

# O STRESS COMO COMORBIDADE DA CEFALEIA PRIMÁRIA

Amanda Santos de Souza<sup>1</sup>

Kelly Larissa de Souza Miranda<sup>2</sup>

Roberta Ferrari Marback<sup>3</sup>

## Resumo

Cefaleia primária é aquela que não pode ser explicada por meio de exames clínicos ou laboratoriais. A literatura aponta a associação desse tipo de cefaleia com o stress. Sendo assim o presente estudo teve como objetivo geral identificar a relação entre sintomas de *stress* e cefaleia primária. Trata-se de um estudo transversal no qual foram aplicados questionário sociodemográfico e o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) a 40 sujeitos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que referiram cefaleia primária. Todos os participantes autorizaram sua participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Constatou-se que 65% dos sujeitos apresentaram sintomas de *stress*, havendo uma prevalência de 80% para sintomas psicológicos. Os resultados encontrados são significativos e apontam para uma maior necessidade de atenção dos profissionais de saúde, bem como aprofundamento no conhecimento acerca dessa temática, com a finalidade de possibilitar melhorias na qualidade de vida dessas pessoas.

**Palavras-chave:** Cefaleia primária; *Stress*.

## Abstract

Primary headache can not be explained by clinical or laboratory tests. The literature suggests the association of Primary headache can not be explained by clinical or laboratory tests. The literature indicates the association of this type of headache with stress. The present study aimed to identify the relationship between stress symptoms and primary headache. This is a cross-sectional study in which 40 subjects of both sexes, over 18 years of age, who reported primary headache were applied to the socio-demographic questionnaire and the Inventory of Stress Symptoms for Adults of Lipp (ISSL). All participants authorized their participation in the study by signing the Informed Consent Form. It was found that 65% of the subjects had symptoms of stress, with a prevalence of 80% for psychological symptoms. The results found are significant and point to a greater need of attention of the health professionals, as well as deepening in the knowledge about this subject, with the purpose of enabling improvements in the quality of life.

**Keywords:** Primary headache; *Stress*.

## 1 INTRODUÇÃO

A dor crônica é um problema de saúde pública que tem trazido prejuízos significativos nas diversas esferas da vida das pessoas. Dentre os tipos de dor crônica, a cefaleia ganha destaque, devido à sua prevalência significativa e aos impactos na qualidade de vida dos sujeitos acometidos. Trata-se de uma condição incapacitante, cuja queixa é muito frequente nos centros de saúde, representando cerca de 9% das consultas em atenção primária (SUBCOMITÊ..., 2006).

<sup>1</sup>Aluna do 7º semestre do curso de Psicologia da UNIFACS e bolsista UNIFACS de Iniciação Científica. E-mail: amandasouza.s@hotmail.com

<sup>2</sup>Aluna do 4º semestre do curso de Psicologia da UNIFACS e bolsista FAPESB de Iniciação Científica. E-mail: kellymiranda.fdj@gmail.com

<sup>3</sup> Professora, doutora, psicóloga, orientadora de Iniciação Científica do curso de Psicologia da UNIFACS. E-mail: roberta.marback@pro.unifacs.br

De acordo com a etiologia, a cefaleia pode ser caracterizada como primária ou secundária. A cefaleia primária não pode ser explicada a partir de exames clínicos ou laboratoriais, sendo a migrânea e a cefaleia do tipo tensional as mais comuns. Por sua vez, a cefaleia secundária ocorre como consequência de outra doença ou quadro patológico etiologicamente esclarecida (SPECIALLI, 1997). Os sujeitos que apresentam episódios recorrentes de cefaleia primária relatam sentir dores exacerbadas, incômodas e angustiantes (TSUJI; CARVALHO, 2002), sendo comum não buscarem ajuda médica e fazerem uso indiscriminado de medicamentos para controle da dor. Essa condição promove um comprometimento significativo da vida social e ocupacional dessas pessoas, que muitas vezes, desenvolvem comorbidades psicopatológicas como depressão, ansiedade e *stress*.

