

USO DA TERAPIA MANUAL E DO ALONGAMENTO EM INDIVÍDUOS COM CEFALEIA TENSIONAL

Marcia R. P. Mendes¹

Professora Mestre do curso de Fisioterapia da Universidade Braz Cubas (UBC)

Mogi das Cruzes, SP - Brasil.

Aline Nascimento Silva²

Jéssica Toledo Amaral³

Acadêmicas do curso de Fisioterapia pela Universidade Braz Cubas (UBC)

Mogi das Cruzes, SP - Brasil.

Resumo

A cefaleia é descrita como a dor de cabeça que mais prevalece em jovens trabalhadores, caracterizando-se como um importante problema de saúde pública, com forte impacto socioeconômico atingindo um grande número de pessoas em diferentes idades, com maior incidência em mulheres adultas e prevalência de 90% contra 67% dos homens. Esse grande número se deve ao estresse que somos submetidos diariamente. O método mais conhecido para sanar seus sintomas ainda é medicamentoso. Porém, na prática clínica do fisioterapeuta, algumas técnicas como alongamentos e massagens, aplicadas manualmente sobre tecidos musculares, ósseos, conjuntivos e nervosos, podem colaborar com a melhora do quadro. Nesse contexto nosso objetivo foi avaliar a eficácia dos alongamentos passivos e massagem clássica no alívio da cefaleia. Foram selecionados 8 pacientes, com idade entre 18 e 50 anos, com diagnóstico médico de cefaleia do tipo tensional, foram divididos em dois grupos, submetidos a um tratamento constituído por dez sessões, no primeiro grupo (G1) realizou-se sessões de alongamentos passivos e o segundo grupo (G2) massagem clássica. A análise da eficácia das técnicas foi feita através da escala visual analógica de dor aplicada ao paciente no

início e no final da terapia. Os resultados mostraram que a massagem clássica foi a que mais melhorou o quadro algico das amostras comparando aos alongamentos passivos, no entanto a porcentagem não apresentou grande diferença (9,1%).

Portanto, conclui-se que ambas as técnicas apresentam eficácia no tratamento da cefaleia do tipo tensional, sendo técnicas que podem ser utilizadas de forma preventiva.

Palavras - Chave: Cefaleia; Massagem; Alongamento.

Abstract

The cephalaea is described as a pain in the head which most prevails on young workers, characterized as an important public health problem with a strong socioeconomic impact, reaching a large number of people at different ages, with the highest incidence and prevalence in adult women 90% vs. 67% of men. This large number is due to the stress that we are submitted daily. The most known method to solve the symptoms is yet by medication. However in the clinical practice of the physiotherapist, some technics such as stretching and massage, applied manually on the muscle, bone conjunctive and nerves tissue can collaborate with the symptoms improvement. In this context our aim was evaluate the efficiency of the passive stretching and the classical massage to release the cephalaea. 8 patients were selected, ages from 18 to 50, medical diagnosis of tensional cephalaea type, they were divided in two groups, submitted to a treatment divided in 10 sections , in the first group (G1) was done sections of passive stretching and the second group (G2) classical massage. The analysis of the efficiency of the technics was done through the analog visual scale of pain, applied in the beginning and in the end of the therapy. The results shown that the classical massage shows the better results comparing to the passive stretching , however the percentage did not show a great difference (9,1%).

Therefore, it is concluded that both techniques have efficacy in the treatment of tension-type cephalgia, and that these techniques can be used preventively.

Keywords: Cephalgia, Massage, Stretching

Introdução

Cefaleia e cefalalgia são palavras de origem grega que significam dor de cabeça (TOPCZEWSK, 2002) e atinge grande parte da população, sendo de maior incidência em mulheres adultas com prevalência de 90% no sexo feminino e 67% no sexo masculino, esse grande número se deve ao estresse que somos submetidos diariamente.

A cefaleia pode ser dividida em dois grupos principais: as cefaleias primárias (por tensão) são aquelas que não têm uma causa estabelecida, mas comprometem a dinâmica de vida do indivíduo, seja nas atividades escolares, no trabalho, na vida social ou no lazer. As cefaleias secundárias (neurálgica) representam somente um sintoma relacionado a uma doença preexistente, como, por exemplo, uma virose (HOFFMANN; TEODOROSKI, 2003).

A cefaleia pode ser originada pelo comprometimento das estruturas sensíveis à dor, essas estruturas podem ser as intracranianas e as extracranianas (caixa óssea, musculatura, tecido subcutâneo, mucosas, pele), além de baixa quantidade de magnésio cerebral, anormalidades mitocondriais, disfunções relacionadas ao óxido nítrico e a existência de distúrbios nos canais de Cálcio (MACEDO., et al, 2007).

