

Paula Cavalcante Carturan

**CEFALEIAS PRIMÁRIAS EM PACIENTES NA PÓS MENOPAUSA: Impacto na vida
laboral , social e familiar.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos.

Santos

2016

Paula Cavalcante Carturan

**CEFALEIAS PRIMÁRIAS EM PACIENTES NA PÓS MENOPAUSA: Impacto na vida
laboral , social e familiar.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre no curso de Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos.

Orientador: Prof. Dra. Yara Dadalti Fragoso

Co-orientador: Prof. Dra Paula Andrea de Santis Bastos

Santos

2016

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Chefe do Departamento de Pós Graduação: Prof. Dra Sandra Kalil Bussadori

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Prof. Dr. Délcio Matos

Paula Cavalcante Carturan

**CEFALEIAS PRIMÁRIAS EM PACIENTES NA PÓS MENOPAUSA: Impacto na vida
laboral , social e familiar**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr Milton R. Azedo

Prof. Dr Luís Roberto Araújo Fernandes

Prof. Dr Hélio Alves

Profa. Dra Eliane M. Q. Braz

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos a aqueles que caminharam ao meu lado e me ajudaram nesta jornada.

Aos meus pais, José Carlos Carturan e Estela Cavalcante Carturan, minha eterna gratidão. Sempre acreditaram e me deram força, suporte e amor incondicional.

Ao meu irmão, Neno (José Carlos Carturan Filho), que sempre esteve ao meu lado me apoiando e aconselhando. Obrigada pelo carinho, apoio e confiança.

A minha querida, Ana Paula Quintella Lamas, que sempre me apoiou, me encorajou e que muito me ajudou no desenvolvimento deste projeto. Você é muito especial.

Ao meu caro amigo e estatístico Claudio Scorcine. Obrigada por toda a ajuda, pelos ensinamentos. Você é um amigo maravilhoso.

A minha querida Orientadora, Prof Dra Yara Dadalti Fragoso que durante todo este período esteve ao meu lado, sempre solícita e disposta a me orientar. Obrigada pelos ensinamentos, pelo carinho e pela confiança. Você é uma pessoa admirável.

Aos meus colegas do Mestrado. Com vocês ao meu lado esta caminhada se torna mais amena.

A Universidade Metropolitana de Santos, minha segunda casa. Obrigada por me acolher. É uma honra fazer parte desta instituição.

As minhas pacientes, que confiaram em mim e se disponibilizaram a colaborar com o projeto. Sem vocês nada disso seria possível.

Sumário

Agradecimentos.....	v
Lista de Tabelas.....	vii
Resumo.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	3
2 MÉTODOS.....	4
3 RESULTADOS.....	6
4 DISCUSSÃO.....	13
5 CONCLUSÃO.....	15
6 SUGESTÃO PROFISSIONAL.....	16
7 ANEXOS.....	17
8 REFERÊNCIAS	25
Abstract	
Bibliografia Consultada	

Lista de Tabelas

Tabela 1. Classificação Sócio Econômica.....	6
Tabela 2. Principais características da Amostra.....	6
Tabela 3. Características da Cefaleia.....	7
Tabela 4. Comportamento das Cefaleias após menopausa.....	7
Tabela 5. Frequência da Cefaleia.....	7
Tabela 6. Localização da Cefaleia.....	8
Tabela 7. Tipo da Dor.....	9
Tabela 8. Sintomas Associados à Cefaleia.....	9
Tabela 9. Pacientes com Enxaqueca X Pacientes com Outras Cefaleias.....	10
Tabela 10. MIDAS (Pacientes com Enxaqueca).....	11
Tabela 11. Comparação entre as questões do MIDAS das pacientes com Enxaqueca e com Outras Cefaleias.....	12

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de cefaleias primárias em pacientes na pós-menopausa que não utilizam terapia de reposição hormonal e o impacto da cefaleia na vida laboral, social e familiar destas mulheres. **Métodos:** Cento e três mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia em Santos, Praia Grande e Cubatão participaram deste estudo. Foram incluídas pacientes com menopausa natural e sem uso de terapia de reposição hormonal. Avaliamos a prevalência e as características das cefaleias, o nível sócio econômico e cultural e o grau de incapacidade causado pelas cefaleias. **Resultados:** O nível sócio econômico da população estudada foi C1, o que representa a população do Brasil como um todo. A cefaleia esteve presente em 86,4%, sendo que 14,6% apresentaram enxaqueca e 71,8% “outras cefaleias”. A maioria das pacientes apresentou melhora após a menopausa. Houve uma relação entre cefaleias e incapacidade total e/ou parcial nas atividades laborais, sociais e familiares, sendo que as pacientes com enxaqueca apresentaram maiores graus de incapacidade com significância estatística e maior intensidade de dor antes ($p=0,03$) e após a menopausa ($p=0,05$). **Conclusões:** As cefaleias primárias persistem após a menopausa com tendência a melhora, embora ainda possam causar incapacidade na vida laboral, social e familiar das mulheres na pós-menopausa.

