



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

ETCHEVERRY SILVA LEITE

**RELAÇÃO ENTRE MIGRÂNEA CRÔNICA, QUALIDADE DO SONO E
SONOLÊNCIA DIURNA**

CAMPINA GRANDE

2019

ETCHEVERRY SILVA LEITE

**RELAÇÃO ENTRE MIGRÂNEA CRÔNICA, QUALIDADE DO SONO E
SONOLÊNCIA DIURNA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado na modalidade de artigo científico ao Departamento do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Neurologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Carlúci Ithamar Fernandes Franco.

Co-orientadora: Mírian Celly Medeiros Miranda David.

CAMPINA GRANDE

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L533r Leite, Etcheverry Silva.
Relação entre migrânea crônica, qualidade do sono e sonolência diurna [manuscrito] / Etcheverry Silva Leite. - 2019.
42 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Carlúci Ithamar Fernandes Franco, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
1. Dor crônica. 2. Migrânea crônica. 3. Qualidade do sono.
4. Sonolência diurna. I. Título

21. ed. CDD 615.82

ETCHEVERRY SILVA LEITE

RELAÇÃO ENTRE MIGRÂNEA CRÔNICA, QUALIDADE DO SONO E
SONOLÊNCIA DIURNA

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado na modalidade
de artigo científico ao Departamento
do Curso de Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Neurologia.

Aprovado em: 26/11/2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª Carlúcia Ithamar Fernandes Franco (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^º. Esp. Lauriston Medeiros Paixão
Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU)



Prof^ª. Marcela Monteiro Pimentel
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus e a minha mãe.

“Lembre sempre que a sua vontade de triunfar é mais importante do que qualquer outra coisa.” (Abraham Lincoln)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo Geral	10
2.2	Objetivos Específicos	11
3	MÉTODOS	11
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	13
5	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	18
	ANEXOS	23
	APÊNDICES	38

RELAÇÃO ENTRE MIGRÂNEA CRÔNICA, QUALIDADE DO SONO E SONOLÊNCIA DIURNA

Etcheverry Silva Leite¹
Mírian Celly Medeiros Miranda David²
Prof^a Dr^a Carlúcia Ithamar Fernandes Franco³

RESUMO

Introdução: A Migrânea Crônica (MC) é uma cefaleia do tipo primária, caracterizada por falha na modulação central sendo capaz de gerar uma excitabilidade neuronal. O tratamento farmacológico desencadeia diferentes efeitos adversos, dentre eles as alterações do sono, que mantem entre si uma relação complexa com a MC, de forma que os distúrbios do sono podem desencadear crises migranosas, que por sua vez afetam diretamente a qualidade do sono. O presente estudo teve como objetivo investigar se há relação entre a MC e a qualidade do sono e sonolência diurna nos indivíduos portadores. **Método:** Estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa e quantitativa. A amostra foi obtida por conveniência, sendo incluídos indivíduos de ambos os sexos com idade entre 20 e 40 anos e com diagnóstico clínico de MC. Por outro lado, foram excluídos portadores de outras doenças neurológicas, mentais e psicológicas e grávidas. Os participantes foram submetidos aos seguintes instrumentos: Termo de Consentimento, Ficha Sociodemográfica e de Hábitos de Vida, Ficha de Caracterização Clínica, Escala Visual Analógica, Diário de Cefaleia, Diário do Sono, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e Escala de Sonolência de Epworth. **Resultados:** Foram coletados resultados de 14 indivíduos, evidenciando indivíduos com média de idade de $28,6 \pm 7,0$ anos, 80,5% do sexo feminino, solteiros (50%), assalariados (42,8%), onde 71,4% nunca fizeram uso de bebida alcoólica, nem fumaram (92,8%). Apresentaram intensidade da dor de $65,7 \pm 14$ mm e frequência de $19,9 \pm 8,1$ dias/mês. **Conclusão:** Após a análise dos dados foi possível sugerir que houve predominância de jovens adultos do sexo feminino, intensidade da dor e grau de desconforto classificado como de moderado a severo e baixa qualidade do sono e leve risco de cochilar durante a vigília.

Palavras-chave: Dor Crônica. Migrânea Crônica. Qualidade do Sono. Sonolência Diurna.

1 Graduando em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba.

2 Fisioterapeuta Mestranda pela Universidade Federal de Pernambuco.

3 Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba.

RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC MIGRAINE, SLEEP QUALITY AND DAILY SLEEPING

ABSTRACT

Introduction: Chronic Migraine (MC) is a primary type headache characterized by failure in central modulation and capable of generating neuronal excitability. Pharmacological treatment triggers different adverse effects, including sleep disorders, which maintain a complex relationship with MC, so that sleep disorders can trigger migraine attacks, which in turn directly affect sleep quality. The present study aimed to investigate whether there is a relationship between MC and sleep quality and daytime sleepiness in carriers. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytical study, with qualitative and quantitative approach. The sample was obtained for convenience, including individuals of both sexes aged between 20 and 40 years and with clinical diagnosis of MC. On the other hand, patients with other neurological, mental and psychological diseases and pregnant women were excluded. Participants underwent the following instruments: Consent Form, Sociodemographic and Life Habits Sheet, Clinical Characterization Sheet, Visual Analog Scale, Headache Diary, Sleep Diary, Pittsburgh Sleep Quality Index and Epworth Sleepiness Scale. **Results:** Results were collected from 14 individuals, showing individuals with a mean age of 28.6 ± 7.0 years, 80.5% female, single (50%), salaried (42.8%), where 71, 4% never used alcohol or smoked (92.8%). They presented pain intensity of 65.7 ± 14 mm and frequency of 19.9 ± 8.1 days / month. **Conclusion:** After data analysis, it was possible to suggest that there was a predominance of young female adults, pain intensity and degree of discomfort classified as moderate to severe and poor sleep quality and a slight risk of napping during wakefulness.

Keywords: Chronic pain. Chronic Migraine. Sleep Quality. Daytime sleepiness.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (2013), a dor pode ser definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos.” A relação entre lesão tecidual e a experiência da dor física é subjetiva ou seja, varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com aspectos sociais, culturais e psicológicos (WOLKERSTORFER et al., 2016)

Fisiologicamente, o processamento da dor ocorre por meio do sistema nociceptivo, que envia os estímulos nocivos ao cérebro, evidenciando mecanismos periféricos e centrais, como a transdução, transmissão, modulação e percepção, de sinais neurais gerados em resposta a um estímulo nocivo (FERREIRA et al., 2009).

A sensação dolorosa do tipo rápida é de fácil localização, com aumento da intensidade de forma progressiva e disseminada. A dor crônica é um tipo de dor lenta, geralmente associada à destruição tecidual, a mesma é considerada o tipo mais difícil de ser controlado, uma vez que ocorre uma extrapolação da função de defesa do organismo, associado à redução da qualidade de vida e aumento de morbidades (DWORKIN et al., 2010; GUYTON & HALL, 2011).

Dessa forma, a cefaleia é um tipo de dor referida na superfície da cabeça, podendo ser caracterizada e dividida, de forma simplificada, em dois grupos: Primário, quando não há conhecimento de uma causa específica, e a cefaleia do tipo secundária, quando existe uma causa subjacente conhecida, como por exemplo, uma cefaleia devido à meningite bacteriana, ou seja, por fatores extrínsecos (*INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY* et al., 2004).

