

CARLOS HENRIQUE FERREIRA CAMARGO

**CEFALÉIAS E GESTAÇÃO: UM ESTUDO CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICO EM 100 MULHERES EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1997

CARLOS HENRIQUE FERREIRA CAMARGO

**CEFALÉIAS E GESTAÇÃO: UM ESTUDO CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICO EM 100 MULHERES EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina: Edson José Cardoso

Orientadores: Luiz Fernando Somacal

Luiz Paulo de Queiroz

FLORIANÓPOLIS

1997

AGRADECIMENTOS

Ao professor Luiz Fernando Somacal, que soube apoiar a elaboração deste trabalho .

Ao Dr. Luiz Paulo de Queiroz, que no seu incessante estudo das cefaléias incentivou-me na escolha deste tema apoiando e orientando a realização deste trabalho.

Aos queridos amigos Eduardo Miguel Kuhr, pela ajuda na análise dos dados e com programas de informática em epidemiologia, Elyéia Hannuch pela elaboração do *Summary* e Rosivaldo da Silva Júnior pelo auxílio na digitação.

Aos amigos do Curso de Medicina por tornarem os seis anos de convivência diária inesquecíveis.

E principalmente aos meus pais, vovó Morena, tia Yone e Ana Patrícia pelo carinho e apoio principalmente no momentos mais difíceis.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS	7
3. MÉTODO	8
4. RESULTADOS.....	9
6. DISCUSSÃO	16
7. CONCLUSÕES	22
8. REFERÊNCIAS.....	23
9. RESUMO.....	26
10. SUMMARY	27
APÊNDICE	29

1. INTRODUÇÃO

Várias evidências sugerem relação entre cefaléia e o ciclo de vida normal das mulheres incluindo importantes fases de alteração hormonal: menarca, gravidez, uso de anticoncepcionais orais, menopausa e terapia de reposição hormonal.^{1,2,3}

A cefaléia pode ser dividida em 13 grupos com características distintas de acordo com critérios diagnósticos estabelecidos⁴. Independente da classificação, afeta 81,2% das mulheres e 18,8% dos homens na vida adulta⁵.

A enxaqueca é uma forma comum de cefaléia crônica diária⁵ que desenvolve-se mais freqüentemente em mulheres na segunda década de vida, com pico na menarca, com relação 2:1 entre mulheres e homens, não observando-se esta diferença em relação ao sexo na infância e fase pré-puberal^{1,2,3}.

A enxaqueca inicia-se na menarca em 33% dos casos podendo ocorrer exclusivamente no período menstrual em 14% das mulheres^{1,2,3}. No período pré-menstrual pode ser parte da Síndrome da Tensão Pré-menstrual¹

As características da cefaléia podem ser alteradas durante a gestação⁶. A maioria das mulheres que têm história de enxaqueca experimentam uma redução nos episódios ou desaparecimento da cefaléia durante a gestação⁷. Outras, podem não relatar alterações ou referir piora^{3,7}. Há relato de enxaqueca iniciando-se pela primeira vez na gravidez⁶, principalmente enxaqueca com aura⁸. Gestantes com enxaqueca comum tendem a experimentar alívio da dor durante sua gestação, mas mulheres com enxaqueca clássica não³. Mulheres que

apresentam cefaléia exclusivamente durante o período menstrual tipicamente melhoram durante a gravidez^{1,2,3,9}.

Pode existir variação em qualidade e freqüência da cefaléia em todos os trimestres da gestação^{6,7,10}. A enxaqueca pré-existente pode piorar, particularmente no primeiro trimestre. As mulheres que tem alívio durante o início da gestação podem ter recorrência no terceiro trimestre.^{3,6}

Estas evidências sugerem uma ligação da cefaléia, em especial a enxaqueca, e os hormônio femininos, estrogênios e progesterona^{1,2,3}.

Apesar dos mecanismos fisiopatológicos não estarem esclarecidos e poucos estudos demonstrarem resultados consistentes para afirmar a relação entre os hormônios sexuais femininos e a gênese das cefaléias, sabe-se que estas substâncias têm ação direta sobre o Sistema Nervoso Central ligando-se a receptores em neurônios opiérgicos e outros neurônios na área do cérebro responsável pelo comportamento da reprodução e liberação de gonadotrofinas. Os estrogênios aumentam o número de receptores muscarínicos e a progesterona modula os receptores α -adrenérgicos e serotoninérgicos¹.

Sob o controle da serotonina, opióides e outros neurotransmissores, o hipotálamo secreta hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) de maneira pulsátil estimulando a hipófise, que produz hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo estimulante (FSH). Há um comando aos ovários que secretam estrogênios e progesterona. Estradiol produzido pelos folículos ovarianos estimula o crescimento do endométrio; progesterona estimula-o a secretar muco, proteínas específicas e substâncias vasoativas, incluindo as prostaglandinas.^{1,2}

As prostaglandinas aumentam a contração uterina e apresentam-se com níveis séricos aumentados em mulheres com dismenorréia³. Sabe-se também, que os níveis plasmáticos de PGF₂, presente na fisiologia da contração uterina¹¹, estão aumentados durante a crise de enxaqueca². São hipóteses para a ocorrência concomitante de dismenorréia e enxaqueca durante o período menstrual^{1,2}.

