

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM UNIVERSITÁRIOS.

Study of prevalence of headache and its impact on quality of life in college.

Rúbia Marcia Benatti¹ Tatiane Braganholi² Karen Valezio de Oliveira² Viviane Aparecida Linhares Figura²

RESUMO

Cefaléia é todo processo doloroso no segmento cefálico. O objetivo do estudo foi estudar a prevalência de cefaléia e seu impacto na qualidade de vida em universitários. Aplicou-se um questionário adaptado sobre cefaléia, com base no Headache Impact Test (HIT-6) e o Migraine Disability Assessment (MIDAS). Amostra com 560 acadêmicos de Instituição de Ensino Superior da cidade de Curitiba. 75% referiram cefaléia, e desses, vários apresentam alteração na sua qualidade de vida, sentindo-se limitados para determinadas atividades. Apenas 26% dos entrevistados procuraram tratamento, embora mais de 90% usam algum tipo de medicamento para controle da cefaléia. Há alta prevalência de cefaléia e a maioria dos participantes, neste estudo, não procuram especialidades médicas para investigar sua dor de cabeça, mas afirmam usar medicamentos para controle dos sintomas.

Palavras-chave: Cefaléia, Fisioterapia, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Headache is the whole painful process in the cephalic segment. The aim of this study was to evaluate the prevalence of migraine and its impact on quality of life in college. We applied a questionnaire on headache, based on the Headache Impact Test (HIT-6) and Migraine Disability Assessment (MIDAS). Sample of 560 students of an Institution of Higher Education of the city of Curitiba, of whom 75% had headache, and of these, several have changes in their quality of life, feeling limited to certain activities and only 26% of respondents sought treatment, although more than 90% use some kind of medication to control headaches. There is high prevalence of headache and most university participants do not seek medical specialties to investigate your headache, but say they use drugs to control symptoms.

Keywords: Headache, Physiotherapy, Quality of life.

1 - Fisioterapeuta; Mestre; Docente da Universidade Positivo, Faculdade Evangélica do Paraná e Coordenadora da Pós-Graduação em Fisioterapia Ortopédica Traumatológica, concentração em Terapia Manuais e Posturais da Universidade Positivo, Curitiba-PR.

2 - Fisioterapeuta, graduada pela Faculdade Evangélica do Paraná, cursando Pós-Graduação em Fisioterapia Ortopédica Traumatológica, concentração em Terapia Manuais e Posturais da Universidade Positivo, Curitiba-PR.

Recebido: 08/2012

Aceito: 11/2012

Profª Ms. Rúbia Marcia Benatti,
Depto. de Fisioterapia, Universidade Positivo,
Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza,
5300 - Cidade Industrial, Curitiba.
Email: rubia@up.com.br

INTRODUÇÃO

Cefaléia consiste em um processo doloroso no segmento cefálico. Podendo esse originar-se em qualquer das estruturas faciais ou cranianas^{1,2}.

Na população em geral, a prevalência anual é de 70 a 90%. Representando o terceiro diagnóstico mais comum (10,3%) nos ambulatórios de neurologia. As conseqüências vêm sendo calculadas e comprova-se que acarreta prejuízos econômicos consideráveis, além da importante redução na qualidade de vida de seus portadores¹⁻⁴.

Acredita-se que na cefaléia os aspectos emocionais e bioquímicos operam em conjunto. Portanto, a avaliação da qualidade de vida constitui-se num tópico de interesse para pesquisas nas áreas médicas e psicossociais^{5,6}.

Tendo em vista as alterações na qualidade de vida da população gerando impacto nas atividades diárias, no rendimento escolar, e nos custos para a sociedade o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência das cefaléias em estudantes universitários, determinar sexo de maior prevalência, identificar a freqüência das cefaléias e a possível influência no rendimento escolar, nas atividades diárias e de lazer, o absenteísmo na escola e/ou trabalho, investigar os fatores que melhoram e pioram a cefaléia, a busca de especialidades médicas, procura ao tratamento médico e o uso de medicamentos para controle das dores de cabeça.

