

CEFALEIAS, BEM-ESTAR E PRESCRIÇÃO DO EXERCÍCIO

Carlos Fontes Ribeiro

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física / Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra.

QUAIS SERÃO AS PREOCUPAÇÕES DE UM PROFESSOR PERANTE UMA ALUNO COM CEFALEIAS?

Julgamos que primeiro o docente deve ter algumas noções sobre esta patologia, que permitam sossegá-lo e, eventualmente, orientar o aluno para o médico; segundo, o professor deve ter uma estratégia para lidar com o aluno com cefaleias ou que as tenha devido ao exercício.

As cefaleias têm uma classificação aceite internacionalmente, feita por comissões na dependência da *International Headache Society* (IHS), de modo a haver uniformização de critérios a nível mundial. Esta Sociedade tem comissões linguísticas, para traduzir os documentos nos diversos idiomas mas a comissão da língua portuguesa tem tido algumas dificuldades de entendimento no espaço lusófono. Assim, a nomenclatura portuguesa difere em bastantes aspectos da utilizada pelos brasileiros, apesar de ter havido uma tentativa de harmonização. É também necessário referir que a nível do próprio Brasil não há uniformidade de entendimento.

A classificação em vigor das cefaleias foi publicada em Janeiro de 2004 (*Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society*, 2004).

Existem dois grandes grupos de cefaleias: as primárias e as secundárias. As primeiras não têm causa orgânica, são funcionais, mas as segundas têm patologia ou causa identificada que provoca as referidas cefaleias (por exemplo, traumatismos, infecções, malformações de vasos sanguíneos a nível cefálico, tumores intracranianos, uso ou abuso ou privação de substâncias, crises graves de hipertensão arterial, inflamação). Apesar de habitualmente as cefaleias secundárias serem as que preocupam mais o doente, a família e o professor, as cefaleias primárias representam a grande maioria das cefaleias – entre 90 a 95 %. Se tivermos em consideração o jovem, esta percentagem ainda é mais elevada, já que muita da patologia que origina cefaleias surge em idades mais avançadas.

As cefaleias primárias são representadas principalmente pelas cefaleias de tensão (segundo Pereira Monteiro, 1995: 62.5 %) e pelas enxaquecas ou migraine (segundo o mesmo autor, 8.8 %). Frequentemente, o mesmo indivíduo apresenta cefaleias de tensão e enxaquecas (12.1 % de todas as cefaleias - Pereira Monteiro, *op. cit.*). As outras cefaleias primárias



são as cefaleias em salvas e outras com sintomas e sinais semelhantes (as globalmente chamadas de cefaleias trigeminais autonómicas), a cefaleia primária do exercício, a cefaleia primária da tosse, a cefaleia associada à actividade sexual, a cefaleia hipócnica, a cefaleia em “fisgada”, a hemicrânea contínua...

Com excepção das cefaleias em salvas, as cefaleias primárias são mais frequentes na mulher.

As *cefaleias de tensão* são bilaterais, tipo pressão ou aperto ou queimor, ligeiras a moderadas, sem vómitos, frequentemente associadas ao stress; o doente raramente pretende o isolamento, a escuridão, o sossego. Podem surgir esporádica, frequente e cronicamente (cefaleias de tensão crónicas: pelo menos 15 dias por mês, durante um mínimo de 3 meses). O exercício físico pode agravar ou aliviar este tipo de cefaleias. Gallai *et al.* (1995), num estudo epidemiológico que incluiu 21 clínicas de cefaleias em Itália, sobre a prevalência e caracterização das cefaleias em jovens com menos de 18 anos de idade, verificou que 85.5 % dos casos de cefaleias de tensão não agravavam pela actividade física de rotina. Assim, este tipo de cefaleias não é um impedimento para o exercício e muito menos para a actividade física; se as cefaleias são agravadas pelo exercício, dever-se-á insistir num bom período de aquecimento e ir aumentando o volume de exercício de modo gradual (“low and slow”). Bastantes doentes melhoram com a actividade física, tendo cada vez menos crises de cefaleias.