Durante a gestação a placenta, como o corpo lúteo, secreta estrogênio e progesterona. Estudos histoquímicos e fisiológicos indicam que esses dois hormônios placentários também são secretados pelas células trofoblásticas sinciciais. A produção diária de estrogênios placentários aumenta em termos de atividade estrogênica até cerca de 30 vezes o normal ao final da gravidez.¹²

Apesar de diferenças consistentes nos níveis séricos de hormônios sexuais não terem sido demonstradas entre mulheres com e sem enxaqueca, sabe-se que muitas experimentam alívio ou cessar de seus episódios de cefaléia durante a gestação^{1,2,3,7,10}. Estes dados associados a estudos demonstrando que o terceiro trimestre é o de maior alívio das crises de cefaléia^{6,10} sugerem uma ligação com os altos níveis estrogênicos durante a gravidez^{1,2,3}.

Ao contrário, cefaléia pode ocorrer pela primeira vez ou piorar durante a gestação⁷. Mulheres na menopausa podem melhorar apresentando piora com a terapia de reposição hormonal^{1,2,3}. São fatos que questionam a ação dos hormônios sexuais apontando outros fatores na gênese da cefaléia.

Considerando que cefaléia está relacionada ao ciclo de vida da mulher com importantes alterações na qualidade dos episódios durante o período gestacional, selecionamos 100 puérperas com a finalidade de determinar a prevalência de cefaléia na gravidez, suas características, relacionando seu início com as principais fases de alteração no ciclo hormonal feminino.

2. OBJETIVOS

1. Determinar a prevalência de cefaléia em gestantes;
2. Comparar a intensidade da cefaléia antes e durante a gestação;
3. Avaliar a intensidade da cefaléia nos três trimestres da gravidez;
4. Relacionar o início da cefaléia ao ciclo gravido-puerperal e à menarca.

3. MÉTODO

Tratou-se de um estudo prospectivo e transversal através de aplicação de questionário a puérperas na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.

O grupo de estudo selecionado foi composto por 100 mulheres admitidas consecutivamente durante o mês de outubro de 1997 e entrevistadas no Alojamento Conjunto nas primeiras 48 horas após o parto.

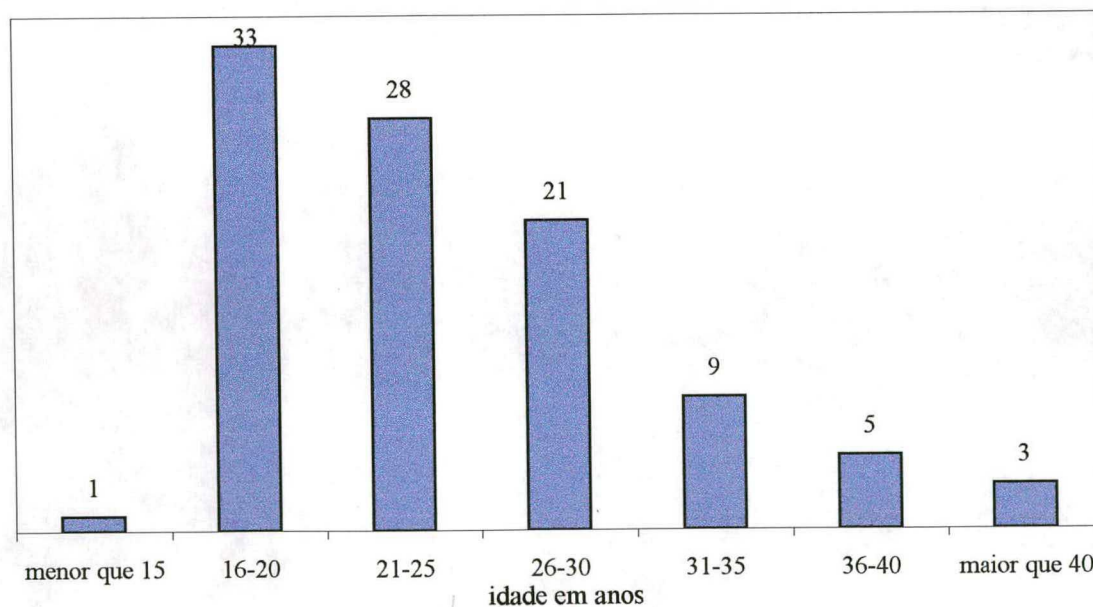
O questionário dividia-se em três partes. A primeira continha informações demográficas: idade, raça, procedência e a data do parto. Informações sobre o número de gestações, tipo de parto anterior, abortos, número de pré natais e duração da gestação atual com possíveis intercorrências obstétricas e clínicas eram buscadas na segunda parte. Na terceira parte do questionário, perguntava-se à paciente se costumava a ter cefaléia regularmente e se ocorreram episódios durante a gestação atual. Em caso de resposta afirmativa eram formuladas questões para relacionar a cefaléia durante o período gestacional às crises anteriores; períodos da gestação de maior alívio ou agravo; e se o primeiro episódio ocorrera próximo a menarca, em alguma gestação ou puerpério.

