

APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE MÚSCULO ENERGIA DE ATLAS (C1) EM PACIENTES COM CEFALEIA CERVICOGÊNICA

Ana Carolina de Oliveira¹
Cristina de Sousa Assunção¹
Leandro Semionato Ferreira Viana²

RESUMO

A cefaleia cervicogênica é toda algia com origem nas estruturas da região cervical ou parte baixa do crânio, sendo ela inervada pelos nervos cervicais. Observa-se que a dor é predominantemente unilateral e não alterna a lateralidade, como em casos de enxaqueca que a alternância é comum, e tem origem na região occipital. A técnica de músculo energia (MET) é um tratamento conservador comum para patologias em torno da coluna vertebral. Este trabalho teve como objetivo aplicar a técnica de músculo energia em pacientes com quadro de cefaleia cervicogênica, e analisar os efeitos da técnica após a sua aplicação. Foram selecionados oito pacientes com diagnóstico de cefaleia cervicogênica. No qual foram seis pacientes eram do gênero feminino e dois masculino e possuíam média de idade de 31,0 anos. A rotação cervical avaliada através do goniômetro no primeiro e quinto dia de atendimento, resultaram em um aumento significativo, chegando próximo ou no valor máximo de referência para rotação (0-55°). Verificou-se a intensidade da dor (EVA) antes e após o tratamento, sendo observado a diminuição da queixa de dor. Concluiu-se que o estudo demonstrou através da técnica proposta como intervenção fisioterapêutica, efetiva no tratamento dos sintomas da cefaleia cervicogênica, durante os atendimentos, reduzindo o quadro álgico e aumentando o grau de rotação cervical.

Palavras-chave: Cefaleia cervicogênica. Músculo energia. Terapia manual.

¹Discentes do curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS – MG. E-mail: anacarolinaoliveira@outlook.com

²Docente do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS – MG. E-mail: leandrosemionato@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A cefaleia cervicogênica é toda algia com origem nas estruturas da região cervical ou parte baixa do crânio, sendo ela inervada pelos nervos cervicais. Os discos intervertebrais, articulações interprofisárias, músculos dos três primeiros segmentos vertebrais e artéria vertebral de C1 a C3 são também responsáveis pelos sinais e sintomas (PIZZO et al., 2010). É uma síndrome multifatorial, pois existem diversas etiologias (MULLONY; LAFUENTE; PAREJA, 2005).

Esta síndrome é caracterizada por meio de sinais e sintomas, como: queimação, paroxismos de pontada na região occipital e irradiada na região temporal, frontal e dor em peso. Podendo ser acompanhada ou não de lacrimejamento, eritema ocular, edema palpebral e tontura (MULLONY; LAFUENTE; PAREJA, 2005). E são encontrados na literatura quatro tipos de cefaleias de origem cervical, sendo: as neuralgias, algias vasculares de origem simpática, algias de origem meníngea e algias de origem muscular (BARRETO; MEJIA, 2012).

Para o diagnóstico diferencial é observado que a dor é predominantemente unilateral e não alterna a lateralidade, como em casos de enxaqueca que a alternância é comum, e tem origem na região occipital (TEIXEIRA et al., 2001).

Alterações posturais como anteriorização da cabeça e enfraquecimento profundo da musculatura cervical é verificado nestes pacientes. A instabilidade da musculatura cervical aumenta a rigidez e a fadiga, o que gera desconforto, como dor de cabeça e dor cervical (YANG; KANG, 2017).

Na cefaléia cervicogênica, a compressão da artéria vertebral e do nervo occipital induz a dor, precipitando uma crise que pode persistir por dias ou cessar logo após a descompressão (RACHID; PINHEIRO, 2009). Em episódios de frio, posturas inadequadas e esforço físico, podem desencadear ou agravar a dor (TEIXEIRA et al., 2001).

Para ampliação do comprimento muscular, os estudos apoiam no aumento da tolerância ao alongamento e não ao relaxamento reflexo. O órgão tendinoso de Golgi é o responsável pelo relaxamento muscular após a contração isométrica (FRYER, 2010). A técnica de músculo energia é apontada como a técnica mais efetiva de alongamento, quando é necessário aumentar a amplitude articular (GOMES et al., 2014).

