ISSN: 2525-9091

Revista Científica do Instituto de Ensino Superior de Itapira

AVALIAÇÃO DA TERAPIA MANUAL, EM PACIENTES COM CEFALÉIA, ASSOCIADO OU NÃO AO ALONGAMENTO ATIVO, EM TEMPO PREVISTO DE DEZ SESSÕES

THERAPY MANUAL EVALUATION IN PATIENTS WITH HEADACHE, ASSOCIATED OR NOT TO ACTIVE STRETCHING, IN TEN SESSIONS OF EXPECTED TIME

Mônica Furquim de Campos[1], Flávia Cristina Goulart[2]

1- Docente do Instituto de Ensino Superior de Itapira; 2- Docente da Universidade Estadual Paulista, Marília – São Paulo.

Contato: monicafurquim@hotmail.com

RESUMO

De acordo com a Sociedade Internacional de Cefaleia existe mais de 150 subtipos de cefaleia, que são divididas em dois grandes grupos, cefaleia primária e secundária. Na prática clínica as mais encontradas são as enxaquecas e a cefaleia tensional, que são classificadas como primária, e a cefaleia cervicogênica que é secundária. A cefaleia é uma das queixas mais comum na clínica médica devido principalmente ao seu impacto social e emocional. O objetivo foi realizar um tratamento fisioterapêutico com dez sessões, duas vezes por semana, em indivíduos com cefaleia, utilizando da terapia manual associada ou não ao alongamento ativo, com a finalidade de eliminar essa tensão e dor muscular, diminuindo assim a cefaleia. Como forma de avaliação da dor foi aplicado o questionário McGill de dor antes e depois do tratamento, contando com duas reavaliações entre um e dois meses após o término do tratamento. O estudo contou com a participação de sete indivíduos, com sinais de cefaleia acompanhado por dor na região da coluna cervical. Foi feita a análise descritiva (média, desvio-padrão) dos dados e, para análise estatística, foram utilizados o teste não paramétrico de Mann-Whitney, análise de variância não paramétrica de Friedmann; teste de comparações múltiplas de Conover a um valor de $p<0,05$. Não houve resultados significativos quando comparado os dois grupos, mas quando o grupo individualmente foi comparado nos três momentos da avaliação, o grupo 2 apresentou resultados significativos, mostrando que o alongamento foi de fundamental importância para a obtenção de tal resposta. Porém o grupo 1, apesar de não ter sido estatisticamente significante, apresentou melhora da dor. E ambos tiveram uma melhora da qualidade de vida, principalmente no aspecto social. Concluiu-se que a terapia manual associada ao alongamento ativo foi eficaz no tratamento da cefaléia.

Descritores: alongamento; cefaleia; cervicalgia; síndrome dolorosa miofascial; terapia manual; tratamento fisioterápico.

ABSTRACT

According to the International Headache Society there are more than 150 subtypes of headache, which are divided into two major groups, primary and secondary headache. In the most frequent clinical practice are migraines and tension headaches, which are classified as primary, and cervicogenic headache that is secondary. Headache is one of the most common complaints in medical practice mainly due to their social and emotional impact. The objective was conduct a physical therapy with ten sessions, twice a week, in individuals with migraine, using manual therapy with or without the active stretching, in order to eliminate this tension and muscle pain, reducing the headache. In order to assess pain was applied McGill pain questionnaire before and after treatment, with two reassessments between one and two months after the end of treatment. The study had the participation of seven individuals with headache signs accompanied by pain in the cervical spine. Descriptive analysis was performed (mean, standard deviation) of data, and for statistical analysis, the nonparametric Mann-Whitney nonparametric analysis of variance Friedmann were used; multiple comparison test of Conover to a p-value <0.05. there were no significant results when comparing the two groups, but when the group individually was compared in the three evaluation times, group 2 showed significant results, showing that the stretch was crucial for obtaining such a response. But the group 1, although it was not statistically significant, showed improvement of pain. And both had a better quality of life, especially in the social aspect. Concluding, the manual therapy associated with active stretching was effective in the treatment of headache.

Keywords: headache; manual therapy; myofascial pain syndrome; neck pain; physical therapy; stretching.

Artigo recebido em 01/03/2016; aprovado em 04/02/2016.

INTRODUÇÃO

A cefaleia é um das queixas mais comuns na atividade médica. Admite-se que cerca de 95% das pessoas têm ou terão um episódio de cefaleia ao longo da vida, portanto tem sido um dos sintomas que mais acometem os indivíduos (QUEIROZ, 2008).