As entrevistadas deveriam também responder se comunicaram seu médico durante as consultas pré-natais sobre a cefaléia ou se usaram medicação para abortá-la.

4. RESULTADOS

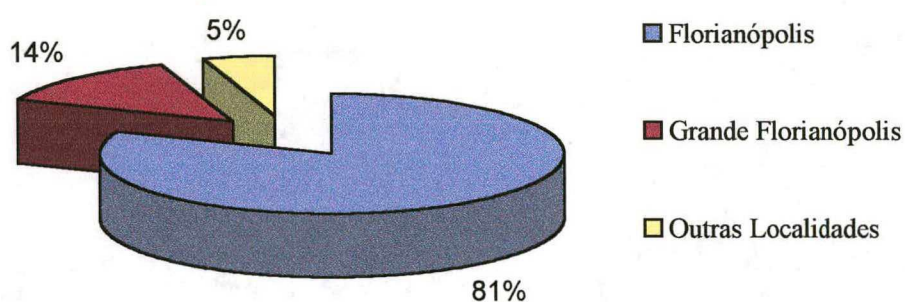
As 100 mulheres entrevistadas tinham idade entre 15 e 43 anos com média de 24,5 anos e desvio padrão igual a 6,53. Na figura 1 é mostrada a distribuição dos pacientes conforme a idade. A maioria (82%) tinha idade entre 16 e 30. Oitenta e uma procediam do Município de Florianópolis, 14 da Grande Florianópolis (9 de São José, 2 de Biguaçu, 2 de Palhoça, 1 de Governador Celso Ramos) e 5 de outras localidades do Estado de Santa Catarina (Figura 2).

Figura 1. Distribuição das entrevistadas conforme a idade



61%

Figura 2. Distribuição das pacientes conforme a procedência



Cinqüenta e três (53%) mulheres eram primíparas, trinta (30%) tiveram o segundo parto e as outras 17 (17%) entrevistadas encontravam-se entre o quarto e nono puerpério (Figura 3). O parto foi a termo em 82 % e 18 % pré-termo não havendo nenhum caso de gravidez serotínea (Tabela I).

Figura 3. Distribuição das entrevistadas conforme número de gestações

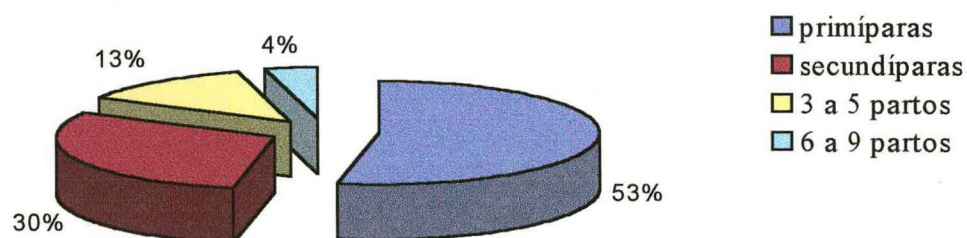
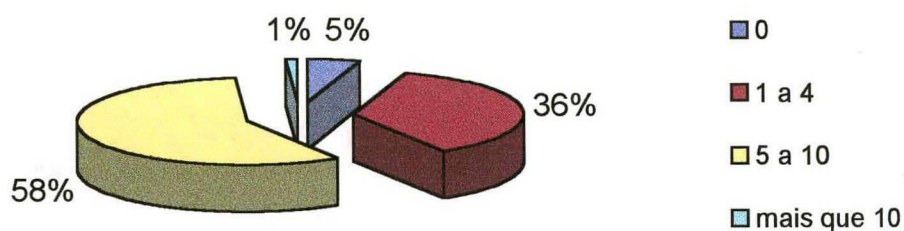


Tabela I. Tempo de gestação das entrevistadas dividido em número de semanas

Semanas de gestação	%
30	2
31	2
32	1
33	1
34	3
35	4
36	5
37	17
38	20
39	20
40	9
41	6
42	10

Cinquenta e nove pacientes realizaram mais que cinco consultas pré natais e cinco não foram acompanhadas durante a gestação (Figura 4).