A migrânea é um exemplo típico de cefaleia do tipo primária, e apresenta dois subtipos principais: sem aura e com aura. A migrânea sem aura manifesta-se em crises que duram geralmente de 4 a 72 horas e possui características específicas, como localização predominantemente unilateral, de caráter pulsátil e intensidade moderada ou forte. Apresenta ainda associação com sintomas de náusea, fotofobia, fonofobia e/ou osmofobia. Durante as crises migranosas, os indivíduos geralmente procuram locais escuros e silenciosos e tendem a evitar esforços físicos (*INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY*, 2018; ABEL, 2009).

A migrânea com aura apresenta também os sintomas clínicos da migrânea do tipo sem aura, porém caracteriza-se principalmente pelos sintomas neurológicos focais transitórios que geralmente precedem a cefaleia, além disso há também a fase premonitória (pródromo), que pode ocorrer horas ou dias antes da cefaleia. Os sintomas premonitórios são hiperatividade, hipoatividade, depressão, desejos por alimentos específicos, bocejos repetitivos, fadiga, rigidez e/ou dor da nuca (*INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY* et al., 2018).

De acordo com a *International Headache Society* (2018), a cronicidade da migrânea pode ser classificada quando ocorrem crises por um período ≥ 15 dias/mês por mais de 3 meses. A migrânea crônica (MC) afeta de maneira negativa os âmbitos pessoais, econômicos e sociais dos indivíduos, pois é associada a redução da qualidade de vida e da sua capacidade laborativa, desafiando assim o seu manejo a partir dos serviços de saúde (*INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY* et al., 2004; BUSE et al., 2010).

As estimativas da *Global Burden of Disease* (2016), apontam a MC como uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, particularmente em mulheres jovens adultas e de meia idade (VOS, et al., 2016). De acordo com

Giacomozzi et al. (2013), as cefaleias afetam de 2,9 a 7,8% dos homens e 10,1 a 17,4% das mulheres. Segundo a *World Health Organization* (2011), a prevalência anual de cefaleia crônica diária foi de 1,7 a 4,0% da população adulta, e a MC representa aproximadamente metade dos casos.

A maioria dos indivíduos migranosos apresentam resistência ao tratamento farmacológico, visto que os medicamentos geralmente são inespecíficos e ineficazes para dor central, resultando em doses insuficientes e, por consequência, abuso de automedicação, além de causarem efeitos adversos como sonolência, fadiga e por conseguinte comprometimento cognitivo (ARAÚJO et al., 2011; MCCRONE et al., 2011; BLOUDEK et al., 2012; BERRA et al., 2015).

Nesse contexto, as alterações do sono influem diretamente na cronificação da migrânea, compartilhando entre si uma relação complexa, uma vez que os distúrbios do sono podem desencadear crises migranosas que, por sua vez, podem afetar negativamente na qualidade do sono desses indivíduos, havendo, portanto, uma relação bidirecional entre migrânea e sono (RAMOS et al., 2015; KELMAN, RAINS, 2005; *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2004).

O sono é uma condição fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, caracterizada por redução do nível de consciência e da sensibilidade aos estímulos ambientais, com alterações autônomas e características motoras e posturais singulares. O sono facilita a conservação de energia, homeostase corporal, o aprendizado e memória através de alterações na plasticidade cerebral e a atuação em processos restaurativos de componentes celulares (GOMES, QUINHONES, ENGELHARDT, 2010). É possível distinguir o sono humano em duas fases, denominadas respectivamente: *Not-Rapid-Eye-Movement* (NREM) e *Rapid-Eye-Movement* (REM).

O estágio NREM corresponde a cerca de 75-80% do sono, e é subdividido em três etapas: N1, N2 e N3. A etapa N1 caracteriza-se pela redução da atividade muscular em relação à vigília e movimentos oculares lentos. A etapa N2 caracteriza-se pela presença de complexos K (ondas agudas com componente negativo rápido seguido de um componente positivo mais lento com duração maior que 0,5 s, mais evidentes nas regiões frontais) e fusos do sono (ondas de frequência de 11-16 Hz, mais comuns nas regiões centrais). Na etapa N3 (sono de ondas lentas), há presença de ondas de grande amplitude e baixa frequência, em 20% ou mais de uma época. A sequência normal dos estágios normalmente é: vigília à N1, N2, N3 e REM (CHOKROVERTY et al., 2010; IBER et al., 2007; RODRIGUES et al., 2012).

O sono REM é responsável por cerca de 5-20% do sono noturno de um adulto. Nesse estágio, são evidenciados eventos fásicos (movimento rápido dos olhos, atividade oculomotora, abalos musculares e ereção peniana) e tônicos (dessincronização elétrica cortical, atonia muscular e ritmo teta hipocampal). Ocorrem também flutuações cardiorrespiratórias, diminuição da sensibilidade ao CO₂, consolidação da memória e presença de sonhos (HORNE, JIM, 2013).

Indivíduos com o ciclo vigília-sono preservado, a secreção do cortisol obedece a uma variação circadiana. Essa é caracterizada por níveis elevados no despertar, com um aumento subsequente de até 50-70% nos primeiros 30 min e, em seguida, nivelamento e redução em torno da meia-noite, resultando no início do sono (OGINSKA et al., 2010; HANSEN et al., 2012).

O ciclo sono-vigília encontra-se relacionado ao fotoperiodismo decorrente da alternância dia-noite, sendo influenciado pela luminosidade durante o dia e pela produção de melatonina ao escurecer – a qual atua no início e na manutenção do sono. A regulação do ciclo sono-vigília pode ser prejudicada por alterações em

qualquer um desses mecanismos. A luz é o fator mais importante na sincronização do ritmo circadiano em termos de ciclo sono-vigília. A informação de luminosidade é trazida ao núcleo supraquiasmático pelo trato retino-hipotalâmico, e nesse local é feita a regulação do ciclo circadiano endógeno por meio do controle na secreção de melatonina. Os níveis plasmáticos de melatonina começam a aumentar entre 1 e 3 horas antes do horário normal de sono e tem seu pico próximo ao ponto mais baixo da temperatura central corporal. (CHOKROVERTY et al., 2010; IBER et al., 2007; GULYANI, 2012).

A relação entre a dor e má qualidade do sono pode ser explicada pela fragmentação do sono, isto é, pela diminuição da quantidade de sono de ondas lentas. A percepção da dor durante o sono depende de diversas variáveis, como tipo e intensidade do estímulo doloroso e fase do sono em que ocorre. Há evidências de que a percepção da dor é influenciada não apenas pela variação do ciclo sono-vigília (BENTLEY, 2007), mas também pela variação circadiana dos sintomas ao longo do dia. Assim, a maioria dos pacientes com dor muscular, cefaleias, relataram maior intensidade de dor à tarde e à noite (BRUNI, 2008).

Os distúrbios do sono, que afetam mais de 45% da população mundial, surgiram como importantes problemas globais de saúde pública (STRANGES, et al, 2012). Portadores de MC são propensos a crises matutinas devido à insuficiência da duração do sono (YU-KAI et al., 2016). Além disso, a sonolência durante o dia é mais observada entre os portadores de MC quando comparada à migrânea episódica (<15dias/mês), estando associada à baixa qualidade no sono e ao uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos (BARBANTI et al. 2013).