Além disso, nas doenças inflamatórias e infecciosas existem fatores que provocam a cefaleia, por comprometerem as estruturas intracranianas, como artérias, veias e meninges, dentre os quais destaca-se, tumores, edema cerebral, dilatação dos ventrículos cerebrais, com comprometimento das estruturas sensitivas, resultando em cefaleia.

O responsável pela inervação do conteúdo intracraniano é o primeiro ramo do nervo trigêmio, e na região da tenda do cerebelo a inervação é feita pelos ramos do segundo nervo cervical. Todos os tecidos fora do crânio são sensíveis à dor. Quando os terminais nervosos sensoriais nesses tecidos são irritados, enviam a dor para o crânio por meio de alguns nervos cranianos (V, VII, IX e X) e para os nervos cervicais superiores (C1, C2 e C3) (CASSAR, 2001)

A fisiopatologia da cefaleia do tipo tensional é complexa e pouco conhecida. Anteriormente acreditava-se ser decorrente de uma contratura exagerada, anormal, na musculatura da cabeça, pescoço, ombros, até a face, levando à isquemia muscular e liberação de substâncias algio gênicas que causariam a dor. Alguns autores acreditam que a contração sustentada dos músculos esqueléticos da cabeça e pescoço é a fonte primária de tal dor. Quando os tendões estão enrijecidos, mediante a uma situação de tensão e estresse, os mecanismos fisiológicos exigem maior aporte sanguíneo para suprir os músculos em contração, mas quando os músculos tensos não param de se contrair, a passagem de sangue para eles pode não ser suficiente, ocorrendo uma isquemia e conseqüentemente a dor. A contração muscular sustentada ou o suprimento nervoso podem provocar a liberação de substâncias nocivas, como a serotonina, bradicinina e prostaglandina, substâncias que aumentam a dor. Os fatores psicológicos agravariam ou precipitariam esse desequilíbrio (POLAZZO; MONTEIRO, 2009).

A classificação e os critérios diagnósticos foram desenvolvidos e publicados em 1988, revisados em 2004 pela Sociedade Internacional de Cefaleia - International Headache Society (IHS) são: ocorrências de pelo menos dez ataques anteriores de dor em menos de quinze dias dentro de um mês, com duração de 30 minutos a sete dias e com pelo menos dois dos seguintes aspectos: pressão ou aperto, intensidade leve a moderada, localização bilateral, não agravamento por atividade física rotineira Pinto.,et al, (2009), Mesquita; Mejia, (2010)

O principal tratamento para cefaleia é o medicamentoso, porém, várias técnicas, com finalidades terapêuticas, também são utilizadas, através da aplicação manual, sobre tecidos musculares, ósseos, conjuntivos e nervosos. A maior parte das técnicas de massagem aplicada na parte superior do ombro, pescoço, crânio e face podem induzir ao relaxamento e redução da ansiedade. Tem como objetivo favorecer reações fisiológicas, que equilibram e normalizam diversas doenças nos tecidos citados e suas manifestações dolorosas, proximais ou distais.

A fisioterapia é amplamente utilizada no tratamento da cefaleia do tipo tensional, mas as evidências científicas de quaisquer benefícios ou efeitos possíveis são bastante limitados pela falta estudos a cerca desse assunto (TORELLI., et al, 2004)

.Em um estudo realizado com 150 pacientes com diagnóstico de cefaleia tensional, submetidos a intervenção medicamentosa e manipulação, concluiu-se que as terapêuticas obtiveram resultados satisfatórios no alívio da cefaleia tensional, mas os efeitos benéficos com a fisioterapia perduraram por mais tempo e não houve efeitos colaterais como ocorreu com o tratamento farmacológico (BOLLINE., et al, 1995)

Os benefícios dos alongamentos são inúmeros entre eles manter os músculos flexíveis, prepara-nos para o movimento e ajudam-nos a realizar a transição diária da inatividade para a atividade vigorosa, sem tensões indevidas. São especialmente importantes para quem pratica atividades que promovem tensões e inflexibilidade. Alongamentos antes e depois da exercitação mantêm a flexibilidade e ajudam na prevenção de lesões comuns. Os alongamentos são fáceis, mas quando realizados de forma incorreta podem ser prejudicial(TOBIAS; SULLIVAN, 1998)

Já os benefícios da massagem possibilitam um bom efeito nas funções psicológicas e fisiológicas do indivíduo, aliviando os quadros algícos e tensões musculares apresentados pelo paciente, melhorando assim a sua flexibilidade e conseqüentemente promovendo o relaxamento corporal, além de uma sensação de bem-estar. As manobras utilizadas durante a aplicação da massagem clássica são:

Deslizamento Superficial também conhecido como Effleurage fornece ao terapeuta informações iniciais sobre a pele e os grupos musculares superficiais. O Deslizamento Profundo é uma manobra realizada lentamente sobre grandes áreas, a fim de impelir o conteúdo das veias e vasos linfáticos na direção do fluxo natural. O Amassamento também conhecido como Petrissage permite ao terapeuta identificar a rigidez ou hipotrofia local ou generalizada nos músculos, mediante o isolamento e a mobilização de estruturas específicas. A Fricção fornece ao terapeuta informações mais específicas e melhor localizadas acerca de certas estruturas do tecido conjuntivo, podendo se avaliar a complacência e a aderência (HUGO; THAÍS, 2006)

. Entretanto, na maioria dos casos em que há contraindicações, a massagem deve ser evitada apenas nos tecidos ou regiões afetados, cicatrizes recentes e/ou abertas, tumores malignos, trombose/ tromboflebite e ruptura muscular aguda. Na prática clínica dos fisioterapeutas é muito comum as com ocorrências de cefaleias associadas ou não a dores referidas na coluna (MORELLI; REBELATTO, 2007).

. São vários os relatos de pacientes que tiveram sua cervicalgia tratada e dizem não sentirem mais dores de cabeça.

Objetivo geral

Verificar a influência do alongamento e massagem clássica no alívio da cefaleia.

Objetivos Específicos

- Avaliar a melhora da dor por meio da Escala Visual Analógica (E.V.A)
- Comparar a eficácia das técnicas de alongamentos passivos e massagem clássica isoladamente nos grupos submetidos ao estudo.

Material e Método

No presente estudo participaram 8 indivíduos (7 mulheres e 1 homem). Teve como critério de inclusão pessoas de ambos os sexos, com idade entre 18 e 50 anos, com diagnóstico médico de cefaleia do tipo tensional. E teve como critérios de exclusão pessoas com idade superior a 50 anos, diagnóstico clínico de tumor maligno, portadores de sequelas e/ou doenças neurológicas, uso de medicação para dor e absenteísmo .

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). O estudo foi desenvolvido e aprovado de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Braz Cubas (UBC) sob o protocolo nº 006/14. Os indivíduos foram avaliados através da Ficha de Avaliação Fisioterapêutica e Exame Físico (Anexo II) (ACHKAR, 2005), Classificação e Diagnóstico de Cefaleia Tensional pela International Headache Society (IHS) (Anexo III)⁶. A Escala Visual Analógica (Anexo IV) (SCOPEL., et al, 2007) também foi aplicada e consiste na disposição horizontal de várias faces, sendo que a expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde à classificação “ Dor Máxima”.

Foi solicitado para que o paciente escolhesse uma face que correspondia à intensidade de sua dor no momento pré e pós tratamento.

Os pacientes foram selecionados por sorteio e distribuídos entre dois grupos: primeiro grupo (G1) foi aplicada a técnica de alongamentos passivos dos músculos da cintura escapular (escalenos, elevador da escápula, esternocleidomastóideo e trapézio superior); e o segundo grupo (G2) foi submetido a massagem clássica, que foi aplicada na musculatura posterior, lateral e anterior da região cervical(BASTO., et al, 2013).

Os alongamentos passivos, nos pacientes do G1, foram realizados em decúbito dorsal com membros superiores estendidos ao lado do corpo e inferiores flexionados (apoiados sobre uma cunha), com duração de 30 segundos e com 10 repetições cada um. 1) inicialmente foi feito o alongamento dos músculos escalenos: com o paciente posicionado com extensão axial, depois foi inclinada a coluna cervical para o lado oposto, e rodada na direção dos músculos retraídos. 2) Alongamento do músculo levantador da escápula: a cabeça foi rodada para o lado oposto a retração (olho para longe do lado retraído) e inclinada para frente até que sentia uma leve tração na face póstero-lateral do pescoço (no músculo levantador da escápula). 3) Alongamento do musculo esternocleidomastóideo foi feita a extensão, inclinação e rotação do pescoço para o lado oposto ao que se queria alongar, enquanto que, com a outra mão, o terapeuta realizava a fixação (no esterno). 4) Alongamento do músculo trapézio superior, terapeuta sentado à cabeceira do paciente, com a mão oposta ao trapézio superior a ser tratado, foi prendida a base do crânio, a outra mão apoiada sobre o ombro correspondente ao músculo a ser tratado. O tensionamento era obtido pelo afastamento das duas mãos Achkar (2005), Kisner; Colby (2005).