Figura 4. Distribuição das entrevistadas conforme número de pré-natais realizados na atual gestação



Entre as 100 mulheres entrevistadas, quarenta apresentavam cefaléia em intervalos regulares (Figura 5). Uma deixou de ter crises durante a gestação atual, 13 (33%) não referiram alteração, 8 (20%) descreveram melhora e 14 (34%) piora. Quatro puérperas (10%) referiram início de cefaléia durante o período gestacional (Figura 6).

Figura 5. Frequência de entrevistadas que referiram cefaléia regularmente

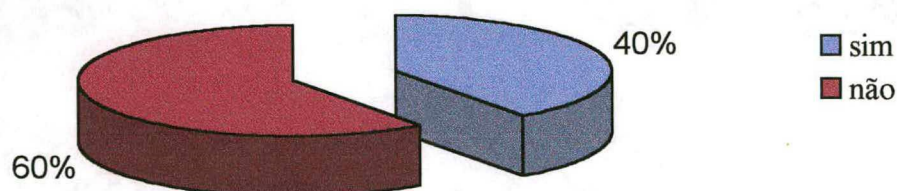
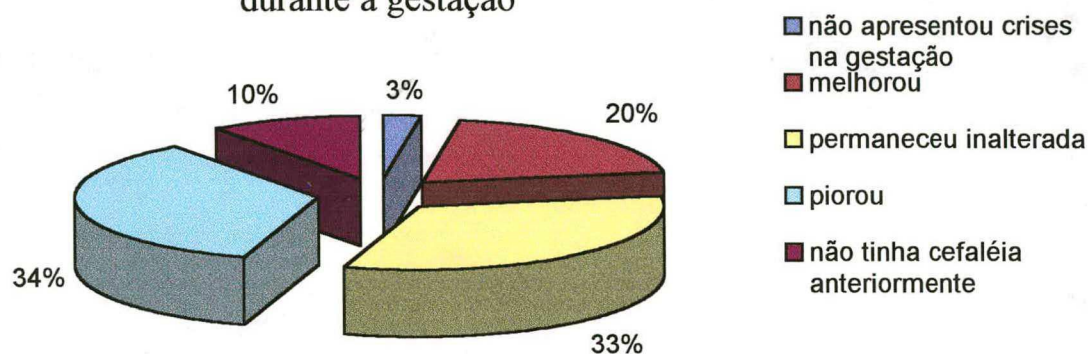
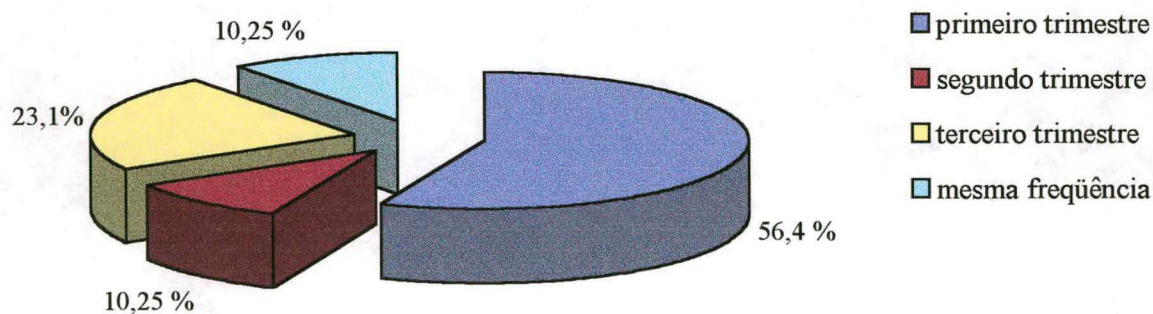


Figura 6. Distribuição das pacientes que apresentavam cefaléia regularmente em relação a qualidade das crises durante a gestação



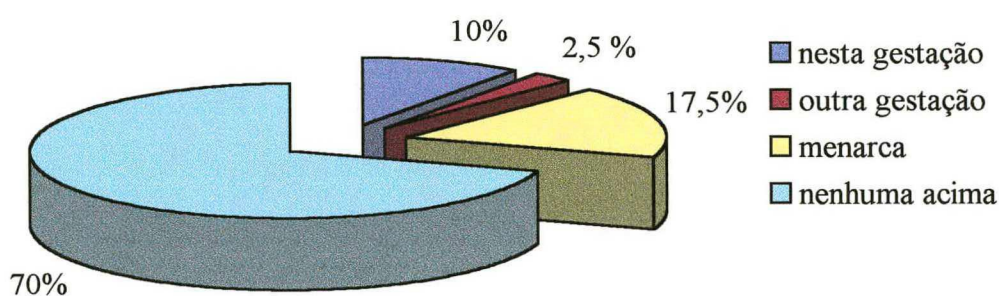
Das 39 mulheres que tiveram cefaléia na gestação atual, 4 (10,25%) referiram que a dor foi igual nos 3 trimestres, 22 (56,4%) notaram que a dor foi menos intensa no primeiro trimestre, 4 (10,25%) no segundo trimestre e 9 (23,1%) no terceiro trimestre.