Dentre os distúrbios causados pela má qualidade do sono, a Sonolência Diurna Excessiva (SDE) é uma queixa frequente que pode ser consequência de diferentes distúrbios ou alterações do sono. É definida como aumento da propensão para dormir em circunstâncias consideradas inapropriadas (BERTOLAZI et al., 2009) e incapacidade de se manter acordado e/ou alerta no período diurno (NEVES, MACEDO, GOMES, 2017).

A consolidação da memória e o processo de aprendizagem são diretamente afetados pela baixa qualidade do sono (BIGAL; HARGREAVES, 2013). Nesse contexto, Costa-Silva e Teixeira (2008) verificaram comprometimento da memória verbal, memória visual e funções executivas mesmo na ausência da dor em indivíduos com migrânea, prejudicando assim a capacidade destes indivíduos de desempenharem atividades laborais no dia-a-dia.

De acordo com Surani et al. (2015), o impacto da SDE no indivíduo portador de MC se manifesta com diminuição da produtividade no trabalho, dificuldade em manter relações sociais e maior propensão a sofrer acidentes de trânsito. Portanto, diante do quadro clínico incapacitante dos portadores de MC e à escassez de estudos que investiguem correlação com a qualidade do sono e sonolência diurna desses indivíduos, observa-se a necessidade de buscar o aprofundamento sobre a relação entre MC a qualidade do sono e sonolência diurna nos indivíduos acometidos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar a relação entre Migrânea Crônica, qualidade do sono e sonolência diurna.

2.2 Específicos

- Caracterizar dados sociodemográficos e de hábitos de vida.
- Identificar o perfil clínico.
- Verificar a intensidade e frequência da dor.
- Avaliar os aspectos da qualidade do sono e sonolência diurna.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa e quantitativa. O mesmo faz parte de um estudo maior intitulado: **Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva Associada a Exercício Aeróbico: Repercussões sobre a Percepção da Dor, Memória e Ritmo de Sono e Vigília de Portadores de Migrânea Crônica**, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - CAAE: 92552318.6.0000.5208 - (Anexo VII).

3.2 Local de Realização da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) e no Laboratório de Neurociências e Comportamento Aplicadas (LaNeC) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) localizados na cidade de Campina Grande – PB, no período de dezembro de 2018 a abril de 2019.

3.3 – Amostra

A amostra foi obtida por conveniência, sendo composta por 14 pacientes com diagnóstico clínico de MC, realizado por um profissional Neurologista Cefaliatra.

3.4 Critérios de seleção

Foram incluídos no estudo indivíduos:

- De ambos os sexos com idade entre 20 a 40 anos;
- Que apresentaram diagnóstico clínico de MC.

3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos indivíduos que apresentaram:

- Gravidez.
- Presença de outras doenças neurológicas, mentais e psicológicas diagnosticadas.

3.6 Instrumentos de Coleta de Dados

No primeiro momento, a proposta da pesquisa foi explicada aos indivíduos, e em seguida o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado. Após assinatura, foram entregues os diários de cefaleia e de sono, no qual os

participantes foram solicitados a preenchê-los durante 30 dias. Ao final dos 30 dias, os indivíduos retornaram para devolução dos diários. Em todos os encontros, os indivíduos foram avaliados separadamente.

Os indivíduos foram caracterizados através de alguns itens pertinentes da Ficha de Avaliação Sociodemográfica e Hábitos de Vida (Apêndice A). A ficha foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa que contém informações básicas como data de nascimento, gênero, estado civil, escolaridade, situação empregatícia, consumo de álcool e tabaco.

A caracterização clínica dos indivíduos quanto à migrânea foi realizada através de ficha de avaliação estruturada (Anexo IV). Esta, em sua totalidade, contém itens a respeito da intensidade da dor e desconforto; sintomas associados; frequência de crises e uso de medicação semanal; medicamentos que fez uso no passado e/ou no momento da pesquisa.

A intensidade da dor e do desconforto provocado pela dor foram avaliadas através da Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo I), instrumento utilizado para variadas condições quando se é necessária uma graduação subjetiva por parte do indivíduo avaliado (KLIMEK et al., 2017). Corresponde a uma linha reta de 10 cm de comprimento, utilizada na posição horizontal. Em termos de intensidade da dor, a ponta esquerda representa a condição “sem dor” e a direita corresponde à “dor máxima”.

Os indivíduos participantes foram solicitados a marcar um ponto na reta correspondente à intensidade da sua dor atualmente. Este instrumento não se limita em termos de categorizações ou memorização por parte dos indivíduos avaliados, pois é uma escala contínua e sem maiores referências à dor (CARLSSON, 1983; LANGLEY et al., 1985).

A frequência de crises migranosas foi avaliada objetivamente através do Diário de Cefaleia (Anexo V), preenchida pelos participantes da pesquisa durante o período de 30 dias.

Relacionado ao sono, foi utilizado o Diário do Sono (Anexo VI), um questionário semiestruturado, que tem como objetivo verificar o perfil do sono dos indivíduos. É composto por itens como: tempo que demorou para dormir e para levantar ao acordar (no dia seguinte); quantidade de vezes que cochilou durante o dia; nível de alerta/sonolência ao acordar; e uso de medicação para dormir; duração do sono.

No retorno dos indivíduos após o período de 30 dias, foram recolhidos os diários de sono e de cefaleia e aplicados os questionários: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP); e Escala de Sonolência de Epworth (ESE). O IQSP é um instrumento autoaplicável e amplamente utilizado para avaliar a qualidade do sono dos indivíduos (Anexo III). O instrumento é constituído por 19 questões em auto-relato, com pontuação final variando entre 0 a 21. O questionário pode ser categorizado, ainda, em sete componentes, graduados em escores de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os componentes do PSQI são: Qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. Um escore total maior que cinco indica que o indivíduo está apresentando grandes disfunções em pelo menos dois componentes, ou disfunção moderada em pelo menos três componentes (BUYSSE et al., 1989).

O ESE foi utilizado para avaliar o nível de sonolência diurna dos indivíduos, através de 8 itens auto-aplicados relativos ao risco de cochilar durante situações envolvendo atividades diárias, algumas delas conhecidas como sendo altamente

sonoríferas, como: sentado lendo, sentado assistindo televisão, como passageiro numa viagem, sentado conversando com alguém, entre outros (Anexo II). O escore global é dado a partir da somatória das respostas aos itens, variando entre 0 e 24 (quanto maior o valor, maior a o risco de cochilar) (JOHNS et al., 1991; CROOK et al., 2019).

3.7 Análise dos dados

Os valores foram expressos em média, desvio padrão ou porcentagem. A análise de dados foi realizada utilizando-se o programa estatístico *Graph Pad Prism 6*.

3.8 Considerações Éticas

Em relação aos aspectos éticos, os indivíduos portadores de MC receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em consonância com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador. Os indivíduos que por algum motivo, encontraram-se impossibilitados de assinar o Termo de Consentimento, foi solicitado aos responsáveis dos mesmos que o fizesse e os que se recusaram, não participaram do estudo.

Foi assinado, ainda, o Termo de Compromisso e Confidencialidade pelo pesquisador responsável, onde o mesmo assume cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução Nº 466/12 do CNS/MS, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do Estado. O pesquisador responsável assinou, também, a Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa, onde comprometeu-se em verificar o desenvolvimento do projeto e cumprir os itens dispostos na Resolução Nº466/12 sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados demonstrados correspondem aos dados completos adquiridos do final de dezembro de 2018 até a primeira quinzena do mês de abril de 2019. Desse modo, um total de 29 indivíduos foram entrevistados, dos quais 15 preenchem os critérios de elegibilidade e uma abdicou voluntariamente, totalizando 14.