Na massagem clássica, realizada nos voluntários do G2, os pacientes foram posicionados em decúbito ventral sobre uma maca, com vestimenta adequada para que o terapeuta pudesse manipular. Primeiramente, a mesma foi aplicada na musculatura posterior e lateral da região cervical e após na região anterior, o paciente foi posicionado em decúbito dorsal com membros inferiores flexionados (apoiados sobre uma cunha) e os membros superiores estendidos ao lado do corpo. A técnica foi realizada na seguinte ordem: 1) deslizamento superficial movimento unidirecional - região palmar de ½ mão, pressão, firme de pouca intensidade; 2) deslizamento profundo- lento e pressão; 3) pétrissage- amassamento (pressão e liberação circular); 4) fricções com os polegares e com quatro dedos - movimentos breves, localizados e profundamente penetrantes realizados em uma direção circular ou transversal; 5) deslizamento superficial (ABAD., et al, 2010).

. As aplicações das terapias ocorreram num período de dez sessões, com frequência de duas vezes na semana, com quinze minutos de duração, na Clínica de Fisioterapia da Universidade Braz Cubas, sob supervisão do professor responsável.

Resultados

Os resultados na Tabela 1 mostraram que a média inicial da avaliação de dor, no grupo que recebeu os alongamentos passivos (G1), variou de 1,5 a 4,6 e no grupo que recebeu a massagem clássica (G2) foi de 2,3 a 4,7.

Voluntários	Média Inicial	
	Inicial Alongamento	Inicial Massagem
1 ^a	1,5	2,3
2 ^a	4,6	4,4
3 ^a	4,6	3,2
4 ^a	1,9	4,7

Tabela 1: Média inicial da Escala Visual Analógica (EVA) dos voluntários submetidos aos alongamentos passivos e a massagem clássica.

Os resultados no gráfico 1 mostraram que a média inicial da avaliação de dor, pela EVA, no grupo que recebeu os alongamentos passivos (G1), com 4 voluntários, variou de 1,5 a 4,6 e no grupo que recebeu a massagem clássica (G2), com 4 voluntários, foi de 2,3 a 4,7.

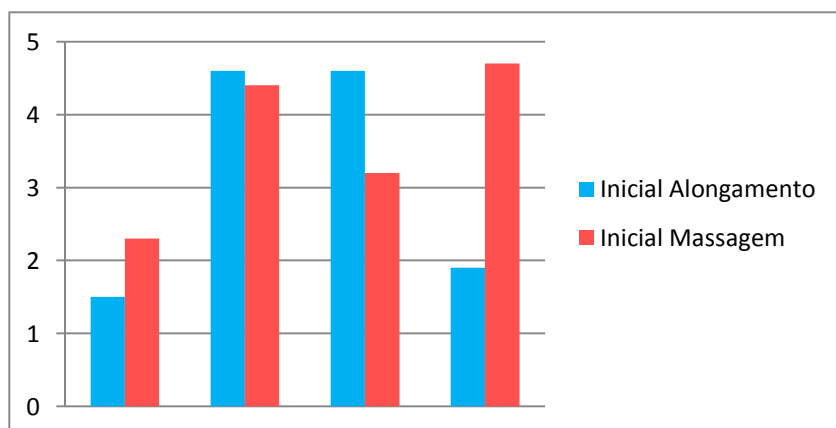


Gráfico 1: Variação e comparação entre as médias iniciais de dor

Já na Tabela 2 os resultados mostraram a média final da avaliação de dor sendo que o (G1), que recebeu os alongamentos passivos, teve uma média variada de 0,2 a 0,9 e a que recebeu a massagem clássica (G2) de 0,2 a 1,4.

Voluntários	Média Final	
	Final Alongamento	Final Massagem
1ª	0,2	0,2
2ª	0,4	1,4
3ª	0,9	0,3
4ª	0,3	1,1

Tabela 2: Média final da Escala Visual Analógica (EVA) dos alongamentos passivos e massagem clássica.

Já no gráfico 2 os resultados mostraram a média final da avaliação de dor, pela EVA, no G1 (que recebeu os alongamentos passivos) teve uma média variada de 0,2 a 0,9 e o que recebeu a massagem clássica (G2) de 0,2 a 1,4.