Figura 7. Distribuição das entrevistadas com cefaléia frequente em relação ao período de maior alívio das crises



Questionadas sobre o início da cefaléia em relação a outras fases do ciclo de vida hormonal feminino, 4 (10%) referiram a época próxima a menarca, 1 (2,5%) uma gestação anterior e 28 (70%) não encontraram relação.

Figura 8. Relação entre o primeiro episódio de cefaléia, menarca e gestações



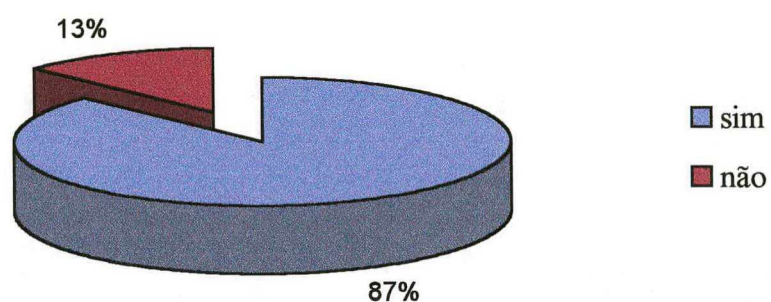
Trinta e duas puérperas (82 %) informaram ao médico durante as consultas de pré-natal sobre suas crises de cefaléia (Tabela IV).

Tabela IV. Relação da comunicação das crises de cefaléia nas consultas pré-natais a alteração do caráter da crise em relação a episódios anteriores.

	Inalterada	Melhorou	Piorou	Não tinha cefaléia anteriormente	Total
Sim	9	7	12	4	32
Não	4	1	2	0	7
Total	13	8	14	4	39

Trinta e quatro entrevistadas (87,2 %) utilizaram medicação para abortar as crises independente do comunicado ao médico assistente (Figura 9).

Figura 9. Uso de medicamentos para abortar as crises de cefaléia independente de receita médica



6.DIUSSÃO

O presente estudo avaliou pacientes internadas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário.

A falta de trabalhos publicados sobre o tema proposto e a metodologia utilizada pelos diferentes autores dificultaram a análise comparativa dos dados. Observamos a alteração das características das cefaléias no período gestacional e colocamos nossa opinião sobre os resultados relacionando-os criticamente a literatura .

DADOS GERAIS

A amostra era composta por mulheres procedentes de Florianópolis e região (95%), com média de idade de 24,5 anos. Cinquenta e três eram primíparas e o parto foi a termo em 82 % dos casos.

Quanto ao número de consultas pré-natais observamos que apenas 58% das entrevistadas fizeram mais de 5 consultas, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde

CEFALÉIA

Em sua clínica de cefaléia, Lance e Anthony¹³ estudaram retrospectivamente 120 mulheres com enxaqueca num total de 252 gestações. Melhora da cefaléia foi encontrada em 58% dessas mulheres. Quarenta e dois

por cento não exibiram alterações ou pioram. Lance e Anthony não observaram nenhum novo caso de enxaqueca durante a gestação.

Callaghan¹⁴ entrevistou 200 mulheres com idade entre 16 e 48 anos. Encontrou somente 8 mulheres com diagnóstico prévio de enxaqueca, 4 delas melhoraram. Quarenta e uma pacientes apresentaram crises de enxaqueca, ou seja, 80% da amostra apresentou seu primeiro episódio de cefaléia durante a gestação.

Somerville¹⁵ estudou 200 mulheres australianas durante a gestação. Trinta e oito tiveram crises de enxaqueca, 31 tinham história prévia de enxaqueca e 7 a desenvolveram enquanto grávidas (5 no primeiro trimestre, 1 no segundo e 1 no terceiro trimestre). Setenta e sete por cento das mulheres com história prévia de enxaqueca melhoraram durante a gravidez.

Ekbom e Waldenlind¹⁶ analisaram 249 homens (86,3%) e mulheres (13,7%) com cefaléia em salvas (*Cluster headache*) entre os anos de 1965 e 1980. Desde o início da cefaléia, 8 mulheres tiveram 13 gestações. Seis não tiveram crises ou experimentaram episódios leves durante suas 9 gestações. Duas tiveram *cluster* durante a gravidez. A primeira teve seus episódios no quinto mês em duas gestações. A segunda também atravessou 2 gestações com a cefaléia iniciando-se no quarto mês.

Em 1990 Bousser¹⁷ entrevistou 703 pacientes no puerpério imediato. Usou questionário baseado nos critérios internacionais para classificação das cefaléias para selecionar mulheres com enxaqueca. Cento e quarenta e sete (29,1%) preencheram os critérios. Enxaqueca melhorou em 69,4%, piorou em 6,8%, não modificou-se em 5,4% e apareceu pela primeira vez em 10,9%. Nenhuma diferença significativa foi encontrada na evolução da enxaqueca em cada um dos três trimestres da gravidez.

