

1- RETROSPECTIVA HISTÓRICA

Achados arqueológicos que remontam a 7000 a.C., demonstraram que os nossos antepassados já sofriam de cefaleias. No entanto, a tentativa da sua cura também a acompanha desde essa data, passando pela crença que os antigos tinham de que os deuses poderiam auxiliar na superação da dor (Young e Silberstein, 2004).

É muito mais tarde - cerca de 200 d.C.- que Aretaeus da Capadócia menciona uma dor de cabeça com características de enxaqueca (Ortiz, 2002).

No século XVII indicam-se como factores desencadeadores das cefaleias o vinho, o calor excessivo a exposição ao sol, a actividade sexual, o sono prolongado e algumas doenças, ainda não totalmente descritas (Monteiro, 1988).

Durante o século XVIII e XIX desenvolveram-se as observações de doentes com cefaleias, procurando-se de forma cada vez mais sistemática, encontrar a sua causa e descobrir formas de tratamento.

Em meados do século XX as investigações neste campo desenvolveram-se gradualmente a nível laboratorial e farmacológico, criando-se as primeiras clínicas de cefaleias em Inglaterra, Estados Unidos e França (Monteiro, 1988).

As dores de cabeça aparecem-nos nos registos desde tempos imemoriais, tomando especial importância nos estudos realizados nos séculos mais recentes.

As cefaleias condicionam a forma como nos relacionamos com os outros, interferindo, tanto a nível pessoal, como profissional.

2- DEFINIÇÃO DE CEFALEIA

Torna-se importante definir o que se entende por cefaleia, vulgarmente denominada “dor de cabeça”.

Para Monteiro (1995), a cefaleia é a dor localizada na extremidade cefálica, ocorrendo de forma esporádica ou persistente, referindo-a ainda como algia facial.

A cefaleia é ainda definida por alguns autores, como ocorrência dolorosa numa ou mais áreas da cabeça, face, boca ou pescoço. A International Headache Society, (IHS) definiu cefaleia como a dor localizada acima da linha orbitomedial (Classificação Internacional das Cefaleias, 2004), (CIC), ou como sendo a supra-estimulação do nervo craniano trigémeo ([www. Jansen-cilag.pt](http://www.Jansen-cilag.pt)).

3- Classificação das cefaleias

A cefaleia pode ocorrer em diversas áreas da cabeça, face, boca ou pescoço.

A forma crónica ou ocasional da sua ocorrência, bem como a intensidade com que se manifesta leva-nos a poder tipificá-la.

Procurou-se uma uniformização de critérios a nível mundial no que concerne à tipificação das cefaleias.

A sua classificação aceite internacionalmente foi elaborada por comissões na dependência da IHS e publicada em 2004.

As cefaleias são classificadas em dois grandes grupos: as primárias, que não têm causa orgânica e são funcionais; as secundárias, que tem patologia subjacente ou causa identificada.

Entre as primárias encontram-se enxaquecas, cefaleias tipo tensão, cefaleias em salvas e outras cefaleias trigémico-autónómicas, entre outras, nas quais se destacam as cefaleias primárias do exercício físico.

A classificação internacional de Cefaleias (2004) aponta a enxaqueca como tendo um grande impacto a nível sócio-económico e pessoal. No ranking da Organização Mundial de Saúde (2004), (OMS) ocupa a 19ª posição mundial entre todas as doenças causadoras de incapacidade.

As enxaquecas são caracterizadas como uma dor latejante, de média ou forte intensidade, manifestando-se frequentemente de forma unilateral, com duração variável entre 4 a 72 horas. Também a sua frequência é variável, desde uma crise por ano a várias crises por semana. A sua manifestação pode piorar com a actividade física, o stress, alguns alimentos, variações climáticas ou modificações hormonais rápidas. Pode ser acompanhada de náuseas, vómitos, intolerância à luz (fotofobia) e aos sons (fonofobia) (Silberstein et al, 2001).

A enxaqueca pode ser dividida em três sub-tipos principais:

- a enxaqueca sem aura,
- a enxaqueca com aura e
- a enxaqueca provável.

3.1. Enxaquecas

3.1.1. Enxaqueca sem aura

De acordo com a CIC (2004), a enxaqueca sem aura é uma síndrome clínica caracterizada por cefaleia com características específicas e sintomas associados. Cefaleia recorrente manifestando-se em crises que duram 4 a 72 horas.

As características típicas da cefaleia são: localização unilateral; carácter pulsátil; intensidade moderada ou severa, exacerbação por actividade física rotineira e associação com náusea e/ou fotofobia e fonofobia.