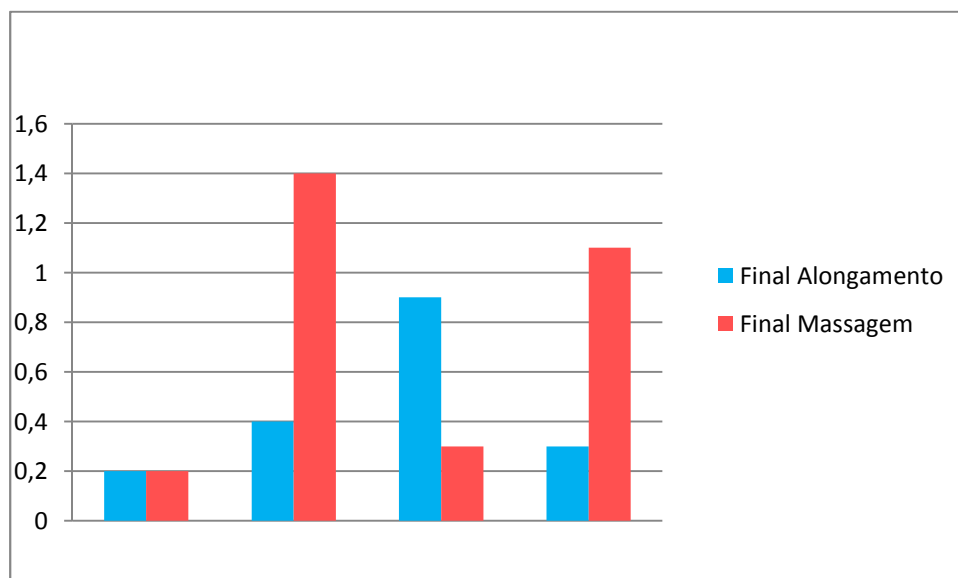


Gráfico 2: variação e comparação entre as médias finais de dor..

A Tabela 3 mostra a comparação do ganho percentual, com a variação de -0,6 a 1.

	Alongamento	Massagem
	Ganho percentual A/A	Ganho percentual A/A
Voluntários		
1ª	1	1
2ª	0,333333333	0,333333333
3ª	-0,6	1
4ª	1	0
	0,433333333	0,523809524

Massagem	Alongamento
43,3	52,4

Tabela 3: comparação do ganho percentual entre alongamentos passivos e massagem clássica

O gráfico 3 mostra a comparação entre o alongamento passivo e a massagem clássica no tratamento da cefaleia tensional.

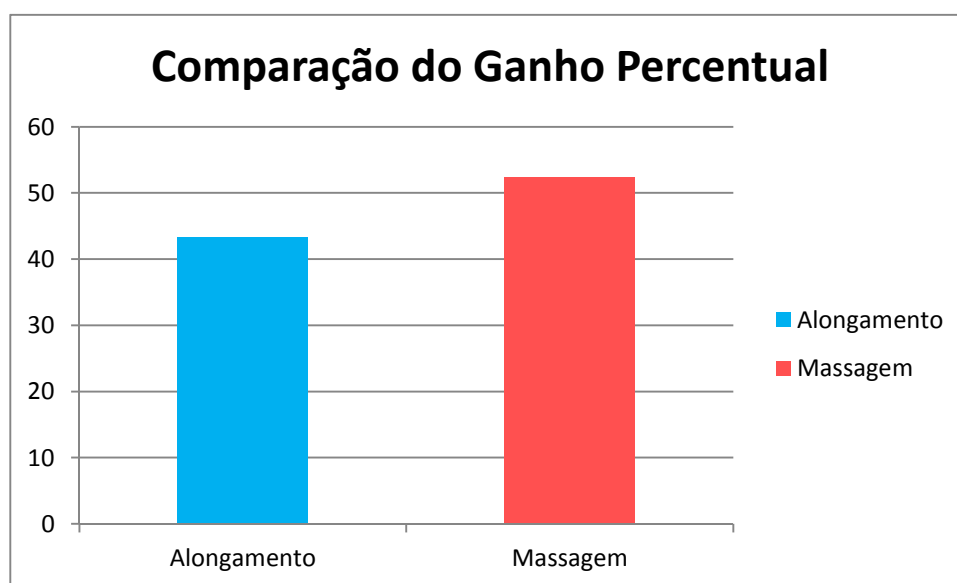


Gráfico 3: Diferença entre alongamentos passivos e massagem clássica

Discussão

A Cefaleia do tipo tensional é mais comum em mulheres do que em homens, em caucasianos, indivíduos de melhor nível educacional, tendo o pico de sua prevalência na quarta década de vida, com maior incidência geral entre os 20 e 50 anos de idade (RODRIGUES, 2001).

Segundo Oliveira (OLIVEIRA; SPECIALI, 2002) cerca de 96% dos indivíduos de uma população em geral experimentaram cefaleia, pelo menos, uma vez na vida. Essa prevalência acaba sendo maior em mulheres (99%) que em homens (93%) o pico de prevalência ocorre em mulheres entre os 25 a 34 anos de idade (31%). E a mais baixa prevalência é verificada em homens dos 55 aos 64 anos de idade (9%).

