

A anamnese das cefaléias

Headache anamnesis

Péricles Maranhão-Filho

Neurologista do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da
UFRJ e do Instituto Nacional de Câncer

RESUMO

Introdução: A cefaléia é um sintoma freqüente nas crianças, adolescentes e adultos, e a anamnese é a ferramenta de trabalho mais importante na investigação deste mal. **Objetivos:** Este artigo, sem maiores pretensões, sugere um método para direcionar o que perguntar, como perguntar e como se portar frente aos padecentes de dores de cabeça. Cada uma das questões é comentada, dando-se maior ênfase às cefaléias primárias mais freqüentes. **Conclusão:** Objetivando-se o questionamento anamnésico com perguntas-chave se facilita o raciocínio diagnóstico e se ganha tempo.

PALAVRAS-CHAVE

Anamnese; cefaléias; migrânea.

ABSTRACT

Introduction: Headache is a frequent symptom in children, adolescents and adults, and anamnesis is the most important tool for assessing headache patients. **Objectives:** This article suggests a method for establishing what questions to ask, how to ask these questions and how physicians should present themselves to the patient. Each question is accompanied by comments that focus on the most frequent primary headaches. **Conclusion:** Applying an objective anamnestic questionnaire using key questions makes diagnostic thinking easier and saves time.

KEY-WORDS

Anamnesis; headache; migraine.

As cefaléias estão atualmente entre as mais ativas áreas de investigação científica. Estão também entre as vinte causas mais freqüentes de atendimento no consultório médico,¹ onde atende-se mais cefaléias do que dor no tórax e febre, ocupam a 14ª causa de atendimento ambulatorial-hospitalar,² onde se atendem mais cefaléias do que diabetes mellitus e depressão, e ocupam a quarta causa de procura aos atendimentos de emergência³, posicionando-se logo depois de dor no estômago, dor no tórax e febre. Pesquisas clínicas e experimentais, além de atividades teórico-educativas têm proliferado, no intuito de se tentar com-

preender a intimidade da dor mediante o entendimento dos processos geradores das dores de cabeça.

Os recentes avanços obtidos nos terrenos da pesquisa básica e terapêutica propiciaram mudança de postura de muitos profissionais de saúde frente aos casos de dor de cabeça. Não cabe mais considerarmos, por exemplo, a migrânea como uma simples dor de cabeça, acompanhada por alguns fenômenos autonômicos, e para a qual pouco ou quase nada se tem a fazer. Parafraseando Peter Goasby⁴, pode-se afirmar que: "a cefaléia, tão freqüentemente considerada como a irmã feia da especialidade (neurológica), ambígua, mal entendida e sempre chata na clínica, recebeu um *up grade*, e deixou que revelássemos alguns de seus segredos que vieram enriquecer nossa prática e melhorar a qualidade de vida de seus sofredores..."

Os alicerces do diagnóstico das dores de cabeça - como de qualquer condição médica - baseiam-se em três etapas: anamnese, exame físico e exames complementares.

Anamnese [$\alpha\mu\eta\sigma\iota\varsigma$]⁵ significa relembrar, trazer novamente à memória, recordar(-se). No caso das cefaléias primárias, esta colheita de dados não deve ser voltada apenas para se tentar descobrir "qual é a lesão e onde ela está". Neste caso em particular, a anamnese representa ferramenta diagnóstica muito mais importante, uma vez que é com este instrumento que vamos escrutinar um sintoma que na maioria das vezes se apresenta completamente desprovido de sinais.

Boa comunicação na consulta médica, além de ser uma gentileza de quem examina, leva mais facilmente ao diagnóstico correto, melhora a aderência ao plano de tratamento e a resolução dos sintomas.⁶ Neste processo interativo que é a obtenção de uma história médica, todo examinador necessita dispor de pelo menos cinco pré-requisitos básicos, a fim de levar a contento sua tarefa, quais sejam: 1) Conhecimento, para saber o que procurar; 2) Inteligência, para interpretar o que encontra; 3) Paciência,

para cativar e obter a colaboração do doente; 4) Atenção, para captar todos os detalhes, mesmo os mais sutis, e principalmente 5) Tempo, para melhorar a acurácia.