As cefaleias mais encontradas na prática clínica são as enxaquecas e as cefaleias tensionais, que são consideradas cefaleias primárias, e a cefaleia cervicogênica que é considerada secundária por ser proveniente de uma alteração na região da coluna cervical (SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA, 2006).

Os dados sobre as cefaleias são estimados de acordo com a sua classificação. A cefaleia do tipo tensional é a mais frequente dentre elas, sua prevalência anual é estimada em 90% da população em geral, sendo mais frequentes no gênero feminino numa proporção 3,11: 1 (MORELLI; REBELATTO, 2007). Segundo alguns trabalhos de pesquisa a migranêa é a mais debilitante das cefaleias, principalmente por ter um impacto pessoal e social muito elevado, sua prevalência é estimada entre 10% a 12% da população, sendo as mulheres as mais afetadas, em torno de 3-4 vezes mais que os homens (VINCENT, 2008). A prevalência de cefaleia cervicogênica na população geral é estimada entre 0,4% e 2,5%, mas no manejo de dores clínicas, a prevalência atinge 20% dos pacientes com dores de cabeça crônica (HALDEMAN; DAGENAIS, 2001).

O estabelecimento de posturas errôneas e a sua manutenção combinada ao ritmo intenso diário, a ansiedade, a depressão ou até mesmo a outras patologias que geram contrações excessivas da musculatura cervical que provocam dor, são considerados fatores etiológicos (CHOU; HUFFMAN, 2007).

A globalidade do organismo humano faz com que a menor anomalia das estruturas de suporte leve a uma desarmonia postural. Segundo Souchard (1986), uma tensão inicial nas cadeias musculares é responsável por uma sucessão de tensões associadas. Cada vez que um músculo se encurta, ele aproxima suas extremidades e desloca os ossos sobre os quais ele se insere, assim, as articulações se bloqueiam e o corpo se deforma. Portanto, todos os outros músculos que se inserem sobre esse osso, serão alterados pelo deslocamento que se propagará sobre outros ossos e músculos, e assim sucessivamente.

Com o padrão de vida atual, onde os indivíduos são cobrados intensamente em relação à produtividade, qualidade e competitividade em um mundo globalizado, de informações rápidas e extrema mobilidade, é natural o ser humano não ter mais tempo para um bocejo alongando os braços e a cabeça, cuidar do corpo, ter tempo para caminhar e se esticar. Ao contrário, devido ao cansaço, em geral, as pessoas estão cada vez mais sedentárias, ficando sentadas em frente a uma televisão, computador ou vídeos-game. É de se esperar que isto provoque impactos sobre o sistema muscular, inclusive ombro, cabeça e pescoço, o qual depende de movimentação e estimulação para manter todos os seus componentes em equilíbrio funcional.

Técnicas de terapia manual podem ser usadas para diminuir a dor e restaurar a mobilidade incluindo a associação de desordens do sistema craniocervical assim como a má postura (ROCABADO, 1987).

Em vista do exposto, este trabalho tem como objetivo avaliar a efetividade de um protocolo de tratamento, pré-estabelecido, por meio de terapia manual e alongamento ativo, em indivíduos com cefaleia. Pois este estudo visa avaliar se dez sessões de tratamento de terapia manual promovem alterações significativas no quadro álgico do paciente e na sua qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Preceitos éticos

Trata-se de um estudo clínico que avalia sujeitos antes, depois e trinta dias após o término de uma determinada intervenção aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Estadual Paulista (UNESP) campus de Marília dia 14 de outubro de 2009, número de protocolo 1369/2009.

Sujeitos

Participaram do estudo sete indivíduos do gênero feminino, com sinais de cefaleia acompanhados por dor na região cervical.

Como critério de exclusão foi utilizado à presença de tratamentos fisioterapêuticos prévios para a dor, na cervical e disfunções da ATM; cirurgias na região de coluna cervical e de articulação temporomandibular; uso de aparelhos ortodônticos; indivíduos que estivessem fazendo tratamento profilático para alívio da dor; e que apresentavam restrição para fazer atividade física e/ou alongamentos. Todos os participantes foram orientados, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi randomizado controlado, com os participantes distribuídos em dois grupos:

Grupo 1: pacientes tratados com terapia manual e alongamento ativo

Grupo 2: pacientes tratados somente com terapia manual.