Tratando-se do contexto inovador, os resultados que poderão ser encontrados nesse trabalho serão de grande valia para o crescimento e desenvolvimento na área da saúde, pela ampliação do conhecimento sobre as cefaléias e servindo de incentivo aos que sofrem desse mal para procurarem um tratamento apropriado e eficaz. Além disso, busca-se uma amostra expressiva que gere confiabilidade e grande relevância ao estudo, assim contribuindo para o aumento da base científica.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo descritivo, desenvolvido em uma instituição de ensino superior na cidade de Curitiba, no período de junho a outubro de 2010. O qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, sob o protocolo número 3285/10.

Participaram da pesquisa estudantes de ambos os gêneros, regularmente matriculados nos cursos de graduação. Sendo que, os mesmos receberam informações e esclarecimentos sobre o estudo, se de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários foram aplicados na sala de aula.

Os estudantes responderam um questionário adaptado sobre Cefaléia, com base no Headache Impact Test (HIT-6) e o Migraine Disability Assessment (MIDAS)^{7,8}. O questionário foi elaborado pelos autores desse estudo contendo itens sobre a prevalência e a freqüência de cefaléias, a influência no rendimento escolar, nas atividades diárias e de lazer, presença de irritação, cansaço, fatores de melhora e piora durante as crises. Além disso, questões relacionadas com a procura ao tratamento médico e o uso de medicamentos para controle das dores de cabeça.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel e analisados estatisticamente com o pacote estatístico Statistica e os gráficos desenvolvidos com o programa Excel^{10,11}. Para analisar se houve relação entre as dores de cabeça e o sexo dos indivíduos foi usado o teste de

Qui Quadrado com nível de significância para $p < 0,059$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 560 acadêmicos universitários, 78% do sexo feminino e 22% do sexo masculino. A média de idade dos 545 universitários que compuseram a amostra foi de 23,1 com desvio padrão de 4,68 anos, idade mínima de dezessete anos e idade máxima de quarenta anos. Quinze participantes não responderam sua idade.

A prevalência de cefaléia foi de 75% (419 universitários). Em relação ao sexo, as análises mostraram que existem diferenças entre homens e mulheres em relação às dores de cabeça, com significância estatística ($p < 0,001$), onde as mulheres têm mais dores de cabeça do que homens (85% e 15% respectivamente). A freqüência com que a cefaléia mais ocorre, na amostra estudada, foi de uma vez por semana (34%).

Quando perguntados se acreditavam que seu rendimento no trabalho ou na faculdade poderia estar reduzido devido as suas dores de cabeça, 36% responderam que sim. Citando como os principais fatores a diminuição da concentração (82%) e a sensação de mal-estar (11%). Não responderam essa pergunta 7% dos entrevistados que referiram dor de cabeça.

Quando questionados se alguma vez na vida já faltaram no trabalho ou na faculdade por causa de suas dores de cabeça, 34% respondem que sim, sendo que 76% faltaram apenas um dia, 16% faltaram em torno de cinco dias, 6% faltaram em torno de dez a vinte dias e 2% citaram outros. Em relação às dores de cabeça limitar a capacidade de realizar atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos ou atividades sociais, 48% respondem que se sentem limitados.

Quando questionados se já perderam atividades familiares, sociais ou de lazer por causa das dores de cabeça, 35% responderam que sim. Tratando-se da freqüência, 35% responderam que foi apenas uma vez, 33% em torno de cinco vezes, 11% em torno de dez vezes, outros (14%) e 7% não se lembravam.

Cerca de 90% responderam que há algo que ameniza e/ou melhora a dor de cabeça. Os itens mais citados foram: medicamentos (70%), dormir (13%), repouso (10%), ficar no escuro (4%) e silêncio (3%).

Já quando se trata de algo que piora a dor de cabeça, 75% responderam que sim. Sendo que os itens mais citados foram: barulho (39%), claridade (22%), nervosismo/estresse (17%), ficar na frente do computador/TV (7%), estar com sono (5%), estar com fome (4%), presença de odores fortes (3%) e a leitura (3%).

Na amostra estudada, apenas 35% dos entrevistados, com cefaléias, buscaram as especialidades médicas. As citadas foram: neurologia (48%), clínica geral (28%), oftalmologia (15%), otorrinolaringologia (3%) e 5% não responderam.