No tocante às características sociodemográficas (Tabela 1), verificou-se que os indivíduos apresentaram média de idade $28,6 \pm 7,0$ anos, onde 92,8% eram do gênero feminino. Dados semelhantes evidenciaram prevalência de migrânea no sexo feminino (80,5%) (HANSSSEN et al., 2018) e idade média de $28 \pm 5,86$ anos (CORREIA, LINHARES, 2014).

Em relação ao estado civil, 50% eram solteiros, 42,8% casados e apenas 7,2% divorciados. Similarmente, Ribeiro et al. (2017), verificaram que a maioria da amostra (56,6%) foi composta por indivíduos solteiros, 36,6% solteiro e apenas 6,8 divorciados. Ao passo que, no que diz respeito ao grau de escolaridade, 42,8% dos indivíduos relataram ter o ensino superior incompleto, o que corrobora com Posso et

al. (2010), onde observaram prevalência de indivíduos com ensino superior incompleto (30%). Quanto à situação empregatícia, houve predominância de indivíduos assalariados (42,8%), do mesmo modo, os achados do estudo de Filho (2013), apontaram que a maioria da amostra (23,1%) foi composta por assalariados.

Outro aspecto verificado em relação aos hábitos de vida dos indivíduos, 92,8% nunca fumaram, 71,4% nunca ingeriam bebidas alcoólicas. Dados relacionados a mudanças do estilo de vida como evitar o tabagismo e a ingestão de álcool, está relacionado com a melhoria das crises de migrânea (WEN et al., 2016).

Tabela 1. Características Sociodemográficas e de Hábitos de Vida dos indivíduos com MC (n=14)

Características Sociodemográficas	
Idade (média±DP anos)	28,6±7,0
Sexo (%)	
Feminino	92,8
Masculino	7,2
Estado Civil (%)	
Solteiro (a)	50
Casado(a)	42,8
Divorciado(a)	7,2
Escolaridade (%)	
Ensino superior incompleto	42,8
Ensino médio completo	35,7
Ensino superior completo	14,3
Ensino fundamental completo	7,2
Situação empregatícia (%)	
Assalariado(a)	42,8
Estudante	21,4
Desempregado(a) ou Afastado(a)	14,3
Autônomo(a)	14,3
Do lar	7,2
Tabagismo (%)	
Nunca fumou	92,8
Fumante atual	7,2
Consumo de álcool (%)	
Nunca	71,4
Uma vez por mês	14,3
1-4 vezes por mês	14,3

Fonte: Dados da pesquisa. DP=Desvio-padrão.

No que diz respeito ao perfil clínico das crises (Tabela 2), observou-se intensidade de dor de 65,7±14,0mm e desconforto de 81,7±10,8mm apresentando-se assim como dor moderada à severa, e, frequência de 19,9±8,1 dias por mês com migrânea. Os sintomas associados mais relatados foram a fonofobia (92,8%) e fotofobia (85,7%). Corroborando com os dados da *International Headache Society* (2018), quando associa à MC com sintomas de fotofobia e fonofobia e sua cronicidade a partir de 15 dias/mês.

As classes de medicamentos mais utilizadas foram os analgésicos (64,3%) seguidos pelos antiespasmódicos (28,6%) Os indivíduos ainda apresentaram uso abusivo de medicamentos, utilizando-os por 3,9±2,3 dias por semana. Considera-se que o uso excessivo de medicamentos gera como consequência um processo

complexo de interdependência entre os mecanismos comportamentais e psicológicos envolvidos na migrânea crônica. O histórico pessoal e social, como o componente genético e o medo de desencadear uma crise migranosa no dia a dia, associado com a sensação de alívio fornecida pelo medicamento, provoca um efeito de recompensa aos pacientes, gerando uma continuação da utilização da droga e, como consequência, o início das crises de cefaleia de forma recidiva por conta do abuso medicamentoso (JETTY, CHARNEY, GODDARD, 2001).

Com relação ao impacto da dor, não foi observada relação com a intensidade da dor ($r=0,06$; $p=0,844$) ou desconforto ($r=0,22$; $p=0,440$), entretanto, evidenciou-se moderada correlação positiva ($r=0,50$; $p=0,066$) não significativa, com a frequência de crises dos indivíduos.

A intensidade da dor pode ser considerada o principal fator incapacitante, porém não é o único. Em termos de MC, o impacto na funcionalidade dos indivíduos devido aos seus sintomas incapacitantes pode ser profundo. Há indivíduos queixosos que, mesmo não relatando dor intensa, experimentam altos níveis de comprometimento de suas capacidades funcionais, pois é associada com redução da qualidade de vida, impacto social e econômico.

Tabela 2. Características Clínicas dos indivíduos com MC (n=14)

Características Clínicas	
Intensidade da dor (média±DP mm)	65,7±14,0
Intensidade de desconforto (média±DP mm)	81,7±10,8
Frequência de crises (média±DP dias)	19,9±8,1
Sintomas associados (% por sintoma)	
Aura	71,4
Enfo/Êmese	78,6
Fotofobia	85,7
Fonofobia	92,8
Osmofobia	78,6
Medicações (% por medicação)	
Analgésicos	64,3
Antiespasmódicos	28,6
Anti-inflamatórios não esteroides	21,4
Agonistas do receptor 5-HT1	21,4
Bloqueadores alfa-adrenérgicos	14,3
Antiemético	7,14
Dias com medicação (média±DP dias/semanas)	3,9 ± 2,3

Fonte: Dados da pesquisa. DP=Desvio-padrão.

Em termos de qualidade do sono, os indivíduos apresentaram valores baixos com $9,4\pm 4,1$ pontos no IQSP, especificamente, nos componentes “Disfunção do sono durante o dia” ($1,8\pm 0,9$), “Distúrbios do sono” ($1,8\pm 0,5$) e “Qualidade subjetiva do sono” ($1,7\pm 0,8$) (Tabela 3). A qualidade do sono não relacionou-se com a intensidade da dor ($0,13\pm 0,649$), desconforto ($0,33\pm 0,250$) ou frequência de crises dos indivíduos ($0,19\pm 0,505$). Por outro lado, em estudo realizado por Zhu et al. (2013), observaram que indivíduos com MC com baixa qualidade do sono, mostraram crises migranosas mais frequentes. A divergência de dados, pode sugerir uma relação não linear complexa nestes indivíduos.

Tabela 3. Qualidade do sono dos indivíduos com MC (n=14).

Componentes	(média ± dp)
C1: Qualidade Subjetiva do sono	1,7 ± 0,8
C2: Latência do Sono	1,6 ± 1,1
C3: Duração do sono	0,9 ± 1,1
C4: Eficiência habitual do sono	0,8 ± 1,2
C5: Distúrbios do sono	1,8 ± 0,5
C6: Uso de medicação para dormir	0,6 ± 1,1
C7: Disfunção do sono durante o dia	1,8 ± 0,9
Total	9,4 ± 4,1

Fonte: Dados da pesquisa. dp=desvio-padrão.

