

CONSIDERAÇÕES SOBRE CEFALÉIA

Regina Loureiro Blank[✉]
Débora Feijó V.B. Vieira^{*}

RESUMO: Este trabalho, sobre cefaléia, pretende chamar a atenção dos enfermeiros para uma queixa apresentada pelos clientes e que não tem sido valorizada satisfatoriamente. Os autores, após revisão de literatura, enfatizam os aspectos a serem observados por ocasião da elaboração do histórico e exame físico e propõem um plano de cuidados ao cliente portador de cefaléia.

1. INTRODUÇÃO

Freqüentemente, a cefaléia é uma queixa apresentada por clientes quer de clínica médica, quer cirúrgica, quer obstétrica, independente da faixa etária, decorrente das mais variadas causas. A presença de cefaléia é debilitante para o cliente diminuindo a qualidade de vida e também a produção no trabalho. Além disto, a cefaléia pode ser um sintoma de diversas patologias, inclusive de algumas muito graves e com mau prognóstico. Na maioria das vezes esta queixa é, simplesmente, registrada no prontuário, sem relevância e sem a devida caracterização. Isto impede a formação do diagnóstico diferencial da cefaléia e, conseqüentemente, um tratamento adequado e precoce para o problema.

O enfermeiro, no cuidado diário com seus clientes, tanto a nível de internação quanto a nível ambulatorial, depara-se, inúmeras vezes, com este problema o qual se torna abrangente e importante e que deve ser por eles mais valorizado. A pouca literatura existente no nosso meio, principalmente no campo da enfermagem, levou-nos a elaborar este trabalho. Seu objetivo é de que o enfermeiro, conhecendo as características, causas e conseqüências da cefaléia, possa identificar, tratar e/ou encaminhar o cliente de maneira adequada.

* Enfermeiras do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Os primeiros trabalhos sobre cefaléia conduzidos com bases modernas com princípios fisiológicos válidos foram desenvolvidos por WOLFF¹², seguido por FRIEDMAN³ e colaboradores, principalmente, estudando as várias causas e características da cefaléia. Este autor, após ter estudado 10.000 pacientes, num hospital especializado, verificou que 90% dos pacientes eram portadores de cefaléia vascular (tipo enxaqueca) ou cefaléia muscular (tencional) ou ambas associadas e que 10% eram portadores de cefaléia decorrente de outras causas orgânicas como intoxicações, viroses, processos inflamatórios simples e, ainda, um sintoma de patologias graves como tumor intracraniano, aneurisma intracraniano congênito, estados hipertensivos, inflamações intracranianas ou após traumatismo craniano.

JOSEPH CHUSID² classifica os tipos de cefaléia, conforme suas causas, em 7 grupos:

a) cefaléia vascular — proveniente de problemas vasculares como enxaqueca, aneurismas intracranianos, malformações vasculares e hipertensão arterial sistêmica;

b) cefaléia muscular — causada por ansiedade ou dor;

c) cefaléia traumática — decorrente de traumatismo de cabeça, com ou sem evidência óbvia da lesão craniana, após traumatismo da coluna cervical superior ou das partes moles associadas (ligamentos, músculos, discos intervertebrais);

d) cefaléia inflamatória — que poderá estar associada à inflamação em estruturas paracerebrais como: sinusite paranasal, mastoidite, meningite, doença sistêmica febril, miosite ou artrite, comprometendo tecidos da cabeça ou pescoço, ou, ainda, angeite (ex. arterite temporal);

e) cefaléia por hipertensão intracraniana — associada a tumores intracranianos, hematomas intracranianos, abscesso cerebral ou hidatidose intracerebral (referência anexada ao texto, pois este problema ainda ocorre no Brasil especificamente);

f) cefaléia metabólica — causada por vários problemas como: disfunção ovariana, hipertireoidismo, anemias e discrasias sangüíneas ou, também, intoxicações por drogas, álcool, monóxido de carbono;

g) cefaléia por outras causas — que podem ser neuralgias (occipital, trigêmeo), quer distúrbios visuais (erros de refração e glaucoma), quer após punção lombar.

3. ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS NO PACIENTE PORTADOR DE CEFALÉIA

Existe uma grande tendência por parte dos enfermeiros de não valorizar a queixa cefaléia, propondo-se, apenas, a registrar no prontuário do cliente, sem explorar aspectos importantes, os quais poderão levar a um diagnóstico diferencial. A pesquisa de outros dados associados à queixa deve ser um procedimento de rotina para que possa ser descartada a possibilidade de que esta cefaléia seja um sintoma de uma patologia grave, mesmo que em fase inicial. Assim sendo, quando o cliente queixar-se de cefaléia, é necessário que sejam feitas as seguintes observações:

a) nível de consciência — a alteração do nível de consciência, associada a uma queixa de cefaléia, anterior ou simultânea, constituem-se em dados muito importantes, pois o aparecimento desses sintomas pode ser indício de uma patologia grave. Assim, na cefaléia associada ao rompimento de um aneurisma intracraniano, causando uma hemorragia subaracnóidea, o paciente costuma mostrar-se sonolento; já quando o rompimento do aneurisma causa uma hemorragia intracerebral, o paciente entra rapidamente em coma. O aparecimento de sonolência durante a leitura, associado ao aparecimento de cefaléia, simultânea ou posterior, pode indicar a presença de um distúrbio visual de erro de refração (tentativa de acomodação visual);

b) sinais vitais — a verificação da pressão arterial é um dado muito importante e indispensável porque a hipertensão arterial sistêmica pode ser, por si só, a causa da cefaléia. A cefaléia é bastante comum nos casos de hipertensão moderada a grave, lábil ou constante. Geralmente aparece nas fases iniciais e costuma localizar-se nas regiões occipital e suboccipital, quando o paciente relata dor na nuca. Já no caso de uma crise hipertensiva, invariavelmente ocorre cefaléia, muitas vezes, difusa e, ocasionalmente, occipital, mas sempre coincidente com a elevação súbita da TA.

O aparecimento de uma respiração estertorosa e profunda pode indicar lesão importante a nível do sistema nervoso central. Ocorre, com freqüência, em casos de hemorragia intracraniana.

A elevação da temperatura corporal pode ser um sinal de quadro infeccioso a nível cerebral ou paracerebral e, quando associada à queixa de cefaléia, deve ser pesquisada atentamente e com maior freqüência, podendo constituir indício de meningite, abscesso

cerebral, etc. A febre pode provir, ainda, de meningite asséptica causada pela presença de sangue no espaço subaracnóideo.

c) presença de náuseas ou vômitos — a identificação de náuseas e vômitos traduz-se num dado muito importante, pois ambas costumam ocorrer, praticamente, em todos os casos onde a cefaléia é sintoma de uma patologia grave. Os vômitos em jato são característicos de pacientes com hipertensão intracraniana com edema cerebral, compressão por tumor, hematoma ou abscesso, exercícios físicos, esforços exagerados, tosse e espirros, evacuação e coito. No caso de enxaqueca os vômitos são muito freqüentes e, em geral, aliviam a dor;

d) alteração na intensidade da dor com a mudança de decúbito — a elevação do decúbito pode ocasionar a diminuição da pressão arterial e, com isto, o alívio da cefaléia que estava sendo causada por uma hipertensão arterial. A compressão de um ouvido com otite pode coincidir com o aumento da cefaléia levando-nos a supor que esta pode estar associada a uma inflamação do ouvido médio. No caso de um paciente ter se submetido a uma raqui-anestesia ou uma punção lombar é muito freqüente o aparecimento de cefaléia com a elevação do decúbito do paciente, até 24 horas após o procedimento;

e) presença de rigidez na nuca — a presença deste sinal pode ser expressão tanto de inflamação de raízes cervicais quanto de hipertensão intracraniana. É necessário cuidado para não confundir com a limitação natural devido à idade ou artro-cervical;

f) história de infecções recentes em estrutura paracerebrais — infecções em estruturas localizadas na cabeça e no pescoço (sinusite e/ou complicações do ouvido médio), associadas à cefaléia, podem caracterizar uma infecção aguda com complicações intracranianas. Assim, esta cefaléia pode ser inflamação ou pressão na dura máter, trombose nos seios ou inflamação das leptomeninges. As complicações mais importantes são a meningite e o abscesso cerebral (mais freqüente nos lobos temporais). Sempre que a otorréia aliviar subitamente, a cefaléia é considerada sinal de perigo;