As *enxaquecas* ou *migraine* são frequentemente unilaterais (hemicrânea), latejantes, de ligeiras a severas, com uma duração de 4 a 72 horas (nas crianças podem ter uma duração mais curta Gallai *et al.*, 1995), associadas a náuseas e/ou vómitos e agravadas pela actividade física de rotina. A sua frequência é variável, desde a uma crise por ano a várias crises por semana (enxaqueca crónica: pelo menos 15 dias por mês durante um mínimo de 3 meses). O movimento também pode ser um desencadeante deste tipo de cefaleias, bem como o stress, alguns alimentos, variações climáticas, modificações hormonais rápidas (enxaqueca da menstruação)... Segundo Selekler *et al.* (2004), nos indivíduos com história de enxaqueca e em plena crise de cefaleias, os movimentos da cabeça agravam mais a dor de cabeça do que subir escadas ou levantar objectos pesados. Durante a crise estes doentes querem um ambiente sossegado, escuro, e evitam a actividade física. As enxaquecas podem ser de vários tipos, mas os mais frequentes são a enxaqueca sem aura – a maioria, cerca de 68% (Pereira Monteiro, 1995) - e a enxaqueca com aura. A aura consiste de manifestações visuais reversíveis (campo visual com manchas, pontos ou linhas brilhantes, cintilantes, ou escuras, ou imagens deformadas), sensitivas (alterações da sensibilidade como “formigueiros” ou “dormência”), motoras (falta de força) ou alterações da linguagem (disfásias) que surgem habitualmente antes da fase de cefaleia e que duram de 5 a 60 min. Nas crianças de pouca idade a enxaqueca pode manifestar-se por uma aura “atípica”, como vómitos (“vómitos cíclicos da infância”) ou dores abdominais (“enxaqueca abdominal”) ou vertigens (“vertigens paroxísticas benignas da infância”), sem o período de cefaleia.

As cefaleias em salvas são muito menos frequentes que as anteriores (menos de 1% das cefaleias) e consistem de períodos de crises de cefaleias (de 15 a 180 minutos), unilaterais (orbitárias, periorbitárias ou temporais), muito severas, acompanhadas de olho vermelho e lacrimejante, nariz entupido, edema da pálpebra, pupilas pequenas (miose). O doente está muito agitado e é impossível fazer exercício físico. Durante os períodos de salva (crises de cefaleias de 2 em 2 dias ou até 8 vezes por dia) também é aconselhável não fazer exercício físico.

Uma avaliação que permite sossegar o professor é saber o perfil temporal da história da cefaleia: uma cefaleia aguda (minutos, horas ou poucos dias) ou subaguda (de semanas a poucos meses), pela primeira vez, deve ser avaliada pelo médico; uma cefaleia **crónica** é habitualmente primária, não tendo qualquer associação a patologia orgânica significativa (as cefaleias de tensão, as enxaquecas, as cefaleias em salvas e as outras cefaleias primárias são geralmente crónicas recorrentes). Os tumores causam frequentemente cefaleias subagudas e as infecções, as roturas de vasos... causam cefaleias agudas.

QUAL É A RELAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO COM AS CEFALEIAS?

Temos de considerar as cefaleias primárias e as cefaleias secundárias.

Relativamente às cefaleias primárias, há geralmente uma história pessoal e familiar de cefaleias semelhantes e a pessoa já terá caracterizado o exercício como factor aliviante (cefaleia de tensão) ou desencadeante ou agravante (enxaqueca) da cefaleia. De referir, porém, que na enxaqueca o exercício aeróbio regular pode prevenir a enxaqueca. Koseoglu *et al.* (2003) verificaram que 20 min de exercício aeróbio moderado, precedido de 10 min de aquecimento e seguido de 10 min de retorno à calma, durante 6 semanas, aumentava no sangue os níveis de endorfinas e diminuía a frequência, a intensidade e a duração das cefaleias na enxaqueca sem aura.

Existe um tipo particular de cefaleia associada ao esforço físico: a “cefaleia primária do exercício” ou a “cefaleia benigna do esforço”, precipitada por qualquer forma de exercício, e reconhecendo-se subformas, tais como “cefaleia dos halterofilistas” e a cefaleia dos nadadores (“swimming headache” – Kim, 1992); note-se, como curiosidade, que a maioria dos atletas de natação com este tipo de cefaleia também têm cefaleias com a actividade sexual (Kim, 1992). No entanto, a caracterização clínica, o prognóstico e o tratamento necessitam ainda de muita investigação. Segundo a classificação da IHS (*Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society*, 2004), a cefaleia primária do exercício, pulsátil, deve ter ainda as características seguintes:

- Duração entre cinco minutos e 48 horas;
- Ocorrer só durante ou após exercício físico;
- Não haver doença intracraniana, nomeadamente hemorragia subaracnoideia e dissecação arterial.

