

## Piora dos sintomas de enxaqueca em estudantes que utilizam métodos contraceptivos na instituição de ensino IMEPAC - ARAGUARI

*Worsening of migraine symptoms in students using contraceptive methods at the educational institution IMEPAC - ARAGUARI*

Fernanda Alves Carvalho.  
Carlos Henrique de Sousa Ribeiro da Silva.  
Débora Vieira.  
E-mail: [fernandacarvalho1097@gmail.com](mailto:fernandacarvalho1097@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v9i18.537>

### Resumo

A enxaqueca é uma doença neurovascular caracterizada por sintomas de cefaleia intensa unilateral com fonofobia e fotofobia afetando cerca de 15,8% das pessoas no Brasil onde em sua maioria são mulheres. O uso de anticoncepcionais orais combinados pode aumentar o risco de AVC e gera-se risco de aumentar as crises de enxaqueca. Como hipótese estuda-se o uso de métodos contraceptivos orais combinados pioram os sintomas de enxaqueca em maior frequência e intensidade quando comparados às pessoas que utilizam outros métodos contraceptivos ou não utilizam. Nos resultados e discussão podemos perceber que o uso de AOC não tem forte relação com o surgimento de cefaleia, mas que os sintomas da mesma podem ser piorados com o uso de AOC percebendo uma correlação entre os dados principalmente na população jovem e que demonstra alta taxa de transtornos de saúde mental em conjunto, mas vale ressaltar que os dados não encontraram validade estatística. Pode-se concluir a importância de futuras pesquisas sobre o tema para ampliar os dados sobre para a população geral e a importância do tratamento e uso de anticoncepcionais de acordo com a individualidade de cada paciente.

**Palavras-chave:** anticoncepcionais; cefaleias; enxaquecas;

### Abstract

Migraine is a neurovascular disease characterized by symptoms of intense unilateral headache with phonophobia and photophobia affecting around 15.8% of people in Brazil, the majority of whom are women. The use of combined oral contraceptives may increase the risk of stroke and may increase the risk of migraine attacks. As a hypothesis, the use of combined oral contraceptive methods worsens migraine symptoms with greater frequency and intensity when compared to people who use other contraceptive methods or do not use them. In the results and discussion we can see that the use of COC does not have a strong relationship with the onset of headache, but that its symptoms can be worsened with the use of COC, perceiving a correlation between the data, especially in the young population, which demonstrates a high rate of mental health disorders together, but it is worth highlighting that the data did not find statistical validity. It can be concluded the importance of future research on the topic to expand data on the general population and the importance of treatment and use of contraceptives according to the individuality of each patient.

**Keywords:** contraceptives; headaches; migraines;

### 1 INTRODUÇÃO

Existem vários tipos de cefaleias e, dentre os tipos primários podemos citar a enxaqueca também chamado de migrânea, uma doença neurovascular que causa dores de intensidade moderada a intensa de caráter unilateral, pulsátil, que pode durar de 3 horas a vários dias, além de fotofobia e fonofobia, podendo apresentar sintomas como náuseas e vômitos. A partir disso são considerados crônicos casos que tenham mais de 15 dias de dores no mês e atende a 8 ou mais dos critérios descritos acima por pelo menos três meses. Pode ser ainda classificada em enxaqueca com ou sem aura que são sintomas que antecedem a crise propriamente dita (Hakamaki; Jehkonen, 2022).

Além desses sintomas, existem ainda aqueles chamados de aura que se definem, de acordo com SPECIALI *et. al*, (2018, p.2-3):

As auras são transtornos neurológicos temporários que podem afetar os sentidos, equilíbrio, coordenação muscular, fala ou visão; elas têm duração de minutos a uma hora (migrânea com aura). A aura pode persistir após o início da cefaleia. Com mais frequência, as auras compreendem sintomas visuais (espectro de fortificação — p. ex., lampejos binoculares, arcos de luzes cintilantes, zigue-zagues luminosos, escotomas). Parestesias e dormência (começando, geralmente, em uma das mãos e estendendo-se ipsilateralmente ao membro superior e à face), distúrbios da fala e disfunção temporária do tronco encefálico (causando, por exemplo, ataxia, confusão e até mesmo obnubilação) são menos comuns que as auras visuais. Alguns pacientes têm crises de aura, com pouca ou nenhuma cefaleia.