O *stress* pode ser definido como qualquer reação orgânica que ocorre no momento em que há uma necessidade de adaptação do sujeito a um evento estressor, sendo composto por aspectos psicológicos, físicos e hormonais (ROSSETTI et al., 2008). Este tem sido apontado como um fator importante relacionado ao surgimento e/ou manutenção dos quadros de cefaleia primária (CORREIA; LINHARES, 2014), uma vez que o *stress* e a dor estão diretamente associados, visto que o primeiro pode surgir como desencadeador ou concorrente para a etiologia ou, ainda, como consequência da dor (LIPP, 2005).

De acordo com Lipp e Malagris (2011), o *stress* corresponde a uma reação orgânica composta por aspectos físicos e/ou psicológicos, provocada por alterações psicofisiológicas, advindas do confronto do sujeito com uma situação mobilizadora, seja esta positiva ou negativa. Ainda de acordo com os autores, a resposta do *stress* refere-se a um processo iniciado a partir da perturbação da homeostase corporal, devido à ação do sistema nervoso simpático, em detrimento da desaceleração do sistema nervoso parassimpático em situações de tensão, que demandam preparação do organismo.

O *stress* pode ou não levar o sujeito a um desgaste geral do organismo, a depender dos fatores desencadeadores, da intensidade, duração, enfrentamento e da vulnerabilidade deste. Assim, o *stress* deixa de ser funcional para a adaptação do sujeito quando a prontidão fisiológica é excessiva e/ou quando se manifesta em situações nas quais não há tensão que o justifique (LIPP; MALAGRIS, 2011).

Existem diversos tipos de estressores, o que explica a variedade de limiares de *stress* para sujeitos diferentes. As fontes de *stress* podem ser externas, ou seja, oriundas do espaço externo ao organismo; internas, quando advém de aspectos próprios do organismo, tais como crenças e valores (MASCELLA, 2011) ou biogênicas (EVERLY JÚNIOR, 1989), quando

atuam automaticamente, devido ao seu caráter essencialmente estressante, como por exemplo, fome e dor. Entretanto, os níveis de stress não estão relacionados apenas ao evento estressor, mas também à percepção do sujeito acerca do evento e o modo como reage ao mesmo (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2009). Fatores como previsibilidade de acontecimentos, percepção de controle sobre situações e estratégias de enfrentamento parecem influenciar a intensidade de uma situação estressora (GLASSMAN; HADAD, 2006 *apud* CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2009).

De acordo com a sua intensidade, o *stress* pode ser classificado como positivo, quando há um desequilíbrio da homeostase em função da promoção de vigor e energia; negativo, quando os limites corporais são ultrapassados e há perda da capacidade adaptativa; e ideal, quando o sujeito aprende a manejar o *stress*, propiciando o reequilíbrio homeostático (LIPP, 2014). A classificação da intensidade do *stress* está diretamente relacionada à distinção das suas fases, que, inicialmente, caracterizava-se como trifásico, dividindo-se nas fases de Alarme ou Alerta, Resistência e Exaustão, conforme proposta por Selye (1952), na descrição da Síndrome de Adaptação Geral. Lipp (2014) inclui uma nova fase, de Quase-Exaustão, no modelo de Selye, tornando-o quadrifásico. A fase de Alerta corresponde ao enfrentamento inicial do sujeito com um estressor, ocorrendo quando o organismo se prepara para luta ou fuga. Nessa fase, que geralmente dura algumas horas, há aumento de produtividade e motivação, não havendo danos para o organismo (LIPP; MALAGRIS, 2011). Uma vez que o sujeito é exposto ao estressor durante um período mais longo de tempo, ou quando sua intensidade é maior, o sujeito passará para a fase de resistência, na qual o organismo tentará reestabelecer a homeostase, através da utilização automática de toda energia adaptativa.