3.1.2. Enxaqueca com aura

A enxaqueca com aura é caracterizada pelos sintomas neurológicos focais que normalmente precedem ou, às vezes acompanham a cefaleia. Alguns doentes também experimentam uma fase premonitória, antecedendo em horas ou dias o aparecimento da cefaleia, e uma fase de resolução da cefaleia. Os sintomas premonitórios e de resolução incluem hiperactividade, hipoactividade, depressão, apetite específico para determinados alimentos, bocejos repetidos e outros sintomas inespecíficos (silberstein et al, 2001).

3.1.3. Enxaqueca provável

Este tipo de enxaqueca apresenta as características das enxaquecas supra citadas, muito embora lhe falte uma das características necessárias para cumprir todos os critérios de diagnóstico.

3.2. Cefaleia tipo tensão

A cefaleia tipo tensão surge lentamente e provoca uma dor opressiva, por vezes acompanhada de náuseas, que abrange toda a cabeça. A dor é menor relativamente à da enxaqueca. Pode ser episódica ou crónica se a dor estiver presente mais do que 180 dias por ano ou mais do que 15 dias por mês (CIC, 2004).

O IHS caracterizou este tipo de tensão como sendo tipicamente uma dor bilateral, tipo pressão, de intensidade fraca e moderada. Este tipo de cefaleia não é agravada pelos esforços físicos. Os sintomas normalmente associados à enxaqueca (náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia e agravamento da dor associado à actividade física de rotina) não se verificam, na maior parte das vezes, neste tipo de cefaleias.

A frequência da sua ocorrência determina os vários tipos de cefaleia: pouco frequente, frequente, crónica e provável. De referir ainda que dentro da cefaleia tipo tensão provável, observamos 3 subtipos: pouco frequente provável, frequente provável e crónica provável (CIC, 2004).

3.2.1. Cefaleia tipo tensão episódica pouco frequente

É caracterizada por episódios pouco frequentes de cefaleia durando de minutos a dias. A dor é tipicamente bilateral, com carácter em pressão ou aperto, de intensidade fraca a moderada, e não piora com actividade física de rotina. Não há náuseas, mas pode haver fotofobia ou fonofobia (CIC, 2004).

3.2.2. Cefaleia tipo tensão episódica frequente

Segundo CIC (2004), esta cefaleia caracteriza-se por episódios frequentes de cefaleia durando de minutos a dias. A dor é tipicamente bilateral, com carácter em pressão ou aperto, de intensidade ligeira a moderada, e não piora com actividade física de rotina. Não há náuseas, mas pode haver fotofobia ou fonofobia.

3.2.3. Cefaleia do tipo tensão crónica

É caracterizada por uma perturbação que evolui da cefaleia tipo tensão episódica, com episódios diários ou muito frequentes que duram minutos a dias. A dor é tipicamente bilateral, com um carácter em pressão ou aperto, de intensidade ligeira a moderada, e não piora com a actividade física de rotina. Pode haver náuseas ligeiras, fotofobia ou fonofobia (CIC, 2004).

3.3. Cefaleia primária do exercício

Anteriormente designada por cefaleia benigna do exercício pode ser desencadeada por qualquer forma de exercício. A cefaleia primária do exercício ocorre predominantemente em clima quente ou em altitude elevada. Existem relatos de prevenção em alguns doentes pela ingestão de tártaro de ergotamina. Outro medicamento, a indometacina, tem sido considerado eficaz na maioria dos casos. (CIC, 2004)

4- EPIDEMIOLOGIA DAS CEFALIAS

Os estudos realizados na área das cefaleias não permitem conclusões objectivas e concretas, uma vez que têm por base diferentes grupos sociais, etários, profissionais, o que confere à análise um carácter bastante subjectivo e parcial da realidade global da incidência e frequência da ocorrência das cefaleias.

Na opinião de Bordini e Speciali, (1998), o principal entrave à sistematização e análise de dados reside a nível metodológico, pois sendo os métodos diferentes, os resultados serão, indubitavelmente, díspares.

Alguns dos dados que podem dificultar o estudo epidemiológico das cefaleias prendem-se com a sua natureza episódica, modificações quanto à intensidade e características da dor em cada crise; ocorrência de mais do que um tipo de cefaleia em alguns indivíduos; carácter diacrónico das observações e subjectividade na observação da sintomatologia.

Além disto, há factores que expõem determinados grupos a uma maior possibilidade de prevalência das cefaleias, entre os quais destacamos os factores sócio-demográficos, familiares e ambientais (Bordini e Speciali, 1998).

4.1. Prevalência

Com base na bibliografia consultada, verificou-se que estudos realizados, embora apresentando alguns dados controversos, concluem que a prevalência de cefaleias apresentadas como mais frequentes são a enxaqueca e a cefaleia de tensão, que

ocorrem mais frequentemente no género feminino (Bordini e Speciali, 1998).

Apesar de a enxaqueca e a cefaleia aparecerem com maior prevalência na grande maioria dos estudos, verificam-se dados controversos na prevalência de uma relativamente à outra.

Rasmussen, (1995), na Dinamarca, obteve dados da prevalência de 69% da cefaleia tipo tensão episódica e de 15% para a enxaqueca. Estes dados vêm opor-se aos resultados obtidos por Bigail et al, (2000), que concluiu prevalências opostas.

Monteiro, (1995) protagonizou os estudos epidemiológicos realizados em Portugal. Em 1992, estudou uma população estudantil universitária. Em 1995 desenvolveu um estudo na população de Miragaia, concluindo que a prevalência de enxaqueca ao longo da vida era de 8,8% na forma pura e mais de 12,1% associadas a outras formas de cefaleias (p.e., tipo tensão).

No entanto, longe estamos de poder considerar os dados até hoje conhecidos como conclusivos, pois há ainda a necessidade de uniformização de metodologias para que os dados obtidos possam ser cada vez mais credíveis e espelhem verdadeiramente a prevalência deste tipo de cefaleias na população.

4.2. Idade e Género

A idade e o género são dados relevantes no que concerne ao estudo das cefaleias (enxaquecas e cefaleia tipo tensão). Os estudos que sustentam o presente trabalho demonstraram que a prevalência das cefaleias ocorre no sexo feminino, entre os 30 e os 50 anos de idade (Bordini e Speciali, 1998).

No caso particular de Portugal, tais dados são corroborados com os estudos efectuados por Monteiro (1995), com a prevalência de cefaleias no sexo feminino, o que é atribuída a factores hormonais. Contudo, esta prevalência é notória a partir da puberdade, já que até aqui os dados são similares.

De acordo com o anteriormente explanado, entre os 30 e os 50 anos assiste-se à prevalência no género feminino. Todavia esses valores voltam a aproximar-se após os 50 anos (Monteiro, 1995). Particularizando, a diminuição da prevalência da enxaqueca após os 50 anos atribui-se ao facto de haver uma maior mortalidade em indivíduos com enxaqueca ou, simplesmente, à falta de informação relativa a esta faixa etária.

Relativamente às cefaleias tipo tensão, os dados obtidos também apresentam uma prevalência no género feminino, entre os 30 e 40 anos, à excepção das cefaleias tipo tensão crónica.

5- CEFALEIAS E PRÁTICA DESPORTIVA

O exercício físico é fomentado desde tenra idade, e indicado pela OMS como importante na prevenção de algumas doenças nomeadamente as cardiovasculares.

Em Portugal, a actividade física ainda é muito reduzida, sendo o país mais sedentário da Europa.

As vantagens da actividade física são inegáveis. Entre os maiores benefícios destacam-se o aumento da capacidade aeróbia e anaeróbia, aumento da flexibilidade, melhoramento do desempenho cardiocirculatório e da capacidade cognitiva, diminuição da ansiedade e da depressão, controlo da dor e diminuição da prevalência de factores de risco, como o tabagismo ou a toxicodependência.

Particularmente no que se refere à obesidade, o exercício físico é o mais aconselhado, já que a energia despendida provém das gorduras e ao mesmo tempo que se perde massa gorda, aumenta-se a massa magra. Por outro lado, o exercício físico é indicado por diminuir factores de risco associados à obesidade como a hipertensão arterial ou o sedentarismo. Assiste-se ainda ao melhoramento da homeostasia, ao funcionamento cardiocirculatório e respiratório, aumentando a sensibilidade das células à insulina. Por fim, porém não menos importante, o exercício físico contribui para o melhoramento da imagem corporal e da auto-estima (Ribeiro, 2005).

Segundo estudos realizados, demonstrou-se que a actividade física vai decrescendo ao longo da vida. A fase da adolescência é o período em que a prática do exercício físico é mais frequente, mas a partir daí, a sua sistematização vai gradualmente sendo reduzida. No caso particular do género feminino, o início dessa diminuição verifica-se mais cedo, facto que se relaciona, provavelmente com os interesses sociais e a própria imagem corporal.