A partir disso, é de suma importância o estudo da enxaqueca pela sua cronicidade e os altos custos de tratamento e a dificuldade na qualidade de vida de seus portadores, pois seus sintomas apresentam uma alta prevalência no Brasil e no mundo tornando-a uma doença de importante visibilidade dentro da saúde pública (Galdino; Albuquerque; Medeiros, 2007). Atualmente a migrânea afeta cerca de 15,8% da população brasileira, acometendo cerca de 22% das mulheres e 9% dos homens. Cerca de 80% dos casos são de enxaqueca simples sem aura e mais comum entre 30 a 50 anos (Speciali *et. al*, 2018).

As cefaleias normalmente são de diagnóstico clínico, mas em casos graves ou em suspeitas de outras doenças associadas pode-se utilizar de exames de imagem como a tomografia, ressonância, coleta de líquor dentre outros visando diferenciar a cefaleia primária da secundária e evitar doenças mais graves como AVCs e meningites por exemplo. Um dos principais critérios de diferenciação é a dor de início súbito e de extrema intensidade de dor (IHS, 2018).

Alguns sinais de alerta devem ser observados, como sinais e sintomas neurológicos de fraqueza, diplopia, papiledema, déficits neurológicos focais, além de hipertensão grave, imunossupressão ou câncer, meningismo, cefaleia de início após os 50 anos, cefaleia intensa, febre, olhos vermelhos e halos de luz (IHS, 2018).

No Brasil, cerca de 81% das mulheres em idade reprodutiva utilizam algum método contraceptivo, dentre elas 25% usam o anticoncepcional oral hormonal, onde principalmente os anticoncepcionais orais combinados que contêm progesterona e estrogênio são responsáveis por diversos efeitos trombóticos e maiores riscos de ocorrência do acidente vascular cerebral (AVC) que podem afetar em especial as mulheres portadoras de enxaqueca. Porém vale ressaltar que a piora dos sintomas de enxaqueca não deve estar relacionada à ocorrência do AVCs propriamente dito. (Steckert; Nunes; Alano, 2016). De acordo com o estudo de Steckert; Nunes; Alano (2016) o fator de risco de maior prevalência foi a enxaqueca e quando a mulher sofre com esse tipo de cefaleia, maior é seu risco de desenvolver AVC isquêmico, podendo os AOC também modificar e desencadear crises de enxaqueca (Hardy *et al.*, 1991).

Nas recomendações da Febrasgo (2018), mulheres com dores de cabeça leve ou média não têm necessidade de evitar nenhum método contraceptivo, salvo quando apresentem piora dos sintomas ou aumento de frequência dos sintomas de enxaqueca. Já em mulheres acima dos 35 anos ou que apresentem aura deve-se evitar o uso de AOC, independente da via de utilização, pois existe um alto risco de elevação das crises de enxaqueca.

Em relação a este assunto nota-se uma escassez de evidências na literatura científica médica que correlacionem a intensidade ou frequência das crises de migrânea em relação ao uso de AOC, mesmo estas sendo uma queixa frequente em consultório conforme experiência dos autores. Portanto o presente estudo

objetiva estudar a piora dos sintomas de enxaqueca em mulheres que utilizam AOC dentro de uma instituição privada de ensino em Araguari-MG.

O estrogênio desempenha um papel fundamental na fisiopatologia da enxaqueca e, durante os períodos de flutuação, como puberdade, menstruação, gravidez e peri e pós-menopausa, sendo assim, essas variações podem impactar o surgimento de sintomas. Os hormônios sexuais podem atuar como moduladores importantes, daí os diferentes efeitos da enxaqueca em homens e mulheres (Todd 2018)

Dessa forma, a pesquisa em questão visa observar se as mulheres que usam anticoncepcionais orais combinados podem apresentar pioras dos sintomas de enxaqueca, e ou aumento da ocorrência das crises.

A partir do exposto, esse artigo visa rastrear a piora dos sintomas de enxaqueca com o uso de anticoncepcionais orais combinados nas acadêmicas da Instituição de ensino IMEPAC - Araguari que estejam em período reprodutivo e que sejam maiores de 18 anos. Para isso, foi realizada a comparação da piora dos sintomas com outros métodos hormonais e não hormonais com os anticoncepcionais orais combinados, com mulheres que não utilizam nenhum método contraceptivo e se os sintomas de enxaqueca começaram antes ou depois do início de uso e a correlação com a alteração dos sintomas apresentados, seja por intensidade ou frequência de sua manifestação.

