



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

THALES FREDERICO RIBEIRO FONSECA

O SIGNIFICADO DAS VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM
CEFALEIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO

BOA VISTA-RR
2013

THALES FREDERICO RIBEIRO FONSECA

O SIGNIFICADO DAS VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM
CEFALEIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de Pesquisa: Saúde, Educação e Meio Ambiente.

Orientadora: Prof. Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula.

Co-orientador: Prof. MSc. Ruy Guilherme Silveira de Souza.

BOA VISTA-RR

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

F676s Fonseca, Thales Frederico Ribeiro

O significado das vivências e percepções de pacientes com cefaleia tipo tensional crônica em tratamento osteopático / Thales Frederico Ribeiro Fonseca. -- Boa Vista, 2013.

76 p ; il.

Orientadora: Profa. Dra. Joelma Ana Gutiérres Espíndula.

Co-orientador. Prof. MSc. Ruy Guilherme Silveira de Souza

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Cefaleia tipo tensional crônica. 2 – Fisioterapia. 3 – Tratamento osteopático. 4 – Pesquisa qualitativa I - Título. II – Espíndula, Joelma Ana Gutiérres (orientador).

CDU 616.831-009.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

THALES FREDERICO RIBEIRO FONSECA

O SIGNIFICADO DAS VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM CEFALEIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO

Dissertação apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde ofertado pela Universidade Federal de Roraima, defendida em 27 de maio de 2013 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula – Orientadora – UFRR

Prof. Dr. Calvino Camargo

Prof. MSc. André Faria Russo

DEDICATÓRIA

À minha esposa, Renata Cristine, que sempre me apoiou e me incentivou na busca pelo conhecimento profissional e soube, com seu amor, carinho e companheirismo, compreender os momentos de minha ausência. Te amo imensamente!

Ao meu filho, Fernando, como incentivo, em sua vida, para que busque com obstinação, aprimorar-se, sempre, em seus conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois a fé em Ti guia sempre meus passos nos caminhos da vida.

À coordenação e a todos que se fizeram importantes no processo de criação e implementação deste programa de pós-graduação *strictu sensu*, em Ciências da Saúde da UFRR. O empenho e a ousadia desta iniciativa se farão refletir em saúde e pesquisa no Estado de Roraima.

À minha orientadora Profa. Dr.^a, Joelma Ana Gutiérrez Espíndula, por sua paciência e condução no estudo da fenomenologia. Com a senhora, tenho muito a aprender. Neste arcabouço teórico, principalmente, pude compreender de forma mais humanizada, a pessoa que vivencia a Cefaleia tipo tensional Crônica, seus significados e o mundo em que esse ator vive.

Ao Dr. Ruy Guilherme agradeço por me assistir nesta pesquisa, auxiliando-me com seus conhecimentos de fundamental importância.

À minha esposa, Renata, pela oportunidade maravilhosa de ser pai de nosso filho Fernando, que nasceu no curso deste mestrado.

Aos demais da família: minha mãe, Elizabete, com quem aprendi a seguir sempre em frente na vida; meu sogro, Ronaldo, e sogra, Marta, pelo apoio e pela disposição a ouvir e proferir palavras de conforto e incentivo; meu irmão, por dividir esta vida comigo, e minha cunhada, por estar sempre disposta a ajudar.

Aos amigos, com quem dividi as aflições e alegrias no desenvolvimento desta pesquisa.

A todos agradeço. Muito obrigado!

A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.
(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

A Cefaleia Tipo Tensional Crônica é uma das formas mais comuns de cefaleia primária. Aproximadamente 90% da população mundial experimentaram ou vão experimentar alguma forma desse mal no decorrer da vida, o que lhes pode ocasionar desfavoráveis mudanças físicas, psicológicas e sociais. Na atualidade, a doença vem sendo discutida pelos profissionais da fisioterapia a partir das próprias vivências do sujeito de maneira a dar um maior valor ao trabalho humanizado, permitindo ampliar as perspectivas de tratamento. Portanto, o presente estudo visa compreender o significado da vivência dos pacientes com CTTC em terapia osteopática. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa exploratória com base na análise fenomenológica proposta por Husserl e interpretada por Bello, cujo propósito é compreender o ser humano na sua totalidade, nas dimensões física, psíquica e espiritual. As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013, no hospital de Boa Vista; participaram oito pacientes diagnosticados com CTTC, na faixa etária de 20 a 60 anos. Desse grupo, foram utilizadas duas entrevistas narrativas para a análise do material discursivo: a primeira antes, e a segunda após o tratamento osteopático. Os resultados permitiram estabelecer cinco núcleos tipológicos: Corpo e Medicalização, atos de julgamento e escolha terapêutica, Atos perceptivos sobre as limitações no trabalho frente à CTTC, Relações interpessoais e rede de apoio, A experiência logo após o atendimento osteopático inicial para a CTTC. Os resultados estudados nos pacientes com CTTC mostraram apreensão, insegurança com os efeitos colaterais dos medicamentos e aguçada percepção corpórea. Além disso, percebeu-se que os pacientes desenvolveram estratégias peculiares de enfrentamento da dor de cabeça, tais como: recolher-se a um ambiente, com ausência de luminosidade, e som após resfriar-se seja em um banho ou utilizando compressas na nuca ou cabeça, com o objetivo de poder dormir melhor, como também percebem que, após o atendimento osteopático, melhoraram nos sintomas de dor, humor, fadiga, recuperação das capacidades físicas e cognitivas e alívio da tensão muscular.

Palavras-chave: Cefaleia Tipo Tensional Crônica. Fisioterapia. Tratamento Osteopático. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The Chronic Tension Type Headache is one of the most common forms of primary headache. Approximately 90% of the world population have experienced or will experience some form of this illness later in life, whatever they may cause adverse physical, psychological and social. At present, the disease has been discussed by practitioners of physical therapy from their own experiences of the subject in order to give greater value to the humanizing work, allowing broaden perspectives treatment. Therefore, this study aims to understand the meaning of the experience of patients with chronic TTH in osteopathic therapy. This is an exploratory qualitative research study based on the phenomenological analysis proposed by Husserl and played by Bello, whose purpose is to understand the human being in its entirety, in the physical, mental and spiritual. The interviews were conducted from November 2012 to February 2013, in the hospital of Boa Vista; attended eight patients diagnosed with chronic TTH, aged 20-60 years. Of this group, two narrative interviews were used for the analysis of discursive material, the first before and the second after the osteopathic treatment. The results allowed the five central typological: Body and medicalization, acts of judgment and choice of therapy, Acts perceptive about the limitations on the work front CTTC, interpersonal relationships and support network, experience soon after the initial osteopathic care for CTTC. The outcomes in patients with chronic TTH showed apprehension, uncertainty about the side effects of medicines and keen insight body. Moreover, it was noticed that patients developed strategies for coping with the peculiar headache, such as retreat to an environment, with the absence of light and sound after it cooled either in a bath or compresses using the neck or head, in order to be able to sleep better, but also realize that after the osteopathic care, improved symptoms of pain, mood, fatigue, recovery of physical and cognitive abilities and relieve muscle tension.

Keywords: Chronic Tension Type Headache. Physiotherapy. Osteopathic treatment. Qualitative Research.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ESF - Estratégia de Saúde da Família

CTTC - Cefaleia Tipo Tensional Crônica

CTT - Cefaleia Tipo Tensional

HCM - Hospital Coronel Mota

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

OMS - Organização Mundial de Saúde

SBED - Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

LISTA DE FIGURAS

FOTO 1 – Técnica de Thrust indireta sobre a pelve.....	28
FOTO 2 – Técnica de Thrust indireta para cervical alta.....	28
FOTO 3 – Técnica de Inibição dos músculos suboccipitais.....	29
FOTO 4 – Técnica de Bombeio do fígado.....	29

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 ASPECTOS GERAIS DA CEFALÉIA	16
2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA CTTC	24
2.2.1 Diagnóstico médico para CTTC.....	24
2.2.2 Tratamento medicamentoso para a CTTC	25
2.2.3 Osteopatia.....	25
2.2.3.1 Diagnóstico Osteopático.....	27
2.2.3.2 Tratamento osteopático em pacientes com CTTC	29
2.2.3.3 Liberação da Pelve.....	30
2.2.3.4 Liberação do eixo vertebral	31
2.2.3.5 Liberação do Crânio	31
2.2.3.6 Liberação do Sistema Visceral abdominal e pélvico.....	32
2.3 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA CTTC	32
2.4 FENOMENOLOGIA.....	34
3 MATERIAL E MÉTODO	39
3.1 PARTICIPANTES.....	41
3.2 LOCAL.....	42
3.3 MATERIAL	42
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
3.5 PROCEDIMENTOS.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES DAS VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS PACIENTES COM CTTC EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO	45
4.1 DOR E SOFRIMENTO X MEDICAMENTO	46
4.2 ATOS DE JULGAMENTO E ESCOLHA TERAPÊUTICA.....	51
4.3 AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E REDE DE APOIO.....	52
4.4 A EXPERIÊNCIA LOGO APÓS O ATENDIMENTO OSTEOPÁTICO INICIAL PARA A CTTC.....	56
4.5 SÍNTESE DOS DISCURSOS DOS PACIENTES COM CEFALÉIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63

ANEXOS	70
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	71
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	73
ANEXO III - PROTOCOLO DE TRATAMENTO OSTEOPÁTICO PARA CEFALÉIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA	75

INTRODUÇÃO

A cefaleia é um sintoma comum. Parte significativa da população – 90% – experimentou ou vai experimentar algum dos tipos desse mal no decorrer da vida (MACEDO et al., 2007; RABELLO et al., 2000). Com isso, podem ocorrer mudanças físicas, psicológicas e sociais nas pessoas acometidas pela cefaleia.

Para melhor entendê-la, a doença é organizada em tipos e subtipos pela Classificação Internacional de Cefaleias (2006), na intenção de descrever os conjuntos de traços característicos dentre as formas de manifestação da cefaleia, isso possibilita a melhor compreensão dessa patologia, desde o diagnóstico até o tratamento. Na atualidade, o subtipo “tensional crônico” é a forma mais comum de dores de cabeça do subgrupo que faz parte das cefaleias primárias. Um dos principais aspectos que caracterizam esse tipo de cefaleia é a tensão ou contração mantida nos músculos pericranianos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde seu 19º encontro, denominado “Nova Esperança”, debateu o problema mundial da cefaleia, e discutiu as abordagens no enfrentamento da doença. No ano de 2011, em conformidade com os esforços da OMS, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) deflagrou campanha, envolvendo profissionais, autoridades e entidades governamentais e não governamentais, membros da mídia e conscientização pública mundial, visando políticas de suporte e acolhimento das pessoas acometidas pela cefaleia.

Considerando as iniciativas da OMS e IASP, em coordenar ações voltadas à conscientização do público e às autoridades sobre os efeitos da cefaleia e suas implicações, incluindo o conhecimento dos aspectos subjetivos de portadores de cefaleia, este estudo se propõe a pesquisar a vivência¹ de pacientes com Cefaleia Tipo Tensional Crônica (CTTC) frente ao tratamento osteopático.

As bases destas ações de cuidados da pessoa com cefaleia são fundamentadas nas dimensões psicossocial e cultural, não somente na dimensão física. Estudos realizados por neurologistas, fisioterapeutas e psicólogos comprovam o dramático e desastroso impacto social, econômico bem como o comprometimento

¹ Vivido é nossa reação interior imediata aquilo que nos acontece, antes mesmo que tenhamos refletido ou elaborado conceitos (AMATUZZI, 2009).

da qualidade de vida que a cefaleia tipo tensional crônica ocasiona ao paciente com este tipo de patologia. A pessoa sente-se estigmatizada pela doença, tendo dificuldades muitas vezes de gerir a família e o trabalho.

Diante da complexidade do tratamento da cefaleia, faz-se necessário o trabalho de uma equipe interdisciplinar com troca de experiências. Menciona-se, inicialmente, a fisioterapia, enquanto profissão que atua com frequência no tratamento das alterações osteomusculares e biomecânicas existentes nas cefaleias, mas também que fomenta o cuidado com as necessidades do paciente portador de CTTC.

O interesse neste estudo surgiu de uma experiência pessoal como profissional na prática fisioterapêutica da osteopatia, atendendo casos de Cefaleia Tipo Tensional Crônica em consultório. Desde 2007, nos casos de pacientes atendidos com cefaleia, foi possível observar com significativa frequência a ocorrência do subtipo “Tensional Crônico”. Ao serem examinados, os pacientes relatavam dentre as principais queixas a dor de cabeça bilateral com crises diárias ou muito frequentes, e duração de poucos minutos ou até dias. Muitas vezes eram descritos casos de intensa dor de cabeça que evoluíam para náusea e fotofobia. Durante o exame físico, identificava-se, nestes pacientes, sempre dor à palpação manual, principalmente na base da nuca. Tais sinais e sintomas definem a CTTC.

Nesta proposição, dentro da prática fisioterapêutica surgiram alguns temas que deram origem às perguntas norteadoras deste estudo, elas são:

- *Qual o significado da vivência dos pacientes com CTTC frente ao tratamento osteopático?*
- *Quais os fatores que podem levar o paciente a escolher o tratamento osteopático para a CTTC?*
- *Qual a percepção do paciente com CTTC antes e logo após o tratamento osteopático?*

De tal modo, a proposta desta dissertação de mestrado é conhecer por meio da abordagem fenomenológica, os significados das vivências e percepções dos pacientes com cefaleia tipo tensional crônica em tratamento osteopático. Esta perspectiva permite olhar o corpo vivo do paciente sem separá-lo da psique, em contraposição da tradicional visão biomédica mecanicista e fragmentada. Torna-se importante entender como se constitui o fenômeno especificamente da corporeidade

na vivência dos pacientes com CTTC. Para se apreender este fenômeno é preciso compreender os aspectos que caracterizam a doença e a assistência terapêutica médica e osteopática, o modo como o participante percebe sua vida e seu corpo, aspectos psicossociais, econômicos, e o significado dado subjetivamente ao atendimento terapêutico vivenciado.