Quanto aos hábitos de sono nos 30 dias de seguimento (Tabela 4), nenhum dos indivíduos fazia uso de medicamentos hipnóticos e apresentaram uma duração média de sono de $451,8 \pm 53,4$ min, considerada uma quantidade adequada. Com relação à pontuação sobre o nível de alerta ao acordar, os indivíduos apresentaram uma média de $5,8 \pm 1,7$, ou seja, encontravam-se em “nem alertas nem sonolentos” a “alguns sinais de sonolência”. Entretanto, os indivíduos acordaram durante o sono com média de $14,4 \pm 9,4$ dias e apresentaram cochilos fora do horário de sono em $9,8 \pm 8,2$ dias, o que pode ter contribuído com a má qualidade do sono descrita anteriormente.

A qualidade do sono pode ser influenciada diretamente pela fragmentação do sono, pois, se houver muitos despertares, o padrão de sono que restabelece as funções mentais e físicas, restauração e preservação de energia, por exemplo, vão ser perdidos fazendo com que essas pessoas possam apresentar sonolência diurna excessiva (SÖDERSTRÖM et al., 2004). Contudo, os indivíduos pontuaram uma média de $10,8 \pm 3,8$ pontos na ESE, verificando leve risco de cochilar durante a vigília. Ao passo que, em estudo realizado por Ohayon (2012), foi evidenciado que 19,5% da amostra relatou ter sonolência moderada e 11,0% relataram sonolência grave.

Tabela 4. Hábitos do sono e Sonolência Diurna (n=14).

Instrumentos	Itens	(Média±DP)
	Uso de hipnóticos (dias)	0,0±0,0
	Tempo para adormecer (min)	36,6±49,6
Diário do sono (30 dias)	Acordou durante o sono (dias)	14,4±9,4
	Duração do sono (min)	451,8±53,4
	Escala ao acordar (pontos)	5,8±1,7
	Tempo para levantar da cama (min)	20,8±10,3
	Cochilo durante o dia (dias)	9,8±8,2
ESE	-	10,8±3,8

Fonte: Dados da pesquisa. DP= Desvio-padrão; ESE= Escala de Sonolência de Epworth.

CONCLUSÃO

Após a análise dos dados, foi possível sugerir que os portadores de MC apresentaram:

- Predominância de indivíduos adultos jovens e do sexo feminino, sendo a maioria com estado civil solteiro, seguido de ensino superior incompleto e assalariados, cuja maioria nunca fumaram nem fizeram uso de bebida alcoólica.
- Sintomas clínicos predominantes de fonofobia, fotofobia e osmofobia.
- Tratamento farmacológico predominante correspondente ao uso de analgésicos e antiespasmódicos.
- Intensidade da dor e grau de desconforto classificado como moderado a severo, com frequência de crises de aproximadamente 20 dias/mês.
- Baixa qualidade do sono e leve risco de cochilar durante a vigília.

Ressalta-se que a ausência de relação entre a qualidade do sono com a intensidade da dor, desconforto ou frequência de crises dos indivíduos pode estar associado ao tamanho reduzido da amostra, sugerindo assim, a necessidade da realização de estudos que investiguem essa correlação com uma amostra maior e que haja comparação dos resultados obtidos com um grupo controle de indivíduos sem MC.

REFERÊNCIAS

ASERINSKY, Eugene et al. Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. **Science**, v. 118, n. 3062, p. 273-274, 1953.

BENTLEY, A. J. Pain perception during sleep and circadian influences: the experimental evidence. **Lavigne, GJ.; Sessle, BJ.; Choiniere, M**, 2007.

BRUNI, O. et al. Relationships between headache and sleep in a non-clinical population of children and adolescents. **Sleep Medicine**, v. 9, n. 5, p. 542-548, 2008.

BUSE, D. C. et al. Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 81, n. 4, p. 428-432, 2010.

BERTOLAZI, Alessandra Naimaier et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. **Sleep medicine**, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011.

BIGAL, Marcelo E. et al. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 48, n. 8, p. 1157-1168, 2008.

BERGER, Hans. Uber das Elektrenkephalogramm des Menschen; Neunte Mitteilung. **Arch Psychiat Nervenkr**, v. 102, p. 538-557, 1934.

BUYSSE, Daniel J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry research**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.

Barbanti, P., et al. "A case-control study on excessive daytime sleepiness in episodic migraine." *Cephalalgia* 27.10 (2007): 1115-1119.

Gori, Sara, et al. "Sleep quality, chronotypes and preferential timing of attacks in migraine without aura." *The journal of headache and pain* 6.4 (2005): 258.

BIGAL, Marcelo E. et al. Body mass index and episodic headaches: a population-based study. **Archives of internal medicine**, v. 167, n. 18, p. 1964-1970, 2007.

CHOKROVERTY, S. et al. Overview of sleep & sleep disorders. *Indian J Med Res*, v. 131, n. 2, p. 126-140, 2010.

CANANI SF, Menna-Barreto SS. Sonolência e acidentes automobilísticos. **J Pneumol**, v. 27, n. 2, p. 77-82, 2001.

DWORKIN, R. H. et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clinic proceedings*. Mayo Clinic, v. 85, p. S3-S14, 2010.

DIATCHENKO, Luda et al. Catechol-O-methyltransferase gene polymorphisms are associated with multiple pain-evoking stimuli. **Pain**, v. 125, n. 3, p. 216-224, 2006.

FERREIRA, S.H. et al. Dor Inflamatória. In Dor - Princípio e prática. São Paulo: Artmed, 2009.

OHAYON, Maurice M. Determining the level of sleepiness in the American population and its correlates. *Journal of psychiatric research*, v. 46, n. 4, p. 422-427, 2012.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ª ed. 6ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GULYANI, Seema; SALAS, Rachel E.; GAMALDO, Charlene E. Sleep medicine pharmacotherapeutics overview: today, tomorrow, and the future (Part 1: insomnia and circadian rhythm disorders). *Chest*, 2012, 142.6: 1659-1668.

GONÇALVES, Daniela AG et al. Headache and symptoms of temporomandibular disorder: an epidemiological study. **Headache: the journal of head and face pain**, v. 50, n. 2, p. 231-241, 2010.

GIACOMOZZI, A. R. E. et. al.. **Consenso latino-americano sobre as orientações para o tratamento de enxaqueca crônica**. Arquivo Neuro-Psiquiatr., São Paulo, Vol. 71, n. 7, p. 478-486, 2013.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, [s.l.], v. 38, n. 1, p.1-211, jan. 2018.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY et al. The international classification of headache disorders. **Cephalalgia**, v. 24, n. 1, p. 9-160, 2004.

Hansen AM, Thomsen JF, Kaergaard A, Kolstad HA, Kaerlev L, Mors O, et al. Salivary cortisol and sleep problems among civil servants. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(7):1086-95.

HORNE, Jim. Por que o sono REM? Pistas além do laboratório em um mundo mais desafiador. *Psicologia biológica*, v. 92, n. 2, p. 152-168, 2013.

IBER, Conrad; IBER, Conrad. **The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications**. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2007.

IBER C, ANCOLI-ISRAEL S, CHESSON A, et al., for the American Academy of Sleep Medicine. **The AASM Manual for the Scoring of sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications**. Westchester, Ill: American Academy of sleep Medicine; 2007

JENNUM, POUL; SJØL, ANETTE. Epidemiology of snoring and obstructive sleep apnoea in a Danish population, age 30–60. **Journal of sleep research**, v. 1, n. 4, p. 240-244, 1992.

KELMAN, Leslie; RAINS, Jeanetta C. Headache and sleep: examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2005, 45.7: 904-910.

