



# A FISIOTERAPIA E AS CEFALÉIAS







## BREVE APRESENTAÇÃO

As cefaleias, conhecidas vulgarmente como dores de cabeça, são classificadas em dois grandes grupos – primárias e secundárias. Nas **cefaleias primárias**, as mais comuns, a dor surge sem nenhuma causa aparente conhecida. Nas **cefaleias secundárias** esta surge antes como um sintoma decorrente de uma doença ou condição de saúde. Estas são duas formas de manifestação da dor com bases bastante distintas, além dos vários sub-tipos que emergem dentro de cada uma.

Para obter mais informação acerca desta classificação das cefaleias, consulte: <https://migraportugal.pt/sobre-cefaleias/cefaleias/>

Todas estas condições têm especificidades e implicações distintas, sendo estas preponderantes para a decisão de quais as melhores opções de intervenção, o que implica, antes de mais, uma **boa avaliação**.

Importa realçar que **cada pessoa tem a sua experiência**, sendo ela única, e, por isso, muitas das características e necessidades decorrentes da cefaleia serão também bastante individuais.

Do ponto de vista da intervenção, existem atualmente várias estratégias, podendo estas ser divididas em **farmacológicas** e **não farmacológicas**.



A terapia farmacológica é habitualmente a mais utilizada, no entanto é recomendado que estratégias não farmacológicas sejam também incorporadas na intervenção.



A Fisioterapia, integrando maioritariamente estratégias não farmacológicas, pode ser um bom aliado na gestão/tratamento das cefaleias.



Dora Janela

Fisioterapeuta



A Fisioterapia tem demonstrado resultados não só diretamente na intensidade da dor, duração e frequência dos episódios de cefaleia, como também na qualidade de vida, incapacidade decorrente das cefaleias e na perceção global de melhoria.

## ENTÃO E PORQUÊ A FISIOTERAPIA NAS CEFALÉIAS?

### A FISIOTERAPIA TEM COMO ELEMENTO CENTRAL O MOVIMENTO.

É uma área científica a que corresponde uma profissão que procura desenvolver, manter e restaurar o máximo da capacidade funcional e do movimento, sempre que estes se encontrem afetados ou ameaçados por diversos motivos. Naturalmente, abrange também categorias não diretamente relacionadas com estes, mas que os influenciam de alguma forma. Assim, a Fisioterapia utiliza uma

ampla variedade de estratégias no âmbito das cefaleias, atuando a vários níveis, nomeadamente na prevenção e gestão de crises, na incapacidade resultante desta condição, no alívio de sintomas (não apenas restrito à dor) e na facilitação e empoderamento para a auto-gestão por parte da pessoa com cefaleia, fornecendo ferramentas que facilitam o seu controlo e que proporcionam uma melhor qualidade de vida.



## ALGUNS EXEMPLOS...

### INCAPACIDADE RELACIONADA COM O MOVIMENTO

Numa perspetiva geral, as cefaleias atualmente têm sido associadas a altos níveis de incapacidade no dia-a-dia das pessoas, resultando num impacto considerável nas suas vidas. De facto, as cefaleias ocupam o terceiro lugar no quadro das principais causas de incapacidade a nível mundial.

Além da incapacidade funcional, algumas pessoas reportam que o esforço/exercício físico é por vezes um fator desencadeante

para a ocorrência de uma crise de cefaleia. O dia-a-dia e a realização das tarefas que o constituem podem, assim, ser afetados pelo receio de resultar numa crise.

Além disso, este fator pode também ser uma barreira no combate ao comportamento sedentário e inatividade física, sendo este extremamente importante, na medida em que a adoção de um estilo de vida ativo está associada a uma melhor gestão das cefaleias.





A presença simultânea (mesmo que não diretamente relacionada) de sinais e/ou sintomas músculo-esqueléticos em pessoas com enxaqueca, como a dor no pescoço ou condições temporomandibulares, pode conduzir a um aumento da frequência de crises e a um agravamento destas.

