

# Cefaleias: O desafio

HELENA BEÇA\*

**A** cefaleia é considerada a experiência de dor física mais comum sentida pelo Homem.<sup>1</sup> A relevância dada durante a formação pré-graduada à aprendizagem da patologia neurológica é escassa, visando mais uma abordagem generalizada de temas diversos do que um aprofundamento rigoroso das doenças neurológicas mais comuns. No Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar (MGF) a Neurologia não é um estágio obrigatório, encontrando assim a maioria dos futuros Médicos de Família (MF) poucas oportunidades formativas para colmatar as lacunas do seu conhecimento nesta área. No entanto, a formação contínua sobre cefaleias é imprescindível em MGF e justifica-se por diversas características deste grupo de entidades clínicas. A sua prevalência é enorme, e claramente determinada pelas formas clínicas mais frequentes, a enxaqueca e a cefaleia de tensão. Estima-se que cerca de 90% da população geral terá pelo menos um episódio de cefaleia ao longo da vida;<sup>2</sup> estudos efectuados em Portugal encontraram prevalências de enxaqueca variando entre os 6,1%<sup>3</sup> e os 12,1%.<sup>2</sup> Rasmussen determinou na Dinamarca prevalências de cefaleias de tensão entre os 69 e os 88%.<sup>4</sup> São importantes motivos de consulta em MGF;<sup>5</sup> surgem invariavelmente entre as 20 mais comuns razões para consultar o Médico de Família.<sup>6</sup> O significativo impacto na qualidade de vida dos pacientes, não apenas durante as crises mas também nos períodos entre as mesmas,<sup>7</sup> e o facto de aquelas serem causa comum de incapacidade para o trabalho e de redução da produtividade<sup>5,8</sup> fundamentam a necessidade de estratégias diagnósticas e terapêuticas efectivas na sua abordagem. Contudo, a grande variabilidade de for-

mas de apresentação clínica de que as cefaleias se revestem dificulta muitas vezes um diagnóstico simples. Como queixas subjectivas que são, frequentemente originam descrições pitorescas ou bizarras dos pacientes (sensação de picadas, espetadelas, guinadas, facadas, peso, moínha, “bichos a andar”, “cabeça a rebentar”, “água a correr”), o que contribui para a confusão do doente e para alguma dificuldade de valorização sintomática por parte do médico. Por outro lado, ocorrem ou não com sintomas acompanhantes diversos e intensidades de dor muito variáveis, o que origina síndromas cujo leque de variação é extraordinariamente amplo. A maioria dos casos de cefaleias são de curso benigno e previsível, facto que poderá explicar a significativa proporção de pacientes com cefaleia que não recorrem aos cuidados de saúde, mas antes à auto-medicação e auto-cuidados; Rasmussen apurou que apenas cerca de metade dos indivíduos com enxaqueca e um sexto dos pacientes com cefaleia tipo tensão consultavam com o seu MF por causa deste problema, e ainda com menor frequência procuravam outro especialista.<sup>9</sup> Assim, constata-se que, dada a “banalidade” com que encaram este sintoma, muitos pacientes raramente consultam o seu MF apenas por cefaleias, não as referindo ou referindo-as apenas no final de uma consulta realizada por outro motivo. Do outro lado do espectro encontram-se cefaleias menos frequentes, associadas a patologias potencialmente incapacitantes e até fatais. A capacidade diagnóstica do Médico de Família, que observa primariamente doentes com sintomas numa fase precoce da sua manifestação, é deste modo colocada perante um importante desafio. Atento a esta realidade, o Conselho Editorial da RPCG considerou ser per-