Bacheschi (BACHESCHI; NITRINI, 2003) afirma que o desencadeante principal são os fatores emocionais, sendo comum o aparecimento da cefaleia no decorrer de um dia de tensão acima do normal. São frequentes as cefaleias de fim de expediente, seja no trabalho ou na escola, pode ainda ser desencadeado por esforços físicos, ou por situações que exigem contração muscular prolongada como esforços visuais, dirigir veículos ou enfrentar outras situações de estresse. O presente trabalho foi composto por 87,5% de mulheres e 12,5 % de homens com idade média 27,3, a maior parte de etnia branca e com nível de ensino superior.

Com todos os avanços tecnológicos, ainda não há um exame complementar que se tenha o diagnóstico correto de cefaleia, a anamnese ainda prevalece como a principal ferramenta, contendo todos os sinais e sintomas do paciente.

As Cefaleias são dores referidas à superfície da cabeça a partir de estruturas profundas, no organismo humano, os músculos da cabeça e pescoço parecem ser relativamente suscetíveis ao desenvolvimento de contração muscular mantida, enquanto os músculos de outras partes do corpo, especialmente os músculos apendiculares, não parecem ser afetados de modo similar. Os músculos específicos

geralmente afetados nas cefaleias por contração muscular incluem os músculos frontal, occipital, temporal, masseteres, músculos cervicais profundos e os trapézios (HOFMANN; REZENDE, 2011).

O método mais utilizado para o alívio da cefaleia é o medicamentoso, porém existem outros recursos terapêuticos como: massagem, alongamento, pompage, acupuntura, entre outros.

No presente trabalho foram utilizadas duas dessas técnicas: os alongamentos passivos e a massagem clássica, ambos obtiveram importantes resultados diminuindo o quadro álgico na maioria da amostra. O alongamento muscular pode induzir relaxamento pela estimulação dos órgãos tendinosos de Golgi. Já a massagem tem a capacidade de gerar informações aferentes significativas mediante a estimulação direta dos mecanorreceptores, promovendo a liberação de opióides endógenos no local massageado, além de aumentar a circulação local e remover os metabólitos da dor (MORELLI; REBELATTO, 2007).

Bastos et al. (2013) observaram, em seus estudos, redução do quadro álgico do paciente, assim como melhora na qualidade de vida ao realizar a terapia manual em portador de cefaleia do tipo tensional.

Morelli e Rubens (2006) avaliaram 24 indivíduos (22 mulheres e 2 homens), os quais foram submetidos a questões referentes a intensidade, duração e interferência da terapia manual na dor (massagem, alongamento e mobilização vertebral), os resultados, após 10 sessões, mostraram efetividade no alívio da cefaleia e no aumento do limiar de dor. Através do protocolo pode perceber as variáveis do antes e após cada sessão de tratamento.

Já o estudo de Giona (2003) consistiu no tratamento de 8 pacientes portadores de cefaleia do tipo tensional, tratados durante oito sessões, com técnicas de relaxamento e alongamento da musculatura dorsal e cervical posterior. Os resultados foram benéficos, sendo que o grau de melhora variou da remissão completa do quadro de dor até redução da sua frequência de diária para duas vezes na semana.

Além disso, há o ensaio clínico controlado de Torelli et al.(2004) com 48 pacientes, sendo que estes foram randomizados em dois grupos: o primeiro grupo com 8 semanas de fisioterapia padronizada e o segundo com 4 semanas de observação, seguido de 8 semanas de fisioterapia padronizada. A intervenção fisioterápica consistiu em massagem inicial, técnicas básicas de relaxamento e alongamento suave em musculatura de ombro, pescoço e pericranial, sendo realizado diariamente. O resultado obtido em ambos os grupos foi a redução do número de dias com dor de cabeça. Quanto a gravidade, duração da dor de cabeça e o consumo de drogas não houve alteração. Os autores deste estudo concluíram que um programa de fisioterapia padronizado tem um bom efeito terapêutico, embora em um grupo restrito de pacientes.

Medeiros et al.(2012) ,através de uma revisão sistemática, identificaram 114 publicações, entre as quais por meio dos critérios de inclusão/ exclusão foram selecionados 5 artigos. As técnicas manuais são apenas sugeridas como tratamento da cefaleia tensional, mas não comprovadamente eficazes, e deve - se investigar em programas de atuação preventiva direcionada a atividade educativas e adoção de hábitos de vida saudáveis, buscando minimizar a administração indiscriminada de medicamentos no combate da cefaleia do tipo tensional e aumentar a adoção de terapias não medicamentosas. Sendo assim, o presente trabalho mostrou uma diferença importante entre os resultados obtidos com o grupo que recebeu os alongamentos passivos e o que recebeu massagem clássica, acreditando-se que o efeito relaxante da massagem já contribui para esta melhora, conforme mostrou o ganho percentual entre a massagem clássica e o alongamento.