A técnica de músculo energia (MET) é um tratamento conservador comum para patologias em torno da coluna vertebral. O MET é uma técnica de terapia manual, ativa onde o paciente é quem controla a força corretiva. O tratamento é realizado através de contrações

musculares voluntárias de intensidade variável, em uma direção precisa, opondo - lhe contrarresistência moderada (SELKOW et al., 2009).

Aproximadamente 95% da população sofrem ou sofrerão algum episódio de cefaleia ao longo da vida. E a prevalência da cefaleia cervicogênica varia de 0,4 % a 15% entre todos os diferentes tipos de cefaleia, e com predomínio no gênero feminino (ALMEIDA et al., 2014).

O objetivo da pesquisa foi aplicar a técnica de músculo energia em pacientes com quadro de cefaleia cervicogênica, e analisar os efeitos da técnica após a sua aplicação.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo de caso clínico descritivo e experimental. Foram selecionados oito pacientes com diagnóstico de cefaleia cervicogênica. A pesquisa foi realizada na Clínica Articulare/Osteopatia, do município de Varginha/MG, onde todos os envolvidos assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão foram pacientes de ambos os gêneros, que aceitaram participar voluntariamente na pesquisa, idade entre 18 a 60 anos e com quadro sintomático de cefaleia cervicogênica. E os critérios de exclusão foram procedimentos cirúrgicos e fraturas na coluna vertebral, instabilidade ligamentar na região cervical, processos neoplásicos, lesões neurológicas e processos infecciosos e/ou inflamatórios.

Foram realizadas quatro avaliações: Índice de Incapacidade Cervical (NDI - Neck Disability Index) uma escala padronizada e validada na população brasileira pelo Cook et al. (2006), que avalia a intensidade da dor e a capacidade de realização das atividades de vida diária (AVD's), na perspectiva do paciente (ALMEIDA et al., 2014).

A NDI (ANEXO A) é composta por 10 questões, nas quais possuem seis diferentes afirmações de forma progressiva com relação a capacidade funcional, tendo como tempo médio de aplicação três minutos (FALAVIGNA et al., 2011).

Cada questão é pontuada de 0 a 5, totalizando 50 pontos, onde o valor é expresso em porcentagem, numa escala de 0% (sem incapacidade) a 100% (incapacidade completa). Se todas as perguntas forem respondidas o total será dividido por 50, caso houver pergunta sem resposta será dividido pelo número de questões respondidas, onde o resultado desta divisão é multiplicado por 100, para que o valor final seja apresentado em porcentagem, $([\text{score} \div (\text{n}^\circ \text{questões respondidas} \times 5)] \times 100)$ (FALAVIGNA et al., 2011).

A classificação do resultado é dada como sem incapacidade (abaixo de 10%); incapacidade mínima (10-28%); incapacidade moderada (30-48%); incapacidade severa (50-68%); e incapacidade completa (acima de 72%) (FALAVIGNA et al., 2011).

Escala visual analógica de dor (EVA / ANEXO B) que mensura de forma subjetiva a intensidade da dor do paciente, em uma escala de zero a dez, onde zero é o nível mínimo e dez o máximo (ALMEIDA et al., 2014).

Para realização da técnica de músculo energia foi realizado goniometria de rotação cervical onde o braço fixo do goniômetro foi posicionado na sutura sagital, centro do crânio e o braço móvel posicionado ao final do movimento na sutura sagital, e aplicado uma avaliação (ANEXO C) para inclusão de apenas indivíduos com sinais e sintomas da cefaleia cervicogênica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALIA, 2012).

Na técnica de músculo energia o paciente é posicionado na maca em decúbito dorsal, terapeuta se posiciona na cabeceira do paciente, após realizado a avaliação e analisado o lado da restrição, se inicia a técnica, onde a mão cefálica é colocada mantendo a flexão cervical e a mão caudal é posicionada no occipital, realizando uma inclinação e rotação da cabeça. O paciente é solicitado a olhar para o lado da disfunção por três segundos e relaxar. Sendo feitos três ciclos de três contrações isométricas, buscando uma nova barreira motora entre cada ciclo de contrações, provocando contrações isométricas, onde o reflexo do oculocefalogiro é usado para que apenas músculos monoarticulares se contraíam (RICARD, 2008).

