



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

LAYANE SANTANA PEREIRA COSTA

**EFEITOS DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE
CEFALEIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CAMPINA GRANDE
2020**

LAYANE SANTANA PEREIRA COSTA

**EFEITOS DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE
CEFALEIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia apresentado à Coordenação e Departamento do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Kelly Soares Farias

**CAMPINA GRANDE
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C837e Costa, Layane Santana Pereira.
Efeitos da terapia manual no tratamento de portadores de cefaleia [manuscrito] : uma revisão integrativa / Layane Santana Pereira Costa. - 2020.
52 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Kelly Soares Farias ,
Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
1. Fisioterapia. 2. Manipulações Musculoesqueléticas. 3.
Dor de cabeça. I. Título

21. ed. CDD 615.82

LAYANE SANTANA PEREIRA COSTA

EFEITOS DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE
CEFALEIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso de
Fisioterapia apresentado a Coordenação e
Departamento do Curso de Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 28/ 08/ 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Kelly Soares Farias (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Marcela Monteiro Pimentel
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Emanuelle Silva de Mélo
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Á Deus, por sempre estar presente, aos meus pais Poliana e Lindembergue, por toda a dedicação e abdicção para que eu me tornasse quem sou, a minha falecida avó Maria de Fátima, por todo cuidado, aos meus familiares e amigos por toda ajuda, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda sua bondade e infinita misericórdia, por sempre estar ao meu lado nessa caminhada, por sempre me dar forças para prosseguir, mesmo quando tudo parecia impossível e por me conceder a graça de chegar nesse momento, Ele sabe que não foi nada fácil.

À minha mãe Poliana Raquel Santana, por ter sido meu alicerce, meu porto seguro e minha maior inspiração e força para continuar, mesmo diante de todas as nossas dificuldades. Por sempre cuidar de mim, se preocupar e abdicar de tudo para que meu sonho se tornasse realidade, tudo isso é por você.

Ao meu pai Lindembergue Pereira Costa, por todo o apoio dado, por toda ajuda, por cada palavra de incentivo, por nunca desistir de mim e por se fazer presente em minha vida.

À minha falecida avó Maria de Fátima Santana, que em meio as lágrimas quase não consigo escrever, porém, homenageio-a por ter sido tão cuidadosa e cautelosa na minha criação, sem dúvidas será minha eterna saudade e a ela dedico essa conquista.

À minha também falecida avó Maria da Luz e meu avô Antenor Pereira por toda preocupação e carinho.

Às minhas tias Maria da Guia, Sônia Maria, Maria do Socorro, Filomena Geruza e Ana Paula por todo momento de oração, por cada palavra de incentivo e por tudo que fizeram por mim, serei eternamente grata a cada uma de vocês.

Aos meus irmãos, meus primos, a esposa do meu pai e o restante dos meus familiares, em especial, minha prima Larissa Santana, que também se fizeram presente em toda a minha vida.

Às minhas amigas Bárbara Queiroz, Letícia Aires, Safira Slana, Iara Taina, Rayssa Mayara e ao meu amigo João Pedro Clementino por toda a paciência, parceria, companheirismo e diversão em todos esses os seis anos de curso.

Aos meus colegas de turma, por tudo que conseguimos ultrapassar juntos, sempre nos apoiando como verdadeiros irmãos e que permaneceram presentes em cada fase boa ou ruim.

Aos meus amigos de maneira geral, que não irei citar cada um, mas que sempre me apoiaram e me aconselharam em todos os momentos da minha vida, que sempre cederam o ombro para que eu chorasse e sempre estiveram comigo na alegria e na tristeza.

A minha especialíssima orientadora Kelly Soares, que fez uma excelente orientação, me cedeu espaço, me ajudou em cada dúvida que eu tivesse e se tornou uma pessoa mais que especial em minha vida, estando presente em cada linha dessa revisão.

Aos meus queridos docentes por todo ensinamento passado, seja com assuntos teóricos/práticos, ou com experiências de vida, vocês foram, de fato, essenciais para minha formação acadêmica e pessoal.

Aos meus queridos pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia que me ensinaram não só a ser fisioterapeuta, como a ser um ser humano melhor, todos terão sempre um lugar especial em meu coração.

Por fim, agradeço a todos que fizeram parte dessa trajetória de alguma maneira, tenham certeza que cada pessoa que passou pela minha vida nesses últimos seis anos me ajudou, de alguma forma, a alcançar esse objetivo.

Obrigada!

“Faça o maior número de amigos possível, partilhe, compartilhe e ajude. É impossível abraçar o mundo apenas com seus braços, mas se dermos as mãos, podemos abraçar o universo”.

Emanuel Becker

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma dos resultados.....	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos participantes.....	21
Tabela 2 – Características das intervenções.....	24
Tabela 3 – Intensidade da dor.....	28
Tabela 4 – Frequência da dor.....	30
Tabela 5 – Duração da dor.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CIF – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

CREFITO - CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

DP – DESVIO PADRÃO

EVA- ESCALA VISUAL ANALÓGICA

HIT- 6 - HEADACHE IMPACT TEST

IASP - INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN

ICDH3 - INTERNATIONAL HEADACHE CLASSIFICATION

LILACS - LITERATURA CIENTÍFICA E TÉCNICA DA AMÉRICA LATINA E CARIBE

MEDLINE - MEDICAL LITERATURE ANALYSIS AND RETRIEVAL SYSTEM ONLINE

MIDAS - MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT

PEDRO - PHISIO THERAPY EVIDENCE DATABASE

SBCE – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA

SCIELO - THE SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Sumário

1.INTRODUÇÃO	13
2.MÉTODOS.....	18
3.RESULTADOS	19
3.1 Características dos participantes	21
3.2 Características das intervenções	22
3.2.1 Instrumentos de avaliação dos pacientes.....	22
3.2.2 Técnicas de terapia manual aplicadas nos estudos	24
3.2.3 Desenho dos protocolos.....	27
3.3 Desfechos.....	27
3.3.1 Desfechos primários.....	27
3.3.1.1 Intensidade	27
3.3.1.2 Frequência.....	29
3.3.1.3 Duração.....	31
3.3.2 Desfecho Secundário	32
4. DISCUSSÃO	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	47
ANEXO A – ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	47
ANEXO B – HEADACHE DISABILITY INVENTORY	48
ANEXO C – HEADACHE IMPACT TEST (HIT-6).....	49
ANEXO D – QUESTIONÁRIO MIDAS	50
ANEXO E – NECK DISABILITY INDEX.....	51

EFEITOS DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE CEFALEIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

EFFECTS OF MANUAL THERAPY IN THE TREATMENT OF HEADACHE PATIENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW

Layane Santana Pereira Costa*

Kelly Soares Farias**

RESUMO

Introdução: A cefaleia é caracterizada como a presença de dor em qualquer região craniana, facial ou craniofacial. É um dos maiores incômodos em boa parte da população e é a condição neurológica de maior prevalência na prática médica. São divididas em cefaleias primárias, nas quais a dor de cabeça é o problema de base e secundárias, que são decorrentes de alguma patologia. Dentre as modalidades terapêuticas, há o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso. Nesta, a terapia manual tem o objetivo de reduzir a dor por meio da utilização das mãos. **Objetivo:** Avaliar os efeitos benéficos das técnicas de terapia manual nas características da dor (intensidade, duração e frequência) e na qualidade de vida dos portadores de cefaleia primária e secundária. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura utilizando os descritores “*Physical- Therapy- Specialty*”, “*Muskuloeskeletal Manipulations*” e “*Headache*” e realizada nas bases de dados MEDLINE/ PubMed, SciELO, PEDro, LILACS e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos em inglês e português de ensaios clínicos randomizados e publicados de 2014 a 2020. Foram excluídos artigos que não faziam referência ao tópico abordado, estudos duplicados nas bases de dados e estudos com resultados metodologicamente inconclusivos. **Resultados:** Foram incluídos 16 estudos com um total de 923 indivíduos com cefaleia primária e secundária. Dentre os estudos, houve uma grande variabilidade de técnicas e protocolos de terapia manual encontradas como por exemplo terapias manipulativas, mobilizações, massagens, técnicas de tecidos moles, compressão isquêmica. Os resultados mostraram melhora significativa nos grupos experimentais quanto à diminuição da intensidade, frequência, duração da dor e qualidade de vida, não excluindo a possibilidade de uma melhora, mesmo que menor, nos grupos controles. **Conclusão:** Conclui-se que a terapia manual, em suas diferentes vertentes, é uma excelente abordagem no manejo das características da dor e na melhora da funcionalidade para os indivíduos com cefaleia. Ademais, torna-se necessária uma melhor padronização metodológica dos trabalhos nesta área em decorrência da subjetividade da dor, a fim de evidenciar essas melhorias de forma mais eficiente e eficaz.

Palavras-chave: Fisioterapia. Manipulações Musculoesqueléticas. Dor de Cabeça.

* Graduanda de Fisioterapia, layane-santana2@hotmail.com

** Profª Drª da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Campus I, Campina Grande, PB.

ABSTRACT

Introduction: Headache is characterized as the presence of pain in any cranial, facial or craniofacial region. It is one of the major inconveniences in a large part of the population and is the most prevalent neurological condition in medical practice. They are divided into primary headaches, in which the headache is the basic and secondary problem, which are due to some pathology. Among the therapeutic modalities, there is the drug treatment and the non-drug treatment. In this, manual therapy aims to reduce pain through the use of hands. **Objective:** To evaluate the benefits of manual therapy techniques on the characteristics of pain (intensity, duration and frequency) and on the quality of life of patients with primary and secondary headache. **Methods:** This is an integrative review of the literature using the descriptors "Physical- Therapy- Specialty", "Muskuloeskeletal Manipulations" and "Headache" and performed in the MEDLINE/ PubMed, SciELO, PEDro, LILACS and Google Academic databases. Articles in English and Portuguese were included, in addition to randomized, clinical trials published from 2014 to 2020. Articles that did not refer to topic covered, duplicate studies in the databases and studies with methodologically inconclusive results were excluded. **Results:** 16 studies with a total of 923 individuals with primary and secondary headache were included. Among the studies, there was a great variability of techniques and protocols of manual therapy found such as manipulative therapies, mobilizations, massages, soft tissue techniques and ischemic compression. The results showed significant improvement in the experimental groups in terms of intensity, frequency, pain duration and quality of life, not excluding the possibility of an improvement, even if minor, in the control groups. **Conclusion:** Manual therapy, in its different approaches, is an excellent treatment for managing pain characteristics and to improve functionality individuals with headache. In addition, greater methodological standardization in this area is necessary due to the subjectivity of pain, in order to evidence these improvements in a more efficient and effective way.

Keywords: Physical Therapy Specialty. Muskuloeskeletal Manipulations. Headache.

1.INTRODUÇÃO

Segundo a *International Association for the Study of Pain- IASP* (2011), a cefaleia é a condição neurológica de maior prevalência e está dentre os sintomas clínicos mais observados na prática médica. Popularmente conhecida como “dor de cabeça”, a cefaleia é caracterizada como a presença de dor em qualquer região craniana, facial ou craniofacial, sendo assim um dos maiores incômodos em boa parte da população (COSTA; RIBEIRO, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) a identifica como a sétima causa incapacitante e que ocasiona a diminuição da qualidade de vida do indivíduo (SCHOONMAN *et al.*, 2006; MILDE-BUSCH *et al.*, 2010). Metade da população geral tem cefaleia durante um determinado ano e mais de 90% tem histórico na vida. Embora boa parte dos casos não esteja associado à alguma condição clínica, a cefaleia é considerada um sinal de alerta, podendo ser episódica ou contínua (SANVITO; MONZILLO, 1997).

Com o intuito de padronizar os manejos de cefaleia a nível global, a *Sociedade Internacional de Dor de Cabeça (HIS)*, lançou a *International Headache Classification (ICHD)*, que está na sua 3ª edição, a ICDH3, que contém pouco mais de 250 tipos e subtipos de cefaleia, distribuídos em três grandes grupos, cefaleias primárias, secundárias e neuropatias cranianas dolorosas/outras cefaleias.

As cefaleias primárias são aquelas nas quais a dor de cabeça é o problema, não representando outras patologias de base, como por exemplo a cefaleia do tipo tensional, migrânea e cefaleia em salvas. Já as secundárias são aquelas cuja dor de cabeça representa o sintoma de uma patologia associada e há como exemplos, as cefaleias associadas às infecções sistêmicas, disfunções endócrinas, intoxicações, meningites, encefalites, hemorragia cerebral, traumas etc. (SPECIALI, 2011).

Mesmo com o avanço dos estudos, as cefaleias primárias permanecem com indefinições quanto à causa, podendo ter mecanismos neuronais, fatores genéticos e ambientais (endógenos e exógenos) envolvidos. Além disso, suas consequências são bem definidas, podendo ser de forma direta e de forma indireta. As suas formas diretas são os sinais e sintomas associados à incapacidade funcional, às perturbações psicológicas e de trabalho e à redução da qualidade de vida. Já as formas indiretas abrangem áreas sociais, como perturbação familiar e de planos sociais e, também, a parte econômica, como diminuição do rendimento e aumento de despesas em saúde

(MONTEIRO, 2006). Quanto à prevalência, há uma predominância no sexo feminino com uma proporção mulher: homem de 2-3:1. A causa da distribuição ainda é indefinida, porém, suspeita-se das questões hormonais e, também, do maior cuidado com a saúde que a mulher tem quando comparado aos homens (SBCE, 2016).