KONRAD, L. M. Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia [dissertação de mestrado em Educação Física]. **Florianópolis: Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina**, 2005.

KIM, Jiyoung et al. Excessive daytime sleepiness is associated with an exacerbation of migraine: A population-based study. **The journal of headache and pain**, v. 17, n. 1, p. 62, 2016.

KARAKURUM, Basak et al. Personality, depression, and anxiety as risk factors for chronic migraine. **International journal of neuroscience**, v. 114, n. 11, p. 1391-1399, 2004

LAVIGNE, Gilles et al. Sleep arousal response to experimental thermal stimulation during sleep in human subjects free of pain and sleep problems. **PAIN®**, v. 84, n. 2-3, p. 283-290, 2000.

LIN, Yu-Kai et al. Associations between sleep quality and migraine frequency: a cross-sectional case-control study. **Medicine**, v. 95, n. 17, 2016.

LUND, Nunu et al. Epidemiology of concurrent headache and sleep problems in Denmark. **Cephalalgia**, v. 34, n. 10, p. 833-845, 2014.

MARTIKAINEN, Kirsti et al. Daytime sleepiness: a risk factor in community life. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 86, n. 4, p. 337-341, 1992.

MORGAN, Isabel et al. Sleep disturbances and quality of life in Sub-Saharan African migraineurs. **The journal of headache and pain**, v. 16, n. 1, p. 18, 2015.

MAX, Mitchell B. et al. A clinical genetic method to identify mechanisms by which pain causes depression and anxiety. **Molecular Pain**, v. 2, n. 1, p. 14, 2006.

NATOLI, J. L. et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. **Cephalalgia**, p. no-no, 2009.

Oginska H, Fafrowicz M, Golonka K, Marek T, Mojsa-Kaja J, Tucholska K. Chronotype, sleep loss, and diurnal pattern of salivary cortisol in a simulated daylong driving. *Chronobiol Int.* 2010;27(5):959-74.

PARTINEN, M.; RIMPELA, M. Sleeping habits and sleep disorders in a population of 2016 Finnish adults. *Yearbook Health Ed Res* 1982. Helsinki: The National Board of Health 1982; 26: 253-260. 5.

PERES, M. F. P., et al. Excessive daytime sleepiness in migraine patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2005, 76.10: 1467-1468.

RAMOS, Paula de Siqueira, et al. Associação de sintomas depressivos e ansiosos com gravidade da migrânea. *J Bras Psiquiatr*, 2015, 64.2: 93-99.

ROTH, Thomas; ROEHRS, Timothy A. Etiologies and sequelae of excessive daytime sleepiness. *Clinical Therapeutics*, 1996, 18.4: 562-576.

STEWART, Walter F. et al. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *Jama*, v. 267, n. 1, p. 64-69, 1992. (2º Paragrafo – introdução)

SEIDEL, S. et al. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine—a controlled study. *Cephalalgia*, v. 29, n. 6, p. 662-669, 2009. (3 para-intro)

SEIDEL, S. et al. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine—a controlled study. *Cephalalgia*, v. 29, n. 6, p. 662-669, 2009

Roth, T. and Roehrs, T.A., 1996. Etiologies and sequelae of excessive daytime sleepiness. *Clinical Therapeutics*, 18(4), pp.562-576

SEIDEL, S. et al. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine—a controlled study. *Cephalalgia*, v. 29, n. 6, p. 662-669, 2009.

SÖDERSTRÖM, Marie et al. Sleep and sleepiness in young individuals with high burnout scores. *Sleep*, v. 27, n. 7, p. 1369-1377, 2004.

STRANGES, Saverio et al. Sleep problems: an emerging global epidemic? Findings from the INDEPTH WHO-SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. *Sleep*, v. 35, n. 8, p. 1173-1181, 2012.

SONG, Tae-jin et al. Poor sleep quality in migraine and probable migraine: a population study. *The Journal Of Headache And Pain*, [s.l.], v. 19, n. 1, p.19-58, 25 jul. 2018.

SCHER, A. I. et al. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*, v. 106, n. 1-2, p. 81-89, 2003.

SCHER, A. I.; LIPTON, Richard B.; STEWART, W. F. Habitual snoring as a risk factor for chronic daily headache. *Neurology*, v. 60, n. 8, p. 1366-1368, 2003.

SCHER, A. I. et al. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*, v. 106, n. 1-2, p. 81-89, 2003.

VOS, Theo et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, v. 388, n. 10053, p. 1545-1602, 2016.

WHO technical meeting on sleep and health. WHO Regional Office for Europe. European Centre for Environment and Health Bonn Office. Bonn, Germany, 22-24 January 2004.

WOLKERSTORFER A.; HANDLER N.; BUSCHMANN H. New approaches to treating pain. *Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters*, v. 26, p. 1103–1119, 2016.
WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. 2011.

WEY, Daniela; MENNA-BARRETO, L. Ciclo vigília/sono de crianças: transição da Educação Infantil para o Ensino Fundamental. **Resumos**, 2002.

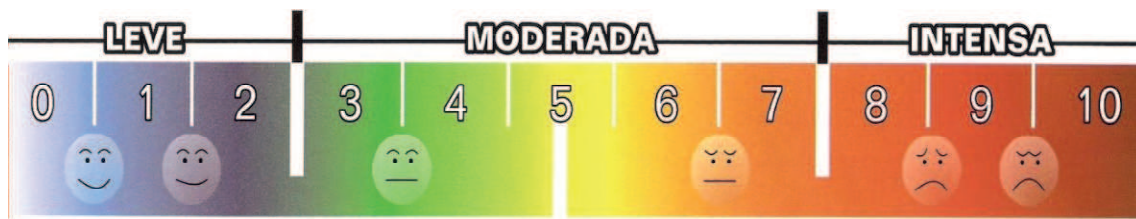
ZWART, J.-A. et al. Analgesic use: a predictor of chronic pain and medication overuse headache: the head-HUNT study. **Neurology**, v. 61, n. 2, p. 160-164, 2003.

ZWART, J.-A. et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. **European Journal of Neurology**, v. 10, n. 2, p. 147-152, 2003.

ANEXOS

ANEXO I

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Intensidade _____

ANEXO II

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ESE)

Gostaríamos de saber qual a possibilidade do(a) senhor(a) cochilar ou mesmo dormir nas situações seguintes (não estamos falando de CANSAÇO e sim de SONOLÊNCIA). Tais situações referem-se a seu modo de vida usual e em termos recentes. Ainda que não tenha passado por uma dessas situações ultimamente tente imaginar como o (a) senhor (a) teria agido.

Use a seguinte escala para escolher o número mais apropriado para cada situação: 0 = NÃO COCHILARIA NUNCA

1 = PEQUENA CHANCE DE COCHILAR

2 = MODERADA CHANCE DE COCHILAR

3 = GRANDE CHANCE DE COCHILAR

SITUAÇÃO O	CHANCE DE COCHILAR
1. Sentado, lendo.	
2. Assistindo TV.	
3. Sentado e passivo em lugar público (teatro, reuniões, aulas etc.).	
4. Como passageiro numa viagem sem paradas, com duração de uma hora.	
5. Deitado para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem.	
6. Sentado, conversando com alguém.	
7. Sentado tranquilamente após um almoço, sem ingestão de bebida alcoólica.	
8. No carro, enquanto parado por alguns minutos no tráfego.	