g) história de traumatismo craniano recente ou tardio — segundo SCHEINBERG¹¹, as estruturas da cabeça que doem são a pele e seus vasos sanguíneos, os músculos da cabeça e do pescoço, as artérias da dura máter e da base do crânio, a própria dura na base do crânio, seios venozos intracranianos, algumas veias intracranianas, zonas com terminações nervosas do 5º, 9º e 10º par de nervos cranianos, os dois nervos cervicais superiores e o periósteo craniano. Todas estas estruturas, quando lesadas direta ou indiretamente, podem

determinar o aparecimento da dor. Ainda a cefaléia pode estar associada a uma compressão de estruturas cerebrais secundária, a um hematoma, subdural ou epidural, provocado por um traumatismo craniano;

h) história de esforço físico imediatamente antes da queixa — o esforço físico costuma precipitar a cefaléia em casos de crise hipertensiva, tumor intracraniano, aneurismas intracranianos (variando a característica de instalação da mesma, de acordo com a situação clínica do aneurisma), aumentando a possibilidade de ruptura do aneurisma;

i) presença de distúrbios visuais — este caso deve ser estudado detalhadamente, porque a presença de problemas visuais tanto pode ser consequência de um quadro onde também aparece cefaléia, como pode ser a própria causa da cefaléia. A cefaléia devido a erros de refração e desequilíbrio muscular ocular costuma aparecer após um esforço visual. Geralmente inicia com a sensação de borração da visão até o seu aparecimento efetivo. A cefaléia decorrente de glaucoma costuma instalar-se subitamente e de maneira violenta no ataque agudo. O paciente relata ver halos em torno da luz e pode, também, ocorrer lacrimejamento. A dor é focal e aumenta com a compressão do globo ocular;

j) condições de sono e ingestão de alimentos e bebidas — um sono ou descanso inadequados podem ser a causa da cefaléia. A alimentação — tanto a falta quanto o excesso, ou a ingestão de alimentos que possam ser alérgicos (os mais comuns são chocolate e queijo), ou de bebidas alcoólicas também;

k) uso de medicamentos — o uso de medicamentos pode ser um fator precipitante, daí a necessidade de, no momento da coleta de dados, investigar junto ao cliente se faz uso de medicamentos, pois muitos deles, como, por exemplo, vasodilatadores periféricos, coronário-dilatadores e anticoncepcionais orais, podem causar cefaléia por efeito colateral da droga.

4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE PORTADOR DE CEFALÉIA

4.1 - Histórico do problema

No momento da queixa o enfermeiro fará o histórico do problema pesquisando com o cliente ou com os familiares dados importantes para poder caracterizar a cefaléia:

a) a localização da dor — a dor pode ser difusa, em faixa, cinta ou capacete (no caso de cefaléia muscular), unilateral orbitotemporal (característica em caso de enxaqueca), região occipital e suboccipital (em caso de Hipertensão Arterial Sistêmica), região temporal (pode estar relacionada a otite média) e assim por diante;

b) a instalação da dor — a cefaléia de início recente e súbito aumenta a suspeita de doença orgânica subjacente e, em caso contrário, se a dor é habitual e antiga, aumenta a suspeita de enxaqueca ou cefaléia tensional;

c) a frequência da dor — a dor pode ocorrer em salvas (diária, semanal, mensal), devendo o enfermeiro identificar os intervalos e duração da cefaléia;

d) as características da dor — se dor surda, em aperto, caracteriza dor por contração muscular; se dor aguçada ou especialmente pulsátil, caracteriza cefaléia vascular;

e) os fatores precipitantes — podem ser no caso de situação de tensão emocional, ansiedade, alimentos específicos, medicações, luz, ruídos, outros distúrbios orgânicos;

f) os sintomas associados à dor — podem ser, entre outros, tontura, escotomas cintilantes ou negativos, lacrimejamento, fotofobia, rubor, calor;

g) o tratamento no passado para cefaléia.