Considerações Finais

A atuação da fisioterapia na cefaleia é de grande valia, levando em conta o alívio que é dado ao paciente com o uso de ambas as técnicas que foram utilizadas no presente estudo.

Verificou-se que a massagem clássica obteve um resultado melhor no quadro algico das amostras comparadas ao alongamento, no entanto a porcentagem não apresentou grande diferença (9,1%), mostrando que ambas as técnicas apresentam eficácia no tratamento da cefaleia do tipo tensional.

Além disso, podem ser utilizadas como método preventivo da cefaleia evitando o uso indiscriminado de medicamentos.

No entanto, novos estudos abordando a temática devem ser feitos com finalidade de comprovar a eficácia da massagem clássica e do alongamento.

Referências

ABAD, C.C. et al. Efeito da massagem clássica na percepção subjetiva de dor, edema, amplitude articular e força máxima após dor muscular tardia induzida pelo exercício. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. 16(1), 2010.

ACHKAR, C.B. **Proposta de fisioterapia manipulativa: alongamento e pompagem no tratamento da cefaleia tensional: relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Assis Gurgacz – FAG 2005.

BACHESCHI, L. A.; NITRINI, R. **A neurologia que todo médico deve saber**. Segunda Ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

BASTO, A.F.C et al. Intervenção fisioterapêutica na melhoria da qualidade de vida de pacientes portador de cefaleia do tipo tensional crônica. **Revista Amazônia**. 1(1), 2013, 25-31.

BOLLINE, P. D.; et al. Spinal manipulation VS amitriptyline for the treatment of chronic tension Tipy headaches: a randomized clinical trial. **Journal of manipulavel and physiological therapeutics**. 18, 1995, 148-154.

CASSAR, P M. – **Manual de Massagem Terapêutica**. São Paulo: Manole, 2001.

GIONA. P . **Abordagem fisioterapêutica nas cefaleias tensionais através da terapia manual: série de casos**. Monografia - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2003.

HOFFMANN, J.; TEODOROSKI, R. C.C . A eficácia da pompage na coluna cervical, no tratamento da cefaleia do tipo tensional – **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2(2), 2003, 56-60.

HOFMANN, C. F.; REZENDE, M. A. A. Uso da Técnica de Energia Muscular em mulheres com cervicalgia. **Fisioterapia Brasil** Editora Atlântica. 12(4), 2011, 255 - 260.

HUGO, S.P.;THAÍS, B.A.W. Análise das alterações fisiológicas provenientes da massagem clássica em função do tempo de aplicação. **Revista PIBIC**. 3(2), 2006, 59-72.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. **Exercícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas**. Quinta Ed. São Paulo: Manole, 2005.

MACEDO, C. S. G.; et al. Eficácia da terapia manual craniana em mulheres com cefaleia, **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. 14(2), 2007, 14-20.

MEDEIROS, A. A.; et al . A eficácia da fisioterapia manual na cefaleia tensional: uma revisão sistemática. **Terapia Manual**. 10(47), 2012, 100-104.

MESQUITA, C. A; MEJIA, D. P. M. O efeito da terapia manual e mulheres com cefaleia tensional. **Tese de Pós – Graduação, Faculdade Ávila**, 2010.

MORELLI, J.G.S. REBELATTO, JR. A eficácia da terapia manual em indivíduos cefaleicos portadores e não-portadores de degeneração cervical: análise de seis casos– **Revista Brasileira de Fisioterapia**.11(4), 2007, 325-329.

MORELLI, J.G.S.; RUBENS, R.J. A efetividade de um protocolo fisioterapêutico de terapia manual para o alívio da dor de pacientes com cefaleia tensional e alterações da coluna cervical. **Fisioterapia Brasil**. 7(4), 2006, 312-316.

OLIVEIRA, M.F; SPECIALI, J.G. Cefaleia Crônica Diária: Conceitos e Tratamentos. **Medicina, Ribeirão Preto**, 35, 2002, 455-463.

PINTO, M. E. B.et al. **Diagnóstico e tratamento das cefaleia em adultos na atenção primária a saúde**. Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2009, 6-7

POLAZZO, E.; MONTEIRO, L. Estudo sobre analogia existente entre a cefaleia tensional, pontos – gatilhos na musculatura cervical e má postura em ambiente laboral estático. **Tese de Pós – Graduação, Faculdade Ávila- SP**, 2009.