Palavras Chave: Menopausa, Cefaleias Primárias, Pós- menopausa, Enxaqueca.

1 INTRODUÇÃO

A vida reprodutiva das mulheres é marcada por alterações hormonais e estas se relacionam com as cefaleias primárias. A menarca, a menstruação, a gestação e a menopausa associam-se com diferentes graus e frequências de cefaleias. Esse fato pode ser explicado, pelo menos em parte, pelas flutuações dos hormônios sexuais femininos^(1, 2). A manutenção de um ambiente estrogênico estável pode beneficiar as pacientes cuja cefaleia ocorra devido à flutuação desse hormônio⁽³⁾. Não há na literatura um levantamento sobre a média de idade da menopausa no Brasil. Alguns estudos nacionais citam que a idade média da menopausa no país é 48 anos.^(4, 5) Considerando a expectativa de vida das mulheres, estas passarão cerca de vinte e sete anos na menopausa⁽⁶⁾. Essa fase traz consigo mudanças importantes na vida dessas pacientes e também muitos sintomas associados, sendo a cefaleia um dos mais frequentes^(4, 7, 8).

A cefaleia primária é uma dor de cabeça crônica, episódica ou contínua, de natureza disfuncional, o que significa a não participação de processos estruturais na etiologia da dor⁽⁹⁾. A enxaqueca é uma dor de cabeça recorrente, com duração de 4 a 72 horas⁽¹⁰⁾. Tipicamente se apresenta como uma dor unilateral, pulsátil, de intensidade moderada ou grave, com agravamento por atividade física de rotina e associação com náuseas e/ou fotofobia e fonofobia⁽¹⁰⁾. Na cefaleia tensional, a dor é bilateral, em aperto, de intensidade leve a moderada e duração de minutos a dias.⁽¹⁰⁾ A dor não piora com exercícios físicos de rotina e não se associa a náuseas, mas pode haver fotofobia ou fonofobia^(10, 11). A prevalência de cefaleias no Brasil é semelhante à descrita em outros países (70,6%), sendo 15,8% de enxaqueca e 29,5% de cefaleia tensional, as mais frequentes⁽¹²⁾. A enxaqueca é considerada a 19ª causa de incapacidade no mundo⁽¹³⁾ e este grau de incapacidade pode ser mensurado por meio do questionário MIDAS que também mostra se o paciente necessita ou não de tratamento^(14, 15). A *Global Burden of Disease* considera que as cefaleias estão entre as dez principais causas de incapacidade no mundo⁽¹⁶⁾ e o *Eurolight Project*, um estudo transversal que foi realizado em oito países da União Europeia estimou que o custo anual das cefaleias seja cerca de € 173 bilhões⁽¹⁷⁾. Estudos nacionais e

internacionais estimaram e quantificaram os custos diretos (gastos com o sistema de saúde) e indiretos (prejuízos pela falta ao trabalho e/ou diminuição da produtividade) das cefaleias ^(18, 19). Em uma empresa brasileira, 95% das funcionárias admitem ter sofrido algum tipo de dor de cabeça em um ano ⁽¹⁹⁾ e em outro estudo nacional, a dor de cabeça foi responsável por absenteísmo em 8,7% dos entrevistados ⁽¹⁸⁾. As cefaleias são frequentes e podem custar caro às empresas brasileiras ⁽¹⁹⁾.

Buse *et al* demonstraram que as cefaleias primárias são mais prevalentes nas mulheres e as mesmas tem mais sintomas e procuram mais os sistemas de saúde devido a cefaleia. As mulheres apresentam maior incapacidade relacionada à dor de cabeça quando comparadas aos homens ⁽²⁰⁾. Estudos demonstram que as cefaleias primárias continuam presentes após a menopausa ^(8, 21, 22). Em uma recente revisão sistemática com 22 estudos relevantes, a prevalência de enxaqueca nas mulheres na menopausa foi de 10 a 29%. Essa revisão demonstrou que, após a menopausa, essa cefaleia permanece estável ou melhora ⁽²⁾. Em geral, de acordo com os estudos de base populacional, a enxaqueca melhora após a menopausa. Porém, de acordo com os estudos realizados em ambiente hospitalar, a enxaqueca piora após a menopausa ⁽²⁾. A prevalência da cefaleia tensional é maior na pós-menopausa, sugerindo que esta cefaleia também pode ser afetada por alterações hormonais ^(21, 22).

A hipótese dessa pesquisa é de que menopausa altera a prevalência das cefaleias primárias.

