

# Fisioterapia nas cefaleias: atualidades e desafios no Brasil

## *Physiotherapy for headaches: current situation and challenges in Brazil*

DOI 10.5935/2595-0118.20220057-pt

Desde milênios antes de Cristo existem registros sobre a cefaleia, a qual já foi relacionada à magia ou à religião, até chegar ao conhecimento médico e científico<sup>1,2</sup>. Atualmente, a prevalência mundial das cefaleias ativas chega a 52%, representando uma queixa humana comum e quase universal ao longo da história<sup>3</sup>. Cefaleias, segundo a Classificação Internacional de Cefaleias (*International Classification of Headache Disorders*), correspondem a um grupo de distúrbios que acometem a região da cabeça, com mais de 200 tipos categorizados dessa condição, que podem pertencer a três grupos distintos: as cefaleias primárias, as secundárias e o grupo que inclui as neuropatias cranianas dolorosas, outras dores faciais e outras cefaleias<sup>4</sup>.

Na antiguidade, acreditava-se que as cefaleias eram ocasionadas por maus espíritos que tomavam conta dos corpos e, por isso, o tratamento utilizado inicialmente consistia em realizar trepanações nos crânios, a fim de que esses espíritos saíssem do corpo<sup>2</sup>. Com o advento da tecnologia e até mesmo da evolução humana, os tratamentos foram sendo adaptados. Nos dias atuais, as cefaleias dispõem de opções de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos<sup>4</sup>.

Opções farmacológicas envolvem diversas classes, cuja escolha depende do tipo de cefaleia, de sua apresentação clínica, da presença ou não de comorbidades, das preferências do indivíduo e da expertise do profissional que está acompanhando o paciente. Como opções não farmacológicas citadas em estudos, existem mudanças no estilo de vida, exercício físico, *mindfulness*, terapia cognitivo-comportamental e/ou outras intervenções psicoterapêuticas e modalidades fisioterapêuticas<sup>5-7</sup>. De forma geral, no tratamento das cefaleias, principalmente as crônicas, recomenda-se o envolvimento de equipes multiprofissionais (médicos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, profissionais da educação física, nutricionistas, entre outros)<sup>6</sup>.

Especificamente no que se refere à atuação do fisioterapeuta no Brasil, ainda não se dispõe de uma denominação comum de especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para os fisioterapeutas que atuam nessa área de disfunções de cabeça e pescoço, como alguns a denominam. Outros a denominam como bucomaxilofacial, crâniocervicomandibular e/ou crâniomandibular. Apesar de ainda não se ter essa especialidade reconhecida, os estudos já apontam evidências de diversas abordagens fisioterapêuticas como benéficas em tipos específicos de cefaleias, principalmente nos casos de cefaleia cervicogênica (cefaleia secundária mais prevalente), cefaleia tensional e migrânea (cefaleias primárias mais prevalentes)<sup>7-10</sup>.

O grande objetivo dos indivíduos, em sua maioria, é livrar-se da cefaleia. Porém, por vezes, e pensando principalmente nas cefaleias primárias, não se pode garantir que a cefaleia desaparecerá, mas sim, que podem existir períodos de remissão. Por isso, o objetivo dos fisioterapeutas que trabalham nessa área deve ser a diminuição da frequência, da intensidade, da duração da dor, assim como prevenção das crises, redução das incapacidades e dos impactos ocasionados pelas cefaleias.

Considerando a grandiosidade do histórico das cefaleias, cada intervenção fisioterapêutica pode ou não ser indicada levando em consideração os mecanismos fisiopatológicos das cefaleias e os mecanismos de dor envolvidos nessa gênese e, por vezes, a resposta de manutenção do quadro clínico, sendo indispensável um bom raciocínio clínico por parte dos fisioterapeutas<sup>5,7</sup>. Um ponto crucial na escolha das estratégias por parte dos fisioterapeutas é entender que, além do comprometimento tecidual, em que as abordagens se baseiam na aplicação de técnicas com as mãos (*hands-ON*), também é necessário incorporar estratégias de tratamento direcionadas à dessensibilização do sistema nervoso central, que envolve opções de intervenção com efeito do sistema nervoso central para regiões corporais periféricas (*hands-OFF*)<sup>5</sup>.

