

ABELARDO BOSCO

**CEFALÉIA EM CRIANÇAS – SINAL DE
VULNERABILIDADE AO STRESS:**
Estudo comparativo em dois hospitais públicos

CAMPINAS

2006

ABELARDO BOSCO

**CEFALÉIA EM CRIANÇAS – SINAL DE
VULNERABILIDADE AO STRESS:**

Estudo comparativo em dois hospitais públicos

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas, área de concentração
em Neurologia .*

Orientadora: Profa. Dra. Elisabete Abib Pedroso de Souza

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Valeriana de Leme Moura-Ribeiro

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

B651c Bosco, Abelardo
 Cefaléia em crianças – sinal de vulnerabilidade ao *stress* : estudo comparativo em dois hospitais públicos. / Abelardo Bosco. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientadores : Elisabete Abib Pedroso de Souza; Maria Valeriana de Leme Moura-Ribeiro
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Cefaléia. 2. Crianças. 3. Estresse. 4. Aspectos psicológicos. 5. Depressão. 6. Ansiedade. I. Souza , Elisabete Abib Pedroso de. II. Moura-Ribeiro, Maria Valeriana de Leme. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em ingles: Headache in children as sign of vulnerability to stress: study in two public hospitals.

Keywords:

- **Headache**
- **Children**
- **Stress**
- **Psychological aspects**
- **Depression**
- **Anxiety**

Área de Concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Doutorado em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Profª Drª Elisabete Abib Pedroso de Souza

Profª Drª Dayse Maria Motta Borges

Profª Drª Anna Elisa Scotoni Mendes da Silva

Profº Drº Edmur Franco Carelli

Profª Drª Adriana Bastos Samara

Data da defesa: 28 - 07 - 2006

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a).

Elisabete Abib Pedroso de Souza

Membros:

1. **Elisabete Abib Pedroso de Souza**

2. **Dayse Maria Motta Borges**

3. **Anna Elisa Scotoni Mendes da Silva**

4. **Edmur Franco Carelli**

5. **Adriana Bastos Samara**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, na área de concentração em Ciências Biomédicas.

Data: 28/07/06

DEDICATÓRIA

Pelo apoio incondicional, à Nilza Ferramola;

*À Profa. Elisabete Abib, que além de tudo,
demonstrou com verdade que conhecimento
técnico e afeto são indissociáveis.*

Meu respeito e minha admiração.

AGRADECIMENTOS

Estive cercado de pessoas apoiadoras. A algumas delas estou especialmente agradecido:

À Karina Oliveira e Leonardo Souza Oliveira, que solicitamente participaram como assistentes na coleta de dados;

À Cecília Yukie Hirata Godoy e Antônio Sérgio Pedroso de Souza, cujos esforços ajudaram a me orientar e responder às solicitações do percurso;

À Hélio Guilhardi, por todas as contingências reforçadoras que sabiamente soube me dirigir;

Aos amigos, que compreenderam minhas ausências e valorizaram minhas presenças quando estas eram possíveis.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>ix</i>
ABSTRACT	<i>xiii</i>
1.INTRODUÇÃO	15
1.1.Cefaléia: sintomas e classificação	16
1.1.1.Migrânea.....	18
1.1.2.Cefaléia do tipo tensional.....	19
1.1.3.Cefaléia mista.....	20
1.2. Cefaléia e estresse	20
1.3.Modelos teóricos de estresse	21
1.4.Variáveis comportamentais	23
1.5.Estressores e cefaléia na infância	24
2.OBJETIVOS	28
3.CASUÍSTICA E MÉTODOS	30
3.1. Seleção dos sujeitos	31
3.2. Caracterização demográfica e clínica da amostra	32
3.3. Instrumentos	32
3.4. Procedimentos	35
3.5. Análise estatística	36

4.RESULTADOS.....	38
5.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
5.1. Estresse.....	50
5.2. Estressores.....	53
5.3. Variáveis demográficas, variáveis da doença e cefaléia.....	62
6.CONCLUSÃO.....	63
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
9.ANEXOS.....	72
Anexo 1 – Ficha de identificação.....	73
Anexo 2 – Protocolo de investigação psicológica para pais de crianças com cefaléia.....	74
Anexo 3 – Protocolo de investigação psicológica para crianças com cefaléia.....	77
Anexo 4 – Inventário de Sintomas de stress infantil.....	79
Anexo 5 – Inventário de ansiedade traço-estado - IDATE-Forma C.....	80
Anexo 6 – Escala de auto-avaliação de depressão para crianças.....	84
Anexo 7 – Escala de reajustamento Social.....	87
Anexo 8 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	88
Anexo 9 – Carta de anuência.....	90

	Pág.
Tabela 1- Características demográficas e clínicas dos sujeitos do HC/ Unicamp e do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.....	39
Tabela 2- Resultados de stress, ansiedade, depressão e reajustamento social nos grupos HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde.....	41
Tabela 3- A relação entre estresse e tipos de cefaléia no HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde.....	42
Tabela 4- Relação entre migrânea, estresse e as variáveis psicológicas: ansiedade, depressão e reajustamento por grupo.....	42
Tabela 5- Comparação dos sintomas de estresse por grupos.....	43
Tabela 6- Comparação das variáveis categóricas - estressores psicossociais na cefaléia – e grupos (HC/Unicamp e Complexo ambulatorial Ouro Verde)	45
Tabela 7- Contingências sobre a cefaléia entre os grupos (HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde).....	46
Tabela 8- Comparação das variáveis contínuas (idade, idade de início da queixa, e frequência da cefaléia) e tipo de cefaléia no grupo HC/Unicamp.....	47
Tabela 9- Comparação das variáveis contínuas (idade, idade de início da queixa, e frequência da cefaléia) e tipo de cefaléia no grupo Complexo Ambulatorial Ouro Verde	47



RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o *stress* em crianças com cefaléia do tipo tensional e migrânea atendidas nos hospitais públicos HC/UNICAMP e Complexo Ambulatorial Ouro Verde. Também buscou relacionar a cefaléia com fatores psicossociais, ansiedade, depressão, variáveis demográficas e da própria doença.

Foram selecionadas 60 crianças, considerando-se como critérios de inclusão : faixa etária entre 7 e 12 anos, estarem frequentando regularmente a escola, evolução do quadro de cefaléia igual ou superior a 6 meses, não apresentarem antecedentes de afecções neurológicas. Foram excluídos pacientes com processos infecciosos agudos, traumatismo crânio-encefálico recente, epilepsia, e transtorno psiquiátrico ou deficiência mental evidentes. O estabelecimento diagnóstico das categorias de cefaléia do Tipo Tensional ou Migrânea, seguiu os critérios propostos pela Sociedade Internacional de Cefaléia (2004).

A amostra foi homogênea com relação à idade, gênero, escolaridade, renda familiar, tipo e idade de início da cefaléia. Os sujeitos do HC//UNICAMP mostraram sintomas de cefaléia mais freqüentes (≥ 9 /mês) que os do Complexo Ambulatorial Ouro Verde

Os instrumentos utilizados foram: Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com Cefaléia - versões para pais e crianças; Inventário de Sintomas de *Stress* Infantil – ISS (Lipp *et al*, 1998); Escala de Auto-Avaliação para Crianças (Amaral e Barbosa, 1990); Inventário de Ansiedade Traço-Estado - Forma C (Biaggio,1983); Escala de Reajustamento Social (Elkind, 1981).

Os resultados mostraram presença de sintomas de *stress* e de estressores psicossociais bem como a associação entre *stress* e migrânea significativamente maior no grupo do HC/UNICAMP do no Complexo Ambulatorial Ouro Verde. Ansiedade-traço e ansiedade-estado, assim como depressão estiveram presentes em ambos os grupos, mas não evidenciaram índices de significância inter-grupos. Houve associação significativa entre migrânea, *stress* e depressão para ambos os grupos.

A exposição das crianças aos estressores psicossociais relacionados às contingências do contexto familiar – preocupação, superproteção dos pais, dificuldade de relacionamento com os pais – e também do contexto escolar - descritas como dificuldades de aprendizagem e repetências – foram significativamente mais importantes para a amostra do HC/UNICAMP.

Uma análise de contingências sobre a cefaléia para ambos os grupos mostrou que os antecedentes assistindo tv, realizando tarefas escolares, trabalhando e brincando, e o conseqüente interromper atividades na queixa, foram significativamente mais importantes para o controle do sintoma junto à amostra do HC/UNICAMP , enquanto que os conseqüentes faltar e sair mais cedo da escola foram significativos para as crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.

Os relatos mostraram que o contexto familiar e escolar, atitudes parentais e relacionamentos interpessoais são importantes estressores na infância, tanto na cefaléia tensional como na migrânea, e que a dicriminação do *stress* e seus determinantes colabora no diagnóstico e tratamento da cefaléia na infância.



ABSTRACT

The purpose of this study was to assess stress in children suffering from tension and migraine headaches, treated at public hospitals such as HC/UNICAMP and Ouro Verde Ambulatory Complex. We also tried to associate headaches with anxiety, depression, illness and demographic factors.

The study sample consisted of 60 children who fulfilled the selection criteria: age between 07 and 12 years; regular school attendance; evolution of headache symptoms during a period of six months or more; no antecedents of neurological disorders.

Patients with acute infectious processes, recent cranio-encephalic trauma, epilepsy and psychiatric disorders or evident mental deficiency were excluded. The criteria used for tension or migraine headaches are specified by the International Headache Society (2004).

The study sample was homogeneous in relation to age, sex, schooling, family income, type of headache and age at onset. The subjects at HC/UNICAMP demonstrated more frequent symptoms (≥ 9 / month) than those at the Ouro Verde Complex.

The tools used were: a protocol for a Psychological Investigation of Children with Headaches – for parents and children; Stress Inventory for Children (Lipp, 1987); Self-assessment Scale for Children (Amaral, 1989), State-Trait Anxiety Inventory, form C (Spielberger, 1970; Biaggio, 1983), Social Readjustment Scale (Elkind, 1981).

The results revealed the presence of stress symptoms, psychosocial stressors and a significant relationship between stress and migraine in the HC/UNICAMP group.

Trait anxiety and state anxiety as well as depression were present in both groups, but with no inter-group significance. A significant association was observed regarding stress, migraine and depression at both hospitals, HC/UNICAMP and Ouro Verde Ambulatory Complex.

Exposure of the children to psychosocial stressors related to the family context such as parent's preoccupation and overprotection, difficult parent-child relationships as well as difficulties at school regarding learning and failures were significantly more important in the HC/UNICAMP group.

An analysis of the data on headaches in both groups demonstrated that antecedents such as watching TV, school homework, working, playing and consequently interrupting activities due to the complaint, were significantly more important for symptom control in the HC/UNICAMP sample, while the consequences of being absent and leaving school earlier were significant for the children at the Ouro Verde Ambulatory complex.

These reports demonstrate that school and family context, parental attitudes and interpersonal relationship are important childhood stressors for tension and migraine headaches.

Identifying stress and its determinants helps in the diagnosis and treatment of headaches.



1. INTRODUÇÃO

A cefaléia é uma das queixas mais freqüentes na clínica médica e nos serviços de neurologia tanto em adultos (LEIRA *et al.*,1998) quanto em crianças e adolescentes (Gherpelli, 1996; Guidetti, 1998). Em relação à cefaléia na infância, várias pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de avaliar a incidência e prevalência de cefaléias nesta população (Egermark-Eriksson, 1982; Elser *et al.*, 1990; Silberstein, 1990; Abuh-Aref , Russel, 1994; Silanpää *et a.l.*, 1996).

Tomada como um sintoma somático, a cefaléia muitas vezes tem sido considerada como preocupante, já que pode levar à uma diminuição das capacidades do indivíduo. O conceito de diminuição das capacidades proposto pela OMS designa qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade de maneira considerada normal para o ser humano, interferindo no livre desempenho das atividades de vida diária de uma pessoa, desde aquelas relacionadas ao desempenho profissional - como perda de dias de trabalho - evitação de atividades físicas, atividades de lazer e convívio social, além de alterações no estado de humor, dentre outros.

Quando se fala em crianças, os efeitos da cefaléia podem ser verificados através de problemas comportamentais relacionados, por exemplo à vida escolar - como interromper atividades em sala de aula, faltar ou sair mais cedo da escola, deixar de participar de atividades na hora do recreio – ou à vida familiar e social, influenciando assim seu desempenho em atividades como brincar, estudar, conviver com a família e amigos, que se traduzirão em prejuízos no seu desenvolvimento social e emocional.

Além disso, a queixa de cefaléia de uma criança costuma desencadear grande preocupação e mobilizar sua família, professores, amigos, afetando assim, de alguma forma, aqueles que com ela convivem (Kain, Rimar, 1995).

1.1.Cefaléia: sintomas e classificação

A cefaléia é um fenômeno doloroso produzido em decorrência da estimulação de certas terminações nervosas. Estruturas extracranianas - como pele, tecido subcutâneo, músculos, membranas mucosas, dentes e alguns vasos sanguíneos maiores -, e estruturas

intracranianas - como seios venosos, veias de maior calibre e a dura-máter que circunda estas veias, artérias durais e artérias do polígono de Willis - são sensíveis à dor. Conforme Lance (1993), a inflamação, irritação, deslocamento, tração, dilatação ou destruição de qualquer uma destas estruturas irá determinar a cefaléia.

As cefaléias podem ocorrer acompanhando processos infecciosos, doenças sistêmicas, ou estarem incluídas na sintomatologia de doenças agudas ou crônicas do sistema nervoso central.

Segundo os critérios de classificação internacional das cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia (2004), as cefaléias podem ser classificadas em primárias e secundárias. Cefaléias primárias são aquelas que ocorrem pela primeira vez sem ter uma relação temporal com outro transtorno que é reconhecido como uma causa de cefaléia. De modo contrário, uma estreita relação temporal com outro transtorno anterior caracteriza uma cefaléia secundária.

Segundo Gherpelli (1996), é clinicamente útil distinguir se as cefaléias têm forma aguda ou crônica, recorrente ou não, progressiva ou não progressiva, conforme seu aspecto temporal.