As intervenções foram realizadas no laboratório de cinesioterapia do prédio de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UNESP - Universidade Estadual Paulista, em Marília, campus I.

O tratamento foi efetuado durante cinco semanas consecutivas, sendo realizado duas vezes por semana com duração de 40 a 60 minutos cada sessão, no período de maio a outubro de 2010, e realizado sempre pela mesma terapeuta.

Avaliação

A avaliação dos participantes constou de dados pessoais, inspeção, palpação, avaliação da mobilidade articular, diário de cefaleia, questionário de qualidade de vida, questionário McGill de dor e escala visual analógica (EVA).

A inspeção foi feita com os pacientes deitados em decúbito dorsal, com uma vestimenta que permitia a palpação da região cervical e dos ombros, com os braços ao longo do corpo sem apoio de cabeça com travesseiro.

Para a palpação o terapeuta posicionou-se sentado atrás do paciente com os antebraços apoiados e as mãos posicionadas na região cervical. Primeiramente foi feita a palpação da musculatura da região cervical e dos ombros para avaliar os possíveis pontos gatilho (PG) ou bandas musculares tensas. Em seguida, palpação das vértebras cervicais, verificando a mobilidade em flexo - extensão, rotação e inclinação.

Para avaliação da mobilidade articular foi utilizado um flexímetro Sanny, onde foi colocado na cabeça do paciente com ele posicionado sentado em uma cadeira, com as costas totalmente apoiada, para fazer os movimentos de flexão e extensão, inclinação lateral da cabeça, e deitado na maca em decúbito dorsal com as pernas fletidas a 45 graus, para fazer rotação da cabeça para ambos lados.

Para avaliação da cefaleia dos participantes foi utilizado um diário de cefaleia, o qual o indivíduo levou para casa para preencher quando tivesse crise de dor de cabeça, sendo as questões relacionadas às características da dor. Este diário é adotado pelo Comitê de Ensino da Sociedade Brasileira de Cefaleia.

A dor foi investigada por meio do questionário McGill antes, logo após o tratamento e trinta dias após o final do protocolo de tratamento fisioterapêutico.

Estabelecimento do protocolo de tratamento

Após a avaliação do paciente e de acordo com os dados encontrados foi elaborado um protocolo de tratamento fisioterapêutico por meio de terapia manual incluindo alongamentos musculares passivos, exercícios de músculo energia, tração cervical,

eliminação de pontos gatilho, liberação miofascial e pompages.

Foi feito o alongamento dos músculos esternocleidomastóideo, escalenos, trapézio (fibras superiores e médias) mantidos por 30 segundos cada. Para auxiliar no alongamento foi utilizada a técnica de *stretching* que tem como objetivo alongar os ligamentos, as fáscias, os músculos e os tendões, utilizando alavancas de uma amplitude curta, pois desta forma a técnica atua sobre elementos extrínsecos, ou seja, os músculos. A força foi aplicada lenta e gradual com a finalidade de produzir uma mudança e um relaxamento nos tecidos assim à medida que os tecidos forem mudando o alongamento será aumentado com o objetivo de aproveitar o novo comprimento adquirido (RICARD, 2001).

Os exercícios de músculo energia utilizados tem como finalidade mobilizar as articulações cervicais que apresentarem alterações de mobilidade (o qual foi identificado com palpação e com avaliação da mobilidade da vértebra). Esta técnica utiliza contrações isométricas, que fazem com que a articulação seja mobilizada até a barreira motora nos três planos do espaço. O paciente empurra na direção oposta enquanto o terapeuta resiste ao movimento com uma contra força igual à força exercida pelo paciente, de forma que não se produza movimento articular.

A força necessária não é grande e utilizamos o movimento ocular na direção que seria necessário o paciente fazer a força contrária (o paciente olha para o lado quando for necessário fazer a rotação lateral da região cervical; olha para cima quando necessário fazer a extensão, para baixo quando necessário fazer a flexão) quando estiver tratando as vértebras de C1 a C3, e para as vértebras de C4 a C7 foi realizado a movimentação da cabeça com força do paciente a favor do movimento. Depois de um período de contração de três segundos, o paciente diminui lentamente sua contração enquanto o terapeuta diminui sua contra força. Após três séries de três contrações cada, o terapeuta movimenta a articulação com a finalidade de encontrar uma nova barreira muscular.