## 2 METODOLOGIA

O estudo é do tipo observacional analítico, de corte transversal, descritivo quanto aos objetivos e com aplicação prática quantitativa, utilizando como ferramenta técnica a aplicação de questionário online para obtenção de dados que permita a realização de levantamento e análise de variáveis relevantes para este estudo. Para a perspectiva qualitativa iremos observar as percepções dos discentes em relação às perguntas e sua percepção sobre os sintomas apresentados.

Foi realizado no município de Araguari-MG com os discentes que são estudantes de medicina do 1º ao 8º período do Centro Universitário IMEPAC Araguari, por meio da aplicação de um questionário no google formulário para que a amostra aleatória seja selecionada e responda, entre o período entre março e abril de 2024, conforme descrito no cronograma deste projeto.

Os participantes deste estudo são as alunas de medicina 1º ao 8º período que estejam matriculadas no Centro Universitário IMEPAC Araguari considerando todos os critérios de elegibilidade ou inelegibilidade para o estudo em questão citados nos critérios de inclusão e exclusão após aceite de participação através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio da fórmula de proporção de Cochran ( $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1}$ ), utilizando os parâmetros de 95% de intervalo de confiança, uma margem de erro de 5% e uma proporção populacional de 50% como base na maior variabilidade possível. Para o cálculo, utilizar-se-á a calculadora online Prática Clínica.

Dessa forma, o N populacional resulta em um total de 739 estudantes e destes, foram selecionados n amostral de 253 que corresponde a 34% de alunos.. Posteriormente, para a seleção do n amostral será realizada a técnica amostragem probabilística estratificada para definir a quantidade alunos que serão pesquisados por cada período a partir da amostra encontrada, encontrando uma porcentagem de 34% ou 0,36 ( $\text{Amostra} \cdot 100 / \text{População} = \text{Amostra Estratificada}$ ;  $253 \cdot 100 / 739 = 0,34$ ) que será considerado de cada turma (Quantidade de Alunos por turma.  $0,34 = \text{Total de alunos pesquisados por turma}$ ), vale ressaltar que todos os valores encontrados foram arredondados de acordo com as regras matemáticas, os valores encontrados serão adicionados na tabela 1.

**Tabela 1: Representação populacional dos alunos de medicina em seus respectivos períodos. Destaque do valor amostral calculado com a técnica de amostragem probabilística estratificada em Araguari-MG/2024.**

Períodos	Quantidade de alunos n (%)	Número Amostral n (%)
Primeiro	115 (15%)	39 (15%)
Segundo	116(16%)	40 (16%)
Terceiro	101 (14%)	35 (14%)
Quarto	99 (13%)	34 (13%)
Quinto	56 (8%)	19 (9%)
Sexto	82 (11%)	28 (11%)
Sétimo	69 (9%)	24 (9%)
Oitavo	101 (14%)	34 (13%)
Total de Alunos:	739 (100%)	253(100%)

**Fonte:** Os autores

Os questionários foram obtidos por meio da plataforma Google, composto por questões escala Likert, objetivas e dissertativas que abordam o tema descrito anteriormente, descritas nos anexos e no formulário disponibilizado a seguir. Sendo seguido para criação do questionário a classificação internacional de cefaleias de 2018.

De forma que acessaremos os participantes da pesquisa a partir dos grupos de cada turma e divulgação nas redes sociais principalmente, posteriormente se necessário realizar a chamada ativa em cada turma a partir do uso de QRcode.

Os dados foram tabulados e organizados com o auxílio do Software Excel® e no tratamento descritivo e inferencial deles foi utilizado o Software BioEstat®, sendo calculadas as estatísticas centrais, de dispersão e aplicados testes de hipóteses pertinentes.

Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos em ciclo reprodutivo, que tenham sintomas prévios de enxaqueca antes da pesquisa e que sejam estudantes de medicina do CENTRO UNIVERSITÁRIO IMEPAC ARAGUARI e que aceitem o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) pelo parecer de número 6.542.246/2023.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos critérios de inclusão e exclusão do presente estudo foram analisadas 38 mulheres, onde podemos perceber que cerca de 87% da amostra se encontra na faixa etária de 18-28 anos, demonstrando que a maior taxa da população pesquisada se encontra nessa faixa de idade. Além disso, podemos notar que a maior taxa de participação em relação ao tempo de estudo advém do quinto período com 24% seguida do quarto com 16%. Dados da tabela 2, a seguir:

**Tabela 2: Dados referentes a faixa etária, semestre cursado e uso de métodos contraceptivos**

Variáveis	Presença de Enxaqueca	
	n amostral	(%)
<b>faixa etária</b>		
18-28 anos	33	87%
29-38 anos	4	10%
39-48 anos	1	3%
<b>Período</b>		
1º Período	3	8%
2º Período	1	3%
3º Período	8	21%
4º Período	6	16%
5º Período	9	24%
6º Período	2	5%

7º Período	5	13%
8º Período	4	10%
<b>Uso de Método contraceptivo</b>		
Sim	31	82%
Não	7	18%
<b>Método de contracepção</b>		
Anticoncepcional oral combinado (AOC)	18	47%
Dispositivo intrauterino (DIU)	9	24%
Implanon	1	2%
Anticoncepcional de progesterona	3	8%
Camisinha	1	2%
Nenhum	6	17%

**Fonte:** Os autores

Nesse sentido, a tabela 2 mostra que 82% das mulheres relatam realizarem uso de algum método contraceptivo e que destas 47% usam os anticoncepcionais orais combinados (AOC), seguido dos dispositivos intrauterinos (DIU) com 24%, onde podemos perceber a alta prevalência de mulheres que usam algum método contraceptivo principalmente os AOC, dados consonantes com estudos que mostram esse processo de crescimento (Shoupe, 2019).

O efeito dos anticoncepcionais hormonais (ACH) vem da ação da progesterona e o estrogênio (etinilestradiol) que estão na pílula combinada para estabilizar o endométrio, reduzir a frequência de sangramentos irregulares e evitar a androgenização dos progestágenos (BRASIL, 2002).

Os compostos estrogênicos são os responsáveis pelas complicações vasculares como o tromboembolismo que ocorrem na associação entre o uso de contraceptivos hormonais e a migrânea, sendo correlacionada a sua incidência com a dose utilizada (Giglio, 2015), tendo em vista que quanto menor a taxa hormonal menor o risco de efeitos trombóticos (BRASIL, 2002).

Quando se diz do uso dos AOC grande parte dos participantes não relataram mudanças significativas em relação aos sintomas de enxaqueca, mostrando a complexidade da relação entre esses fatores, o que deixa transparecer que não existe uma causa direta de enxaqueca com o uso de AOC em si, apesar que muitas podem apresentar uma relação causal principalmente naquelas com sintomas de aura e problemas vasculares (MacGregor *et al.*, 2017).

Informações que corroboram com as análises estatísticas encontradas, onde a proporção de alunas que sem o uso de AOC e que apresentam sintomas de enxaqueca é de 46.1%, valendo ressaltar a menor amostra (n=13) deste grupo, enquanto que após o uso de AOC essa proporção foi de 46.3%.

A partir disso, ao considerar o Odds Ratio de 1.0076 mostra que o uso de AOC tem maior chance de aumentar os sintomas de enxaqueca quando em comparação às pessoas que não usam, mas como o  $p=0.75$  demonstra que não os dados encontrados não tem valor significativos quando comparado a outros métodos.

As dores de cabeça ou cefaleias podem ser classificadas em primárias e secundárias. Nas primárias o principal sintoma são as dores de cabeça frequentes como acontece na migrânea, na cefaléia do tipo tensional e na cefaléia em salvas. Já nas cefaleias secundárias a dor de cabeça é um sintoma secundário de uma doença subjacente neurológica ou sistêmica como meningite e tumores, sendo necessário pesquisar as diferenças entre elas e estar atento aos sinais de gravidade (Speciali *et.al*, 2018).

Nesse aspecto podemos perceber nas estudantes de medicina pesquisadas uma maior prevalência de sintomas de enxaqueca com predomínio principalmente mulheres jovens e em idade reprodutiva que corrobora com os achados anteriores da literatura sobre o tema, onde temos uma maior prevalência em mulheres início da adolescência (Burch *et al.*, 2019; Vetvik & MacGregor, 2017).

Na tabela 3 a seguir mostra informações encontradas sobre enxaqueca, critérios diagnósticos e tempo de sintomas:

**Tabela 3: Sintomas de aura, critérios diagnósticos de enxaqueca e tempo de sintomas.**

Variáveis clínicas	Presença de Enxaqueca	
	n amostral	(%)
<b>Sintomas de Aura</b>		
Presente	16	42%
Ausente	22	58%
<b>Critérios de diagnóstico de enxaqueca</b>		
Critério A (5 crises com critérios de B a D)	5	13%
Critério B (Cefaleia duração de 4 a 72 horas sem melhora com ou sem medicamentos)	18	47%
Critério C (Preenche pelo menos 2 critérios C)	35	92%
Critério C1 (localização unilateral)	17	45%
Critério C2 (caráter pulsátil)	31	87%
Critério C3 (intensidade moderada ou forte)	26	68%
Critério C4 (exacerbada por atividades físicas rotineiras)	11	29%