As formas agudas e recorrentes de cefaléias são aquelas que ocorrem periodicamente e de forma semelhante, geralmente encaixando-se dentro dos critérios diagnósticos da migrânea ou enxaqueca.

As cefaléias crônicas não progressivas ocorrem diária ou frequentemente, com intensidade moderada ou leve. Estas formas não são acompanhadas por manifestações neurológicas e podem apresentar relação com distúrbios de natureza emocional, estarem associadas a fenômenos depressivos ou enquadrarem-se dentro dos critérios diagnósticos da cefaléia de tensão (Rothner, 1994).

1.1.1.Migrânea

A migrânea é uma forma de cefaléia primária, aguda e recorrente muito freqüente em crianças. Cerca de 50% de todas as pessoas que sofrem com este quadro começaram a desenvolvê-lo antes dos 20 anos de idade (Oliveira *et al.*, 2004). Caracteriza-se por crises recorrentes de cefaléias, com freqüência, duração e intensidade variáveis, sendo mais freqüentemente hemicraniana, mas também holocraniana, bifrontal ou bitemporal. Em geral tem característica pulsátil, e pode vir precedida ou não de aura - que são fenômenos que podem durar de alguns minutos até uma hora ou até mais, sendo quase sempre visuais e mais raramente somato-sensitivos -. A cefaléia pode vir associada a distúrbios sensitivos, motores, náuseas, vômitos, anorexia, apatia ou irritabilidade, e ser desencadeada por uma série de fatores tais como alimentos, trauma, exercício físico, ruído, claridade, odores, redução de sono noturno e *stress*. Em geral é influenciada por predisposição familiar.

A Sociedade Internacional de Cefaléia (2004) preconiza como critérios diagnósticos para migrânea os que se seguem abaixo:

Presença de pelo menos 5 crises de cefaléia idiopática, recorrente, com duração de 2 a 48 horas, associada a pelo menos 2 das seguintes características:

1. Dor unilateral.
2. Pulsátil.
3. Moderada ou grave.
4. Agravada por esforço físico.

Presença de pelo menos uma das características abaixo durante as crises:

1. Náuseas e/ou vômitos
2. Fotofobia e fonofobia

O diagnóstico da migrânea é eminentemente clínico, e seu tratamento inicia-se com o esclarecimento ao paciente e familiares de sua não organicidade e das chances de melhora ou remissão espontânea. A utilização de terapia medicamentosa ou não medicamentosa visa diminuir a gravidade das manifestações agudas e tentar reduzir a frequência dos episódios, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Dentre as intervenções não medicamentosas, indica-se: a discriminação e evitação de fatores desencadeantes, regularização do ritmo de sono, redução do *stress*, aprendizado de estratégias de relaxamento, prática de acupuntura e de psicoterapia.

1.1.2.Cefaléia do tipo tensional

É um tipo de cefaléia primária, crônica, sem características progressivas, geralmente não incapacitante, ocorrendo na ausência de doença orgânica ou de anormalidades no exame neurológico. Tem uma incidência superior à migrânea, é encontrada principalmente em escolares e adolescentes.

Geralmente ocorre já ao despertar, persistindo o dia todo, sem ser precedida de aura. Pode ser difusa, bitemporal, bifrontal ou occipital. É não-pulsátil, geralmente relatada como em pressão ou em aperto. É associada ou precipitada por fatores psicológicos, podendo vir acompanhada por ansiedade, medo, irritabilidade e *stress*.

Seu diagnóstico é clínico, sendo importante incluir uma avaliação de aspectos emocionais do paciente e sua família, mas não podendo-se atribuir a estes fatores, contudo, condição causal. O tratamento da cefaléia do tipo tensional visa aliviar os sintomas e diminuir a frequência dos episódios, podendo empregar terapêutica medicamentosa com analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais nos episódios, que são leves. Concomitantemente, o estabelecimento de terapêutica não medicamentosa tem como forma preferencial a ação do profissional psicólogo, que discriminará e intervirá nos aspectos físico, psíquico e social do cliente.

1.1.3. Cefaléia mista

A cefaléia mista é uma categoria de cefaléia que mais frequentemente ocorre pela associação de cefaléia do tipo tensional e migrânea (Oliveira *et al.*, 2004) . Considera-se como sendo o *stress* o principal fator desencadeante desta associação. Seu diagnóstico nem sempre é fácil, o que pode comprometer o sucesso terapêutico, e considera-se importante ter sobre ela uma abordagem psicológica.

1.2. Cefaléia e estresse

Pesquisadores como Guidetti (1998) e Karwautz *et al.*(1993) têm apontado para a consideração de modelos patogênicos da cefaléia que levem em conta o complexo envolvimento de fatores orgânicos , psicológicos e psicossociais, tanto na predisposição quanto na deflagração das crises e manutenção do problema. De fato, vários estudos têm focado a relação entre cefaléias do Tipo Tensional e também Migrânea com fatores psicológicos , mas não existem modelos definitivos sobre essa relação. Contudo, pesquisas na área do *stress*, têm permitido compreender como estímulos psicológicos evocam respostas orgânicas relacionadas a diversas patologias em nosso meio.

Lipp (1996) argumenta que diversas doenças e disfunções podem ser consideradas como possuindo um componente de *stress* na sua ontogênese.

Em trabalhos que sintetizam uma ampla produção nesta linha de pesquisa, a autora (Lipp, 2003; Lipp, 2004) tem descrito uma associação entre estresse e diversas condições clínicas - tais como doenças cardiovasculares, dermatológicas, bucais, gástricas, músculo-esqueléticas, asma, psoríase, retocolite ulcerativa inespecífica , epilepsia, dor, além de psicopatologias como transtorno bipolar e transtorno de pânico - , relacionados a diferentes condições demográficas – tais como gênero, faixa etária – e ocupacionais.

Entre aquelas doenças mais estudadas em nosso meio estão: hipertensão arterial, úlceras gastroduodenais, obesidade, câncer, psoríase, dentre outras. Entretanto, segundo Lipp (2003; 2004), outras patologias como herpes simples, vitiligo, lúpus, doenças respiratórias, doenças imunológicas e também cefaléia, parecem apresentar em sua etiologia o *stress* como um fator psicopatogênico.

Dentre as dificuldades relacionadas pelos pesquisadores ao estudo do estresse, estão: a sua conceituação, influência de diversas variáveis - tais como os estressores - , estratégias de manejo, e instrumentos utilizados para sua avaliação. Além disso, há também considerações à respeito dos processos cognitivos que mediam a experiência de estresse (Martin *et al.*, 1993; Ficek e Wittrock, 1995; Wittrock e Foraker, 2001).

1.3. Modelos teóricos de estresse

O endocrinologista Hans Selye em 1936, foi quem utilizou pela primeira vez o termo estresse para se referir ao estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão, como a ação da dor, do frio, fome, intoxicações, infecções, além das influências psicológicas. Seus trabalhos derivam das descobertas no campo da fisiologia realizados por Claude Bernard em 1879, o qual sugeria que o ambiente interno dos organismos é altamente regulado de modo a permanecer constante independentemente das mudanças no ambiente externo. Homeostase foi o termo posteriormente criado Walter B. Cannon, em 1927, para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter este estado de equilíbrio interno do organismo. Utilizando-se destes conceitos, Selye definiu o *stress* como uma quebra neste equilíbrio homeostático e iniciou seus experimentos sobre os efeitos do *stress* nos processos corporais, seguindo os trabalhos iniciais de Cannon. Conduzindo extensas investigações em laboratório sobre as reações dos animais a diversos estressores nocivos, Selye verificou que cada um destes estressores tinha um efeito específico nas reações corporais. O mais importante, contudo, é que este pesquisador identificou uma repetida síndrome composta por mudanças que eram confiavelmente induzidas por muitos estressores diferentes. Considerou que tudo aquilo que se coloque como uma ameaça a vida provoca *stress* e respostas adaptativas, das quais participa o organismo como um todo. A esse conjunto de reações corporais que resultam da exposição a um estressor, Selye chamou Síndrome Geral de Adaptação, considerando-a como uma sucessão de três fases: alarme, resistência e exaustão, conforme descritas a seguir.

Na fase de alerta ocorre a reação inicial do processo de *stress*. Neste momento o organismo confronta-se com os estímulos eliciadores das respostas iniciais de *stress* (estressores) e desencadeia um processo de "luta ou fuga", quebrando sua homeostase. A quebra deste equilíbrio interno - que é a principal reação do *stress* - decorre da ação exacerbada do sistema nervoso simpático e da desaceleração do sistema nervoso parassimpático. Esta mobilização do organismo através de suas reações bioquímicas leva-o a uma condição de alerta, preparando-o para enfrentar situações em que tenha que atuar com urgência.

Quando o estressor tem uma duração curta, a adrenalina é eliminada, o organismo restabelece sua homeostase e sai da fase de alerta sem conseqüências danosas para a sua integridade. Entretanto, quando o estressor tem duração maior ou a este somam-se outros estressores, a intensidade supera a resistência da pessoa e o organismo tenta reparar sua homeostase, entrando na fase de resistência ao *stress*.

Na fase de resistência, a energia adaptativa de reserva do organismo é utilizada na tentativa de reequilíbrio. Se esta reserva é suficiente, o organismo recupera-se e sai do processo de *stress*; por outro lado, caso o estressor exija do organismo mais energia adaptativa do que lhe seja possível liberar, então o organismo se fragiliza, tornando-se vulnerável a doenças.

A terceira e última fase da Síndrome Geral de Adaptação, chamada fase de exaustão, ocorrerá se a resistência do organismo for insuficiente para lidar com o estressor, ou outros estressores aparecerem concomitantemente. Neste caso, ocorrerá um aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica - manifestada, por exemplo, como depressão -, e física, tendo como conseqüência o surgimento de doenças.

Segundo Everly (1987), as vias neuroendócrinas através das quais as reações de *stress* ocorrem, sempre envolvem um ou mais dos três eixos psicossomáticos: o neural, o neuroendócrino e o endócrino.

O eixo neural, que atua através do hipotálamo, é o mais direto dos caminhos do *stress*, pois ativa os ramos simpático e parassimpático do sistema nervoso autônomo, passando pela medula espinhal e atingindo o órgão final. Quando a ativação neural é feita através do sistema simpático, ela tem como efeito a estimulação generalizada do órgão final, enquanto que a ativação via sistema parassimpático geralmente está relacionada à inibição. Sem dúvida nenhuma, o *stress* pode atuar tanto na inibição quanto na estimulação dos órgãos, sendo os efeitos da ativação deste eixo imediatos, porém passageiros.

No caso da situação de *stress* perdurar por longo período, outro eixo psicofisiológico - o neuroendócrino - é ativado, gerando a reação de "luta e fuga" que ativa a medula adrenal produzindo as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina).

Um terceiro eixo, que é responsável por uma fase ainda mais crônica de *stress* do que os efeitos das catecolaminas medulares e do eixo neural, é o endócrino. A fim de que o eixo endócrino seja ativado, o *stress* deve ser intenso ou muito prolongado. Sua ação origina-se no complexo do hipocampo, com os impulsos neurais descendo para o hipotálamo onde a corticotropina é liberada para a adeno-hipófise, que por sua vez produz vários hormônios que estimulam determinados órgãos-alvo.

Everly (1987) propôs um modelo de estresse-doença segundo o qual a ação dos eixos que formam a resposta do *stress* (neural, neuroendócrino e endócrino) manifesta-se no órgão alvo ativando, aumentando ou inibindo seu funcionamento normal. Órgão-alvo pode ser o sistema cardiovascular, gastrointestinal, a pele, o sistema imunológico entre outros. No caso da hipertensão arterial essencial, para a qual não existe causa física determinada, o *stress* através da sua ação simpática-adreno-medular e hipófise-adreno-cortical, possui o poder de aumentar a pressão arterial em resposta a estímulos psicológicos.

1.4. Variáveis comportamentais

Kerbaux (1995) aponta para a importância de estudos epidemiológicos que permitam verificar como as variáveis comportamentais - do indivíduo e de seu meio social-, e variáveis fisiológicas integram-se para o desenvolvimento e manutenção das doenças. A

autora afirma que aspectos como experiências de aprendizagem e fatores ambientais - sociais e econômicos, por exemplo -, são algumas das variáveis que podem influenciar na precipitação e manutenção de eventos clínicos. Assim sendo, cabe-nos perguntar quais seriam as contingências, sejam elas psicológicas ou psicossociais, que poderiam estar relacionadas à predisposição, deflagração e manutenção das crises e queixas de cefaléia .

Os estudos de Guidetti (1998) corroboram a idéia de que a discriminação de fatores predisposicionais biológicos e fatores precipitantes, assim como o papel dos diferentes aspectos psicológicos e características de personalidade, teriam um papel importante na clarificação da etiologia, patofisiologia e conseqüentemente, no tratamento das cefaléias.

Além disso, segundo este autor, saber discriminar fatores estressores - psicológicos e psicossociais -, além daqueles relacionados à alimentação, estimulação visual ou auditiva, dentro do contexto atual de vida e de desenvolvimento do paciente, pode ser bastante útil e esclarecedor.

1.5. Estressores e cefaléia na infância

O processo de *stress* inicia-se como uma resposta do organismo à uma variedade de estímulos ou situações que quebram a homeostase interna do organismo. Tais estímulos são denominados estressores, e podem ser provenientes de diversas fontes. Uma maneira de classificar as fontes de *stress* pode ser dividí-las em estressores externos e estressores internos.

Lipp *et al.* (1991) definem como estressor externo qualquer evento do ambiente externo que exija uma nova adaptação. Para se ter acesso a este dado, investiga-se toda e qualquer mudança que possa ter ocorrido na vida da pessoa durante o período que antecedeu o aparecimento do problema e que a levou à procura de tratamento.