Investigou-se sobre os elementos subjetivos da vivência, como instrumento facilitador na relação entre médico fisioterapeuta e paciente, aceitação e aplicação de modelos de tratamento, bem como os resultados do trabalho, quando este se faz multidisciplinar, para lidar com os aspectos psicossociais apresentados. Adotou-se o modelo orientado pela perspectiva fenomenológica, para tratar da metodologia e dos resultados da pesquisa, considerando como fenômeno a CTTC na vivência dos pacientes em sua totalidade física, psíquica e espiritual.

Portanto, com base nos resultados apontados nesta pesquisa, a escolha metodológica se deu principalmente em função da abordagem fenomenológica. Para isso, neste estudo adotou-se a investigação qualitativa, descritiva com o uso das entrevistas abertas, pois elas proporcionam uma ampla compreensão da subjetividade dos participantes.

O tema é atual e relevante e se confirma conforme a literatura e o papel da mídia em divulgá-la como um problema social. Torna-se um desafio para pesquisadores e profissionais, a exemplo dos que se dedicam à fisioterapia, investigar a situação de pacientes com diagnóstico de CTTC em tratamento “alternativo”, no enfrentamento do adoecimento na vida.

Espera-se com este estudo contribuir para a literatura acadêmica no Brasil, especificamente na cidade de Boa Vista-RR, onde não foi encontrado nenhum estudo indexado no tema proposto. Com esse propósito, organizou-se esta dissertação em cinco partes: os objetivos, o embasamento teórico, que se refere à assistência terapêutica médica e osteopática, os materiais e métodos, a análise fenomenológica e a síntese dos discursos dos pacientes, por fim, as considerações finais.

1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer através da abordagem fenomenológica o significado da vivência dos pacientes com cefaleia tipo tensional crônica em tratamento osteopático.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a percepção, a capacidade vital e os sentimentos do paciente com cefaleia tipo tensional crônica antes e logo após o atendimento osteopático inicial.
- Identificar os fatores que podem levar o paciente a escolher o tratamento osteopático para seu tratamento de CTTC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DA CEFALeia

A dor na região cefálica é denominada “cefaleia”, motivo de dor mais frequente e de encaminhamentos de pacientes a ambulatorios de neurologistas (GARANHANI, 2003). A cefaleia do tipo tensional crônica, embora geralmente menos intensa do que a enxaqueca é ainda uma das doenças mais onerosas da sociedade moderna, devido a sua maior prevalência, sendo a maior dentre todos os tipos de cefaleia (RASMUSSEN ET AL., 1991; SCHWARTZ ET AL., 1998).

As cefaleias são divididas em dois subgrupos: primárias e secundárias. As cefaleias primárias abrangem as que não mostram nenhum achado patológico, quando são usados os métodos de investigação clínica e técnica. São doenças independentes e não um sintoma secundário, sendo elas próprias a doença e o sintoma. Fazem parte do subgrupo das *cefaleias primárias*, a migraena, a cefaleia do tipo tensional, a cefaleia em salvas e outras cefaleias trigêmeo-autônômicas. As cefaleias secundárias são decorrentes ou causadas por outras doenças, inclusive sistêmicas, englobam vários tipos diferentes de cefaleias ou podem estar atribuídas a simples infecções virais de vias aéreas superiores, graves neoplasias intracranianas ou como sequela de traumatismo crânio-encefálico (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CEFALeIAS, 2006).

Em razão da existência de quase duas centenas de quadros clínicos de dor nesta região, essa patologia apresenta-se como a de maior prevalência no mundo, cerca de 80% da população mundial sofre com isso (FERNÁNDEZ DE LAS-PEÑAS et al., 2006; JUCÁ, 1999; MATTA; MOREIRA FILHO, 2003; RABELLO et al., 2000).

No Brasil, Queiroz (2009) refere-se a um estudo epidemiológico nacional de base populacional sobre a cefaleia. Constatou-se que, na realidade, a prevalência anual é de 13% de cefaleia tipo tensional crônica (CTTC), com mostra mais prevalente em homens, na faixa etária de 20 a 50 anos, alta escolaridade, em comparação com a cefaleia tipo migraena. Entretanto, estudos nacionais e internacionais de Domingues (2004); Bernardi (2008); Pohls e Rodríguez (2000)

discutem a prevalência do gênero feminino, quando comorbidades² como o estresse, ansiedade, depressão e insônia estão associados à cefaleia e à cefaleia de tensão. Os autores discutem que tal ocorrência pode estar relacionada às flutuações cíclicas de estrogênio e progesterona que aumentam as respostas ao estresse, desenvolvendo o mal-estar da dor de cabeça.

O conceito de cefaleia tipo tensional surgiu no século XIX. William Osler, nos EUA, foi o primeiro a opinar que tais dores pudessem ter como causa a contração muscular. Rodrigues (2001) complementa que James Cyriax, também americano, injetou, no início deste século, solução hipertônica nos músculos da cabeça, levando-os a um espasmo palpável e consequente cefaleia. Cinco anos mais tarde, Harold Wolff reproduziu esta experiência e postulou que qualquer contratura muscular reflexa na cabeça e no pescoço poderia levar à cefaleia; além disso, tensão emocional, também, poderia resultar em contraturas musculares, e tais contraturas promovem a compressão das artérias subjacentes, resultando num processo isquêmico doloroso.

Segundo Silva (2003), a dor da CTTC é permanente ou semipermanente; mais acentuada pela manhã, mas pode diminuir no fim do dia, sem desaparecer inteiramente. Em alguns casos, envolve a cabeça, dando uma sensação de capacete; mas, frequentemente é bifrontal, occipital e até cervical. Na maioria dos casos, os doentes reconhecem facilmente que a dor é sentida na parte externa do crânio. A dor não é agravada pela tosse, espirro ou movimentos, mas pode se acentuar quando num esforço de atenção. Observa-se o aparecimento de uma dor superficial à pressão das regiões parietais, e à palpação dos músculos cervicais ou durante a exploração da emergência do nervo occipital de Arnold.

No organismo humano, os músculos da cabeça e pescoço parecem ser relativamente susceptíveis ao desenvolvimento de contração muscular mantida. Os músculos geralmente afetados nas cefaleias incluem os músculos frontais, occipitais, temporal, masseteres, músculos cervicais profundos e os trapézios (FARREL, 1989).

² Comorbidade refere-se a “qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença índice esteja sob estudo” (PETRIBÚ, 2001, apud FEINSTEIN, 1970).

Apesar de sua alta frequência na população do Brasil e do Mundo, a etiologia da Cefaleia tipo tensional crônica (CTTC) não está, ainda, bem esclarecida. Atualmente, acredita-se que além de uma maior sensibilidade aumentada no tecido miofascial pericraniano, dada em nociceptores periféricos, exista a alteração da modulação central da dor, de modo que ocasione uma sensibilização ou facilitação do sistema nervoso central, que pode ocorrer através de transações bioquímicas ou do circuito neuronal, desde os núcleos da base, sistema límbico e neurônios do tronco encefálico (ANDERSON; SENISCAL, 2006; RABELLO et al., 2000; SÖDERBERG ETAL., 2006; VAN ETTEKOVEN; LUCAS, 2006).

As pesquisas (ANDERSON; SENISCAL, 2006; JUCÁ, 1999) mencionam que as cefaleias são mais frequentes nos indivíduos tensos e ansiosos e naqueles cujo trabalho e postura requerem a contração sustentada dos músculos temporal, frontal e da região posterior cervical. O estresse psicológico e a fadiga seriam também promotores da CTTC.

O estudo de Van Suijlekom (2003) mensura a qualidade de vida de pacientes com a cefaleia cervicogênica, migrânea e cefaleia tipo tensional, utilizando o questionário SF36, revelando significativa redução da função física relatadas pelos pacientes com cefaleia tipo tensional. Demonstrou ainda que o impacto na qualidade de vida nestes pacientes depende, em grande medida, da cronicidade da dor de cabeça e frequência dos ataques.

A doença crônica desenvolve impacto na vida diária, interfere com o trabalho e atividades sociais, e sobrecarrega as perspectivas futuras, e tem impacto dramático sobre a condição social e econômica daqueles que são afetados (HERZLICH; ADAM, 1994).

Pessoas que sofrem de cefaleia crônica, segundo Lonardi (2007), enfrentam um dilema nas relações sociais: eles devem esconder sua doença, ou torná-la evidente? Quando escondem, qualquer representação social possível da doença é negada, o que poderia levar a carregar o peso da doença por si só, sem apoio social. Por outro lado, tornar visível a dor de cabeça crônica, pode resultar em estigma.

Stovner (2007), afirma que existe atualmente uma mudança de perspectiva quanto a considerar muitas dores de cabeça como manifestações de doença crônica. Tal mudança pode levar à merecida atenção do peso e custo que as cefaleias representam para o indivíduo e para a sociedade. A OMS (2001) listou a cefaleia como um dos mais incapacitantes distúrbios entre vinte outros em todo o mundo, e

está entre os dez maiores em mulheres. De acordo com uma revisão de todos os estudos de base populacional de cefaleia realizada por Stovner (2007), desencadeou-se a iniciativa da campanha para reduzir o fardo da cefaleia no mundo inteiro.

A partir de pesquisa realizada por Vincent (1998), em uma empresa brasileira durante trinta dias, foi identificado que a CTTC representou 1,7% dos diagnósticos de cefaleia entre os empregados. O resultado da pesquisa demonstrou que, devido ao caráter frequente das cefaleias, custos significativos podem ocasionar às empresas, embora seu tratamento seja comparativamente barato com índices de sucesso compensadores, indica que investir preventivamente na identificação dos sintomas e no tratamento apropriado das cefaleias constitui-se em importante medida de redução de custos, eliminação de ansiedades e outras desordens afetivas relacionadas à dor crônica, melhorando a qualidade de vida e aumentando a produtividade.

A dor da cefaleia encontra-se entre os principais motivos de absenteísmo ao trabalho, licenças médicas e baixa produtividade no trabalho, reconhecido problema de saúde pública, pela sua prevalência, alto custo e pelo impacto negativo na qualidade de vida de pacientes e familiares (PIANCASTELLI, 2009).

Em relação às iniciativas institucionais, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), desde sua décima nona conferência, vem organizando ações educacionais, incentivando pesquisas e realizando diversas parcerias para o combate da cefaleia e seus efeitos devastadores sobre as pessoas, sociedade, e consequente impacto socioeconômico. Na reunião do comitê em 2011, foi aprovada a parceria de mais 190 organizações não governamentais que trabalham com a promoção da saúde humana, educação e pesquisa.

No Brasil, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), em parceria com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) encabeça a ramificação das ações brasileiras não governamentais através da campanha do Ano Mundial contra a Dor de Cabeça, que iniciou em 2011 e encerrou em outubro de 2012. Segundo Speciali (2011), pretendeu-se, com essa campanha, alertar e estimular as discussões sobre o assunto em nível nacional, tanto entre as autoridades quanto com a população. Dessa forma, fomentar a educação de profissionais de saúde, autoridades e população em geral.

Em termos de políticas públicas, uma portaria³ de outubro de 2012, do Ministério da Saúde, no mesmo mês que finaliza a campanha do ano mundial contra a dor de cabeça, contrasta com os esforços não governamentais. O Brasil trata o tema da cefaleia por meio de políticas públicas implantadas e implementadas no SUS que abrangem a cefaleia. Tais políticas buscam organizar o atendimento de forma humanizada, oferecer terapêuticas complementares e integrativas além da medicamentosa e, sobretudo, entender determinantes sociais que identifiquem na população as desigualdades em saúde.

Como exemplo dessas iniciativas governamentais que interagem com cefaleia, está a Política Nacional de Promoção a Saúde (Brasil, 2006). Em sua amplitude, a referida ação pública abrange o cuidado com a cefaleia, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na unidade básica da saúde. A ESF utiliza o método clínico centrado na pessoa, procura identificar sinais de alerta em pessoas com cefaleia, e estabelece tanto uma sistemática para o manuseio, quanto para o acolhimento, abordando e acompanhando as pessoas com fatores psicogênicos como a depressão associadamente à cefaleia.

A investigação da cefaleia sobre o prisma dessa política nacional valoriza e incentiva a avaliação do estado emocional do indivíduo para saber: como ele recebe a informação dolorosa, sua capacidade de tolerância à dor e o contexto social.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, que preza pela universalidade, equidade e integralidade, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a medicina tradicional chinesa é reconhecida, contemplando-se, dentre as doenças abordadas por essa terapia, a cefaleia aproxima esta prática complementar de pessoas de baixa renda (Brasil, 2006).

A fisioterapia é amplamente utilizada no tratamento da cefaleia do tipo tensional, mas as evidências científicas de quaisquer benefícios ou efeitos possíveis são bastante limitadas pela falta de estudos acerca desse assunto (TORELLI et al., 2004; FERNANDEZ DE LAS PENAS, 2008). No entanto a fisioterapia compreende uma imensa área de condutas terapêuticas para a promoção da reabilitação, atuando dentre outros sistemas também no sistema músculo-esquelético (HOFFMANN, 2003).

³ Ministério da Saúde - Portaria 1083 de 02 de outubro de 2012, trata do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, exclui das buscas que compõe o protocolo as cefaleias (Ministério da Saúde – Portaria N.1083, de 02 de outubro de 2012).