4.2 — Exame físico

Logo a seguir o enfermeiro deverá fazer o exame físico do paciente onde deverá verificar especificamente:

- a) nível de consciência;
- b) sinais vitais;
- c) situação das artérias temporais;
- d) movimentos oculares e situação das pupilas;
- e) rigidez de nuca;
- f) déficit motor;
- g) reflexos.

4.3 — Plano de cuidados

Depois de pesquisados todos os dados, o enfermeiro passará a elaborar o plano de cuidados de enfermagem.

Feito o diagnóstico diferencial da cefaléia, se houver suspeita de que a mesma possa ser sintoma de uma patologia grave, o enfermeiro iniciará os cuidados gerais e encaminhará o cliente ao médico imediatamente. Se a cefaléia for um sintoma de uma patologia mais

simples, o enfermeiro prestará cuidados gerais e encaminhará, ou não, conforme necessidade avaliada, o cliente ao médico. Depois disso, o objetivo principal da atuação do enfermeiro é procurar aliviar a dor do cliente. Algumas medidas podem auxiliar na consecução deste objetivo:

- a) proporcionar posicionamento adequado e confortável ao cliente, no leito ou na cadeira;
- b) diminuir a luz do ambiente;
- c) evitar ruídos externos e/ou mobilização desnecessária do cliente;
- d) induzir o cliente ao sono, quando este não tem dormido adequadamente;
- e) dar apoio emocional, isto é, tentar diminuir a ansiedade do cliente conversando com ele, deixando que ele exponha todas as suas angústias, os seus problemas. Proporcionar o acompanhamento dos familiares sempre que possível;
- f) investigar se o paciente tem diminuição da acuidade visual e se costuma usar óculos, providenciando para que ele os tenha novamente;
- g) colocar bolsa de gelo nas cefaléias vasculares (pulsátil);
- h) avaliar a necessidade de receber medicação analgésica no momento, sempre levando em consideração o mecanismo e tempo de ação, a vida média e efeitos colaterais;
- i) registrar, no prontuário, e discutir com o médico os dados encontrados.

Frente a estes dados o enfermeiro terá condições de conhecer as características, causas e conseqüências da cefaléia. Poderá identificar sintomas que podem ser de uma patologia mais grave 10% ou de patologia mais simples 90%, com isso encaminhará ao médico ou tratará o cliente de maneira adequada.

SUMMARY: The objective of this paper is to stress the importance of patient's headache, which is often underestimated by the nursing staff. The authors often review of the literature emphasize the aspects to be observed when elaborating the history and physical examinations of the patient with headache. A plan of care to this patient is proposed.

6. BIBLIOGRAFIA

1. BURTON, Sandok A. & DAUBE, Jasper R. *Medical neurosciences*. New York Brown, 1978.
2. CHUSID, Joseph G. *Neuro-anatomia*. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1972.
3. FRIEDMAN, Arnold P. Current. Concepts in the diagnosis and treatment of chronic recurring headache. *Medical Clinics of North America* Philadelphia, 56(6):1257-71, nov. 1972.
4. FRIEDMAN et alii. Diagnóstico diferencial de cefaléia. *Revista Geográfica Universal*, São Paulo, (68):III-XIV, jul. 1980.
5. —, *Revista Geográfica Universal*, São Paulo, (69):III-XV, ago. 1980.
6. —, *Revista Geográfica Universal*, São Paulo, (70):III-XIV, set. 1980.
7. —, *Revista Geográfica Universal*, São Paulo, (71):III-XIV, out. 1980.
8. —, *Revista Geográfica Universal*, São Paulo, (72):III-XIV, nov. 1980.
9. —, *Revista Geográfica Universal*, São Paulo, (73):III-XIV, dez. 1980.
10. LEITE, Evaldo M. e colaboradores. Cefaléia tensional e seu tratamento em 60 pacientes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 17(1):19-26, jan. 1971.
11. SCHEINBERG, Peritz. *Modern practical neurology: an introduction to diagnosis and management of common neurologic disorders*. New York, Reven Press, 1977.
12. WOLFF, Harold. *Headache and other lead pain*. New York, Oxford University Press, 1948.

Endereço do Autor: Regina Loureiro Blank
Author's Adress: Rua Eça de Queirós, 55 Ap. 201
90.000 – PORTO ALEGRE (RS)