1.1 Objetivos

1. Identificar a prevalência e as caracterizar as cefaleias primárias das mulheres que se encontram na pós-menopausa.

2 MÉTODOS

Tipo de Estudo: Estudo Observacional de Coorte

O projeto e os questionários utilizados nesta pesquisa foram analisados e aprovados pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos (CAAE: 46032715.7.0000.5509) (**Anexo 1**) e todas as participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (**Anexo 2**)

Foi realizado um levantamento das principais características de cefaleias anteriores e atuais, em cento e três mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia da baixada santista (Trasmontano Saúde (Santos e Praia Grande), UBS Vila São José- Cubatão). (**Anexo 3**)

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa de maneira voluntária, após realizarem sua consulta ginecológica. Os critérios de inclusão foram: mulheres de 45 a 60 anos, que tiveram menopausa natural (cessação permanente da menstruação resultante da perda da atividade ovariana)⁽²³⁾ e cuja última menstruação ocorreu há mais de um ano. Os critérios de exclusão foram: pacientes com menopausa cirúrgica (histerectomia associada à ooforectomia bilateral) e considerando que a terapia de reposição hormonal tem um efeito variável nas cefaleias, as pacientes que usavam este tipo de medicação foram excluídas⁽²⁾.

Foram aplicados por apenas um profissional questionários relativos à história da cefaleia (**Anexo 4**), de nível sócio econômico (IBGE) (**Anexo 5**) e nas pacientes com história de cefaleia, o questionário MIDAS traduzido e validado para o português⁽¹⁴⁾. (**Anexo 6**) Estes questionários são apresentados no anexo deste texto.

O cálculo amostral para esta população de pacientes foi realizado pelo programa G Power®, admitindo-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 2%. Foi estabelecido o poder da amostra em 80% e, após as análises, a amostra mínima recomendada foi de 94 pessoas.

Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o teste de Shapiro Wilk. Para as variáveis que apresentaram normalidade foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes e os resultados foram apresentados em forma de média. As comparações que foram realizadas relacionam-se às questões do questionário MIDAS nos grupos enxaqueca e outras cefaleias. Para as variáveis que não apresentaram normalidade, optou-se por utilizar o teste U de Mann Whitney e os resultados foram apresentados em forma de mediana. As comparações que foram analisadas relacionam-se com a intensidade da cefaleia antes e após a menopausa no grupo de pacientes com enxaqueca e com outras cefaleias.

A ferramenta usada foi IBM SPSS Statistics versão 20. O intervalo de confiança foi estabelecido em 95% e os valores foram considerados significantes quando $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

Os questionários foram respondidos por 103 pacientes, sendo 56 (54,4%) de Santos, 31 (30,1%) de Praia Grande e 16 (15,5 %) de Cubatão. O nível sócio econômico da população estudada variou entre A e D e a mediana foi classificada em C1, que representa a população brasileira como um todo. As demais classificações encontram-se na **tabela 1**

Tabela 1 – CLASSIFICAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Classe	Número de Pacientes	Frequência
A1	0	0
A2	3	2,9%
B1	11	10,7%
B2	24	23,3%
C1	50	48,5%
C2	14	13,6%
D	1	1,0%
E	0	0

As principais características da amostra encontram-se na **tabela 2** e as características da cefaleia encontram-se na **tabela 3**.

Tabela 2 – PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

	Pacientes
Total da amostra	103
Idade média	54,2 ± 3
Idade média da menopausa	46,7 ± 5
Tempo médio de menopausa (anos)	7 ± 5
Presença de cefaleia	89 (86,4%)
Presença de cefaleia antes e após a menopausa	83 (80,6%)
Tempo médio da cefaleia (anos)	29,3 ± 10,3
Intensidade da dor antes da menopausa (N=83)	6,3 ± 3,4
Intensidade da dor após da menopausa (N=83)	5,1 ± 3,5

Tabela 3 - CARACTERÍSTICAS DA CEFALEIA EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Características da Cefaleia	Número de Pacientes	Frequência
Pacientes com cefaleia	89	
Início antes da menopausa	83	93%
Início após a menopausa	3	4%
Início com a menopausa	2	2%
Não se lembra	1	1%

Ao analisar a presença em igual, maior ou menor intensidade da cefaleia em relação à menopausa, em 49,1% houve melhora da cefaleia após a menopausa. A descrição detalhada encontra-se na **tabela 4**.

Tabela 4 – COMPORTAMENTO DAS CEFALIAS APÓS A MENOPAUSA EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Características da Cefaleia	Número de Pacientes	Frequência
Pacientes com cefaleia antes e após a menopausa	83	
Melhorou com a menopausa	41	49,4%
Piorou com menopausa	29	34,9%
Permaneceu igual	13	15,7%

Com relação à frequência de cefaleias, a maioria das pacientes relatou dois episódios ao mês (41,5%) e a descrição detalhada encontra-se na **tabela 5**

Tabela 5- FREQUÊNCIA DA CEFALEIA EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Frequência de Cefaleia	Número de Pacientes	Frequência
Pacientes com cefaleia	89	
Dois episódios ao mês	37	41,5%
Mais que dois episódios/semana	25	28,1%

Quatro ou menos episódios ao ano	8	9,0%
Uma vez por semana	3	3,4%
Todos os dias	1	1,1%
Não lembram último episódio de dor	12	13,5%
Dor cessou após menopausa	3	3,4%

A localização apresentou-se bastante diversificada, sendo a região frontal, 32 pacientes (36,1%), a mais frequente. A descrição detalhada encontra-se na **tabela 6**.