Tendo em vista a necessidade de informações que clarifique os conceitos e aspectos relevantes à compreensão do problema deste estudo, foi realizada uma breve pesquisa bibliográfica em bancos de dados eletrônicos, no portal de periódicos científicos da CAPES, SCIELO, BIREME, DEDALUS, MEDLINE, COCHRANE, e em livros clássicos, jornais e revistas especializadas, teses e dissertações, utilizando como descritores “Cefaleia Tipo Tensional Crônica, Osteopatia, Tratamento Osteopático”, nos idiomas português, inglês, e espanhol. Amplo material foi encontrado na literatura sobre o tema proposto. Porém foi feita nova busca relacionando estes descritores com pesquisa qualitativa. Nesta nova busca foram encontradas poucas ocorrências, porém nenhuma destas ocorrências relaciona o conjunto de descritores pesquisa qualitativa, cefaleia tipo tensional crônica e tratamento osteopático.

Em uma revisão sistemática da literatura realizada por Posadzki e Ernst (2011), mostrou-se a manipulação espinal como uma terapia frequente no tratamento das cefaleias. Fernández de Las Peñas et al, (2006) mencionaram a eficácia do tratamento de cefaleia tipo tensional por meio do tratamento com manipulação vertebral revelando-se inconclusivo.

No entanto em contraponto ao referido estudo, Bronfort et al. (2001) realizou uma revisão e mostrou resultados significativos da manipulação espinal na cefaleia tipo tensional com eficácia comparável ao uso de medicação profilática de primeira linha amitriptilina. O estudo de Hoyt et al. (1979), também demonstraram a redução da dor a palpação manual, na cefaleia tipo tensional crônica imediatamente após uma sessão de tratamento osteopático utilizando manipulação espinal.

MACEDO et al. (2007) em um estudo quantitativo, também demonstraram redução significativa da intensidade, frequência e duração das crises de cefaleia crônica em 37 mulheres que utilizaram terapia manual craniana.

Apesar disso, Hammill et al. (1996) destacam em seu estudo realizado em vinte pacientes com diagnóstico clínico de cefaleia tensional, em um programa de fisioterapia com exercícios, indicaram resultados significativos na redução da frequência e duração da dor, e que nenhum dos pacientes que compunham seu grupo de pesquisa haviam procurado um fisioterapeuta anteriormente.

Em um estudo quantitativo, realizado por Anderson e Seniscal (2006), com objetivo de comparar os efeitos do tratamento osteopático e relaxamento muscular progressivo (RMP) em vinte nove pacientes com CTT concluíram que pessoas que

fizeram exercícios de relaxamento muscular progressivo e receberam três tratamentos de osteopatia tinham significativamente mais dias, por semana, sem dor de cabeça do que aqueles que fizeram apenas exercícios de relaxamento.

No estudo de Matta e Moreira Filho (2003) quantitativo, investigou em 50 pacientes com CTTC a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão, destes 44% foi detectada ansiedade e 40% sintomas de depressivos.

Fride (2007), explica a relação do sistema canabinoide endógeno, com aspectos comportamentais presentes na cefaleia, e afirma que receptores canabimiméticos, estão implicados em diversas funções fisiológicas. Nos estudos de (WEIL, 1968; MUSTY, 2002) realizados em humanos, o sistema canabinoide endógeno, também está relacionado com a redução do sofrimento, antinocicepção, euforia e sensação de bem estar.

MacPartland et al. (2005) relacionaram alterações significativas nos níveis de receptores canabimiméticos endógenos no cérebro de pacientes, após o tratamento osteopático, provocando mudanças nas respostas dos sujeitos, que descreveram sensação de descanso, e relaxamento, melhora do apetite, sensação de segurança, aumento da racionalidade, melhora da circulação cardiovascular e redução da paranoia. Gemma et al. (2011), também investigaram em pesquisa quantitativa, o papel do sistema endocannabinoide em ratos, no hipocampo ventral, sugerindo um papel importante do sistema endocannabinoide sobre o medo, e a analgesia endógena. Os resultados destes estudos mostraram resultados complementares, no sentido de embasar efeitos atribuídos ao tratamento osteopático, em pacientes que apresentem alterações psíquicas, como medo, ansiedade e depressão, e sensitivos como a dor. Esses autores propõem que modalidades de cura popularmente associados com mudanças no sistema de endorfina, como o tratamento manipulativo osteopático, pode atualmente ser mediado pelo sistema endocannabinoide.

Na esfera da multifatorialidade clínica que envolve o paciente que sofre com cefaleia, neste grupo também a CTTC, aspectos psicológicos, farmacológicos, educacionais e terapêuticos são elencados nas pesquisas a seguir mostrando um ciclo preocupante nas vivências destas pessoas. Nadeen et al. (2012), exploraram através de pesquisa qualitativa preocupações recorrentes sobre causas orgânicas secundárias para dor de cabeça, como um tumor cerebral. Alguns relataram medos, angústias. Sentem um ciclo vicioso de dores de cabeça envolvendo o estresse.

Muitos acreditavam que precisavam ser examinados com exames por imagem do cérebro, e mais da metade tinha algum exame destes, todos os quais foram normais. O autor recomenda intervenções de saúde relacionada com a ansiedade, afirma que esta pode ajudar no tratamento multidisciplinar da dor de cabeça.

Gonzalez et al. (2013), procuram em seu estudo quantificar a depressão, ansiedade, e incapacidades nas formas de cefaleia em salvas e enxaquecas. Utilizando escalas de depressão e ansiedade de Hamilton, teste de Midas e SF36 para qualidade de vida. Concluíram que em uma amostra de 54 pacientes com Cefaleia do tipo em salvas e 80 com enxaqueca, a ansiedade e a depressão são mais importantes nas formas crônicas, corroborado pelo teste de Midas e SF36, devido a maior frequência de episódios de dor de cabeça nas formas crônica. A cefaleia pode trazer consequências financeiras negativas, para eles e suas famílias, além de que pode ocorrer grave transtorno do humor, mas acredita-se que é importante reconhecer precocemente seus sintomas e oferecer melhores terapias simultaneamente e tratamento multidisciplinar a estes pacientes.

No estudo de Abbass, Lovas e Purdy (2008) mostraram somatização, ansiedade e distúrbios de personalidade como características comuns dos pacientes com cefaleia crônica. Indicam a psicoterapia para tratar destes pacientes que sofrem, e auxiliam-no a lidar com suas experiências emocionais.

Outro estudo (HAAG et al., 2011) relata que o uso excessivo de medicação para dor de cabeça como um grave problema, relativo a pacientes com enxaqueca e cefaleia tipo tensional que tomam medicamentos regularmente em mais de 10 a 15 dias por mês, desta forma, têm um risco aumentado para desenvolver dor de cabeça de outro tipo, a cefaleia desencadeada por uso excessivo de medicação. Neste contexto o paciente pode evoluir também para um quadro de intoxicação por medicamento, sendo necessária a ativação de protocolos terapêuticos para tal demanda. Como indica a pesquisa de Munksgaard (2013), a estratégia de desintoxicação do paciente que fez uso excessivo de medicação para cefaleia, pode ser eficaz, desde que tenha acompanhamento próximo e por uma equipe multidisciplinar por um ano, visto que o uso de outras medicações nesse processo é de uso limitado.

No universo terapêutico do paciente com cefaleia tipo tensional crônica, que experiência dor de cabeça pelo menos 15 dias por mês e história antiga de início da doença, alterações psicológicas, socioeconômicas e complicações medicamentosas,

remontam a um ciclo vicioso que representa grave complicação de saúde. A resposta a este quadro está sendo descrita na comunidade científica mundial, no sentido de buscar por soluções alternativas ou complementares, na forma de constituir equipes multidisciplinares que abordem este sujeito em toda sua totalidade.

2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA CTTC

2.2.1 Diagnóstico médico para CTTC

As causas exatas da CTTC, enquanto subtipo da cefaleia tipo tensional, ainda são desconhecidas. Sabe-se que mecanismos periféricos miofasciais, a atividade muscular pericraniana mais elevada e a desregulação central de estruturas de processamento da dor estão implicados.

A disnocicepção⁴ é observada e predominante na CTTC, de modo que tanto o diagnóstico, quanto o tratamento da CTTC, baseiam-se exclusivamente nos sinais clínicos (SCHONEN, 2000). Os sinais característicos da CTTC são dores de cabeça (cefaleia) por mais de 15 dias por mês, podendo ocorrer durante mais de 3 meses, ou mais de 180 dias por ano, com duração de horas ou mesmo contínua. Além disso, podem ocorrer, também, fotofobia, fonofobia ou náusea leve, a dor a palpação manual bilateral na nuca é referida ao exame (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

O diagnóstico convencional é realizado pelo médico e os tratamentos farmacológicos para a CTTC são variados. Porém, Krymchantowski (2001), menciona que poucos destes tratamentos demonstram real eficácia em estudos controlados de boa qualidade. Os pacientes com CTTC são mais difíceis de tratar devido ao caráter muitas vezes contínuo da cefaleia e ao envolvimento marcante de aspectos fisiológicos e psicológicos (SCHOENEN, 2000).

⁴ A disnocicepção é o um distúrbio funcional do reconhecimento da dor, e ocorre no sistema nervoso central (SHOENEN, 2000)

2.2.2 Tratamento medicamentoso para a CTTC

O tratamento medicamentoso preventivo de escolha para a CTTC, cuja característica da doença seja igual ou superior a duas vezes por semana sem ainda ultrapassar 15 dias por mês, são os antidepressivos tricíclicos. Estes revelam uma variedade de efeitos farmacológicos, sendo alguns como o aumento da serotonina devido à inibição de sua receptação, a liberação de endorfinas e a inibição dos receptores de NMDA (N-metil-D-aspartato), que atuam na transmissão dolorosa (SCHOENEN, 2000). A redução na regulação de receptores de serotonina⁵ 5-HT(5-hidroxitriptamina) e a diminuição da densidade de beta-receptores também são mecanismos propostos (SAPER, 1993). Neste grupo de medicamentos, o recomendado é a nortriptilina em doses de 4-5 mg/kg, duas vezes ao dia ou em dose única à noite, por seu menor efeito colinérgico (KRYMCHANTOWSKI, 1996; SCHOENEN, 2000). A Academia Americana de Neurologia recomenda também o uso da amitriptilina, antidepressivo tricíclico, por ter sido mais frequentemente estudada do que outros agentes antidepressivos (RAMADAN NM, ET AL., 2000).

As doses devem ser iniciadas de forma gradual e, se o paciente apresentar melhora superior a 80%, após quatro meses, o tratamento poderá ser diminuído progressivamente até a suspensão. Entretanto, naqueles pacientes com sintomas psicológicos exuberantes, como depressão, ansiedade e nervosismo, pode ser associada à fluoxetina ao tricíclico, permitindo assim, a redução de sua dose e, consequentemente, de seus efeitos adversos (, 2000).

2.2.3 Osteopatia

A osteopatia, enquanto modelo de intervenção que contempla o tratamento da cefaleia tensional, é reconhecida no Brasil como especialidade da profissão de fisioterapia a partir da resolução nº. 220, de 23 de maio de 2001. O fisioterapeuta osteopata utiliza procedimentos manuais de ajustamento de estruturas do corpo

⁵ A serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5HT): desempenha papéis críticos na modulação do humor, no ciclo de sono-vigília, regulação visceral e controle motor, na motivação e cognição, na percepção da dor e na função neuroendócrina (NADAL-VÍCENZ, M.; CHYUNG, J.H; TURNER, J.T., 2009)

conhecidos como “manipulação”. A manipulação visa restaurar a função dos sistemas corporais implicados no processo de adoecimento.

A osteopatia deve seu nome ao médico osteopata americano Andrew Taylor Still, que a partir de sua experiência clínica, elaborou as bases conceituais e filosóficas deste tratamento, apresentando em 1829, as leis pelas quais o osteopata deve nortear sua percepção diagnóstica, chamada de “as quatro leis de Still”. Ricard (2009, p.12), introduz a compreensão destas leis explicando que a “osteopatia é o estudo dos efeitos internos e externos que afetam a estrutura humana”. Portanto, a primeira lei, *A estrutura governa a função*, representa o entendimento de que a doença não se desenvolve se a estrutura corporal humana estiver íntegra. A segunda lei, *A unidade do corpo*, consiste na capacidade de inter-relação entre as estruturas corporais, repercutindo um estímulo de forma global no corpo, situando esta unidade no sistema miofascial-esquelético, que é capaz e suscetível de guardar, em sua memória, o trauma experienciado. A terceira lei, *A autocura*, é a capacidade inerente do corpo humano em encontrar o equilíbrio tanto físico, bioquímico como mental, autocurar-se (homeostasia). O tratamento osteopático pretende ajudar esse mecanismo. A quarta e última lei, *A lei da artéria*, compreende a permeabilidade sanguínea entre os tecidos, permitindo o transporte de todos os elementos nutritivos e assegurando a imunidade natural do corpo. A vascularização correta é indispensável para uma fisiologia correta.

Ricard (2009) ainda explica que para o corpo funcionar de forma otimizada é necessário que os sistemas principais corporais músculo-esquelético, visceral, craniano estejam em harmonia.

Embora pesquisas sobre a eficácia de intervenções terapêuticas osteopáticas, que utilizam a pesquisa quantitativa sejam importantes, os resultados que elas produzem são tradicionalmente desprovidos de informação subjetiva. Thomson (2011) propõe que a natureza multidimensional da ciência da osteopatia encontra na pesquisa qualitativa, importante instrumento metodológico, permitindo ao osteopata relacionar e contextualizar o subjetivismo informado a dados clínicos que se apresentam no atendimento. Na prática, esta perspectiva de atuação do fisioterapeuta osteopata, centrada no ser humano, e não propriamente em sua doença, é uma realidade inerente por formação. A base da concepção da osteopatia necessita do arcabouço subjetivo informado pelo sujeito, desta forma é possível compreender as necessidades da saúde do paciente, e elaborar procedimentos

terapêuticos adequados.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que é baseada no quadro da OMS de saúde e incapacidade, reconhece os pacientes dentro de um modelo biopsicossocial de saúde e considera a deficiência como mais do que uma disfunção “médica” ou “biológica”, também leva em consideração os aspectos sociais da deficiência (OMS, 2000). Fazer uso de evidências em pesquisa qualitativa, cujos resultados são baseados nas experiências do paciente, pode levar a inestimável compreensão de como uma doença desenvolve impacto pessoal e social na experiência de saúde de um sujeito.