Para Holmes e Rahe (1967), este período deve corresponder ao último ano de vida da pessoa, até o aparecimento do problema, sendo os efeitos acumulados das mudanças ocorridas são diretamente proporcionais às chances da pessoa de desenvolver problemas de saúde. Estes autores desenvolveram a Escala de Reajustamento Social, cuja versão para crianças (Elkind, 1981) inclui eventos tais como : morte na família, nascimento de irmão, separação ou reunião de pais separados, hóspedes ou visitas prolongadas, desemprego dos pais, brigas sérias entre os pais, mudança de casa, mudança de escola, mudança de professor, mudanças nas atividades da rotina diária, dentre outras. Dessa forma, este modelo considera principalmente os agentes ambientais externos em detrimento dos aspectos psicológicos.

Os modelos cognitivos propõem que a experiência de *stress* é particular do indivíduo e representa a relação do organismo com seu ambiente (Folkman e Lazarus, 1984). Nestes modelos não é o estímulo que determina a reação de *stress*, mas o processo psicológico envolvido na interpretação destes eventos. Assim, estressores internos (Lipp *et al.*, 1991) são aquelas fontes de *stress* criadas pela própria pessoa, e que estariam relacionadas ao modo como a pessoa enfrenta situações cotidianas. Considerando, no caso particular desta pesquisa, a criança, são estressores internos seus pensamentos, valores e atitudes e tipo de personalidade, que foram modelados por adultos significativos - especialmente seus pais. Internalizados pela criança, estes fatores podem tornar-se referência no manejo do próprio *stress* ou agentes estressores.

Em relação aos modelos parentais, Lipp (2003) considera que os mesmos - ou quem faz o papel dos pais -, têm uma contribuição única na formação da resistência ou da vulnerabilidade ao *stress*, pois os mesmos, seja pela hereditariedade ou pelas oportunidades que oferecem a seus filhos, podem contribuir para que a criança aprenda a manejar o *stress* e os estressores da vida. Disciplina contraditória por parte dos pais, superproteção, exigência de desempenho além dos limites e capacidades da criança, são algumas das atitudes parentais potencialmente formadoras de atitudes na criança que implicam em dificuldades para lidar com as fontes de *stress* e seus sintomas. A autora considera ainda que a criança que não aprende a lidar com o estresse, pode tornar-se um adulto fragilizado, altamente vulnerável ao *stress*, e conseqüentemente com grande potencial para o desenvolvimento de enfermidades para as quais o *stress* contribui.

A literatura médica sobre cefaléia tem focalizado a relação entre aspectos psicológicos e cefaléia na infância - especialmente migrânea e cefaléia do tipo tensional -, e relacionado alguns dos aspectos inerentes à criança ou ao seu ambiente, que poderiam descrever, dentro do modelo teórico de *stress*, ao que referimos como sendo estressores externos e internos.

Borge e Nordhagen (1995) investigaram recentemente o desenvolvimento de sintomas somáticos e sua associação com fatores psicossociais de risco em crianças entre 4 e 10 anos de idade. O trabalho destes autores leva em conta, além das vulnerabilidades psicológicas da criança, o seu contexto familiar e escolar, considerando a influência que estes exercem enquanto controladores externos do comportamento. Os autores relataram que em grupos de crianças pré-escolares, a cefaléia parece ter sido encontrada em associação com acessos de raiva, dependência e medo; entre crianças já em fase escolar, as queixas de cefaléia foram associadas à demanda acadêmica e a sintomas depressivos. Borge e Nordhagen, (1995) afirmam ainda que, na ausência de diagnóstico patológico, deve-se considerar com atenção os fatores psicológicos tanto do indivíduo quanto de sua família. Fatores psicológicos, além de serem considerados importantes na etiologia da condição patológica também foram relatados como importantes na manutenção do sintoma.

Um estudo realizado por Andrasik *et al.*(1988) com crianças norte-americanas portadoras de enxaqueca relata que estas crianças geralmente se auto-descrevem como mais ansiosas, medrosas e nervosas quando comparadas com grupo controle não enxaquecoso; de igual maneira, este mesmo estudo refere opinião semelhante dos pais destas crianças sobre seus filhos enxaquecosos (mais ansiosos, sensíveis e vulneráveis a frustração) quando comparado ao grupo controle.

Kowal e Pritchard (1990), em estudo envolvendo 23 crianças de ambos os sexos e faixa etária entre 9 e 12 anos, mesmo não observando diferenças significativas entre crianças com cefaléia e grupo controle em relação a traços de ansiedade e depressão, perceberam que ansiedade, perfeccionismo e eventos estressantes da vida pareciam influenciar a intensidade da cefaléia. Além disso, as crianças com cefaléia apresentaram maior timidez, sensibilidade, problemas psicossomáticos e transtornos de comportamento do que o grupo controle.

Para Passchier e Orlebeke (1985) e Sillänpa (1983) seus estudos indicam que a cefaléia seria um sinal de aviso de vulnerabilidade à ocorrência de *stress*.

Além destas referências, outras descrições na literatura referem que o estilo de vida - em que pese a presença de diferentes graus de sintomas, fontes e habilidades de manejo de *stress* -, está relacionado ao controle das reações de cefaléia, ou de modo contrário, contribui para a cronificação do problema (Bigal *et al.*, 2002; Drummond, 1985; Mathew *et al.*, 1982).

Atualmente existem muitos recursos disponíveis para tratamento farmacológico das cefaléias, e autores como Lipp (2003) consideram que quando o órgão-alvo é afetado, o tratamento específico é necessário. Lipp (2003) pontua, entretanto, que o manejo do *stress*, como um método complementar ao tratamento médico, pode contribuir para a prevenção de recaídas ou agravamento do sintoma.

Fichtel *et al.* (2002) concorda que os sintomas decorrentes do *stress* podem relacionar-se à cefaléia e outras comorbidades, valorizando também, assim, o manejo do *stress* como tratamento não-farmacológico útil, posto que o *stress*, além de constituir-se em possível fator de risco para a piora da cefaléia, pode contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais.

Assim, conclui-se que discriminar a presença de *stress* e fatores estressantes específicos, pode ser útil tanto para o diagnóstico da cefaléia e comorbidades relacionadas ao *stress*, quanto para o seu tratamento, contribuindo para um programa terapêutico que vise não apenas a remissão dos sintomas, mas também para o desenvolvimento de uma vida de melhor qualidade.



2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Através da comparação entre dois hospitais públicos, avaliar o *stress* em crianças com cefaléia do tipo tensional e com migrânea, bem como relacioná-los com estressores psicossociais, ansiedade, depressão, e fatores da doença.

Objetivos Específicos

1. Avaliar sintomas de *stress* em crianças com cefaléia do Tipo Tensional e Migrânea;
2. Avaliar a presença de estressores internos relacionados à depressão e ansiedade.
3. Identificar a presença de estressores externos relacionados a eventos ambientais e psicossociais.
4. Relacionar cefaléia com variáveis demográficas (gênero, escolaridade, renda).
5. Relacionar cefaléia com variáveis da doença (idade de início, frequência e tipo).
6. Relacionar cefaléia com aspectos psicológicos no contexto escolar e familiar.



3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. Seleção dos sujeitos

Foram selecionadas ao todo 60 crianças encaminhadas para avaliação psicológica, que apresentaram diagnóstico médico de cefaléia. Trinta (30) delas foram procedentes do Ambulatório de Neuro-cefaléia na Infância, do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e as outras 30 foram procedentes do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.

Foram observados como critérios de inclusão:

- a) Faixa etária de 7 a 12 anos.
- b) Estar freqüentando regularmente a escola.
- c) Evolução do sintoma igual ou acima de 6 meses.
- d) Não apresentar antecedentes de afecções neurológicas.
- e) Queixa de Cefaléia do Tipo Tensional ou Migrânea, conforme a classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, nevralgias cranianas e dor facial da Sociedade Internacional de Cefaléia, IHS, 2ª edição (2004).

Os critérios de exclusão foram:

- a) Presença de processos infecciosos agudos.
- b) Traumatismo crânio-encefálico recente.
- c) Epilepsia.
- d) Transtorno psiquiátrico ou deficiência mental evidente.

3.2. Caracterização demográfica e clínica da amostra

A amostra foi composta por dois grupos de 30 crianças cada um, provenientes do HC/UNICAMP e do Complexo Ambulatorial Ouro Verde, ambos situados na cidade de Campinas, estado de São Paulo.

O grupo de crianças proveniente do HC/UNICAMP era composto predominantemente por crianças do sexo masculino - 18 meninos e 12 meninas -, com média de idade de 9,75 anos, freqüentando predominantemente a 1ª série do ensino fundamental, e com índice de repetência escolar de 30%. A idade média de início da queixa foi de 4,16 anos de idade. Neste grupo predominaram crianças com migrânea (67,86 %), sendo que 73,34 % delas apresentavam alta freqüência (igual ou acima de 9 crises por mês).

O grupo de crianças proveniente do Complexo Ambulatorial Ouro Verde era composto predominantemente por crianças do sexo feminino - 18 meninas e 12 meninos -, com média de idade de 9,79 anos, freqüentando predominantemente a 6ª. série do ensino fundamental, e com índice de repetência escolar de 3,33%. A idade média de início da queixa foi de 4,7 anos de idade. Neste grupo predominaram crianças com cefaléia do tipo tensional (53,33 %), sendo que 63,33 % delas apresentavam freqüência igual ou abaixo de 8 crises por mês, considerada baixa ou rara.

Os dados de ambos os grupos encontram-se mais detalhadamente apresentados na TABELA 1.

3.3. Instrumentos

- Ficha de identificação pessoal (ANEXO 1)

Compreende os dados demográficos: idade, filiação, escolaridade e indicativos sócio-econômicos.

- Protocolo de Investigação Psicológica para Pais de Crianças com Cefaléia (ANEXO 2)

A partir da experiência clínico-psicológica de atendimento de crianças com cefaléia e literatura pertinente, foi elaborado um protocolo baseado nos modelos comportamentais de investigação e análise psicológica.

Este instrumento teve como objetivo pesquisar, através da percepção dos pais, o sintoma cefaléia e suas contingências psicológicas controladoras - atuais e relativas ao início da queixa-, o ambiente da criança, suas relações interpessoais (família, escola, grupos de amigos), atitudes parentais e recursos adaptativos.

O protocolo apresenta duas partes:

1ª parte: Caracterização da queixa

2ª parte: Aspectos psicossociais da criança com cefaléia

A primeira parte aborda aspectos relativos à queixa, dados médicos e à investigação das variáveis psicológicas. Há uma preocupação em esclarecer os fatores antecedentes à crise e suas conseqüências para a criança e para o seu contexto social.

As questões 1,2 e 3 referem-se aos dados médicos da queixa: idade de início, freqüência no início e atualmente.

As questões 4, 5 e 6 referem-se aos estímulos antecedentes da cefaléia, enquanto que a de números 7 e 8 refere-se às suas conseqüências, oferecendo, portanto, dados para uma análise funcional da queixa.

A segunda parte do protocolo enfoca os aspectos relacionados à vida escolar, relacionamentos interpessoais na escola (questões 1, 2 e 3), com familiares (questões 4, 5 e 6) e amigos (questão 7).

- Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com Cefaléia (ANEXO 3)

Este protocolo é composto por 12 questões estruturadas semi-abertas sobre as condições da cefaléia e aspectos psicológicos da criança. Tais questões encontram-se agrupadas nas seguintes categorias:

As questões 1 e 2 referem-se à descrição dos sintomas.

As questões 3 e 4 referem-se à descrição dos estímulos antecedentes, enquanto que as de número 5, 6, 7 e 8 referem-se às conseqüências da cefaléia, permitindo portanto uma Análise Funcional da mesma.

As demais questões investigam as relações interpessoais na família (questão 9), na escola (questão 10), suporte social (questão 11) e Análise Funcional de outros sintomas psicológicos associados (questão 12)

- Inventário de Sintomas de *Stress* Infantil (Lipp, 1987; Lipp e Lucarelli, 1998) (ANEXO 4)

Consta de uma lista de 14 sintomas relacionados a estresse com intensidades variadas. Cada sintoma é seguido por 4 círculos que a criança deve preencher proporcionalmente à frequência com que sente o que é descrito. Assim, se ela nunca sente o que está descrito, deve deixar todos os círculos em branco; se sente raramente, preenche apenas um círculo; se sente às vezes, deve preencher dois círculos; se sente com frequência, preenche 3 círculos, e se sente sempre o sintoma descrito, deve preencher todos os círculos. O escore obtido indica o nível de *stress* associados a sintomas físicos e cognitivos que a criança apresenta.

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE - Forma C (Biaggio e Spielberger, 1983) (ANEXO 5)

Compreende 2 escalas separadas para se medir sensibilidade (estado : Forma C-1) e nível habitual de ansiedade no indivíduo (traço de ansiedade : Forma C-2). As formas C1 e C2 apresentam cada uma delas 20 itens para cada um dos quais a criança escolhe 1 dentre 3 alternativas para as quais podem ser atribuídas de 1-3 pontos. Os escores de ambas as escalas podem variar portanto dentre um mínimo de 20 á um máximo de 60 pontos, que indica o nível maior de ansiedade.

Ambas escalas têm sido amplamente utilizadas em pesquisas sobre ansiedade, e apresentam validação para o Brasil (Biaggio, 1983).

- Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças (Amaral e Barbosa, 1990) (ANEXO 6)

Instrumento que apresenta 27 itens referentes a uma auto-avaliação de reações fisiológicas, comportamentais e afetivo-emocionais sem depressão infantil; cada um dos itens apresenta 3 níveis de escolha para a frequência com que a criança avalia a presença daquela reação: Sim, se sempre sente a reação, Às Vezes, se sente com menor frequência a reação, e Não se avaliar que não sente a reação descrita. Os itens são escalonados de 0-2 pontos e o escore obtido corresponde à uma determinada intensidade de sintomatologia depressiva .

- Escala de Reajustamento Social (Elking, 1981) (ANEXO 7)

Instrumento no qual constam 42 itens relacionando acontecimentos da vida de uma criança nos últimos 12 meses; a soma dos itens assinalados permite medir a quantidade de estresse à qual ela está submetida e suas chances de ficar doente .

