

Temores associados à dor da enxaqueca

Fears associated with migraine pain

Luíza Soares Isaac¹, Ana Beatriz Bechara Mafra¹, Luciane Oliveira Amaral²,
Alessandro Finkelsztejn³, Yára Dadalti Fragoso⁴

¹ Alunas da Faculdade de Medicina Unimes; ² Médica Clínica Geral; ³Neurologista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS; ⁴Professora Titular do Departamento de Neurologia
^{1,2,4} Universidade Metropolitana de Santos (Unimes), Santos, SP

Isaac LS, Mafra ABB, Amaral LO, Finkelsztejn A, Fragoso YD
Temores associados a dor da enxaqueca. *Migrêneas cefaléias* 2008;11(2):64-66

RESUMO

Objetivos: Investigar os medos, temores e preocupações de portadores de enxaqueca frente à intensidade da dor. Apesar de preencherem os critérios diagnósticos da IHS-2004 e de não necessitarem de exames subsidiários para confirmação deste diagnóstico, muitos pacientes insistem em tais exames durante as consultas, preocupados que dores tão fortes possam ser de causa secundária. **Métodos:** Avaliação, através de questionário, de 100 portadores de enxaqueca. Mais de 70% dos participantes do estudo tinham elevado nível de escolaridade. Todos estavam cientes do diagnóstico de cefaléia primária, das características da crise e de sua recorrência. **Resultados:** Do grupo avaliado, 32% não relatavam nenhum temor, medo ou preocupação relacionados à intensidade da dor, e acreditavam que a enxaqueca era mesmo a causa da dor. Do grupo que apresentava medos, 10,6% diziam ter medo de serem portadores de aneurismas cerebrais, 14,1% acreditavam ter doença grave ainda não diagnosticada, possivelmente um tumor cerebral, e 5,9% temiam morrer por causa da crise. **Conclusão:** O medo e as preocupações freqüentes em mais de 60% destes pacientes podem ser um dos motivos para tantas consultas em busca de exames subsidiários.

Palavras-chave: Enxaqueca; migrânea; cefaléia; medo; aneurisma; tumor.

ABSTRACT

Objective: To investigate the fears, concerns and worries of migraine patients at the peak of pain intensity. Although many patients fulfill the IHS-2004 criteria for migraine and do not need neuroimaging for diagnosis, they may insist in having these exams due to the worries that such severe headaches may be secondary to another disease. **Methods:** Questionnaire assessment performed with 100 migraine

patients. Over 70% of this group had high schooling. They were all aware of the diagnosis of primary headache, as well as the characteristics and recurrence of the headache attacks.

Results: From the total group, 32% did not report any fear, concern or worry related to the peak of pain intensity, and believed that migraine was indeed the cause of their pain. From those who had fears, 10.6% reported to be afraid of having brain aneurisms, 14.1% said they believed to have a not yet diagnosed serious illness, possibly a brain tumor, while 5.9% were afraid to die due to the migraine attack.

Conclusion: Frequent fears and worries in over 60% of these patients may be a reason for so many consultations searching for subsidiary exams.

Key words: Migraine; headache; fear; aneurism; tumor.

INTRODUÇÃO

Pacientes com enxaqueca podem apresentar expectativas durante a consulta que freqüentemente não são atendidas pelo médico. A resistência do paciente em aceitar o diagnóstico de uma cefaléia primária, sentindo ser necessário que o médico solicite exames para confirmar a ausência de uma outra doença, é uma realidade em todos os serviços de atendimento de cefaléia. Essa situação ainda é alimentada pelo médico que solicita exames "por desencargo de consciência", caracterizando o próprio desconhecimento que cefaléias primárias são causadoras de importante dor e incapacidade funcional. O empenho na educação médica orientando sobre os sinais de alerta para secundarismo das cefaléias¹

poderá mudar este cenário. No entanto, deve ser lembrado que o paciente também necessita educação específica neste mundo onde o diagnóstico, prognóstico e tratamento pela *internet* florescem.²

É também freqüente observar que o médico que atende um paciente com cefaléia prefere um diagnóstico de cefaléia secundária – talvez o exemplo mais típico seja a “sinusite” como um comum erro diagnóstico de enxaqueca.³ Exames radiológicos de seios da face, tão comumente solicitados e sem evidência de sinusite, são interpretados pelos médicos solicitantes como “sinusite crônica”. Os critérios diagnósticos de enxaqueca e de sinusite são tão distintos que torna possível fazer um ou outro diagnóstico sem qualquer auxílio de exame de imagem. Por um erro que perdura por gerações de médicos com ensino inadequado de cefaléia em seu curso de graduação, os diagnósticos de sinusite continuam sendo feitos em pacientes com enxaqueca. Um agravante, além do erro diagnóstico e da má orientação deste caso, é a prescrição de antibióticos para enxaquecosos.