Nesta fundamentação teórico-metodológica fica claro o que é a cefaleia tipo tensional crônica (CTTC) e sua repercussão social, econômica e na experiência de saúde dos pacientes com CTTC, bem como a contribuição que a pesquisa qualitativa agrega neste estudo.

2.2.3.1 Diagnóstico Osteopático

Assimilado os conceitos norteadores supracitados, considera-se o diagnóstico osteopático, distinto do diagnóstico médico. O diagnóstico osteopático é etapa necessária para eleição de técnicas e procedimentos osteopáticos.

O diagnóstico osteopático é direcionado inicialmente a pesquisar a relação das partes do sistema músculo-esquelético com os outros sistemas corporais. Para tanto é realizada avaliação sistemática, utilizando testes especiais correlatos a cada estrutura, na intenção de estabelecer relação de causalidade e sincronia funcional com a queixa, utilizando o conceito de cadeias ascendentes e descendentes (relação entre tálus, sacro e crânio). Os resultados desta relação de estruturas identificadas como importantes a serem corrigidas ou “normalizadas”, produzem o caminho terapêutico a seguir pelo osteopata. A partir desta avaliação sistemática, é realizada avaliação segmentar, no caso deste estudo a região cefálica. Como instrumento de avaliação, utiliza-se a anamnese, inspeção, palpação, testes de mobilidade, exame neurológico cefálico e exame dos distintos ossos do crânio.

Na anamnese o interrogatório busca descobrir sintomas próprios de cada um dos tecidos cranianos, e neste também ouvir queixas de dores referidas

relacionadas com: os nervos cranianos, músculos, meninges, seios venosos, artérias intra e extracranianas (RICARD 2002, 506).

A inspeção osteopática aprecia a forma do crânio e cada osso que o constitui, o tamanho das órbitas e olhos, forma do nariz, forma do palato duro (largo, plano em flexão, profundo e estreito em extensão), aprecia-se ainda a forma da abóbada craniana e as classes de oclusão dental (RICARD 2002, p.506).

No que tange a palpação do crânio, se apreciará a forma global do crânio e a posição relativa e comparativa de cada osso entre si, realizando-se manualmente, da superfície a profundidade tecidual analisando desde a pele, músculos (aparece os pontos trigger ou gatilho), suturas (impactadas ou afastadas, pontos gatilhos suturais), nervos (busca de zonas dolorosas e pontos de Valleix nervosos), até a aponeurose epicraniana e periósteo, ao mesmo tempo em que é percebida a densidade e sensibilidade destas estruturas (RICARD 2002, p.507).

Os testes de mobilidade manuais se ocupam de analisar a restrição de movimento entre os ossos do crânio, suturas, membranas intracranianas, e rebote líquido intracraniano (RICARD 2002, p.508), tratando-se do exame neurológico cefálico osteopático, acompanha, ainda, os procedimentos de avaliação clínica dos “pares cranianos”.

Em relação ao exame dos distintos ossos do crânio, de forma cuidadosa o occipital é avaliado, pois é fonte de dor referida da CTTC, e osso influenciado pelo alinhamento do eixo cervical, oclusão dental e transtornos do VI, VII, X, XI e XII pares cranianos, espasmos musculares cervicais e cranianos (RICARD 2002, p.518-527).

Neste exame dos distintos ossos do crânio avalia-se, sobretudo a interpelação dos demais ossos do crânio entre si, intencionando individualmente e comparativamente, correlacionando esses dados adquiridos da palpação analítica com a posição relativa interóssea, interarticular e movimentos do sistema crânio-sacro. Tais dados revelam a possibilidade de sensibilização de elementos neurológicos e vasculares em suas passagens ósseas e o comportamento dos ossos cranianos durante o movimento respiratório (abertura e fechamento craniano), de modo que este referencial diagnóstico osteopático constitui guia para o tratamento dos pacientes com CTTC.

Seguindo a ótica osteopática da gênese da cefaleia tipo tensional crônica, Loza (2004, p.17), explica que:

a hiperatividade gamma dos músculos suboccipitais é responsável por uma hipertonía permanente ao nível destes músculos. Os músculos não podem relaxar-se produzindo uma dor do tipo isquémica. O músculo estriado não está fisiologicamente preparado para manter uma contração sustentada sem fase de repouso. A hipertensão intramuscular diminui a pressão vascular intramuscular e se opõe a pressão intraluminal.

Este mecanismo neuromuscular cíclico, que resulta em contração mantida dos músculos suboccipitais, implica manifestação da cefaleia tensional.

Wolff (1940) atribui um papel considerável a contratura dos músculos suboccipitais na gênese das cefaleias. Esta contratura vai perturbar a vascularização dos nervos sensitivos cervicais, provocando uma síndrome irritativa e diminuindo a vascularização cerebral. Este espasmo mantém o occipital em flexão o que repercute, sobretudo, no crânio (fechamento das suturas occipito-mastoidea).

2.2.3.2 Tratamento osteopático em pacientes com CTTC

O tratamento osteopático para cefaleia utilizado nesta pesquisa segue o protocolo terapêutico preconizado pela Escola de Osteopatia de Madri, proposto por Loza (2004), esta descrito no Anexo III. A contribuição de Loza (2000) para a formulação deste protocolo, ocorreu quando realizou tratamento osteopático em 74 pacientes, destes 40 sofriam de enxaqueca e 34 cefaleia, utilizou técnicas com thrust⁶ a nível cervical, torácico, técnicas cranianas e viscerais, o resultado nos casos de Migrânea foram classificados como bons em 45% dos casos, e muito bons em 94,11% nos casos de cefaleias. Nos casos de migrânea foram realizados mais de 10 tratamentos, nos casos de cefaleias entre 2 e 4 tratamentos.

As técnicas manipulativas osteopáticas, promovem a redução da descarga do sistema aferente gama, responsável pela contração muscular crônica, no intuito de restaurar a mobilidade articular (DENSLOW ET AL., 1947; KORR, 1947,1975).

As técnicas osteopáticas classicamente se classificam em técnicas estruturais e funcionais. As técnicas estruturais atuam restaurando a mobilidade articular, necessitando de força adicional do terapeuta ou do paciente. São ainda divididas em técnicas com Thrust, e técnicas rítmicas, “movimentos rítmicos que buscam romper aderências e regular o tônus muscular” (RICARD, 2003). Além das

⁶ Termo técnico único na língua inglesa que indica movimento de impulso utilizando alta velocidade e baixa amplitude articular.

técnicas de stretching⁷, técnicas de inibição, técnicas articulatórias, técnicas de tensão sustentada, técnicas de músculo energia e técnicas de bombeio. O autor ainda afirma que ao realizar um impulso brusco sobre as superfícies articulares, ocorre estimulação das defesas fisiológicas articulares, o que surpreende o sistema nervoso central e provoca um desligamento sensorial momentâneo no local do estímulo, desta forma o circuito vicioso irritativo de estimulação neuromuscular se rompe, normalizando a função da articulação e de sistemas relacionados. Já as técnicas funcionais atuam no sentido de reduzir o comprimento do músculo, até o ponto neutro de mobilidade denominado “ponto de Still” e manter esta posição de equilíbrio tridimensional das tensões musculares até a liberação total dos elementos periarticulares. Neste grupo de técnicas funcionais estão: as técnicas de hoover, técnicas de Jones (buscam os pontos-gatilho⁸), técnicas de Johnston, e Técnicas de Sutherland⁹. Menciono abaixo algumas técnicas praticadas com o consentimento autorizado do paciente:

2.2.3.3 Liberação da Pelve

A liberação da pelve pode ser alcançada, por meio de técnicas de thrust (diretas e semidiretas), ou técnicas de músculo energia sobre a pelve.

FOTO 1 – Técnica de Thrust indireta sobre a pelve



Fonte: Elaborada pelo próprio autor

⁷ Termo técnico na língua inglesa, que indica movimento de estiramento rítmico de média velocidade sobre ligamentos, tendões, fâscias e músculos.

⁸ Ponto hiper-irritável palpável na musculatura esquelética associado a um nódulo hipersensível em uma banda tensa (SIMONS; TRAVELL; SIMONS, 2005).

⁹ São técnicas funcionais cranianas buscam diminuir ou suprimir a hiperatividade gama e portanto a facilitação medular.

2.2.3.4 Liberação do eixo vertebral

Após a liberação da pelve é realizada a correção dos componentes músculo-esquelético da coluna vertebral, com atenção sobre a cervical alta (occipital, C1,C2,C3), sistema crânio-mastigatório e correção da postura (C3,T3,T6,L3) e mantendo a mobilidade e tônus muscular agonista-antagonista.

FOTO 2 – Técnica de Thrust indireta para cervical alta



Fonte: Elaborada pelo próprio autor

2.2.3.5 Liberação do Crânio

A liberação do crânio é dependente das correções anteriores, pois liberam as tensões propagadas dos segmentos anteriores sobre o crânio, por meio da dura-máter espinhal. De modo que, livre de influencias segmentares é realizada a correção do crânio, utilizando técnicas osteopáticas sobre as suturas, foremens e membranas, no intuito de devolver a função biomecânica ao crânio, e assim repercutir sobre o sistema neuromeningeo e vascular.

FOTO 3 - Técnica de inibição dos músculos suboccipitais



Fonte: Elaborada pelo próprio autor

2.2.3.6 Liberação do Sistema Visceral abdominal e pélvico

As técnicas osteopáticas viscerais são utilizadas quando existe relação disfuncional, entre este sistema e a cefaleia.

FOTO 4 – Técnica de Bombeio do Fígado



Fonte: Elaborada pelo próprio autor

2.3 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA CTTC

Os textos científicos realizados por Bendtsen (2013); OMS (2010); Kristoffersen et al.(2013); Gaul (2011); Gallagher (2005); referenciam profissionais de diversas áreas no cuidado da cefaleia e cefaleia tipo tensional crônica, como é o caso de médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e profissionais da medicina complementar. A este entendimento Bendtsen (2013) enfatiza em sua apresentação oral no Congresso Internacional sobre a verdade da dor de cabeça e migrânea (EHMTIC), realizado em setembro de 2012 em Londres, que é necessário o estabelecimento de diagnóstico preciso, não manejo de mais drogas, sendo crucial a gestão desta situação. Argumenta, ainda, que tratamentos psicológicos incluindo terapia cognitiva comportamental, fisioterapia e acupuntura como sendo amplamente utilizados. Mas reforça que pode ser difícil o tratamento especificamente da CTTC, sendo recomendado estabelecer estratégias envolvendo as equipes multidisciplinares.

Em meio a esta necessidade de estratégias de atendimento multidisciplinar, a Organização Mundial de Saúde, aproveitando o princípio de liberdade de escolha de terapias de saúde, como opção baseada em evidência e dados científicos, institui

e descreve, em 2004, a Medicina Complementar e Alternativa (CAM). Estão inclusas nessa lista de oito terapias (WHO, 2010), a Osteopatia, de que tratamos nesta pesquisa.

Kristoffersen et al. (2013), em meio ao crescente uso da medicina complementar, lembrou que a dor de cabeça crônica está associada a deficiências e alta utilização de cuidados de saúde, incluindo a medicina complementar. Em sua amostra de trinta mil pessoas com idade entre 30 e 44 anos com dor de cabeça crônica, 62% já haviam usado medicina complementar para sua dor de cabeça crônica. A eficiência relatada foi de 25% para o uso da fisioterapia, e 26% terapia manipulativa, porém não houve diferenças significativas no autorrelato de eficiência da medicina complementar e o uso excessivo de medicação para a dor de cabeça crônica.

A IASP (2010) editou um guia para o tratamento da dor, que contempla a chamada terapêuticas complementar ou medicina complementar, descreve a fim de reduzir sintomas como a dor isoladamente resulta com frequência, mas que, quando associados a fármacos, reduzem muitas vezes, as dosagens necessárias. Com isso, os efeitos secundários e o custo modificam-se, quando as terapêuticas complementares funcionam em sinergia com um regime farmacêutico e contribuem para a eficácia do tratamento e redução dos custos.

Gallager (2005) discorre sobre diagnóstico e tratamento das CTT, afirmando que em uma perspectiva abortiva ou sintomática, o tratamento manipulativo osteopático adequado pode ser extremamente eficaz, especialmente quando há comprometimento da musculatura paracervical e torácica superior. O mesmo autor entende que, nos Estados Unidos, as dores de cabeça crônicas representam um desafio significativo para os profissionais de saúde, e que milhões de pacientes em todo o país sofrem, têm crises de cefaleia recorrentes e estão precisando de ajuda. Indica que profissionais osteopatas são particularmente bem preparados, com experiência no diagnóstico e tratamento do sistema músculo-esquelético, para ajudar esses pacientes.

GAUL (2011) sugere que é necessário estabelecer colaboração mais estreita e intercâmbio de conhecimentos entre os prestadores de cuidados em dor de cabeça; apresenta ainda resumo das contribuições e da discussão do Congresso Internacional sobre a verdade da dor de cabeça e migrânea, realizado em 2010, concluindo que o tratamento eficaz multidisciplinar da dor de cabeça reduz a

frequência de dor de cabeça, o fardo da doença, bem como o risco de uso excessivo de medicação para a cefaleia, e o valor significativo da fisioterapia, educação nas escolas sobre a dor de cabeça, e implementação de estratégias de terapia cognitivo-comportamental foi destaque e abriu caminho para futuros estudos e colaboração internacional.

