	louisecansi@zipmail.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 8 ,
ata nº 74 , de 27/07/2006 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo
com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, segunda-feira, 7 de agosto de 2006


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
 Coordenador do CEP-UFRGS