Havendo a permanência do sujeito nessa fase por um longo período, o organismo se aproxima da fase de Quase-Exaustão, na qual há uma quebra da resistência física e emocional, devido ao excesso de tensão. As atividades, como pensar de forma lúcida, podem ser realizadas apenas com muito esforço, havendo alternância do funcionamento normal com períodos de total desconforto (MASCELLA, 2011). Há muita ansiedade nessa fase, havendo produção significativa de cortisol, que atua destruindo defesas imunológicas, o que propicia o surgimento de doenças (LIPP, 2014).

A fase seguinte, Exaustão, ocorre quando o sujeito continua exposto ao mesmo estressor, ou a vários outros, de forma simultânea. Nessa fase, é frequente a manifestação de doenças de cunho psicológico e físico, tais como depressão, ansiedade, hipertensão arterial e úlceras gástricas (MASCELLA, 2011). É importante salientar que o *stress* consiste em um

importante mecanismo de defesa contra situações adversas, sendo, portanto, imprescindível à sobrevivência. Para McEwen e Lasley (2003), a função do *stress* é preservar a saúde do sujeito em momentos de crise, não sendo, portanto, necessariamente prejudicial. Entretanto, quando ativado cronicamente, o *stress* pode provocar prejuízos diversos para o sujeito, incluindo o surgimento de doenças graves.

Tendo em vista a significativa prevalência de cefaleia primária e o sofrimento por ela desencadeado, bem como o seu impacto nas diversas esferas da vida do sujeito acometido, e compreendendo o *stress* como um fator importante no desencadeamento e manutenção dos quadros de cefaleia primária, o objetivo deste trabalho consistiu em identificar a associação de sintomas de *stress* e cefaleia primária.

## 2 MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal com indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que referiam cefaleia primária. Integraram esse estudo pessoas que apresentavam cefaleia primária, posto que todos já haviam passado por uma bateria de exames médicos que descartavam a possibilidade de uma causa orgânica para a manifestação da cefaleia. Pessoas que relataram sentir dor de cabeça devido a problemas secundários, tais como oftalmológicos e/ou neurológicos foram excluídas da pesquisa. A amostra foi composta por acessibilidade. Na coleta de dados, foram utilizados questionários sociodemográficos, para caracterização dos participantes em relação à idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, estado civil e religião; e o Inventário Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp - ISSL (LIPP, 2014), instrumento composto por um total de 56 sintomas (37 de caráter somático e 19 de caráter psicológico), divididos em três etapas, correspondentes às fases de *stress*.

Em cada uma dessas etapas, o sujeito foi solicitado a marcar os sintomas percebidos nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. O objetivo do ISSL consistiu em avaliar a prevalência de sintomas, tipo de sintomatologia e fases do *stress*. A análise dos dados do ISSL foi feita de duas formas, a primeira considerando os escores brutos gerais, que foram apresentados diante da correção do instrumento, e a segunda considerando os mais significativos, correspondentes aos escores brutos superiores a 50%.

Os participantes foram convidados por demanda espontânea, através da avaliação do histórico médico de constatação de algum tipo de cefaleia primária. Ao serem incluídos no estudo, os pesquisadores se dirigiram ao encontro dos participantes para realização das

entrevistas e aplicação dos questionários, em locais que fossem acessíveis e confortáveis para os mesmos, tal como suas residências e espaço de trabalho. Todos os participantes já haviam passado por, no mínimo, um tipo de tratamento para a cefaleia. Estes receberam explicações sobre o estudo, a importância da colaboração e da gravação da entrevista para melhor aproveitamento dos dados, sendo assegurados a confidencialidade e o anonimato das informações, bem como todos os princípios éticos determinados pela Resolução 466/2012.