Foram utilizadas essas técnicas com contrações isométricas, que tem como meta romper as aderências e lutar contra a fibrose muscular em que o terapeuta exerce uma força levemente superior a exercida pelo paciente de forma que a articulação se mova contra a barreira e que alongue o músculo (RICARD, 2001).

A tração cervical é conceituada como o processo de esticar ou puxar com a finalidade de tratar as síndromes cervicais e hérnias de disco lombares, bem como outras síndromes na raiz nervosa (KISNER; COLBY, 1998). O paciente foi posicionado em decúbito dorsal sobre a mesa de tratamento e o mais relaxado possível. O terapeuta posiciona-se na cabeceira da mesa de tratamento, apoiando a cabeça do paciente em suas mãos. Os dedos das duas mãos foram posicionados sob a região occipital ou com uma mão posicionada sobre a região frontal e a outra sobre a região occipital (deve-se usar a posição que melhor reduz ou alivia a dor do paciente). A força de tração foi aplicada por alguns segundos respeitando o limite do paciente e depois retirada lentamente.

A pompage tem como objetivo relaxar muitas tensões à distância (BIENFAIT, 1995). Com o paciente em decúbito dorsal e o terapeuta posicionado na cabeceira da mesa de tratamento com seus antebraços apoiados a mesa. As duas mãos recebem a cabeça, e a protuberância occipital repousa sobre a palma da mão. Os polegares posicionados verticalmente apoiando a região temporal, os indicadores apoiados nas apófises mastóides e os demais dedos levemente fletidos sobre a linha curva occipital superior. O tensionamento, lento, regular e progressivo foi feito até o limite da elasticidade dos tecidos sem ultrapassar o retorno.

A liberação de pontos gatilho foi realizada com o objetivo de suprimir a hiperatividade gama do músculo que fixa o espasmo muscular (RICARD, 2001).

O alongamento ativo teve como objetivo manter o ganho da mobilidade articular visto que é possível o paciente fazê-los

em casa. Como queremos, em nosso trabalho, que o sujeito pesquisado aprenda a fazer o alongamento sozinho e possa, posteriormente, ao final do nosso trabalho, continuar realizando os alongamentos em sua própria casa, trabalharemos com a técnica de alongamento ativo durante a pesquisa, pois esta permitirá que o sujeito possa manter a proposta de ganho de flexibilidade e amplitude ao longo de sua vida. Portanto os participantes do grupo 2 foram orientados como realizar o alongamento ativo e solicitado que os mesmo o realizassem em casa. A cada sessão era perguntado se ele havia feito e revisado em como fazer tais alongamentos

Porém, sabemos que os pacientes que já apresentam cefaléias recorrentes podem estar com um grau de comprometimento muito grande na musculatura da cabeça e pescoço, o que gera dor e limitações na hora de fazer o alongamento. Para tal, os pacientes receberão concomitante a terapia manual individual para diminuir os pontos gatilhos e aumentar o alongamento dos tecidos envolvidos, facilitando o desenvolvimento do alongamento ativo pelo paciente. A terapia manual em pacientes com cefaleias apresentaram diminuição ou mesmo ausência da dor, após tratamento com esta técnica (HAMMILL et al. apud MORELLI et al., 2007).

Portanto o tratamento constou de uma avaliação seguida por um protocolo de tratamento de 10 sessões que foram realizadas duas vezes por semana, finalizando com uma reavaliação ao final do tratamento, e uma segunda reavaliação trinta dias após o fim do tratamento.

Análise dos dados

O resumo dos dados foi realizado por meio de tabelas, número de indivíduos (n), frequência absoluta e porcentual, média, desvio padrão.

Para a comparação entre os grupos controle (GI) e TM (GII), foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para dois grupos independentes. Para avaliar o comportamento dos grupos ao longo das avaliações realizadas (antes da intervenção, logo após a intervenção e 1 mês após a intervenção), utilizou-se a análise de variância não paramétrica de Friedmann para grupos pareados; quando o resultado foi significante para três ou mais grupos utilizou-se o teste de comparações múltiplas de Conover. Adotou-se, para todos os testes, o nível de significância de 5% de probabilidade para a rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS

As sete participantes do estudo são do gênero feminino, com idade média de 30 anos (±12,79), e apresentavam cefaleia e dor na região cervical.