3.4. Procedimentos

Nos dois hospitais públicos, o procedimento foi o mesmo. As crianças que faziam acompanhamento de rotina nos referidos ambulatórios foram previamente selecionadas pelo médico neurologista, conforme os critérios de inclusão e exclusão referidos, através de exame clínico-neurológico complementado por exames, quando necessário. A seguir, os pacientes elegíveis que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa foram encaminhados para avaliação psicológica. Os pais assinaram o termo de consentimento informado conforme resolução 196/96 . Este projeto foi aprovado e encontra-se registrado sob o número 063/1998, com emenda aprovada em 20/12/2005 (ANEXO 8)

A avaliação médica foi feita nos dois hospitais pelo mesmo neurologista.

A avaliação psicológica no HC/Unicamp foi feita pelo pesquisador responsável por este estudo e no Ambulatório Ouro Verde por psicóloga assistente, treinada para aplicação dos testes e entrevistas.

No HC/ Unicamp as entrevistas psicológicas foram realizadas em sala do Ambulatório de Psicologia Aplicada à Neurologia, e no Ouro Verde em sala reservada para o atendimento psicológico especializado.

A escolha de outro hospital que pudesse fornecer sujeitos com as mesmas características sócio-demográficas das do HC/Unicamp foi facilitada pela condição funcional do neurologista que atuava nos dois hospitais, e formalizada através de carta de anuência do responsável administrativo pelo serviço do Complexo Ambulatorial Ouro Verde (ANEXO 9)

Foram realizados três encontros individuais, um com os pais e dois com a criança.

3.5. Análise estatística

A etapa seguinte referiu-se à análise estatística dos dados obtidos através dos testes psicológicos padronizados, protocolos para anamnese e observações realizadas, bem como da busca de relações funcionais entre fatores demográficos, orgânicos e ambientais, comportamentos e conseqüências para o sujeito e seu meio.

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis do estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo), com os valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas (como medidas de posição e dispersão – média, desvio-padrão, valores máximo, mínimo e mediana) das variáveis contínuas (idade e escores das escalas utilizadas)

Para comparar as variáveis categóricas entre os hospitais foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para comparar as variáveis numéricas entre os hospitais foi utilizado o teste de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição normal para as variáveis.

Para analisar a relação entre as variáveis contínuas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).



4. RESULTADOS

Tabela 1. Características demográficas e clínicas dos sujeitos do HC/ Unicamp e do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.

	Unicamp	Ouro Verde	Total
N	30	30	60
masc/fem	18/12	12/18	60
idade(M± DP)	9.75±1.65	9.79±1.88	9.77±1.75
idade de início(M± DP)	4.16±1.9	4.7±1.25	4.5±2.1
Tipo			
cefaléia tipo tensional	11 (36.67%)	16 (53.33%)	27 (45%)
migrânea	19 (67.86%)	14 (46.67%)	33 (55%)
Frequência			
muito freqüente (≥15)	11 (36.67%)	7 (23.33%)	18 (21.7%)
freqüente (9-14)	11 (36.67%)	4 (13.33%)	15 (25%)
ocasional (4-8)	4 (13.33%)	10 (33.33%)	14 (23.3%)
rara (<4)	4 (13.33%)	9 (30%)	13 (21.7%)
Escolaridade			
1ºano fund/al	7 (23.33%)	4 (13.33%)	11 (18.33%)
2ºano fund/al	5 (16.67%)	6 (20%)	11 (18.33%)
3º ano fund/al	3 (10%)	4 (13.33%)	7 (11.67%)
4º ano fund/al	9 (30%)	5 (16.67%)	14 (23.33%)
5ª ano fund/al	6 (20%)	2 (6.67%)	8 (13.33%)
6º ano fund/al		9 (30%)	9 (30%)
Repetência	9(30%)	1 (3.33)	10 (33.33%)

Caracterização da amostra - HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde

A **Tabela 1** mostra as características demográficas e clínicas de ambos os grupos: Hospital de Clínicas /Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde. Quanto à idade dos sujeitos, no HC/Unicamp variou de 7 a 11.9 anos, com mediana de 10.15 anos e no Complexo Ambulatorial Ouro Verde variou de 7 a 12 anos, com mediana de 9.9 anos.

Quanto à idade de início da queixa nos sujeitos, os dados indicam que no HC/Unicamp ela variou de 2 a 10 anos, com mediana de 6 anos e no Complexo Ambulatorial Ouro Verde variou de 2.6 anos e 10 anos, com mediana de 6 anos.

No total, a idade das crianças variou de 7 a 12 anos com mediana de 10.04 anos, e a idade de início variou de 2 a 10 anos com mediana de 6 anos.

A amostra HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde foi homogênea com relação a idade, sexo, escolaridade, renda familiar, tipo de cefaléia, idade de início.

Foi encontrada diferença significativa quanto ao número de repetências entre os grupo do HC/Unicamp (Teste Qui-Quadrado; **p=0.006**). Os sujeitos do HC//Unicamp mostraram sintomas de cefaléia mais freqüentes (≥ 9 /mês) que os do Complexo Ambulatorial Ouro Verde, onde os sujeitos apresentaram-se com menor número de crises (≤ 8 /mês) evidenciado pelo Teste Qui-Quadrado(**p=0.034**).

Tabela 2. Resultados de stress, ansiedade, depressão e reajustamento social nos grupos HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde.

	Unicamp		Ouro Verde		p valor
	n	%	n	%	
Estresse	20	66.67	12	40	0.038
Ansiedade					
- Traço	16	53.33	12	40	0.301
- Estado	20	66.67	13	43.33	0.069
Depressão					
- Leve	12	40	16	53.33	
- Severa	17	56.67	12	40	0.461
Reajustamento					
- Moderado	-	-	7	23.33	
- Médio	5	16.67	5	16.67	
- Severo	25	83.33	18	60	0.015

Apresentação dos resultados dos testes psicológicos ; nível de estressores psicossociais

A **Tabela 2** apresenta os resultados dos testes psicológicos aplicados aos grupos do HC/Unicamp e do Complexo Ambulatorial Ouro Verde. Pode-se observar que o estresse foi significativamente mais freqüente junto aos sujeitos do HC/Unicamp (Teste Qui-Quadrado; **p=0.038**) quando comparados àqueles do Complexo Ambulatorial Ouro Verde, bem como , uma alta freqüência de estressores psicossociais no último ano avaliados pela Escala de Reajustamento Social (Teste Exato de Fisher; **p=0.015**)

Ansiedade traço e ansiedade–estado, assim como de depressão estavam presentes em ambos os grupos, mas não evidenciaram índices de significância inter-grupos (Ansiedade-estado mostrou leve tendência significativa para o grupo da Unicamp).

Tabela 3. A relação entre stress e tipos de cefaléia no HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde.

	Unicamp		Ouro Verde	
	n	%	n	%
Tensional	6	20	8	26.67
Migrânea	14	46.67	4	13.33

Apresentação das relações entre tipos de cefaléia nos grupos e variáveis psicológicas.

A **Tabela 3** acima mostra a relação entre stress e cefaléia do tipo tensional e migrânea. O Teste Qui-Quadrado evidenciou uma relação significativa entre estresse e migrânea na amostra do HC/Unicamp. (**p=0.042**).

A comparação entre ansiedade/traço e ansiedade/estado, depressão e reajustamento, não foram significativos ($p>0.05$) com os tipos Tensional ou Migrânea inter-grupos (Unicamp e Ouro Verde). Os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher não evidenciaram diferenças entre essas variáveis categóricas por grupos.

Tabela 4. Relação entre migrânea, stress e as variáveis psicológicas: ansiedade, depressão e reajustamento por grupo.

Variáveis	Unicamp			Ouro Verde		
	n	%	p valor	n	%	p valor
Ansiedade						
- Traço	13	81.25	1.00	7	58.33	0.21
- Estado	16	80	0.64	11	84.62	0.407
Depressão						
- ≥ 20	17	10	0.009	12	10	0.010
Reajustamento						
- ≥ 300	20	80	0.556	15	83.33	0.210

Relação entre migrânea, estresse e variáveis psicológicas.

A **Tabela 4**, acima relacionada, mostra a comparação entre as variáveis categóricas - migrânea, estresse, ansiedade-traço, ansiedade-estado, depressão (escores superiores à 20 pontos, indicando depressão definida) e reajustamento social (escore acima de 300 pontos, indicando nível severo de estressores) - por grupos (Unicamp e Ouro Verde).

A análise mostra que apenas a relação migrânea-estresse-depressão indicou resultado estatisticamente significante (Teste Exato de Fisher, **p=0.009** (Unicamp) e **p=0.010** (Ouro Verde)).

Tabela 5. Comparação dos sintomas de stress por grupos

	Unicamp		Ouro Verde	
	n	%	n	%
Estresse				
- Somático	19	63.33	21	70,00
- Igual (somático/cognitivo)	01	03.33	05	16.67
- Cognitivo	10	33.33	04	13.33

Comparação dos sintomas de estresse – somáticos e/ou cognitivos – por grupo.

Conforme **Tabela 5** acima, o Teste Exato de Fischer não evidenciou diferença significativa entre a presença de sintomas de estresse-somático ou cognitivo - nos grupos (p=0.083).

O Teste Exato de Fischer também não diferenciou esses sintomas de estresse entre os tipos de cefaléia em ambos os grupos: HC/Unicamp (p=0.64) ou Complexo Ambulatorial Ouro Verde (p=0.85).

No HC/ Unicamp foram freqüentes os seguintes sintomas somáticos(S) e cognitivos(C):

- Não consigo ficar parado (S)
- Medo (C)
- Preocupação com coisas ruins (C)
- Vontade de chorar (C)
- Mãos suadas (S)
- Sentir-se assustado ao dormir (C)

No Complexo ambulatorial Ouro Verde observou-se:

- Desatenção (C)
- Não consigo ficar parado (S)
- Preocupação com coisas ruins (C)
- Taquicardia (S)
- Vontade de chorar (C)
- Dor de barriga (S)

Tabela 6. Comparação das variáveis categóricas - estressores psicossociais na cefaléia – e grupos (HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde)

	Unicamp		Ouro Verde		p valor
	n	%	n	%	
Contexto Familiar					
Atitudes Parentais					
- pais:					
preocupados	28	93.33	22	73.33	0.038
superprotetores	9	32.14	6	6.67	0.013
contraditórios	20	71.43	19	63.33	0.512
exigentes	23	76.67	24	80.00	0.754
Dificuldade de relacionamento:					
- com pais	11	36.67	4	13.33	0.037
- com irmãos	7	23.33	7	23.33	1.000
Contexto Escolar					
Dificuldade de aprendizagem	22	73.33	14	46.67	0.035
Dificuldade de relacionamento:					
- com professor	7	23.33	9	30.00	0.559
- com colegas	13	43.33	15	50.00	0.605
Comparação dos estressores psicossociais na cefaléia e grupos					

Conforme a **Tabela 6** - que mostra a relação entre estressores psicossociais na cefaléia, por grupos . As contingências importantes do contexto familiar são: a preocupação dos pais e superproteção aos sujeitos Ambas foram estatisticamente significantes na relação com cefaléia para o grupo da Unicamp (Teste do Qui-Quadrado, respectivamente **p=0.038** e **p=0.013**). Também foi estatisticamente significativa para os sujeitos com cefaléia do grupo Unicamp, a relação encontrada com dificuldades de relacionamento com os pais (Teste do Qui-Quadrado, **p=0.037**).

Já no contexto escolar, os sujeitos cefaléicos do grupo Unicamp mostram que a dificuldade de aprendizagem é um estressor psicossocial estatisticamente significativo (Teste do Qui-Quadrado, **p=0.035**)

Tabela 7. Contingências sobre a cefaléia entre os grupos (HC/Unicamp e Complexo Ambulatorial Ouro Verde)

	Unicamp		Ouro Verde		p valor
	n	%	n	%	
Antecedentes					
- assistindo TV	16	61.54	1	3.33	<0.001
- realizando tarefas escolares	19	70.37	8	26.67	<0.001
- trabalhando	6	22.22	0	0	=0.008
- brincando	13	48.15	4	13.33	=0.004
Consequentes					
- interrompe atividade	25	83.33	17	56.67	=0.024
- falta da escola	7	24.14	15	50.00	=0.040
- sai mais cedo da escola	8	27.59	17	56.67	=0.024

Estímulos antecedentes e conseqüentes da cefaléia entre grupos.

A **Tabela 7** mostra que os antecedentes assistindo TV, realizando tarefas escolares, trabalhando e brincando, foram estatisticamente significantes para a cefaléia no grupo do HC/Unicamp (Teste do Qui-Quadrado, respectivamente **p<0.001**, **p<0,001**, **p=0.008**, **p=0.004**).

Além disso, também mostra que os sujeitos do grupo HC/Unicamp interrompem as atividades quando com cefaléia (Teste do Qui-Quadrado, **p=0.024**), enquanto que os sujeitos do grupo do Ouro Verde faltam à escola e saem mais cedo da escola, quando se queixam de dor de cabeça (Teste do Qui-Quadrado, respectivamente **p=0.040** e **p=0.024**).

Os relatos das crianças foram compatíveis com os relatos dos pais.

Tabela 8. Comparação das variáveis contínuas (idade, idade de início da queixa, e frequência da cefaléia) e tipo de cefaléia no grupo HC/Unicamp .

	Tensional			Migrânea			p valor
	N	M	DP	N	M	DP	
Idade	11	9.52	1.63	19	9.8	1.70	0.35
Idade de início	11	6.13	2.50	19	6.08	2.65	0.96
Frequência	11	15.09	8.40	19	12.16	8.50	0.40

Tabela 9. Comparação das variáveis contínuas (idade, idade de início da queixa, e frequência da cefaléia) e tipo de cefaléia no grupo Complexo Ambulatorial Ouro Verde .