Dentre os participantes desta pesquisa, apenas 26% relatam que procuraram algum tipo de tratamento para dor de cabeça. Sendo que desses, 71% optaram ao tratamento medicamentoso, 11% acupuntura, 6% passaram a usar óculos, 6% procuraram a homeopatia e 5% não responderam. Embora, cerca de 90% dos entrevistados responderam que já fizeram uso de algum medicamento para dor de cabeça. Os medicamentos mais citados foram o paracetamol (38%), Isometepteno (28%), Orfenadrina (14%), Dipirona Sódica (13%), Ácido acetilsalicílico (4%) e Cloridrato de Metoclopramida (3%).

DISCUSSÃO

A humanidade sempre conviveu com as mais diversas formas de dores, dentre elas, a cefaléia. Antigamente era considerada uma doença inespecífica, em que os indivíduos estariam suscetíveis, contudo, nos dias de hoje tem constituído importante problema na prática médica tanto pela alta prevalência como pelo impacto que causam na vida dos seus portadores^{12,13}.

Os resultados de pesquisas, cujos dados resultam da aplicação de questionários, podem ser afetados por grande variedade de fatores culturais, psicológicos e sociológicos. No entanto, questionários adequadamente estruturados e dirigidos para propósitos específicos podem ser muito sensíveis para levantar conteúdos relevantes da doença em questão¹².

Este estudo avaliou a prevalência de cefaléia bem como o impacto na qualidade de vida em universitários. É importante ressaltar que a análise incidiu sobre a queixa de dor de cabeça e não sobre a sua classificação diagnóstica¹⁴.

Participaram deste estudo, 560 acadêmicos universitários, dos quais 75% revelaram apresentar dores de cabeça; havendo predomínio do sexo feminino. DOMINGUES E COLABORADORES (2004) encontraram alta prevalência (52,8%), podendo variar de 35% a 84% em homens e de 46% a 95% em mulheres e também observaram predomínio de dores de cabeça no sexo feminino (63,9%). Segundo KRISTJÁNSDÓTTIR e WAHLBERG (1993), a prevalência de cefaléia é também significativamente maior entre as mulheres, devido a fatores tais como o uso de pílulas anticoncepcionais hormonais de controle, sintomas somáticos, o ciclo menstrual, presença de comorbidades e maior risco de doenças mentais e outras condições de dor^{12, 15, 16, 17}.

Tratando-se da frequência de cefaléia, os dados encontrados nesse estudo demonstraram que 34% apresentavam cefaléia uma vez por semana. O que condiz com uma investigação citada por MERCANTE (2007), na população em geral, que revelou que a maioria dos participantes tinha frequência de cefaléia de uma a quatro crises por mês¹⁸. RACHID e PINHEIRO (2009), estimaram que 76% das mulheres e 57% dos homens têm pelo menos um episódio de dor de cabeça ao mês¹⁹.

Neste estudo, em relação ao rendimento no trabalho e nos estudos, 36% dos entrevistados relataram ser prejudicados, e sobre o absenteísmo, 34% já faltaram no trabalho ou na faculdade por causa das dores de cabeça. Citado por VASCONCELLOS (2008), um estudo realizado com mil estudantes, de diversos cursos, da Universidade de Ribeiro Preto, demonstrou que houve uma redução de 20% na capacidade de estudar, afetando o rendimento estudantil, para os portadores de cefaléias²⁰. Em estudo citado por BOLAN E COLABORADORES (2008), através de questionário aplicado em 13.343 indivíduos, 7,7% afirmaram perder em um ano pelo menos um dia inteiro de trabalho devido a cefaléias. Dentre os que sofreram cefaléias no último ano, 31% admitiram que sua produtividade estava afetada¹².

BENSEÑOR E COLABORADORES (1997), VASCONCELLOS (2008), afirmam que a cefaléia por ser um sintoma incapacitante, é responsável pela taxa de absenteísmo ao trabalho e de baixa produtividade nas empresas. Isso, em longo prazo, pode alterar as possibilidades de conquistas e acarretar diminuição da renda, levando a prejuízos da ordem de cinco a sete bilhões de dólares nos Estados Unidos (EUA) em dias de trabalho perdidos anualmente^{13,20,21}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as limi-

tações das atividades funcionais como os efeitos da doença em outras áreas incluindo tarefas domésticas e recreativas, social, familiar e outras atividades²². As dores de cabeça tornam-se uma condição limitante que interfere na sua qualidade de vida, afetando atividades profissionais, bem como as relações sociais e afetivas^{14, 23, 24}.