Após análise das características da cefaleia, como tempo de duração da crise (dias), frequência da dor (vezes/ mês), tipo da dor (pressão/ aperto, pulsátil/ latejante), intensidade da dor presente (fraca, moderada ou forte) e sintomas (vômito/náusea, foto e fonofobia), obtidas no diário de cefaleia adotado pelo Comitê de Ensino da Sociedade Brasileira de Cefaleia durante o período de tratamento fisioterapêutico, observou-se que a maioria dos participantes apresentaram duração da crise de 1 dia (n=5), a frequência da crise variou bastante entre cada paciente, grande parte apresentou dor do tipo pressão e pulsátil (n=4), a intensidade da dor se manteve de fraca a moderada (n=3) e de moderada a forte (n=4) e tiveram sintomas relacionados a dor (n=4).

O diagnóstico do tipo de cefaleia foi realizado por um médico neurologista através do diário de cefaleia adotado pelo Comitê de Ensino da Sociedade Brasileira de Cefaleia, e foi possível verificar que a maioria das participantes apresentou enxaqueca sem aura (n=5), apenas uma paciente tem dois diagnósticos associados (enxaqueca sem aura e cefaleia crônica diária), e a minoria foi diagnosticado enxaqueca com aura (n=1) e cefaleia crônica diária (n=1).

A **Tabela 1** representa os resultados obtidos antes, após e 1 mês após o tratamento em relação ao Índice de Avaliação da Dor e suas categorias (PRI), obtidas no questionário McGill de Dor, de cada participante.

Tabela 1: Escores obtidos pelas pacientes no questionário McGill de Dor, em relação ao PRI (Índice de Avaliação de dor e suas categorias), antes (AT), após (DT) e 1 mês após (1DT).

	PRI*														
	S AT	**S DT**	**S 1DT**	**A AT**	**A DT**	**A 1DT**	**AS AT**	**AS DT**	**AS 1DT**	**M AT**	**M DT**	**M 1DT**	**T AT**	**T DT**	**T 1DT**
Paciente A	11	12	11	16	16	15	5	5	5	5	3	3	37	36	37
Paciente B	21	27	26	13	10	10	5	5	5	5	4	5	44	46	46
Paciente C	27	9	18	16	4	14	5	2	3	11	0	8	59	15	43
Paciente D	19	14	14	12	11	11	5	2	5	2	2	4	38	29	34
Paciente E	16	11	11	13	5	12	4	3	2	3	2	4	36	21	29
Paciente F	20	9	8	10	8	13	4	2	4	5	2	5	39	21	30
Paciente G	19	10	10	15	1	2	4	2	2	5	0	3	43	13	17

De acordo com o PRI (Tabela 1) as pacientes que apresentaram melhores respostas durante o tratamento com fisioterapia foram as pacientes C, F e G, sendo que as categorias que melhor representaram essa resposta na percepção da dor foi a categoria sensorial e afetiva. Visto que a soma total das categorias apresentou diminuição seguida de aumento após 1 mês sem tratamento, porém ainda se manteve melhor que antes da intervenção.

A **Tabela 2** resume a amplitude de movimento, em graus, da coluna cervical nos três eixos de movimento, apresentado pelas participantes antes, logo após e 1 mês após o tratamento, a qual foi mesurada por meio de um flexímetro.

Tabela 2: Amplitude de movimento, em graus, da coluna cervical apresentado pelas participantes antes, logo após e 1 mês após a intervenção fisioterapêutica.

		Flexão	Extensão	Rotação D	Rotação E	Inclinação D	Inclinação E
	antes	55	45	65	72	35	34
Paciente	após	60	65	70	85	45	35
A	1 mês após	50	65	70	80	45	45
Paciente	antes	60	25	60	65	50	42
B	após	65	50	60	65	60	50
	1 mês após	45	65	60	65	50	35
Paciente	antes	70	18	30	40	39	35
C	após	75	60	55	65	40	50
	1 mês após	55	25	50	60	45	35
Paciente	antes	50	50	30	30	30	40
D	após	55	55	30	35	38	55
	1 mês após	55	50	30	35	35	50
Paciente	antes	45	55	70	70	45	35
E	após	55	60	70	65	35	35
	1 mês após	50	50	68	68	45	43
Paciente	antes	58	60	82	85	46	55
F	após	65	90	79	88	55	60
	1 mês após	60	70	79	88	50	55
Paciente	antes	65	40	75	85	42	40
G	após	65	65	75	90	45	40
	1 mês após	65	65	75	89	45	40

Como mostra a **Tabela 2**, todas as participantes (n=7) tiveram melhora na amplitude de movimento da coluna cervical, nos três eixos de movimento, o que pode ter ocorrido devido a uma diminuição da dor na região cervical, da tensão muscular e do ganho da extensibilidade e flexibilidade muscular.