Colher uma história para se tentar descobrir o que há de errado com o paciente lembra sempre o trabalho de um detetive. Nunca deixe esta atividade de tão delicada pesquisa transformar-se em algo mecânico. Mantenha-a viva e, mais, não tenha receio de introduzir até mesmo um pouco de humor nesta conversa.⁷ Isso torna a anamnese mais leve e mantém o clima mais agradável. Porém, não deixe também de ter em mente (o tempo todo), pelo menos duas questões fundamentais: O que está causando isso? E, como posso ajudar?

Considerando-se, portanto, que o diagnóstico das cefaléias é geralmente estruturado sobre os dados obtidos pela anamnese, organizar o questionamento com perguntas-chave não só reduz o tempo despendido com perguntas pouco conclusivas, como facilita o raciocínio diagnóstico. Para tal, sugerimos 12 perguntas-chave (Quadro 1), referentes aos diferentes aspectos da dor. De acordo com as respostas obtidas a estas questões, pode-se traçar um perfil e firmar o diagnóstico da maioria das dores de cabeça encontradas na prática diária. Tais perguntas advêm de uma adaptação da seqüência de questões sugeridas por JN Blau⁸, que por sua vez derivam de uma antiga série de perguntas idealizadas por Ryle's (1936) a propósito da investigação anamnética da dor em geral.

Quadro 1		
Aspectos-chave a detalhar na anamnese de uma cefaléia		
Aspectos-Chave		
Início	Frequência	Duração
Local	Qualidade	Quantidade
Fatores associados	Desencadeantes	Agravantes
Fatores de alívio	Percepção da cefaléia	Tratamentos prévios

O que, e como, devemos perguntar aos sofredores de cefaléia?

1) *O início.* "Há quanto tempo sofre de dores de cabeça? Ou, qual a sua idade quando as dores começaram?"

Cefaléias primárias constituem um grupo de doenças paroxísticas e crônicas. Habitualmente, os pacientes com este tipo de cefaléia nos contam relatos de crises que já ocorrem há muitos anos. Geralmente associam o início do seu padecimento com a época escolar ou datas significativas como viagens, acidentes, casamentos, menarca, etc.

Um bom lembrete: cefaléias crônicas com intervalos assintomáticos nos quais os exames clínico e neurológico são normais, muito provavelmente correspondem a uma cefaléia primária. Alguns especialistas no assunto con-

sideram que o tempo de doença (de dor) não é importante para o diagnóstico das cefaléias primárias, até porque tal aspecto nem faz parte dos critérios atuais da International Headache Society.⁹ Consideramos, porém, que a dor de cabeça, seja qual for, é, antes de tudo, um sintoma, e, como tal, deve ter o seu tempo de início estipulado, nem que seja para diferenciarmos condições agudas, subagudas ou crônicas.

2) *A frequência.* "Com que frequência suas dores ocorrem? Ou, então: "Ultimamente, qual foi o período mais longo que passou sem dor?"

No que se refere às cefaléias primárias, a frequência de cada crise é bastante variável. As migrêneas tendem a ocorrer, em média, pelo menos uma ou duas vezes ao mês. Migrêneas sem aura são de ocorrência mais rara. Por outro lado, cefaléias do tipo-tensão são mais frequentes e dura-douras, ao passo que a cefaléia em salvas caracteristicamente apresenta padrão sazonal com períodos sintomáticos de alguns meses, e fases livres de dor que podem durar por meses ou até mesmo anos. Vale lembrar que um contingente significativo de pacientes com cefaléia em salvas apresenta crises somente durante o sono, seja ele diurno ou noturno.

3) *A duração.* "Quanto tempo duram suas dores de cabeça?"

O tempo de cada crise pode variar consideravelmente. Migrêneas duram, por critérios, de poucas horas até três dias. A cefaléia em salvas mantém-se, em média, 40 minutos ocorrendo diariamente por um período de meses. Já na cefaléia tipo-tensão as dores de cabeça são mais duradouras e podem permanecer por mais de uma semana. Tente objetivar a média de duração das crises.

4) *O local.* "Onde sua dor começa?"