## CEFALEIAS E SINAIS/SINTOMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS – ALGUMA RELAÇÃO?

As cefaleias raramente se apresentam como uma queixa isolada, estando muitas vezes presentes em conjunto com outros sinais e/ou sintomas, por exemplo, músculo-esqueléticos, sendo a dor no pescoço um sintoma bastante recorrente.

Estes sinais e/ou sintomas podem ser indicativos de condições músculo-esqueléticas que, por sua vez, poderão contribuir para a ocorrência de cefaleias ou, por outro lado, serem também eles uma consequência como parte de uma crise de cefaleia.

A título de exemplo, existe a cefaleia cervicogénica - na qual os estudos científicos indicam que os tecidos músculo-esqueléticos na cervical estão envolvidos na origem da cefaleia - e a cefaleia atribuída a perturbação da articulação temporomandibular - estando nesta envolvida a articulação da mandíbula com o crânio.

### UMA NOTA PARA OUTROS SINTOMAS PRESENTES COM A CEFALEIA

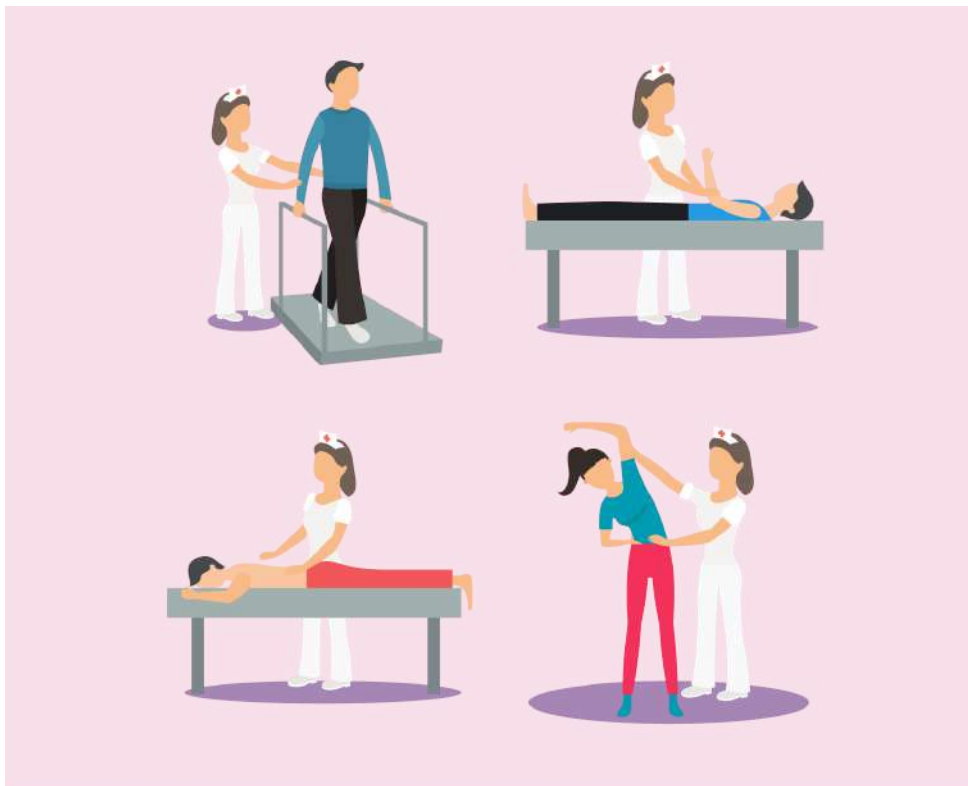
Muitos outros sintomas podem também acompanhar a cefaleia.

Mais exemplos destes são alterações do equilíbrio e sintomas vestibulares, tais como tonturas e vertigens. Estes com implicações também ao nível de potenciais quedas ou medo de cair.

Assim como as condições anteriormente mencionadas, podem ter um grande impacto na vida das pessoas, contribuindo para maior incapacidade, medo (e, por vezes, evitamento) ao movimento e agravamento da funcionalidade e qualidade de vida.

Todos estes exemplos aqui mencionados devem ser tidos em conta e incluídos na tomada de decisão da intervenção na cefaleia, para poderem ser aplicadas abordagens diferenciadas e especializadas.