Granella¹⁸ e colaboradores realizou um estudo retrospectivo com 1300 mulheres com enxaqueca sem aura de 1984 a 1990. Novecentas e quarenta e três

mulheres engravidaram, 571 tinham história de enxaqueca antes da primeira gestação. Uma remissão completa foi observada em 99 casos (17,4%) e uma significativa melhora em 285 casos (49,9%). Em 167 pacientes (29,2%) não houve alteração enquanto que em 20 casos (3,5%) houve piora.

Chen e Leviton¹⁰ analisaram um grupo de 484 mulheres com história de enxaqueca anterior a primeira visita pré-natal. Dezesete por cento não apresentaram cefaléia durante a gestação. Um total de 131 mulheres (27%) melhoraram apresentando 1 episódio durante os dois primeiros trimestres e não apresentando cefaléia no terceiro trimestre. Trinta e cinco por cento foram classificadas como melhora provável por ter um ou dois episódios durante o terceiro trimestre. Somente 21% não teve alteração.

Um estudo comparativo entre 30 mulheres com enxaqueca com aura e 104 mulheres com enxaqueca sem aura realizado por Cupini¹⁹ e colaboradores não revelou diferença no comportamento dos dois tipos de cefaléia analisados durante a gestação. Características permaneceram inalteradas em 53,3% e 52,8% mulheres respectivamente. Melhora ocorreu em 40 % em mulheres com enxaqueca com aura e 43,2% em mulheres com enxaqueca sem aura.

O presente trabalho avaliou um grupo de 100 mulheres sem diagnóstico prévio de cefaléia sendo o primeiro objetivo, verificar a prevalência. Quarenta mulheres (40%) referiram apresentar cefaléia em episódios regulares. Bousser, como já descrito, usou método semelhante encontrando 29,1% de mulheres preenchendo critérios diagnósticos para enxaqueca. Considerando-se a grande diversidade de formas de apresentação de cefaléia e a prevalência de cefaléias vasculares tipo crônica diária na população geral ser de 70% considera-se o número encontrado aquém do esperado mas dados semelhantes não foram disponíveis na literatura para uma correta comparação

É consenso entre os diversos autores consultados de que a pacientes com enxaqueca, principalmente aquelas que apresentam enxaqueca durante o período

menstrual ou iniciaram suas crises na menarca experimentam melhora durante a gravidez. Ekbom e Waldenlind¹⁶ concluíram que havia melhora das crises de cefaléia em salvas durante o período gestacional. Sicuteri²⁰ em um editorial afirma que todas as cefaléias sem causa estrutural, incluindo enxaqueca, *cluster* e cefaléia tipo-tensão, tendem a melhorar durante a gravidez.

Dentre as 40 entrevistadas que referiram cefaléia, uma (3%) não apresentou crises durante a gravidez atual. Vinte por cento das mulheres relataram melhora, 33% não notaram alterações e 34% apresentaram piora. Quatro gestantes (10%) apresentaram cefaléia pela primeira vez no atual período gestacional. Não encontrou-se alterações significativas entre o número de pacientes que referiram melhora, piora ou tiveram suas crises de cefaléia inalteradas na atual gestação.

Os diferentes dados encontrados no presente trabalho e a literatura podem ser explicados parcialmente por três fatores. Primeiro, a amostra não foi classificada entre os 13 tipos de cefaléia conhecidos, o que não permite comparação adequada dos dados. Segundo, podem ter feito parte do estudo mulheres com cefaléia com causa estrutural conhecida como: associadas a hipertensão arterial sistêmica, uso ou abstinência de substâncias químicas, infecções sistêmicas virais ou bacterianas, desordens metabólicas ou desordens cranianas ou extra-cranianas⁴. Terceiro, a ansiedade que acompanha o desenvolver da gestação e o parto, especialmente na gravidez de alto-risco pode desencadear crises de cefaléia latente ou agravar as pré-existentes.

Estas justificativas devem ser consideradas também quando analisa-se os dados sobre alteração nos diferentes trimestres da gestação. Observou-se que das 39 mulheres que referiram cefaléia na gestação atual, 56,4% apontaram o primeiro trimestre como fase de maior alívio, 23% referiram o terceiro trimestre, 10,25% o segundo trimestre e 10,25 tiveram mesma intensidade nas crises durante toda a gestação.

Os trabalhos analisando pacientes com enxaqueca apontam uma melhora da cefaléia durante a gestação relacionando-a ao aumento progressivo nos níveis de estrogênio, portanto, com melhora evidênte no terceiro trimestre na maioria das pacientes^{1,2,3,10}. Esta relação não é tão nítida quando se avalia outras cefaléias sem origem estrutural e difícil de ser colocada quando se admite a existência de cefaléias de origem determinada que são diretamente ligada aos mecanismos fisiopatológicos da doença de base sendo sujeitas a alterações concernentes a evolução natural da doença e aos métodos terapêuticos utilizados, independente do período gestacional em que as entrevistadas se encontravam.