Embora nas migrêneas prevaleça o conceito de unilateralidade da dor, este aspecto não constitui critério obrigatório, podendo a mesma surgir em ambos os lados da cabeça numa mesma crise. Na cefaléia em salvas a dor é sempre unilateral, e na grande maioria das vezes órbito-frontal. Já na cefaléia tipo-tensão costuma ser holocranial e, muitas vezes, bilateral, com o incômodo predominando principalmente na nuca ou região occipital bilateral.

Pergunte sobre eventual irradiação. Em caso afirmativo, freqüentemente o paciente demonstra o trajeto da dor com o dedo como, por exemplo: têmporo-mandibular, occipito-orbital, etc.

5) *A qualidade.* "Como define sua dor?"

Segundo alguns autores⁸, esta é a pergunta mais difícil de ser respondida. Comparável à tentativa de se descre-

ver uma peça musical ou o gosto da banana. Ajude o paciente fornecendo exemplos de tipos de dor e procure utilizar sempre expressões com as quais o doente está mais familiarizado tais como: pulsátil, latejante, martelando, apertando, pesando, espetando, queimando, furando, etc.

Nas migrêneas, a dor costuma ser – embora nem sempre – de caráter pulsátil ou latejante. Alguns pacientes afirmam que sabem "que ela (a crise) está vindo", porque começam a sentir um "leve latejar numa das têmporas". Os migranosos crônicos, e já habituados com suas dores, não se iludem com este sintoma leve, pois têm plena noção de que isto não passa de "uma brisa que antecede uma grande tempestade".

Na cefaléia tipo-tensão, a dor apresenta-se quase sempre como pressão ou peso, e diversos pacientes referem a sensação de "uma garra" comprimindo a região occípito-cervical. A queixa de "uma faixa apertando o crânio" ou "um torniquete" também não é incomum. Já no caso da cefaléia em salvas, a dor por si só já nos faz suspeitar do diagnóstico. É muito freqüente ouvir-se: "sinto como um furador de gelo penetrando no olho", ou então, "durante a crise, é como se tivesse algo querendo arrancar o meu olho". Em alguns casos a dor é de qualidade variável, modificando-se ao longo da crise. Aceite o fato de que alguns pacientes simplesmente não conseguem descrever o tipo de dor que sentem.

6) *A quantidade.* "Quão ruim é a sua dor? Ou como a dor afeta a sua vida?"

A intensidade da dor pode ser aferida por seus efeitos sobre a atividade de vida diária. No sentido de se atribuir parâmetros objetivos a um fenômeno imensurável como a dor, considera-se que: se a dor for fraca, o indivíduo não deixa de realizar suas tarefas da vida diária. Se for de intensidade moderada, a dor atrapalha estas atividades. Dores intensas ou graves geralmente impedem a atividade e jogam o sofredor no leito.

Tanto a migrânea como a cefaléia tipo-tensão podem apresentar intensidade moderada. Considerando apenas este aspecto, por vezes pode surgir alguma dificuldade no discrimine entre ambas as condições. Nas crises de migrânea, as dores são geralmente moderadas ou intensas, embora possam ter se iniciado com fraca intensidade. Merece menção especial o fato de que na cefaléia em salvas, as dores, na maioria das crises, atingem limiares quase insuportáveis.

7) *Os fatores associados.* "O que mais apresenta quando sente dor?"

Aqui é onde encontramos aspectos diferenciais marcantes na distinção das cefaléias primárias. Nas migrêneas, faz parte dos critérios a presença de náusea ou vômitos, além de foto e/ou fonofobia. Pergunte sobre a aura, mas

fique atento, pois os critérios da migrânea com aura foram revistos recentemente.⁹ Questione sobre pontos brilhantes, estrelas, zig-zag, linhas, áreas escurecidas (escotomas), distorções visuais, ou se percebe sensação de dormência que ascende pelo braço.