Critério D (Durante a cefaleia pelo menos um dos critérios D)	30	79%
Critério D1 (náusea e/ou vômito)	19	50%
Critério D2 (fotofobia e/ou fonofobia)	28	74%
Critério E (não atribuída a outros transtornos)	11	30%
<b>Tempo de sintomas em meses</b>		
6 meses	1	3%
12 meses	7	18%
24 meses	2	5%
36 meses	4	11%
48 meses	1	3%
60 meses	16	42%
Mais de 60 meses	5	13%
Sem sintomas	2	5%

**Fonte:** os autores

De forma que, de acordo com a tabela acima notamos que 58% das mulheres não apresentam sintomas de aura, tais como distúrbios da imagem ocular percebida com ausência ou alteração de um dos hemisférios visuais ou parte deles (Speciali *et.al*, 2018; IHS, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cefaleia, o diagnóstico de enxaqueca prediz que o paciente tenha (A. Pelo menos 5 crises preenchendo os critérios de B a D, B. Cefaleia com duração de 4 a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz), C. A cefaleia preenche ao menos 2 das seguintes características (C.1. localização unilateral, C.2. caráter pulsátil (latejante), C.3. intensidade moderada ou forte, C.4. exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo: caminhar ou subir escada)), D. Durante a cefaleia, pelo menos 1 dos seguintes: (D.1. náusea e/ou vômitos, D.2. fotofobia e fonofobia), E. Não atribuída a outro transtorno, isto é, que estes sintomas não sejam secundários a outras doenças.

A partir do exposto, cerca de 42% das mulheres apresentam sintomas de enxaqueca à 60 meses, em que os principais critérios encontrados foram caráter pulsátil com 87%, intensidade de moderada a forte 68%, fonofobia e fotofobia de 74%, náusea e vômito 50% e de duração de 4 a 72 horas com 47%,

As crises de enxaqueca podem ser subdivididas em diversas fases sendo que, nem sempre todas elas estarão presentes em todas as crises. Na fase 1 ocorrem os sintomas premonitórios que antecedem a cefaleia por horas ou dias sendo alguns dos mais comuns irritabilidade, diminuição da capacidade de raciocínio e memorização mais lentos, desânimo e avidez por alimentos específicos (SPECIALI *et.al*, 2018; IHS, 2018).

Na fase 2 ocorrem os sintomas de aura que são sintomas neurológicos com desenvolvimento gradual com duração de 5 a 60 minutos que tipicamente são caracterizados por distúrbios visuais com perda ou distorção



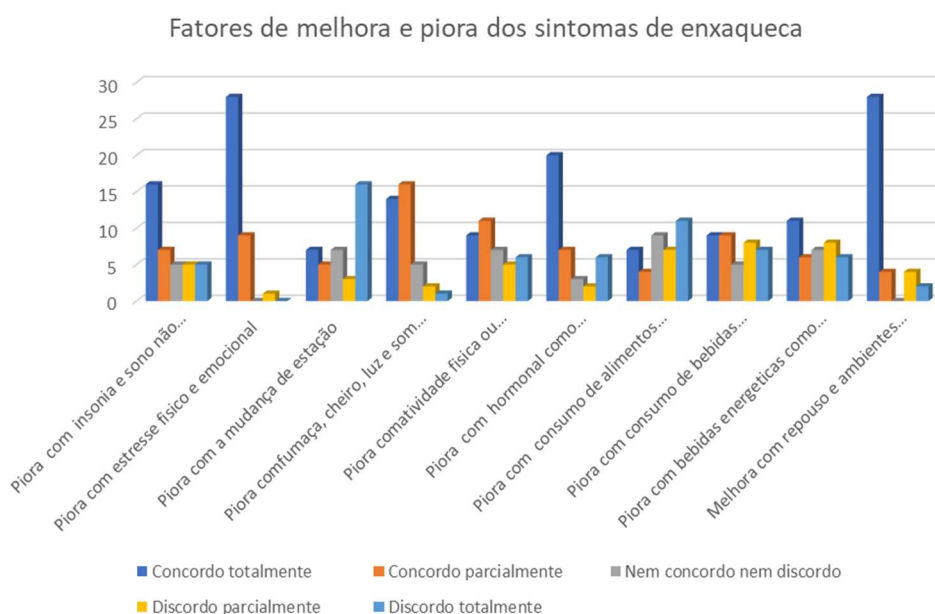
de um dos hemicampos visuais ou parte deles, podendo surgir também parestesia ou disfagia (Speciali *et.al*, 2018; IHS, 2018).