Apesar de ser bastante abrangente, a cefaleia primária divide-se, segundo a ICDH3, em quatro grupos: enxaqueca (migrânea), cefaleia tipo tensão, cefaleia trigêmeino-autonômicas e outras cefaleias primárias (que envolvem cefaleias heterogêneas).

A enxaqueca é um tipo de cefaleia comum e incapacitante (ICDH3, 2014). De acordo com a IASP (2012), tem a média da prevalência, ao longo da vida, de 18% e afeta cerca de 20% das mulheres e cerca de 5% a 10% dos homens (SBCE, 2016). Esta é subdividida em dois grandes subgrupos, caracterizados pela presença de aura ou não. A enxaqueca sem aura denota-se por ser pulsátil, unilateral, de intensidade moderada ou grave, tendo agravamento nas atividades rotineiras e associadas a fonofobia e fotofobia. Além disso, seus episódios podem ter uma duração de 4 a 72 horas, variando de acordo com cada caso (ICDH3, 2013). A enxaqueca com aura, por sua vez, possui episódios recorrentes que duram minutos, com característica unilateral, acrescidas de sintomas visuais e sensitivos (ICDH3, 2013).

A cefaleia do tipo tensão é a mais frequente dentre as primárias atingindo, ao longo da vida, aproximadamente 52% de indivíduos (SBCE, 2016). Apresenta uma prevalência de 38% a 74%, sendo 69% em homens e 88% em mulheres e pode ser subdividida em episódica e crônica. No geral, caracteriza-se por dor bilateral, constritiva, de intensidade leve à moderada, não sendo alterada pelas atividades rotineiras e geralmente, sem sintomas de náuseas ou vômitos associados (SBCE, 2014). A cefaleia do tipo tensão episódica (CTTE) tem a recorrência menor que 15 dias ao mês, com duração de 30 minutos. Já a cefaleia do tipo tensão crônica (CTTC) é caracterizada por uma frequência maior que 15 dias ao mês (SBCE, 2014).

A cefaleia trigêmeino-autonômicas, por sua vez, caracteriza-se por ser lateralizada e apresentar, por diversas vezes, sinais parassimpáticos autonômicos. Com isso, acredita-se que sua fisiopatologia decorre de uma ativação do sinal parassimpático trigeminal. Sua principal divisão é a cefaleia em salvas, que é representada pela unilateralidade, com intensidade forte, que pode acometer uma vez a cada dois dias ou até oito vezes em um mesmo dia (ICDH3, 2013).

O quarto e último grupo de cefaleias primárias é caracterizado por cefaleias heterogêneas na qual a patogenia não é bem definida e as terapêuticas são sugestivas. Podem ser sintomáticas de outras patologias, por isso requerem uma boa avaliação e diagnóstico. Muitas delas estão associadas a algum estímulo como esforço físico, tosse, atividade sexual e dentre outras (ICDH3, 2013).

As cefaleias secundárias são multicausais, sintomáticas, apresentam várias classificações e são divididas em agudas e subagudas (MONTEIRO, 2006). Suas consequências dependem da patologia de base, que pode ser neurológica ou sistêmica, intra ou extracraniana (NUNES; MARRONE, 2002). Estão principalmente associadas à ressaca alcóolica e aos processos febris, indicando algum tipo de infecção. Além disso, dentre as patologias graves estão, entre as mais recorrentes, as hemorragias cérebro-meníngeas, tumores cerebrais e hematomas intracranianos (SBCE, 2014). O diagnóstico de cefaleia, em sua grande maioria, é clínico e baseado na anamnese e no exame físico (BEN *et al.*, 2016).

Uma das cefaleias secundárias mais predominantes é a cervicogênica, que se enquadra no tópico “cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios perinasais, dentes, boca ou outras estruturas craniais e faciais” da Classificação Internacional das cefaleias (2013). Tem prevalência de 0,4% até 15% dentre todas as cefaleias e é mais recorrente no sexo feminino (SILVA *et al.*; 2008; RACHID E PINHEIRO, 2009). É popularmente caracterizada como uma dor “pesada”, as vezes latejante, que provoca queimação e é irradiada para outras regiões (CARVALHO, 2001). São consideradas causas, a admissão de posturas erradas em conjunto com uma utilização intensa da musculatura da região cervical, ansiedade, depressão e outros quadros patológicos que aplicam função excessiva dessa musculatura (HOFFMAN; TEODOROSKI, 2009).

Conforme preconiza a OMS, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que engloba de forma multifatorial as diversas áreas que compõem os aspectos da vida de um ser humano, a avaliação do indivíduo deve abranger as interrelações entre as condições de saúde, da estrutura e função do corpo, da atividade e participação, dos fatores ambientais e pessoais (CIF, 2001).

Quanto à coleta de dados pessoais e características da dor, a avaliação começa com a anamnese. São coletados dados como o sexo, a idade, pródromos, sintomas iniciais, modo de instalação, característica da dor, localização, periodicidade,

frequências, horários, sintomas associados, fatores desencadeantes, antecedentes familiares, dentre outros (SBCE, 2013; FREITAS; FREITAS, 2013). Há algumas avaliações complementares, como o diário de cefaleia. Este, composto por vários itens a serem anotados pelo indivíduo, permitindo a caracterização e acompanhamento da dor, sendo um recurso bastante utilizado, inclusive servindo como controle para a terapêutica adotada (CARVALHO, 2011).

O exame físico utilizado, segundo a SBCE (2013), consiste no monitoramento dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), na inspeção e na palpação muscular, de artérias e nervos, identificação de pontos gatilhos, amplitude de movimento, exame da articulação temporomandibular e exame neurológico baseados na observação, trabalhos de equilíbrio, marcha e etc.

Apesar da maioria das cefaleias serem diagnosticadas clinicamente, é possível que exames complementares contribuam para achados mais satisfatório na presença de sinais e sintomas de alerta. Os principais são os exames laboratoriais, radiografias da coluna cervical, ressonância magnética e tomografia computadorizada (FREITAS; FREITAS, 2013).

Quanto à avaliação da atividade e participação do indivíduo, este aspecto é complexo, uma vez que engloba o desempenho, capacidade do indivíduo e a sua qualidade de vida. O termo qualidade de vida envolve múltiplos conceitos e paradigmas que circundam o cotidiano do ser humano, incluindo aspectos de percepção e postura sobre a vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Diante disso, é importante o olhar sensibilizado para o complexo processo saúde-doença. É necessário entender que este processo se configura em uma contínua relação de fatores como aspectos econômicos, laborais, socioculturais, experiência pessoal, estilo de vida e ambiente no qual o paciente se insere (SCHUTTINGA, 1995).

Como já citado, a cefaleia pode ocasionar incapacidade funcional e interferir na qualidade de vida e nos aspectos que a envolvem (MONTEIRO, 2009). A incapacidade caracteriza-se como a redução do funcionamento corporal associada a uma patologia, que, em conjunto com os todos os fatores que influenciam a qualidade de vida do indivíduo é tida como uma limitação ou restrição em atividades (LEONARDO *et al.*, 2006). Essa forma de abordagem permite exames mais detalhados e intervenções mais satisfatórias (ANDLIN-SOBOCKI, 2005).

O tratamento para cefaleia pode ser realizado através de medicamentos como anti-inflamatórios e analgésicos não-hormonais, receitados por profissionais

capacitados (PINTO *et al.*, 2009). O manejo medicamentoso é individual e intransferível e a lista disponível é extensa, podendo citar: Cefalium®, Migraliv®, Naramig®, Tylenol®, todos registrados no site da *Agência Nacional de Vigilância Sanitária* (ANVISA). Entretanto, apesar da eficácia medicamentosa, alguns efeitos adversos comuns surgem, como por exemplo alergia, vômitos, enjoos, diarreia, boca seca, fraqueza muscular, agitação, cansaço, movimentos involuntários, problemas no fígado. Apesar de menos comuns, outros efeitos como anemia, problemas nos rins, coágulos de sangue, hemorragias também foram observados (CARVALHO, 2011).

Os tratamentos não-farmacológicos têm sido cada vez mais importantes para obter um bom resultado, tais como os tratamentos fisioterapêuticos. Segundo a *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, atividades que promovam relaxamento do paciente têm tido grande aplicabilidade e eficácia no tratamento da cefaleia. Por se tratar de um quadro clínico que envolve questões emocionais e/ou incapacidade do indivíduo, também é dito que o trabalho baseado na análise destes aspectos apresenta resultados positivos na diminuição das dores de cabeça e, conseqüentemente, na qualidade de vida do indivíduo.

A fisioterapia, com ênfase e destaque das técnicas de terapia manual, tem sido uma opção muito procurada e viável de tratamento da cefaleia, considerando a eficácia das terapias e protocolos utilizados. Já foi comprovado que a fisioterapia pode ser benéfica na diminuição de dias com cefaleia, intensidade, frequência e duração da dor e na qualidade de vida. Além de tratamentos como acupuntura, terapia manual, osteopatia, quiropraxia, eletroterapia, massagens e muitos outros, também são bastante utilizados protocolos que envolvem a combinação de duas ou mais técnicas, objetivando melhores resultados (SBCE, 2013).

Assim, diante da complexidade e da heterogeneidade da sintomatologia das cefaleias e da terapêutica envolvendo a fisioterapia, este estudo objetiva levantar evidências da literatura disponível relacionada a essa temática e descrever a eficácia e aplicabilidade de técnicas de terapia manual unitárias ou combinadas no manejo das características da dor na cefaleia e na melhora da qualidade de vida dos portadores. O conhecimento sobre esse assunto é de grande valia, tendo em vista a prevalência desta condição e as repercussões negativas nas atividades básicas de vida diária, na vida social, laboral, financeira e emocional dos portadores. Assim, essa revisão trará indicativos sobre os melhores protocolos utilizados, acrescido do possível mecanismo de ação.

2.MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é caracterizada por combinar metodologias e integrar os resultados, ampliando a possibilidade da análise e mantendo a rigurosidade metodológica (MORAES, 2015). A pesquisa teve início em março de 2020 e foi concluída em agosto de 2020, onde foram definidos, inicialmente, os descritores consultados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e no *Descritores em Ciências da Saúde* (DECS). Os termos definidos através dos descritores foram “*Physical Therapy Specialty*”, “*Muskuloeskeletal Manipulations*” e “*Headache*”, acrescidos dos operadores booleanos AND ou OR para formar a estratégia de busca.

Consequente, foram estabelecidos os critérios de elegibilidade, divididos em critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos nos idiomas inglês e português, publicados do ano de 2014 ao ano de 2020 e que fossem do tipo de estudo ensaios clínicos randomizados. Para critérios de exclusão, foram excluídos artigos que não faziam referência ao tópico abordado, estudos duplicados nas bases de dados e estudos com resultados metodologicamente inconclusivos.

Em seguida à escolha da estratégia de busca, realizou-se um levantamento de artigos sobre a temática escolhida nas seguintes base de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* acessado através do Serviço da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para acesso gratuito ao Medline (PubMed), *Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)*, *The Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *Physiotherapy Evidence Database (PEDro)* e Google Acadêmico.

Posteriormente a leitura dos títulos e ainda na fase seletiva dos artigos satisfatórios, foram analisados os resumos, a qualidade metodológica e os artigos na íntegra para agregar a revisão. A qualidade metodológica foi avaliada por senso crítico, analisada de acordo com os métodos de avaliação utilizados e a forma metodológica dos resultados dos estudos. Com isso, foi realizada a criação de um banco de dados único.

Como método de extração dos dados dos artigos que compõe o estudo, foi utilizado o software de planilhas Microsoft Office Excel que, através de uma tabela, incluiu todos os dados importantes para a pesquisa. Foi realizado uma análise descritiva na qual foram extraídas as características dos participantes (sexo, idade),

tipo de cefaleia e suas variantes (cefaleia do tipo tensional e migrânea, que correspondem as cefaleias primárias e cefaleia cervicogênica, que corresponde a cefaleia secundária), características das intervenções e dos protocolos (escalas utilizadas, técnicas aplicadas, frequência semanal, duração das sessões, número de intervenções) e foram analisados os possíveis mecanismos de modulação da dor, repercussão na funcionalidade de acordo com a CIF, conclusão e viés do estudo.