Portanto, de acordo com as idéias dos autores referenciados neste tópico, é crescente o uso das terapias complementares no tratamento das cefaleias primárias. No entanto o tratamento comum iniciado para as cefaleias primárias é o medicamentoso. Porém as evidências preocupantes e consequências do uso excessivo de medicação despertaram cautela para seu uso, logo, tratamentos não-medicamentosos, como a Osteopatia e a Terapia Cognitivo-Comportamental, ganharam espaço e reconhecimento dentro da rotina terapêutica do paciente com cefaleia e suas formas. Desta maneira, o consenso terapêutico mais eficaz para promover a saúde da pessoa com cefaleia e CTTC é promover a educação da população com dor de cabeça, realizar intercâmbio de conhecimentos e atuar em colaboração mútua entre profissionais formadores da equipe multidisciplinar.

2.4 FENOMENOLOGIA

Enquanto escola de pensamento contemporâneo, a fenomenologia nasceu entre o final do século XIX e no início do século XX, fundada por Edmund Husserl (1859-1938). Husserl orienta o método fenomenológico para enfrentar a situação criada pelo positivismo, centrando suas bases científicas apenas no dado quantitativo.

Esse método fenomenológico tem como objeto de investigação o fenômeno, ou seja, o que se mostra a si e em si mesmo tal como é. Como principal instrumento de conhecimento, o método adota a intuição, uma vez que segundo Husserl, as essências são dadas intuitivamente. Esta intuição pode ser compreendida como uma visão intelectual do objeto do conhecimento, onde visão significa uma forma de consciência na qual se dá originariamente algo.

Bello (2006, p.94) enfatiza que “o mais importante no estudo de Husserl não é a existência em si mesma, mas a essência, o sentido, o significado das coisas que existem”. O próprio embasamento fenomenológico pressupõe um retorno às coisas mesmas para apreensão do fenômeno. Bello (2004) apresenta a obra

“Fenomenologia e Ciências Humanas”, que o objetivo maior da fenomenologia é chegar à estrutura universal, presente em cada um de nós, descoberta em nossas vivências pessoais, na historicidade da nossa vida humana tal como ela se dá na vivência do mundo da vida. A análise fenomenológica da estrutura transcendental do ser humano procura mostrar ser indissociável intencionalmente, dos atos entendidos como vivência, fazendo parte, pois da subjetividade, presente nos atos consciência. Quando comenta sobre os atos psíquicos, Bello (2004) diz que quando se referem à vontade, ao ato de querer serão considerados do espírito. Porém, como no homem a estrutura é tripartida, implica a percepção de corporeidade.

A experiência da empatia ou entropatia¹⁰, segundo Bello (2006) representa uma palavra italiana para não ser confundida com simpatia, o sentido refere à possibilidade de viver a entropatia na relação intersubjetiva (com o outro), que é semelhante ao sujeito pesquisador.

No entanto, Espíndula (2009) refere Edith Stein explica que empatia não é apenas colocar-se no lugar do outro, mas distinguir entre estrutura e conteúdo das experiências vividas. A estrutura seria a constituição de todo ser humano, e reconhecer a vivência imediata partilhada pelo outro sem perguntar ao outro o que sente. Portanto, o conteúdo seria aquilo que é vivido individualmente, que pertence à vida de cada um no mundo subjetivo, singular, único.

A fenomenologia ressalta a interpretação do mundo que surge intencionalmente à consciência, enfatizando a experiência pura do sujeito. Na fenomenologia, a intencionalidade do pesquisador é tida como fator primário e irreduzível, e se apresenta como uma direção do fluxo da consciência, refletida em uma vivência intencional que se concretiza pelos atos voltados ao seu objeto de indagação.

Do ponto de vista metodológico, Husserl parte do ego e posteriormente das relações entre as pessoas. O mundo vivido nos é dado socialmente, aparecendo a intersubjetividade. O modo fenomenológico caracteriza-se pela consideração da experiência intencional no encontro das subjetividades envolvidas com o mundo (AMATUZZI, 2009). É aí que a intersubjetividade aparece em toda sua densidade, e

¹⁰ É experiência da entropatia ou empatia que possibilita viver a intersubjetividade com o outro, que é semelhante ao sujeito pesquisador.

que o outro aparece ao pesquisador em sua unidade e em sua totalidade, sendo que tal intersubjetividade só se dá na esfera da prática. Neste momento se dá a suspensão da dúvida que pode existir em relação ao mundo vivido.

Para Forghieri (1993, p.19), o mundo recebe o seu sentido “não apenas a partir de constituições de um sujeito solitário, mas do intercâmbio entre a pluralidade das constituições dos vários sujeitos existentes no mundo, realizado através do encontro que se estabelece entre ele.” A experiência do outro, ou seja, a experiência intersubjetiva faz parte do mundo da vida, pois nos coloca em relação uns com os outros. O nível mais fundamental desta relação se dá face-a-face.

Para atingir o mundo vivido, a ciência só pode recorrer à apreensão das coisas enquanto significativas, haja vista que a ação exteriorizada se desenvolve em vista de um projeto. Apreender esta ação em processo torna-se impossível, visto que ela se cristaliza e escapa de tal sorte que não se pode jamais apreender em ato, mas tão-somente enquanto já realizada.

A atitude não reflexiva, quando da ação em processo, está voltada para os objetos de suas ações e de seus pensamentos. Diferentemente, a atitude reflexiva se volta para os próprios atos e o próprio pensamento. Atos e pensamentos se tornam objetos de um novo ato: o ato da reflexão. Então, a consciência só pode ser experimentada no modo pretérito.

O presente vivido pertence à atitude natural, pré-reflexiva; nele se encontram os objetos dos atos do sujeito e dos outros sujeitos, enquanto objeto dos atos do sujeito, com os quais entra em comunicação.

No processo de comunicação com o outro, no presente imediato ocorre uma simultaneidade viva, permitindo a participação do eu no fluxo do pensamento do outro, apreendendo a sua subjetividade. Isso significa que a estrutura da consciência do eu, é unificada com a do pesquisador.

É na situação imediata de uma entrevista fenomenológica, por exemplo, que a vida consciente do semelhante aparece melhor para o pesquisador, pois é nesta relação que se tem o maior número de indicações (gestos, maneiras, entonações da voz etc.), além das expressas conscientemente, permitindo uma aproximação vivencial que possibilita uma maior e melhor compreensão do ser humano.

Nesta relação de vivência imediata o investigador pode apreender diretamente o outro e, com o passar do tempo, permite-se que se conheçam os conjuntos típicos dos motivos que levam à ação de alguém.

A compreensão da ação da relação intersubjetiva (sujeito pesquisador e sujeito pesquisado) é subjetiva, de significação subjetiva. Esta significação é interpretada pelo agente a partir dos motivos, agora tornados comuns. E estes últimos são acessíveis ao observador a partir da ação já realizada, prestando-se à compreensão e à reconstrução.

Capalbo (2005, p.104), menciona Husserl mostrando que “toda consciência é consciência de algo, e através da intencionalidade do vivido, atribui-se por meio de palavras (unidades de sentido), significação da experiência”. Esta significação é frequentemente identificada nos sujeitos por meio de falas que se repetem. Ainda, para Capalbo (2005, p.105), “a significação subjetiva atribuída pelo sujeito à experiência vivida é universal e comunitária, pois pode ser vivenciada, compreendida e comunicada por outros sujeitos, desde que atendam as condições mesmas da experiência vivenciada”.

Bello (2004) refere que para abordar o fenômeno é preciso fazer análise rigorosa da percepção vivida pelo participante, pois procede na análise da estrutura transcendental do ser humano, que se mostra nas três dimensões, corpo, psique e espírito. A estrutura transcendental é composta por vivências das quais nós temos consciência ao se relacionar com o outro ou consigo mesmo. Desta forma, a fenomenologia se apresenta como método de investigação analítica que parte das coisas mesmas, buscando compreender e descrever o dado.

Para tanto, utiliza-se fartamente de relatos descritivos das características do fenômeno em estudo; porém, não de forma passiva, mas por uma reflexão que permita interpretar tais relatos, objetivando pôr a descoberto as características, as categorias, os sentidos menos aparentes, por meio da existência de palavras comuns aos relatos, que revelam a essência mais fundamental do fenômeno.

No que tange o tratamento de fisioterapia utilizando osteopatia, o toque enquanto administrado e recebido no corpo, é o veículo base desta intervenção terapêutica, portando a corporeidade aqui, desempenha papel crucial no processo de tratamento, repercutindo na entropatia mútua, percepção, significação e resultado terapêutico através da sensibilidade tátil do ser humano. Através da fenomenologia é possível realizar a análise e significação, por meio de uma descrição da experiência de tratamento de pacientes com CTTC, tal como ela é, e dimensionar para o coletivo.

A análise do estudo apoia-se em Husserl, Stein interpretado por Bello (2006), no tripé de corpo, psique e espírito para compreender os pacientes com CTTC em tratamento.

Trata-se, portanto aqui de uma pesquisa qualitativa sob referencial de análise fenomenológica apoiada em Bello, como um modo de compreender o ser humano na sua totalidade física, psíquica e espiritual.

Para fenomenologia, a estrutura do ser humano é constituída por corpo, psique e espírito. O homem possui corpo vivo, o corpo é ligado à psique, e não separado. O ser humano tem como diferença dos demais seres vivos a possibilidade de criação, de desejo de felicidade, de reflexão, contidos no que é chamado na fenomenologia de espírito (BELLO, 2004).

O corpo é compreendido como uma natureza viva, como traz a fenomenologia de Husserl e Stein, amplia a visão sobre o corpo que carrega consigo uma expressividade única, ainda que, estruturalmente tenha semelhanças universais em sua constituição humana. O corpo se manifesta a nós como um corpo vivente chamado de (*Leib*) por Husserl. Barco (2012) refere Husserl que além da vivacidade temos sensibilidade no corpo (*Leib*,) por ser um local das sensações de um organismo vivo temos consciência dos limites do corpo que é dada pelos limites do tato.

Espíndula (2009) menciona Stein que ao adentrar no campo da psique como elemento constitucional para compreensão da pessoa humana, mostra a psique como atividade do eu, que a partir das vivências, apreende, elabora significados livremente diante das experiências, ou diante de objetos externos do mundo cultural ou natural. As vivências da psique, são também influenciadas pela vida espiritual, que recebe significado pela corporeidade, pelo estado vital, pela intensidade da força vital sensível, e pela tensão da pessoa.

No campo do Espírito, Espíndula (2009, p.76) mostra que “por meio de atos livres como aceitação, decisão de algo, ou rejeição de um pensamento, a pessoa atribui direção e propósito a suas ações”.

3 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo trata de uma pesquisa de caráter qualitativa exploratória e descritiva, na perspectiva fenomenológica. Inicialmente foi utilizado levantamento bibliográfico para aproximação da temática.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito. Ainda afirma que seu planejamento e análise dos dados devem estimular a compreensão dos mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. A pesquisa descritiva, segundo Cervo (2010) observa, registra o nível socioeconômico, gênero, idade, profissão, origem.

A pesquisa qualitativa presta-se a relacionar os significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo e à maneira como o compreendem. Apresenta ênfase à subjetividade ao invés da objetividade, tendo o foco de interesse a perspectiva dos participantes. O pesquisador qualitativo está interessado na interpretação das próprias experiências dos participantes. A ênfase também está na flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa, o pesquisador trabalha com vivências que não aceitam a definição *exata* e *a priori* da trajetória que a pesquisa irá adotar (MOREIRA, 2002).

Chizzotti (2003) complementa que a pesquisa qualitativa investiga o fenômeno situado no local em que ocorre, e enfim, procura tanto encontrar o sentido desse fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a eles.

Como método para coleta de dados foi utilizada a entrevista aberta. Na pesquisa qualitativa, a entrevista aberta tem como vantagem o seu desprendimento quanto à duração, o que permite aprofundar assuntos que surgem importantes para a pesquisa. Desse modo, “as entrevistas colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos” (SELLTIZ et al., 1967, p.63). As entrevistas abertas são movidas por um pensamento não causal, tendo como referencia não a explicação, mas a compreensão. Desta forma através da compreensão, o fenômeno é apreendido e dotado de sentido.

Esta pesquisa qualitativa se apoia na abordagem fenomenológica, que de acordo com Martins (1994, p. 26-27):

[...] caracteriza-se pelo uso de técnicas não quantitativas, e busca relacionar o fenômeno e a essência (eidos). A validação da prova científica deste método é buscada através dos próprios conceitos (atos da percepção,

consciência) da fenomenologia e na capacidade de reflexão do investigador sobre o fenômeno objeto do seu estudo, ou seja, parte da própria experiência, da coisa nela mesma.

A investigação do subjetivo na fenomenologia busca o sentido que se manifesta diante da vivência, porém para tanto coloca o investigador em exercício de reflexão e análise diante do conteúdo da consciência.

O referencial teórico-metodológico da fenomenologia de Husserl interpretado por Bello (2006) privilegia o aspecto subjetivo e intersubjetivo, destaca a unidade da pessoa, e busca ampliar o foco científico, imprescindível, nesse caso, envolvendo a experiência de saúde da pessoa com cefaleia tipo tensional crônica.

A metodologia fenomenológica se mostra como importante recurso e adequado no caminho para pesquisar as vivências através dos atos da consciência e seus elementos constitutivos (percepção, memória, reflexão, decisão), possibilitando ampliar a compreensão em relação ao fenômeno vivenciado. Em foco a experiência vivenciada é captada e o significado atribuído pela pessoa que vivencia. Para a análise fenomenológica é necessária fazer duas reduções: a primeira a redução eidética (redução à essência); e a segunda redução transcendental (reflexão ao participante na essência, descrita na seção 2.3). Na primeira etapa fenomenológica, redução eidética busca o sentido das experiências vividas para chegar à essência dessas vivências, enquanto descrita em sua factualidade a apreensão do dado vivido é intuitivamente registrado. Na segunda etapa, é necessário fazer a redução transcendental intencionalmente realizada pelo pesquisador, que subjetivamente, chega à experiência vivencial do(s) participante(s) do estudo, fazendo reflexões.