O comportamento do padecente é outro aspecto merecedor de atenção. No migranoso, a atitude é quase sempre de recolhimento num ambiente escuro e silencioso. Na cefaléia em salvas, é notório, e este também é um critério diagnóstico, o fato de apresentar-se extremamente inquieto e agitado durante as crises. Anda de um lado para o outro enquanto aperta fortemente o olho dolorido com uma das mãos ou, até mesmo, batendo – literalmente – com a cabeça de encontro à parede. Associam-se sinais autonômicos exuberantes, constituídos por lacrimejamento, vermelhidão ocular, edema ou redução da rima palpebral, miose, rinorréia ou constipação nasal. A intensidade da dor, o padrão de comportamento e os sinais associados são tão marcantes e estereotipados que tornam esta condição ímpar e até certo ponto fácil de ser diagnosticada. Contrastando com esta exuberância de sinais autonômicos associados não somente à cefaléia em salvas, mas também às demais cefaléias trigêmino-autonômicas encontramos a cefaléia tipo-tensão, que é parca em termos de coadjuvantes, sejam eles autonômicos ou não.

8) *O que desencadeia.* "O que provoca a dor?"

Discute-se há muito a possibilidade de que determinados tipos de alimentos ou bebidas possam desencadear crises de migrânea. Embora não haja comprovação científica para tal afirmativa, na prática observamos que muitos pacientes queixam-se de ter suas crises desencadeadas após a ingestão de: queijos, chocolates, alimentos condimentados, frutas cítricas e vinho tinto. Alterações climáticas também já foram reputadas como fatores desencadeantes. É necessário ressaltar que fator precipitante ou desencadeante de crises, não deve de maneira nenhuma ser confundido com a causa da doença ou a origem da mesma.

A privação ou excesso de sono certamente precipita crises nos pacientes predispostos, assim como a queda brusca dos níveis de estrogênio durante o ciclo menstrual também funciona como fator desencadeante de crises.

Traumatismos de crânio, mesmo de fraca intensidade, podem precipitar o surgimento de franca crise migranosa. No caso da cefaléia do tipo-tensão, o estresse – físico ou emocional – representa o precipitante mais famoso.

Ainda é obscuro o mecanismo subjacente ao sistema circadiano das crises de cefaléia em salvas. Porém, é conhecido o fato de que o uso de bebidas alcoólicas pode precipitar crises quando se inicia a fase sintomática deste ciclo. Como ação profilática, os fatores precipitantes ou

circunstâncias que antecedem às cefaléias primárias, obviamente devem ser lembrados e evitados.

9) *O que agrava.* "Existe algo que agrave ou faça piorar sua dor?"

Na maioria das vezes, nas cefaléias primárias, a tendência natural da dor, uma vez instalada, é de agravar-se na sua intensidade, caso não seja tratada de modo adequado. Entretanto, por definição e critério, crises de migrânea podem agravar-se pelo esforço físico (simples ato de caminhar ou subir escadas), ruídos, odores, ou estímulos luminosos. O estresse emocional agrava qualquer dor.

10) *O que alivia.* "O que faz para tentar reduzir a intensidade da dor?"

Mesmo sem considerarmos o tratamento medicamentoso sintomático e profilático, sabe-se que alguns fatores aliviam as dores das cefaléias primárias. Hipócrates foi o primeiro a chamar atenção para o fato de que os vômitos aliviavam o sofrimento dos migranosos. Embora o sono, quando em excesso, e nos pacientes predispostos, possa precipitar crises, eventualmente atua como analgésico, tanto nos migranosos como nos casos de cefaléia do tipo-tensão. Afastar os precipitantes, obviamente reduz o sofrimento, não somente quanto à intensidade, mas principalmente quanto à frequência de crises em ambos os tipos de cefaléia.

Quanto à cefaléia em salvas, não se conhece até o momento nenhum fator, exceto a utilização de fármacos, que sabidamente possam interferir no cortejo sintomático das crises.

11) *O que acha que tem.* "O que acha que causa sua dor?"

Tente obter informações a respeito do que o padecente considera estar acontecendo com ele, e qual a sua maior angústia em relação à cefaléia. Neste momento, o examinador não pode ter receio de abrir a boceta de Pandora, uma vez que a dor, especialmente na cabeça, geralmente suscita muitos medos e angústias a respeito de doenças graves.