ANEXO III

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (IQSP)

Nome completo:

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Escola da pesquisa:

INSTRUÇÕES: As questões a seguir referem-se aos seus hábitos de sono **apenas durante o mês passado**. Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que ocorreu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda a **todas** as questões. **OBRIGADA!**

1. Durante o mês passado à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

Hora de deitar:

2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou a pegar no sono na maioria das vezes?

Quantos minutos demorou para pegar no sono

3. Durante o mês passado, a que horas você levantou pela manhã, na maioria das vezes?

Horário de acordar:

4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

Horas de sono por noite:

Para cada uma das questões que seguem, escolha apenas **uma única** resposta que você ache mais correta. **Por favor**, responda **todas** as questões.

5. Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas, dificuldades para dormir, por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos (meia hora) para pegar no sono.

() Nenhuma vez

() Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana

Três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou pela manhã muito cedo.

Nenhuma vez Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana
ou mais

c) Levantar para ir ao banheiro.

Nenhuma vez Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana Três vezes por
semana ou mais

d) Ter dificuldades para respirar.

Nenhuma vez Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou
mais

e) Tossir ou roncar muito alto.

Nenhuma vez Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana
ou mais

f) Sentir muito frio.

Nenhuma vez Menos de uma
vez por semana Uma ou duas vezes por

semana Três vezes por
semana ou mais

g) Sentir muito calor.

Nenhuma vez Menos de
uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana

Três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos.

Nenhuma vez Menos de

uma vez por semana Uma ou duas vezes por
semana

Três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores.

Nenhuma vez Menos de uma
vez por semana Uma ou duas vezes por
semana Três vezes por
semana ou mais

j) Descreva outras razões, se existirem, que tragam dificuldades para você
dormir: _____

k) Quantas vezes você teve problemas para dormir pela (s)
razão(ões) acima citada (as), durante o mês passado?
 Nenhuma vez Menos de uma
vez por semana
 Uma ou duas vezes por semana Três
vezes por semana ou mais

Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

Muito boa Boa Ruim Muito ruim

6. Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

Nenhuma vez Menos de uma vez por semana
 Uma ou duas vezes por semana
 Três vezes por semana ou mais

7. Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de quaisquer outras atividades quantas vezes isso aconteceu?

Nenhuma vez Menos de uma vez por semana
 Uma ou duas vezes por semana
 Três vezes por semana ou mais

8. Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

Nenhuma indisposição, nem falta de entusiasmo
 Indisposição e falta de entusiasmo moderadas
 Pequena indisposição e falta de entusiasmo
 Muita indisposição e falta de entusiasmo

9. Para você o sono é:

() Um prazer () Uma necessidade () Outro Qual?

10. Você cochila:

() Sim () Não

11. Para você cochilar é:

() Um prazer () Uma necessidade () Outro. Qual?

ANEXO IV

PROCEFALEIA

1) Há quanto tempo você tem dor de cabeça?

Menos de 6 meses Entre 6 meses e 1 ano

Entre 1 e 3 anos Mais de 3 anos

Mais de 10 anos. Especifique: _____

2) Sua dor de cabeça ficou mais frequente (vindo mais vezes) ou mais forte de algum tempo pra cá?

Sim Não Há quanto tempo? _____

3) Geralmente, como é sua dor de cabeça?

Pulsa/lateja É tipo peso/pressão

Queima/arde Parece com choques no rosto

Outro tipo? Qual? _____

4) Geralmente, sua dor de cabeça é:

Na frente da cabeça Na lateral da cabeça

Na frente e na lateral da cabeça Só de um lado, sendo sempre do mesmo

lado? Qual? _____

Só de um lado, sendo cada vez No topo da cabeça

de uma lado

Na parte de trás da cabeça Difusa em toda cabeça

Envolvendo o pescoço

5) Geralmente, sua dor de cabeça (na maior parte do tempo):

É leve É média É forte

6) Geralmente, sua dor de cabeça:

Começa leve e aumenta Começa forte e diminui

Começa e fica de igual intensidade

7) Geralmente, sua dor de cabeça:

- É acompanhada de enjoô É acompanhada de vômitos
 A claridade incomoda mais do que quando está sem dor
 Os barulhos incomodam mais do que quando está sem dor de cabeça
 Os cheiros incomodam mais do que quando sem dor nenhuma

8) Geralmente, durante a sua dor, você:

- Prefere caminhar ou se exercitar Prefere ficar quieto e recolhido a um
 É indiferente a isto canto escuro e tranquilo
 Outros

9) Geralmente, sua dor de cabeça dura:

- Até 2 horas (mesmo com remédio) Até 4 horas (mesmo com remédio)
 Até 6 horas (mesmo com remédio) Entre 6 e 10 horas (mesmo com remédio)
 > 12 horas (mesmo com remédio) > 24 horas (mesmo com remédio)

Especifique a duração média: _____

10) Você geralmente, sente dor de cabeça (mesmo leve):

- Menos de 1 vez por mês 1 vez por mês
 1 dia por semana 2 dias por semana
 3 dias por semana 4 dias por semana
 5 dias por semana 6 dias por semana
 7 dias por semana

11) Você geralmente toma remédios para sua dor de cabeça?

- Sim Não

12) Quantas vezes por semana você geralmente toma remédios para sua dor de cabeça?

- Menos de 1 vez a cada 10 dias Menos de 1 vez a cada 7 dias
- 1 dia por semana 2 dias por semana
- 3 dias por semana 4 dias por semana
- 5 dias por semana 6 dias por semana
- 7 dias por semana

13) Quantos tipos de remédios você geralmente toma para crise de dor de cabeça?

- 1 tipo de remédio 2 tipos de remédio
- 3 tipos de remédio Mais de 3 tipos de remédio

14) Antes da sua dor de cabeça, você apresenta aura ou pródromos:

- Pontos brilhantes, manchas, ou linhas na visão Fadiga
- Bocejos Formigamentos, dormência
- Alteração de apetite Dificuldade transitória para falar
- Alteração de humor Alteração de consciência
- Outros? _____

15) Durante sua dor de cabeça, você apresenta:

- Um dos olhos vermelhos. Qual? _____
- Lacrimejamento em um dos olhos. Qual? _____
- Um lado do nariz entupido. Qual? _____

16) Sua dor de cabeça tem horário preferencial?

- Madrugada Manhã
- Tarde Noite
- Acorda no meio da noite com dor, mesmo quando deitou sem ela
- Acorda pela manhã com dor, mesmo quando deitou sem ela

17) Quais medicamentos você já usou para sua dor de cabeça?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neosaldina | <input type="checkbox"/> Cefaliv | <input type="checkbox"/> Naramig | <input type="checkbox"/> Atenolol |
| <input type="checkbox"/> Topamax | <input type="checkbox"/> Ormigrem | <input type="checkbox"/> Cefalium | <input type="checkbox"/> Sumax |
| <input type="checkbox"/> Flunarizina | <input type="checkbox"/> Sandomigran | <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> Dipirona |
| <input type="checkbox"/> Zomig | <input type="checkbox"/> Amitriptilina | <input type="checkbox"/> Deserila | <input type="checkbox"/> AAS |
| <input type="checkbox"/> Dorflex | <input type="checkbox"/> Maxalt | <input type="checkbox"/> Nortriptilina | <input type="checkbox"/> Diazepínicos |
| <input type="checkbox"/> Naproxeno | <input type="checkbox"/> Tandrilax | <input type="checkbox"/> Propranolol | <input type="checkbox"/> Depakote |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outros? | Quais? |
-

18) Há algum fator que já desencadeou claramente a sua dor, mesmo que uma ou duas vezes?