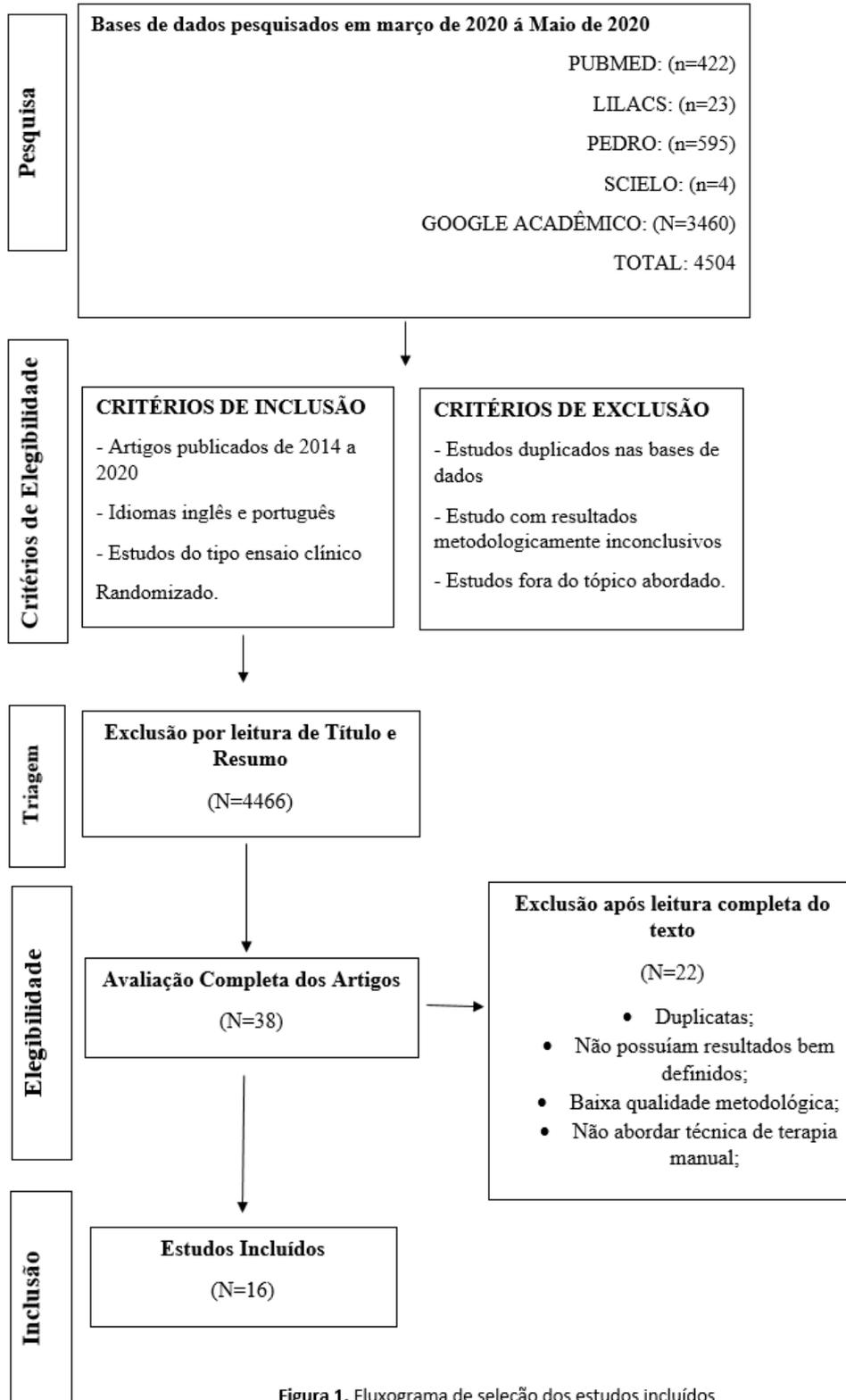
Como desfecho primário, foram escolhidos os tópicos intensidade da dor, com a padronização da Escala Visual Analógica (EVA), frequência das dores de cabeça, que foi avaliada em dias por semana e duração das crises, analisada em horas por dia. Como desfecho secundário foram eleitas as variadas maneiras de expressão da dor e sua subjetividade e, além disso, o impacto na qualidade de vida do paciente, apresentando as repercussões não só na funcionalidade, como também no âmbito social, econômico e emocional do portador, utilizando como critério avaliativo a CIF.

Quanto à significância dos dados, foi utilizada uma significância estatística de $p \leq 0,05$ para avaliar os resultados de todos os estudos que compuseram essa revisão. Além disso, foi feita média e desvio padrão das características dos participantes e das características das intervenções.

3.RESULTADOS

Como resultado da busca detalhada nas bases de dados MEDLINE/ PubMed, SciELO, PEDro, LILACS e Google Acadêmico, foram encontrados um total de 4504 artigos. Após aplicabilidade dos critérios de elegibilidade e analisando a qualidade metodológica dos artigos, foram escolhidos um total de 38 estudos, como detalhados no Fluxograma abaixo (Figura 1).

Posteriormente, ao término da fase seletiva, foi realizada uma análise da qualidade metodológica de acordo com o senso crítico dos autores da revisão de todos os estudos selecionados para leitura na íntegra. Dentre os 38 artigos escolhidos, um total de 22 foram excluídos da revisão. Dentre os estudos excluídos, 11 (50%) foram duplicatas, resumos ou dissertações. Os demais trabalhos apresentavam alta probabilidade de viés, tendo em vista a forma de aplicabilidade da técnica e/ou a discrepância de tratamento ou protocolo aplicado no grupo de comparação (grupo controle). Além disso, outros estudos obtiveram resultados metodologicamente inconclusivos, dificultando a leitura dos dados.



Assim, os 16 estudos eleitos para compor esta revisão foram ensaios clínicos randomizados, sendo compostos por grupo experimental (GE) e grupo controle (GC) e alguns ainda, com grupo placebo (GP). O GE recebeu a técnica de terapia manual

específica e o GC e/ou GP receberam técnicas diferentes ou nenhuma técnica para comparação. Em termos de ordem cronológica, três artigos foram publicados no ano de 2014, um no ano de 2015, cinco no ano de 2016, cinco no ano de 2017 e dois no ano de 2018.

3.1 Características dos participantes

Foram analisados 16 estudos com um total de 923 participantes (média \pm DP; $57,69 \pm 34,01$), onde 594 eram do sexo feminino e 122 do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 18 anos até 80 anos, o que mostra grande variabilidade no que concerne às características etárias entre os trabalhos. Os tipos de cefaleia incluídos nos trabalhos foram as primárias, que corresponderam a um total de 75% e a secundárias, que conferiram um total de 25% dos artigos. Com isso, oito estudos aplicaram intervenções de terapia manual para o tratamento da cefaleia do tipo tensional (49%), três para cefaleia do tipo migrânea ou enxaqueca (19%), quatro para cefaleia do tipo cervicogênica (25%) e um incluiu tanto a cefaleia do tipo tensional, quanto a do tipo migrânea (7%).

TABELA 1- CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

AUTOR, ANO	AMOSTRA	IDADE (ANOS)	SEXO	TIPO DE CEFALEIA
MENDES <i>et al.</i>, 2014	8	18 a 50	F (7) M (1)	Primária
ESPI-LOPEZ <i>et al.</i>, 2014	76	$39,9 \pm 10,9$	F (62) M (14)	Primária
CHATCHAWAN <i>et al.</i>, 2014	72	20 a 50	F (55) M (17)	Primária
MORASKA <i>et al.</i>, 2015	56	18 a 59 anos	F (28) M (28)	Primária
DUNNING <i>et al.</i>, 2016	110	GE: $34,1 \pm 12,6$ GC: $36,4 \pm 10,0$	F (55) M (55)	Secundária
BEVILAQUA-GROSSI <i>et al.</i>, 2016	50	18 a 55	F (50) M (0)	Primária
ESPÍ-LÓPEZ <i>et al.</i>, 2016	102	$38,9 \pm 10,9$	F (82) M (23)	Primária
FERRAGUT-GARCÍAS <i>et al.</i>, 2016	97	$39,7 \pm 11,5$	F (78) M (19)	Primária
CHAIBI <i>et al.</i>, 2016	97	GE: $41,0 \pm 11,3$ GP: $39,6 \pm 9,8$ GC: $38,7 \pm 11,1$	F (83) M (14)	Primária

CHAIBI <i>et al.</i>, 2017	12	GE: 36,0 ± 12,8 GP: 49,8 ± 12,3 GC: 48,0 ± 9,8	F (8) M (4)	Secundária
JAFARI <i>et al.</i>, 2017	19	37,11 ± 12,25	F (19) M (0)	Secundária
MALO-URRIÉS <i>et al.</i>, 2017	82	18 a 80	F (62) M (20)	Secundária
ARNADOTTIR e SIGURDARDOTTIR, 2017	20	37,6 ± 9,3	F 1(8) M (2)	Primária
GEORGOUDIS <i>et al.</i>, 2017	44	GE: 54.8 ± 14.7 GC: 43.0 ± 6.5	F (22) M (22)	Primária
TEIXEIRA e OKADA, 2018	38	18 a 30	F (35) M (3)	Primária
KAMALI <i>et al.</i>, 2018	40	GE: 33,70 ± 9,94 GC: 37,45 ± 12,57	F (35) M (5)	Primária

Legenda: GE: Grupo Experimental. GC: Grupo Controle. GP: Grupo Placebo. F: Feminino. M: Masculino

3.2 Características das intervenções

Os estudos utilizaram diferentes protocolos quanto às escalas avaliativas, às técnicas de terapia manual aplicadas, frequência e duração das sessões, tempo de tratamento, forma de avaliação do paciente, incluindo as escalas utilizadas e o acompanhamento. Além disso, o número de profissionais envolvidos no tratamento foi variado, tendo em vista que alguns estudos utilizaram apenas um fisioterapeuta, enquanto outros utilizaram mais de um, divididos entre os grupos e ainda houve um atendimento multidisciplinar (Tabela 2).

3.2.1 Instrumentos de avaliação dos pacientes

Como parâmetro avaliativo, os autores utilizaram instrumentos quantitativos e qualitativos para mensuração dos desfechos primário e secundário da terapia manual sobre a cefaleia. Houve avaliação dos sujeitos antes e após as intervenções, bem como comparação dos resultados entre os grupos GE, GC e GP para acompanhamento clínico.

Para monitoramento das crises de cefaleia, cinco dos 16 estudos (31,2%) utilizaram o diário de cefaleia (MORASKA, *et al.*, 2015; FERRAGUT-GARCÍAS, *et al.*, 2016; CHAIBI, *et al.*, 2016; CHAIBI, *et al.*, 2017; GEORGOUDIS, *et al.*, 2017). Os

pacientes recebiam o diário antes da intervenção, para ser preenchido de forma contínua e diária até e após o término das sessões. Neste, eles especificavam a intensidade, a duração, a localização e o horário em que as dores iniciaram e o quadro sintomatológico que acompanhava e assim, os avaliadores conseguiam acompanhar o quadro álgico do paciente.

Quanto à intensidade da dor, nove (56,2%) estudos utilizaram a Escala Visual Analógica (EVA) que consiste em um escala (ANEXO A) com 10 escores que são analisados visualmente pelo paciente para indicar, de forma subjetiva, a intensidade da dor, sendo 0 muito leve, 5 moderada e 10 muito intensa (MENDES *et al.*, 2014; CHATCHAWAN *et al.*, 2014; MORASKA *et al.*, 2015; FERRAGUT-GARCÍAS *et al.*, 2016; JAFARI *et al.*, 2017; MALO-URRIÉS *et al.*, 2017; GEORGOUDIS *et al.*, 2017; TEIXEIRA e OKADA 2018; KAMALI *et al.*, 2018).

Para avaliar o impacto da dor de cabeça no dia a dia dos pacientes, quatro estudos (25%) aplicaram o Inventário de Incapacidade para dor de cabeça (LOPPEZ, *et al.*, 2014; CHATCHAWAN *et al.*, 2014; MORASKA *et al.*, 2015; ESPÍ-LÓPEZ *et al.*, 2016) do inglês *Headache Disability Inventory* (HDI). O questionário (ANEXO B) possui 25 itens que analisam os aspectos funcionais e emocionais do indivíduo (JACOBSON *et al.*, 1994). Adicionalmente, com este mesmo objetivo, três estudos (18,7%) utilizaram o Teste de impacto da dor de cabeça (MORASKA *et al.*, 2015; FERRAGUT-GARCÍAS *et al.*, 2016; ARNADOTTIR *et al.*, 2017) do inglês *Headache Impact Test* (HIT-6), que consiste em seis itens que avaliam gravidade da dor, questões no trabalho, nas atividades sociais e o quesito emocional (ANEXO C). (QUEIROZ *et al.*, 2008).

Em especial para a migrânea, dois estudos (12,5%) utilizaram o questionário *Migraine Disability Assessment* (MIDAS) (BEVILAQUA-GROSSI, *et al.*, 2016; TEIXEIRA e OKADA, 2018). O MIDAS é uma ferramenta que identifica os diversos graus de incapacidades que podem ser ocasionados pela migrânea (ANEXO D) (FREITAG *et al.*, 2000; LIPTON e SILBERSTEIN, 2001). Outros dois estudos (12,5%) avaliaram o Índice de Incapacidade Relacionada ao Pescoço (DUNNING *et al.*, 2016; BEVILAQUA-GROSSI *et al.*, 2016) do inglês *Neck Disability Index* (NDI), questionário que avalia como a dor no pescoço pode interferir nos hábitos diários dos pacientes. Consiste em dez perguntas que vão desde a intensidade da dor, a perguntas sobre domínios das atividades básicas de vida diária (ANEXO E) (VERNON E MIOR, 1991).