Fontes Ribeiro (2006), cita as estratégias avançadas que podem potencializar a prática de actividade física moderada diária (Sardinha, 2003):

- Papel dos órgãos de comunicação social no que concerne ao incentivo da prática de

exercício físico nomeadamente nos meios urbanos;

- Função dos currículos escolares, que devem fomentar e incentivar, de forma mais incisiva, a prática de exercício físico;
- Cooperação entre autarquias, associações desportivas e/ou outras organizações na criação de condições para a prática de exercício físico, adequada a cada faixa etária e chegando a todos os grupos sociais;
- Formação de educadores/professores para veicularem o incentivo a estilos de vida saudáveis;
- Divulgação de informação sobre os benefícios da prática de exercício físico em todas as idades.

A prática de exercício físico está hierarquizada na denominada pirâmide da actividade física que tem na sua base actividade de rotina (passear, subir escada), passando pela actividade física realizada semanalmente (corrida, ciclismo, ginástica, ...) e pelas actividades de baixa intensidade, como o golfe ou a jardinagem e, no vértice, aparecem-nos as actividades mais sedentárias (ver televisão, jogar no computador).

Paralelamente, não podemos deixar de referir a alimentação, que deverá ser regrada e equilibrada.

Todavia, se anteriormente evidenciamos os benefícios do exercício físico, somos também forçados a reconhecer que a sua prática envolve, obviamente, também algum risco. No caso de pessoas com patologia, quanto mais intenso for o exercício, maior será o risco.

Assim, torna-se imperativo realizar a "Estratificação do risco" (American College of Sport Medicine, 2000) para que se possa minorar os riscos e adequar o exercício físico a cada indivíduo.

A prática do exercício físico, como aliás já foi referido, é fomentada, pois os seus benefícios estão largamente documentados. No entanto, a sua prescrição e a sua prática não devem ser realizadas de forma leviana, correndo-se o risco de agravar a patologia de alguns indivíduos. Compete então particularizar a prescrição de exercício físico a indivíduos com determinado tipo de cefaleias.

No caso das cefaleias de tensão, que se incluem nas cefaleias primárias e que são frequentemente associadas ao stress, a prática do exercício físico tanto pode agravá-las como aliviá-las. De referir ainda que este tipo de cefaleias pode surgir esporádica, frequente ou cronicamente.

Num estudo epidemiológico realizado por Gallai e colaboradores (1995), que incluem 21 clínicas de cefaleias em Itália, observaram-se jovens com menos de 18 anos, verificou-se que na grande maioria dos casos, as cefaleias de tensão não se agravam com a prática de actividade física, podendo-se, desta forma concluir-se que No entanto, no referente aos indivíduos nos quais estas cefaleias agravam com a prática do exercício, dever-se-á insistir num período de aquecimento e aumentar gradualmente o volume do exercício, uma vez que vários doentes melhoraram com a prática regular de actividade física (Ribeiro, 2005).

No caso das enxaquecas, que se tipificam de ligeiras a severas, com uma duração de 4 a 72 horas, a prescrição de exercício físico é desaconselhável em plena crise, segundo Seleker e colaboradores (2004), uma vez que o movimento também pode ser desencadeante deste tipo de cefaleias, bem como o stress, alterações climáticas e modificações hormonais rápidas. Por outro lado, segundo Koseogeu e colaboradores (2003), o exercício aeróbio regular pode prevenir a enxaqueca, tendo verificado que 20 minutos de exercício aeróbio moderado, precedido de 10 minutos de aquecimento seguido de 10 minutos de retorno à calma, durante 6 semanas, aumentavam no sangue os níveis de endorfinas e diminuía a frequência, a intensidade e a duração das enxaquecas.

Ainda englobada nas cefaleias primárias, observa-se a cefaleia primária do exercício ou a cefaleia benigna do esforço, desencadeada por qualquer forma de exercício e que apresenta alguns sub-tipos, como a "cefaleia dos halterofilistas" ou a "cefaleia dos nadadores" mas, dado que não existem estudos que permitam a sua caracterização clínica, o seu tratamento ainda é pouco definido.

Segundo a classificação da IHS, a cefaleia primária do exercício apresenta as seguintes características:

Duração entre 5 minutos a 48 horas;

- Ocorrência durante ou após o exercício físico;

- Inexistência de doença intracraniana.

- Importa ainda salientar que este tipo de cefaleia ocorre mais frequentemente em clima quente ou em altitude elevada.

Segundo Maughan (citado por Ribeiro, 2005), as cefaleias primárias podem agravar com desidratação associada ao exercício físico, registando-se numa perda de 1% a 2% do peso corporal.

No que concerne às cefaleias secundárias, e uma vez que estas podem estar

relacionadas com uma história recente de traumatismos, podendo ser de ligeiras a intensas, a prática do exercício físico pode agravar a situação clínica do indivíduo, e, por isso, é desaconselhada.