Atualmente, o padrão-ouro de tratamento para condições de dor crônica, incluindo as cefaleias, é o exercício físico<sup>11</sup>. No entanto, um dos grandes desafios que encontramos é a baixa adesão dos indivíduos aos programas de exercícios, geralmente atribuído ao estilo de vida sedentário, medo de realizar movimentos quando estão com dor e baixo nível de motivação pessoal para realizar esses programas. Dessa forma, e não menos importante, na maioria das vezes é necessário que o indivíduo se adapte às intervenções baseadas em movimento, o que pode ser feito por meio de exposição gradativa ao programa de exercícios e educação em dor, sendo que a preferência do paciente deve ser considerada para o planejamento dos exercícios terapêuticos<sup>11</sup>.

Por isso, inicialmente, uma das funções do fisioterapeuta é educar o indivíduo sobre sua condição. O indivíduo precisa ser protagonista do seu tratamento e a educação tem como objetivo aumentar o conhecimento do mesmo sobre sua condição de saúde, as opções de tratamento, os riscos do uso excessivo de medicamentos, como o estilo de vida interfere no surgimento das crises, a importância do autocuidado e, em alguns casos, é necessário a desmistificação de crenças limitantes<sup>12,13</sup>.

Esses programas de educação podem ser realizados individualmente ou em grupo e seus formatos de entrega são diversos, como diálogos, panfletos, cartilhas, e-books e/ou vídeos. Na literatura ainda não existe consenso sobre a melhor forma de realizar essas estratégias de educação; a recomendação maior é que seja realizada por um profissional habilitado e que permita a adesão do indivíduo. Além disso, vale salientar que

essas estratégias de educação em dor não devem ser utilizadas isoladamente; as recomendações sugerem que devem ser associadas com exercícios, tratamentos comportamentais e/ou farmacológicos<sup>5,6</sup>.

É digno de nota que as técnicas de neuromodulação central e periférica para o tratamento da cefaleia estão sendo estudadas recentemente, principalmente objetivando a dessensibilização neural no tratamento dessas condições<sup>14</sup>. Na fisioterapia, uma opção amplamente estudada e que pode ser utilizada é a eletroestimulação analgésica, a exemplo da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). Estudos mostram que a TENS pode auxiliar na diminuição da hiperalgesia mecânica, da alodinia, da intensidade de dor tanto em repouso quanto durante o movimento, da fadiga, da cinesiofobia e na restauração dos mecanismos endógenos de somação temporal e modulação condicionada da dor<sup>15</sup>.

Visando esse efeito de analgesia e melhora do funcionamento musculoesquelético, outra opção disponível para o fisioterapeuta utilizar são as técnicas de terapia manual, que englobam manipulação e/ou mobilização da coluna vertebral, liberação de tecidos moles, massagem terapêutica e outras terapias manipulativas e baseadas no corpo<sup>16</sup>, que preferencialmente devem ser utilizadas em combinação com outras estratégias<sup>5,7,9</sup>. Essas abordagens devem ser utilizadas de acordo com os achados na avaliação e visam reduzir pontos-gatilho ativos, promover melhora do comprimento muscular, redução da tensão muscular, melhora da mobilidade da coluna cervical e torácica, além de abordar déficits na articulação temporomandibular e estruturas associadas<sup>6</sup>.

Sendo assim, um dos grandes desafios é entender que as cefaleias não são todas iguais, e que os fisioterapeutas não podem tratar todas as pessoas da mesma forma. Cefaleias são complexas, grandiosas e apresentam diversas peculiaridades diagnósticas e fisiopatológicas. Com isso, os fisioterapeutas que optam por essa área de atuação devem considerar aspectos da neurociência moderna da dor e questões musculoesqueléticas em suas abordagens, ou seja, é necessária uma coerência com a utilização de abordagens multimodais, além de explorar uma avaliação objetiva e subjetiva de forma ampla<sup>5,7</sup>.

Outro ponto que necessita de atenção é a fragilidade dos currículos de dor em programas de graduação nos cursos de fisioterapia no Brasil. Somente 6% dos currículos disponíveis apresentavam curso específico sobre dor, o que evidencia um problema do estudo da dor na curricularização na fisioterapia em território brasileiro<sup>17</sup>. Além disso, como essa área de atuação ainda é pouco difundida nas graduações em fisioterapia, na maior parte das vezes o fisioterapeuta necessita de cursos e especializações específicas para se tornar apto a avaliar e tratar indivíduos com cefaleias.