Bello (2006) mostra que este processo se assemelha a uma escavação arqueológica por meio da consciência, utilizando-se da percepção, memória, e em nível passivo (aquilo que já foi apreendido anteriormente). Neste percurso a atitude fenomenológica do pesquisador é voltada a experiência vivida do participante. Para trilhar esse caminho fenomenológico foi utilizada a análise compreensiva, de forma que não é preestabelecida a definição do número de entrevistas a serem realizadas com as pessoas com cefaleia tipo tensional crônica. As entrevistas cessam quando o pesquisador perceber nelas as convergências de temas ou mesmo falas comuns aos entrevistados, o que indica que está se chegando à essência da experiência

vivida. As divergências também são consideradas, tendo em vista o objetivo do estudo.

O presente estudo é direcionado a obter o significado da experiência vivida pelos pacientes com cefaleia tipo tensional frente ao tratamento de sua escolha, seja ele farmacológico, osteopático, ou mesmo ambos. É importante salientar que a pessoa, é possuidora de uma dimensão corporal, psíquica e espiritual, e, através desse trio de dimensões, sinergicamente completam-se externa e internamente trazendo o ser humano em sua totalidade em sua própria natureza. Contudo o ser humano transcende o psicofísico, constitui-se também do espiritual, pois dessa indispensável dimensão é que se mostram as outras partes do indivíduo, pois a alma (ou psique) tem apenas um núcleo. Pode-se afirmar que toda a trilogia da pessoa (espiritual, psíquica e física) está predisposta a esse processo de desenvolvimento, pois a pessoa pode apenas se tornar algo daquilo que já tem marcado em seu ser pessoal.

3.1 PARTICIPANTES

Foram realizadas, nesta pesquisa, entrevistas com oito pacientes, na faixa etária de 20 a 50 anos, que receberam diagnóstico de CTTC pela equipe médica de Neurologia Clínica do Hospital Coronel Mota (HCM), cuja queixa de dor de cabeça, foi critério para avaliação Osteopática realizada pelo fisioterapeuta. Ocorreu predominância do gênero feminino, com idade entre 24 a 60 anos, variou entre primeiro grau incompleto e nível superior, de crença religiosa católica e evangélica.

Esta pesquisa contou com o apoio dos neurologistas que atuam no serviço de neurologia clínica do HCM. Os participantes excluídos da pesquisa foram pessoas que não assinaram o TCLE, não cumpriram, pois, os critérios de inclusão, aqueles que fizeram uso de tratamento farmacológico profilático ou de controle de crises para cefaleia, receberam tratamento manual ou ortodôntico de qualquer natureza nos últimos 6 meses; grávidas e pessoas que exibiram teste de Klein positivo (teste de compressão da artéria basilar), não puderam participar pessoas indígenas. O paciente não pode, ainda, ter sinais de outro tipo de cefaleia associada à cefaleia do tipo tensional crônica, ou patologias cancerígenas de qualquer origem, traumas com repercussões cefálicas ou ainda malformações congênitas cranianas ou cervicais.

3.2 LOCAL

A aproximação com os atores da pesquisa ocorreu na sala de fisioterapia, do setor de clínica médica localizado internamente ao HCM, no município de Boa Vista, Estado de Roraima, no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013. O HCM é um hospital da rede de Saúde Estadual do Governo de Roraima. É instituição de saúde de referência ambulatorial, em que as especialidades médicas recebem a população carente da capital Boa Vista e interior, encaminhados pela rede básica de saúde para atendimento médico especializado.

O ambulatório da especialidade de Neurologia Clínica está ancorado nesta unidade de saúde, é constituído por dois médicos Neurologistas Clínicos. Na ocasião desta pesquisa, foi estabelecido nesta mesma unidade de saúde o ambulatório de Osteopatia, para tratamento de pacientes diagnosticados com CTTC. A pesquisa recebeu autorização da diretora do HCM para realização da coleta dos dados.

A intervenção medicamentosa dos participantes desta pesquisa que optaram pelo tratamento é feita pelo neurologista, em sala já existente da referida especialidade no HCM, e segue o protocolo de atendimento referenciado por KRYMCHANTOWSKI, (1996) e SCHONEN, (2000) consta no item 2.2.

A intervenção osteopática aos participantes desta pesquisa que escolheram esta forma tratamento foi feita pelo fisioterapeuta especialista em osteopatia, em sala cedida pelo HCM, e utilizado protocolo de tratamento apoiado em Loza (2004), que segue o referencial teórico da Escuela de Osteopatia de Madri (Anexo III).

3.3 MATERIAL

Uma maca de osteopatia foi utilizada, para o tratamento dos participantes que optaram pelo tratamento osteopático sugerido.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Roraima e anuência dos TCLE que constam nos Anexos I e II, utilizados respectivamente antes e após o atendimento inicial osteopático, e em

atenção à resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) que normatiza as pesquisas com seres humanos, prevendo nesta pesquisa o respeito aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, equidade, confidencialidade e privacidade dos indivíduos participantes desta pesquisa, garantindo ao sujeito a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

É importante salientar que a participação do sujeito nesta pesquisa não envolveu riscos a sua integridade física e nem moral, não havendo ônus ao participante. O rigor de uma pesquisa qualitativa que implica participação de seres humanos possui aspectos éticos e complexos que exigem do pesquisador responsável uma condução cuidadosa e atenta às pessoas envolvidas na pesquisa. Não somente o pesquisador deve seguir normas preestabelecidas, mas principalmente ter preocupação e a responsabilidade no contato com o sofrimento e sentimento mais íntimo destes pacientes, fragilizados e vulneráveis.

3.5 PROCEDIMENTOS

Inicialmente foram convidados a participar do estudo os sujeitos que passaram pela avaliação médica, no mesmo local, ocasião em que foram informados sobre o objetivo e justificativa deste estudo e deve-se fazer juízo, e a escolher, apenas o tratamento farmacológico, apenas o tratamento osteopático, ou ambos neste caso iniciando pelo farmacológico. Foi solicitado assinar o TCLE após consentimento em participar do estudo.

A técnica da pesquisa foi a entrevista aberta individual, iniciando pela seguinte questão norteadora: “Como foi sua experiência com o tratamento utilizado em sua dor de cabeça?”. A entrevista ocorreu em dois momentos: a primeira entrevista dos sujeitos ocorreu antes, e a segunda após avaliação terapêutica osteopática. Em cada uma foi solicitada a permissão do uso de gravador digital com formato de áudio MP3, para registro das entrevistas e transcrição delas para o computador, evitando a perda das expressões não verbais dos pacientes, assim como outras informações importantes ao estudo. Quando necessário, para responder as questões do estudo foram feitas intervenções de acolhimento, e reflexões dos sentimentos expressos pelos participantes. Nesta relação

intersubjetiva foram também formuladas questões necessárias para aprofundar a temática no momento da entrevista. Os pacientes poderão falar no seu tempo, expondo suas experiências livremente.

A postura cuidadosa, empática e compreensiva foi adotada pelo pesquisador, como forma de proporcionar aos sujeitos condição necessária à expressão de seus pensamentos.

O pesquisador nesta ocasião procurou, por meio da intersubjetividade, desvelar o sentido do estudo para o sujeito. Ela se dá nesse encontro entre este indivíduo que sabe alguma coisa e vai descrevê-la ao pesquisador que deseja conhecê-la, e que tem a intenção de estudar, envolvendo aí uma intersubjetividade que permite partilhar compreensões, interpretações e comunicações (AMATUZZI, 2004; FORGHIERI, 1993; BELLO, 2006).

A partir daí, busca-se ampliar e aprofundar as respostas dos pacientes com outras questões que possam ser necessárias e relevantes para o tema estudado (MARTINS; BICUDO, 1989). As entrevistas cessarão quando o pesquisador percebeu nelas a convergência dos temas, falas comuns aos entrevistados; no entanto as divergências também foram consideradas, diante do objetivo do estudo.

Em outro momento, sem a presença do sujeito o pesquisador constituiu um olhar analítico sobre os dados construídos pelo sujeito expostos em narrativa. A análise dos dados partirão da atitude fenomenológica com base na empatia (empatia) estabelecida entre pesquisador e sujeito participante. Inicialmente o pesquisador se coloca a parte de ideias preconcebidas chamada “redução eidética”, para chegar ao sentido das experiências vividas pelo sujeito através da descrição. Em sequência o pesquisador aborda redução transcendental, aonde o pesquisador chegou à vivência do sujeito fazendo reflexões, procurando analisar através do sujeito a memória mais profunda, para chegar a “essência” da vivência, tendo como ponto de partida as percepções primeiras, depois fazer análise dos atos corpóreos, psíquicos e espirituais do paciente com CTTC.

Bello (2004) interpretando Husserl revela que a estrutura transcendental é compreendida a partir dos atos vividos (percepção das sensações corpóreas, imaginação, memória, reflexão) que o sujeito mostra através de sua consciência. Com isso ao se analisar as vivências, através da análise do corpo, desvela-se à percepção. Trata-se de uma vivência de que temos consciência.

Os resultados foram formulados a partir da análise dos participantes, identificando nas unidades de sentido “palavras”, núcleos significativos comuns.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES DAS VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS PACIENTES COM CTTC EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO

Consideramos nesta análise fenomenológica de Husserl e Stein, interpretada por Bello, a estrutura do ser humano constituída de corpo, psique e espírito. Para aprofundar o conhecimento das vivências próprias do ser humano, pretendemos compreender os discursos dos pacientes com CTTC utilizando a análise fenomenológica voltada para o sentido, e o significado atribuído às experiências vividas pelos colaboradores da pesquisa.

O método fenomenológico foi escolhido para responder às perguntas que deram origem a esta pesquisa, porque parece ser adequado à reflexão sobre as temáticas envolvendo os sujeitos, a doença, e as vivências em relação ao atendimento terapêutico.

O corpo para fenomenologia não é apenas material, ou partes acometidas pelo adoecimento, mas uma corporeidade viva, singular, única e irrepetível, sendo compreendida através de seus atos e valores vividos. Aqui o corpo não se separa da psique, pois esta se desvela no corpo. Esta análise é, portanto possível porque o ser humano se apropria da percepção do seu corpo no espaço e no mundo da vida, para refletir e avaliar o que viveu e o que vive, a consciência do vivido se mostra através dos significados dados a consciência. Na concepção husserliana, o corpo é o próprio sujeito no espaço fenomenológico, e o contato com o mundo se dá conforme sua capacidade sensorial (BARCO, 2012).

A perspectiva fenomenológica se torna especialmente relevante no contexto desta pesquisa, pois trata da captação da consciência do vivido pelo paciente com CTTC, cujo corpo sensível é confrontado intuitivamente com o tratamento escolhido, conduzido pela atitude empática demonstrada pelo profissional fisioterapeuta que o atende, trazendo para si estas informações percebidas através do corpo. Este movimento de ir e vir às coisas mesmas resulta na significação das experiências vividas pelos pacientes com CTTC.

A análise transcendental, parte da interioridade do pesquisador, através do ato da percepção (parte de dentro de si mesmo), que quer conhecer a realidade como é vivida pela pessoa, ou seja, é relacionada intencionalmente ao objeto percebido pelo sujeito, para o qual revela e direciona sua subjetividade. A partir da análise transcendental, podemos, portanto desenvolver uma análise da corporeidade. Logo a capacidade sensorial do ser humano é a porta de entrada para constituir os dados percebidos pelo corpo e levado a consciência do vivido.

Menciono a seguir a análise da estrutura da pessoa humana (corpo, psique e espírito) com cefaleia tipo tensional crônica que vivenciou e escolheu o tratamento osteopático ou medicamentoso, os quais vivenciam peculiaridades e singularidades diversas. Serão examinadas as características corpóreas e a psique que remetem aos atos emocionais e afetivos que ocorrem dentro de si, que estão relacionados à dimensão do espírito como, por exemplo, o controle, a vontade, a reflexão.

Então, a análise da estrutura humana parte das entrevistas dos pacientes com CTTC que busca compreender o ser humano na sua totalidade, nas dimensões: física, psíquica e espiritual, e foram encontrados os seguintes núcleos tipológicos.

- 1) Dor e Sofrimento X Medicamento
- 2) Atos de julgamento e escolha terapêutica
- 3) Relações interpessoais e rede de Apoio
- 4) Atos perceptivos sobre as limitações da doença no trabalho
- 5) A experiência logo após o atendimento osteopático inicial para a CTTC

A seguir, serão apresentadas as falas dos pacientes com cefaleia tipo tensional crônica sob a luz de Husserl e Stein interpretado por Bello, que constituíram cada núcleo tipológico.

4.1 DOR E SOFRIMENTO X MEDICAMENTO

O corpo especificamente humano possui vida, é muito mais que corpo material que se encontra nas concepções tradicionais de saúde, segundo CAPRA (1982) que vê o corpo como mecânico, biológico, fragmentado que aparece nas falas dos pacientes com CTTC que limitam seu olhar para rememorar a história do adoecimento, seus sintomas, preocupados em apenas saber qual melhor

medicalização para resolver de imediato o seu mal estar da cefaleia tipo tensional crônica.

CANTISTA (2006) descreve a dor como uma experiência difícil de suportar, que pode variar de intensidade, normalmente localizada no corpo próprio. A experiência dolorosa é memorizada no corpo, e de acordo com sua intensidade é facilmente lembrada como marcante dado seu efeito na vida das pessoas.