A Fisioterapia procura cumprir com o seu objetivo de devolver e maximizar a funcionalidade e qualidade de vida das pessoas afetadas pelas cefaleias. Assume um papel importante na identificação destes sinais e sintomas, na determinação da relação que existe entre estes e a cefaleia e, posteriormente, na definição de objetivos e na implementação de uma abordagem interventiva adequada à pessoa neste âmbito.



## E O QUE POSSO ESPERAR DA FISIOTERAPIA?

Para aceder à Fisioterapia, é possível consultar um fisioterapeuta diretamente (visto este ser um profissional de saúde autónomo) ou por meio de outro profissional de saúde após referência.

Mediante uma ou outra via, a avaliação poderá ser mais meticulosa e com maior cuidado no despiste de outras condições de saúde que possam estar envolvidas na cefaleia e que necessitem de encaminhamento para outro profissional.

Aqui insere-se uma das etapas constituintes da avaliação – a identificação de red flags.

Assim, o fisioterapeuta irá ouvi-lo com o intuito de o conhecer a si e a sua experiência pessoal com a

cefaleia, as suas dificuldades, preocupações e outras questões que possam estar relacionadas com a sua condição. Esta "conversa" será focada em si, uma vez que é o principal conhecedor da sua condição, mas guiada pelo fisioterapeuta, a fim de recolher toda a informação importante.

Para completar esta avaliação, será também realizada uma avaliação 'física' com base no que foi relatado por si anteriormente e noutras informações da sua condição clínica. Finalizada a avaliação, serão então discutidos e definidos os objetivos, metas e as melhores estratégias de intervenção para o seu caso específico, adequadas às suas necessidades, prioridades e preferências.



### RED FLAGS...

são um conjunto de dados clínicos específicos, recolhidos essencialmente pela história clínica, que são indicativos de que é necessário uma avaliação mais aprofundada, a fim de despistar a presença de outras patologias, e, por isso, reencaminhamento para os profissionais adequados.



**A INTERVENÇÃO ASSENTA HABITUALMENTE NUMA ABORDAGEM MULTIMODAL, OU SEJA, INCLUI UM CONJUNTO DE DIVERSAS ESTRATÉGIAS QUE SE COMPLEMENTAM.**



## DESTACAMOS ALGUNS EXEMPLOS...

### EDUCAÇÃO E ACONSELHAMENTO

Embora não se pretenda "educar" propriamente quem procura o fisioterapeuta, esta componente diz respeito a **dotar a pessoa de maior conhecimento sobre a sua condição e de estratégias para a sua auto-gestão**, proporcionando uma oportunidade para expor as suas dúvidas e inquietações.

Algumas questões gerais que poderão ser abordadas: informação sobre a cefaleia e potenciais mecanismos envolvidos; informação acerca do prognóstico relativo à sua funcionalidade; identificação, auto-monitorização e gestão de potenciais fatores desencadeantes de crises;

importância, encorajamento e facilitação de estratégias para adotar um estilo de vida saudável; planeamento e estruturação de tarefas do dia-a-dia e de atividade/exercício físico; estratégias de auto-gestão enquadradas naquilo que é o seu dia-a-dia; ajuda na preparação de um plano de ação para crises; entre muitas outras.

Estes são apenas exemplos de alguns assuntos, podendo uns não ser incluídos e outros inseridos, visto que estes **devem ir de encontro às suas dúvidas e também ao que melhor se adequa à sua condição**.

### ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DE SINTOMAS

Inclui uma imensidão de estratégias que poderão resultar no alívio de sintomas – não apenas da dor, mas de outros que possam também acompanhar as cefaleias.

Podem complementar as estratégias farmacológicas e ajudar a atenuar uma crise ou agirem isoladamente ou mesmo nalgumas situações ajudar na fase premonitória e evitar o seu surgimento.

Atualmente, a evidência científica é controversa no que toca à superioridade de umas em relação a outras.

Sabemos que a resposta de cada pessoa a cada estratégia é altamente individual.

**o que resulta para uns, pode não resultar para outros.**

O fisioterapeuta poderá guiá-lo a encontrar a melhor opção para si.