Já na fase 3 ocorrem os sintomas de enxaqueca propriamente dita que é constituída por forte dor, de caráter pulsátil com piora durante atividade física e atividades do dia a dia, com duração de 4 a 72 horas e que geralmente muda de lado de uma crise para outra. Além disso, nos quadros típicos deve apresentar sintomas associados como foto e fonofobia e pode apresentar náuseas e/ou vômitos (Speciali *et.al*, 2018; IHS, 2018).

E por último a fase de recuperação que se caracteriza pela completa exaustão do paciente que acaba por necessitar de períodos de descanso para se restabelecer completamente. Alguns fatores de risco podem estar associados à piora dos sintomas de enxaqueca e a cronificação dos sintomas com crises diárias e que ocorrem por mais de 15 dias no mês por um tempo maior que três meses (IHS, 2018).

Alguns exemplos são, fatores emocionais, estresse, abuso de analgésicos, consumo de chocolate e alimentos com açúcar em excesso e bebidas à base de cafeína, dentre outros (Speciali *et.al*, 2018). A partir disso, na figura 1 abaixo mostra os resultados encontrados os fatores de melhora e piora relatados pelas discentes pesquisadas:

**Figura 1:** Fatores de melhora e piora da enxaqueca



**Fonte:** Os autores

Onde podemos observar maior taxa de piora dos sintomas de enxaqueca quando as alunas pesquisadas passam por fatores de estresse físico e/ou emocional, em alterações hormonais como menstruação e em distúrbios de sono como a insônia. Como fator de melhora podemos relatar o repouso em ambientes calmos e escuros.

Pensando no disposto acima e no tratamento da enxaqueca devem ser levados em consideração, no tratamento não farmacológico, podemos citar a importância de se evitar elementos que possam provocar as crises como estresse, horários de sono irregulares, supressão de refeições ou jejum prolongado, ingestão de bebidas com cafeína e bebidas alcoólicas além de alguns alimentos. Devendo se orientar ainda sobre o não uso de forma abusiva de medicamentos que podem piorar as crises. Outras medidas são dormir em

ambientes calmos e com pouca luz, técnicas de relaxamento podem ajudar a evitar as crises (Bordini, 2016; Lipton *et al.*, 2015). O manejo desses gatilhos é de suma importância para o tratamento adequado e o controle dos sintomas, frequência e gravidade das crises.

A partir disso, podemos perceber a alta prevalência de transtornos mentais nas discentes pesquisadas e sua correlação com a gravidade dos sintomas onde 53% das alunas relataram algum tipo transtorno ansioso, 16% de transtornos depressivos, 5% transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dentre outros diagnósticos com menor prevalência, ressaltando a importância de uma abordagem multidisciplinar com profissionais de diversas áreas como neurologia, psiquiatria e psicólogo por exemplo no tratamento das enxaquecas visando otimizar o tratamento clínico e a melhoria dos resultados apresentados, ao tratar em conjunto as comorbidades apresentadas (Minen *et al.*, 2016; Buse *et al.*, 2013).

Em relação ao tratamento dessas comorbidades vemos que 45% pessoas relataram não usarem medicamentos, 29% pessoas usam inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), 5% pessoas usam duais ou alguma outra classe de antidepressivo, uma taxa de automedicação com 8% dessas pessoas utilizam benzodiazepínicos para crises de ansiedade, 5% usam ritalina/venvase para TDAH.

**Tabela 4: Impacto do uso de AOC combinado em sintomas nas participantes**

Impacto do Uso de AOC	Presença de sintomas	
	Número de Pessoas	n(%)
Impactos negativos do uso de AOC		
Espinhas	1	3%
Cefaleia	5	13%
Gravidez	1	3%
Falta de Praticidade	4	11%
Edema	1	3%
Dor nas pernas	1	3%
Reação	1	3%

Aumento de sintomas com uso de método contraceptivo em relação a enxaqueca

Sim	20	53%
Não	18	47%

Sintomas apresentados após início dos AOC

Piora das dores de cabeça	15	40%
Náusea e/ou vômito	7	18%
Ganho de peso	2	5%
Fotofobia	7	18%
Dor nas pernas e edema	3	8%
Ausência de libido	1	3%

Melhora dos sintomas com descontinuação do AOC

Sim	9	24%
Não teve melhora ou não respondeu	29	76%

Quais sintomas melhoraram?