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Queijo amarelo | <input type="checkbox"/> Doces | <input type="checkbox"/> Salsichas | <input type="checkbox"/> |
| Chocolate | | | |
| <input type="checkbox"/> Banana | <input type="checkbox"/> Laranja | <input type="checkbox"/> Pêssego | <input type="checkbox"/> |
| Abacaxi | | | |
| <input type="checkbox"/> Limão | <input type="checkbox"/> Presunto | <input type="checkbox"/> Salame | <input type="checkbox"/> Vinho |
| tinto | | | |
| <input type="checkbox"/> Cerveja | <input type="checkbox"/> Chopp | <input type="checkbox"/> Champanhe | <input type="checkbox"/> Muito |
| sol | | | |
| <input type="checkbox"/> Jejum prolongado | <input type="checkbox"/> Estresse ou ansiedade | <input type="checkbox"/> Dormir meno | <input type="checkbox"/> |
| Dormir mais | | | |
| <input type="checkbox"/> Cheiro fortes | <input type="checkbox"/> Menstruação (Antes-durante-depois) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspartame | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros? | _____ | | |

19) Há casos de dor de cabeça, mesmo diferente da sua, na sua família?

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avô paterno | <input type="checkbox"/> Avô materno | <input type="checkbox"/> Avó partena | <input type="checkbox"/> Avó materna |
| <input type="checkbox"/> Tio paterno | <input type="checkbox"/> Tio materno | <input type="checkbox"/> Tia paterna | <input type="checkbox"/> Tia materna |
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Irmão | <input type="checkbox"/> Irmã |
| <input type="checkbox"/> Filha | <input type="checkbox"/> Filho | <input type="checkbox"/> Sobrinho | <input type="checkbox"/> Sobrinha |
| <input type="checkbox"/> Primo | <input type="checkbox"/> Prima | | |

20) Assinale quais especialidades de profissionais, você já procurou especificamente por causa de sua dor de cabeça?

- () Pediatra () Clínico Geral () Oftalmologista
 () Otorrinolaringologista () Neurologista () Neurocirurgião
 () Ortopedista () Homeopatia () Acupunturista
 () Dentista (Só para a sua dor de cabeça) () Outros?
 Quais? _____

21) Está tratando de alguma doença? Usando medicação mesmo para dor?

- () Sim. Quais e quanto?

- () Não. Tem alergia a algum medicamento? Qual?

22) Existe alguma doença que ocorre com frequência em sua família?

- () Sim. Quais? _____ () Não
 () Diabetes tipo I () Neoplasia cerebral
 () AVE Hemorrágico () Neoplasia

23) Você já teve alguma doença no passado ou realizou cirurgia?

- () Asma Bronquite () Tuberculose () Meningite ()
 Hipertensão
 () Diabetes () Coma () Epilepsia ()
 Convulsões
 () Doença hepática () Doença renal () Transfusão ()
 Gravidez____
 () Litíase uretral () Cirurgias () Traumatismo crânio-
 encefálico ou

Raquimedular

ANEXO VI

DIÁRIO DO SONO

Data: ___/___/ 2011 Dia da semana: _____

1. A que horas você foi deitar ontem? _____
2. Quanto tempo você demorou para pegar no sono? _____
3. Você lembra de ter acordado e dormido de novo?
 - a) Sim () Quantas vezes ? _____
 - b) Não ()
 - c) Não me lembro ()
4. A que horas você acordou hoje? _____
5. Quanto tempo você acha que demorou para levantar da cama? _____
6. Como você foi acordado?
 - a) Pelo despertador ()
 - b) Alguém me chamou ()
 - c) Sozinho ()

Horário: ___ : ___

Como você está se sentindo

1 Extremamente alerta 2 Muito alerta 3 alerta 4 Razoavelmente alerta 5 Nem alerta nem sonolento 6 Alguns sinais de sonolência 7 Sem maiores esforços para se manter acordado 8 Sonolento, com algum esforço para ficar acordado 9 Muito sonolento, brigando com o sono, muito esforço para ficar acordado

7. Preencha a escala abaixo ao acordar.
8. Você cochilou durante o dia de hoje?
 - a) Não ()
 - b) Sim () Quantas vezes ? _____

HORA QUE COCHILOU	HORA QUE ACORDOU

APÊNDICES

APÊNDICE A

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E HÁBITOS DE VIDA

DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome: _____ **Gênero:** _____

Data _____ **de**

Nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **email:** _____

Naturalidade: _____

Cor: Branco () Pardo () Preto ()

Estado Civil: Solteiro () Casado ou morando com companheiro ()

Separado () Viúvo ()

Grau de Escolaridade: Analfabeto () 1-4 anos () 5-8 anos ()

2° Grau Incompleto () 2° Completo ()

Nível Superior Incompleto() Nível Superior Completo ()

Altura: _____ cm **Peso:** _____ Kg **IMC:** _____ Kg/m²

Diagnóstico Clínico: _____

Data do diagnóstico: ____/____/____

Medicamentos: _____

Situação de moradia

Própria () Alugada () Cedida () Financiada ()

Outro: _____

O paciente mora só?

Sim () Não ()

Número de residentes por domicílio: _____

Situação empregatícia:

- () Empregado assalariado () Dona de casa
() Autônomo () Aposentado
() Trabalho não remunerado/Voluntário () Pensionista
() Desempregado ou afastado (por outros motivos)
() Estudante

Especificar profissão/ocupação: _____

Jornada de trabalho: horas por dia: _____; dias por semana: _____

Renda (salários mínimos):

≤0,5 () >0,5 e ≤1,0 () >1,0 e ≤ 1,5() >1,5 e ≤2,0 () >2,0()

SITUAÇÃO DE SAÚDE GERAL

Paciente é portador de alguma doença crônica?

Sim () Não ()

Qual?

Hipertensão arterial ()

Artrite/artrose ()

Cardiopatia (insuficiência cardíaca
ou infarto do miocárdio) ()

Diabetes ()

Osteoporose ()

Doença crônica pulmonar ()

Neoplasia maligna ()

Outras _____

Ciclo Menstrual

Regular () Irregular () Menopausa () ()

Outros: _____

HÁBITOS DE VIDA

Tabagismo

Fumante atual () Ex-fumante () Nunca fumou ()

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por me permitir chegar até aqui, me conduzindo com as devidas lições de amor, fraternidade e compaixão.

Aos meus pais, Ana Cleres e José Tíbúrcio, pelo amor incondicional.

Aos meus queridos avós, Sebastião Leite e Maria do Carmo, que sempre me tiveram como filho e são meus exemplos de vida.

Aos meus tios, Murilo, Lele, Karina e Cristina que sempre se fizeram presentes em minha vida.

A minha companheira Sarah, por estar junto comigo nos bons e maus momentos, se fazendo uma companheira imprescindível para nossa caminhada.

Aos meus primos, que considero como irmãos, pelo carinho a mim depositados.

A Prof^a Dr^a Orientadora Carlúcia Ithamar, pelo apoio, incentivo e confiança a mim ofertada, contribuindo assim para minha formação acadêmica.

A co-orientadora Mírian Celly, pela amizade, paciência e dedicação durante meu percurso acadêmico, facilitando essa jornada.