Algumas outras ferramentas foram utilizadas como meio avaliativo das características da dor e da mobilidade articular tais como a Escala Numérica de Classificação da Dor (NPRS), o questionário de dor de McGill, e a algometria. A NPRS foi utilizada no trabalho de Dunning (2016), no qual o paciente especificava sua dor de 0 a 10, sendo 0 sem dor e 10 muita dor. A algometria, por sua vez, foi utilizada nos trabalhos de Chatchawan (2014), Ferragut-Garcías (2016) e Malo-Urriés (2017) que é uma técnica que visa, através de estímulos pressóricos, avaliar a percepção e sensibilidade dolorosa. O questionário de dor de McGill, abordado no estudo de Teixeira e Okada (2018), trata-se de um instrumento que avalia características da dor além da intensidade e permite a mensuração estatística dos resultados (KEELE, 1954; MAIANI e SANAVIO, 1985).

3.2.2 Técnicas de terapia manual aplicadas nos estudos

A terapia manual tem como objetivo mobilizar os tecidos muscular, ósseo, conjuntivo e nervoso, visando a normalização e o equilíbrio dessas estruturas. É a utilização das mãos com a finalidade terapêutica a fim de curar através de manipulações (LERDERMAN, 2001). Assim, há uma gama de protocolos fisioterapêuticos que se sustentam na terapia manual com o intuito de diminuir a dor na cefaleia. A Tabela 2 expõe as características das intervenções aplicadas no grupo experimental e no grupo controle.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DAS INTERVENÇÕES

AUTOR, ANO	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROLE	# INTER- VENÇÕES	FREQ (SEM)	DUR (MIN)
MENDES <i>et al.</i>, 2014	Massagem Clássica no mm posteriores laterais e anteriores da região cervical	Alongamentos passivos no mm escalenos, elevador da escápula, ECOM e trapézio superior	10	2	15
ESPÍ-LOPEZ <i>et al.</i>, 2014	Inibição suboccipital dos tecidos moles, manipulação occipital-atlas-eixo e combinação das técnicas	Sem intervenção manual: Descanso em decúbito dorsal por 10 minutos	4	1	5
CHATCHAWAN <i>et al.</i>, 2014	Massagem tradicional	Ultrassom falso	9	3	30

	tailandesa e alongamentos na cabeça, pescoço e cervical superior				
MORASKA et al., 2015	Liberção miofascial nas costas, ombros, peito e pescoço; de ponto gatilho nos mm trapézio superior, suboccipitais e ECOM; relaxamento pós-isométrico, fricção circular nos mm masseter, temporal e occipital-frontal, efleuragem e petrissage suaves no pescoço e ombros	Ultrassom falso	12	2	45
DUNNING et al., 2016	Manipulações articulares bilaterais de C1-2 e T1-2. E também de C0-1, C2-3, C3-7, T2-9, costelas 1 a 9	Mobilizações nas mesmas localizações que GE e exercícios ativo.	7	2	x
BEVILAQUA-GROSSI et al., 2016	Respiração diafragmática; mobilização e tração cervical, liberação miofascial e dos pontos gatilho do mm crânio-cervicais, e alongamentos passivos do mm do pescoço, massagem terapêutica	Sem intervenção manual, apenas medicamentosa.	8	2	50
ESPÍ-LÓPEZ et al., 2016	Manipulação do eixo occipital-atlas-eixo (OAA) e massagem superficial	Massagem superficial	4	1	20
FERRAGUT-GARCÍAS et al., (2016)	Técnicas de tecidos moles em cinco mm da região cervical e mobilização neural	Massagem superficial	6	1,5	15
CHAIBI et al., 2016	Terapia manipulativa espinhal quiropraxia, o método Gonstead	Manipulação simulada	12	1	15
CHAIBI et al., 2017	Terapia manipulativa espinhal	Manipulação simulada na borda lateral da	12	1	

	quiopraxia, o método Gonstead.	escápula e / ou região glútea			
JAFARI et al., (2017)	Compressão isquêmica de pontos gatilhos	Sem intervenção manual	4	4	5
MALO-URRIÉS et al., 2017	Mobilização da coluna cervical superior	Sem intervenção manual: descanso em decúbito dorsal por 30 minutos	1	1	30
ARNADOTTIR e SIGURDARDOTTIR, 2017	Terapia craniossacral de Upledger	Sem intervenção manual	6	2	
GEORGOUDIS et al., 2017	Acupuntura e alongamentos	Diatermia por meio de micro-ondas e liberação miofascial	10	2,5	25
TEIXEIRA e OKADA, 2018	Técnica de Jones	Sem intervenção manual, responderam a um questionário	10	2	1,5
KAMALI et al., 2018	Massagem e fricção em pontos gatilhos	Agulhamento a seco nos pontos gatilhos	3	1	X

Legenda: FREQ: Frequência. DUR: Duração. ECOM: esternocleidomastóideo. MM: músculos

Como mencionado anteriormente, alguns autores aplicaram as técnicas de terapia manual nos grupos experimental e controle. Este é o caso do estudo de Arnadottir e Sigurdardottir (2017), no qual foi utilizada a terapia craniossacral de Upledger. Nesta abordagem, as seguintes partes do corpo foram tratadas: a região pélvica e diafragmática, entrada da cavidade torácica superior, músculos ao redor do osso hioide e os músculos superiores na parte posterior do pescoço. Apesar da divisão de grupos, ambos receberam o mesmo tratamento, o que distinguiu os grupos foi a diferente sequência das semanas de sessão do tratamento.

No estudo de Georgoudis (2017), por sua vez, foram utilizados dois protocolos. O primeiro envolvia acupuntura biomédica e alongamentos (grupo experimental) e o segundo envolvia técnica de liberação miofascial associado a diatermia por meio de micro-ondas (grupo controle). As agulhas foram inseridas nos pontos referentes a dor de cabeça, onde permaneceram por 20 minutos, com estimulação manual a cada 5 minutos. O protocolo de alongamento seguiu a acupuntura. Já o grupo controle recebeu a diatermia por meio da termoterapia profunda na sétima vértebra cervical. Após a diatermia, os pacientes receberam um protocolo de liberação miofascial de 15 minutos, composto por manipulação do tecido mole e técnicas de liberação do ponto

de gatilho, nos músculos occipital, suboccipital, temporal, esternocleidomastóideo, masseter e frontal.

A técnica utilizada no estudo de Teixeira e Okada (2018) foi a técnica de Jones, na qual os indivíduos do grupo experimental permaneciam deitados em decúbito dorsal. Por meio de palpação, o ponto de tensão foi localizado e a posição de conforto e alívio da dor, de forma passiva, foram encontradas e mantidas. A partir disso, foi aplicada uma pressão constante, porém leve sobre o ponto doloroso por 90 segundos, após este período, a articulação foi reconduzida passivamente à posição inicial.

Em resumo, as principais técnicas de terapia manual foram assim distribuídas: 37,5% terapias manipulativas, 18,75% massagens, 18,75% liberação miofascial, 12,5% mobilizações e 6,25% mobilização neural, compressão isquêmica de pontos gatilhos e 6,25% acupuntura associada a alongamentos.

3.2.3 Desenho dos protocolos

O número de intervenções realizadas nos estudos foi no mínimo 1 e no máximo 12 (média \pm DP; $7,38 \pm 3,52$). A frequência semanal de atendimentos foi no mínimo 1 e no máximo 4 vezes por semana (média \pm DP; $1,78 \pm 0,86$). A duração das sessões dos atendimentos foi no mínimo 1,5 minutos e no máximo 50 minutos (média \pm DP; $21,38 \pm 15,36$). Os dados referentes a cada estudo encontram-se bem delineados na Tabela 2.

3.3 Desfechos

3.3.1 Desfechos primários

Para desfechos primários, foram selecionados os resultados das técnicas de terapia manual sobre a intensidade, frequência e duração da dor.

3.3.1.1 Intensidade

A mensuração da intensidade da cefaleia foi padronizada para ser avaliada pela EVA. Por ser uma escala na qual o próprio paciente designa a intensidade da dor que sente, torna-se um instrumento de avaliação subjetiva da dor (MARTINEZ; GRASSI;

MARQUES, 2011). Um total de nove trabalhos utilizaram essa escala para comparar a melhoria no quadro álgico entre os grupos experimental e controle (Tabela 3).

De acordo com o exposto na tabela 3, observa-se que houve uma melhora significativa nos grupos experimentais quanto à diminuição da intensidade da dor após a terapia manual, principalmente quando comparados com o grupo controle, como nos trabalhos de Chatchawan *et al.* (2014), Ferragut-Garcías *et al.* (2016), Jafari *et al.* (2017) e Georgoudis (2016) que apresentaram o valor de p igual ou menor que 0,05. Importante frisar que, ao analisar o valor do p nos trabalhos de MORASKA *et al.*, (2015), CHAIBI *et al.*, (2017) e KAMALI *et al.*, (2018) que, apesar da não significância estatística, o grupo experimental apresentou redução no valor do escore da EVA após a intervenção. Possivelmente, pode ter sido alguma associação quanto ao número amostral. Adicionalmente, essa afirmativa também inclui a realidade de uma melhora no grupo controle antes e após a intervenção, mesmo que inferior ao grupo experimental e não significativa, tendo em vista a carga psíquica da dor.

Alguns trabalhos utilizaram a algometria para a avaliação subjetiva da intensidade da dor, que consiste na palpação de pontos gatilhos (PG). Com isso, o terapeuta aplica a algometria através de um algômetro para ver a tolerância dolorosa (CULPI e MARTINELL, 2018; PIOVESAN *et al.*, 2001). Cinco estudos (31,2%) (CHATCHAWAN, *et al.*, 2014; FERRAGUT-GARCÍAS, *et al.*, 2016; JAFARI, *et al.*, 2017; MALO-URRIÉS, *et al.*, 2017; KAMALI, *et al.*, 2018) fizeram essa avaliação e obtiveram o aumento de limiar de dor por pressão, onde quatro dos trabalhos citados tiveram melhoria em ambos os grupos e um dos estudos (CHATCHAWAN *et al.*, 2014) só no grupo experimental.

TABELA 3 – INTENSIDADE DA DOR

AUTOR, ANO	TÉCNICAS APLICADAS GRUPO EXPERIMENTAL	EVA ANTES	EVA DEPOIS	VALOR DE p
MENDES <i>et al.</i>, 2014	Massagem Clássica no mm posteriores laterais e anteriores da região cervical	GE: 3,65±1,11 GC 3,15 ±1,68	GE: 0,75 ±0,59 GC 0,55 ±0,31	--
CHATCHAWAN <i>et al.</i>, 2014	Massagem tradicional tailandesa e alongamento	GE: 5,54±2,16 GC:4,66 ±2,40	GE 1,66 ± 2 GC: 2,60 ± 2,3	$p < 0,05$

MORASKA et al., 2015	Massagem miofascial focada em pontos-gatilho (liberação miofascial, liberação do ponto gatilho, relaxamento pós-isométrico)	GE:3,14 ±2,69 GP:3,33 ±2,52 GC:3,12± 2,46	GE: 2,63 ±2,50; GP: 3,08 ± 2,34 GC: 2,78±2,28	p = 0,49
FERRAGUT-GARCÍAS et al., 2016	Técnicas de tecidos moles em cinco mm da região cervical e mobilização neural	GMob 4,4 ±1,1 GMas:5,7±0,8 GAmbos: 5,1 ± 1,0 GC 5,6 ± 1,1	GMob 2,8 ± 1,0 GMas: 4,0 ±1,0 GAmbos: 2,9 ± 1,0 GC: 5,4 ± 1,2	p <0,001
CHAIBI et al., 2016	Terapia manipulativa espinal quiropraxia, o método Gonstead	GE: 6,6 ± 2,5 GP: 4,3 ± 1,7 GC: 6,3 ± 1,6	GE: 4,3 GP: 4,4 GC: 5,9	--
CHAIBI et al., 2017	Terapia manipulativa espinal quiropraxia, o método Gonstead	GE 5,7 ± 1,7 GP: 6,1 ± 1,7 GC: 5,6 ± 2,0	GE: 4,7 ± 2,8 GP:5,0 ± 3,0 GC: 5,7 ± 2,5	p = 0,27 (GE x GP) e p= 0,26 (GE x GC)
JAFARI et al., 2017	Compressão isquêmica do mm ECOM	GE 6,23±1,30 GC:5,81±1,67	GE: 3,85±1,95 GC - 5,95±1,74	p = 0,002
GEORGOUDIS et al., 2017	Acupuntura e alongamentos	GE: 7,8 ± 1,8 GC: 6,5 ± 2,5	GE: 4,0 GC: 4,0	p <0,001
KAMALI et al., 2018	Massagem com fricção em pontos gatilho	GE: 9,5 GC: 8	GE: 4,22 ±3,51 GC: 3,0 ± 2,31	p= 0.40