Em um estudo realizado no Canadá, citado por VASCONCELLOS (2008), durante as crises, 77% tinham limitações de atividades, 50% as interrompiam e 30% tinham que ficar em repouso²⁰. Corroborando os achados na literatura, na presente investigação, 48% sentem limitação na capacidade de realizar atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos ou atividades sociais.

Relacionando os fatores que amenizam as cefaléias, neste estudo, 91% dos portadores relataram que algo melhorava seus sintomas, os principais são: medicamentos, dormir e ficar em repouso. ZÉTOLA E COLABORADORES (1998), afirmou que os principais fatores de alívio relatados foram o repouso e o uso de medicação por 48,2% e 49,7% dos entrevistados, respectivamente²⁵.

BOLAN E COLABORADORES (2008), SANVITO E MONZILLO (2001), demonstraram que os sintomas desencadeantes e de piora da cefaléia foram: estresse, período menstrual, exercício físico, bebidas alcoólicas, determinados alimentos, odores fortes, privação do sono, jejum, fadiga, entre outros^{12, 26}. Porém, na presente pesquisa, o barulho e a claridade foram relevantes em relação aos fatores supracitados. Embora, o nervosismo/estresse, ficar na frente do computador/televisão, privação de sono, jejum, presença de odores fortes e a leitura também serem citados como precipitadores das cefaléias.

Na amostra estudada, apenas 35% dos entrevistados, com dores de cabeça, buscaram as especialidades médicas, sendo as mais procuradas a neurologia (48%), clínico geral (28%) e a oftalmologia (15%). De acordo com ZÉTOLA E COLABORADORES, (1998) a procura de acompanhamento médico deu-se em 41,3% dos portadores, destes, aproximadamente 56% consultaram um clínico geral, 23% um neurologista e 21% procuraram outras especialidades²⁵.

Com base nesses dados fica importante observar que grande parte das pessoas que referem dores de cabeça não procuram acompanhamento médico. Isso realmente é preocupante, não só pelas limitações e custos que acabam gerando, mas também por que a mesma pode ser secundária a alguma patologia, causando agressão ao organismo de ordem geral ou neurológica, como afirma SPECIALI (1997)²⁷. Segundo SOUZA E COLABORADORES (2004), as mais comuns que pode ocorrer são: trombose de seio venoso, hematoma subdural crônico, hemorragia subaracnóidea, hipertensão arterial sistêmica grave, arterite de células gigantes e neoplasias intracranianas, disfunções endócrinas, intoxicações, meningites, e encefalite²⁸.

Neste estudo, 91% dos entrevistados já fizeram ou fazem uso de algum medicamento para dor de cabeça, sendo os mais utilizados: paracetamol, seguido de isometepteno, orfenadrina, dipirona sódica, ácido acetilsalicílico, e cloridrato de metoclopramida. Nos questionários os mesmos foram revelados pelo nome comercial, que eram do conhecimento dos entrevistados, embora utilizamos seu princípio ativo, porque vários medicamentos citados possuem o mesmo princípio e também por critérios éticos. No estudo de RAMACCIOTTI (2007), e SOUZA et.al (2011) as drogas mais usadas são, o acetaminofeno (paracetamol), o ácido acetilsalicílico, a dipirona, os derivados

do ergot, a clorpromazina, o almotriptano, o sumatriptano e os antiinflamatórios não hormonais^{29,30}.

CORRÊA E COLABORADORES (2010), afirmam que pelas dores de cabeça interferirem nas atividades de vida diária, um grande número dos portadores procuram tratamento fora das instituições de saúde, principalmente através da auto-medicação e dos conselhos de amigos e familiares¹⁴. FELÍCIO (2006), estudando um centro de serviço terciário brasileiro, verificou que a população sofre com cefaléia por no mínimo um ano antes de procurar atendimento especializado. Desta forma, utilizam analgésico sem prescrição médica, o que pode promover uma cefaléia tipo rebote, por uso descontrolado de medicamento³¹.

Na pesquisa de PIZZATTO E COLABORADORES (2008), mostrou-se que 77,3% dos entrevistados, com cefaléia, usufruem da auto-medicação para alívio da dor^{32,33}. No estudo de Souza et.al (2011), realizado com estudantes universitários de enfermagem, encontrou-se que 54,1% utilizam a automedicação, sendo os principais motivos a falta de tempo para ir ao médico (50%), os próprios possuem conhecimento sobre os medicamentos (33,9%) e o acesso ao balconista da farmácia é mais rápido e barato (5,3%)³⁰. A auto-medicação com base no uso indiscriminado e muitas vezes abusivo de analgésicos comuns, além de expor o indivíduo a todos os tipos de riscos relacionados, pode ser um fator precipitante de dores de cabeça crônica diária¹⁴.