Alguns pacientes que têm o diagnóstico de enxaqueca confirmado e que não questionam tal diagnóstico continuamente parecem questioná-lo durante as crises incapacitantes de cefaléia intensa. Não é raro observar na prática diária os pacientes que dizem querer fazer um exame no momento da dor “para ver se assim aparece alguma coisa”. Outros relatos de pacientes com bom nível educacional chegam a ser surpreendentes: o paciente relata que sua dor foi tão forte que temia que a cabeça estourasse, que ficasse cego ou que fosse convulsionar devido a tanta dor. Esses medos, que podem ser classificados como irracionais e sem fundamento, podem ocorrer em várias crises fortes de dor e, a menos que o médico esteja alerta e o paciente se sinta à vontade para relatar tais medos, eles podem nunca ser abordados.

O objetivo deste trabalho foi investigar a presença de medos e preocupações dos pacientes com enxaqueca nesta situação de crise de forte intensidade. Somente conhecendo bem a perspectiva do paciente podemos nos adequar ao atendimento especializado e eficiente.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este projeto de pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimes. Foram entrevistados 100 portadores de enxaqueca sem aura, com diagnóstico confirmado por médicos e com crises bem características. Todos eram portadores de enxaqueca há mais de um ano, apresentando pelo menos uma crise por mês.

Este critério de seleção visava selecionar uma população que conhecesse bem suas crises e as limitações impostas por elas no momento de maior intensidade de dor, sabendo se tratar de uma condição autolimitada. Todos os indivíduos preenchem os critérios diagnósticos da IHS-2004⁴ para enxaqueca sem aura. A todos os participantes foi perguntado qual o maior medo que eles tinham na hora que sua dor estava muito forte. As respostas foram espontâneas e somente a primeira resposta foi registrada. A análise estatística foi conduzida por teste de qui-quadrado, usando o programa PEPI4.

RESULTADOS

O grupo de participantes incluiu 15 homens e 85 mulheres com idades entre 18 e 50 anos. Com a finalidade de observar características de subgrupos de acordo com a faixa etária, os participantes foram analisados em conjunto e também divididos por grupo etário (18 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos). Setenta e dois participantes do estudo tinham elevado nível de escolaridade (nível médio completo ou nível superior).

Do grupo avaliado independentemente da faixa etária, 26 mulheres e 6 homens (32% do total) não relatavam nenhum temor, medo ou preocupação relacionados à intensidade da dor, e acreditavam que a enxaqueca fosse mesmo a causa da dor. Ao grupo que apresentava medos, temores ou preocupações durante a crise de enxaqueca, foi solicitado que mencionasse qual era o mais intenso. Os valores percentuais a seguir indicam indivíduos dentro do grupo de portadores de medos, enquanto os valores absolutos se referem ao grupo total de participantes. Nove indivíduos (10,6%) diziam ter medo de serem portadores de aneurismas cerebrais, doze (14,1%) acreditavam ter doença grave ainda não diagnosticada (sete dos quais achavam que poderiam estar com um tumor cerebral) e cinco (5,9%) temiam morrer por causa da crise. Cinco participantes (5,9%) referiam sempre se preocuparem que a dor nunca mais fosse passar, embora soubessem que a crise tinha duração limitada. Treze participantes (15,3%) tinham medo que a cabeça fosse estourar de tanta dor – embora soubessem que isto era impossível, diziam que no momento de dor isto lhes parecia uma preocupação racional.

Os resultados estão resumidos na Tabela 1. Não houve correlação estatística entre as variáveis sexo e idade com relação à presença de medos, temores e preocupações relacionadas à intensidade de dor da enxaqueca ($p = 0,47$).