Lembre-se de tranquilizar o paciente quanto à sua verdadeira preocupação. Ou seja, de pouco vale afirmar categoricamente que a dor em questão não está sendo gerada por lesão aneurismática quando a principal preocupação do indivíduo é a presença de um infarto cerebral ou um tumor.

12) *Como já tratou.* "Já fez tratamento profilático ou só tratou agudamente?"

Tratamentos prévios, sejam eles profiláticos ou abortivos, devem ser aferidos e anotados. Eventuais falhas terapêuticas podem se dever ao uso por tempo insuficiente, ou doses inadequadas. Em suma, quais foram as medidas

– farmacológicas ou físicas – adotadas e quais resultados obtidos.

É freqüente a desconfiança e a falta de aderência ao plano terapêutico agora sugerido quando tentativas prévias com a mesma droga falharam mesmo se esclarecendo que o emprego do fármaco ocorreu em dose inadequada, ou que o tempo de tratamento foi insuficiente.

Finalmente, não podemos deixar de mencionar que, preocupados com o fato do diagnóstico da migrânea não corresponder à alta prevalência do atendimento emergencial desta condição, em 2003 Lipton e cols.,¹⁰ com o que denominaram ID Migraine, desenvolveram uma ferramenta de escrutínio rápido, para o diagnóstico de migrânea, naqueles pacientes que procuram atendimento primário com queixa de cefaléia. Estes autores conseguiram demonstrar categoricamente, e com grande eficiência, que apenas respondendo positivamente a duas de três perguntas (desabilidade, náusea e sensibilidade à luz), pode-se firmar o diagnóstico de migrânea (sem especificar o subtipo), com alto grau de sensibilidade (81%) e de especificidade (75%), independente do sexo, da idade ou de outras co-morbidades.

Em um caso de cefaléia, como se realiza um atendimento ideal?

Um bom começo é não esquecer que os pacientes procuram atendimento médico não só para obter alívio da dor,¹¹ mas também para receber alguma explicação a respeito do seu mal.¹² Questionando as expectativas de 100 crianças (3 a 17 anos) com cefaléia,¹³ Donald e cols registraram que, curiosamente, três eram suas prioridades: 1) saber qual a causa da dor; 2) o que fazer para melhorar; e, por último 3) ter a certeza de que não teriam que tratar-se por toda vida.

Considerando-se que, de modo geral, os pacientes com cefaléia sentem-se órfãos da medicina, tenha calma ao lidar com eles, nunca se mostre apressado ou impaciente, mesmo já tendo em mente o provável diagnóstico.¹⁴ Lembre-se que o consultório é seu território. O paciente está num terreno estranho e, eventualmente, falando com você pela primeira vez. Por isso considere até mesmo natural que ele possa estar ansioso, apreensivo ou mesmo assustado e com medo. É essencial relaxá-lo. Sendo assim, conversar alguns minutos a respeito de assuntos outros que não propriamente o motivo da consulta, fornece sempre bons dividendos e nunca será considerado tempo perdido.⁷

Paciência e tempo são pré-requisitos seus. Mantenha sempre postura gentil e simpática, pois isto transmite credibilidade e confiança. Ouça a história, valorizando os aspectos mais importantes da narrativa e considerando seriamente as expectativas individuais de cada paciente. No seu questionamento, mais vale reformular sua pergunta, do que repeti-la num tom mais alto.

Proceda ao exame clínico e neurológico de modo objetivo, mas consistente, mesmo sabendo que o mesmo não vai se mostrar alterado. O comentário: "Doutor, eu nunca fui examinado(a) assim antes" confirma não somente que você está sendo cuidadoso, mas também que o paciente está tentando dizer que confia em você.⁶

Solicite exames complementares quando necessário. Lembre-se também que, nos casos de pacientes extremamente ansiosos, o exame complementar é uma "ação terapêutica" mais do que investigativa. Muitas vezes um exame de imagem serve mais para dizer o que não é do que o que é.

Forneça sempre explicações adequadas a respeito da doença e do tipo de tratamento proposto. Informe, na medida do possível, como a droga prescrita funciona. Alerta para os possíveis efeitos adversos da mesma, e assegure-se que o paciente entendeu e concordou com suas instruções.