DISCUSSÃO

Após as avaliações deste estudo, foi verificado que a maioria das participantes apresentaram enxaqueca sem aura, sendo que apenas as pacientes A e B não apresentaram diminuição na percepção da dor, visto que o responsável pelos diagnósticos das participantes foi um médico neurologista, o que diferente do estudo de Morelli e Rebelatto (2007) onde todos os participantes foram diagnosticados pelo médico neurologista com cefaleia tensional.

Foi possível constatar que o tratamento ocasionou uma melhora na amplitude de movimento da cervical, nos três eixos de movimento, possivelmente, devido à diminuição da tensão muscular, ganho de flexibilidade e extensibilidade muscular e redução da dor, rompendo o ciclo vicioso de dor espasmo inatividade dor. O que corrobora com o estudo de Zito, Jull e Story (2006) que encontrou um aumento da mobilidade cervical após o tratamento de cefaleia cervicogênica e enxaqueca.

De acordo com a análise dos dados obtidos na pesquisa, por meio do questionário McGill de dor, não foi verificada uma diferença significativa em relação aos grupos tratados. Entretanto, quando comparado o grupo com ele mesmo no tempo a resposta se apresentou significativa, porém apenas no grupo 2, o qual foi tratado com técnicas de terapia manual associado ao alongamento ativo da musculatura da região cervical. Isso mostra

que, possivelmente, o alongamento ativo foi fundamental para uma resposta mais efetiva no tratamento das cefaleias.

A terapia manual associada ao alongamento ativo, representada pelo grupo 2, apresentou resultados estatisticamente significantes, dentro das categorias sensorial e afetiva, do questionário McGill de dor, o que mostra uma melhora na percepção da dor tanto no aspecto físico como emocional, visto que a categoria sensorial representa a capacidade das pessoas perceberem as qualidades temporais, espaciais, depressão, calor, vivacidade ou surdez de uma estimulação dolorosa, ou seja, discriminam os aspectos sensoriais da experiência dolorosa, permitindo que os pacientes sinalizem suas impressões físicas sobre a dor. Já a categoria afetiva representa o sofrimento íntimo de um sujeito submetido à dor, essa dimensão emocional e reativa associada à presença de uma dor podem-se traduzir por percepção de cansaço, sentimentos de medo e punição e por reações autonômicas (CASTRO, 1999).

Este estudou mostrou, que houve resposta positiva nos sintomas de dor dos pacientes tratados tanto com terapia manual apenas, como os tratados com terapia manual e alongamento ativo após as dez sessões de tratamento, o que diferenciou os dois grupos foi à resposta obtida após trinta dias sem nenhuma intervenção fisioterapêutica, visto que o grupo que teve o alongamento ativo associado manteve uma melhor resposta dos sintomas do que o grupo tratado apenas com terapia manual.

Os resultados obtidos corroboram com a literatura existente, as quais mostram que o tratamento fisioterapêutico, que vai desde a terapia manual clássica à osteopatia e acupuntura, é eficaz no tratamento das cefaleias tanto de forma coadjuvante como única opção de tratamento (CARVALHO, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2002; KRYMCHANTOWSKI, 2003; GIONA, 2003; KOMATSU, 2003; WANNMACHER; FERREIRA, 2004; PINTO et al., 2007)

Mitchel Haas et al. (2010) mostraram em seu estudo que a terapia manual foi mais efetiva quando comparada com a massagem clássica no tratamento de pacientes com cefaleia cervicogênica, submetidos a 8 e 16 sessões, com diminuição em número de crises de cefaleia concomitante a redução do uso de medicamentos para a dor aguda. Observaram também que os que receberam 16 sessões apresentaram melhores resultados. Justificando a proposta deste presente estudo que é questionar se 10 sessões de fisioterapia para pacientes com cefaleia é suficiente, visto que é a quantidade de sessões liberadas pelos planos de saúde e sistema único de saúde para os usuários, a cada consulta médica com encaminhamento para fisioterapia.