A participação no estudo foi autorizada, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFACS, sob o CAAE: 47303115.1.0000.5033. Esse estudo foi desenvolvido entre agosto de 2015 e maio de 2016, no programa de Iniciação Científica do curso de Psicologia da Universidade Salvador (UNIFACS).

### **3 RESULTADOS**

A amostra foi composta por 40 indivíduos, sendo 87,5% do sexo feminino e 12,5% do sexo masculino, com média de idade de 32,5 anos. No que se refere ao estado civil, 60% eram solteiros, 30%, casados e 10%, divorciados. Quanto à escolaridade, 50% dos sujeitos possuíam ensino superior incompleto, 30% possuíam ensino superior completo, 10% possuíam ensino médio completo.

No quesito religião, a maioria dos participantes (42,5%) era católica; 22% eram evangélicos e 20% não possuíam religião. Quanto à ocupação, 35% estudavam, mas não trabalhavam e 12,5% trabalhavam com comércio. A renda familiar de 35% dos participantes estava acima de 7 salários mínimos, 20%, entre 5 e 7 salários mínimos, 15%, entre 3 e 5 salários mínimos, 15%, entre 2 e 3 salários mínimos e 15%, até um salário mínimo.

No que se refere às respostas do ISSL, constatou-se que 65% dos participantes apresentaram sintomas de *stress*, enquanto 35% não apresentaram sintomas. A avaliação das fases do *stress* acusou que 34,61% dos sujeitos estavam enquadrados na fase de Alerta, 84,61% na fase de Resistência, 11,54% na fase de Quase-Exaustão e 57,69% na fase de Exaustão. Considerando os percentis mais significativos do instrumento aplicado (a partir de 50%), constatou-se que 40% dos sujeitos enquadraram-se na fase de Resistência e 60% estavam na fase de Quase-Exaustão.

A análise da sintomatologia revelou que 53,8% dos sujeitos possuíam escores significativos de sintomas físicos (entre 50 e 80%), enquanto 65,4% apresentaram sintomas psicológicos significativos (entre 50 e 100%).

Comparativamente, 42,3% dos participantes possuíam escores significativos para ambos os sintomas físicos e psicológicos, sendo observada uma prevalência de 80% dos escores para os sintomas psicológicos. Os principais sintomas físicos e psicológicos que foram marcados pelos participantes estão ilustrados nas Tabelas 1 e 2 a seguir:

Tabela 1 - Sintomas psicológicos predominantes

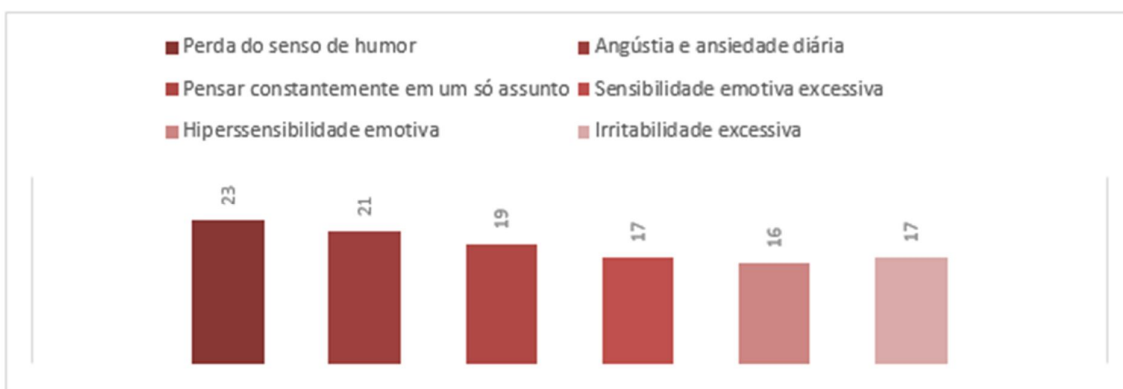
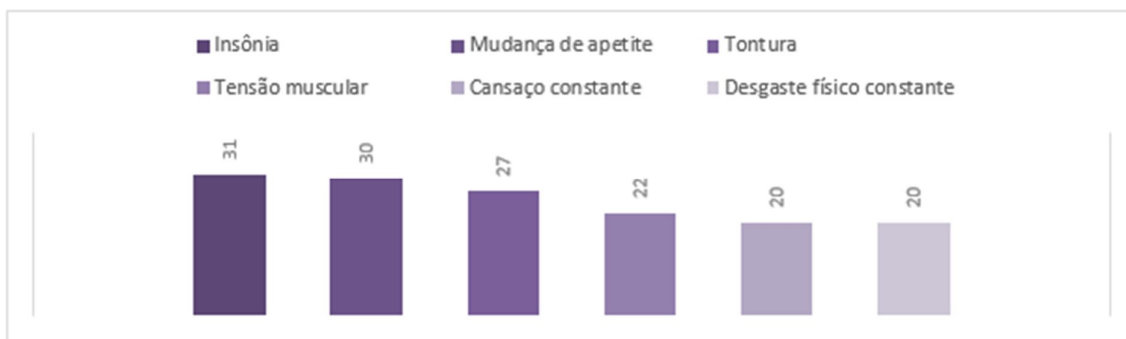