Podemos dividir as várias estratégias entre passivas e ativas.



É importante envolver a pessoa ativamente no seu processo, dando-lhe a confiança e empoderamento necessários para "tomar as rédeas" da sua condição.

## ESTRATÉGIAS PASSIVAS



### Terapia manual

Técnicas de mobilização articular e de tecidos moles;  
Auto-massagem;  
Outras técnicas.



### Meios eletrofísicos

Calor;  
Frio;  
Eletroterapia;  
Outros meios.

## ESTRATÉGIAS ATIVAS



### Movimentos ativos



### Atividade física

Exercício físico;  
Outras atividades físicas.



### Exercícios de relaxamento e de respiração



No que toca à dor, de uma perspetiva geral, segundo a evidência científica mais atual, as estratégias ativas e que envolvem a participação da pessoa, têm demonstrado melhores resultados. No entanto, estas devem ser sempre ajustadas a si e à sua experiência com as cefaleias.





O mais importante de tudo é que sinta que a exposição ao movimento/exercício físico lhe está a permitir atingir os seus objetivos e manter-se consistente.

Lembre-se que para que os efeitos do exercício/movimento se mantenham, é necessário que os faça regularmente.

## EXPOSIÇÃO AO MOVIMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO

A implementação de abordagens que incorporam o movimento é uma componente fundamental quando estamos perante condições com limitações no movimento e capacidade funcional referente a atividades físicas do dia-a-dia. Além disso, também na prevenção e atenuação de episódios de cefaleia, o exercício físico tem demonstrado ser uma solução eficaz.

No entanto, mesmo esta componente não foge à regra. Mais uma vez, a sua prescrição deve ser ajustada para cada pessoa, tendo em conta os dados

recolhidos e discutidos com esta durante a avaliação.

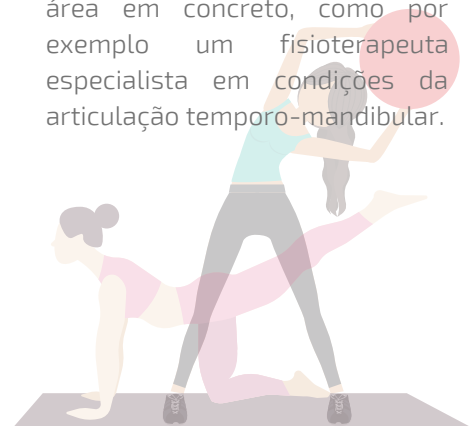
Dependendo disso, pode ser necessário um maior foco em movimentos/exercícios mais específicos e localizados ou, noutros casos, mais generalizados. Ainda assim, estes são sempre passíveis de serem modificáveis e adaptados perante obstáculos que possam surgir.

Assim, o fisioterapeuta irá ajudá-lo não só a descobrir um ponto de partida que se adeque a cada caso, como também estratégias que permitam a pessoa de se

auto-monitorizar, auto-gerir e que garantam a sua segurança.