Nesta pesquisa, não foi possível afirmar que a taxa de auto-medicação foi alta, pois não existiu uma pergunta específica para tal, todavia, os dados revelaram que apenas 35% procuraram especialidades médicas e 26% submeteram-se a algum tipo de tratamento. Portanto, como 91% dos entrevistados responderam que usavam medicamentos para dor de cabeça, sugere-se que muitos usavam rotineiramente o medicamento para aliviar os sintomas, sem a orientação médica e muitas vezes sem saber as conseqüências do uso contínuo e abusivo dos mesmos.

Existem diferentes propostas terapêuticas, entretanto, o tratamento não farmacológico, que incluem técnicas fisioterapêuticas de relaxamento, repouso, alongamento, tração cervical, tratamento do ponto gatilho, acupuntura, manipulação ou mobilização da coluna, exercícios físicos e eletroterapia. Os quais tem demonstrado bons resultados na diminuição da dor, intensidade, duração e na freqüência das crises de cefaléia^{13,21,34,35}.

Dessa forma, os sistemas de saúde e seus profissionais devem fornecer orientação, a cerca da adoção de medidas não-farmacológicas, bem como investir na identificação dos sintomas, diagnóstico precoce, tratamento profilático e incentivar o tratamento continuado com orientação médica. Assim, poderia reduzir significativamente o fardo econômico das cefaléias, reduzir o impacto individual e social e melhorar a qualidade de vida dos portadores^{28,29}.

Torna-se necessário mais estudos sobre essa patologia em uma população com alto potencial produtivo como os estudantes universitários. Porque trata-se de um sintoma indicador de morbidade em uma população ainda passível de beneficiar-se de medidas preventivas. Sugere-se estudos experimentais sobre a utilização de técnicas fisioterapêuticas específicas para melhorar a qualidade de vida e reduzir o uso de medicamentos por parte dos portadores de cefaléia.

CONCLUSÃO

No presente estudo encontrou-se alta prevalência de cefaléia na população estudada, sendo possível afirmar que a mesma influenciou negativamente no rendimento estudantil e/ou trabalho e nas atividades de vida diária. Outro dado de grande importância foi o fato que os portadores não procuram especialidade médica para investigar sua dor de cabeça, embora relatam usar medicamentos para controle dos sintomas. Dessa forma, devemos enfatizar a importância de um diagnóstico precoce e um tratamento apropriado, assegurando melhor a qualidade de vida e redução do fardo econômico. Portanto, a cefaléia é uma entidade clínica que deve ser abordada de forma multidisciplinar, por causa das suas conseqüências que passam a ser reconhecidas como problema de grande abrangência que merece atenção em nível social e de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes MB, Guimarães FC, Guimarães SMR, Claro Neves AC. Limiar de dor à pressão em pacientes com cefaléia tensional e disfunção temporomandibular. *Cienc Odontol Bras*. 2006; 9(4): 84-91.
2. Menezes MS, Bussadori SK, Fernandes KPS, Gonzalez DAB. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular. *Rev. Fisioterapia e Pesquisa*, 2008; 15(2): 183-187.
3. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Tratamento da cefaléia em uma unidade de emergência na cidade de Ribeirão Preto. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(3-B): 813-819.
4. Rabello GD, Forte LV, Galvão ACR. Avaliação clínica da eficácia da combinação paracetamol e cafeína no tratamento da cefaléia tipo tensão. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(1): 90-98.
5. Petersen CS, Nunes LM. Cefaléia tensional crônica e psicopatologia. *Revista de Psicologia*. 2002; 3(2): 30-34.
6. Zukerman E, Guendler VZ, Mercante JPP, Peres MFP. Cefaléia e qualidade de vida. *Einstein*. 2004; 2(1), 73-75.
7. Fragoso YD. MIDAS (Migraine Disability Assessment): a valuable tool for work-site identification of migraine in workers in Brazil. *J Med*. 2002; 120(4):118-121.
8. Jonh E, Ware JR, Bjomer J, Kosinski M, Diamond M, Bayliss MB, et.al. Validation of the headache impact test in relation to headache pain severity and probability of migraine diagnosis.
9. Zar, J H. *Biostatistical Analysis*. 4ed. Pearson Education. xii + 663 + app 212, 199
10. Statsoft, INC. *Statistica 6.0*. Tulsa, OK, c1984-2001. Pacote estatístico.
11. Microsoft Corporation. *Microsoft Excel*. 2002. Planilha eletrônica.
12. Bolan RS, Baldessar MZ, Guizzoni MF, Piazza E, Silveira LVS, Godinho TA, et.al. Prevalência e impacto socioeconômico das cefaléias em funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão - SC. *Arq Catarin Med*. 2008; 34(4): 66-72.
13. Benseñor, IJM, Lotufo PA, Pereira AC, Tannuri ACA, Issa FKK, Akashi D, et.al. Validação de questionário para diagnóstico de cefaléia em ambulatório de hospital universitário. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997; 55(3-A): 364-369.
14. Corrêa TS, Santos KM, Galato D. Headache: prevalence and management. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010; 68(2): 216-223.

15. Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3A): 588-591.
16. Stewart WF, Schechter A, Rasmussen BK. Migraine Prevalence: A Review of Population-based Studies. *Neurology*. 1994; 4(6): S17-S23.
17. Kristjánisdóttir G, Wahlberg V. Sociodemographic differences in the prevalence of self-reported headache in Icelandic schoolchildren. *Headache*. 1993; 33: 376-380.
18. Mercante JPP. Comorbidade entre cefaléias primárias e transtorno de ansiedade generalizada. Tese de Doutorado. São Paulo, 2007.
19. Rachid RM, Pinheiro LTM. A terapia osteopática manipulativa na cefaléia cervicogênica. *Rev. Bras em Promoção da Saúde*, 2009; 22(2): 128-134.
20. Vasconcellos DC. Impacto da cefaléia tensional e migrânea na vida diária de estudantes universitários e fatores associados. Dissertação de Mestrado. Passo Fundo, 2008.
21. Morelli JGS, Rebelatto JR. A eficácia da terapia manual em indivíduos cefaleicos portadores e não portadores de degeneração cervical: análise de seis casos. *Rev Bras Fisioter*, 2007; 11(4): 325-329.
22. Monteiro JMP. Cefaléias primárias: causas e consequências. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22: 455-459.
23. Evangelista RA. Avaliação da Qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaléia. Tese para obtenção de doutor em enfermagem. Ribeirão Preto, 2007.
24. Falavigna A, Teles AR, Velho MC, et al. Prevalence and impact of headache in undergraduate students in Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 2010; 68(6): 873-877.
25. Zétola VHF, Nývák EM, Luiz A, Branco BOS, Sato BK, Nita, CS, et al. Incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 1998; 56(3B): 559-564.
26. Sanvito WL, Monzillo PH. O livro das cefaléias. São Paulo: Atheneu; 2001.
27. Speciali JG. Classificação das cefaléias. *Medicina*. 1997; 30: 421-427.
28. Souza JÁ, Filho PFM, Jevoux CC, Albertino S, Sarmiento EM, Brito CM. Idade como um fator de risco independente para cefaléias secundárias. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2004; 62(4): 1038-1045.
29. Ramacciotti AS. Dipirona nas crises de cefaléias primárias. Tese de Mestrado. São Paulo, 2007.
30. Souza LAF, Silva CD, Ferraz GC, Sousa FAEF, Pereira LV. Prevalência e caracterização da prática de automedicação para alívio da dor entre estudantes universitários de enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 2011; 19(2).
31. Felício, A.C. et al. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care center. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2006; 64(1): 41-44.
32. Pizzatto M, Silva MR, Traebert J. Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma população adulta da região Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Soc Bra Clin Med*. 2008; 6: 15-20.
33. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Públ* 1998;32:43-49.
34. Macedo CSG, Cardoso RJ, Prado FMLO, Carvalho, PG. Eficácia da terapia manual craniana em mulheres com cefaléia. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2007; 14(2): 14 – 20.
35. Hoffmann J, Teodoroski RCC. A eficácia da pompage, na coluna cervical, no tratamento da cefaléia tensional. *Terapia manual*. 2003; 2(2): 56-60.