Tabela 2 - Sintomas físicos predominantes



De acordo com as tabelas, observou-se que os sintomas mais marcados pelos respondentes foram insônia, mudança de apetite, perda do senso de humor, angústia e ansiedade diária.

## 4 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados na seção anterior são corroborados pelos encontrados na literatura. Compatível com o alto índice de *stress* encontrado na amostra do presente trabalho, Mascella (2011) verificou, em seu estudo, que 83,87% dos sujeitos apresentaram sintomas de *stress*. Por sua vez, Sadir, Bignotto e Lipp (2010) constataram que 88% dos sujeitos apresentaram sintomas de *stress*. Destes, 79% dos homens e todas as mulheres foram diagnosticados com *stress*. Ainda de acordo com as autoras, o estudo revelou compatibilidade entre a autopercepção de *stress* e seu diagnóstico clínico. Desse modo, pode-se perceber que os sujeitos acometidos têm consciência da manifestação dos sintomas de *stress* e sua ligação com a dor.

Notou-se, também, que os homens ocupantes dos cargos de gerência (71%) e os profissionais liberais (60%) apresentaram maiores níveis de *stress*. Por sua vez, as mulheres estudantes (71%) e as que ocupavam cargos de escritório (55%) apresentaram níveis significativos de *stress* (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010). Esses dados se relacionam aos encontrados no presente estudo, na medida em que a maior parte da amostra que apresentou sintomas de *stress* é composta por estudantes (35%) e profissionais comerciantes – autônomos (12,5%).

Ao pesquisar o *stress* ocupacional, Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2009) revelaram que 97,4% dos sujeitos entrevistados relataram sentir-se estressados, utilizando como estratégia de enfrentamento a evitação e o confronto direto e indireto frente ao *stress*. De acordo com os participantes, as principais fontes de *stress* foram o funcionamento organizacional, os relacionamentos interpessoais no contexto laboral e a sobrecarga de trabalho. Neste ponto, é importante ressaltar a importância do trabalho e sua representação, principalmente por mostrar o lugar subjetivo que o *stress* ocupa na vida das pessoas, sendo compreendido como fator substancial de desequilíbrio em esferas do cotidiano das mesmas.