Não notaram diferença	26	68%
Melhoria das crises	1	3%
Diminuição dos sintomas	7	18%

Não descontinuaram

4

11%

**Fonte:** Os autores

Na tabela 4 destaca o impacto do uso de AOC na vida das discentes universitárias onde 13% relataram apresentar cefaleia, 11% disseram que os contraceptivos combinados não apresentam praticidade. Além disso, 53% das mulheres relataram aumento dos sintomas de enxaqueca ao utilizarem AOC, onde destas 40% disseram ter piora dos sintomas e 18% apresentaram piora de náusea, vômito, fotofobia e fonofobia que foram os mais prevalentes.

E destas, cerca de 24% relataram melhora dos sintomas apresentados ao descontinuar o uso de AOC, onde 18% do total perceberam diminuição dos sintomas como principal prognóstico de diferença e essa correlação demonstra melhora dos sintomas de enxaqueca em determinados casos que se correlaciona com achados encontrados em literatura (MacGregor *et al.*, 2015).

Além do disposto acima, outros sintomas foram ganho de peso, acne, edema e ausência de libido. De forma a colaborar com dados de pesquisas anteriores que relatam a correlação do uso dos mesmos com o humor, peso corporal e saúde vascular (Dragoman *et al.*, 2020).

No tratamento farmacológico pode-se perceber uma ampla gama de medicamentos utilizados para tratamento, passando desde medicamentos mais comuns como analgésicos simples em 45% das pessoas, analgésico simples + anti-inflamatório relatado por 24% dos indivíduos que são os tratamento mais comuns, 13% relatam usar triptanos (naramig, sumax) e em menores porcentagens medicamentos como neurolépticos, mesilato de di-hidroergotamina, betabloqueador e antidepressivos duais como a venlafaxina e desvenlafaxina.

Com isso percebe-se o quão diversificado o tratamento é, a complexidade para se realizar o manejo adequado dos sintomas que deve ser feita de forma individualizada levando em consideração a gravidade dos sintomas, comorbidades e o que prefere o paciente em questão (Silberstein *et al.*, 2019).

A partir disso, ao comparar a piora dos sintomas de enxaqueca em uso AOC com o uso de métodos contraceptivos de progesterona ou não hormonais observa-se que a proporção de alunos que usam AOC e apresentam sintomas de enxaqueca foram de 46,2% enquanto que a proporção de alunas de alunas que usam outros métodos contraceptivos e que apresentam sintomas de enxaqueca foi de 55% sendo importante considerar que a amostra desse grupo que estava dentro dos critérios considerados foi bem menor do que a outra (n=9).

Portanto, a chance de se usar o AOC combinado e apresentar enxaqueca com o tratamento é de 0,69 vezes mais, destacando que o tratamento poderia ser protetivo, contudo, na análise estatística esse resultado se mostrou sem significância estatística  $p=0,889$ , quando comparado aos outros métodos.

#### 4 CONCLUSÕES

Em suma, percebe-se que embora o AOC pode não ser a causa direta de migrânea em diversas mulheres, torna-se possível à associação entre o uso desse remédio e o aumento dos sintomas em alguns indivíduos e os efeitos colaterais apresentados demonstram a importância de uma avaliação individualizada para cada pessoa ao se prescrever métodos contraceptivos levando-se em consideração sintomas prévios, história médica pregressa e preferências da paciente.

Deste modo, os dados que foram obtidos na amostra não se denotam significado estatístico, portanto torna-se necessário novos estudos com populações maiores para que estes dados sejam mais significativos.

Considerando isso, torna-se importante ressaltar que se encontra no estudo correlação entre a piora dos sintomas de enxaqueca e o uso de AOC nas pessoas pesquisadas.

Diante do exposto, pode-se notar a importância dos insights apresentados sobre a enxaqueca entre as estudantes de medicina da instituição pesquisada, demonstra-se a importância do tratamento multidisciplinar dessas discentes e o olhar para as diversas dimensões do cuidado, onde visa-se o melhor diagnóstico e tratamento da condição apresentada, propondo-se a detecção precoce e tratamentos personalizados que pretende a melhora física, do sono, da alimentação e na saúde mental, objetiva-se que tenha a melhora da qualidade de vida das próprias alunas pesquisadas.

Assim sendo, é importante ressaltar a importância da correlação entre crises de enxaqueca e piora dos sintomas na população com transtornos mentais que pode gerar confusão nos dados coletados, sendo um fator digno de nota e que deve ser observado em novas pesquisas.

Desta forma, torna-se importante a melhora na realização deste questionário para que, o mesmo seja mais sucinto e acessível para o público em geral. Além de que, evoca-se necessário à busca de mecanismos de maior confiabilidade para a análise do público, onde faz-se necessário que o parâmetro utilizado seja menos relativo e modificável que o autorrelato da pessoa pesquisada.

Em último aspecto pode-se perceber que esse trabalho seria de maior valia ao se ampliar a pesquisa para estudantes de medicina de outros lugares, de outros cursos e até mesmo para a população em geral.

## 5 REFERÊNCIAS

BORDINI, C. A. *et al.* Recomendações para o tratamento das crises de enxaqueca - um consenso brasileiro. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 74, n. 3, pág. 262–271, mar. 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Políticas De Saúde. Área Técnica De Saúde Da Mulher. Assistência Em Planejamento Familiar: **Manual Técnico**. 4. Ed. Brasília, 2002.

BURCH, R. C., BUSE, D. C., & LIPTON, R. B. (2019). Migraine: Epidemiology, burden, and comorbidity. **Neurologic Clinics**, 37(4), 631–649

BUSE, D. C. *et al.* Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. 2013 **J Neurol**, 260 (8), 1960-1969.

DRAGOMAN, M. V. *et al.* A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 148(1), 3-14.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Revinter; 2018.

IHS. Comitê de Classificação de Cefaleias da International Headache Society. **Classificação Internacional das Cefaleias**, 3ª edição. Cefalalgia. 2018;38(1):1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>

GALDINO, G. S.; ALBUQUERQUE, T. I. P. E.; MEDEIROS, J. L. A. DE. Cefaléias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, n. 3a, p. 681–684, set. 2007.

GIGLIO, MRP *et al.* **Contracepção Hormonal segundo a Ótica do Estudante de Medicina: Mais um Desafio para o Ensino Médico Brasileiro?**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, n. 4, pág. 502-506, fora. 2015.

HAKAMÄKI, H.; JEKONEN, M. **Achados neuropsicológicos na enxaqueca: uma revisão sistemática.** *Dementia & Neuropsychologia*, v. 16, n. 4, pág. 433–443, fora. 2022.

HARDY, et al. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. **Rev de Saúde Pública.** 1991;25:96-102

LIPTON, R. B. et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. **Neurology**, 68(5), 343–349. 2015.

MACGREGOR, E. A., HACKSHAW, A., & COHENA, H. Migraine and headaches: an adverse reaction to hormonal contraceptives. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 55(3), 388-401.

MACGREGOR, E. A., FRITH, A., & ELLIS, J. Prevention of migraine in the pill-free interval of combined oral contraceptives: a double-blind, placebo-controlled pilot study using natural oestrogen supplements. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, 43(4), 349-353. 2017.

MINEN, M. T. et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, 87(7), 741–749. 2016.

MINEN, M. T. et al. Lifting the Burden of Migraine in Women. 2016 **Headache**, 56(10), 1-14.

SBCe - **Sociedade Brasileira de Cefaleia** (Brazilian Headache Society), filiada à International Headache Society. Guarujá 17-18 de março de 2000. Aceite: 21-março-2000.

SHOUBE, D. (2019). **Contraception.** In **Berek & Novak's Gynecology** (pp. 245-258). Lippincott Williams & Wilkins.

SILBERSTEIN, S. D. et al. Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: Report of the quality standards subcommittee of the American academy of neurology and the American headache society. **Neurology**, 88(17), 1–9. 2019.

SPECIALI, J. G. et al. **PROTOCOLO NACIONAL PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS CEFALÉIAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA DO BRASIL - 2018.** Academia Brasileira de Neurologia : Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia, Brasil, 2018. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2023.

STECKERT, A. P. P.; NUNES, S. F.; ALANO, G. M. CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS ORAIS: UTILIZAÇÃO E FATORES DE RISCO EM UNIVERSITÁRIAS. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], v. 45, n. 1, p. 78–92, 2016. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/64>. Acesso em: 2 jul. 2023.

TODD, C., LAGMAN-BARTOLOME, A. M & LAY, C. Mulheres e enxaqueca: o papel dos hormônios. **Curr Neurol Neurosci Rep** 18 , 42 (2018).

VETVIK, K.G, MACGREGOR, E.A. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. 2017. **Lancet Neurol**, 16(1), 76-87.