### NOTA

É importante ressaltar que em determinados casos pode ser necessário consultar um fisioterapeuta especialista numa área em concreto, como por exemplo um fisioterapeuta especialista em condições da articulação temporomandibular.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Monteiro, José Pereira, Barros, J.R. Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª ed. Sinapse (2018) 18(2)
- Monteiro, J.M.P., Ribeiro, C.A F., Luzeiro, I. Maria dos S., Machado, M. Gabriela de A. S. F., Esperança, P. M. F. L. Recomendações Terapêuticas para Cefaleias, 2ª ed. Sinapse: Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia (2009) 9(2), 1-23
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J. (2010). EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - Report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*, 17:1318–25. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x
- Sarchielli P, Granella F, Prudeniano MP, Pini LA, Guidetti V, Bono G, et al. (2012). Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version. *The Journal of Headache and Pain*, 13:31–70. doi: 10.1007/s10194-012-0437-6
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFisio), 2020. O Perfil de Competências do Fisioterapeuta (consultado a 16 de março de 2021 no website da APFISIO: <http://www.apfisio.pt/o-perfil-de-competencias-do-fisioterapeuta/>)
- World Physiotherapy. What is physiotherapy? (consultado a 16 de março de 2021 no website da World Physiotherapy: <https://world.physio/resources/what-is-physiotherapy>)
- American Physical Therapy Association (APTA), 2015. Physical Therapist Practice and the Human Movement System (consultado a 16 de março de 2021 no website da APTA: <https://www.apta.org/MovementSystem/WhitePaper/>)
- Luedtke, K., Allers, A., Schulte, L. H., & May, A. (2015). Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine—systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*, 36(5), 474–492. <https://doi.org/10.1177/0333102415597889>
- Gaul, C., Visscher, C. M., Bhola, R., Sorbi, M. J., Galli, F., Rasmussen, A. V., & Jensen, R. (2011). Team players against headache: multidisciplinary treatment of primary headaches and medication overuse headache. *The Journal of Headache and Pain*, 12(5), 511–519. <https://doi.org/10.1007/s10194-011-0364-y>
- Gaul, C., Lieserling-Latta, E., Schäfer, B., Fritsche, G., & Holle, D. (2016). Integrated multidisciplinary care of headache disorders: A narrative review. *Cephalalgia*, 36(12), 1181–1191. <https://doi.org/10.1177/0333102415617413>
- Varatharajan, S., Ferguson, B., Chrobak, K., Shergill, Y., Côté, P., Wong, J. J., Mior, S. (2016). Are non-invasive interventions effective for the management of headaches associated with neck pain? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration. *European Spine Journal*, 25(7), 1971–1999. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4376-9>
- Racicki, S., Gerwin, S., DiClaudio, S., Reinmann, S., & Donaldson, M. (2013). Conservative physical therapy management for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 21(2), 113–124. <https://doi.org/10.1179/2042618612y.0000000025>
- Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. (2012). The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight project. *European Journal of Neurology*, 19:703–11. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... Acebedo, A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)
- Amin, F. M., Aristeidou, S., Baraldi, C., Czapinska-Ciepiela, E. K., Ariadni, D. D., Di Lenola, D., Linde, M. (2018). The association between migraine and physical exercise. *The Journal of Headache and Pain*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0902-y>
- Varkey E, Hagen K, Zwart JA, Linde M. (2008). Physical activity and headache: results from the Nord-Trøndelag health study (HUNT). *Cephalalgia*, 28:1292–1297. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01678.x
- Domingues RB, Teixeira AL, Domingues SA. (2011). Physical practice is associated with less functional disability in medical students with migraine. *Arq Neuropsiquiatr*, 69:39–43. doi: 10.1590/s0004-282x2011000100009
- Plesh O, Adams SH, Gansky SA. (2012). Self-reported comorbid pains in severe headaches or migraines in a US national sample. *Headache*. 52:946–56. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02155.x
- Landgraf MN, von Kries R, Heinen F, Langhagen T, Straube A, Albers L. (2016). Self-reported neck and shoulder pain in adolescents is associated with episodic and chronic migraine. *Cephalalgia*, 36:807–11. doi: 10.1177/0333102415610875

