

**A PALAVRA É SUA**

Maurício Teodoro de Souza

CEFALÉIAS E EXERCÍCIO

Victor K.R. Matsudo

Dor de cabeça é uma queixa que pode estar intimamente relacionada à prática esportiva. De incidência e prevalência ainda desconhecidas, as "cefaléias esportivas" começam agora a ser estudadas quanto à etiologia. Sendo em geral uma intercorrência benigna, pode causar a interrupção do exercício e/ou diminuição do desempenho atlético. Podem ser classificadas (8) como de tensão, esforço, traumáticas e emocional. A cefaléia por tensão ocorreria principalmente em situações como dos halterofilistas, que realizam grandes esforços e manobra de Valsalva concomitante. Esse tipo de cefaléia é de curta duração, podendo atingir diferentes locais da cabeça, muitas vezes acompanhada de sensação de migração. Esse sintoma recebeu inicialmente explicações atribuídas à vasodilatação ou constrição (teoria vascular) e, posteriormente (4), à superestimulação do sistema nervoso central (teoria neurogênica). Há ainda quem acredite que seja uma superposição das duas (7). No entanto, todos os pesquisadores reconheceram a importância da manobra de Valsalva na fisiopatologia dessa cefaléia, pois aumentaria a pressão intra-torácica e intracraniana.

Mac Dougall (5) encontrou pressões sistólicas acima de 400 mmHg e diastólicas superiores a 300 mmHg em fisiculturistas quando realizaram exercícios de força para os membros inferiores. Segundo esse autor, a manobra de Valsalva seria responsável por 20 a 30% da força realizada.

No entanto, a cefaléia de tensão não ocorre somente em halterofilistas, podendo surgir entre futebolistas, corredores e tenistas.

Dentre as medidas terapêuticas recomenda-se (1) indometocina, ergotamina ou naproxen nos casos em que se acompanham náuseas, vômitos ou fotofobias; "malato de methysergide" na cefaléia vascular. O afastamento da prática esportiva até remissão dos sistemas também tem sido útil (9).

A cefaléia de esforço é muito similar a de tensão ocorrendo mais em pessoas que praticam esportes aeróbicos, como a corrida de longa distância, onde não ocorre a manobra de Valsalva. Nesse caso a taquipnéia alteraria o equilíbrio $O_2 - CO_2$ sanguíneo levando a alterações do PH que elicitariam a cefaléia de esforço (6).

Nesses casos, recomenda-se a progressiva adaptação à situação específica de esforço (3) e nos casos mais intensos o uso de propranolol.

As cefaléias pós-traumáticas são mais comuns em esportes de contato, como futebol, pugilismo e outras formas de luta; sendo mais frequentes que imigamos (2) pois podem surgir mesmo após uma cabeçada no futebol. Os sintomas incluem náuseas, vômito, visão embaçada e fotofobia, sendo que nos casos mais graves poderiam surgir a hemiparesia e hemianestesia.

Assim, é muito importante o diagnóstico diferencial com outras afecções mais sérias que poderiam estar sendo mascaradas como um hematoma subdural ou epidural e até uma ruptura de aneurisma à hemorragia subaracnoideia. Nos casos de cefaléias traumáticas repetitivas estão indicados o eletroencefalograma, a tomografia computadorizada e, nos centros de excelência, a ressonância magnética nuclear.

A cefaléia emocional costuma aco-



meter atletas que estão envolvidos por grandes tensões psicológicas como as que cercam as grandes competições, decisões ou conflitos com integrantes da equipe esportiva ou de seu grupo social. Pode ainda surgir em pessoas que tenham tido experiências desagradáveis ou negativas com a prática esportiva, que passariam a apresentar a cefaléia como uma forma de neurose de conversão.

No caso de cefaléia emocional, deve-se procurar a causa específica e procurar desenvolver uma atividade mais positiva frente ao obstáculo. Técnicas de relaxamento e de treinamento autógeno poderão ser úteis nas mãos de profissionais da área; sendo que ao socorrista cabe algumas vezes afastar o atleta do ambiente de tensão e a utilização de medicamento, por exemplo, ácido acetil-salicílico como efeito placebo, muito eficaz no meio esportivo. Cuidado com o emprego de sedativos e mio-relaxantes, principalmente se o atleta não deseja se afastar temporariamente da prática esportiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. DIAMOND, S.; MEDINA, J.L. Prolonged benign exertional headache: clinical characteristics and response to indomethacin. *Adv. Neurol.* 23:145-149, 1982.
02. HAAS, D.C. and LOURIE, H. Trauma-triggered migraine an explanation for common neurological attacks after mild head injury. Review of the literature. *J. Neurosurg.* 68: 181-188, 1988.
03. LAMBERT, R.W. and BURNET, D.L. Prevention of exercise induced migraine by quantitative warm-up. *Headache* 25:317-319, 1985.
04. LANCE, J.W. Mechanism and management of headache. London, Butterworth, 1982.
05. MAC DOUGALL, J.D.; TUXEN, D.; SALE, D.G. et al. Arterial blood pressure response to heavy resistance exercise. *J. Appl. Physiol.* 58: 785-790, 1985.
06. MASSEY, E.W. Effort headache in runners. *Headache* 22: 99-100, 1982.
07. MATTEWS, W.B. Footballer's migraine. *Br. Med. J.* 2: 326-327, 1972.
08. MCCARTHY, P. Athletes headaches: not necessarily "little" problems. *Phys. and Sportsmed* 16(10): 169-173, 1988.
09. PERRY, W.J. Exertional headache. *Phys. Sportsmed.* 13(10):95-99, 1985.