Tabela 1. Temores associados ao pico de maior intensidade de dor na enxaqueca. Dados apresentados em conjunto (homens e mulheres de todas as idades), uma vez que não houve correlação entre os parâmetros analisados individualmente (qui-quadrado $p = 0,47$)

Medo, temor, preocupação	Nº de indivíduos (n = 100)
Nenhum	32
Explodir a cabeça	13
Alguma doença grave (tumor cerebral)	12
Passar mal, vomitar, desmaiar	11
Aneurisma cerebral	9
Ter pressão alta	7
Morrer	5
Ter um AVC	4
Nunca mais melhorar	4
Ficar cego	2
Ficar louco	1

DISCUSSÃO

Enxaqueca é uma condição crônica cuja aderência ao tratamento depende essencialmente da boa interação médico-paciente. O médico deve estar ciente dos conceitos que o paciente tem sobre a doença, especialmente nesta era de divulgação não-médica, onde milhares de *sites* podem ser acessados com duvidosas informações. Além disto, a alta prevalência de enxaqueca na população geral invariavelmente leva a comentários de parentes e amigos que relatam casos de “uma cefaléia igualzinha à sua que era na verdade um tumor cerebral”. A insegurança do não-especialista, somada à pressão do paciente, pode resultar em uso inadequado e dispendioso para o serviço de saúde, sem trazer qualquer benefício adicional ao paciente.⁵⁻⁷

A incansável procura de uma causa de base para uma condição que pode ser diagnosticada sem qualquer exame subsidiário implica em frustrações pela quantidade de exames normais. Espessamento de mucosa de seios da face, vícios de refração mínimos e alterações inespecíficas em tomografias e ressonâncias magnéticas geram ainda maior ansiedade nos pacientes que querem saber de onde vem esta dor tão incapacitante. O médico que ainda desconhece a classificação das cefaléias insiste em conceitos antigos e errôneos, perpetuando a idéia de que, se a cefaléia é de forte intensidade, então deve ser secundária. A presente situação de desconhecimento médico e leigo^{8,9} sobre uma condição clínica tão freqüente e tratável leva à cronificação dos conceitos errôneos que permitem o sucesso dos inescrupulosos. Campanhas de esclarecimento e educação continuada permanecem como as principais armas contra a perpetuação deste problema.¹⁰ O presente trabalho apresenta dados de casos indiscutíveis de enxa-

queca, diagnosticados por médicos, com longo tempo de evolução. Todos os participantes concordavam com o diagnóstico e sabiam do caráter paroxístico das crises. A população estudada incluiu homens e mulheres de idades variadas, com nível educacional que sugeria boa compreensão e conhecimento geral. Do grupo total de indivíduos aqui apresentado, 68% referiam algum medo, preocupação ou temor relacionado à enxaqueca. A constante preocupação com doenças graves não diagnosticadas, o medo de morrer, a angústia que a dor nunca mais fosse embora, e o temor que a cabeça fosse explodir são alguns dos exemplos dos medos destes indivíduos. Embora ao médico que atenda estes pacientes tais medos possam parecer irracionais, é importante saber que eles são reais para os pacientes que nos procuram. A compreensão de tais preocupações e temores, associada à franca discussão da benignidade da enxaqueca, pode beneficiar o atendimento médico.

REFERÊNCIAS

1. Sobri M, Lamont AC, Alias NA, Min MN. Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *Br J Radiol.* 2003;76:532-5.
2. Feldman M. Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *South Med J.* 2000;93:669-72.
3. Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ, Ames M, Richardson MS, Powers C. Prevalence of migraine in patients with a history of self-reported or physician-diagnosed “sinus” headache. *Arch Intern Med.* 2004;164:1769-72.
4. The international classification of headache disorders. 2nd edition. *Cephalalgia.* 2004;24 (suppl 1):9-160.
5. Morgan M, Jenkins L, Ridsdale L. Patient pressure for referral for headache: a qualitative study of GPs’ referral behaviour. *Br J Gen Pract.* 2007;57:29-35.
6. Smeets G, de Jong PJ, Mayer B. If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: domain-specific reasoning ‘bias’ and hypochondriasis. *Behav Res Ther.* 2000;38:763-76.
7. Manzoni GC, Torelli P. The patient-physician relationship in the approach to therapeutic management. *Neurol Sci.* 2007;28 (suppl 2):S130-3.
8. Harpole LH, Samsa GP, Matchar DB, Silberstein SD, Blumenfeld A, Jurgelski AE. The patient-physician relationship in the approach to therapeutic management. *Headache.* 2005;45:1048-55.
9. Lipton RB, Stewart WF, Liberman JN. Self-awareness of migraine: interpreting the labels that headache sufferers apply to their headaches. *Neurology.* 2002;58 (suppl 6):S21-6.
10. Rothrock JF, Parada VA, Sims C, Key K, Walters NS, Zweifler RM. The impact of intensive patient education on clinical outcome in a clinic-based migraine population. *Headache.* 2006;46:726-

Endereço para correspondência

Dra. Yára Dadalti Fragoso

Rua da Constituição 374

11015-470 – Santos-SP – Brasil

Phone/Fax: +55 13 32263400 - E-mail: yara@bsnet.com.br