Legenda: EVA: Escala Visual Analógica. ECOM: esternocleidomastóideo. MM: músculos

3.3.1.2 Frequência

A frequência com que os indivíduos reportam a dor é uma característica marcante e incapacitante da cefaleia. Dez estudos (62,6%) mencionaram a frequência como desfecho (ESPI-LOPEZ *et al.*, 2014; CHATCHAWAN *et al.*, 2014; MORASKA *et al.*, 2015; BEVILAQUA-GROSSI *et al.*, 2016; ESPÍ-LÓPEZ *et al.*, 2016; FERRAGUT-GARCÍAS *et al.*, 2016; CHAIBI *et al.*, 2016; CHAIBI *et al.*, 2017; JAFARI *et al.*, 2017; KAMALI *et al.*, 2017). Nestes trabalhos, houve a diminuição da frequência da dor de cabeça com predominância no grupo experimental quando comparado ao grupo controle e alguns estudos, como o de Chaibi (2017), o grupo placebo também apresentou redução da frequência (Tabela 4)

TABELA 4- FREQUÊNCIA DA DOR

AUTOR, ANO	TÉCNICAS APLICADAS	FREQ. SEMANAL ANTES	FREQ. SEMANAL DEPOIS	VALOR DE P
ESPI-LOPEZ et al., 2014	Inibição suboccipital (SI) dos tecidos moles, manipulação occipital-atlas-eixo (OAA) e combinação das técnicas	GE1(SI):2,63±0,59 GE2(OAA):2,42±0,62 GEAmbos:2,32 ±0,47 GC 2,63± 0,59	GE1(SI):2,47±0,61 GE2(OAA):2,05 ±0,7 GEAmbos:2,32±0,47 GC 2,63± 0,59	p <0,05
CHATCHAWAN et al., 2014	Massagem tradicional tailandesa e alongamento	GE:3,16 GC: 3,86	GE:3,07 GC: 2,91	p= 0.219
MORASKA et al., 2015	Massagem miofascial focada em pontos-gatilho (liberação miofascial, liberação do ponto gatilho, relaxamento pós-isométrico)	GE: 3,72 ± 0,23 GP: 3,81 ± 0,21 GC: 3,69 ±0,21	GE:3,38±0,31 GP:3,21±0,29 GC:3,54 ±0,29	p= 0,026
BEVILAQUA-GROSSI et al., 2016	Respiração diafragmática; mobilização e tração cervical, liberação miofascial e dos pontos gatilho do mm crânio-cervicais, e alongamentos passivos do mm do pescoço, massagem terapêutica	GE: 4 GC 4,5	GE:2,9 GC:3,65	p> 0,05
ESPÍ-LÓPEZ et al., 2016	Manipulação do eixo occipital-atlas-eixo (OAA) e massagem superficial	GE:2,55±0,54 GC: 2.65±0.56	GE:2,25±0,63 GC: 2.47±0.61	p <0,05
FERRAGUT-GARCÍAS et al., 2016	Técnicas de tecidos moles em cinco mm da região cervical e mobilização neural	GMob: 4,3 ± 1,15 GMas: 3,95 ± 1.35 GAmbos: 4.0 ± 1,3 GC: 3,6± 1.35	GMob 2,35 ± 0,85 GMas: 2,1 ± 0,85 GAmbos: 1,75 ± 0,85 GC: 3,35 ± 1,25	p <0,001
CHAIBI et al., 2016	Terapia manipulativa espinal quiropraxia, o método Gonstead	GE: 5,0 ±3,0 GP 5,7 ±3,75 GC: 4,75 ±2,1	GE:3,5 GP:3,625 GC: 4,75	--
CHAIBI et al., 2017	Terapia manipulativa espinal quiropraxia, o método Gonstead	GE: 6,5±3,3 GP: 8,3±5,6 GC: 7,8 ± 6,0	GE: 3,9 ± 3,1 GP: 4,1 ± 5,7 GC: 6,1 ± 5,9	p <0,001
JAFARI et al., 2017	Compressão isquêmica do mm ECOM	GE 2,44±0,765 GC: 2,7±1,18	GE: 1,33±0,9 GC- 2,65±0,65	p= 0,005

KAMALI <i>et al.</i>, 2018	Massagem e fricção em pontos gatilhos	GE: GC: 5	7	GE: 2,85 ±2,56 1,95±2,08	GC:	p=0,70
-----------------------------------	---------------------------------------	--------------	---	-----------------------------	-----	--------

Legenda: FREQ: Frequência. ECOM: esternocleidomastóideo. MM: músculos

3.3.1.3 Duração

Apesar do pequeno número de trabalhos utilizarem a duração das crises de cefaleia como desfecho, este é um ponto crucial a ser explorado, tendo em vista que uma melhoria em qualquer âmbito do quadro algico, seja na intensidade, frequência ou até mesmo nas durações dessas dores, já repercute de forma positiva na vida do sujeito. Apenas 4 estudos (25%) apresentaram a duração, padronizada em horas (MORASKA *et al.*, 2015; FERRAGUT-GARCÍAS *et al.*, 2016; ARNADOTTIR E SIGURDARDOTTIR *et al.*, 2017; KAMALI *et al.*, 2018). Os grupos que receberam as técnicas de terapia manual apresentaram resultados mais satisfatórios na redução da duração da dor de cabeça quando comparados ao grupo controle em três dos quatro estudos, porém, o estudo de MORASKA *et al.*, (2015) não apresentou diferenças significativas. (Tabela 5).

TABELA 5- DURAÇÃO DA DOR

AUTOR, ANO	TÉCNICAS APLICADAS	DURAÇÃO EM HORAS ANTES	DURAÇÃO EM HORAS DEPOIS	VALOR DE p
MORASKA <i>et al.</i>, 2015	Massagem miofascial focada em pontos-gatilho (liberação miofascial, liberação do ponto gatilho, relaxamento pós-isométrico)	GE: 3,15 ± 0,43 GP: 2,86 ± 0,40 GC: 3,02±0,39	GE 3,20 ± 0,55 GP: 2,70 ± 0,52 GC:3,53±0,51	p = 0,30
FERRAGUT-GARCÍAS, <i>et al.</i>, 2016	Técnicas de tecidos moles em cinco mm da região cervical e mobilização neural	GE 11,7 ± 5,9 GP: 14,0 ± 4,7 GC: 11,1 ± 6,1	GE: 9,2 ± 5,8 GP: 10,4 ± 7,0 GC: 13,1 ± 6,5	p = 0,02
ARNADOTTIR e SIGURDARDOTTIR, 2017	Terapia craniossacral de Upledger	GE 13,57±5,08 GC: 12,03±4,56	GE 8,53±5,00 GC: 12,35±4,44	p = 0,015

KAMALI et al., 2018	Massagem e fricção em pontos gatilhos	GE: 9,6 ±5,2 GP: 10,9 ±3,3 GC: 9,9 ±6,9	GE: 6,9 GP: 7,4 GC:8,5	--
----------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------	----

3.3.2 Desfecho Secundário

Após o conhecimento completo dos 16 trabalhos, destacamos como desfecho secundário, o impacto causado pelo quadro algico na vida pessoal, social, econômica e emocional dos indivíduos, utilizando para isto, as escalas MIDAS (ANEXO D), HIT-6, HDI, Questionário de dor de McGill, *Neck Disability Index* (NDI), Diário de cefaleia e ainda a avaliação funcional estabelecida pela CIF.

Após esta abordagem multidimensional, foi de suma importância acrescentar a CIF para classificar as consequências da dor para o indivíduo que são diversas e permanecem, na maioria das vezes, por longos períodos, podendo atingir os componentes estrutura e função do corpo, atividade e participação, de acordo com o modelo da CIF. Com a leitura dos textos e a visão interpretativa das mudanças pós terapia manual, utilizou-se a percepção dos autores para buscar melhor conotação das classificações e associações (OMS, 2013).

Diante desta análise holística, os 16 trabalhos exibiram melhorias na dor. No que diz respeito às funções corporais, houve melhora nas funções musculares, funções das articulações e dos ossos o que já repercute em melhores desempenhos funcionais. No que concerne à atividade e participação, houve melhora na mobilidade, na mudança e na manutenção da posição do corpo, no andar e no deslocamento o que já acarreta impacto positivo na atividade e participação do indivíduo. Analisando o contexto emocional e social, houve melhora nas funções emocionais, interações e relacionamentos interpessoais, vida comunitária, social e cívica, funções mentais globais, funções mentais específicas, autocuidados e vida doméstica. Por fim, melhora na parte econômica, incluindo o retorno ao trabalho e emprego e atividades remuneradas.

Com relação direta a todas essas melhorias na condição de saúde do sujeito e com intuito de finalizar esse desfecho secundário, a qualidade de vida foi o ponto crucial como resultado das intervenções com a terapia manual. A melhora de qualquer aspecto relacionado ao sofrimento ocasionado pela dor auxilia, direta e indiretamente, na melhora dos aspectos de vida do paciente, ou seja, ele fica mais relaxado, sociável,

mais cuidadoso consigo mesmo, se amando, se respeitando mais, mais consciente das atividades básicas e instrumentais de vida diária, mais habilidoso no trabalho, mais rentável e mais participativo em todas as atividades. Em síntese, a terapia manual tem como objetivo melhorar a dor e, indiretamente, também melhora os aspectos que a rodeiam, promovendo uma qualidade de vida melhor para o portador de cefaleia.

4. DISCUSSÃO

O trabalho apresentado nesta revisão integrativa teve como objetivo avaliar a eficácia e aplicabilidade de técnicas de terapia manual no manejo da cefaleia. Foram considerados como resposta terapêutica a diminuição da intensidade, frequência e duração da dor e a melhora na qualidade de vida. Nesse sentido, observamos variabilidade de técnicas manuais utilizada nos trabalhos, mas pudemos agrupar os resultados pós intervenção com uma redução na intensidade da dor pela EVA, na frequência e duração das crises álgicas e a melhora da funcionalidade do indivíduo.

As características dos indivíduos foram padronizadas de acordo com o que está na literatura: são portadores de cefaleia primárias ou secundárias, com idades variadas, o que evidencia a hipótese que não há um mínimo ou máximo para apresentar essa afecção. Além disso, nota-se a predominância do sexo feminino entre os portadores, que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia (2016), podem estar diretamente ligados a fatores hormonais, tensionais e emocionais, que envolvem também a fase reprodutiva e menstrual e são predominantes as cefaleias primárias do tipo tensional e migrânea.

Em relação às características dos protocolos utilizados houve uma variabilidade nos parâmetros da frequência, duração, número de intervenções e, até mesmo, acompanhamento pós tratamento, porém, não descaracterizou a confiabilidade das técnicas que foram aplicadas, bem como a forma de aplicabilidade de cada uma, tendo em vista os resultados encontrados. Essas questões serão abordadas em parágrafos posteriores, fazendo a associação de acordo com as características dos protocolos e técnicas de terapias manuais utilizadas.

De acordo com o modelo biopsicossocial em saúde, a dor em seu caráter subjetivo, pode afetar a integridade física do corpo e alterar a sua homeostase, influenciando diretamente na vida do portador e assim, gerando consequência sociais,

ambientais, econômicos e emocionais, sendo explicado ao longo do trabalho como a qualidade de vida (OMS, 2013).

De acordo com os desfechos primários aqui explorados, a primeira característica foi a intensidade da dor. A maioria dos trabalhos utilizou a Escala Visual Analógica (EVA), por ser uma escala validada muito utilizada por retratar a subjetividade da dor do paciente. Os trabalhos que citaram a intensidade da dor como desfecho foram o de Mendes *et al.* (2014) com a massagem clássica, Chatchawan *et al.* (2014) com a massagem tradicional tailandesa, Moraska *et al.* (2015) com a massagem miofascial focada em pontos-gatilhos, Ferragut-Garcías *et al.* (2016) com técnicas de tecidos moles, Chaibi *et al.* (2016) e (2017) com o método Gonstead (terapia manipulativa), Jafari *et al.* (2017) com a compressão isquêmica do ECOM, Georgoudis *et al.* (2017) com acupuntura e alongamentos e Kamali *et al.* (2018) com a massagem com fricção em pontos-gatilho. Estes trabalhos obtiveram sucesso na redução da intensidade da dor no grupo experimental, conforme exposto na tabela 3.

Os autores que utilizaram técnicas de massagem, de tecidos moles, compressão isquêmicas e acupuntura explicaram que os possíveis mecanismos que modularam a intensidade da dor foram a diminuição das tensões musculares, melhora na circulação sanguínea e promoção de uma melhor oxigenação muscular, liberação hormonal, excreção de metabólitos e ativação de mecanismos centrais da analgesia. Nesse mesmo aspecto, os autores que utilizaram de terapias manipulativas, apresentaram como possíveis mecanismos a estimulação de sistemas inibitórios neurais em diferentes níveis da medula espinhal, o que sugere que as várias técnicas podem influir positivamente na melhora da intensidade da dor.