Morelli e Rebelatto (2007) estudaram 6 pacientes diagnosticados com cefaleia tipo tensional, que foram divididos em dois grupos: portadores de processo degenerativo e não portadores de processo degenerativo na cervical. Todos foram submetidos a um protocolo de tratamento composto por tração cervical manual, alongamento bilateral de trapézio superior, escaleno, elevador da escápula e esternocleidomastóideo, mobilização vertebral e massagem clássica nas regiões cervical, frontal, temporal e suboccipital durante 10 sessões, com frequência de 3 vezes por semana. Embora o tratamento tenha apresentado resultados eficazes em todos os casos, em relação à intensidade da dor, verificou-se maior dificuldade na remissão completa dos sintomas por parte dos indivíduos não-portadores de alterações vertebrais, mas houve redução da intensidade da dor nos dois grupos.

Corroborando com os resultados, temos outros estudos como o de Macedo et al. (2007), que investigaram a eficácia da terapia manual craniana sobre a intensidade, frequência e duração da dor, bem como na qualidade de vida e depressão de mulheres com cefaleia crônica, durante 10 sessões de tratamento que aconteciam 2 vezes por semana, com duração de 30 minutos, através de um protocolo de tratamento composto por manobras miofasciais cervicais e manobras manuais sobre o crânio, a qual respeitava os princípios da osteopatia craniana. Demonstraram que o

tratamento fisioterapêutico manual obteve redução significativa, comprovando que as técnicas de terapia manual podem ser usadas como método coadjuvante de tratamento de cefaleia crônica.

Na revisão de literatura de Araújo e Almeida (2009) que buscavam evidências da eficácia das técnicas de terapia manual e acupuntura para o tratamento de cefaleia afim de compará-las. Concluíram que existe um consenso entre os autores pesquisados que tanto a terapia manual como a acupuntura são eficazes no tratamento e/ou controle das crises de cefaleia.

Em 2003, Giona estudou 8 indivíduos com cefaleia tensional, submetidos a um protocolo composto por técnicas de terapia manual: massagem de tecido conjuntivo, técnicas de mobilização das vértebras dorsais, pompage cervical, alongamento dos músculos trapézio, posteriores do pescoço, das estruturas moles suboccipitais e *streching* dos extensores da cabeça. Obteve como resultado diminuição da frequência, intensidade e duração das dores, havendo casos de remissão completa da sintomatologia dolorosa.

Tuchin, Pollard e Bonello (2000) estudaram quatro casos de migranêa tratados com terapia manual e concluiu que os casos selecionados responderam a terapia manual com redução da frequência dos episódios (90%), na duração de cada episódio (38%), no uso de medicação (94%) e uma diminuição importante dos sintomas associados à enxaqueca, como náusea, vômitos, fotofobia e fonofobia.

Já Tosato et al., (2006) qualificaram, classificaram e mensuraram as dores provenientes de doenças da coluna cervical e lombar, com o uso do questionário McGuill, que foi aplicado três vezes em cada paciente. Eles constataram que 60,98% diziam sentir alívio do quadro álgico com a fisioterapia. Após análise dos dados, observou-se por análise qualitativa das palavras do questionário, predomínio das maiores pontuações na categoria sensorial, o que indica dor principalmente física, porém, com influência de fatores emocionais. Segundo Figueiró e Teixeira (1995), a duração prolongada da condição álgica compromete componentes biológicos, sociais e emocionais.

Como afirmam Araújo e Almeida (2009), as técnicas de terapia manual empregadas no tratamento da cefaleia proporcionam melhora do quadro clínico dos pacientes atendidos através do alívio e/ou redução da intensidade, frequência e duração da dor com consequente melhora na qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

Foi possível verificar que o protocolo de tratamento proposto foi eficaz no alívio dos sintomas de dor dos indivíduos observados e que o alongamento muscular ativo juntamente com a terapia manual foi de fundamental importância para o tratamento da cefaleia, visto que a resposta se manteve por mais tempo mesmo sem intervenção fisioterapêutica.

De acordo com os resultados deste estudo pode-se concluir que o tratamento de desordens na região cervical influenciou na melhora dos sintomas de cefaleia.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. P. S; ALMEIDA, C. A. Terapia manual versus acupuntura no tratamento da cefaleia: revisão de literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.2, n.1, p.107-113, 2009.

BIENFAIT, M. **Os desequilíbrios estáticos:** Filosofia, patologia e tratamento fisioterápico. São Paulo: Summus, 1995. p. 100-102.

CARVALHO, D. S. Síndrome da cefaleia cervicogênica. **Neurociências**, São Paulo, v.9, n.2, p.57-59, 2006.

CASTRO, C. E. S.; **A formulação linguística da dor***:* versão brasileira do questionário McGill de dor. 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1999.