Os dados foram lançados no programa Microsoft Excel 2013, gerando valores da média e desvio padrão e posteriormente as informações foram inseridas no programa Past 3 - One-Way (ANOVA), seguido do Teste de Tukey (HAMMER; HARPER; RYAN, 2001).

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário do Sul de Minas (parecer n.º 2.867.093), estando de acordo com os princípios de ética referidos nas Resoluções 196/96 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os oito pacientes que receberam intervenção concluíram todo o tratamento e não houveram intercorrências durante o programa. No qual seis pacientes eram do gênero feminino e dois masculino e possuíam média de idade de 31,0 anos (Tabela 1). O perfil de pacientes era de indivíduos com diagnóstico de cefaleia cervicogênica. A conclusão do programa de tratamento proposto levou em média 4 semanas.

Tabela 1 - Média da faixa etária dos pacientes avaliados e tratados na Clínica Articulare, no município de Varginha/MG, 2018.

Variáveis	Média	Desvio padrão
Idade (20-50)	31,0	7,8

Fonte: o autor.

Em relação a avaliação NDI (Tabela 2) os resultados foram dois dos pacientes com incapacidade leve (10 – 28%), cinco com incapacidade moderada (30 – 48%) e um com incapacidade severa (50 – 68%).

Verificou-se uma melhora do padrão álgico dos pacientes, bem como o aumento da rotação cervical após a intervenção fisioterapêutica. Tais achados corroboram com dados da literatura que em geral demonstram quadro de incapacidade de leve a moderado para esse perfil de paciente, e relatam também bons resultados com as técnicas de terapia manual (ALMEIDA et al., 2014).

Tabela 2 – Valores obtidos na escala de NDI, dos pacientes avaliados e tratados na Clínica Articulare, no município de Varginha/MG, 2018. Incapacidade leve (10-28%); Incapacidade moderada (30-48%); Incapacidade severa (50-68%); Incapacidade completa (acima 72%).

Variáveis	Pontuação	Porcentagem (%)
Paciente 01	20	40
Paciente 02	6	13,3
Paciente 03	19	38
Paciente 04	21	46,6
Paciente 05	15	30
Paciente 06	23	46
Paciente 07	12	24
Paciente 08	32	64

Fonte: o autor.

A rotação cervical foi avaliada no primeiro dia de atendimento onde foi anotado os valores obtidos do lado direito e esquerdo, sendo comparados com os valores encontrados no último dia de atendimento (Tabela 3 e 4), a ADM (amplitude de movimento) dos pacientes atendidos resultaram em um aumento significativo, chegando próximo ou no valor máximo de referência para rotação (0 - 55°) (MARQUES, 2003).

Segundo Almeida et al. (2014), a abordagem articular através das técnicas de mobilização possibilita a recuperação da artrocinemática e proporciona efeitos neuromoduladores para o alívio da dor. O resultado positivo deve-se a relação de hipomobilidade e conseqüente envolvimento destas articulações na cefaleia cervicogênica.

Tabela 3 - Média da ADM através da goniometria ativa dos pacientes avaliados e tratados no primeiro e quinto dia de atendimento na Clínica Articulare, no município de Varginha/MG, 2018.

Rotação da cervical	Média	Desvio padrão	Valor de <i>p</i>
Direita (Primeiro dia)	39,4	5,5	0,0000133
Direita (Quinto dia)	53,5	1,7	

Fonte: o autor.

Tabela 4 - Média da ADM através da goniometria ativa dos pacientes avaliados e tratados no primeiro e quinto dia de atendimento na Clínica Articulare, no município de Varginha/MG, 2018.

Rotação cervical	Média	Desvio padrão	Valor de <i>p</i>
Esquerda (Primeiro dia)	40,9	5,8	0,00008298
Esquerda (Quinto dia)	53,4	1,8	

Fonte: o autor.

Antes e após o tratamento houve diferenças entre as médias dos resultados, que se mostraram estatisticamente significativas para as principais variáveis mensuradas. Verificou-se a intensidade da dor (EVA) antes e após o tratamento (Tabela 5), onde foi observado a diminuição da queixa de dor.

Tabela 5 - Média da intensidade da dor através da escala EVA dos pacientes no primeiro e quinto dia de atendimento na Clínica Articulare, no município de Varginha/MG, 2018.

Intensidade da dor (EVA)	Média	Desvio padrão	Valor de <i>p</i>
Primeiro atendimento	5,5	3,9	0,02365
Quinto atendimento	1,0	2,6	

Fonte: o autor.

Um tratamento adequado à cefaleia reduz a incidência e a automedicação, pois a causa primária pode ser detectada e controlada (OLIVEIRA; PELÓGIA, 2011). Foi aplicado a técnica de músculo energia em atlas (C1), devido a compressão da artéria vertebral, na transição entre a primeira e segunda vértebras cervicais, no decorrer do movimento de extensão e rotação da cabeça, o que gera a cefaleia cervicogênica (TEIXEIRA et al., 2001).

A irritabilidade tecidual e do nervo occipital maior deve-se a sobrecarga biomecânica nas articulações atlanto-axiais, em que encontra-se comprometidos nesta disfunção, e isso pode ser corrigido com exercícios de controle motor na cervical alta, possibilitando um melhor padrão de movimentação para esta região. Com a correção do movimento e melhora proprioceptiva gera um adequado recrutamento muscular possibilitando uma neuroplasticidade cortical, que poderá aumentar a atividade cerebral das áreas de reconhecimento de movimento e diminuição das áreas de interpretação e produção da dor (ALMEIDA et al., 2014).

4 CONCLUSÃO

Concluiu-se que o estudo demonstrou através da técnica proposta como intervenção fisioterapêutica, efetiva no tratamento dos sintomas da cefaleia cervicogênica, durante os atendimentos, reduzindo o quadro algico e aumentando o grau de rotação cervical, contribuindo na melhora da qualidade de vida destes indivíduos, reduzindo a automedicação que pode acarretar várias complicações, além de evitar a perda na produtividade do trabalho e nas atividades de vida diária e sociais, porém, maiores estudos devem ser realizados sobre os efeitos da técnica em pacientes com esta disfunção, visto que a amostra é limitada.

APPLICATION OF THE ATLAS (C1) MUSCLE ENERGY TECHNIQUE IN PATIENTS WITH CERVICOGENIC HEADACHE

ABSTRACT

Cervicogenic headache is all algia originating from the structures of the cervical region or the lower part of the skull, which is innervated by the cervical nerves. It is observed that the pain is predominantly unilateral and does not alternate the laterality, as in cases of migraine that the alternation is common, and originates in the occipital region. The energy muscle technique (MET) is a common conservative treatment for pathologies around the spine. This study aimed to apply the energy muscle technique in patients with cervicogenic headache, and to analyze the effects of the technique after its application. Eight patients with a diagnosis of cervicogenic headache were selected. In which six patients were female and two were male and had a mean age of 31.0 years. Cervical rotation assessed by the goniometer on the first and fifth day of treatment resulted in a significant increase, reaching close to or at the maximum reference value for rotation (0-55 °). Pain intensity (VAS) was verified before and after treatment, with a decrease in pain complaint. It was concluded that the study demonstrated through the technique proposed as a physiotherapeutic intervention, effective in the treatment

of symptoms of cervicogenic headache, during the visits, reducing the pain and increasing the degree of cervical rotation.

Keywords: *Cervicogenic headache. Muscle energy. Manual therapy.*

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, R. S. et al. Efeitos da terapia manual na cefaleia do tipo cervicogênica: uma proposta terapêutica. **Acta Fisiatr.**, 21(2):53-57, 2014.

BARRETO, G. M.; MEJIA, D. P. M. Cefaléia cervicogênica e tratamento fisioterapêutico: uma revisão de literatura. **Faculdade Ávila**, p. 1-13, 2012.

COOK, C. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale. **Spine (Phila Pa1976)**;31(14):1621-7, 2006. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1097/01.brs.0000221989.53069.16](http://dx.doi.org/10.1097/01.brs.0000221989.53069.16)

FALAVIGNA, A. et al. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. **Coluna/columna**; 10(1):62-7, 2011.

FERREIRA, M. C. Adaptação Transcultural para o Português-brasileiro, Validação e Confiabilidade do Questionário para Avaliação de Dor Cervical Profile Fitness Mapping neck. Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: p. 110-111, 2016.

FRYER, Gary. Research-informed Muscle Energy Concepts and Practice. **Edition VOD**, USA: p. 57-62, 2010.

GOMES, F. D. et al. Desempenho de repetições máximas após facilitação neuromuscular proprioceptiva aplicada nos músculos agonistas e antagonistas. **ConScientiae Saúde**, 13(2):252-258, 2014.

HAMMER, Y.; HARPER, D. A. T.; RYAN, P. D. PAST: Paleontological, statistics software package for education and data analysis. **Palaeontologia Electronica** 4(1): 9pp. 2001. http://palaeoelectronica.org/2001_1/past/issue1_01.htm

MARQUES, A. P. Manual de goniometria. São Paulo: **Manole**; ed. 2, 2003. ISBN 85-204-1627-6.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol**; 51(4):299-308, 2011.

OLIVEIRA, A. L. M.; PELÓGIA N. C. C. Cefaleia como principal causa de automedicação entre os profissionais da saúde não prescritores. **Rev. Dor.**, São Paulo: 12(2):99-103, abr./jun., 2011.

O'MULLONY; A. LAFUENTE; J. A. PAREJA. Cefalea cervicogénica. Diagnóstico, diagnóstico diferencial y principios generales del tratamiento. **Rev. Soc. Esp. del Dolor**, v. 12, n. 1, ene./feb., 2005.

PIZZO, R. C. A. et al. O efeito do laser de baixa intensidade no tratamento das cefaleias cervicogênicas: apresentação de sete casos. **Rev Dor**; 11(1):94-100, 2010.

RACHID R. M.; PINHEIRO, L. T. M. A terapia osteopática manipulativa na cefaleia cervicogênica. **RBPS**; 22 (2): 128-134, 2009.

RICARD, François. Tratamiento osteopático de las algias de origen cervical: cervicalgias, hérnias discales, tortícolis, neuralgias cervicobraquiales, cefaleas, migrañas, uértigos. Buenos Aires, Madrid: **Médica Panamericana**, p. 1-464, 2008.

SELKOW, N. M. et al. Short-Term Effect of Muscle Energy Technique on Pain in Individuals with Non-Specific Lumbopelvic Pain: A Pilot Study. **The Journal of manual e manipulative therapy**. v. 17, n. 1, p. 14-18, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA (São Paulo). **Diário da cefaleia**. 2012. Disponível em: <http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=302&Itemid=845>. Acesso em: 27 de julho de 2018.

TEIXEIRA, M. J. et al. Cefaleia de origem cervical. **Rev. Med.**, São Paulo: 80(ed. esp. pt.2):297-306, 2001.

YANG, D. J.; KANG, D. H. Comparison of muscular fatigue and tone of neck according to craniocervical flexion exercise and suboccipital relaxation in cervicogenic headache patients. **J. Phys. Ther. Sci**. v. 29, n. 5, 2017.

ANEXO A

Este questionário foi criado para dar informações sobre como a sua dor no pescoço tem afetado a sua habilidade para fazer atividades diárias. Por favor, responda a cada uma das perguntas e marque em cada seção apenas uma alternativa que melhor se aplique a você (FERREIRA, 2016, p. 110-111).

Seção 1 – Intensidade da dor

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

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

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

Seção 3 – Levantar coisas

- () Eu posso levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- () Eu posso levantar objetos pesados, mas isso faz aumentar a dor.
- () A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas eu consigo se eles estiverem colocados em uma boa posição, por exemplo, em uma mesa.

A dor me impede de levantar objetos pesados, mas eu consigo levantar objetos com peso entre leve e médio se eles estiverem colocados em uma boa posição.

Eu posso levantar objetos muito leves.

Eu não posso levantar nem carregar absolutamente nada.

Seção 4 – Leitura

Eu posso ler tanto quanto eu queira sem dor no meu pescoço.

Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.

Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.

Eu não posso ler tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.

Eu mal posso ler por causa de uma grande dor no meu pescoço.

Eu não posso ler nada.

Pergunta não se aplica por não saber ou não poder ler.

Seção 5– Dores de cabeça

Eu não tenho nenhuma dor de cabeça.

Eu tenho pequenas dores de cabeça com pouca frequência.

Eu tenho dores de cabeça moderadas com pouca frequência.

Eu tenho dores de cabeça moderadas muito frequentemente.

Eu tenho dores de cabeça fortes frequentemente.

Eu tenho dores de cabeça quase o tempo inteiro.

Seção 6 – Prestar Atenção

Eu consigo prestar atenção quando eu quero sem dificuldade.

Eu consigo prestar atenção quando eu quero com uma dificuldade leve.

Eu tenho uma dificuldade moderada em prestar atenção quando eu quero.

Eu tenho muita dificuldade em prestar atenção quando eu quero.

Eu tenho muitíssima dificuldade em prestar atenção quando eu quero.

Eu não consigo prestar atenção.

Seção 7 – Trabalho

Eu posso trabalhar tanto quanto eu quiser.

Eu só consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.

Eu consigo fazer a maior parte do trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.

Eu não consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer.

Eu mal consigo fazer qualquer tipo de trabalho.

Eu não consigo fazer nenhum tipo de trabalho.

Seção 8 – Dirigir automóveis

Eu posso dirigir meu carro sem nenhuma dor no pescoço.

Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.

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

Seção 9 – Dormir

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

Seção 10 – Diversão

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

CLASSIFICAÇÃO: _____ pontos

10-28% (5-14 pontos) - incapacidade leve

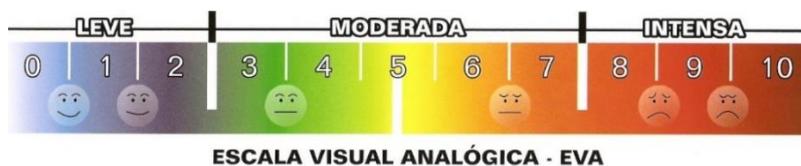
30-48% (15- 24 pontos) - incapacidade moderada

50-68% (25 – 35 pontos) - incapacidade severa

72% ou mais (36 pontos ou mais) – incapacidade completa

ANEXO B

Instrumento utilizado para avaliar a intensidade da dor. Trata-se de uma linha numerada de 0-10, na qual a pontuação de 0-2 significa nenhuma dor ou dor leve, de 3-7 dor moderada e de 8-10 dor intensa. É solicitado ao paciente que relate a dor presente no momento (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).



ANEXO C

DIAGNÓSTICO DE CEFALEIA

Nome do paciente:	Período de avaliação:
Data da dor	
Horário de início da dor	
Manhã	
Tarde	
Noite	
Sono	
Maior intensidade da dor	
Fraca	
Moderada	
Forte	
Qualidade da dor	
Pulsátil/Latejante	
Constante	
Pontadas	
Localização da dor	
Unilateral direita	
Unilateral esquerda	
Bilateral	
Remédios utilizados para melhora da dor e quantidades	
Sumatriptano VO (mg)	

Duração da dor	
Horas	
Minutos	
Segundos	
Fatores desencadeantes identificados	
Menstruação (assinalar o primeiro e o último dia)	
Índice de dor (nº de crises leves x 1 + nº de crises moderadas x 2 + nº de crises fortes x 3) = _____	

FIGURA S75.1 → Diário de dor preenchido em uma paciente com migrânea sem aura (exemplo fictício).
 Fonte: Sociedade Brasileira de Cefaleia. Diário da cefaleia [Internet]. São Paulo: SBC; 2012 [capturado em 31 jul. 2012]. Disponível em: http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=302&Itemid=845. Arquivo em Microsoft Word, disponível para download e posterior preenchimento.³⁹