As dificuldades de lidar com os sinais e sintomas da CTTC são relatos das vivências dos pacientes acometidos pela doença. Mencionam o longo período de convivência dolorosa, levando às vezes pensar e temer ser portadora de outras doenças potencialmente fatais ou debilitantes, como razão primária da dor que não passa.

Eu sinto dor de cabeça há uns 10 anos. Há uns 3 anos atrás, ela veio mais forte, foi o tempo que tomei muita dipirona. No tempo que eu estudava, cheguei a pensar que era problema de vista. (Paciente 3).

Sinto dor de cabeça há muitos anos, mas ai vai deixando passar. Sinto muita dor. Já passei por outros médicos achando que era colesterol alto, ou triglicerídeo, e nada disto constou, estava tudo ok, nos exames e onde consultei com o cardiologista e não deu nada também, ai o Dr. Cardiologista, me indicou o Dr. Neurologista (Paciente 5).

Faz muito tempo que sinto dor de cabeça. Porque podia ser uma doença pior, ai eu vim logo, mas era para eu ter vindo há mais tempo. Por que às vezes aparece alguma doença na cabeça da gente... Tenho ouvido falar muita coisa que tem acontecido (outras doenças associadas)... Eu já tomo remédio para a pressão, para a bursite, para os ossos e agora estou tomando para verme. Se pudesse eu não tomava remédio, mas tem que tomar (Paciente 6).

Eu lembro que tenho essa dor de cabeça desde os meus 10 anos, tenho uma memória bem certa disso. Sempre quando eu volto assim no pensamento, eu sempre estou com dor de cabeça. Ai quando eu procurei o Dr. Neurologista, foi porque me deu uma crise de dor de cabeça de três dias consecutivos, assim uma dor insuportável. (Paciente1).

A percepção de corporeidade dos pacientes com CTTC os levam a descrever suas incapacidades e até localizar no corpo elementos topográficos e sensoriais do sofrimento compatíveis com o diagnóstico desta doença. Os participantes que experienciam a CTTC, vivenciam sensações que se apresentam pela consciência do percebido, expressando sua dor, desconforto e tensão.

Gonçalves (2005) menciona que a percepção pode ser concebida como a experiência original do corpo com o mundo ao seu redor. O ser em contato com o

objeto entra em contato consigo mesmo, deste modo, o corpo passa a ser considerado como corporeidade, pois é fonte de sentidos e rede de significados existenciais.

Nas falas abaixo, a percepção de corporeidade do sujeito com CTTC, denota consciência de sua condição clínica, a ponto de assemelhar-se com os sinais e sintomas que constroem o diagnóstico de CTTC.

Quando está muito forte a dor de cabeça eu sinto assim, dores na nuca, no pescoço. Eu sinto uma dor fortíssima na nuca. Não sei, se é dela, ou se é da posição (postura) de ficar no computador, ou coisa do tipo, mas dói bastante a nuca também. Sinto também dor nos olhos e a claridade também incomoda, prejudica. Eu chego a ter náusea, mas nunca vomitei por causa da dor de cabeça. Eu sinto aqui tudo na nuca, não fica localizado só de um lado não. Durmo mais de lado. A sensação que eu tenho, é quando eu coloco a mão na cabeça, e penso que minha cabeça, vai explodir, a sensação que tenho é que ela vai explodir. Eu não tenho outra comparação. Parece que minha cabeça vai explodir mesmo. Eu estou tentando dormir menos, para poder estudar mais. Mas, eu não aguento, meu corpo não aguenta. Se eu não dormir, eu não aguento. Eu acordo, acabei de acordar, eu ainda estou morrendo de sono (Paciente 1).

Eu sinto nessa região aqui, na cabeça, pescoço e nuca. Às vezes eu sinto de um lado ou de outro. E é assim, quando eu percebo, que estou em um ambiente muito quente, 5 minutos, dói muito, começa a doer, fica um peso na minha cabeça. Não dou conta de ler nada quando estou com dor de cabeça (Paciente 2).

Ultimamente tenho sentido muito cansaço. Muito cansaço mesmo. Entendeu! Estas dores de cabeça, como falei para o neurologista, veio constante está com uns 3 a 4 meses, uma dor muito forte. Uma dor aqui na cabeça, e da nuca até o ombro. Quando sinto a dor, chega a ficar dormente a cabeça, muito forte mesmo. E é muito frequente isso, parece que o barulho fica assim incomodando. Sinto uma pressão na cabeça, aqui assim na cabeça e nuca. Esta dor de cabeça, eu estou percebendo que ela está mais constante (Paciente 4).

Dói assim... toda essa parte de trás da cabeça, dói demais! Tenho muita sensação de vômito, quando está forte... (Paciente 5).

Às vezes a dor dá, do lado da cabeça bem forte, em cima, às vezes do outro lado. Não é por mês não, é por dia. Dói todo dia. Tem dias que dói mais do que outros. Não tem hora certa não. Hoje mesmo já eu senti, umas 9:00 da manhã. Tem semana, quando a dor de cabeça dói, que parece muito inchada, dói muito mesmo (Paciente 6).

Na parte aqui em cima, na cabeça, tem vezes que quero pentear o cabelo, mas é dolorido às vezes. Sinto dor no pescoço, mas não são todas às vezes não. Tenho dor de cabeça toda semana, uns 6 dias na semana (Paciente 7).

Sinto a minha carne toda dolorida na cabeça e na nuca fico muito tensa, dura, dura, entre o pescoço e o ombro, eu toco agora e está tudo dolorido. Desde ontem estou com dor de cabeça, até agora. Fica a cabeça e o pescoço... tudo dolorido. Mas ainda sinto muita dor nas costas. Eu já começo a chorar, porque, dói muito meus olhos quando estou com dor, ela pesa minha cabeça, aí eu não consigo falar. É terrível, não consigo estudar, não consigo nada, nem levantar da cama. Desde meus oito anos, não podia sair no sol, se saía no sol a dor de cabeça doía (Paciente 8).

Nos relatos dos pacientes percebe-se que eles adquirem consciência da doença e dos efeitos colaterais do medicamento em seus corpos.

Acho que de tanto eu tomar dipirona, eu ficava, assim fraca, tonta, sei lá. Logo assim, quando eu comecei a ter dor de cabeça, eu tomava muita dipirona. Aí fiquei tendo tontura. Já até caí na rua... (Paciente 3).

Por exemplo, a medicação por um lado ajuda, mas por outro vai prejudicando outras coisas entendeu! (Paciente 4).

No início eu passei muito mal, foi a nortriptilina, de 10 miligramas, é tanto que passou logo na primeira semana para mim tomar 1 comprimido e a partir da segunda semana tomar dois, aí eu não tive coragem, tomei só um comprimido. Eu não tinha força para levantar, simplesmente só queria ficar deitada... Eu sentia muito minha boca lacrmando, tremedeira, eu ficava assim, parece que eu ia falar e minha voz não saía. Teve um dia que eu cheguei ao trabalho, tive que sentar e conversar com minha chefe, porque eu não estava conseguindo mais nem trabalhar. Mas depois de uma semana não me adaptei e parei de tomar, porque eu passei muito mal na primeira semana. Então, se eu tomasse duas cápsulas de 20 miligramas, eu achei que eu ia passar mais mal do que eu estava sentindo. (Paciente 8)

A maioria dos pacientes relata suas lembranças do trajeto percorrido em busca de um tratamento medicamentoso efetivo para sua dor de cabeça. Neste relembrar expõem suas crenças da natureza de cura imediata do medicamento, a coragem e o enfrentamento da dor de cabeça que por vezes excede a própria tolerância percebida em si mesmo, cedendo assim ao uso frequente de medicamentos paliativos para a CTTC.

Foi quando eu procurei o Dr. Neurologista, e tem uns 7 ou 8 anos que o procurei pela primeira vez. Aí ele me receitou um remédio, e usei um tempão. Aí tudo bem, fiquei, tomando assim remédio. Quando dá assim uma dorzinha mais forte, aí é que eu tomo, uma neosaldina, ou uma coisa do tipo. Mas senão deixo, e todo dia dói a cabeça. (Paciente 1)

Eu tomava remédio por conta própria, era só remédio mesmo para a dor... Então, ultimamente eu nem estava mais tomando (remédio). Porque eu sinto assim dor de cabeça constante, quase todos os dias eu sinto dor de cabeça. (Paciente 2)

Husserl (2007) afirma que conhecemos o significado da vivência, quando exploramos a repetição da intuição, e adquirimos a evidência de que aquilo que a palavra quer dizer encontra seu preenchimento em conceitos gerais essencialmente diferentes. Adiciona ainda que a fenomenologia da vivência vise proporcionar uma compreensão descritiva das vivências psíquicas e dos sentidos, tão extensa quanto necessária para conceituar as significações fundamentais analiticamente investigadas.

Algumas falas abaixo relatam a experiência sensorial dolorosa prolongada torna o paciente com CTTC hábil em reconhecer suas manifestações corpóreas, adota intuitivamente reações peculiares e improvisadas de alívio, no sentido de minimizar seu desconforto. Destaca-se, também, a busca por um espaço de recolhimento, isolamento, e tolerância, ao adoecimento:

Eu tomo um banho, molho a cabeça e procuro um lugar mais escuro, por causa da dor de cabeça.(Paciente 1).

Quando chego em casa, me deito, fecho tudo, as vezes nem como nada, porque a dor é muito forte. Enquanto eu não me deito, tranquila sozinha, não passa.(Paciente 2).

Acho melhor não fazer nada, e ir deitar. Teve tempo que eu colocava até gelo da geladeira, colocava no pano, botava na cabeça para poder acalmar. (Paciente 3)

Quando eu chego em casa com dor de cabeça eu procuro logo uma Cedalgina, tomo um banho molho bem minha cabeça de água gelada, ai eu passo “Vicky” na minha frente, e durmo.(Paciente 4)

Sou calma. Mas não dá de ficar assim não todo tempo com dor de cabeça não. (Paciente 7).

Vou para o quarto e me deito, o principal para mim, é que o quarto esteja silencioso, luz apagada, daí tomo um novalgina, por conta mesmo. (Paciente 8).

Através do corpo, os pacientes com CTTC ativam a memória das vivências que estavam guardadas na consciência e associam a sua cefaleia com acontecimentos conflitantes da vida dos participantes:

Na verdade, essa minha dor de cabeça veio desde quando eu tinha 16 anos, minha mãe estava zangada lá, e me deu umas porradas na cabeça, ela só puxou meus cabelos e bateu assim, ai eu zanguiei e sai na rua (Paciente 7).

A primeira consulta minha com ele (Neurologista), foi mais por causa da dor de cabeça que estava me incomodando muito. Ai a depressão mesmo, eu ia falar com ele depois, risos, mas como ele falou que eu podia escolher esse outro tratamento eu preferi não comentar nada com ele (Paciente 8).

Através da corporeidade, os pacientes com CTTC expressam consciência do tempo que vem sofrendo da doença e relembram momentos conflitantes da vida. Buscam razões para sua enfermidade, questionam, trazem suas dúvidas do uso de medicamentos não cessarem a dor, com isso mostram insatisfação dos seus efeitos ou receio de desenvolver outras doenças piores pelo uso excessivo.

4.2 ATOS DE JULGAMENTO E ESCOLHA TERAPÊUTICA

A intersubjetividade para a fenomenologia é mediada pela afetividade, que é componente essencial, para se estabelecer a relação empática e necessária a qualquer percepção, a qualquer contato corpóreo vivente (RANIERI; BARREIRA, 2012). De modo que havendo abertura e encontro com o outro (paciente com cefaléia) como possibilidade de compreensão, a empatia como vivência sempre acontece e irá acontecer. Assim, a relação entre o eu e o outro se dá por meio da empatia, mostra a capacidade do ser humano apreender a si mesmo e ao outro como pessoas de forma humanizada o mundo enquanto unidade de objetos com sentidos compartilháveis.

A escolha do tratamento osteopático é desconhecida do participante, mas apenas por não ser medicamentoso, inspira expectativas de melhora. Na fenomenologia, a pessoa ativa os atos da consciência, como os de avaliar e julgar a escolha diante de si como uma oportunidade de tratamento que pode trazer benefícios a sua saúde:

Eu não sou assim acostumada a tomar remédio, não gosto de tomar remédio não, “vou levando”... aí o Dr. Neurologista me falou desse tratamento sem remédio (osteopático). (Paciente 1).

Eu fui fazer a consulta com o Dr. Neurologista, ele me explicou como seria, e eu poderia escolher entre esse procedimento (terapêutico osteopático) e a medicação. Como eu já tomei medicação outras vezes, e não fez efeito, então eu preferi experimentar esse tratamento (osteopático) para ver (o que acontece)... (Paciente 2).

O Dr. Neurologista me falou da dor de cabeça, e falou que eu tinha a opção de tratar com acompanhamento do Fisioterapeuta, ou tomar medicação. Aí eu escolhi o acompanhamento (do fisioterapeuta osteopata). É bom, para não ficar dependente de remédio (Paciente 3).

Tenho expectativas de benefícios e melhoras com esse tratamento, tanto para minha saúde como para meu trabalho, pois estou me sentindo muito cansada. (Paciente 4).

O Dr. Neurologista me falou desse tratamento, eu procurei ajuda, porque minha cabeça dói muito. Talvez, pode ser bom porque o remédio a gente toma para combater uma coisa, mas pode prejudicar outra, e se tem outros meios de recursos, porque não usá-lo? (Paciente 5).

Por isso vim fazer esse tratamento osteopático, que o Dr. Neurologista disse que tinha, sem remédio. Achei melhor tentar (Paciente 6).

Acho que foi melhor para mim, que eu vou me sentir melhor da dor de cabeça, podendo me tratar, e me sentir melhor um pouco da dor de

cabeça... Eu sei que esse tratamento (osteopático) é sem remédio. (Paciente 7).