	Tensional			Migrânea			P valor
	N	M	DP	N	M	DP	
Idade	16	9.06	1.35	14	10.67	2.04	0.17
Idade de início	16	3.33	1.06	14	5.9	0.6	0.72
Frequência	16	9.69	9.1	14	11.86	11.47	0.8

As **Tabelas 8 e 9** não evidenciaram índices de significância nos grupos HC/Unicamp e Ouro Verde, quanto as variáveis idade, idade de início e frequência, na relação com cefaléias de tipo tensional e migrânea.

Comparação das variáveis categóricas (gênero, escolaridade, repetência e renda)

A associação entre gênero e tipos de cefaléia não se mostrou significativa no grupo do HC/Unicamp (Teste Exato de Fisher, $p=1$), nem no grupo do Ouro Verde (Teste Qui-Quadrado, $p=0.29$).

Quanto à escolaridade, o Teste Exato de Fisher não mostrou diferença significativa para os sujeitos do HC/ Unicamp e Ouro Verde ($p=0.551$ e $p=0.59$ respectivamente).

Quanto à renda sócio-econômica não houve associação significativa no grupo HC/Unicamp (Teste Exato de Fisher $p=0.89$). No grupo do Ouro Verde optou-se por não incluir esta relação, pois em alguns protocolos esta questão ficou incompleta.



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A cefaléia é um sintoma freqüente e causa preocupação, haja vista as implicações relacionadas não só ao seu possível caráter incapacitante, mas também às suspeitas de patologia mais grave a que pode estar associada. Em decorrência disto, tem sido bastante estudada, e a literatura médica traz investigações relacionadas desde o seu diagnóstico até as diversas formas e implicações de conduzir seu tratamento, tanto em adultos, quanto em crianças e adolescentes.

Diversos autores (Guidetti e Galli, 1997; Annequin e Tourniaaire, 2005) têm compartilhado um ponto de vista concordante sobre os aspectos multifatoriais que parecem controlar a origem, manutenção, agravamento e manejo do sintoma cefaléia.

Quando se focaliza variáveis de controle sobre a cefaléia na infância - e mais particularmente a migrânea e a cefaléia do tipo tensional - como é o caso do presente estudo, as investigações epidemiológicas os relaciona com fatores psicológicos e psicossociais, tais como *stress*, ansiedade, depressão, ambiente familiar e escolar dentre outros. Bosco (2001) demonstrou a associação entre *stress* e cefaléia na infância, e uma freqüência importante de fatores psicológicos e ambientais vinculados à sua etiologia, mas não obteve resultados estatisticamente significantes na diferenciação do *stress* na migrânea e na cefaléia do tipo tensional.

O presente trabalho pretendeu buscar uma generalização dos resultados de pesquisas (Bosco, 2001; Passchier e Orlebeke,1985; Sillänpa, 1983) que apontam a cefaléia como sinal de vulnerabilidade ao *stress*. Pretendeu ainda demonstrar relações entre *stress* e tipos de cefaléia, bem como a relação entre *stress* e uma possível diversidade de variáveis de controle, comparando amostras provenientes de diferentes grupos de crianças.

5.1. Estresse

Podemos considerar que para ambos os grupos estudados, houve presença importante de *stress*, sendo que este foi mais freqüente (66,67 % para HC/UNICAMP e 40% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde) e estatisticamente significativa ($p=0.015$) apenas para o grupo de crianças avaliadas no HC/UNICAMP do que para as crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde (TABELA 2).

Quando comparados os dois grupos em relação à associação entre *stress* e tipos de cefaléia, evidenciou-se para o grupo do HC/UNICAMP – cuja frequência de migrânea (46,67%) foi maior do que a frequência de cefaléia do tipo tensional (20%) – aparece uma associação estatisticamente significativa entre estresse e migrânea. Na amostra do Complexo Ambulatorial Ouro Verde, dos sujeitos que apresentavam estresse, 26.67% apresentaram diagnóstico de cefaléia do tipo tensional e 13.33% receberam o diagnóstico de migrânea (TABELA 3).

Além dos resultados indicativos de presença de *stress* para ambos os grupos - de acordo com o Inventário de Sintomas de *Stress* (ISS) (LIPP, 1991) -, foi possível obter através deste mesmo instrumento, a descrição da ocorrência de sintomas cognitivos e/ou somáticos para ambos os grupos. Em ambos os grupos houve predomínio de sintomas somáticos (63.33 % para HC/UNICAMP e 70% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde), embora o grupo do HC/UNICAMP tenha apresentado uma frequência maior de sintomas cognitivos do que o grupo do Complexo Ambulatorial Ouro Verde (33.33 % para HC/UNICAMP e 13.33% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde). Tais resultados, contudo, não foram estatisticamente significantes ($p=0,083$), não diferenciando os dois grupos em relação à presença de sintomas somáticos ou cognitivos de *stress*. (TABELA 5).

Dentre os sintomas, cognitivos (C) e somáticos (S) mais frequentes podemos citar, para o HC/ UNICAMP: não conseguir ficar parado (S), medo (C), preocupação com coisas ruins (C), vontade de chorar (C), mãos suadas (S), e sentir-se assustado ao dormir (C). Já no Complexo ambulatorial Ouro Verde observou-se como mais frequentes os seguintes sintomas : desatenção (C), não conseguir ficar parado (S), preocupação com coisas ruins (C), taquicardia (S), vontade de chorar (C) e dor de barriga (S).

De forma semelhante, não houve diferença estatisticamente significativa entre sintomas de *stress* e os tipos de cefaléia, para ambos os grupos (HC/UNICAMP com $p=0,64$, e Complexo Ambulatorial Ouro Verde com $p=0.85$).

Fernandez e Sheffield (1996) encontraram relação entre migrânea e cefaléia do tipo tensional em adultos norte-americanos com *stress* mais do que entre estes tipos de cefaléia e qualquer outro estímulo precipitante – como por exemplo ruído ou exercícios

físicos. De forma semelhante, Tekle-Haimanot *et al.* (1995), investigando jovens adultos com cefaléia crônica na Etiópia, discriminaram que para 90% dos pacientes estudados, *stress* emocional era o principal fator precipitante das crises.

Ulrich *et al.* (1996) avaliaram ao longo de um ano, quatro mil pacientes provenientes das mais diversas faixas etárias da população geral da Dinamarca, e descreveram *stress*, esgotamento mental e fadiga como freqüentes fatores precipitantes de cefaléia do tipo tensional. Concluíram ainda que, embora sejam problemas distintos, migrânea pode precipitar ou agravar a cefaléia do tipo tensional.

Ierusalimschy e Moreira Filho (2002), investigando uma população brasileira com migrânea - formada por adultos, adolescentes e crianças -, relataram que 76% dos pacientes indicam o *stress* como desencadeante mais importante para as crises.

Estes trabalhos referendam os achados da presente pesquisa, que discriminou importante freqüência de *stress* em pacientes portadores de migrânea ou cefaléia do tipo tensional e demonstrou significância estatística entre *stress* e migrânea para um dos grupos estudados.

Nos diversos países onde foram desenvolvidos os estudos supra citados, as cefaléias apareceram como sendo precipitadas, mantidas, ou agravadas pelas reações de *stress*. Sabemos, contudo, que um diagnóstico de *stress* só pode ser feito tendo como base um conjunto de sintomas, que podem variar para diferentes populações - como demonstrado pelos dados desta pesquisa, que relacionou diferencialmente alguns sintomas cognitivos e somáticos inter-grupos -, sem deixar de caracterizar um diagnóstico de *stress*.

Outra questão que este trabalho pretendeu também investigar refere-se às fontes geradoras de *stress* na vida das pessoas - crianças portadoras de migrânea ou cefaléia do tipo tensional, no caso deste estudo.

5.2. Estressores

Estressores são estímulos capazes de desencadear, manter ou agravar as reações de *stress*, ou seja, qualquer evento que gere um estado emocional que leve à quebra da homeostase interna do organismo, exigindo dele alguma adaptação. Segundo Lipp (2000), a prevalência de *stress* em crianças pode estar relacionada a fatores externos e internos, tal como ocorre com os adultos.

Por estressores internos, Lipp (2003) entende tudo aquilo que faz parte do mundo interno ou do modo do indivíduo perceber seu mundo, incluindo valores, crenças, assertividade, características pessoais, padrões comportamentais, vulnerabilidades, ansiedade; ou seja, esquemas de reação à vida. Assim, o presente trabalho apontou, como resultado dos testes específicos aplicados para ambos os grupos, presença de ansiedade-traço (53.33% das crianças do HC/UNICAMP e 40% das crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde) e ansiedade-estado (66.67% das crianças do HC/UNICAMP e 43.33% das crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde), bem como de depressão (severa para 56.67% das crianças do HC/UNICAMP e leve para 53.33% das crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde), todos, contudo, sem significância estatística inter-grupos, conforme indica a TABELA 2. Entretanto, quando a depressão foi associada à migrânea e *stress*, ambos os grupos apresentaram resultados estatisticamente significantes ($p=0.009$ para HC/UNICAMP e $p=0.010$ para Complexo Ambulatorial Ouro Verde).

Ao analisar as condições precipitantes ou agravantes das cefaléias, Rothner (1989) considerou que uma variedade de influências internas e externas ao indivíduo poderiam cumprir este papel. Fatores psicológicos associados tanto à migrânea quanto à cefaléia do tipo tensional têm sido objeto de pesquisas na área, envolvendo ampla faixa etária. Além disso, diferentes pesquisas têm focado relações diferentes entre eventos psicológicos e o desenvolvimento de cefaléia ou outros sintomas somáticos - em conjunto ou separadamente.

Annequin e Tourniaire (2005), estudando a migrânea na infância e adolescência - segundo eles, principal cefaléia primária nesta faixa etária -, observaram sua freqüente associação com estresse emocional, além de outras condições clássicas como perda ou excesso de sono, hipoglicemia, estimulação sensorial e exercícios físicos.

Lewis *et al.* (1995) ao estudarem um grupo de crianças americanas com cefaléia, detectaram noventa por cento delas com migrânea. Além disso, diagnosticaram nelas aspectos depressivos relacionados à desamparo, frustração e raiva, e discriminaram como sendo o *stress* emocional, o medo e pressões os principais precipitantes das crises.

Holm *et al.* (1997) avaliaram que indivíduos com migrânea e cefaléia do tipo tensional, na relação com o ambiente, pareciam focalizar mais suas crenças disfuncionais do que as mudanças ambientais que se sucediam, atitude que parecia dessa forma contribuir para manter sua tensão diante de eventos estressantes. Estes autores sugeriram também que a migrânea poderia estar associada à uma resposta cardiovascular prolongada, após uma experiência estressante.

Em direção semelhante, Yücel *et al.* (2002), avaliando depressão, pensamentos automáticos disfuncionais e assertividade em jovens e adultos com cefaléia do tipo tensional, discriminaram maior índice destes sintomas nos pacientes cefaléicos do que no grupo-controle de pacientes não-cefaléicos; observaram, além disso, que o nível de depressão e a freqüência de pensamentos automáticos disfuncionais eram diretamente proporcionais à freqüência de cefaléia.

Cassidy *et al.* (2003) relatam nos resultados de sua pesquisa que a presença de *stress* em adultos que sofriam de migrânea oferecia um prognóstico para depressão, e que de fato os pacientes com migrânea crônica alcançaram os escores mais altos em depressão e diminuição de suas capacidades. A direção desta influência, segundo os autores, ainda permanece obscura.

Os achados deste trabalho, que indicam presença de sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes com cefaléia do tipo tensional e migrânea, bem como uma associação significativa entre estresse, migrânea e depressão (HC/UNICAMP), encontram

parâmetros semelhantes na literatura. Labbé *et al.* (1996) confirma em seus achados a ocorrência de ajustamento emocional pobre – particularmente ansiedade e depressão -, associado com aumento de frequência de crises de cefaléia. Segundo estes autores, indivíduos com dor crônica parecem ser mais frequentemente deprimidos ou estarem sob risco maior para o desenvolvimento de depressão.

Os mesmos autores (Labbé *et al.*,1996) analisam que a literatura aponta a cefaléia crônica ora como desencadeante de depressão e ansiedade ao longo do tempo - considerando a cefaléia, neste caso, como principal estressor para problemas emocionais -, ora como sua precipitação ou agravamento uma das conseqüências de problemas emocionais. Entretanto, na tentativa de responder à este dilema, Goadsby (1994) argumenta que quando a cefaléia é tratada, o nível de depressão diminui. A hipótese seria de que dor e depressão estabelecem um círculo vicioso entre si, mantendo e exacerbando a depressão.

Uma outra hipótese ainda, é que pode haver um terceiro fator associado à cefaléia e depressão. Em sua discussão, Labbé *et al.* (1996) relatam que a percepção do *stress* e o grau em que os participantes de sua pesquisa sentiam que a cefaléia interferiam em suas atividades de vida diária foram os melhores preditores para ocorrência de cefaléia. Assim, a cefaléia parecia aumentar em frequência conforme aumentava o *stress*. Os autores postulam que os pacientes que apresentavam uma soma destes eventos todos - maior frequência de cefaléia, maior percepção de *stress*, dificuldades emocionais e interferência da cefaléia nas atividades de vida diária -, pareciam ter mais cefaléias.

Fichtel e Larrson (2002), pesquisando adolescentes suecos com migrânea, também detectaram entre eles maior nível de sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, os jovens cefaléicos mais frequentes relataram mais problemas na vida diária do que os cefaléicos menos frequentes. No grupo estudado, Fichtel e Larrson (2002) também discriminaram que apenas um terço dos adolescentes com cefaléia apresentavam apenas a cefaléia como sintoma doloroso, enquanto que os outros dois terços, relatavam uma ou mais outras sintomatologias álgicas – tais como, por exemplo, dor abdominal e dores musculares em geral.

Lipp (2003) considera que no manejo de sintomas específicos e doenças já desencadeadas ou agravadas pelo *stress*, a atenção terapêutica sem dúvida deve incidir sobre o órgão-alvo acometido. Considera, contudo, que não se deve negligenciar a avaliação e manejo do *stress*, enquanto fator contribuinte que é para o adoecimento.