RODRIGUES, J. Cefaleia tipo tensional: tratamento com acupuntura. **Saúde Total**. 2001.

SCOPEL, E. et al. Medidas de Avaliação da dor – **Revista Digital – Buenos Aires**. 11(105), 2007.

TOBIAS, M; SULLIVAN, P.J. **O Livro do Alongamento Completo**. São Paulo: Manole, 1998.

TOPCZEWSKI, A. **Cefaleia na Infância e adolescência**. São Paulo: Manole, 2002

TORELLI, P.; JESEN, R.; OLEZEN, J. Physiotherapy for tension – Tipe headache: a controlled Study. **Cephalalgia**. v. 24, 2004, 29 – 36.

ANEXO I

– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

USO DA TERAPIA MANUAL E DO ALONGAMENTO EM INDIVÍDUOS COM CEFALEIA TENSIONAL

Euidade.....

Número do RG.....

Endereço completo.....

Telefone(DDD):.....email:.....

Dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob-responsabilidade das pesquisador Aline Nascimento Silva e Jéssica Toledo Amaral e do Pesquisador/Orientador Marcia Regina Pinez Mendes, membros do Curso de Fisioterapia. Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é verificar a influência do alongamento e da massagem clássica no alívio da cefaleia.
2. O presente estudo terá dois grupos: no primeiro grupo será aplicada a técnica de alongamentos dos músculos da cintura escapular: esternocleidomastóideo, trapézio, escalenos, elevador da escápula, e no segundo grupo a massagem clássica, que será realizada na musculatura posterior, lateral da região cervical e na região anterior. Os atendimentos ocorrerão na Clínica de Fisioterapia da Universidade Brás Cubas, com três sessões semanais de 30 minutos, no total de dez sessões
3. Estou ciente de que há risco mínimo de piora do quadro de dor, caso eu esteja em fase inflamatória aguda. Por esse motivo serei avaliado para identificar essa característica.
4. Minha participação neste estudo provavelmente trará benefícios quanto a diminuição da dor e do uso de medicamentos;
5. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa ;

6. Estou livre para interromper a qualquer momento a minha participação na pesquisa;

7. A interrupção da minha participação não causará prejuízo ao meu eventual atendimento, cuidado e tratamento pela equipe responsável;

8. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais, obtidos através da pesquisa, serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

9. Caso surja alguma intercorrência, deverei procurar o (a) responsável pela pesquisa;

10. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Braz Cubas para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa ou ensaio clínico através do telefone (11) 4791- 8182, com a Dr^a Niube Ruggero;

11. Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Prof^a: Marcia Regina Pinez Mendes, sempre que julgar necessário pelo telefone: (11) 4791-8008

12. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Mogi das Cruzes, __/__/__

Nome completo e assinatura do **Voluntário ou do Responsável Legal**

ANEXO II

- Ficha de Avaliação Fisioterapêutica e Exame Físico



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA			
Iniciais:	Data da Avaliação: ___/___/___		
Data de nascimento:	-----/-----/-----		
Sexo:	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Profissão:
Fone:			
ANAMNESE:			
Tempo de queixa:			
Modo de instalação:			

Duração da dor:	
Localização:	
Manifestações associadas:	
Fatores de piora:	
Fatores de melhora:	
Fatores desencadeantes:	
Patologias associadas:	
Uso de medicamento:	
História familiar:	
Hábitos de vida:	
Alimentação:	
Sono:	
Afeta o social?	
Exames complementares:	
Outros dados:	
EXAME FÍSICO:	
Palpação:	
Músculo trapézio:	
Músculo esternocleidomastóideo:	
Músculos suboccipitais:	
Músculos escalenos:	

ANEXO III

- Classificação e Diagnóstico de Cefaleia Tensional pela International Headache Society (IHS)

Diagnóstico cefaleia tensional:
A. Pelo menos 10 episódios acontecendo em menos de 1 dia/mês (menos de 12 dias/ano) e preenchendo critérios B-D;
B. Cefaleia durante 30 minutos a sete dias;
C. Pelo menos duas das seguintes características da dor: a. Localização bilateral b. Caráter de pressão ou aperto (não pulsátil) c. Intensidade média ou moderada d. Não se agrava com atividade física rotineira (caminhada, ciclismo, etc)
D. Ambos os itens seguintes: a. Ausência de náusea ou vômito (anorexia pode ocorrer) b. Fotofobia ou fonofobia, estão ausentes ou apenas um deles pode estar presente;
E. Não atribuível a outra patologia
Exames complementares:

Outros dados:

ANEXO IV

– Escala Visual Analógica - EVA

Escala Visual Analógica - EVA

Paciente classifica sua dor por meio de uma escala de cores