Segundo Fontana (1994), os efeitos psicológicos do *stress* dividem-se em cognitivos, emocionais e comportamentais. Os efeitos cognitivos referem-se à diminuição da concentração e atenção; decréscimo da memória de curto e longo prazo e prejuízo da capacidade de organização e planejamento. Os efeitos emocionais são aqueles correspondentes ao aumento das tensões físicas e psicológicas, onde há uma redução do bem-estar e da capacidade de relaxamento, bem como aumento de ansiedade e preocupações, além da incidência de sintomas depressivos, sensação de desamparo e hipersensibilidade

emocional. Por sua vez, os efeitos comportamentais incluem problemas de articulação vocal como gagueira e hesitação, diminuição do interesse e entusiasmo, aumento do absenteísmo, uso de substâncias psicoativas como álcool, cafeína e nicotina, dificuldades para dormir e rompimentos de padrões de sono em geral, diminuição da energia, transferências de responsabilidade, dentre outros.

Os dados encontrados na presente pesquisa trazem elementos correspondentes a tais efeitos, uma vez que a maioria dos sujeitos apresentou sintomas insônia (77.5%), tensão muscular (55%), sensibilidade emotiva excessiva (42.5%) e hiperssensibilidade emotiva (40%), tal como ilustrado nos Gráficos 1 e 2.

Diante dos numerosos sintomas físicos e psicológicos referidos pelos participantes nesse estudo e corroborados através da literatura, pode-se refletir acerca da dimensão dos impactos causados na rotina dos indivíduos acometidos pela dor, causando prejuízos tanto em seus relacionamentos interpessoais, quanto no desempenho profissional e atividades prazerosas, afetando de forma significativa a qualidade de vida dessas pessoas. Desse modo, os dados encontrados na presente pesquisa revelam, de maneira significativa, os impactos subjetivos e emocionais dos sujeitos acometidos pela cefaleia, tendo em vista as consequências provocadas pelo *stress* na rotina diária, nas relações sociais e nos demais aspectos da vida das pessoas.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluiu-se que os respondentes apresentaram níveis significativos de *stress*, com ênfase nos sintomas psicológicos, o que corrobora com os dados encontrados na literatura. Esses resultados mostraram que há uma relação entre *stress* e cefaleia, apontando para a necessidade de uma maior atenção dos profissionais de saúde em relação à promoção de saúde psíquica para essas pessoas, bem como a necessidade da comunidade científica de incrementar as pesquisas voltadas para essa temática, no intuito de que seja possível obter maiores esclarecimentos sobre a mesma, abrindo possibilidades para o desenvolvimento estratégias de enfrentamento mais eficazes. Acredita-se na importância da continuação do presente estudo, através da ampliação do número de participantes e aprofundamento do tema em questão.



## REFERÊNCIAS

- CALDERERO, A.; MIASSO, A.; CORRADI-WEBSTER, C. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2009.
- CORREIA, L.; LINHARES, M. Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária. **Psic.: Teor. E Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 145-152, jun. 2014.
- EVERLY, G. **A clinical guide to the treatment of the human stress response**. New York: Plenum Press, 1989.
- FONTANA, D. **Estresse: faça dele um aliado e exercite a autodefesa**. São Paulo: Saraiva, 1994.
- LIPP, M. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.
- LIPP, M.; MALAGRIS, L. Estresse. Aspectos históricos, teóricos e clínicos. In: RANGÉ, B. E. cols. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- LIPP, M. **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- MASCELLA, V. **Stress, sintomas de ansiedade e depressão na migrânea e cefaleia tensional**. 2011.83 p. Dissertação. (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2011.
- McEWEN, B.; LASLEY, E. **O fim do estresse como conhecemos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.
- ROSSETTI, M. et al. O inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. **Rev. Bras. Ter. Cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 108-120, dez. 2008.
- SADIR, M.; BIGNOTTO, M.; LIPP, M. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 73-81, abr. 2010.
- SELYE, H. **The story of the adaptation syndrome**. Montreal. Act, 1952.
- SPECIALI, J. Classificação das cefaleias. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30, p. 421-427, 1997.
- SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS. 2. ed. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda., 2006.
- TSUJI, S.; CARVALHO, D. Aspectos Psíquicos das Cefaleias Primárias. **Revista de Neurociências**, v. 10, n. 3, p. 129-136, 2002.