Finalmente, Labbé *et al.* (1996) consideraram em sua pesquisa um fator adicional relacionado à cefaléia. Descreveram que os participantes que indicaram ter tomado medicação para dor de cabeça na semana anterior ao início da avaliação, relataram durante as quatro semanas seguintes maior atividade cefaléica que aqueles que não haviam feito uso analgésicos. Fichtel e Larsson (2002) também observaram em seu trabalho uma associação de cefaléia e depressão, com uso de medicação e absenteísmo escolar. Annequin e Tourniaire (2005) também argumentaram que a migrânea interfere na escolaridade, associando-se à um aumento na frequência tanto de absenteísmo quanto de repetência escolares. Referente à isso, observa-se que a amostra desta pesquisa que apresentou associação entre estresse, depressão e migrânea (30% para HC/UNICAMP), apresentou maior índice de repetências escolares que o outro grupo amostral (3.33% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde).

Além dos estressores internos, outros estudos têm focalizado a relação entre estressores externos e o desenvolvimento de cefaléia. Segundo LIPP (1995), estressores externos são eventos que ocorrem na vida de uma pessoa - acidentes, brigas, perdas de um modo geral, mudanças na rotina, mudanças na conjuntura sócio-econômica, dificuldades de relacionamento, quaisquer eventos, enfim, que podem ser detectados pela Escala de Reajustamento Social, de Holmes e Rahe (1967), cuja versão adaptada para crianças (Elkind, 1981) foi utilizada para o presente trabalho.

Analisando os eventos de vida no último ano antes de participarem da avaliação psicológica, uma amostra de crianças portadoras de migrânea e cefaléia do tipo tensional estudada por Bosco (2001), apresentou níveis acima da média relacionados à exposição à estressores externos, sendo que para 82.1% dela, devido aos níveis de estressores externos alcançados, a probabilidade de problemas de saúde ocorrerem foi mais severa. Dentre as mudanças apresentadas pelas crianças deste estudo no último ano de suas vidas, evidenciadas pela Escala de Reajustamento Social (Elkind, 1981), as mais frequentes

foram: doença ou ferimento pessoal (92.9%), férias com a família (89.3%), reajustamento escolar (85.7%), mudança nos hábitos de brincar (78.6%), mudanças nas condições financeiras da família (71.4%), doença de um membro da família (60.7%), mudança nos hábitos de dormir (60.7%), dificuldades na escola (57.1%), dentre outros.

No presente estudo, 83.33% das crianças avaliadas no HC/UNICAMP e 60% daquelas avaliadas no Complexo Ambulatorial Ouro Verde apresentaram alta frequência de eventos de vida estressantes, revelada pela Escala de Reajustamento Social, resultando numa frequência estatisticamente significativa para a amostra do HC/UNICAMP, na comparação inter-grupos ($p=0,015$) (TABELA 2). Quando comparadas as variáveis migrânea, *stress* e reajustamento social, contudo, não ficou demonstrada associação estatisticamente significativa (TABELA 4).

São várias as pesquisas utilizando-se da Escala de Reajustamento Social - tanto a versão para adultos, quanto a versão para crianças -, que confirmam a associação entre eventos de vida e precipitação de cefaléia. Kaiser *et al.* (1982), numa revisão bibliográfica sobre tais pesquisas considera, contudo, que eventos de vida não seriam apenas eles suficientes para explicar a precipitação ou agravamento de cefaléias. Os autores argumentam que esta associação parece definir-se melhor quando também estão associados à vulnerabilidades biológicas – tais como herança genética ou predisposição familiar para migrânea, o que é fato clássico descrito pela literatura médica -, ou à vulnerabilidades psicológicas adquiridas ao longo do desenvolvimento.

Dessa maneira, as entrevistas realizadas com a criança e sua família, conforme o Protocolo de Investigação Psicológica para Pais de Crianças com Cefaléia (ANEXO 2) e também o Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com Cefaléia (ANEXO 3), permitiu uma exploração mais particularizada dos fatores psicossociais relacionados à cada amostra (HC/UNICAMP e Complexo Ambulatorial Ouro Verde) que indicassem classes de eventos de vida diária que pudessem contribuir para um desenvolvimento de vulnerabilidades psicológicas para os sujeitos. Assim, foi possível descrever em duas classes de variáveis categóricas - contextos familiar e escolar, escolhidos por serem mais frequentemente presentes na vida daquelas crianças -, eventos que pudessem estar associados às cefaléias (TABELA 6).

Em relação ao contexto familiar, foi constatado que apresentaram frequência alta, para ambos os grupos, as atitudes parentais de preocupação (93.33% para HC/UNICAMP e 73.33% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde), atitudes contraditórias entre os pais ou entre fala e comportamento (71.43 % para HC/UNICAMP e 63.33% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde) e pais exigentes em relação ao cumprimento de tarefas escolares e/ou cuidados da casa e irmãos (76.67% para HC/UNICAMP e 80.00% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde). Embora a atitude parental de superproteção tenha, proporcionalmente em relação às outras atitudes, apresentado frequência menor (32.14% para HC/UNICAMP e 6.67% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde), ela, juntamente com a atitude de preocupação dos pais, formam contingências estatisticamente significantes para a amostra do HC/UNICAMP (respectivamente $p=0,013$ e $p=0,038$). Além delas, também estatisticamente significantes para a amostra do HC/UNICAMP foram as dificuldades de relacionamento das crianças com seus pais (36.67% para HC/UNICAMP contra 13.33% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde , $p=0.037$) (TABELA 6).

Em relação ao contexto escolar, o grupo de crianças do HC/UNICAMP mostrou que a dificuldade de aprendizagem é um estressor psicossocial estatisticamente significativo ($p=0,035$). Nota-se também que dificuldades de relacionamento com colegas apresentaram uma frequência considerável para ambos os grupos (43.33% para HC/UNICAMP e 50.00% para Complexo Ambulatorial Ouro Verde).

Labbé *et al.* (1996) comentam a influência da família como modeladoras de estratégias de enfrentamento de problemas, e mais especificamente, como educadoras para o manejo da cefaléia de seus filhos. Segundo os autores, dependendo de como a família modela, através de exemplos pessoais ou de apresentação de contingências reforçadoras sobre comportamentos das crianças, elas poderão aprender práticas mais ou menos eficientes no controle dos sintomas e condições de precipitação das cefaléias, levando, na pior das hipóteses, ao possível desenvolvimento de cefaléia crônica. Gooch *et al.* (1997), trabalhando com crianças e adolescentes com cefaléia, também detectaram uma prática de reforçamento arbitrário da doença de seus filhos pelos pais.

Segundo Lipp (2000), é fundamental que os pais se preocupem e se ocupem com a educação dos filhos, mas quando se enfatiza o papel dos pais no manejo do *stress* de seus filhos, se recomenda uma proteção total ou demasiada pelos pais na tentativa de que seus filhos jamais experimentem estresse. Segundo a autora, é importante para as crianças experienciarem condições de *stress*, de modo a aprenderem a lidar com ele. Entretanto, a quantidade e o tipo de *stress* a que podem ser expostas devem ser proporcionais à maturidade, resistência e habilidade de lidar com ele. Tanto ser poupada de exposição à estressores quanto estar demasiadamente exposta a eles dificulta à criança a oportunidade de aprender a lidar com eles de modo eficiente.

Da mesma maneira, pais que estabelecem uma disciplina confusa em relação a educação de seus filhos - ora tolerando alguns comportamentos, ora punindo e fazendo exigências em relação ao mesmo comportamento -, estão contribuindo para o desenvolvimento de vulnerabilidade ao *stress*. Diante destas condições, Lipp (2000) afirma que a criança não aprende a desenvolver previsibilidade e discriminação das possíveis conseqüências quando se comportar de uma forma ou de outra. O estabelecimento de limites, de forma calma e firme, é preferível à supertolerância combinada com a crítica ou exigência intensas, posto que diante desta última combinação, ela pode sentir-se insegura, ansiosa e não ter oportunidade de aprender quais são seus limites.

Comportamentos como os descritos acima - falta de clareza com relação à disciplina ou exigências excessivas -, somados à outros como atividades físicas ou intelectuais em excesso, carga de responsabilidades e expectativas atribuídas à crianças, são frequentemente encontrados na história de vida de crianças consideradas estressadas. Cabe aos pais, de modo específico, e aos educadores, de um modo mais amplo, saberem avaliar e administrar contingências de forma mais apropriada junto às crianças. Tal medida, contudo, implica que os pais e educadores estejam atentos ao seu próprio *stress* e ao manejo de suas condições de vida estressantes, o que nem sempre é muito fácil. Todos podem aprender a manejar *stress* e estressores, e sobretudo aos pais cabe esta tarefa, que, por supostamente terem passado por mais oportunidades de aprendizagem e terem mais maturidade, têm mais condições de detectá-los e manejá-los em favor de um ambiente mais saudável do ponto de vista psicossocial. Caso contrário, é possível que as dificuldades de relacionamento

das crianças com seus pais estejam sendo mantidas ou agravadas pela própria inabilidade dos pais. Por isso, quando a literatura descreve programas experimentais de manejo de estresse em crianças, é freqüente observar a inclusão dos pais no processo de aprendizagem (Smith *et al.*, 2003; Baumann, 2002; Arndorfer e Allen, 2001; Diamond 1999).

A dificuldade de reconhecer e lidar com o seu próprio *stress*, vale também para o contexto escolar. Além disso, pais e professores estressados podem ficar irritados, hipersensíveis e impacientes, além de não se sentirem muito bem fisicamente, conforme sugere Lipp (2000). Quando alguém se sente deste modo, uma convivência descontraída porém atenciosa com os outros fica inviabilizada. Crianças em geral desejam muita atenção dos adultos ao seu redor, e o convívio com adultos estressados pode prejudicar a qualidade destas relações interpessoais e a satisfação das necessidades da criança. Assim, é importante ficar atento em relação a sintomas - como dificuldades de aprendizagem -, que podem vir a manifestar-se nas crianças, que além de tudo, poderão sentir-se culpadas por algo que objetiva e emocionalmente não estão aptas a compreender ou modificar.

Ainda no contexto escolar, dificuldades de relacionamento com os pares podem vir a ocorrer e tornarem-se agravantes de uma condição psicossocial estressante. A entrada na escola, ao mesmo tempo que amplia o grupo social da criança - gerando possíveis novas fontes de gratificação -, também a expõe à necessidade de interação e adaptação a este contexto, muitas vezes e cada vez mais diverso em relação à cultura familiar a que estava acostumada. Tal condição pode gerar um confronto com rejeição ou exigência por parte dos colegas, algo que a criança pode não estar satisfatoriamente preparada.

Através dos dados obtidos pela da Escala de Reajustamento Social e das entrevistas realizadas com a criança e seus responsáveis -, foi possível realizar outras associações, tendo como base os dados obtidos na aplicação dos protocolos de investigação junto aos pais das crianças. Tais descrições de contingências sobre as cefaléias para ambos os grupos amostrais (TABELA 7), indicam que, para o grupo de crianças do HC/UNICAMP, os antecedentes mais freqüentes e estatisticamente significantes para a ocorrência do sintoma foram: assistindo televisão ($p<0,001$), realizando tarefas escolares ($p<0,001$), trabalhando ($p=0,008$) e brincando ($p=0,004$). Tais dados parecem ser compatíveis e reforçam outros dados da amostra, já que os comportamentos de brincar,

trabalhar e assistir televisão podem, em virtude do esforço físico ou da exposição a estimulação sensorial (ruídos, luzes, tv) estarem associados a respostas de *stress* e serem desencadeantes de crises migrânea, que foi o tipo de cefaléia predominante para esta amostra.

Além disso, o conseqüente interromper a atividade foi também estatisticamente significativo também apenas para a amostra do HC/UNICAMP ($p=0,024$), dado compatível com a freqüência de crises – predominantemente elevada para o grupo, além de estatisticamente significativo ($p=0,034$) -, e intensidade da dor – tipicamente moderada ou grave para a migrânea.

Outro antecedente para cefaléias no grupo do HC/UNICAMP - realização de tarefas escolares-, também parece ser compatível tanto com as características álgicas da migrânea - predominante para a amostra -, quanto com o conseqüente – interromper a atividade -, justificando parcialmente para o grupo a sua significativa dificuldade de aprendizagem – além da maior taxa de repetências ($p=0.006$), quando comparado com o grupo do Complexo Ambulatorial Ouro Verde -, e as atitudes de preocupação ou superproteção parentais.

Para o grupo amostral do Complexo Ambulatorial Ouro Verde, os conseqüentes estatisticamente significantes – faltar da escola ($p=0,004$), e sair da escola mais cedo ($p=0,024$) – sugerem uma relação com o tipo de cefaléia predominante no grupo, que não é incapacitante, mas está associada ou é precipitada por fatores psicológicos, podendo vir acompanhada por ansiedade, medo, irritabilidade e *stress*. Considerando a freqüência relativamente maior deste grupo de dificuldades com colegas e professores (TABELA 6), tais comportamentos em relação à escola poderiam ser considerados reações de fuga-esquiva ao ambiente estressante, para o qual as crianças deste grupo talvez não tenham disponíveis habilidades suficientemente eficazes ou alternativas .

5.3. Variáveis demográficas, variáveis da doença e cefaléia

A comparação entre tipos de cefaléia e as variáveis demográficas gênero e escolaridade, não mostrou resultados estatisticamente significantes para ambas amostras; o mesmo ocorreu em relação à comparação entre tipos de cefaléia e renda familiar para a amostra do HC/UNICAMP.

A comparação entre tipos de cefaléia e variáveis da doença - idade de início e frequência - também não revelaram associações estatisticamente significantes (TABELAS 8 e 9).

Assim, considerando-se que fatores demográficos e da doença não diferenciaram a amostra, mas que a presença de estresse e suas variáveis controladoras produziu associações significantes, este trabalho expressa coerência com a literatura pesquisada e apresentada ao longo deste relato, confirmando que aprender a reconhecer e lidar com o *stress* e estressores é um desafio que se impõe desde cedo à cada um de nós.