CHOU, R; HUFFMAN, L.H. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for na American Pain Society/ American College of Physiciabs practice guideline. **Annal of Internal Medicine**, v.147, p.192-501, 2007.

FIGUEIRÓ, J. A. B.; TEIXEIRA, M. J. Reações comportamentais desencadeadas pela dor. **Revista Médica**, São Paulo. v. 74, n. 2, p. 67-68, 1995.

GIONA, P. **Abordagem fisioterapêutica nas cefaleias tensionais através da terapia manual: série de casos.** Cascavel, 86f. Monografia (graduação em fisioterapia) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curitiba, 2003

HALDEMAN, S.; DAGENAIS, S. Cervicogenic headaches: a critical review. **The Spine Journal,** v. 1, n. 1, p. 31-46, 2001.

KISNER, C; COLBY, L. **Exercícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas**. 3ªed. São Paulo: Manole, 1998, p. 521-577.

KOMATSU, C. L. Cefaleia rinogênica e algias facias. 2003. Disponível em: HTTP://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_11.pdf. Acesso em 20 dez. 2010.

KRYMCHANTOWSKI, A; MOREIRA FILHO, P.F. Atualização no tratamento profilático das Enxaquecas. **Arquivos de neuropsiquiatria**, v.57, n.2-B, p. 513-519, 1999.

MACEDO, C. S. G. et al. Eficácia da terapia manual craniana em mulheres com cefaléia. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v.14, n.2, p. 14-20, 2007.

MITCHELL HAAS, D. C et al. Dose response and efficacy of spinal manipulation for chronic cervicogênica headache: a pilot randomized controlled trial. **The Spine journal,** v.10, p.117-128, 2010.

MORELLI, J. G. S; REBELATTO, J. R. A Eficácia da Terapia Manual em Indivíduos Cefeleicos Portadores e Não-Portadores de Degeneração Cervical: Análise de seis casos. **Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos**, v.11, n.4, p. 325-329, 2007.

PINTO, M. E. B. et al. Diagnóstico e tratamento das cefaleias em adultos na atenção primária a saúde. **Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, 2007. 17p. Disponível em:HTTP://residencia.mfc.pe.googlepages.com/d3_Cefaleia.pdf. Acesso em 12 nov. 2010.

QUEIROZ, L. P. et al. Um estudo epidemiológico nacional da cefaléia no Brasil. **Migrâneas e Cefaleias,** Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.190-196, 2008.

RICARD, F. D. O. Tratamento Osteopático da Coluna Lombar. In: **Tratamento osteopático: das lombalgias e ciáticas**. Rio Janeiro: Atlântica, 2001. c. 10, p. 321-383.

ROCABADO, M. The importance of soft tissue mechanics in stability and instability of the cervical spine: a functional diagnosis for treatment planning. **Crânio**, v. 5, p. 130-138, 1987.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Recomendações para o tratamento profilático da migranêa. Consenso da sociedade brasileira de cefaleia. **Arquivos de neuropsiquiatria**, v. 60, n.1, p.159-169, 2002.

SOUCHARD, P. E. **Reeducação Postural Global**. 2ºed. São Paulo: Ícone; 1986.

SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA. **Classificação Internacional das Cefaleias**. 2ª ed. Trad. Sociedade Brasileira de Cefaleia. São Paulo: Alaude Editorial Ltda, 2006. 286p.

TOSATO, J. P.; CÉSAR, G. M.; CARIA, P. H. F; BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; CALONEGO, C. A. Avaliação da dor em pacientes com lombalgia e cervicalgia. **Coluna***,* v. 6, n. 2, p. 73-77, 2006.

TUCHIN, P. J.; POLLARD, H.; BONELLO, R. A randomized controlled trial of chiropractic spinal manipulative therapy for migraine. **Journal of Manipulative Physiological Therapeutics**, v. 23, p.91-95, 2000.

VINCENT, M. Migrânea e o pequeno cérebro. **Migrâneas e Cefalias**, v.11, n.3, p.201-216, 2008.

WANNMACHER, L., FERREIRA, M. B. C. Enxaqueca: mal antigo com roupagem nova. **Boletim - Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados**, Brasília, v.1, n.8, p.1-6, 2004.

ZITO, G.; JULL, G; STORY, I. Clinical tests of musculoskeletal dysfunction in the diagnosis of cervicogênica headache. **Manual Therapy**, v. 11, p. 118-129, 2006.

Os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.