Tabela 6 – LOCALIZAÇÃO DAS CEFALÉIAS EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Localização	Número de Pacientes	Frequência (%)
Pacientes com cefaleia	89	
Região frontal	32	36,1%
Região temporal	21	23,6%
Região occipital	13	14,6%
Região frontal + occipital	10	11,2%
Região temporal+ occipital	5	5,6%
Região frontal + temporal	4	4,5%
Região temporal direita	2	2,2%
Região temporal esquerda	2	2,2%

Quanto ao tipo da dor, houve uma grande variedade e este dado parece ser o menos uniforme entre as mulheres, sendo que a maioria das pacientes referiu dor “latejante”. A descrição detalhada encontra-se na **tabela 7**.

Tabela 7 – TIPO DA DOR EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Características da Dor	Número de pacientes	Frequência (%)
Pacientes com cefaleia	89	
Latejante	30	33,7%
Não souberam informar	23	25,9%
Aperto	16	18,0%
Pressão	11	12,4%
Pontada	3	3,4%
Aperto + pulsátil	2	2,2%
Pressão + latejante	2	2,2%
Peso	1	1,1%
Aperto + latejante	1	1,1%

Em relação a outros sintomas associados à cefaleia, 51 pacientes (57,3%) não apresentaram nenhum sintoma e 18 pacientes (20,2%) referiram náusea + fotofobia. A descrição detalhada encontra-se na **tabela 8**.

Tabela 8 – SINTOMAS ASSOCIADOS À CEFALEIA EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Sintomas Associados à Cefaleia	Número de Pacientes	Frequência (%)
Pacientes com cefaleia	89	
Sem sintomas associados	51	57,3%
Náusea + fotofobia	18	20,2%
Náusea	9	10,1%
Náusea + vômitos	5	5,6%
Fotofobia	4	4,5%
Tontura	2	2,3%

Considerando as pacientes que referiram cefaleia, 15 (14,6%) apresentaram os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia ⁽¹⁰⁾ e foram diagnosticadas com enxaqueca, sendo que todas apresentaram dor latejante, 14 (93,3%) relataram presença de náusea e fotofobia associadas e uma (6,7%) somente fotofobia.

Em todas as pacientes a dor começou antes da menopausa, em média 32,3 anos antes, $\pm 10,6$.

Encontramos ainda 74 pacientes (71,8%) que não preencheram os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia para diagnóstico de enxaqueca e estas foram denominadas “pacientes com outras cefaleias”. Dessas, 68 pacientes (91,9%) apresentavam cefaleia antes e após a menopausa.

Ao compararmos as pacientes com enxaqueca e “outras cefaleias”, utilizamos as pacientes que apresentavam cefaleia antes e após a menopausa.

Em relação à intensidade da dor antes e após a menopausa e em relação a sintomas associados com a cefaleia, houve diferença estatística significativa nos dois grupos (pacientes com enxaqueca e pacientes com outras cefaleias). A comparação entre as características das pacientes com enxaqueca e com “outras cefaleias” encontra-se na **tabela 9**.

Tabela 9 - PACIENTES COM ENXAQUECA X PACIENTES COM OUTRAS CEFALIAS EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

Pacientes com Cefaleia Antes e Após a Menopausa	Pacientes com Enxaqueca	Frequência %	Pacientes com Outras Cefaleias	Frequência %	p value
Número de pacientes	15	14,6%	68	66,0%	
Idade	54 \pm 3,5		55 \pm 3,5		0,47
Idade da Menopausa	48 \pm 6		49 \pm 6,6		0,11
Tempo Menopausa (anos)	9 \pm 4,6		4,5 \pm 6,6		0,75
Tempo de Cefaleia	34 \pm 8,2		33 \pm 11,5		0,73
Intensidade Dor Antes Menopausa (Mediana)	9,0 \pm 2,2		6,0 \pm 3,0		0,03*
Intensidade Dor Após Menopausa (Mediana)	7,0 \pm 3,2		5,0 \pm 3,2		0,05*
Sintomas Associados	15	100%	45	52,3%	0,00*
Piorou com a menopausa	6	40%	23	33,8%	0,25
Não piorou com menopausa	9	60%	45	66,2%	

O nível de significância foi estabelecido em $p \leq 0,05$ e * indica diferença entre os grupos.

Em relação ao MIDAS das pacientes com enxaqueca seis pacientes (40%) apresentaram MIDAS de zero a cinco. A descrição detalhada está na **tabela 10**.

Tabela 10 – MIDAS (PACIENTES COM ENXAQUECA) EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

MIDAS	Número de Pacientes	Frequência (%)
Pacientes com enxaqueca	15	
0 a 5	6	40%
6 a 10	4	26,7%
11 a 20	4	26,7%
Maior que 21	1	6,6%

Embora o MIDAS não seja indicado para pacientes com outras cefaleias que não a enxaqueca, as questões do mesmo, fornece dados importantes tais como: quantidade de dias com dor de cabeça, quantidade de dias nos quais houve alterações parciais ou completas nas atividades laborais, familiares e de lazer.