Foi questionado às 40 mulheres com cefaléia a relação do início dos sintomas com a menarca, gestações anteriores e a atual. Setenta por cento não associaram o primeiro episódio com fases de alteração hormonal no ciclo de vida feminino. Sete mulheres (17,5%) apontaram a menarca como época de início dos episódios de cefaléia. A relação entre início da cefaléia e menarca foi confirmado encontrando-se um número entre os 10,7 e 33 % relatados na literatura^{2,3,18}.

Trinta e quatro entrevistadas (87,2%) utilizaram medicação para abortar as crises de cefaléia, independente de orientação médica. Este dado foi importante para mensurar superficialmente a gravidade da cefaléia. Apesar de saber-se que gestantes relutam em usar medicações para qualquer tipo de doença, um número elevado medicou-se para alívio da cefaléia denotando a importância de tal sintoma para as mulheres pesquisadas.

Deve-se recordar que o número de consultas pré-natais foi baixo no grupo estudado. Apesar disto, trinta e duas mulheres (82%) comunicaram seu médico sobre a cefaléia durante a gestação. O número de comunicados foi semelhante independente da alteração na característica da dor, mas, notou-se uma maior

tendência em queixar-se ao médico entre aquelas que tiveram mudança na intensidade da cefaléia, tanto para pior quanto para melhor.

Demonstra-se com estes dados que as mulheres nitidamente relatam ao seu médico ginecologista-obstetra as características de sua dor atribuindo-lhe importante função no manejo das cefaléias.

7. CONCLUSÕES

Analisando o estudo realizado sobre cefaléias durante a gestação na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, são pertinentes as seguintes conclusões:

1. A prevalência de cefaléia no grupo de gestantes estudado é de 40%;
2. A intensidade da dor modificou-se durante a gestação em 57% das mulheres: melhorou em 20%, piorou em 34%, 3 % não apresentou cefaléia durante a gestação;
3. Há um maior alívio na intensidade da cefaléia durante o primeiro trimestre da gravidez (56,4%);
4. A menarca é relacionada como época de início da cefaléia por 17,5% das mulheres.

Considerando as diferenças clínicas entre as cefaléias, a falta de fontes na literatura relacionando as cefaléias ao ciclo de vida hormonal feminino, principalmente em relação aos mecanismos fisiopatológicos, e os resultados obtidos neste estudo, propomos a realização de um trabalho prospectivo, longitudinal com o objetivo de avaliar a ação dos hormônios femininos sobre as diversas apresentações clínicas das cefaléias.

8. REFERÊNCIAS

1. Silberstein SD, Merriam GR. Estrogens, progestins and headache. *Neurology* 1991;41:786-93.
2. Silberstein SD. The role of Sex hormones in headache. *Neurology* 1992;42(Suppl 2):37-42.
3. Silberstein SD. Migraine and women. The link between headache and hormones. *Postgraduate Medicine* 1995;97(Suppl 4):147-53.
4. Classification – Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 (suppl 7):1-96.
5. Heinisch LMM. Uso e abuso de substâncias para o alívio imediato da cefaléia [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 31p.
6. Uknis A, Silberstein SD. Review Article: Migraine and pregnancy. *Headache* 1991;31:372-4.
7. Saastad O. Headache and the ameliorating effect of pregnancy: an editorial. *Cephalalgia* 1984;4:210-2.

8. Chancellor AM, Wroe SJ, Cull RE. Migraine occurring for the first time in pregnancy. *Headache* 1990;30:224-7.
9. Edelson RN. Menstrual Migraine and other hormonal aspects of migraine. *Headache* 1985;25:376-9.
10. Chen TC, Leviton A. Headache recurrence in pregnant women with migraine. *Headache* 1994; 34:107-10
11. Yen SSC, Jaffe RB. *Reproductive Endocrinology. Second Edition.* Philadelphia: W.S. Saunders Company; 1986.
12. Guyton AC. *Tratado de Fisiologia Médica. Oitava Edição.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 1992.
13. Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. *Arch Neurol* 1966;15:356-61.
14. Callaghan N. The migraine syndrome in pregnancy. *Neurology* 1968;18:197-201.
15. Somerville BS. A study of migraine in pregnancy. *Neurology* 1972;22:824-8.
16. Ekblom K, Waldenlind E. Cluster headache in women: evidence of Hypofertility (?) Headaches in relation to menstruation and pregnancy. *Cephalalgia* 1981;1:167-74.
17. Bousser MG, Ratinahirana H, Darbois X. Migraine and pregnancy: a prospective study in 703 women after delivery. *Abstr Neurology* 1990;40 (Suppl: 1);437.