A cefaleia primária do exercício ocorre predominantemente em clima quente ou em altitude elevada. Existem relatos de prevenção em alguns doentes pela ingestão de tartarato de ergotamina

[medicamento (por exemplo, Avamigran®) usado no tratamento das crises de enxaqueca]. Outro medicamento, a indometacina (Indocid®), tem sido considerado eficaz na maioria dos casos.

Relativamente às cefaleias secundárias e exercício físico, pode haver uma história recente de traumatismo craneano associado ao exercício (que pode agravar uma cefaleia pré-existente, como as cefaleias de tensão ou as enxaquecas, ou iniciar *de novo* uma cefaleia) ou o esforço agudo pode causar rotura de vasos sanguíneos (por exemplo, quando existem malformações arterio-venosas ou aneurismas, em vasos cerebrais) ou o indivíduo fez esforço quando estava sob a influência de drogas vasoactivas (por exemplo, cocaína) ou dopagem estimulante cardiocirculatória (por exemplo, cafeína em doses muito elevadas). Nestas circunstâncias pode haver uma hemorragia intracerebral ou cerebelosa ou uma hemorragia subaracnóide. Esta última é uma cefaleia aguda muito intensa, na nuca, com rigidez do pescoço. As cefaleias associadas a um traumatismo craneano podem ser de ligeiras a intensas.

Também pode haver cefaleia quando há evidência de infecção (quem não sentiu cefaleias quando teve uma amigdalite ou uma otite?) ou pelo uso de substâncias que geralmente são vasodilatadoras.

De referir ainda que as cefaleias primárias podem agravar com a desidratação associada ao exercício. Num trabalho de Maughan (2003), a perda de 1 a 2% do peso corporal esteve associada a cefaleias.

Nestas situações o bom senso impõe a procura da causa da cefaleia e, por isso, o aluno deve ser orientado para o médico.



QUE FAZER PERANTE UM ALUNO COM CEFALEIAS?

Cefaleias de tensão: sossegar o aluno, englobá-lo num período de aquecimento correctamente realizado e evitar exercícios intensos (excepto se o aluno se sentir bem com exercícios de maior intensidade). Fazer um programa de exercício de intensidade e duração de progressão gradual.

Enxaqueca: sossegar o aluno e evitar a actividade física quando está com cefaleias; deve fazer actividade física nos períodos inter-críticos, de modo progressivo, tentando uma adaptação ao exercício físico. De facto, demonstra-se que o exercício como preventivo diminui a frequência, a intensidade e a duração das crises de cefaleias mas se feito já com a crise cefalálgica agrava esta (Koseoglu *et al.*, 2003; Darling, 1991).

Enxaqueca menstrual: é um tipo especial de enxaqueca que está associada ao início da menstruação e que terá uma relação com a diminuição brusca de estrogéneos e progesterona no organismo da mulher. Pode ser agravada pela actividade física e os conselhos feitos a propósito da enxaqueca são também válidos para esta situação.

Cefaleia em salvas: é impossível a realização de exercício físico nesta situação. Não existe informação consistente da influência do exercício sobre este tipo de cefaleia.

Cefaleia primária do exercício: sossegar o aluno e fazer o exercício suficiente que não cause cefaleias. Depois ir-se-á gradualmente aumentando o volume de exercício, em função da resposta. A indometacina e outros analgésicos, que se têm de experimentar, podem prevenir ou aliviar este tipo de cefaleias.

Outras cefaleias primárias:

- Cefaleia do acto sexual: aparentemente está associada à posição e ao papel activo. Assim, aconselham-se posições e acções mais passivas, passando o papel de “líder” para o parceiro sexual. A indometacina administrada antes do acto sexual pode evitar as cefaleias.
- Cefaleia da tosse: aliviar a tosse.

CEFALEIAS, MEDICAMENTOS E EXERCÍCIO FÍSICO

Existe uma terapêutica sintomática (apenas para as crises de cefaleias) e, eventualmente, uma terapêutica preventiva (para que as crises de cefaleias reduzam o seu número para menos de 50%). Ou seja, existe a possibilidade de que o aluno esteja a tomar medicamentos para a sua cefaleia.