Comparando-se estes dados nas pacientes com enxaqueca e nas pacientes com outras cefaleias, observou-se que os resultados foram distintos.

As pacientes com enxaqueca apresentaram médias maiores em quase todos os quesitos do MIDAS.

Nas questões um (Dias de trabalho perdidos devido à cefaleia), cinco (Dias nos quais houve perda de atividades familiares e/ou de lazer devido a cefaleia) e cinco B (Média de intensidade da dor de zero a dez) houve diferença estatística significativa entre os grupos. **(tabela 11)**

Tabela 11- COMPARAÇÃO ENTRE AS QUESTÕES DO MIDAS DAS PACIENTES COM ENXAQUECA E COM OUTRAS CEFALÉIAS EM 103 MULHERES ATENDIDAS EM SANTOS, PRAIA GRANDE E CUBATÃO.

QUESTÕES	Outras		p value
	Enxaqueca	cefaleias	
Q1	1,60	0,08*	0,01
Q2	1,53	0,80	0,29
Q3	0,67	0,59	0,83
Q4	2,27	1,31	0,18
Q5	2,27	0,58*	0,00
Q5A	7,07	7,38	0,93
Q5B	6,53	4,47*	0,03

O nível de significância foi estabelecido em $p \leq 0,05$

e * indica diferença entre os grupos.

Se compreendermos melhor a cefaleia primária nas mulheres na pós-menopausa, poderemos proporcionar uma melhora significativa na qualidade de vida social, laboral e familiar dessas pacientes. Este fato torna-se ainda mais relevante se considerarmos o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a média de idade da menopausa das pacientes estudadas foi semelhante à encontrada em outros estudos nacionais ^(4, 5, 24). A prevalência de cefaleia na população estudada foi maior do que a encontrada no Brasil como um todo ⁽¹²⁾. A prevalência de enxaqueca foi semelhante àquela descrita na literatura ^(2, 12, 13). Os demais casos de cefaleia foram denominados como “outras cefaleias”. Na grande maioria das pacientes estudadas a cefaleia começou antes da menopausa, sendo que o tempo médio de duração da cefaleia foi de vinte e nove anos, demonstrando o caráter crônico geralmente encontrado nas cefaleias primárias. Vale ressaltar que todos os casos de enxaqueca começaram antes da menopausa e que maior parte destas pacientes referiu melhora na intensidade da dor após a menopausa. Este dado vai ao encontro de diversos estudos da literatura que mostram que a enxaqueca, tende a melhorar após a menopausa e que a menopausa pode atuar como um determinante nas condições dolorosas, incluindo as cefaleias ^(2, 8, 22). Estudos demonstram que as flutuações hormonais e não a quantidade de hormônios circulantes alteram as características tanto da enxaqueca quanto da cefaleia tensional ^(2, 22). Mostraram ainda que mulheres hormonalmente sensíveis, ou seja, aquelas que apresentaram mudanças do padrão das cefaleias em períodos anteriores nos quais houve flutuação hormonal como, por exemplo, na menstruação e gestação, tem uma chance maior de apresentar piora da enxaqueca na transição menopausal ⁽²⁾. Frente a esses dados, estudos concluem que a manutenção de um ambiente estrogênico estável, pode beneficiar as pacientes com cefaleia ⁽³⁾. Em relação à intensidade da dor, este estudo demonstrou que as pacientes com enxaqueca apresentaram uma intensidade maior tanto antes, quanto após a menopausa e também apresentaram mais sintomas associados com a cefaleia. Houve diferença estatística significativa entre os dois grupos (enxaqueca e outras cefaleias). Este dado é compatível com outros estudos nos quais as pacientes com enxaqueca apresentavam uma dor mais intensa quando comparadas às pacientes com outras cefaleias ^(8, 12, 18). Observou-se ainda, que a intensidade da dor diminuiu após a menopausa nos dois grupos de pacientes e

que a maioria das pacientes não apresentou piora da cefaleia após a menopausa, dados estes que vão ao encontro de outros estudos publicados na literatura ^(2, 8). Nas pacientes analisadas, as cefaleias primárias foram responsáveis por cerca de quatro dias de absenteísmo e/ou presenteísmo nas atividades laborais em um intervalo de noventa dias, cinco dias de absenteísmo e/ou presenteísmo nas atividades domésticas e três dias nos quais houve perda parcial ou completa das atividades familiares ou de lazer. Ao se comparar as pacientes com enxaqueca e “outras cefaleias”, obteve-se resultados semelhantes aos da literatura que constata que a enxaqueca tem uma relação mais acentuada com a incapacidade ^(12, 19, 20). Encontramos significância estatística em três parâmetros: Dias de trabalho perdidos devido à cefaleia, dias nos quais houve perda de atividades familiares e/ou de lazer devido à cefaleia e média de intensidade da cefaleia. Esses dados vão ao encontro de outros estudos, que demonstram que as cefaleias podem ser responsáveis por absenteísmo e presenteísmo consideráveis, além de causar uma piora na qualidade de vida social e familiar das pacientes menopausadas ^(13, 18, 19). Notou-se ainda que embora o questionário MIDAS seja específico para pacientes com enxaqueca, outros estudos o utilizaram também para pacientes com outras cefaleias ⁽²⁰⁾ e ao aplicar o mesmo em todas as pacientes com cefaleia, obtivemos dados importantes relacionados com a incapacidade em pacientes com “outras cefaleias”. Este fato questiona sobre a possibilidade da utilização do questionário MIDAS em outras cefaleias além da enxaqueca após a realização de um estudo para a validação deste instrumento também para esta população.