18. Granella F, Sances G, Zanferrari C, Costa A, Martignoni E, Manzoni GC. Migraine without aura and reproductive life events: a clinical epidemiological study in 1300 women. *Headache* 1993;33:385-9.
19. Cupini LM, Matteis M, Troisi E, Calabresi P, Bernardi G, Silvestrini M. Sex-hormone-related events in migrainous females. A clinical comparative study between migraine with aura and migraine without aura. *Cephalalgia* 1995;15:140-4.
20. Sicuteri F. Opioids, pregnancy and the disappearance of headache. *Headache* 1981;220.

9. RESUMO

OBJETIVOS :

Determinar a prevalência de cefaléia em gestantes comparando a intensidade das crises antes e durante a os três trimestres da gestação. Relacionar o início das cefaléias a menarca e ao período gestacional.

MÉTODO:

Tratou-se de um estudo prospectivo e transversal com 100 gestantes admitidas consecutivamente no mês de outubro de 1997 no Hospital Universitário, entrevistadas nas primeiras 48 horas após o parto.

RESULTADOS:

Em relação a cefaléia anterior a gestação, piora foi referida por 34% das mulheres, 20% melhorou, e 3% não apresentou crises. O primeiro trimestre foi o de maior alívio para 56,4%, o segundo para 10,25%, o terceiro para 23,1% e 10,25% não apresentaram variação na intensidade. Quatro pacientes referiram seu primeiro episódio de cefaléia durante a gestação atual. A menarca foi relacionada ao início da cefaléia por 17,5% das mulheres com cefaléia em intervalos regulares.

CONCLUSÕES:

Cefaléia pode piorar, melhorar ou permanecer inalterada durante a gestação, sendo no primeiro trimestre o maior alívio das crises. Novos casos de cefaléia podem surgir durante a gravidez e relacionados a época da menarca.

10. SUMMARY

PURPOSE:

To determine the prevalence of migraine in pregnant women comparing the intensity of crises before and during the trimesters of pregnancy. To correlate the beginning of headaches to menarche and pregnancy periods.

METHOD:

It was a prospective and transversal study with 100 pregnant women admitted consecutively on October of 1997 at Hospital Universitário-UFSC, on 48 hours post partum.

RESULTS:

About the migraine before pregnancy, the worse was reported 34% of women, 20% was better, and 3% did not present crises. In the first trimester had more relief to 56,4%, in the second to 10,25, in the third to 23,1% and 10,25% had no difference on intensity of headache during all pregnancy. Four patients related their first episode of headache on present pregnancy. The menarche was related to the beginning of headache by 17,5% of women.

CONCLUSIONS:

Headache can be worse, improve or be unchanged, being the most relief of crises on first trimester. New cases of headache can appear on pregnancy an related to age of menarca.

APÊNDICE

PROTOCOLO DE PESQUISA

CARACTERIZAÇÃO DAS CEFALÉIAS NA GESTAÇÃO

DATA- / / Número do Prontuário _____
 DATA DO PARTO / / IDADE _____
 RAÇA _____ PROCEDÊNCIA _____

I- HISTÓRIA OBSTÉTRICA

GESTAÇÕES _____ PARIDADES _____ CESARIANAS _____ ABORTOS _____
 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO ATUAL _____
 NÚMERO DE PRÉ-NATAIS NESTA GESTAÇÃO _____
 INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO _____

II- CARACTERIZAÇÃO DAS CEFALÉIAS

- 1- Tem dores de cabeça regularmente?
 Sim Não
- 2- Ocorreu cefaléia nesta gestação?
 Sim Não
- 3- O primeiro episódio de cefaléia esteve relacionado com:
 menarca
 esta gestação
 outra gestação. Qual? _____
 puerpério. Qual? _____
 nenhuma das acima
- 4- Em relação a episódios anteriores, durante esta gestação a cefaléia:
 piorou
 melhorou
 permaneceu inalterada
 não tinha cefaléia anteriormente
- 5- Em qual período da gestação a cefaléia mais a incomodou?
 Primeiro trimestre
 Segundo Trimestre
 Terceiro trimestre
 Mesma frequência e intensidade durante todo período
- 6- Em qual período da gestação a cefaléia menos a incomodou?
 Primeiro trimestre
 Segundo Trimestre
 Terceiro trimestre
 Mesma frequência e intensidade durante todo período
- 7- Durante a gestação, usou medicamentos para abortar as crises de cefaléia
 Sim Não
- 8- Nos pré-natais, o ginecologista-obstetra foi comunicado de sua cefaléia?
 Sim Não

TCC
UFSC
TO
0048

N.Cham. TCC UFSC TO 0048
Autor: Camargo, Carlos He
Título: Cefaléias e gestação : um estud



972815280

Ac. 254193

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM