

Caso Clínico

Estudo de caso – Uma abordagem da Fisioterapia num caso de enxaqueca

Case report – A physiotherapy approach in a case of migraine

Érica Balseiro¹, Henrique Relvas¹, Marco Clemente^{1,2}, João Casaca-Carreira¹

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Fisioterapia, Lisboa; ² Physioclem, Torres Vedras.

erica.balseiro@physioclem.pt, hrelvas@esscvp.eu, marco.clemente@physioclem.pt, icasaca@esscvp.eu

Objetivo – Reportar uma abordagem da Fisioterapia num caso de cefaleias primárias do tipo enxaqueca durante os ciclos menstruais.

Método – Estudo de caso, ao longo de 10 sessões em 3 meses, usando mobilização da coluna, técnicas neurodinâmicas e miofasciais, correção postural, ensino de exercícios e estratégias de *coping*, para diminuição dos sintomas e da frequência dos surtos. Avaliaram-se resultados com a Escala Numérica da Dor (END), a Escala de Felicidade Subjetiva (EFS) e a Escala de Percepção Global de Mudança (EPGM).

Resultados – Após dois meses de tratamento registou-se a resolução dos sintomas iniciais de cefaleia (9/10 END), de sensação de “pressão” (4/10 END), e de dor cervical e do ombro direito (2/10 END). No final das 10 sessões a EFS aumentou de 16 para 20/28 e obteve-se a pontuação máxima de 7 na escala EPGM.

Conclusão – O tratamento da enxaqueca com recurso à terapia manual, exercício e ensino ao utente, melhorou significativamente a qualidade de vida, eliminado os sintomas e melhorando o comportamento emocional e a linguagem corporal da utente.

Objective – To report a Physiotherapy approach in a case of primary migraine headaches during menstrual cycles.

Method – Case study, over 10 sessions in 3 months, using spine mobilization, neurodynamic and myofascial techniques, postural correction, and patient education for exercise and coping strategies, to reduce symptoms and frequency of outbreaks. The Numerical Pain Scale (NPS), the Subjective Happiness Scale (SHS) and the Patient Global Impression of Change Scale (PGICS) assessed outcomes.

Results – After two months of treatment, initial headache symptoms (9/10 NPS), feeling of “pressure” (4/10 NPS), and cervical and right shoulder pain (2/10 NPS) were solved. At the end of the 10 sessions, the SHS increased from 16 to 20/28 and a maximum score of 7 was obtained on the PGICS scale.

Conclusion – Migraine treatment using manual therapy, exercise and patient-education, significantly improved the patient's quality of life, eliminating symptoms and improving emotional behaviour and body language.

PALAVRAS-CHAVE: Enxaqueca; ciclo menstrual; fisioterapia; dor; alterações emocionais; funcionalidade.

KEY WORDS: Migraine; menstrual cycle; physiotherapy; pain; emotional changes; functionality.

Submetido em 15.07.2020; Aceite em 10.12.2020; Publicado em 01.07.2021.

* **Correspondência:** João Casaca-Carreira.

Email: jcasaca@esscvp.eu

INTRODUÇÃO

A enxaqueca é um dos quatro tipos de dor de cabeça (cefaleia) primária, classificada pela *International Headache Society* (IHS), muito comum e que geralmente se inicia na puberdade, afetando na sua maioria indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 35 e 50 anos devido a alterações hormonais¹. O diagnóstico de enxaqueca está atualmente estabelecido de acordo com os critérios da *International Classification of Headache Disorders* (ICHD), com base nas características da dor de cabeça como a sua localização, lateralidade, qualidade e intensidade da dor, presença ou ausência de sintomas premonitórios, e ocorrência de aura, sendo também classificadas em dores crónicas ou episódicas¹.

Apresenta uma elevada recorrência e, muitas vezes, durante todo o ciclo de vida, ocorrendo em dois subtipos principais - enxaqueca sem aura e enxaqueca com aura, embora possa haver reporte de ambas num indivíduo. A enxaqueca com aura afeta um terço da população com enxaqueca e representa 10% dos episódios de enxaqueca em geral. É caracterizada por aura, uma vez que precede a dor de cabeça e consiste num ou mais sintomas neurológicos que se desenvolvem gradualmente, em menos de 5 minutos, e resolvem-se dentro de 60 minutos, tais como distúrbios visuais, escotoma cintilante, parestesias unilaterais da mão, braço e/ou rosto, ou mais raramente disfasia. A enxaqueca sem aura é típica de uma aura sem dor de cabeça e pode suceder em

indivíduos com história passada de enxaqueca com aura. Nestes casos, a recorrência dos surtos apresenta geralmente uma duração entre 4 horas a 3 dias, com fenómenos de incapacidade que resultam de dores de cabeça de intensidade moderada ou grave, unilaterais, agravados com a atividade física de rotina, limitando desta forma a própria capacidade funcional. Estão igualmente presentes náuseas ou vômitos e intolerância severa aos odores, à luz e ao som, o que faz com que o indivíduo procure ambientes inócuos, sombrios e silenciosos¹⁻³.

Esta condição representa um importante problema de saúde pública, com implicações a nível económico e social consideráveis e consequente perda de produtividade ou até mesmo ausência no trabalho, conduzindo a custos diretos (cuidados médicos) e indiretos (exames e tratamentos)¹⁻³.

A enxaqueca quase certamente tem uma base genética, ainda que os fatores ambientais desempenhem um papel significativo na maneira como afeta os indivíduos que apresentam esta sintomatologia. Contudo, em termos fisiopatológicos ocorre a ativação de um mecanismo profundo no cérebro que promove a libertação de substâncias inflamatórias produtoras de dor em torno dos nervos e vasos sanguíneos da cabeça¹⁻³.

Não são apenas os fatores ambientais a despoletar episódios de enxaqueca; existem outros fatores de risco, designados como fatores precipitantes ou desencadeantes, que surgem antes do início dos ataques de enxaqueca⁴. Neles incluem-se o *stress*, as

alterações climáticas, alguns alimentos aos quais o indivíduo possa ser intolerante, a privação do sono, o excesso de álcool, ou o ciclo menstrual no caso do sexo feminino⁵.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), admitem-se dois tipos de enxaqueca - menstrual e menstrual pura - sendo que o risco de um novo episódio em mulheres em fase menstrual aumenta consideravelmente, podendo iniciar-se dois dias antes e prolongar-se até três dias após o primeiro dia de menstruação⁶. Nesta fase, a subida dos níveis de estrogénio e de hormona luteinizante conduz a um aumento do limiar de nociceção a nível central e periférico, resultando em alterações associadas a hipersensibilidade na região lombopélvica⁷. Um possível efeito é a influência sobre o saco dural, que estabelece uma relação entre o sacro e o crânio ao longo do canal medular, gerando tensões exageradas que poderão estabelecer uma relação causa-efeito com outras partes do corpo, conduzindo por exemplo a uma cefaleia de tensão.

De acordo com Monteiro⁸, foram publicados em Portugal dois estudos sobre a prevalência da enxaqueca: um realizado em estudantes universitários, que revelou uma prevalência de 6,1%⁹, e um segundo a partir de uma pesquisa sobre cefaleias com base numa população da Região Norte de Portugal que revelou uma prevalência de enxaqueca na forma pura de 8,8%¹⁰. Neste estudo, a combinação deste valor com o de outras formas como as cefaleias de tensão, na ordem dos 12,1%, representa uma prevalência total de 20,9%, considerando todo o tipo de cefaleias, semelhante ao resultado de outros estudos com idênticas metodologias⁸.

No que diz respeito ao tratamento da enxaqueca, vários estudos apontam para o uso de medicação para alívio dos sintomas¹¹. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cefaleias (SPC) existem dois tipos de tratamento para enxaquecas¹²:

- Tratamento sintomático (na fase aguda), em que o doente se deita num local sossegado e escuro; pode ainda aplicar pressão ou frio no local da dor; os medicamentos recomendados para a crise de

enxaqueca são os analgésicos simples, os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) e os triptanos (agonistas da serotonina).

- Tratamento profilático (na fase crónica), em que os indivíduos com enxaqueca deverão construir calendários de crises que permitam identificar fatores precipitantes e valorizar o impacto das crises na qualidade de vida.

No entanto, a medicação poderá não ser suficiente para o alívio dos sintomas, pelo que a *Canadian Medical Association* propõe como formas de tratamento conservador, em alternativa à medicação: a Fisioterapia; o ensino ao utente sobre a condição, dando indicações de possíveis estratégias para evitar fatores desencadeantes; e alguns tratamentos específicos como o uso de *biofeedback*, osteopatia, ou outras terapias não convencionais¹³. Contudo, atualmente, ainda não existe evidência que aponte para uma significativa efetividade de qualquer das técnicas. De acordo com a revisão mais recente sobre os efeitos das abordagens não farmacológicas da cefaleia, a maioria dos estudos publicados reporta efeitos clínicos reduzidos e de curta duração. A literatura sugere que as estratégias multimodais são as mais efetivas nestes doentes¹⁴.

Sendo assim, considerando os vários sintomas da nossa utente com impacto na funcionalidade e qualidade de vida, o objetivo deste estudo de caso passa por reportar os resultados que uma abordagem da Fisioterapia pode ter num caso de cefaleias primárias do tipo enxaqueca, através de técnicas de terapia manual, exercício e ensino ao utente, tendo por base a diminuição dos sintomas e a frequência dos surtos de enxaqueca associados ao ciclo menstrual.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo longitudinal, tipo de estudo de caso, em que o participante foi devidamente informado sobre o conteúdo e o propósito do estudo. Questionou-se a utente se estaria ou não interessada em participar no estudo, tendo a possibilidade de resignar em qualquer

momento, se porventura fosse essa a sua vontade. Foi-lhe disponibilizado por escrito, um termo de consentimento informado que garantia total confidencialidade e anonimato dos seus dados.

DESCRIÇÃO DO CASO

Exame subjetivo

O caso clínico em estudo refere-se a uma utente do sexo feminino, de 47 anos de idade, casada e com uma filha de 13 anos. Sendo contabilista, refere passar muitas horas sentada à secretária em frente a um computador, onde diz manter a mesma posição muitas horas e usar repetidamente os mesmos movimentos implícitos na sua atividade. Não pratica desporto, mas inscreveu-se recentemente no ginásio para fazer alguma atividade física, como forma de aliviar o *stress*. É utente de uma clínica de Fisioterapia na zona de residência, em regime ambulatorio, que procurou por queixas de dor de cabeça “horribéis” (sic) e dor/tensão na região cervical, nessa altura com vários meses de evolução, pior há dois meses atrás, altura em que recorreu a bastantes fármacos.

Os primeiros sintomas foram uma forte dor de cabeça, que aliviava no dia com medicação, mas que posteriormente se foram agravando. Não refere qualquer traumatismo; no entanto associa uma dor de cabeça forte de caráter pulsátil, com localização bilateral (D1), à fase do ciclo menstrual, principalmente quando apresenta um menor fluxo menstrual, uma vez que quando o fluxo é maior, não refere os seus sintomas, apenas dores menstruais, salientando que não está a tomar qualquer método contraceptivo. Este sintoma manifesta-se com menos frequência, normalmente em meses alternados, e dura cerca de um dia, associado mais ao 1º e ao 4º dia de menstruação.

Descreve que a dor D1 é do tipo “aperto” bilateral, na região do crânio (8 a 9/10 na Escala Numérica da Dor [END]), com sintomas de tonturas e náuseas, que por vezes conduzem ao vômito. Por iniciativa própria, no primeiro dia em que sente a forte dor de cabeça (D1), faz uma toma de três comprimidos de ibuprofeno de 400 mg e de seguida recolhe ao seu quarto, onde se

deita no escuro e permanece de olhos fechados. Refere que adormece e que quando acorda se sente um pouco melhor. Se estiver eventualmente focada em alguma atividade agradável, a dor alivia. O seu trabalho implica muitas horas sentada, o que, segundo a utente, agrava a situação e sente que tem de se movimentar (“rodar ombros e pescoço”) por forma a aliviar a sintomatologia. “À noite, quando saio do trabalho, sinto-me sempre com mais tensão na zona do pescoço. Acho que tem a ver com a minha postura no trabalho, que penso não ser a mais correta...” (sic).

Apresenta ainda outra dor (D2), que reporta aos dias mais stressantes/angustiantes no local de trabalho, a problemas familiares e à ansiedade. Sente que a condição tem vindo a agravar progressivamente. A dor D2 localiza-se essencialmente na região temporal à direita (3-4/10 END), com sensação de “pressão” (sic), que associa à tensão na cervical e que agrava com o cansaço do *stress* e do trabalho. Refere que a única forma de alívio da dor é a toma da medicação e que se não a tomar, a dor fica ainda mais intensa, transpondo para o dia seguinte e piora ao longo desse mesmo dia.

Por último, refere uma dor (D3) localizada na região da cervical e ombro direito (1-2/10 END), que associa ao dia de trabalho e às posturas mantidas, e por vezes com sensação de dormência nas mãos/braços, que agrava com o cansaço.

O objetivo da utente, é diminuir/eliminar a intensidade da dor de cabeça do tipo enxaqueca e conseguir melhorar a sua qualidade de vida.

Não tem história anterior pessoal ou familiar que seja significativa. No entanto, há cinco anos atrás recorreu à Fisioterapia com um quadro algico lombar associado a protusão discal L4-L5 e diminuição do espaço intervertebral de L5-S1, situação da qual não voltou a referenciar queixas.

Exame Físico

Testaram-se os movimentos ativos da cervical: a utente realizava-os sem dificuldade ou limitação, referindo apenas desconforto na extensão da cervical

inferior, na região posterior do pescoço. Avaliaram-se ainda os movimentos da coluna dorso-lombar, de forma a perceber se existia alguma relação com a sintomatologia da utente, uma vez que as alterações das curvaturas na posição de sentado poderiam influenciar o excesso de tensão a nível da cervical. Não se verificaram perturbações, à exceção do movimento de extensão que causava dor ligeira, de natureza mecânica, a nível da charneira dorso-lombar.

Levantando-se a hipótese de existir um compromisso neural devido às queixas de dormência para ambos os membros superiores, e também como forma de avaliar a mobilidade e sensibilidade das estruturas neuromeníngeas, foi realizado o teste neurodinâmico, designado *slump test*, que quando positivo indica tensão neural adversa¹⁵. A utente apresentou o teste positivo, surgindo os sintomas D3, na região posterior da cervical mais à direita, quando colocou todas as estruturas em tensão, a 90° de flexão da anca, 0° de extensão do joelho, e 20° de flexão dorsal. Os testes foram considerados positivos após manobras de diferenciação estrutural e comparação com o lado contralateral. Foi realizado o teste de Spurling e o teste de distração da cervical, como forma de perceber se agravavam a referência de parestesias dos membros superiores e se confirmavam sinais de radiculopatia, não tendo resultado nenhuma sintomatologia.

Foi realizado também o teste de insuficiência vertebrobasilar, que desencadeava visão turva após 30 segundos da realização do teste e o teste de flexão com rotação à direita que desencadeava náuseas (“má disposição” [sic]). Testaram-se ainda os movimentos fisiológicos passivos intervertebrais (PPIVM’s) da cervical que reproduziram dor e resistência ao movimento de rotação e inclinação direita, comparativamente com o lado contralateral. À palpação da musculatura da cervical e do ombro era perceptível um aumento de tensão a nível dos trapézios superiores e região dos suboccipitais, mais à direita, sendo que deste mesmo lado, desencadeava o sintoma D2.

Durante a recolha de dados, nenhum dos sinais ou sintomas foi sugestivo da presença de qualquer

condição clínica de risco elevado ou patologia grave.

Instrumentos de avaliação

Foram aplicados três instrumentos de avaliação:

- Escala Numérica da Dor (END): parâmetro para a avaliação da intensidade da dor ao nível da cabeça e cervical. Esta escala está validada internacionalmente e é utilizada para classificar a dor sentida pelo indivíduo, relatada na primeira pessoa¹⁶.

- Escala de Felicidade Subjetiva (EFS): parâmetro para a avaliação da componente emocional, uma vez que a utente refere tensão emocional por problemas familiares e *stress* no trabalho. Apresenta uma confiabilidade adequada, associações positivas entre as escalas de funcionamento psicológico positivo (autoestima e satisfação com a vida) e associações negativas entre estas e a escala de funcionamento psicológico negativo (ansiedade, depressão e *stress*)^{17,18}.

- Escala de Perceção Global de Mudança (EPGM): parâmetro para avaliação da perceção de melhoria, após o término do período de tratamento clínico, através da versão traduzida e validada da *Patient Global Impression of Change Scale* (PGICS). É um instrumento de fácil compreensão e rápida utilização, com a capacidade de medir o estado de saúde e a satisfação com o tratamento¹⁹.

Diagnóstico em Fisioterapia

A utente apresenta restrição da participação social (“estar com a família e amigos”; “estar focada no trabalho” ...), por enxaqueca severa e cefaleias tensionais graves, associado a sinais vasculares (artéria vertebral) e neuromeníngeos (*slump test*) e a hiperatividade dos extensores cervicais, condicionando a tolerância à luminosidade e ao ruído e, ainda, comprometendo a capacidade de permanecer na posição de sentada ao computador.

Prognóstico em Fisioterapia

A utente apresenta fatores positivos de prognóstico, tais como: condição geral de saúde; relações familiares (marido e filha); relações sociais (amigos); motivação; estabilidade emocional (alegre, bem-disposta); pessoa ativa (em casa e no trabalho); profissão; isenção de horário; prática de atividade física.

Fatores negativos de prognóstico²⁰: doença de entes queridos; profissão; situações de *stress*; alterações hormonais; ciclo menstrual; padrão de alimentação alterado; fadiga; sexo feminino.

De acordo com um estudo realizado por Lyngberg e colaboradores, não se observaram alterações significativas de fatores de prognóstico positivo e negativo para enxaqueca²¹. Como tal, segundo os fatores apresentados e tendo em conta que alguns deles, nomeadamente os negativos, possam ser controlados com recurso a estratégias de *coping*, o prognóstico tende a ser favorável. Contudo, não são ainda apresentados estudos de prognóstico sobre a abordagem da fisioterapia em casos de enxaqueca.

Objetivos

Foram definidos os seguintes objetivos: (i) Redução progressiva dos sintomas e intensidade dos picos (D1, D2, D3) até ao seu alívio, demonstrado pela END, no período de um mês, rondando as cinco sessões de tratamento; (ii) Implementação de estratégias de *coping* efetivas para diminuir a tensão/reação a situações de *stress* e redução genérica do nível de ansiedade, demonstrada pela Escala de Felicidade Subjetiva (EFS).

Intervenção

Após a avaliação dos problemas da utente e dos objetivos de tratamento definidos por ambos, passou-se à elaboração do plano de intervenção onde foram realizadas 10 sessões de tratamento, que consistiram, de uma forma geral, na mobilização acessória e fisiológica das articulações da cervical, dorsal e lombar, mobilização dos tecidos moles, técnicas neurodinâmicas (ULTT1 e *slump test*), técnicas de alongamento muscular e libertação miofascial, e no ensino à utente sobre posturas corretas, explicação neurofisiológica dos mecanismos da dor, exercícios de alongamento/mobilidade geral, e estratégias de *coping*.

Salienta-se que, antes de dar início ao tratamento, foi aplicada à utente a EFS, com o intuito de perceber o seu estado emocional, uma vez que referia episódios/situações que desencadeavam *stress* (sic).

O tratamento foi dividido em três fases, sendo reavaliada a evolução no final de cada uma:

1ª Fase: decorreu durante as quatro primeiras sessões, com espaçamento de duas semanas entre cada. Direcionou-se a intervenção para a diminuição da dor e tensão das estruturas musculares relacionadas com a cervical e dorsal e normalização das estruturas neurais, tendo constado de mobilização acessória e fisiológica das articulações da cervical, dorsal e cintura escapular, utilização de técnicas miofasciais e de alongamento muscular (trapézio superior e inferior, elevador da escápula, esternocleidomastoideo (ECOM), longo da cabeça, longo do pescoço, reto anterior da cabeça), técnicas neurodinâmicas de deslize (ULTT1 e *slump test*), técnicas de controlo da respiração (diagramática) e ensino à utente. No final destes tratamentos foram reavaliados os sinais comparáveis (conjunto de sinais e sintomas que melhor reproduzem as queixas do utente).

2ª Fase: realizaram-se mais cinco sessões de tratamento, com o mesmo espaçamento de duas semanas entre cada. Como a evolução foi favorável, manteve-se a mobilização acessória e fisiológica da cervical e dorsal, as técnicas de deslize para o membro inferior (MI)/*slump test*, e as técnicas de controlo da respiração. Introduziu-se a mobilização acessória e fisiológica da lombar, técnicas miofasciais e alongamento muscular para o tronco e MI (quadrado lombar, psoas-íliaco, reto anterior, isquiotibiais e gastrocnémios).

3ª Fase: realizou-se mais uma sessão, com espaçamento de um mês, após a fase menstrual desse presente mês, mantendo-se as mesmas técnicas da fase anterior, com maior ênfase em técnicas de libertação miofasciais e de alongamento muscular do membro superior, inferior e tronco. Nesta última sessão, foi então aplicada novamente a EFS e aplicou-se a Escala de Perceção Global de Mudança (EPGM), por forma a perceber como a utente manifesta a sua evolução desde o início dos tratamentos até ao dia de alta.

RESULTADOS

As reavaliações foram realizadas consoante os objetivos primordiais que se pretendiam atingir e de acordo com o método de intervenção elaborado para este estudo. Assim, ao fim da primeira fase de intervenção, verificaram-se algumas alterações, nomeadamente a diminuição de D1 para 5/10 END na fase do período menstrual; D2 evoluiu para 1-2/10 END ao fim de um dia intenso de trabalho; e D3 foi descrita como uma moínha na região do trapézio superior à direita.

No final da segunda etapa, verificou-se que D2 e D3 tinham desaparecido e D1 não tinha desencadeado qualquer sintomatologia no decorrer da última menstruação. Notou-se uma melhoria na diminuição da tensão muscular ao nível da cervical e da cintura escapular.

Na última sessão, realizada após um mês, a utente referiu não apresentar qualquer sintomatologia, independentemente do ciclo menstrual em que se encontrava, pelo que afirmou sentir-se muito bem, tanto a nível físico como também a nível da gestão do stress (sic). O que foi comprovado através da aplicação da EFS, que inicialmente apresentava uma pontuação de 16/28 e terá passado para 20/28, o que significa que houve uma melhoria significativa na componente emocional da utente. Já na EPGM, a utente classificou-a com uma pontuação de 7, expressando a seguinte frase: “- Muito melhor! E com uma melhoria considerável, que faz toda a diferença...”, o que indica que existiu uma evolução bastante favorável em todas as tarefas do seu dia-a-dia e do trabalho.

DISCUSSÃO

Neste presente estudo reportamos o caso de uma utente com cefaleias primárias do tipo enxaqueca e os resultados após uma abordagem da Fisioterapia.

A enxaqueca não é uma doença típica do sexo feminino, mas sim de ambos os sexos¹². Contudo, existem algumas características da enxaqueca que

habitualmente são associadas ao ciclo reprodutivo feminino, nomeadamente o incremento da prevalência da condição após a primeira menstruação, a propensão temporal frequente no período menstrual, terapêutica hormonal, atenuação ou desaparecimento durante a gravidez ou na menopausa, e que normalmente surge após a adolescência¹².

Consequentemente, as mulheres que sofrem de enxaqueca menstrual apresentam um aumento significativo do risco de crise durante os cinco dias que antecedem a menstruação, podendo iniciar dois dias antes, e prolongando-se até três dias após o primeiro dia de menstruação. Os dois tipos de enxaqueca (menstrual e menstrual pura) reconhecidos pela *International Headache Society* (IHS) apresentam características semelhantes, ocorrendo, geralmente, dois dias antes e três dias após o primeiro dia do ciclo menstrual. No entanto, a enxaqueca menstrual apresenta uma ligeira diferença, uma vez que pode vir acompanhada de crises adicionais com e sem aura⁶.

No que diz respeito à enxaqueca menstrual, esta tem sido reportada como sendo a mais intensa e a menos responsiva à terapêutica com recurso a fármacos, nomeadamente anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), quando comparada com outras formas de enxaqueca²².

O principal problema da utente em estudo prende-se muito, não só nas questões do ciclo menstrual, que coincidem com os picos de intensidade de dor de cabeça/enxaqueca, como também em fatores emocionais e ambientais. Todos eles poderão despoletar o início dos surtos das enxaquecas e de cefaleias do tipo tensionais, e consequentemente poderão ter implicações na sua qualidade de vida, comprometendo assim, de forma direta ou indireta, a sua componente emocional e a sua participação social.

Neste sentido, foram averiguadas todas as estruturas, funções e até mesmo a componente cognitivo-emocional, que pudessem contribuir para o aumento de dor, não só a enxaqueca, como também a

dor/desconforto a nível cervical e cintura escapular. Desenvolveu-se em conformidade um plano de tratamento, com base num conjunto de técnicas/abordagens utilizadas em Fisioterapia, nomeadamente o recurso à terapia manual com o objetivo de diminuir e reequilibrar as tensões cranianas e da coluna cervical²³, como também o recurso a estratégias de *coping* com a intenção de ajudar a utente a reagir de forma mais ponderada às situações adversas do quotidiano.

Com base nesta intervenção, os resultados obtidos foram acima do que era expectável, na medida em que a utente demonstrou uma notável melhoria dos sinais comparáveis após as primeiras sessões de tratamento, o que permitiu a mudança na estratégia de intervenção. Nesse sentido, a segunda fase procurou consolidar os ganhos e obter a resolução completa dos principais sintomas. Após três meses, a última sessão de tratamento permitiu confirmar que a ocorrência do ciclo menstrual não provocou a recidiva do quadro clínico como habitualmente, justificando-se a cessação do episódio de cuidados.

O comportamento emocional e a linguagem corporal, conforme expresso nas escalas usadas e verificado no contacto direto com a utente, melhoraram significativamente, pelo que o balanço final dos resultados foi bastante positivo, tendo em conta o objetivo a que a intervenção se propôs que era o de controlar/diminuir os sintomas/surtos da enxaqueca.

Em relação ao efeito da abordagem, considera-se que tenha sido algo bastante ponderado e refletido em todos os parâmetros, antes da realização de qualquer tipo de intervenção, como forma de ir ao encontro de todos os problemas da utente, dando uma resposta concreta para futura melhoria. Contudo existem dois aspetos fundamentais a serem referidos, nomeadamente o facto de não ter sido efetuado o seguimento deste caso clínico a médio e longo prazo para aferir se os resultados se mostraram persistentes, constituindo uma limitação do estudo; e o facto de uma abordagem em Fisioterapia não conseguir controlar as questões hormonais, que poderão, num futuro próximo, condicionar a efetividade do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo de caso apresentado, constata-se que uma intervenção da Fisioterapia, baseada na terapia manual, no exercício e no ensino ao utente, melhorou significativamente a qualidade de vida da utente, eliminando os sintomas e melhorando o comportamento emocional e a linguagem corporal. Relevam-se nesta estratégia a terapia manual direcionada a estruturas que tenham relação direta ou indireta com a sintomatologia da utente, bem como as estratégias de *coping* que permitam alcançar outras áreas mais holísticas, em conformidade com o quotidiano apresentado pelo indivíduo.

Resta-nos assim equacionar que, mesmo não existindo qualquer suporte para o tratamento da enxaqueca com recurso a uma abordagem em Fisioterapia, o que limitou a estruturação de um plano de intervenção baseado na evidência, a utente em estudo superou os sintomas da enxaqueca sem recurso a fármacos e melhorou significativamente a sua qualidade de vida, salientando-se o aspeto exploratório e inovador deste estudo de caso.

REFERÊNCIAS

1. Taga A, Russo M, Genovese A, Manzoni GC, Torelli P. A case-report of migraine "sine headache". *Cephalalgia*. 2018; 38:592-594.
2. Berg J, Stovner L. Cost of migraine and other headaches in Europe. *Eur J Neurol*. 2005; 12:59-62.
3. Steiner TJ, Martelletti P. Aids for management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain*. 2007; 8 Suppl 1:S2.
4. Breslau N, Rasmussen BK. The impact of migraine: Epidemiology, risk factors, and co-morbidities. *Neurology*. 2001; 56:S4-12.
5. Castro MJM. Genetics in the identification of molecular pathogenic mechanisms of familial migraine. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2011.
6. Speciali JG, Dach F, Setlin R, Ferreira K. Migrânea e alterações hormonais. 2011. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/Cefaleias/pt/9_HormonalChanges_Portuguese.pdf.
7. Grundström H, Larsson B, Arendt-Nielsen L, Gerdle B, Kjølhede P. Associations between pain thresholds for heat, cold and

- pressure, and Pain Sensitivity Questionnaire scores in healthy women and in women with persistent pelvic pain. *Eur J Pain*. 2019; 23:1631-1639.
8. Monteiro J. Cefaleias: epidemiologia. *Dor*. 2005; 13:8-11.
 9. Monteiro JM, Matos E, Calheiros JM. Headaches in medical school students. *Neuroepidemiology*. 1994; 13:103-107.
 10. Monteiro J. Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana. Dissertação de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 1995.
 11. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2000; 55:754-762.
 12. Sociedade Portuguesa de Cefaleias [SPC]. [página na internet]. Disponível em: <http://www.cefaleias-spc.com>.
 13. Pryse-Phillips WE, Dodick DW, Edmeads JG, et al. Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice. *CMAJ*. 1998; 159:47-54.
 14. Fernández-de-Las-Peñas C, Florencio LL, Plaza-Manzano G, Arias-Buría JL. Clinical reasoning behind non-pharmacological interventions for the management of headaches: a narrative literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17:4126.
 15. Philip K, Lew P, Matyas TA. The inter-therapist reliability of the slump test. *Aust J Physiother*. 1989; 35:89-94.
 16. Direcção Geral de Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003.
 17. Pais-Ribeiro JL. Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psic, Saúde & Doenças*. 2012; 13:157-168.
 18. Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*. 1999; 46:137-155.
 19. Domingues L, Cruz E. Adaptação cultural e contributo para a validação da escala Patient Global Impression of Change. *ifisionline*. 2011; 2:31-37.
 20. Peixoto MJC. Genética da Enxaqueca. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2012.
 21. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Prognosis of migraine and tension-type headache: a population-based follow-up study. *Neurology*. 2005; 65:580-585.
 22. Ribeiro RL, de Souza Carvalho D. Cefaléia associada aos ciclos hormonais da mulher. *Rev Neurociências*. 2000; 8:93-98.
 23. Macedo CSG, Cardoso JR, de Oliveira Prado FML, de Carvalho PG. Eficácia da terapia manual craniana em mulheres com cefaleia. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2007; 14:14-20.