Mostre segurança em relação à explicação dos sintomas apresentados e ofereça literatura educacional (p.ex., textos sobre fatores desencadeantes e a melhor forma de evitá-los, etc). Constitui ainda boa técnica envolver o marido (ou esposa) e os demais familiares no programa de tratamento.

Solicite visitas periódicas para reavaliar o diário da cefaléia, caso tenha fornecido orientação para o preenchimento do mesmo. Não deixe de ofertar um número de telefone para contato rápido, e seja realista em relação aos objetivos do tratamento proposto.

Aprenda a terminar bem a consulta; quando esta é bem equilibrada, o paciente sempre vai concordar quando você decidir concluí-la.⁷

Quadro 2

Sugestões de atitudes recomendáveis durante o atendimento
Dicas Importantes

Deixe que o paciente fale livremente, que conte sua história. Utilize linguagem apropriada, seja claro e, na medida do possível, elegante. Lembre-se que, de modo geral, os pacientes assimilam no máximo duas ou três informações importantes durante a consulta. Postura, gestos e contato visual são mais que importantes, são fundamentais! Dar o nome do problema (dizer qual é a doença) é terapêutico. Explique o porquê do pedido (ou não) dos exames complementares. Discuta o plano de tratamento e crie somente expectativas realistas. Não invente! Se não prescrever, explique bem por que. Comente sobre a duração e o prognóstico dos sintomas. No final da consulta reveja os aspectos que não ficaram bem claros, procure perceber se o paciente realmente entendeu o que você disse, e, isso é muito importante, mostre-se disponível.

Por último, mas nem por isso menos importante, lembre-se que o bom relacionamento médico-paciente é o ponto de partida para o sucesso terapêutico, e que você é o primeiro lenitivo. Além disso, não se esqueça de diagnosticar sempre com humildade e duvidando o tempo todo da sua pretensa certeza e infalibilidade, pois, em Medicina, a certeza não existe e infalível ninguém é.

REFERÊNCIAS

1. Donald K, Cherry DK, Woodwell DA. Division of Health Care Statistics. National Ambulatory Medical Care Survey: Advance data from vital and health statistics; Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2002; 328:1-32.
2. Ly N, McCaig L, Burt CW. Division of Health Care Statistics; National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: Advance data from vital and health statistics; 2001; 321: 1-28.
3. McCaig LF, Ly N. Division of Health Care Statistics. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: Emergency Department Summary. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2002; 326:1-32
4. Goadsby PJ. A triptan too far? Editorial. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998; 64:143-147.
5. Dorland WA. The American Illustrated Medical Dictionary (20th edition). Saunder Company:London; 1944.
6. Morrish P, Balme M. Consult effectively - how to do it. Practical Neurology 2003; 3:234-239.
7. Thrush D. Take a good history. Pratical Neurology 2002; 2:113-116.
8. Blau JN. How to take a history of head or facial pain. Clinical topics. BMJ 1982; 285:1249-1251.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. Cephalalgia 2004; 24(suppl 1):1-160.
10. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R et al. A self-administered screener for migraine in primary care The ID Migraine™ validation study. Neurology 2003; 61:375-382.
11. Carvalho JF. The first consultation for migraine: what does patients really want? Arq Neuropsiquiatr 2004; 62(supl 2):54. [resumo]
12. Packard RC. What does the headache patient want? Headache 1979; 19:370-374.
13. Donald W, Lewis DW, Middlebrook MT et al. Pediatric headaches: what do the children want? Headache 1996; 36:224-230.
14. MacGregor EA. The doctor and the migraine patient: Improving compliance. Neurology 1997;48(suppl 3):S16-S20.

Recebido: 21/02/2006

Aceito: 21/02/2006

Endereço para correspondência

Péricles Maranhão-Filho

Avenida Canal de Marapendi, 1680 / 1802

Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ

22631-050

e-mail: pmaranhaofilho@gmail.com

Nota: Este artigo foi tema de apresentação oral na Mesa Redonda: O Essencial das Cefaléias - Anamnese. XIX Congresso Brasileiro de Cefaléias, realizado em Fortaleza - CE, em setembro de 2005.