O segundo desfecho abordado foi a frequência das dores de cabeça. Os autores que abordaram este desfecho foram Espí-lopez *et al.* (2014) com a combinação da técnica de inibição suboccipital dos tecidos moles e da manipulação atlas-eixo, Chatchawan *et al.* (2014) com a massagem tailandesa, Moraska *et al.* (2015) com a massagem miofascial focada em pontos-gatilho, Bevilaqua-Gossi *et al.* (2016) com mobilização e tração cervical, Espí-lopez *et al.* (2016) com a combinação da técnica de inibição suboccipital dos tecidos moles e da manipulação atlas-eixo, Ferragut-Garcías *et al.* (2016) com técnicas de tecidos moles, Chaibi *et al.* (2016) e (2017) com método Gonstead (terapia manipulativa), Jafari *et al.* (2017) com compressão isquêmica do ECOM, Kamali *et al.* (2018) com massagem e fricção dos pontos gatilhos.

Alguns destes estudos utilizaram tanto a intensidade como a frequência como desfecho e já foram explicados anteriormente. Bevilaqua-gossi *et al.* (2016), fazendo uso da mobilização e da tração cervical, explicou que o mecanismo de modulação da dor foi através da redução na hipersensibilidade craniocervical. Espí-lopez *et al.* (2016), por sua vez, ao utilizar a técnica de inibição suboccipital e da manipulação atlas-eixo corroborou com os outros autores na modulação da dor, pois citou melhora na vascularização, na circulação sanguínea e, conseqüentemente, na oxigenação muscular. Todos os estudos, apesar da variabilidade, obtiveram resultados positivos e satisfatórios na diminuição da frequência da cefaleia nos grupos experimentais.

O terceiro ponto abordado foi a diminuição da duração das dores ou ainda das crises da cefaleia. Poucos estudos falaram sobre essa temática, porém, tem que ser dada a devida importância, uma vez que as crises podem durar horas e, até mesmo, dias e isto ocasiona um impacto negativo na vida e na funcionalidade do portador. Com isso, o estudo de Ferragut-Garcías *et al.* (2016) com técnicas de tecidos moles, Arnadottir e Sigurdardottir (2017) com a terapia craniossacral de Upledger e Kamali *et al.* (2018) com a massagem e fricção de pontos-gatilho foram os únicos estudos que abordaram este ponto e obtiveram resultados satisfatórios e bastante positivos na sua diminuição. O estudo de Moraska *et al.* (2015) com a massagem miofascial focada em pontos gatilhos não obteve resultados significativos quanto a diminuição da duração das crises. Arnadottir e sigurdardottir (2017) não explicaram o mecanismo que levou a modulação da dor, mas os demais abordaram melhora na circulação sanguínea, na oxigenação e na inibição do sistema nervoso central e ainda liberação hormonal e excreção de metabólitos.

Uma vez que este trabalho englobou tanto a cefaleia primária como a secundária, é pertinente discutir as técnicas de terapia manual que obtiveram melhores respostas de acordo com esta classificação. Analisando os desfechos primários, algumas técnicas obtiveram resultados positivos no tratamento de cefaleias primárias. No que concerne à intensidade da dor, as melhores técnicas foram a de tecidos moles associada à mobilização neural (FERRAGUT-GARCÍAS *et al.*, 2016) e a acupuntura associada aos alongamentos (GEORGOUDIS *et al.*, 2017). Quanto à redução da frequência da dor, a técnica de tecidos moles associada à mobilização neural (FERRAGUT-GARCÍAS *et al.*, 2016) e a terapia manipulativa de quiropraxia (CHAIBI *et al.*, 2017) foram as mais indicadas. E no desfecho duração da dor, a terapia craniossacral de Upledger (ARNADOTTIR e SIGURDARDOTTIR, 2017) e a

técnica de tecidos moles associada a mobilização neural (FERRAGUT-GARCÍAS et al., 2016) foram eficientes. Quanto às cefaleias secundárias, as melhores técnicas foram a de compressão isquêmica do ECOM (JAFARI et al., 2017) para redução da intensidade e da frequência da dor.

Nenhuma das técnicas abordadas apresentaram resultados significativos para duração da dor. A técnica de tecidos moles associada á mobilização neural (FERRAGUT-GARCÍAS et al., 2016) ganha destaque em todos os desfechos das cefaleias primárias, o que seria o resultado ideal para todas as técnicas.

Como visto, as técnicas de terapia manual aplicadas nestes 16 trabalhos revisados foram variadas, mostrando o quão rico e vasto é o campo da arte de reabilitar com as mãos. Assim, este trabalho abre uma janela de oportunidades de tratamento não medicamentoso para redução das características da dor nos tipos de cefaleia primária e/ou secundária. Além deste ponto, como observado na Tabela 2, houve variabilidade na forma de execução dos protocolos terapêuticos: tempo de tratamento, duração das sessões e número de intervenções total e semanal. Por exemplo, o trabalho de Mendes *et al.* (2014) utilizou, ao todo, dez intervenções, com uma frequência semanal de dois dias e duração de 15 minutos.

Em contrapartida, o estudo de Jafari *et al.* (2017) teve apenas quatro intervenções no total, com uma frequência semanal de quatro dias e cinco minutos de sessão. Com isso, é notório que mesmo com a variabilidade de técnicas, protocolos e formas de aplicabilidades chegou-se a um resultado positivo e satisfatório na intensidade, frequência e duração da dor, mais uma vez evidenciando a subjetividade da dor e a especificidade de cada ser humano.

Como desfecho secundário foi analisada a qualidade de vida do indivíduo pós intervenção. Alguns estudos, além da contextualização ao longo do texto, também se beneficiaram de escalas validadas para a cefaleia, como a MIDAS (BEVILAQUA-GROSSI et al., 2016; TEIXEIRA e OKADA, 2018) a HIT-6 (MORASKA, et al., 2015; FERRAGUT-GARCÍAS et al., 2016; ARNADOTTIR e SIGURDARDOTTIR, 2017; e a HDI (LOPPEZ et al., 2014; CHATCHAWAN et al., 2014; MORASKA et al., 2015; ESPÍ-LÓPEZ et a., 2016) que analisam pontos que envolvem a vida cotidiana do portador. Entretanto, até os estudos que não utilizaram de escalas, apresentaram resultados positivos nesse quesito, pois quando se trata de dor, qualquer aspecto que possa ser melhorado, mesmo diante da subjetividade, influi direta e indiretamente na qualidade de vida do indivíduo.

Ao avaliar o impacto da dor sobre a saúde biopsicossocial do portador, as perguntas que podem ser elaboradas são as mais variadas possíveis. Por exemplo, na escala MIDAS, há a avaliação do impacto da dor sobre um período de três meses e abrange questões sobre perdas e/ou diminuição da qualidade de atividade laborais, de lazer e diárias. Com isso, o score final quantificava o impacto nessas questões do dia a dia do sujeito (FRAGOSO, 2002). A HIT-6 e a NDI, assim como a MIDAS, também utiliza perguntas que caracterizam a intensidade da dor e a repercussão nos hábitos diários, utilizando um score para analisar o quão acometedor é este quadro algico na vida do indivíduo (NELLES *et al.*, 2009). Foram utilizados outros instrumentos de avaliação próprios do estudo com perguntas pessoais e subjetivas sobre a dor e como o indivíduo reage a ela em seus hábitos diários, incluindo o grau de severidade e a reprodução na funcionalidade dos portadores.

A incapacidade funcional é a diminuição do funcionamento corporal, tendo repercussões diretas na saúde do indivíduo, incluindo o bem-estar físico e mental dos pacientes (LEONARDO *et al.*, 2006). Toda dor, em consequência da cefaleia, ocasiona um grau de incapacidade no paciente, que pode ser leve, moderada ou intensa, o que nos mostra a complexidade do que é lidar com as atividades rotineiras diante de um quadro algico ativo.

Corroborando com essa revisão, o estudo de Bastos *et al.* (2013) analisou a qualidade de vida dos portadores de cefaleia antes e depois a aplicabilidade das técnicas de terapia manual. Neste, constaram melhorias significativas na diminuição da dor e nas limitações por aspectos físicos ou gerais, questões emocionais e qualidade de vida dos indivíduos submetidos a massagem e pompage cervical. Esses resultados também apresentam evidências da boa relação da terapia manual no tratamento de cefaleia (BASTOS *et al.*, 2013).

Nesse contexto, todos os estudos abordados nesse trabalho, de forma direta ou indireta, relataram uma melhora da qualidade de vida do indivíduo, considerando-se os resultados satisfatórios de grupos experimentais e de alguns grupos controles/placebos na redução da dor, tanto na cefaleia do tipo primária como do tipo secundária. Em síntese, melhorando a proatividade do portador, as suas relações pessoais, o seu rendimento laboral, sua vida econômica e seu estado emocional. Os resultados positivos na vida do indivíduo comprovam que não há uma fórmula específica para a melhora dessa afecção, porém, o olhar multiprofissional e humanizado para cada paciente, respeitando a sua especificidade, torna o tratamento

positivo para melhora do quadro. Além disso, temos em mãos a CIF, que é um instrumento de classificação que propõe pontos a serem avaliados no contexto biopsicossocial, altamente precioso para esses pacientes (OMS,2013). A CIF, já citada acima, utiliza de tópicos não só funcionais/corporais, como também atividades laborais, questões ambientais nas quais o portador está inserido, atividades no trabalho, questões emocionais, sociais e dentre outros fatores, sendo um mecanismo que pode avaliar por completo a vida do paciente e é de grande importância para adquirir resultados satisfatórios.

Portanto, em resumo, os autores dos trabalhos aqui expostos buscaram, por meio das técnicas de terapia manual, a melhora clínica e funcional do indivíduo, seja nas características próprias da cefaleia: diminuição da frequência, intensidade, duração da dor, aumento do limiar de dor por pressão, seja por repercussões da dor no dia a dia do indivíduo: desempenho social, laboral, domiciliar, pessoal, entre outros.

Limitações do estudo

Este estudo possui algumas limitações tendo em vista inicialmente a grande variedade de técnicas de terapia manual que foram aplicadas, os protocolos de execução e a forma de analisar os desfechos.

A literatura científica apresenta várias escalas e instrumentos validados para avaliar a cefaleia, utilizando das mais diversas formas de surgimento da dor e, também, analisando as mais variadas repercussões na vida desses indivíduos. Assim, os trabalhos não apresentaram padronização quanto às escalas utilizadas. Cada autor respondeu aos desfechos dos benefícios da terapia manual para a cefaleia por um instrumento tido como melhor para a sua amostragem, técnica e disponibilidade.

Em síntese, os estudos apresentaram resultados quantitativos e qualitativos satisfatórios sobre a diminuição no quadro algico geral e melhora na qualidade de vida da amostra estudada. Entretanto, como nem todos utilizaram a mesma forma de avaliação e nem a mesma abordagem estatística para mensurar os resultados, este tornou-se um ponto de dificuldade para a extração dos desfechos aqui apresentados, bem como para a padronização da revisão integrativa.

Apesar dessas limitações, esta revisão integrativa serviu para mostrar a sensibilidade que os terapeutas manuais têm que ter com os portadores de cefaleia, tendo em vista a complexidade de se entender a dor, em suas características físicas

e no seu impacto emocional, social e de atividade e participação. Além disso, incluir o quanto a carga psíquica e a subjetividade interferem diretamente nesse quadro de dor, apresentando também uma proposta de atendimento multiprofissional para esses indivíduos. Além disso, essa revisão abordou diversas técnicas manuais importantes no âmbito da fisioterapia e que apresentaram resultados satisfatórios no quesito diminuição das características da dor e na melhora da qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa revisão integrativa foi possível concluir que a cefaleia, independentemente do tipo, cursa com quadro algico que pode ser incapacitante na vida do indivíduo, tendo repercussões físicas e psicológicas e que influencia diretamente na qualidade de vida dos portadores. Além disso, foi notório o quanto os artigos utilizados reforçaram a caracterização subjetiva da dor, tendo em vista que os fatores psicológicos e emocionais foram citados e bem explorados por eles.

Portanto, com a análise criteriosa dos 16 estudos publicados nos últimos seis anos, pode-se indicar que as técnicas de terapia manual, na mais variadas formas e protocolos de execução, obtiveram bons resultados no que diz respeito à diminuição do quadro algico em um ou nos dois desfechos utilizados nesta revisão. As técnicas de terapia manual expostas nessa revisão foram capazes de promover a modulação da dor, diminuindo a incapacidade e favorecendo a funcionalidade dos portadores. Ademais, é importante citar que as técnicas terapêuticas utilizadas no grupo controle também obtiveram resultados satisfatórios, porém, em valores menores quando comparados aos dos grupos experimentais, o que caracteriza a importância do cuidar em saúde.

Para mais, torna-se relevante para conclusão do trabalho expor que um dos estudos obteve resultados significativos em todos os desfechos apresentados, que foi o caso do estudo de Ferragut-Garcías *et al.* (2016). Este trabalho tratou portadores de cefaleia primária com a aplicação das técnicas de tecidos moles e mobilização, sendo preconizado o resultado ideal para todos os estudos que trabalhem no manejo da cefaleia com terapia manual.