A medicação sintomática para as cefaleias de tensão e enxaqueca consiste principalmente de analgésicos, que não têm interferência no exercício. Para o tratamento sintomático da enxaqueca moderada a intensa utilizam-se medicamentos vasoconstrictores (ergotamina ou triptanos) que aconselham prudência na prescrição do exercício, que, no entanto, por agravas as cefaleias deve ser evitado durante a crise.

A medicação preventiva da cefaleia de tensão (feita de modo contínuo, ao longo de meses) consiste principalmente na prescrição de medicamentos antidepressores que podem interferir na frequência cardíaca, na produção de secreções pelo aparelho digestivo e respiratório (com indução de mucosas secas) e na indução de astenia. Nestas circunstâncias o exercício deve ser ligeiro a moderado, sabendo que a correlação da intensidade do exercício com a frequência cardíaca pode estar prejudicada.

A medicação preventiva da enxaqueca, feita de modo contínuo, ao longo de meses, (e, por isso, podendo influenciar o exercício), é feita através de antidepressores, aplicando-se aqui o que foi antes referido a propósito das cefaleias de tensão, de medicamentos bloqueadores adrenérgicos beta, com diminuição significativa da capacidade de esforço, com flunarizina, causando cansaço, com antiépilépticos, sem interferência significativa no esforço, excepto quando tem reacções adversas a nível do fígado ou do sangue, com antiinflamatórios não esteróides, com interferência na reacção homeostática ao exercício mas sem o limitarem significativamente.

CEFALEIAS POR USO, ABUSO OU PRIVAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS

Os medicamentos que causam vasodilatação aguda causam cefaleias, bem como o abuso de analgésicos (muito frequente). Os vasodilatadores que podem causar cefaleias são o sildenafil

(Viagra®) e o tadanafil (Cialis®), alguns medicamentos para a isquémia do miocárdio ou das extremidades, alguns antihipertensores e substâncias usadas nos alimentos, como o glutamato usado na comida chinesa (“síndrome do restaurante chinês”). De referir ainda que o álcool pode causar cefaleias, tanto pelo seu uso agudo como pela sua privação (“a ressaca”).

Algumas substâncias usadas como dopagem podem causar cefaleias, o que pode traduzir ou ser o aviso de uma situação grave. Basta pensar na hipertensão arterial e nas arritmias cardíacas causadas pelas anfetaminas (o ecstasy ou MDMA é uma anfetamina!), efeitos que são amplificados pelo exercício físico, o que poderá justificar algumas situações de morte súbita com autópsias aparentemente “brancas”.

Bibliografia

- Darling M** (1991) The use of exercise as a method of aborting migraine. *Headache*; 31(9): 616 – 8.
- Gallai V, Sarchielli P, Carboni F, Benedetti P, Mastropalo C, Puca F** (1995). Applicability of the 1988 HIS criteria to headache patients under the age of 18 years attending 21 Italian headache clinics. Juvenile Headache Collaborative Study Group. *Headache*; 35(3): 146 - 53.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society** (2004). The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition, *Cephalalgia*; Suppl. 1.
- Kim JS** (1992). Swimming headache followed by exertional and coital headaches. *J. Korean Med. Sci*; 7(3): 276 – 9.
- Koseoglu E, Akboyraz A, Soyuer A, Ersoy A** (2003). O. Aerobic exercise and plasma beta endorphin levels in patients with migrainous headache without aura. *Cephalalgia* ; 23(10): 972 – 6.
- Larsson B, Zaluha M** (2003). Swedish school nurses' view of school health care utilization, causes and management of recurrent headaches among school children. *Scand. J. Caring Sci*: 17(3): 232 – 8.
- Maughan RJ** (2003). Impact of mild dehydration on wellness and on exercise performance. *Eur. J. Clin. Nutr*; 57(Suppl. 2): S19 - 23.
- Pereira Monteiro JM** (1995). Cefaleias – Estudo Epidemiológico e Clínico de uma População Urbana. Tese de Doutorado, Universidade do Porto.
- Selekler HM, Kavuk I, Agelink MW, Komsuoglu S** (2004). Questioning aggravation of the headache during migraine attacks. *Eur. J. Med. Res*; 9(5): 279 - 81.