\*Médica de Família - Centro de Saúde de Espinho  
Editora da RPCG

tinente e útil a publicação de um *dossier* sobre cefaleias, para o que convidou colegas Neurologistas que têm dedicado grande parte da sua actividade profissional a esta área. Publica-se assim uma série de 5 artigos temáticos antecedidos de uma Introdução, a qual, da autoria de José Pereira Monteiro,<sup>10</sup> pretende contextualizar de forma genérica o tema, quanto à prevalência, etiologia, apresentações e impacto dos vários tipos de cefaleia. No primeiro artigo temático,<sup>11</sup> Carlos Fontes Ribeiro, Paula Esperança e Livia Diogo Sousa abordam a mais comum das cefaleias primárias, a cefaleia tipo tensão, a que se segue o trabalho de Jorge Machado, José Barros e Manuela Palmeira dedicado a uma das patologias mais exuberantes em termos de sintomatologia associada à cefaleia - a enxaqueca.<sup>12</sup> Elsa Parreira, Raquel Gil Gouveia e Isabel Pavão Martins propõem um olhar sobre um quadro menos comum, mas associado a grande incapacidade, a cefaleia em salva.<sup>13</sup> Os últimos dois artigos, respectivamente da autoria de Joaquim Pinheiro, Maria José Rosas e Carlos Fontes Ribeiro,<sup>14</sup> e de Catarina Gomes, José Barros, Ana Paula Correia e José Pereira Monteiro<sup>15</sup> alertam para etiologias secundárias de cefaleia, as quais, pela sua evolução sub-aguda, podem ser susceptíveis a atrasos diagnósticos com implicações não negligenciáveis. A RPCG agradece o empenho e a participação da generalidade dos autores deste *dossier*, na expectativa de contribuir, com a sua publicação, para a aquisição e aperfeiçoamento de competências dos Médicos de Família portugueses na abordagem do paciente com cefaleias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Bails D, Ofri D. Headache. In: Link N, Tanner M, editors. The Bellevue Guide to Outpatient

Medicine: an evidence-based guide to primary medical care. 1st ed. London: BMJ Books; 2001. p. 174.

2 Monteiro JP. Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana [dissertação]. Porto: Ed. do autor; 1995.

5 Monteiro JP, Matos E, Calheiros JM. Headaches in medical school students. Neuroepidemiology 1994; 13 (3): 103-7.

6 Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44 (11): 1147-57.

3 Sousa JC. A cefaleia e o impacto no consumo de cuidados na consulta de Clínica Geral [dissertação]. Porto: Ed. do autor, 1998.

4 Lamberts H, Brouwer HJ, Marinus AFM, Hofmans-Okkes. The use of ICPC in the Transition project. Episode-oriented epidemiology in general practice. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, editors. The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 106-10.

7 Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in childhood migraines: clinical impact and comparison to other chronic illness. Pediatrics 2003 Jul; 112 (1 Pt 1): e1-5.

8 Antonov K, Isacson D. Headache in Sweden: the importance of working conditions. Headache 1997 Apr; 37 (4): 228-34.

9 Rasmussen BK. Epidemiology of headache. Cephalalgia 1995 Feb; 15 (1): 45-68.

10 Monteiro JP. Cefaleias primárias: causas e consequências. Rev Port Clin Geral 2006; 22: 455-9.

11 Fontes Ribeiro, Esperança P, Sousa LD. Cefaleias tipo tensão: fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Clin Geral 2006 Jul-Ago; 22 (4): 483-90.

12 Machado J, Barros J, Palmeira M. Enxaqueca: fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Clin Geral 2006 Jul-Ago; 22 (4): 461-70.

13 Parreira E, Gouveia RG, Martins IP. Cefaleia em salvas - fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Clin Geral 2006 Jul-Ago; 22 (4): 471-82.

14 Pinheiro J, Rosas MJ, Fontes Ribeiro C. Cefaleias secundárias de causa infecciosa, neoplásica ou tóxica. Rev Port Clin Geral 2006 Jul-Ago; 22 (4): 491-9.

15 Gomes C, Barros J, Correia AP, Monteiro JP. Cefaleias secundárias de causa vascular. Rev Port Clin Geral 2006 Jul-Ago; 22 (4): 501-11.