Por fim, foi possível denotar a relevância de estudos nessa área, tendo em vista a complexidade da patologia e tudo o que a envolve, bem como, a ideia de sugerir estudos que mostrem o atendimento multiprofissional nesses portadores, pois

poderiam ter melhorias significativas no bem-estar dos indivíduos. Outrossim, torna-se necessário o aprimoramento dos trabalhos com uma visão geral do indivíduo e, também, uma padronização no que concerne à qualidade metodológica, a fim de evidenciar essas melhorias de forma mais concreta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, R. S. *et al.* Effects of manual therapy on cervicogenic headaches: a therapeutic approach. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.53-57, 2014. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBiUSP.
- ANDLIN-SOBOCKI, P.; JONSSON, B.; WITTCHEN, H. U.; OLESEN J. Cost of disorders of the brain in **Europe**. **Eur J Neurol** 2005; 12(Suppl 1):1–27
- ARNADOTTIR, T. S.; SIGURDARDOTTIR, A. K.. Is craniosacral therapy effective for migraine? Tested with HIT-6 Questionnaire. **Complementary Therapies In Clinical Practice**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 11-14, fev. 2013. Elsevier BV.
- BASTOS, A. F. C. *et al.* Intervenção fisioterapêutica na melhoria da qualidade de vida de paciente portador de cefaleia do tipo tensional crônica. **Revista Amazônia**, Rio de Janeiro, p. 25-31, 2013.
- BEN, S. J *et al.* Resumo Clínico - cefaleias. **Telessaúde RS**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. 2016.
- BEVILAQUA-GROSSI, D. *et al.* Additional Effects of a Physical Therapy Protocol on Headache Frequency, Pressure Pain Threshold, and Improvement Perception in Patients With Migraine and Associated Neck Pain: A Randomized Controlled Trial. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [s.l.], v. 97, n. 6, p.866-874, jun. 2016. Elsevier BV.
- CARVALHO, D. S. Síndrome da Cefaléia Cervicogênica. **Revista Neurociências** 9 (2): 57-59. 2001.
- CARVALHO, D. S. ([s.l.]). Una-sus. **Fundamentação Teórica: Cefaleia**. In: ESPECIALIZAÇÃO em Saúde da Família: Modalidade a distância. [s.l.]: Una-sus, 2011. Cap. 3. p. 1-10.
- CEFALEIA NA MULHER. **Sociedade Brasileira de Cefaleia**, Brasil, p. [s.l.], 03 jun. 2016.
- COSTA, L. S.; RIBEIRO, S. G. S. **Terapias Manuais Em Casos De Cefaléia Tensional: Uma Revisão Bibliográfica**. 2016. 18 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Centro Universitário São Lucas, Universidade de São Lucas, Porto Velho, 2016.
- CHAIBI, A. *et al.* Chiropractic spinal manipulative therapy for cervicogenic headache: a single-blinded, placebo, randomized controlled trial. **Bmc Research Notes**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-8, 24 jul. 2017. Springer Science and Business Media LLC
- CHAIBI, A. *et al.* Chiropractic spinal manipulative therapy for migraine: a three-armed, single-blinded, placebo, randomized controlled trial. **European Journal Of Neurology**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.143-153, 2 out. 2016. Wiley.

CHATCHAWAN, U. *et al*; Effects of Thai Traditional Massage on Pressure Pain Threshold and Headache Intensity in Patients with Chronic Tension-Type and Migraine Headaches. **The Journal Of Alternative And Complementary Medicine**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.486-492, jun. 2014. Mary Ann Liebert Inc.

COSTA, L. S.; RIBEIRO, S. G. S. **Terapias Manuais Em Casos De Cefaléia Tensional: Uma Revisão Bibliográfica**. 2016. 18 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Centro Universitário São Lucas, Universidade de São Lucas, Porto Velho, 2016.

CULPI, M.; MARTINELL, A. B. M. C. Desativação de pontos-gatilho no tratamento da dor miofascial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 13, n. 40, p. 1-9, 9 dez. 2018. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

DUNNING, J. R. *et al*. Upper cervical and upper thoracic manipulation versus mobilization and exercise in patients with cervicogenic headache: a multi-center randomized clinical trial. **Bmc Musculoskeletal Disorders**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.1-12, 6 fev. 2016. Springer Science and Business Media LLC.

ESPÍ-LÓPEZ, G. V. *et al*. Efeito de técnicas manuais de terapia na incapacidade para dor de cabeça em pacientes com dor de cabeça tipo tensão. Teste controlado e aleatório. **Eur J Phys Rehabil Med.**, Espanha, p. 641-647, 30 abr. 2014.

ESPÍ-LÓPEZ, G. V. *et al*. Effect of Soft Tissue Techniques on Headache Impact, Disability, and Quality of Life in Migraine Sufferers: A Pilot Study. **The Journal Of Alternative And Complementary Medicine**, [s.l.], v. 24, n. 11, p.1099-1107, nov. 2016.

FERNANDES, D. V.; VIANA, F. S.; CARDOSO, J. P. Comparative study between manual therapy and TENS Burst in patients with tension-type cephalalgia. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.327-337, jun. 2015.

FERRAGUT-GARCÍAS, A. *et al*. Effectiveness of a Treatment Involving Soft Tissue Techniques and/or Neural Mobilization Techniques in the Management of Tension-Type Headache. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [s.l.], v. 98, n. 2, p.211-219, fev. 2017. Elsevier BV.

FRAGOSO, Y. D. MIDAS (Migraine Disability Assessment): a valuable tool for work-site identification of migraine in workers in Brazil. **Rev Paul Med.**, São Paulo, p. 118-121, 2002.

FREITAS, F. L.; FREITAS, T. G. Eventos agudos na atenção básica: cefaleias. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. **Departamento de Saúde Pública**. Florianópolis, SC. 2013.

FREITAG, F. *et al*. MIDAS as a healthcare utilization tool in the challenging patient. **Cephalalgia** 2000;20:365.

GEORGOUDIS, G. *et al.* The effect of myofascial release and microwave diathermy combined with acupuncture versus acupuncture therapy in tension-type headache patients: A pragmatic randomized controlled trial. **Physiotherapy Research International**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.1-8, 20 dez. 2017. Wiley.

HAAS, M. *et al.* Dose-response and efficacy of spinal manipulation for care of cervicogenic headache: a dual-center randomized controlled trial. **The Spine Journal**, [s.l.], v. 18, n. 10, p.1741-1754, out. 2018. Elsevier BV.

HOFFMANN, J.; TEODOROSKI, R. C. C. A Eficácia da Pompage, na coluna cervical, no tratamento da cefaléia do tipo tensional.

JACOBSON, G. P. *et al.* Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). **Neurology**. 1994;44:837-842.

JAFARI, M.; Bahrpeyma, F.; Togha, M. Effect of ischemic compression for cervicogenic headache and elastic behavior of active trigger point in the sternocleidomastoid muscle using ultrasound imaging. **Journal Of Bodywork And Movement Therapies**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.933-939, out. 2017.

KAMALI, F. *et al.* Dry needling versus friction massage to treat tension type headache: A randomized clinical trial. **Journal Of Bodywork And Movement Therapies**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.89-93, jan. 2019.

KAROLCZAK, A. P. B.; MORIMORO, T.; NASCIMENTO, R. D. Análise da mobilização articular da cervical em indivíduos com cefaleia do tipo tensão. **Revista Fisisenectus**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.16-25, 14 jun. 2019. Revista Fisisenectus.

KEELE, K. D. Pain sensitivity tests: the pressure algometer. *Lancet* 1954;1:636-639 o em 06 out. 2003.

KING, H. H. Manual Craniosacral Therapy May Reduce Symptoms of Migraine Headache. **The Journal Of The American Osteopathic Association**, [s.l.], v. 117, n. 1, p.59-59, 1 jan. 2017. American Osteopathic Association.

KOBZA, W.; LIZIS, P.; ZięBA, H. R. Effects of feet reflexology versus segmental massage in reducing pain and its intensity, frequency and duration of the attacks in females with migraine: a pilot study. **Journal Of Traditional Chinese Medicine**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.214-219, abr. 2017. Elsevier BV.

KOWACS, F. *et al.* **The International Classification of Headache Disorders**. 3. ed. São Paulo: Omnifarma, 2018. 78 p. Sociedade Brasileira de Cefaleia.

LEDERMAN, E. Fundamentos da terapia manual – fisiologia, neurologia e psicologia. São Paulo: **Manole**, 2001.

LEONARDO, M. *et al.* on behalf o the MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? **Lancet** 2006; 368:1219–1921

LIPTON, R. B.; SILBERSTEIN, S. D. The role of headache-related disability in migraine management: implications for headache treatment guidelines. **Neurology** 2001;56(Suppl 1):S35-42 14.

MAIANI, G.; SANAVIO, E. - Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill pain questionnaire. *Pain*, 1985;399-405.

MALO-URRIÉS, M. *et al.* Immediate Effects of Upper Cervical Translatory Mobilization on Cervical Mobility and Pressure Pain Threshold in Patients With Cervicogenic Headache: A Randomized Controlled Trial. **Journal Of Manipulative And Physiological Therapeutics**, [s.l.], v. 40, n. 9, p.649-658, nov. 2017. Elsevier BV.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [S.L.], v. 51, n. 4, p. 304-308, ago. 2011. Springer Science and Business Media LLC.

MENDES, M. R. P. *et al.* USO DA TERAPIA MANUAL E DO ALONGAMENTO EM INDIVÍDUOS COM CEFALÉIA TENSIONAL. **Linkania: Revista Científica, Mogi das Cruzes**, p. 102-159, abr. 2014.

MILDE-BUSCH, A. *et al.* **Associations of Diet and Lifestyle With Headache in High-School Students**: Results From a Cross-Sectional Study. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [s.l.], v. 50, n. 7, p.1104-1114, 7 jun. 2010. Wiley.

MONTEIRO, J. M. P. *et al.* RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALÉIA. **Sociedade Portuguesa de Neurologia**, Porto, p. 1-40, 2009.

MORAES, M. D. TIPOS DE REVISÃO DE LITERATURA. **Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos**, Botucatu, p. 1-9, 2015.

MORASKA, A. F. *et al.* Myofascial Trigger Point-focused Head and Neck Massage for Recurrent Tension-type Headache. **The Clinical Journal Of Pain**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 159-168, fev. 2015.

NELLES, G. *et al.* Prevention of episodic migraines with topiramate: results from a non-interventional study in a general practice setting. **J Headache Pain** 2009;11(1):33-44

NUNES, M. L.; MARRONE, A. C. H. organizadores. *Semiologia neurológica*. Porto Alegre: **EDIPUCRS**; 2002.

Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

PINTO, D. R. *et al.* Abordagem não-farmacológica na cefaleia do tipo tensional: efeitos da hidroterapia sobre a dor e a qualidade de vida. **Rev Bras Neurol.**, Diamantina, p.15-26, 2017.

PIOVESAN, E. J. *et al.* UTILIZAÇÃO DA ALGOMETRIA DE PRESSÃO NA DETERMINAÇÃO DOS LIMIARES DE PERCEPÇÃO DOLOROSA TRIGEMINAL EM VOLUNTÁRIOS SADIOS: um novo protocolo de estudos. **Arq Neuropsiquiatr**, Paraná, p. 92-96, 2001.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003.

QUEIROZ, L. P. *et al.* Um estudo epidemiológico nacional da cefaleia no Brasil. **Migrêneas cefaleias**. 2008;11(3):190-6.

RACHID, R. M.; PINHEIRO, L. T. M. A terapia osteopática manipulativa na cefaléia cervicogênica. **RBPS**. 2009;22(2):128-34.

RAHIM, A.; SEFFINGER, M. A. Myofascial Trigger Point Release Massage Therapy Relieves Tension-Type Headaches. **The Journal Of The American Osteopathic**.

SANVITO, W. L.; MONZILLO, P. H. Primary headaches: clinical and therapeutic aspects. **Medicina**, Ribeirão Preto, 30: 437-448, oct./dec. 1997.

SEDIGHI, A.; ANSARI, N. N.; NAGHDI, S. Comparison of acute effects of superficial and deep dry needling into trigger points of suboccipital and upper trapezius muscles in patients with cervicogenic headache. **Journal Of Bodywork And Movement Therapies**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.810-814, out. 2017.

SILVA, J. A. A. *et al.* Frequência dos tipos de cefaleias atendidos no pronto atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Migrêneas Cefaleias**. 2008;11(2):67-72.

SCHOONMAN, G. G. *et al.* Prevalence of Premonitory Symptoms in Migraine: A Questionnaire Study in 461 Patients. **Cephalalgia**, [s.l.], v. 26, n. 10, p.1209-1213, out. 2006.

SCHUTTINGA, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. **Quality of life in behavioral medicine** research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 31-42.