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashina S, Bendtsen L, Lyngberg AC, Lipton RB, Hajjiyeva N, Jensen R. (2015). Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: a population study. *Cephalalgia*, 35:211---219. doi: 10.1177/0333102414535110
- Lampl C, Rudolph M, Deligianni CI, Mitsikostas DD. (2015). Neck pain in episodic migraine: premonitory symptom or part of the attack?. *The Journal of Headache and Pain*, 16:80. doi: 10.1186/s10194-015-0566-9
- Calhoun AH, Ford S, Pruitt AP. (2011). Presence of neck pain may delay migraine treatment. *Postgrad Med*, 123:163---168. doi: 10.3810/pgm.2011.03.2274
- Bragatto MM, Bevilaqua-Grossi D, Benatto MT, et al. (2019). Is the presence of neck pain associated with more severe clinical presentation in patients with migraine? A cross-sectional study. *Cephalalgia*, 39(12):1500---1508. doi: 10.1177/0333102419854061
- Bevilaqua Grossi D, Lipton RB, Bigal ME. (2009). Temporomandibular disorders and migraine chronification. *Current Pain and Headache Reports*, 13:314---318. doi: 10.1007/s11916-009-0050-9
- Carvalho GF, Almeida CS, Florencio LL, et al. (2018). Do patients with migraine experience an increased prevalence of falls and fear of falling? A cross-sectional study. *Physiotherapy*, 104(4):424---429. doi: 10.1016/j.physio.2018.02.001
- Bisdorff A, Andree C, Vaillant M, Sandor PS. (2010). Headache-associated dizziness in a headache population: prevalence and impact. *Cephalalgia*, 30:815---820. doi: 10.1177/0333102409353617
- Carvalho GF, Vianna-Bell FH, Florencio LL, et al. (2018). Presence of vestibular symptoms and related disability in migraine with and without aura and chronic migraine. *Cephalalgia*, 39(1):29---37. doi: 10.1177/0333102418769948
- Luedtke, K., Allers, A., Schulte, L. H., & May, A. (2015). Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine—systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*, 36(5), 474–492. <https://doi.org/10.1177/0333102415597889>
- Varatharajan, S., Ferguson, B., Chrobak, K., Shergill, Y., Côté, P., Wong, J. J. Mior, S. (2016). Are non-invasive interventions effective for the management of headaches associated with neck pain? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIma) Collaboration. *European Spine Journal*, 25(7), 1971–1999. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4376-9>
- Racicki, S., Gerwin, S., DiClaudio, S., Reinmann, S., & Donaldson, M. (2013). Conservative physical therapy management for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 21(2), 113–124. <https://doi.org/10.1179/2042618612y.0000000025>
- Probyn, K., Bowers, H., Mistry, D., Caldwell, F., Underwood, M., Patel, S., ... Pincus, T. (2017). Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*, 7(8), e016670. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016670>
- Kindelan-Calvo, P., Gil-Martínez, A., Paris-Alemany, A., Pardo-Montero, J., Muñoz-García, D., Angulo-Díaz-Parreño, S., & La Touche, R. (2014). Effectiveness of Therapeutic Patient Education for Adults with Migraine. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Medicine*, 15(9), 1619–1636. <https://doi.org/10.1111/pme.12505>
- Hanssen, H., Minghetti, A., Magon, S., Rossmeissl, A., Rasenack, M., Papadopoulou, A., ... Donath, L. (2018). Effects of different endurance exercise modalities on migraine days and cerebrovascular health in episodic migraineurs: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 28(3), 1103–1112. <https://doi.org/10.1111/sms.13023>
- Krøll, L. S., Hammarlund, C. S., Linde, M., Gard, G., & Jensen, R. H. (2018). The effects of aerobic exercise for persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. A randomized, controlled, clinical trial. *Cephalalgia*, 38(12), 1805–1816. <https://doi.org/10.1177/0333102417752119>
- Whitney SL, Wrisley DM, Brown KE, Furman JM. (2000). Physical therapy for migraine-related vestibulopathy and vestibular dysfunction with history of migraine. *Laryngoscope*, 110:1528---1534. doi: 10.1097/00005537-200009000-00022
- Garrigós-Pedron, M., La Touche, R., Navarro-Desentre, P., Gracia-Naya, M., & Segura-Ortí, E. (2018). Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 32(2), 137–150. <https://doi.org/10.11607/ofph.1912>



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Espí-López, G. V., Arnal-Gómez, A., Arbós-Berenguer, T., López González, Á. A., & Vicente-Herrero, T. (2014). Effectiveness of Physical Therapy in Patients with Tension-type Headache: Literature Review. *Journal of the Japanese Physical Therapy Association*, 17(1), 31–38. [https://doi.org/10.1298/jjpta.vol17\\_005](https://doi.org/10.1298/jjpta.vol17_005)
- Chaibi, A., & Russell, M. B. (2014). Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *The Journal of Headache and Pain*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/1129-2377-15-67>
- Chaibi, A., & Russell, M. B. (2012). Manual therapies for cervicogenic headache: a systematic review. *The Journal of Headache and Pain*, 13(5), 351–359. <https://doi.org/10.1007/s10194-012-0436-7>