6. CONCLUSÕES

1. A presença de sintomas de *stress* foi significativamente mais freqüente para a amostra do HC/UNICAMP.
2. Houve uma associação significativa entre *stress* e migrânea, para a amostra do HC/UNICAMP
3. A amostra do HC/UNICAMP mostrou uma freqüência de cefaléias significativamente maior que a amostra do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.
4. Embora as amostras do HC/UNICAMP e Complexo Ambulatorial Ouro Verde tenham apresentado freqüência importante dos estressores internos ansiedade e depressão, não houve diferença significativa entre elas. A freqüência de ansiedade-traço, ansiedade-estado, e depressão severa foi maior para as crianças do HC/UNICAMP. A freqüência de depressão leve foi maior para as crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.
5. Houve associação significativa entre migrânea, *stress* e depressão para ambas amostras, do HC/UNICAMP e Complexo Ambulatorial Ouro Verde.
6. A amostra do HC/UNICAMP mostrou uma freqüência estressores psicossociais revelados pelo reajustamento social significativamente maior que a amostra do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.
7. A exposição das crianças do HC/UNICAMP a estressores psicossociais relacionados a contingências do contexto familiar – preocupação e superproteção dos pais bem como dificuldade de relacionamento com os mesmo – foi significativamente mais importante que para as crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.
8. A exposição das crianças do HC/UNICAMP a estressores psicossociais relacionados a contingências do contexto escolar descritas como dificuldades de aprendizagem, foi significativamente mais importante para esta amostra que para as crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.

9. Uma análise adicional de contingências sobre a cefaléia para ambos os grupos mostrou que os antecedentes pesquisados – assistindo tv, realizando tarefas escolares, trabalhando e brincando – foram significativamente mais importantes para o controle do sintoma junto à amostra do HC/UNICAMP do que para a para as crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.
- 10.A análise de contingências sobre a cefaléia para ambos os grupos mostrou também que os conseqüentes interromper atividades foi significativamente mais importante para o controle do sintoma junto à amostra do HC/UNICAMP do que para a amostra do Complexo Ambulatorial Ouro Verde, enquanto que os conseqüentes faltar e sair mais cedo da escola foram significativamente mais importantes para as crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde quando comparadas àquelas do HC/UNICAMP.
- 11.Não foram encontradas diferenças significativas entre cefaléia e variáveis demográficas – gênero, escolaridade e renda –, e cefaléia e variáveis dada doença – idade de início e freqüência – para ambos as amostras.
- 12.O número de repetências escolares foi significativamente maior junto às crianças do HC/UNICAMP do que às crianças do Complexo Ambulatorial Ouro Verde.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuh-Aref, Russel G. Prevalence of migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994; 309(6957):765-9.

Amaral VLAR, Barbosa MK. Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre a depressão. *Estudos de Psicologia*, 1/Janeiro/Julho, 1990.

Annequin D, Tourniaire B. Migraine and headache in childhood. *Arch Pediatr* 2005; 12 (5) : 624-629 .

Andrasik F, Kabela E, Quinn S, Attanasio V, Blanchard EB, Rosenblum EL. Psychological functioning in headache sufferers. *Pain* 1988; 34: 43-52.

Biaggio AMB, Spielberger CD. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (forma-C): Manual Para a Forma Experimental Infantil Em Português . RJ, Centro Editor de Psicologia Aplicada, 1983.

Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, Tepper SJ, Lipton RB. Chronic daily headache: identification of factors associated with induction and transformation. *Headache* 2002; 42: 575-581.

Borge AIH, Nordhagen R. Development of stomach-ache and headache during middle childhood: co-occurrence and psychosocial risk factors. *Acta Paediatrica* 1995; 84:795-802.

Bosco A. Avaliação psicológica de crianças com cefaléia. Dissertação de Mestrado, Pós Graduação em Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

Cassidy EM, Tomkins E, Hardiman O, O'Keane V. Factors associated with burden of primary headache in a specialty clinic. *Headache*, 2003; 43:638-644.

Drummond PD. Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. *Headache* 1985; 25: 16-22.

Egermark-Eriksson I. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica Scand*, 1982; 71: 135-140.

Elkind D. *O Direito de Ser Criança*. SP: Ed. Fundo Ed. Brasileiro, 1981.

Elser JM, Woody RC. Migraine headache in the infant and young child. *Headache*, 1990; 30: 366-368.

Everly GS. A clinical guide to the treatment of the human stress response. New York: Plenum Press, 1989.

Fernandez E, Sheffield J. Relative contributions of life events versus hassles to the frequency and intensity of headaches. *Headache*, 1996; 36(10):595-602.

Fichtel A, Larsson B. Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. *Headache* 2002; 42:766-775.

Folkman S, Lazarus RS. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.

Gherpelli JLD. Cefaléias na infância e adolescência. *Pediatria Moderna* 1996; 22(3): 209-218.

Guidetti V, Galli F. Evolution of headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up. *Cephalalgia*, 1998; 18(7):419.

Headache classification committee. The international classification of headache disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24:1-160.

Holm JE, Lambert K, Mcsherry WC, Davis PA. The stress response in headache sufferers: physiological and psychological reactivity. *Headache* 1997;37:221-227.

Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosocial Research*, 1967; 4:189-94, 1967.

Ierusalimschy R, Moreira Filho PF. Fatores desencadeantes de crises de migrânea em pacientes com migrânea sem aura. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(3-A): 609-613.

Kain ZN, Rimar S. Management of chronic pain in children. *Pediatr.Rev* 1995;16(6): 218-222.

Kaiser RS. Depression in adolescent headache patients. *Headache*, 32: 340-344, 1992.

Kerbauy RR. Medicina Comportamental *In* Rangé b (Org.).Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, Campinas-SP 1995: Ed Psy,pp:209-19.

Kowal A, Pritchard D. Psychological characteristics of children who suffer from headache: a research note. *J Child Psychol Psychiatr* 1990; 31 (4): 637-6.

Karwautz A, Wober-Bingol C; Wober C. *Nervenarzt* 1993; 64(12):753-765.

Labbé EE, Murphy L, O'Brien C. Psychosocial factors and prediction of headaches in college adults. *Headache* 1997;37:1-5.

Lance JW. The perceptionof headache. *In* Mechanism and management of headache. Lance JW. ed, 5TH. Oxford: Ed, Butterworth &Heinemann, 1993.

Leira R, Lainez JM, Pascual J, Diez-Tejedor E, Morales F; Titus F, Alberca R, Garcia-de-polavieja J. Spanish study of quality of life in migraine. *Neurologia* 1998;13(6):287-91.

Lewis DW, Middlebrook MT, Mehallick L, Rauch TM, Deline C, Thomas EF. Pediatric headaches:what do the children want?.*Headache* 1996;36:224-230.

Lipp MN; Souza EAP; Romano AS; Covolan MA. Como enfrentar o stress infantil. SP: Ícone, 1991.

Lipp MN (org). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas-SP, Papirus, 1996.

Lipp MN, Lucarelli M. Escala de stress infantil - ESI. Manual. SP: Casa do Psicólogo, 1998.

Lipp MEN. O tratamento do stress infantil *In* Silvares EFM (org) .Estudos de caso em Psicologia clínica comportamental infantil. SP: Ed Papirus, 2000, vol I: 263-288.

Lipp MEN (org). Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress : teoria e aplicações clínicas. São Paulo-SP, Casa do Psicólogo, 2003, pp13-14.

Lipp M (org). O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas-SP, Papirus, 2004, pp 31-39.

Martin PR, Phil D, Soon K. The relationship between perceived stress, social support and chronic headaches. *Headache* 1993; 33:307-314.

Mathew NT, Stutbits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache* 1982; 22:66-68.

Oliveira LS, Topczewski, Moura-Ribeiro MVL. Cefaléia. In: Moura-Ribeiro MVL, Ferreira

LS (orgs). *Conduitas em Neurologia Infantil*. Rio de Janeiro, RJ: Edit Revinter, 2004: 211- 213.

Passchier J, Orlebeke JF. Headache and stress in schoolchildren: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1985, 5:167-76.

Rothner AD. Diagnosis and management of headache in children and adolescents. *Neurol CI* 1989; 1:511-26.

Rothner AD. Headache. *In Pediatric Neurology. Principles and practice*. Swaiman KF. Saint Louis, CV Mosby, 2^a ed, 1994, p219-226.

Silberstein SD. Twenty questions about headaches in children na adolescents. *Headache* 1990; 30:716-24.

Sillänpa M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. *Headache* 1983; 23:15-19.

Sillänpa M, Antilla P. Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. *Headache* 1996; 36(8):466-70.

Tekle-Haimanot R, Seraw B, Forsgren L, Ekbom K, Ekstedt J. Migraine, tension-type headache, and cluster headache in a Ethiopian rural community. *Cephalalgia* 1995; 15(6)482-488.

Ulrich V, Russel MB, Jensen R, Olesen J. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study. *Pain* 1996; 67(2-3): 501-506.

Wittrock DA, Foraker SL. Tension-type headache and stressful events: the role of selective memory in the reporting of stressors. *Headache* 2001; 41:482-493.

Yücel B, Kora K, Özyalçın, Alçalar N, Özdemir Ö, Yücel A. Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache* 2002; 42: 194-199.



8. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Informante : 1.() mãe 2.() pai
data: __/__/__

Nome da criança:

HC:

Endereço:

Telefone para contato

DN: __/__/__

Pai Idade Profissão
Escolaridade

Mãe Idade Profissão
Escolaridade

Religião: 1()católica 2()evangélica 3()espírita 4()outras.....

Escolaridade

Série atual:

Repetências: () nenhuma () 1 () 2 () 3 () 4

INDICATIVOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Condições de habitação: 1() casa 2() apartamento 3() barraco 4() outras habitações.....

Condição de ocupação: 1() própria 2() alugada 3() cedida 4() outras ocupações.....

Número de cômodos: () 3 ou - () 4 -5 () 6-8 () 9 ou +

Renda mensal em sua casa: 1() - de 1 salário mín(-120) 2() 1-3 salários(120-360)

3() 3-5(360-600)

5() 7-9(840-1080)

4() 5-7(600-840)

6() 9ou+ (+1080)

HEREDOGRAMA



ANEXO 2

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PSICOLÓGICA PARA PAIS DE CRIANÇAS COM CEFALÉIA

INSTRUÇÃO : Você procurou este ambulatório porque seu filho tem dores de cabeça. Vou fazer uma série de perguntas com a finalidade de entender melhor o que está acontecendo.

I. CARACTERIZAÇÃO DA QUEIXA

1. Com que frequência as dores de cabeça ocorrem atualmente?(vezes / mês)

2. Atualmente a frequência com que as dores de cabeça aparecem:
 - a. () permanece a mesma desde o início ?
 - b. () aumentou ?
 - c. () diminuiu ?

3. Com que idade seu filho começou a queixar-se de dores de cabeça?

4. Estava acontecendo alguma coisa diferente ou especial na vida da criança na época em que ela começou a ter dores de cabeça ?
 1. () sim. Explique
 2. () não

5. Atualmente, você diria que as dores de cabeça costumam acontecer:
 - a) Em locais específicos? 1. () casa 2. () escola 3. () outros.....
 - b) Quando a criança está em atividade? 1. () sim. Qual(is)?.....
2. () não
 - d) Quando a criança está: 1. () sozinha 2. () acompanhada. Por quem?.....

6. O que geralmente costuma acontecer *antes* das dores de cabeça ?

7. O que geralmente acontece *depois* que a criança começou a ter dor de cabeça?
 - a) Reação da criança
 - b) Reação da família

c)Reação do professor

8.A família mudou o jeito de agir depois que iniciaram as dores de cabeça da criança? Como?

- 1.()sim. Explique.....
2.()não

9.Além das dores de cabeça, a criança vem apresentando:

Outros Sintomas físicos

Sintomas psicológicos

- () dor de estômago
() tique nervoso
() náusea
() hiperatividade
() gagueira (idade.....)
() tensão muscular
() ranger de dentes
() falta de apetite
() mãos frias e suadas
() enurese.....

- () desânimo
() depressão
() ansiedade (agit/irrit/agr)
() baixo interesse estudos
() comportamento de risco
() agressividade
() impaciência
() medo excessivo.....
() insegurança
() hipersensibilidade

Situações em que manifestam:

Reações dos pais :atenção ao comportamento ? 1.()sim.

Como?.....

2.()não

II. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA CRIANÇA

INSTRUÇÃO : Preciso conhecer agora outros aspectos da vida de seu filho. Você

poderia me dizer como ele é?

1.Quanto à vida escolar, seu filho:

- Já repetiu alguma série? 1.()sim. Qual(is)?..... 2.()não
Já mudou de escola? 1.()sim, Por quê?..... 3.()não

2. O Sr. (Sra) considera que seu filho tenha:

- a)dificuldades acadêmicas: 1.()sim 2.()não
b)Problemas de relacionamento com colegas? 1.()sim 2.()não
c)problemas com professores? 1.()sim 2.()não

3.Como é a rotina de estudo da criança?

- a)Estuda : 1.()em casa 2.()em outro lugar?.....
b)horário?.....
c)Recebe acompanhamento?1.()sim. De quem?.....2.()não
d)Como acontece o acompanhamento?

Reação da criança?

4. Pais são exigentes quanto à:

a) tarefas escolares? 1. () sim 2. () não

b) outras tarefas? 1. () sim. Quais?..... 2. () não

Como é a reação da criança diante das exigências e limites impostos pelos pais?

5. Os pais costumam ser contraditórios em relação à disciplina da criança?

1. () sim 2. () não

6. Como é o relacionamento da criança com:

a) Pai

b) Mãe

c) Irmãos

d) Agregados

7. A criança faz amigos facilmente? () sim () não

Mantém as amizades? () sim () não

Que atividades de lazer costuma realizar?

ANEXO 3

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CRIANÇAS COM CEFALÉIA

INSTRUÇÃO : Você procurou este ambulatório porque tem dores de cabeça. Vou fazer uma série de perguntas para tentarmos entender melhor o que está acontecendo.

1. Você tem sempre dor de cabeça?

1. () sim 2. () não

Frequência(vezes / mês)?.....