Por fim, é importante enfatizar que, apesar de a ciência ainda engatinhar na área das cefaleias, os fisioterapeutas têm muito a colaborar com o tratamento desses indivíduos, promovendo alívio sintomatológico e melhora da funcionalidade, além de impactar positivamente a qualidade de vida. No entanto, nos cabe a constante e efetiva atualização da área, além de não se deixar sucumbir aos próprios vieses nas escolhas das nossas abordagens fisioterapêuticas.

**Josimari Melo DeSantana**

*Universidade Federal de Sergipe. Departamento de Fisioterapia,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas.  
São Cristóvão, SE, Brasil.*

 <https://orcid.org/0000-0003-1432-0737>

*E-mail: josimelo@academico.ufs.br*

**Maria Ivone Oliveira Dantas**

*Universidade Federal de Sergipe. Programa de  
Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas.  
São Cristóvão, SE, Brasil.*

 <https://orcid.org/0000-0003-0588-4901>

*E-mail: ivoneoliveiradantas@gmail.com*

## REFERÊNCIAS

1. Souza WPO, Sousa-Santos PM, Silva-Néto RP. A Historical review of headaches: who first described them and when did this occur? *Headache J Head Face Pain.* 2020;60(8):1535-41.
2. Assina R, Sarris CE, Mammis A. The history of craniotomy for headache treatment. *Neurosurrg Focus.* 2014;36(4):E9.
3. Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *J Headache Pain.* 2022;23:1-17.
4. ICHD-3-Brazilian-Portuguese.pdf [Internet]. [citado 25 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2021/03/ICHD-3-Brazilian-Portuguese.pdf>
5. Fernández-de-las-Peñas C, Florencio LL, Plaza-Manzano G, Arias-Burúa JL. Clinical reasoning behind non-pharmacological interventions for the management of headaches: a narrative literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4126.
6. Sahai-Srivastava S, Sigman E, Uyeshiro Simon A, Cleary L, Ginoza L. Multidisciplinary team treatment approaches to chronic daily headaches. *Headache J Head Face Pain.* 2017;57(9):1482-91.
7. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado ML. Physical therapy for headaches. *Cephalalgia.* 2016;36(12):1134-42.
8. Lemmens J, De Pauw J, Van Soom T, Michiels S, Versijpt J, van Breda E, Castien R, De Hertogh W. The effect of aerobic exercise on the number of migraine days, duration and pain intensity in migraine: a systematic literature review and meta-analysis. *J Headache Pain.* 2019;20(1):16.
9. Jung A, Eschke RC, Struss J, Taucher W, Luedtke K. Effectiveness of physiotherapy interventions on headache intensity, frequency, duration and quality of life of patients with tension-type headache. A systematic review and network meta-analysis. *Cephalalgia.* 2022;42(9):944-65.
10. Bini P, Hohenschurz-Schmidt D, Masullo V, Pitt D, Draper-Rodi J. The effectiveness of manual and exercise therapy on headache intensity and frequency among patients with cervicogenic headache: a systematic review and meta-analysis. *Chiropr Man Ther.* 2022;30(1):49.
11. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(1):CD011279.
12. Minen MT, Kaplan K, Akter S, Espinosa-Polanco M, Guiracochea J, Khanns D, Corner S, Roberts T. Neuroscience education as therapy for migraine and overlapping pain conditions: a scoping review. *Pain Med.* 2021;22(10):2366-83.
13. Kröll LS, Callesen HE, Carlsen LN, Birkefoss K, Beier D, Christensen HW, Jensen M, Tómasdóttir H, Würtzen H, Høst CV, Hansen JM. Manual joint mobilisation techniques, supervised physical activity, psychological treatment, acupuncture and patient education for patients with tension-type headache. A systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain.* 2021;22(1):96.
14. Coppola G, Magis D, Casillo F, Sebastianelli G, Abagnale C, Cioffi E, Di Lenola D, Di Lorenzo C, Serrao M. Neuromodulation for chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep.* 2022;26(3):267-78.
15. Gibson W, Wand BM, Meads C, Cateley MJ, O'Connell NE. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain - an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(4):CD011890.
16. Moore CS, Sibbritt DW, Adams J. A critical review of manual therapy use for headache disorders: prevalence, profiles, motivations, communication and self-reported effectiveness. *BMC Neurol.* 2017;17:61.
17. Venturine JS, Pires GMT, Pereira ML, Monteiro MGM, Meziat-Filho N, Nogueira LC, Reis FJJ. Overview of curricula about pain in physical therapist education programs in Brazil: a faculty Survey. *Phys Ther.* 2018;98(11):918-24.