Embora haja possibilidade de estimar os custos financeiros provenientes do absenteísmo e ou presenteísmo causado pelas cefaleias, é muito difícil quantificar o real impacto das cefaleias na vida pessoal, social e familiar dessas pacientes. Considerando que as pacientes estudadas estão na menopausa que por si só é um período “turbulento” da vida das mulheres, este impacto se torna ainda maior. Mediante os resultados, é possível verificar que este grupo de mulheres merece uma atenção especial para que possamos melhorar a qualidade de vida dessas pacientes tanto no ambiente laboral como social e familiar. Até o momento não existe uma cura definitiva das cefaleias primárias, mas com medidas simples e baratas somos capazes de reduzir significativamente o impacto individual e social desta doença.

5 CONCLUSÃO

As cefaleias primárias persistem após a menopausa, com tendência a melhora e mudança nas características da dor e as mesmas podem causar incapacidade na vida laboral, social e familiar.

6 SUGESTÃO PROFISSIONAL

Sugestão para que as Sociedades de Ginecologia abordem em seus congressos, temas referentes a cefaleias primárias e orientem seus profissionais sobre o papel que o ginecologista pode desempenhar na triagem destas pacientes.

Informação para a população, por meio de palestras em Unidades de Saúde sobre cefaleias primárias, suas implicações e principalmente sobre a possibilidade de tratamento das mesmas.

7 ANEXOS

Anexo 1

Parecer do Comitê de Ética

The screenshot shows the 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' page in the Plataforma Brasil system. The header includes the 'Saúde Ministério da Saúde' logo and the 'Plataforma Brasil' logo. Navigation buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados' are visible. The user 'PAULA CAV' is logged in. The main content area displays the following project information:

- Título da Pesquisa:** Cefaleias Primárias em Pacientes no Climatério
- Pesquisador Responsável:** PAULA CAVALCANTE CARTURAN
- Área Temática:**
- Versão:** 2
- CAAE:** 46032715.7.0000.5509
- Submetido em:** 17/09/2015
- Instituição Proponente:** Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES
- Situação da Versão do Projeto:** Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

A circular stamp with the text 'COORDENADOR' and 'PLATAFORMA BRASIL' is visible on the right side of the project details. At the bottom right, there is a 'Comprovante de Recepção' icon and the file name 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_518756'.

UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS
- UNIMES



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cefaleias Primárias em Pacientes no Climatério
Pesquisador: PAULA CAVALCANTE CARTURAN
Versão: 2
CAAE: 46032715.7.0000.5509
Instituição Proponente: Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 054494/2015
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Cefaleias Primárias em Pacientes no Climatério que tem como pesquisador responsável PAULA CAVALCANTE CARTURAN, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES em 11/06/2015 às 15:51.

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa através de questionários. As questões serão sobre cefaleia no climatério e escala de nível sócio econômico e as perguntas que faremos são justamente sobre isso – sobre se você tem dor de cabeça depois que entrou na menopausa, por exemplo. Este estudo não possui riscos e não traz benefícios diretos aos participantes. A duração da pesquisa é somente o tempo que se leva para responder os questionários. Seus dados serão tratados com confidencialidade e sua identificação será apenas por sexo e idade, por exemplo, uma mulher de 53 anos. Os resultados serão utilizados apenas em reuniões de profissionais de saúde, congressos e publicações científicas, não sendo disponibilizados para a mídia leiga. Caso esteja de acordo e deseje participar, por favor, assine abaixo. Somente assine se não tiver nenhuma dúvida.

Não existe pagamento por sua participação e nenhum custo a você.

Responsável pela pesquisa: Dra Paula Cavalcante Carturan, CRM 115665, Ginecologista e Obstetra, TEGO 0379/2007. Professora assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, disciplina: Saúde da Mulher II e-mail paulacarturan@hotmail.com.

A pesquisa é conduzida pela Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

Assinatura do entrevistado _____

Data _____

Assinatura do entrevistador _____

Data _____

Anexo 3

Termos de Autorização

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Felícia de Almeida Ataides, RG 25.913.048-5, CPF 133.860.018-40, Chefe de Serviço de Coordenação da Unidade Básica de Saúde da Vila São José, Avenida Bandeirantes S/N, Cubatão, autorizo a Doutora Paula Cavalcante Carturan, CRM: 115665, TEGO:0379/2007, CPF Nº 268.006.518-26, e-mail: paulacarturan@hotmail.com, autora da Pesquisa Cefaleias Primárias em Pacientes no Climatério, realizar a aplicação dos questionários referentes a este projeto nas pacientes desta Unidade de Saúde e também a utilização dos dados destes questionários para a pesquisa acima especificada. As pacientes serão selecionadas de acordo com o perfil da pesquisa, participarão de maneira voluntária e seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Cubatão, 16 de setembro de 2015.