2. Desde quando (idade) você tem dor de cabeça?

3. Você se lembra de alguma coisa diferente que aconteceu ou estava acontecendo quando você começou a

ter dores de cabeça?

1. () sim. O quê?.....

2. () não

4. O que você geralmente está fazendo *antes* das dores de cabeça?

5. O que você geralmente faz *depois* que a dor de cabeça começa?

6. O que geralmente seus pais / professores fazem quando você tem dores de cabeça?

Pais:

Professores:

7. Quando você tem dor de cabeça você costuma:

a) interromper atividades? 1. () sim. Qual(is)?.....

2. () não

b) faltar da escola? 1. () sim 2. () não

c) sair da escola mais cedo? 1. () sim 2. () não

d) outros.....

8. Você acha que seus pais mudaram depois que você passou a ter dores de cabeça?

1. () sim. Explique.....

2.() não

9. Como é lá em casa, você gosta de ficar lá? 1.() sim 2.() não . Por que?....

Recebe amigos? 1.() sim 2.() não . Por que?.....

Prefere ficar só () Prefere ficar acompanhado () Por quem?.....

Como passa o tempo?

10. E na escola, como é lá?

Gosta de ir á escola? 1.() sim 2.() não . Por que?.....

O que geralmente faz no recreio?

11. Quando você está preocupado com alguma coisa ou com problemas, o que você costuma fazer?

12. Você sente outras dores, além das dores de cabeça? Tem outras queixas?

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS INFANTIL(LIPP, 1987)

Instruções : A seguir se encontra uma lista de sintomas que as crianças às vezes experimentam quando têm estresse. Preencha os desenhos abaixo indicando a frequência com a qual você sente o que é descrito. Se nunca sente, deixe em branco. Se sente raramente, preencha só um círculo. Se sente às vezes, preencha 2 círculos. Se sente quase sempre, preencha 3 círculos; e se sente isto sempre, preencha os 4 círculos.

1. Meu coração bate depressa o o o o
2. Tenho dor de barriga o o o o
3. Não consigo ficar parado e quieto num mesmo lugar por muito tempo o o o o
4. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite o o o o
5. Minhas mãos ficam suadas o o o o
6. Quando fico nervoso , gaguejo o o o o
7. Tenho tique nervoso o o o o
8. Tenho medo o o o o
9. Tenho vontade de chorar o o o o
10. Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer o o o o
11. Tenho dificuldade de prestar atenção o o o o
12. Eu me sinto triste o o o o
13. Sou tímido o o o o
14. Eu me sinto assustado na hora de dormir o o o o

ANEXO 5

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO IDATE-FORMA C (BIAGGIO, 1983)

FORMA C-1 : Questionário "Como estou me sentindo"

Instruções : Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para indicar como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e decida como você se sente **agora, neste momento**. Ponha um X em frente à palavra ou frase que melhor descreve como você se sente. Não há resposta certa ou errada. Não gaste tempo demais numa frase. Lembre-se, marque a frase que melhor descrever como você se sente **agora, neste momento**.

- 1 - Eu me sinto **muito calmo** _____
Eu me sinto **calmo** _____
Eu **não** me sinto calmo _____
- 2 - Eu me sinto **muito aborrecido**. _____
Eu me sinto **aborrecido** _____
Eu **não** me sinto aborrecido _____
- 3 - Eu me sinto **muito contente** _____
Eu me sinto **contente** _____
Eu **não** me sinto contente _____
- 4 - Eu me sinto **muito nervoso** _____
Eu me sinto **nervoso** _____
Eu **não** me sinto nervoso _____
- 5 - Eu me sinto **muito agitado** _____
Eu me sinto **agitado** _____
Eu **não** me sinto agitado _____
- 6 - Eu me sinto **muito assustado** _____
Eu me sinto **assustado** _____
Eu **não** me sinto assustado _____
- 7 - Eu me sinto **muito descansado** _____
Eu me sinto **descansado** _____
Eu **não** me sinto descansado _____

- 8 - Eu me sinto **muito à vontade** _____
Eu me sinto **à vontade** _____
Eu **não** me sinto à vontade _____
- 9 - Eu me sinto **muito preocupado** _____
Eu me sinto **preocupado** _____
Eu **não** me sinto preocupado _____
- 10-Eu me sinto **muito satisfeito** _____
Eu me sinto **satisfeito** _____
Eu **não** me sinto satisfeito _____
- 11-Eu me sinto **muito apavorado** _____
Eu me sinto **apavorado** _____
Eu **não** me sinto apavorado _____
- 12-Eu me sinto **muito feliz** _____
Eu me sinto **feliz** _____
Eu **não** me sinto feliz _____
- 13-Eu me sinto **muito seguro** _____
Eu me sinto **seguro** _____
Eu **não** me sinto seguro _____
- 14-Eu me sinto **muito bem-humorado** _____
Eu me sinto **bem-humorado** _____
Eu **não** me sinto bem-humorado _____
- 15-Eu me sinto **muito perturbado** _____
Eu me sinto **perturbado** _____
Eu **não** me sinto perturbado _____
- 16-Eu me sinto **muito chateado** _____
Eu me sinto **chateado** _____
Eu **não** me sinto chateado _____
- 17-Eu me sinto **muito bem** _____
Eu me sinto **bem** _____
Eu **não** me sinto bem _____
- 18-Eu me sinto com **muito medo** _____
Eu me sinto com **medo** _____
Eu **não** me sinto com medo _____
- 19-Eu me sinto **muito confuso** _____
Eu me sinto **confuso** _____
Eu **não** me sinto confuso _____

- 20-Eu me sinto **muito alegre** _____
Eu me sinto **alegre** _____
Eu **não** me sinto alegre _____

FORMA C-2 : Questionário "Como eu geralmente me sinto"

Instruções : Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase e decida se é verdadeira a respeito de você quase nunca, às vezes ou mais vezes. Ponha um X no quadrinho em frente da palavra que parece descrever você melhor. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste tempo demais em uma frase. Lembre-se, escolha a palavra que parece descrever melhor **como você geralmente se sente**.

- 1 - Eu fico preocupado de não fazer erros
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 2 -Tenho vontade de chorar
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 3 - Eu me sinto infeliz
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 4 -Tenho dificuldade de olhar meus problemas
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 5 -Tenho dificuldade de resolver o que é que eu quero
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 6 - Eu me preocupo demais
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 7 - Eu me aborreço em casa
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 8 - Sou tímido
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 9 - Eu me sinto perturbado
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 10-Fico pensando em coisas sem importância
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 11-Eu me preocupo com coisas da escola
quase nunca _____ às vezes muitas vezes
- 12-Tenho dificuldade para resolver o que vou fazer
quase nunca _____ às vezes muitas vezes

- 13-Eu noto que meu coração bate depressa
quase nunca às vezes muitas vezes
- 14-Fico com medo mas não digo a ninguém
quase nunca às vezes muitas vezes
- 15-Eu me preocupo com meus pais
quase nunca às vezes muitas vezes
- 16-Minhas mãos ficam suadas
quase nunca às vezes muitas vezes
- 17-Eu fico preocupado com coisas que podem acontecer
quase nunca às vezes muitas vezes
- 18-É difícil para mim pegar no sono de noite quando vou para cama
quase nunca às vezes muitas vezes
- 19-Fico com dor de barriga quando estou nervoso
quase nunca às vezes muitas vezes
- 20-Eu me preocupo com o que os outros acham de mim
quase nunca às vezes muitas vezes

ANEXO 6

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS (AMARAL, 1990)

1. Eu me sinto sempre irritado

Sim () Às vezes () Não ()

2. Eu me sinto cansado para fazer qualquer coisa

Sim () Às vezes () Não ()

3. Eu tenho vontade de ficar sempre deitado

Sim () Às vezes () Não ()

4. Eu me sinto triste

Sim () Às vezes () Não ()

5. Eu tenho sentido dor de cabeça

Sim () Às vezes () Não ()

6. Eu estou preocupado com minha saúde

Sim () Às vezes () Não ()

7. Eu sinto fraqueza no meu corpo

Sim () Às vezes () Não ()

8. Eu tenho desmaiado ultimamente

Sim () Às vezes () Não ()

9. Eu sempre tenho medo de alguma coisa

Sim () Às vezes () Não ()

10. Eu sempre sinto que vou ser castigado

Sim () Às vezes () Não ()

11. Eu tenho vontade de morrer

Sim () Às vezes () Não ()

12. Eu tenho chorado ou tenho tido sempre vontade de chorar

Sim () Às vezes () Não ()

13. Eu prefiro brincar sempre sozinho

Sim () Às vezes () Não ()

14. eu me acho um(a) menino(a) mau

Sim () Às vezes () Não ()

15. Eu não tento novamente quando eu perco

Sim () Às vezes () Não ()

16. Eu durmo sempre em sala de aula

Sim () Às vezes () Não ()

17. Eu sempre acho que não sei fazer as coisas

Sim () Às vezes () Não ()

18. Eu me preocupo muito com as coisas

Sim () Às vezes () Não ()

19. Eu acho que os outros não gostam de mim

Sim () Às vezes () Não ()

20. Eu me sinto sempre aborrecido

Sim () Às vezes () Não ()

21. Eu sempre sinto que estou fazendo alguma coisa errada

Sim () Às vezes () Não ()

22. Eu não gosto de mim

Sim () Às vezes () Não ()

23. Eu acho que sou culpado(a) quando qualquer coisa acontece de errado na minha casa

Sim () Às vezes () Não ()

24. Eu perdi meu interesse pelas pessoas e não ligo para ninguém

Sim () Às vezes () Não ()

25. Eu me acho feio(a)

Sim () Às vezes () Não ()

26. Eu tenho dificuldade para dormir

Sim () Às vezes () Não ()

27. Eu não sinto vontade de comer

Sim () Às vezes () Não ()

ANEXO 7

ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL (ELKIND, 1981)

Instruções : Assinale os eventos que aconteceram em sua vida no período de um ano

1. Morte de um dos pais	100
2. Divórcio dos pais	73
3. Separação dos pais	65
4. Um dos pais viaja por razões de emprego	63
5. Morte de um parente próximo	63
6. Doença ou ferimento pessoal	53
7. Um dos pais volta a casar-se	50
8. Um dos pais é dispensado do emprego	47
9. Os pais se reconciliam	45
10. A mãe vai trabalhar fora	45
11. Doença de um membro da família	44
12. A mãe fica grávida	40
13. Dificuldades na escola	39
14. Nascimento do irmão	39
15. Reajustamento escolar (novo mestre ou classe)	38
16. Mudança nas condições financeiras da família	38
17. Ferimento ou doença de um amigo íntimo	37
18. Começa (ou muda) uma nova atividade extracurricular (lições de música, escotismo, etc)	35
19. Alternância de brigas com os irmãos	33
20. Ameaça ou violência na escola	31
21. Furto de coisas pessoais	30
22. Mudança de responsabilidade em casa	29
23. Irmão ou irmã mais velha deixa o lar	29
24. Aborrecimento com os avós	29
25. Realização pessoal extraordinária.....	28
26. Mudança para outra cidade	26
27. Ganha ou perde um bichinho doméstico	25
28. Mudança no hábitos pessoais	24
29. Problema com o mestre	24
30. Mudança no horário da babá ou da creche	20
31. Mudança para uma nova casa	20
32. Mudança para uma nova escola	20
33. Mudança nos hábitos de brincar	19
34. Férias com a família	19
35. Mudança de amigos	18
36. Freqüenta colônia de férias	17
37. Mudança nos hábitos de dormir	16
38. Mudança no número de reuniões em família	15
39. Mudança nos hábitos de comer	15
40. Mudança no tempo de assistir TV	13
41. Festa de aniversário	12
42. Punição por não "dizer a verdade"	11

ANEXO 8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cefaléia em crianças-sinal de vulnerabilidade ao stress: estudo comparativo em dois hospitais públicos

Pesquisador Responsável: Abelardo Bosco

Essa pesquisa tem por objetivos relacionar cefaléia do tipo tensional e migrânea com stress, ansiedade e depressão bem como com estressores psicossociais e fatores da doença através da aplicação de entrevistas e testes psicológicos para pais e crianças. Esta pesquisa permite discriminar estressores psicológicos e psicossociais dentro da contexto atual da vida da criança ajudando no diagnóstico e tratamento dos sintomas associados ao estresse.

Fui informado(a) dos objetivos e justificativas dessa pesquisa e que não envolve qualquer risco. Estou ciente de que posso interromper minha participação a qualquer momento da pesquisa e que isso não afetará o meu atendimento e tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Autorizo possível divulgação dos dados obtidos com esse estudo, porém fui informado sobre o sigilo com relação a minha identificação.

Sei que, para qualquer esclarecimento, posso procurar o pesquisador responsável Abelardo Bosco no Ambulatório de Neurologia (telefone: 37887754).

Caso haja algum problema ou reclamações, posso procurar o Comitê de Ética FCM-UNICAMP (telefone: 37888936).

Nome: _____

Idade: _____ RG: _____

Endereço: _____

Campinas, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador
Abelardo Bosco

ANEXO 9

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins que estou ciente e concordo com o protocolo de pesquisa “Cefaléia em crianças - sinal de vulnerabilidade ao stress :estudo comparativo em dois hospitais públicos ” proposto pelo aluno “Abelardo Bosco” e confirmo minha participação na fiscalização do projeto de pesquisa.

Campinas, 01 de Novembro de 2005

(nome completo do Coordenador)
Consultor Técnico do Serviço

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins que estou ciente e concordo com as etapas previstas para serem realizadas no “Complexo Ambulatorial Ouro Verde ” relativas ao Projeto “ Cefaléia em crianças - sinal de vulnerabilidade ao stress :estudo comparativo em dois hospitais públicos ” proposto pelo pesquisador/aluno “ Abelardo Bosco ” e que os respectivos procedimentos são factíveis nos prazos exigidos pelo Curso de Doutorado desde que respeitado o cronograma proposto.

Campinas, 01 de Novembro de 2005

(nome completo)
Responsável administrativo pelo Serviço