SPECIALI, J. G. **Cefaleias**. **Ciência e Cultura**, [s.l.], v. 63, n. 2, p.38-42, abr. 2011. FapUNIFESP.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. (2009). Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In O. Alves Neto, C. M. C. Costa, J. T. T. Siqueira, & M. J. Teixeira (Eds.). *Dor: princípios e prática* (pp. 27-56). Porto Alegre: **Artmed**.

TIPOS DE DOR DE CABEÇA. **Sociedade Brasileira de Cefaleia**. Brasil, p. [s.l.], 25 agos. 2014.

VERNON, H.; MIOR, S. (1991). O Índice de Incapacidade Pescoço: Um estudo de confiabilidade e validade. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, 14 (7), 409-415.

WANDERLEY, D. *et al.* Contract-relax technique compared to static stretching in treating migraine in women: A randomized pilot trial. **Journal Of Bodywork And Movement Therapies**, [s.l.], p.1-7, maio 2019. Elsevier BV.

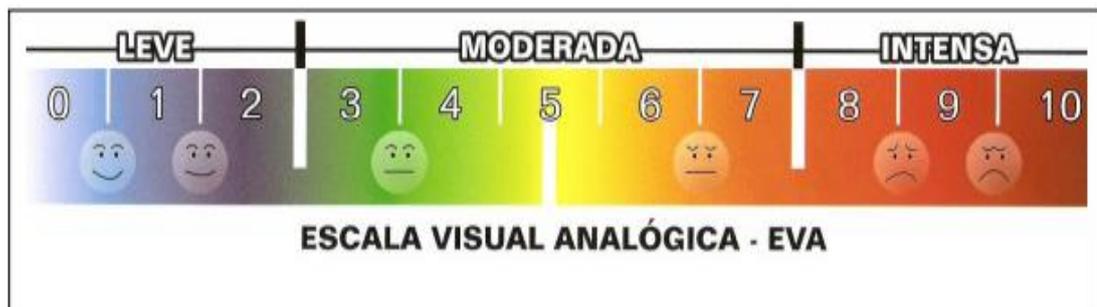
YARNITSKY, D. *et al.* Remote Electrical Neuromodulation (REN) Relieves Acute Migraine: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial. Headache: **The Journal of Head and Face Pain**, [s.l.], v. 59, n. 8, p.1240-1252, 9 maio 2019. Wiley.

ANEXOS**ANEXO A – ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)****ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA**

Nome: _____

Data: __/__/____.

A Escala Visual Analógica - EVA consiste em escora de aferição da intensidade de dor pelo paciente. Trata-se de uma linha reta, indicando em uma extremidade a marcação "sem dor" e, na outra, "pior dor possível". Para utilizar a EVA, o médico deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que 0 significa ausência total e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente.



Resultado: _____

ANEXO B – HEADACHE DISABILITY INVENTORY



Headache Disability Inventory

Name: _____

Date: _____

INSTRUCTIONS: Please CIRCLE the correct response:

1. I have headache: (1) 1 per month (2) more than 1 but less than 4 per month (3) more than one per week
2. My headache is: (1) mild (2) moderate (3) severe

Please read carefully: The purpose of the scale is to identify difficulties that you may be experiencing because of your headache. Please circle Y - YES, S - SOMETIMES, or N - NO to each item. Answer each question as it pertains to your headache only.

- Y S N E1. Because of my headaches I feel handicapped.
- Y S N F2. Because of my headaches I feel restricted in performing my routine daily activities.
- Y S N E3. No one understands the effect my headaches have on my life.
- Y S N F4. I restrict my recreational activities (eg, sports, hobbies) because of my headaches.
- Y S N E5. My headaches make me angry.
- Y S N E6. Sometimes I feel that I am going to lose control because of my headaches.
- Y S N F7. Because of my headaches I am less likely to socialize.
- Y S N E8. My spouse (significant other), or family and friends have no idea what I am going through because of my headaches.
- Y S N E9. My headaches are so bad that I feel that I am going to go insane.
- Y S N E10. My outlook on the world is affected by my headaches.
- Y S N E11. I am afraid to go outside when I feel that a headaches is starting.
- Y S N E12. I feel desperate because of my headaches.
- Y S N F13. I am concerned that I am paying penalties at work or at home because of my headaches.
- Y S N E14. My headaches place stress on my relationships with family or friends.
- Y S N F15. I avoid being around people when I have a headache.
- Y S N F16. I believe my headaches are making it difficult for me to achieve my goals in life.
- Y S N F17. I am unable to think clearly because of my headaches.
- Y S N F18. I get tense (eg, muscle tension) because of my headaches.
- Y S N F19. I do not enjoy social gatherings because of my headaches.
- Y S N E20. I feel irritable because of my headaches.
- Y S N F21. I avoid traveling because of my headaches.
- Y S N E22. My headaches make me feel confused.
- Y S N E23. My headaches make me feel frustrated.
- Y S N F24. I find it difficult to read because of my headaches.
- Y S N F25. I find it difficult to focus my attention away from my headaches and on other things.

Office Use:

Scoring - Yes 4; Sometimes 2; No 0

Total of E: _____ Total of F: _____ Grand Total: _____

ANEXO C – HEADACHE IMPACT TEST (HIT-6)



HIT-6™ Headache Impact Test

HIT is a tool used to measure the impact headaches have on your ability to function on the job, at school, at home and in social situations. Your score shows you the effect that headaches have on normal daily life and your ability to function. HIT was developed by an international team of headache experts from neurology and primary care medicine in collaboration with the psychometricians who developed the SF-36® health assessment tool. This questionnaire was designed to help you describe and communicate the way you feel and what you cannot do because of headaches.

To complete, please circle one answer for each question.

When you have headaches, how often is the pain severe?

never rarely sometimes very often always

How often do headaches limit your ability to do usual daily activities including household work, work, school, or social activities?

never rarely sometimes very often always

When you have a headache, how often do you wish you could lie down?

never rarely sometimes very often always

In the past 4 weeks, how often have you felt too tired to do work or daily activities because of your headaches?

never rarely sometimes very often always

In the past 4 weeks, how often have you felt fed up or irritated because of your headaches?

never rarely sometimes very often always

In the past 4 weeks, how often did headaches limit your ability to concentrate on work or daily activities?

never rarely sometimes very often always

+ + + +
 COLUMN 1 COLUMN 2 COLUMN 3 COLUMN 4 COLUMN 5
 6 points each 8 points each 10 points each 11 points each 13 points each

To score, add points for answers in each column.

If your HIT-6 is 50 or higher:

You should share your results with your doctor. Headaches that stop you from enjoying the important things in life, like family, work, school or social activities could be migraine.

TOTAL
SCORE

ANEXO D – QUESTIONÁRIO MIDAS

QUESTIONÁRIO MIDAS

As respostas às perguntas abaixo devem considerar todas as dores de cabeça nos últimos 3 meses.

PERGUNTAS	DIAS
Nos últimos 03 meses,	
1. Quantos dias você perdeu de trabalho ou estudo por causa de dores de cabeça?	
2. Quantos dias a sua produtividade no trabalho ou na escola reduziu-se pela metade ou menos da metade devido à dores de cabeça? (não incluir os dias que você perdeu e já contabilizou na pergunta anterior)	
3. Quantos dias você não realizou afazeres domésticos (arrumação da casa, compras e cuidados com as crianças) devido à dores de cabeça?	
4. Quantos dias sua produtividade nos afazeres domésticos reduziu-se pela metade ou menos da metade devido à dores de cabeça? (não inclua os dias que você perdeu e já contabilizou na pergunta anterior)	
5. Quantos dias você não pode participar de atividades sociais, familiares ou de lazer devido à dor de cabeça?	
TOTAL (itens 1 a 5)	
Quantos dias você teve de dor de cabeça nos últimos 3 meses? (Caso a dor de cabeça tenha durado mais de um dia, conte cada um dos dias que durou.)	
Numa escala de 0 a 10, em média, qual a intensidade de suas dores de cabeça? (onde 0 = nenhuma dor e 10 = a dor mais intensa)	

RESULTADO:

PONTOS	GRAU / INCAPACIDADE
0 a 5	GRAU I (Incapacidade mínima ou nenhuma)
6 a 10	GRAU II (Incapacidade leve)
11 a 20	GRAU III (Incapacidade moderada)
> 20	GRAU IV (Incapacidade severa)

ANEXO E – NECK DISABILITY INDEX

Índice de Incapacidade Relacionada ao Pescoço (Neck Disability Index)

Este questionário foi criado para dar informações ao seu doutor sobre como a sua dor no pescoço tem afetado a sua habilidade para fazer atividades diárias. Por favor responda a cada uma das perguntas e marque em cada seção apenas uma alternativa que melhor se aplique a você.

Seção 1 – Intensidade da dor

- Eu não tenho dor nesse momento.
- A dor é muito leve nesse momento.
- A dor é moderada nesse momento.
- A dor é razoavelmente grande nesse momento.
- A dor é muito grande nesse momento.
- A dor é a pior que se possa imaginar nesse momento.

Seção 2 – Cuidado pessoal (se lavar, se vestir, etc)

- Eu posso cuidar de mim mesmo(a) sem aumentar a dor.
- Eu posso cuidar de mim mesmo(a) normalmente, mas isso faz aumentar a dor.
- É doloroso ter que cuidar de mim mesmo e eu faço isso lentamente e com cuidado.
- Eu preciso de ajuda mas consigo fazer a maior parte do meu cuidado pessoal.
- Eu preciso de ajuda todos os dias na maioria dos aspectos relacionados a cuidar de mim mesmo(a)
- Eu não me visto, me lavo com dificuldade e fico na cama.

Seção 3 – Levantar coisas

- Eu posso levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- Eu posso levantar objetos pesados mas isso faz aumentar a dor.
- A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas eu consigo se eles tiverem colocados em uma boa posição, por exemplo em uma mesa.
- A dor me impede de levantar objetos pesados, mas eu consigo levantar objetos m peso entre leve e médio se eles estiverem colocados em uma boa posição.
- Eu posso levantar objetos muito leves.
- Eu não posso levantar nem carregar absolutamente nada.

Seção 4 – Leitura

- Eu posso ler tanto quanto eu queira sem dor no meu pescoço.
- Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.
- Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.
- Eu não posso ler tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.
- Eu mal posso ler por causa de uma grande dor no meu pescoço.
- Eu não posso ler nada.
- 7 Pergunta não se aplica por não saber ou não poder ler

Seção 5 – Dores de cabeça

- Eu não tenho nenhuma dor de cabeça.

- ☐ Eu tenho pequenas dores de cabeça com pouca frequência.
- ☐ Eu tenho dores de cabeça moderadas com pouca frequência.
- ☐ Eu tenho dores de cabeça moderadas muito frequentemente.
- ☐ Eu tenho dores de cabeça fortes frequentemente.
- ☐ Eu tenho dores de cabeça quase o tempo inteiro.

Seção 6 – Prestar Atenção

- ☐ Eu consigo prestar atenção quando eu quero sem dificuldade.
- ☐ Eu consigo prestar atenção quando eu quero com uma dificuldade leve.
- ☐ Eu tenho uma dificuldade moderada em prestar atenção quando eu quero.
- ☐ Eu tenho muita dificuldade em prestar atenção quando eu quero.
- ☐ Eu tenho muitíssima dificuldade em prestar atenção quando eu quero.
- ☐ Eu não consigo prestar atenção.

Seção 7 – Trabalho

- ☐ Eu posso trabalhar tanto quanto eu quiser.
- ☐ Eu só consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.
- ☐ Eu consigo fazer a maior parte do trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas não tudo.
- ☐ Eu não consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer.
- ☐ Eu mal consigo fazer qualquer tipo de trabalho.
- ☐ Eu não consigo fazer nenhum tipo de trabalho.

Seção 8 – Dirigir automóveis

- ☐ Eu posso dirigir meu carro sem nenhuma dor no pescoço.
- ☐ Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.
- ☐ Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.
- ☐ Eu não posso dirigir o meu carro tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.
- ☐ Eu mal posso dirigir por causa de uma dor forte no meu pescoço.
- ☐ Eu não posso dirigir meu carro de maneira nenhuma.
- ☐ Pergunta não se aplica por não saber dirigir ou não dirigir muitas vezes

Seção 9 – Dormir

- ☐ Eu não tenho problemas para dormir.
- ☐ Meu sono é um pouco perturbado (menos de uma hora sem conseguir dormir).
- ☐ Meu sono é levemente perturbado (1-2 horas sem conseguir dormir).
- ☐ Meu sono é moderadamente perturbado (2-3 horas sem conseguir dormir).
- ☐ Meu sono é muito perturbado (3-5 horas sem conseguir dormir).
- ☐ Meu sono é completamente perturbado (1-2 horas sem sono).

Seção 10 – Diversão

- ☐ Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão sem nenhuma dor no pescoço.
- ☐ Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão com alguma dor no pescoço.
- ☐ Eu consigo fazer a maioria, mas não todas as minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- ☐ Eu consigo fazer poucas das minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- ☐ Eu mal consigo fazer quaisquer atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- ☐ Eu não consigo fazer nenhuma atividade de diversão.