Assinatura: 

Nome: *Felícia de Almeida Ataides*
CPF: 133.860.018-40

Felícia de Almeida Ataides
Chefe de Serviço de Coordenação
UBS Vila São José
Matr. 22.847 - PMC

UBS Vila São José
Cod. 800026

CSC VILA SÃO JOSÉ
8000263

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Dr Aldo Augusto Furtado, CRM4886, CPF073.159.248-41 Gerente e Auditor das ambulatórios da Trasmontano da Baixada Santista, Avenida Conselheira Nébias 421 - Santos, autorizo a Doutora Paula Covalcante Carturan, CRM: 115665, TEGO:0379/2007, CPF Nº 268.006.518-26, e-mail: paulacarturan@hotmail.com, autora da Pesquisa Cefaleias Primárias em Pacientes no Climatério, realizar a aplicação dos questionários referentes a este projeto nas pacientes desta Unidade de Saúde e também a utilização dos dados destes questionários para a pesquisa acima especificada. As pacientes serão selecionadas de acordo com o perfil da pesquisa, participarão de maneira voluntária e seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Santos, 15 de setembro de 2015.

CENTRO TRASMONTANO E SÃO PAULO
AV. CONSELHEIRA NÉBIAS, 421
C.P. 13095-000
SUS-4206-SANTOS

Assinatura:

Nome: ALDO AUGUSTO FURTADO
CPF: 073159248-41

Dr. Aldo A. Furtado
CRM 4886
TEGO: 007/2008

Anexo 4

Questionário sobre Cefaleia

1. Idade: _____
2. Há quanto tempo você não menstrua? Meses ou anos? _____
3. Tem dores de cabeça? () Sim () Não
4. Se sim, há quanto tempo? _____
5. As dores começaram antes ou depois da menopausa?
() Antes () Depois
6. Quanto tempo antes/depois? _____
7. Se começaram antes, as dores pioram depois da menopausa?
() Sim () Não
8. Qual a intensidade das dores, de 1 a 10, quando começaram? _____
9. Qual a intensidade das dores, de 1 a 10, depois da menopausa? _____
10. Com que frequência as dores aparecem? Número de vezes na semana: _____
11. Como são as dores? Descreva.

Anexo 5 - Nível Sócio Econômico e Cultural - IBGE

Posse de Itens	Não Tem	TEM (QUANTIDADE)			
		1	2	3	4
TV em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas Mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente ou 2° porta da Geladeira)	0	2	2	2	2

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA

Nomenclatura Antiga	Pontos	Nomenclatura Atual
Analfabeto/Primário Incompleto	0	Analfabeto/Até 3º Série Fundamental
Primário Completo	1	4º Série Fundamental
Ginásial Completo	2	Fundamental Completo
Colegial Completo	4	Médio Completo
Superior Completo	8	Superior Completo

CLASSIFICAÇÃO

Classe	Pontos
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

Anexo 6

MIDAS

Questionário MIDAS

Você sofre de dor de cabeça?

Por favor, responda as seguintes questões sobre TODAS as dores de cabeça que você tenha tido nos **últimos três meses**. Escreva sua resposta no espaço ao lado de cada questão. Escreva zero, se você não teve aquela atividade **durante os últimos três meses**.

Lembre-se de considerar os últimos noventa dias consecutivos.

1) Quantos dias de trabalho ou de escola você perdeu nos últimos três meses por causa de suas dores de cabeça? ()

2) Em quantos dias nos últimos três meses você observou que seu rendimento no trabalho ou na escola estava reduzido pela metade ou mais, devido às suas dores de cabeça? **(Não inclua os dias que você contou na questão 1, onde dia de trabalho ou aula foi perdido).** ()

3) Em quantos dias nos últimos três meses você não foi capaz de executar o trabalho de casa por causa das dores de cabeça? ()

4) Em quantos dias nos últimos três meses seu rendimento no trabalho de casa foi reduzido pela metade ou mais devido às suas dores de cabeça? **Não inclua os dias que você contou na questão 3, onde você não pode fazer o trabalho de casa.** ()

5) Em quantos dias nos últimos três meses você perdeu atividades familiares, sociais ou de lazer por causa das suas dores de cabeça?

A- Em quantos dias nos últimos três meses você teve dor de cabeça? **(Se a dor durou mais que um dia conte, cada um dos dias).** ().

B- Em uma escala de zero a dez, em média qual a intensidade destas dores de cabeça? **(0 = nenhuma dor e 10 = dor máxima possível).** ().

Tendo preenchido este questionário, some os números de dias das questões 1-5(não considere as questões A e B). Se o resultado total for maior que 6, sugerimos que você marque uma consulta com seu médico.

CLASSIFICAÇÃO:

MIDAS 0-5 – Incapacidade Mínima ou pouco frequente. Necessidade terapêutica muito reduzida ou não necessita.

MIDAS 6-10 – Incapacidade Ligeira ou pouco frequente. Necessidade Moderada de terapêutica.

MIDAS 11-20 – Incapacidade Moderada. Necessita de terapêutica.

MIDAS > 21 – Incapacidade Grave. Necessita de terapêutica urgente.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chai NC, Peterlin BL, Calhoun AH. Migraine and estrogen. *Curr Opin Neurol*. 2014;27:315-24.
2. Ripa P, Ornello R, Degan D, Tiseo C, Stewart J, Pistoia F, et al. Migraine in menopausal women: a systematic review. *International Journal of Women's Health*. 2015;773:782.
3. MacGregor EA. Perimenopausal migraine in women with vasomotor symptoms. *Maturitas*. 2012;71:79-82.
4. Malheiros ESA, Chein MBC, Silva DSM, Dias CLL, Brito LGO, Pinto-Neto AM, et al. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36:163-9.
5. Lui Filho JF, Baccaro LFC, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto Neto AM. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região do sudeste do Brasil: inquérito populacional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2015;37:152-8.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [consultado 2016 Mai 26]. Disponível em: URL: <http://brasileminteresse.ibge.gov.br/populacao/esperanca-de-vida-ao-nascer.html>
7. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osís MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37:735-42.
8. Meriggiola MC, Nanni M, Bachiocco V, Vodo S, Aloisi AM. Menopause affects pain depending on pain type and characteristics. *Menopause*. 2012;19:517-23.
9. Sanvito WL, Monzillo PH. Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. *Medicina Ribeirão Preto*. 1997;30:437-48.
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33:629-808.

11. Olesen J, Steiner T. The International classification of headache disorders, 2nd edn (ICDH-II). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2004;75:808-11.
12. Queiroz LP, Silva Junior AA. The prevalence and impact of headache in Brazil. *Headache*. 2015;55:32-8.
13. Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabling. *The Journal of Headache and Pain*. 2013;14:1.
14. Fragoso YD. MIDAS (Migraine Disability Assessment): a valuable tool for work-site identification of migraine in workers in Brazil. *Sao Paulo Medical Journal*. 2002;120:118-21.
15. Lipton R, Stewart W, Sawyer J, Edmeads J. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: the Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*. 2001;41:854-61.
16. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380:2197-223.
17. Linde M, Gustavsson A, Stovner L, Steiner T, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight project. *Eur J Neurol*. 2012;19:703-11.
18. Stuginski-Barbosa J, Speciali JG. Frequency of headache among the employees of a rubber company in the state of São Paulo, Brazil. *Sao Paulo Medical Journal*. 2011;129:66-72.
19. Vincent M, Rodrigues AdJ, Oliveira GVd, Souza KFd, Doi LM, Rocha M, et al. Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56:734-43.
20. Buse DC, Loder EW, Gorman JA, Stewart WF, Reed ML, Fanning KM, et al. Sex differences in the prevalence, symptoms, and associated features of migraine, probable migraine and other severe headache: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2013;53(8):1278-99.
21. Oh K, Jung KY, Choi JY, Seo WK, Park KW. Headaches in middle-aged women during menopausal transition: a headache clinic based study. *Eur Neurol*. 2012;68:79-83.

22. Karlı N, Baykan B, Ertaş M, Zarifoğlu M, Siva A, Saip S, et al. Impact of sex hormonal changes on tension-type headache and migraine: a cross-sectional population-based survey in 2,600 women. *The journal of headache and pain*. 2012;13:557-65.
23. Menopause WSGoRot, Organization WH. *Research on the menopause: report of a WHO Scientific Group*: World Health Organization; 1981.
24. De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Jr I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27:12-9.

Abstract

Purpose: To assess the prevalence of primary headaches in post-menopausal women who were not using hormone replacement therapy, as well as the impact of headache in work, social and family life of these women. **Methods:** One hundred and three women attending Gynecology outpatient services in Santos, Praia Grande and Cubatao were invited to participate in this study. Only those with non-surgical menopause and no hormone replacement therapy were included. We evaluated the prevalence and characteristics of headache, economic and socio-cultural level and the degree of disability caused by headache. **Results:** The socioeconomic level of this population was, on average, classified as C1, which is representative of the Brazilian population as a whole. Headache was present in 86,4% of these women, while migraine affected 14.6% and "other headache" 71,8% of them. Most patients showed improved after menopause, but still presented headache attacks. There was a correlation between migraine and full and/or partial disability in work activities, social and family life. Migraine patients had higher level of disability with statistical significance and greater intensity of pain before ($p=0,01$) and after ($p=0,05$) menopause. **Conclusions:** Primary headaches persist after menopause with a tendency to improvement, although they can still cause disability in employment, social and family of women in postmenopause.

Bibliografia Consultada

- 1 Rother ED, Braga MER. Como Elaborar sua tese: Estrutura e referências. São Paulo; 2001.