Para mim a prioridade é não tomar medicamento, por que eu tenho um pouco de trauma em tomar medicamento, eu já fiz tratamento com remédio controlado então, eu desisti (Paciente 8).

Os pacientes com CTTC revelam-se abertos a outras formas de tratamento, como o tratamento fisioterapêutico osteopático, seja por considerar os resultados que a medicação trouxe para sua vida e condição de adoecimento insatisfatório, ou mesmo pelo receio do uso prolongado de medicação afetar sua saúde.

4.3 AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E REDE DE APOIO

Nos estudos de Bello (2006); Espíndula (2009) consideram a família como a primeira das comunidades e a mais significativa na ligação afetiva. Depois vem a comunidade de amigos, de conhecidos, a comunidade de povos, pois é através de cada uma destas que os pacientes se relacionam para se tornarem mais si mesmos em cada instante. O paciente no processo de tratamento, concebe sentimentos e experiências através das vivências com as diferentes comunidades.

A maioria dos pacientes relata como relacionam com suas famílias, amigos e pessoas no trabalho. Ao expressarem a dor ao parente implicam acolhimento, afetividade e compreensão com estes a quem comunica a dor e o sofrimento proporcionados pela CTTC.

Bello (2004) chama de entropatia que não podemos conhecer o que está ocorrendo nos outros sem perguntar ao outro o que sente. Pode-se entender um pouco o outro através da possibilidade de ver a expressão do rosto e a atitude do corpo.

É frequente perceber um paciente com experiência dolorosa de cefaleia através da expressão facial de dor, ao passar a mão por vezes na nuca e no pescoço. Através da relação intersubjetiva (com o outro), é possível captar o que os pacientes com CTTC sentem, não podemos sentir como outro, mas semelhante, pois somos seres humanos. Desta forma, o pesquisador intencionalmente institui a linguagem de comunicação da dor e do sofrimento daquele que sente e tem consciência disto (paciente), para aquele que o percebe e o escuta (pesquisador).

Porem é notado que dependendo da intensidade da dor sentida pelo paciente com CTTC, pode-se limitar a abertura para expressar a dor e o sofrimento.

As múltiplas sensações de desconforto e dor acabam por se interpor no modo de ser da pessoa na família e em todas as suas relações interpessoais, com maior ou menor intensidade.

A maioria dos pacientes com CTTC relata que através das relações interpessoais e rede de apoio auxiliam no enfrentamento da dor, sofrimentos, incapacidades e mal-estar que ocorrem com a cefaleia. Alguns pacientes procuram proteger sua família e não mostrar seus sintomas, sofrimentos aos familiares.

Meu marido já sabe, que eu sinto dor de cabeça constantemente. Eles (marido e filhos) até me entendem. Quando está muito forte, eles me deixam quieta. É Terrível! É uma sensação horrível! Às vezes falo para o meu esposo: "olha é cruel uma pessoa, viver dessa forma". Eu não deixo de ir para os lugares, mesmo sentindo dor de cabeça. Mas é horrível, você viver com dor o tempo todo (Paciente 2).

Meu marido me apoia. Se eu não quero fazer nada, ele vai fazer, e ele é paciente comigo (Paciente 3).

Com meu marido sempre converso quando estou com dor de cabeça, mas nem sempre falo, às vezes fico quieta. Ele já sabe quando eu estou mal, porque eu não consigo nem falar quando estou com dor de cabeça, fico atacada mesmo (Paciente 8).

Falo, Falo, sempre para meu marido. Essa dor que sinto todo dia fraquinha, que eu consigo controlar, eu não falo. Às vezes ele pergunta: "amor tá com aquela dor de cabeça"? Ai eu falo: sim. Quando está muito forte, ele percebe. Quando ele vai me pegar no trabalho, ele pergunta: "E ai amor, está com dor de cabeça?" Eu falo: está forte (Paciente 1).

Acho também que está prejudicando até minha filhinha. Porque às vezes quando ela não quer fazer alguma coisa ela diz que está com dor de cabeça. Então, eu acho que estou passando isso para ela, e não está sendo legal. (Paciente 2)

Quando chego em casa é assim... o senhor sabe como é adolescente? A gente fala isso e quando você chega está tudo ao contrário. Entendeu?. Então para mim, não me estressar... "Minha filha diz: "você passa o dia lutando com criança especial, e em casa quer soltar teus problemas, na gente?" Mas não é, todos os dias eu falo a mesma coisa para eles, e eles não fazem. (Paciente 4).

Nas relações familiares, as pessoas com CTTC expressam suas frustrações ao lidar com o adoecimento, vivem a reflexão de seu existir com dor, e a projeção desta condição na família.

A maioria dos pacientes por meio da experiência dolorosa da CTTC relata mudança de humor e seu equilíbrio comportamental, adotando atitudes impulsivas

que trazem a si próprio a consciência preocupante desta alteração. Às vezes revela um cotidiano conflituoso na sua relação com a família.

Acho que fico estressada, sem paciência com meu filho, brigo com ele. (Paciente 1).

Quando eu estou com dor de cabeça, fico agressiva com minhas filhas. Então às vezes elas vêm falar comigo, e eu fico irritada (Paciente 2).

Não tenho paciência com minha família. Fico é impaciente. Ai quanto mais eu fico impaciente, mais dói (Paciente 3).

Neste depoimento a paciente revela sintomas depressivos que podem coexistir com a CTTC e percebe mudança do seu humor no encontro com seu filho. Esta relação é descrita no depoimento a seguir:

Esta dor influencia bastante minha relação com meu filho. Às vezes eu fico muito estressada. Como o pai dele não conviveu comigo e minha família não é daqui, eu sou muito sozinha com ele, então... eu tenho muito rancor sabe! Em relação a isso, às vezes falo com meu filho, grito com ele e falo que vou mandar ele para o pai lá, porque o pai que ele considera hoje é o que criou ele desde quando ele era novo, daí ele começa a chorar. E isso me atrapalha um pouco, fico nervosa e acabo falando, depois eu me arrependo. Fiz um tratamento de um ano para depressão. Eu acho que a vontade de viver que eu não tinha mais, eu cheguei a fugir de casa, e coisas assim, vi que eu não estava normal, não queria mais ir para a escola, queria ficar só presa, não comia na verdade. Eu acho porque não procurei tratamento, fiquei mais presa, não conversava com ninguém, não falava com ninguém... eu sentia dor de cabeça e, ficava sozinha...(Paciente 8).

Em um depoimento encontra, na comunidade, apoio, amenizando o sofrimento:

Foi uma sugestão da minha própria chefe. Ela disse assim: "Olha quando chegar um cliente, você não estiver bem, e ele for uma pessoa agressiva, poder ir para dentro da farmácia e deixar outra pessoa atendendo (Paciente 8).

As relações pessoais e redes de apoio mostram um sujeito que percebe o acolhimento da família e do meio social, mas vive sentimentos conflitantes, como a impaciência, medo, ansiedade, estresse que, às vezes, pelo incômodo da dor de cabeça são impedidos de dividir a totalidade do que sentem com o outro.

4.3 ATOS PERCEPTIVOS SOBRE AS LIMITAÇÕES DA DOENÇA NO TRABALHO

Percebe-se em alguns depoimentos a limitação vivida no trabalho devido aos sintomas da cefaleia tipo tensional crônica, exigindo na vida e no trabalho, uma adaptação e convivência do mal-estar e, quando não for possível a tolerância à dor às vezes seja necessário se ausentar do trabalho:

Eu nunca deixei de fazer nada, pelo fato da dor de cabeça, só quando está muito, muito, fora do controle, aí que eu paro mais. (Paciente 1).

Já sai algumas vezes do trabalho, só pedi para sair porque a dor estava muito intensa. Neste ano já ocorreu varias vezes minha saída do trabalho por motivo de dor de cabeça. Este mês, já foram umas 3 ou 4 vezes que sai do trabalho pela dor de cabeça, por exemplo. Mas aí, eu aguento ao máximo, quando chega próximo do fim do horário, aí eu peço para sair, tipo umas 11:00 da manhã (Paciente 2).

Conforme o tempo, não sei... se é stress que ajuda, daí quando vem a dor, e é de “balde”. Stress no dia a dia a gente tem porque, a gente tem muitas correrias no dia a dia. E sempre tem gente que descarrega os problemas deles contando, e acaba se comovendo e aí vai sofrendo junto. A ansiedade aquela coisa que não te dá sossego, você tenta dormir e não consegue. Daí tem que atacar a trabalhar uma coisa para expulsar, aquela energia. E não tem humor, fico de mal humor com dor de cabeça. Me dá também desespero, ansiedade, e até náusea... (Paciente 5).

Mas vamos dizer que eu coloco uma máscara para as outras pessoas, para agradar o cliente, e às vezes eu não consigo. (Paciente 8).

O ambiente de trabalho geralmente hostil, cansativo, e com temperatura elevada, ou que afete os sentidos, aparece como um agente desencadeante da CTTC. O conflito da pessoa com CTTC mostra prejuízo no desempenho do trabalho e reflete impacto econômico na família, e nas instituições empregadoras, resultando comumente em ausências do trabalho e na redução de produtividade:

Eu acho que interfere em tudo. Eu trabalho com crianças, então muitas vezes, eu estou lá com dor de cabeça, mas eu tenho que fazer o meu trabalho. Então muitas vezes, eu saio, vou para casa em um estado terrível. Eu procuro controlar minha dor, porque ali é meu trabalho, né?, então...(Paciente 2).

A dor de cabeça me limita muito, porque eu não posso pegar sol. Geralmente quando eu vou pescar dói mesmo. Durante a noite não consigo dormir de tanta dor de cabeça. Eu estava falando com o Dr. Neurologista, né... (risos). Eu sinto muita dor de cabeça quando pego sol, daí ele disse: “Mas então, é todo dia, não é?” Mas é todo dia mesmo, porque eu pego sol. Se eu tenho que resolver algo prefiro resolver pela parte da manha para não pegar muito sol. (Paciente 3).

O problema é que sinto minha dor de cabeça começa pela manhã e vai até a noite. Mas sinto sempre no momento do trabalho, pois a gente trabalha muito com pacientes que tomam muito medicamento controlado, então o paciente já chega irritado. Eles às vezes sem querer agredem a gente, e agente se sente agredida, então acho que isso atrapalha um pouquinho, surge a dor na minha cabeça, ela vai se agravando, mas depois desse meu trabalho... Às vezes eu ligo para o meu marido com muita dor de cabeça, pedindo para ele vir me buscar mais cedo. Estou, desde ontem à tarde com dor de cabeça, mas está tranquilo, é aquela dor que eu consigo suportar. (Paciente 8).

No depoimento que se segue, o paciente revelou que o trabalho muitas vezes apresenta uma faceta inclusiva mantendo a pessoa ativa. A manutenção nas atividades profissionais proporciona inclusão social, e distração da dor cefálica, minimizando seu desconforto e proporcionando melhora da autoestima:

Trabalhei 23 anos em uma serraria, mas foi um tempo que trabalhei muito, mas nunca fiquei doente, era um serviço pesado, porque eu trabalhava de serviços gerais, vendas. Hoje tenho 6 anos só em casa, me parece diferente, ou talvez me falte um compromisso, trabalho. (Paciente 5).

4.4 A EXPERIÊNCIA LOGO APÓS O ATENDIMENTO OSTEOPÁTICO INICIAL PARA A CTTC

A segunda entrevista foi realizada após o primeiro atendimento osteopático. As pacientes com CTTC relataram suas percepções imediatas de bem-estar, otimismo, disposição, recuperação da capacidade vital e perspectiva na melhora dos sintomas com o tratamento osteopático:

Eu estou bem... eu não estou sentindo nenhuma dor não. Se estiver sentindo a dor é bem fraquinha. Não, doutor, estou sentindo uma dor bem fraquinha, mas estou. Mas não está cem por cento sem dor não. Normal não está. Eu acho que estou com dois por cento de dor de cabeça. Eu nem vou voltar para o trabalho agora (risos). Vou voltar para casa e aproveitar e estudar. (Paciente 1)

Então está mais leve aqui na cabeça, no pescoço e nuca. Bem melhor. Estou tranquila. Estou sem dor. Se tivesse que estudar agora, tranquilo. Olha agora neste exato momento, acho que minha dor é zero. Nenhuma mesmo (Paciente 2).

Está mais leve... (risos) na nuca e pescoço. Não dói, está leve. Conseguiria estudar, estou bem. Está zero a dor agora, Estou leve, olha... Com certeza volto para tratamento (Paciente 3).

Estou me sentindo, bem mais relaxada, menos dores que estava sentindo na cabeça. Eu estou sentindo a cabeça bem leve, e sem dor, e uma sensação geral de estar mais leve no meu corpo. Sem dor alguma. Creio que conseguiria ler um livro sim, porque estou me sentindo menos cansada. Eu acho assim, quando eu chego em casa à noite, eu estou, tensa, tensa mesmo. Mas eu acho que se eu chegasse agora em casa, eu acho, (risos), que eu não ia falar nada. Eu acho que melhorou bastante. Esta dor que estava me incomodando bastante no pescoço, ombro e nuca, passou. Estou bem melhor (Paciente 4).

Estou sentindo bem, não estou sentindo dor de cabeça, estou aliviada, nesta parte de trás do pescoço. Aliviou muito. Sinto ainda um pouco neste músculo. A sensação de peso na cabeça acabou, estou leve. O tratamento, talvez uma coisa que eu não tinha costume em fazer, mas estou me

sentindo bem, viva de novo. Estou leve parece que tirou uns 5 quilos da minha cabeça. Estou bem, dez, acabou tudo. (Paciente 5).

Está melhor agora. Estava com dor, mas passou mais um pouco. Ainda estou sentindo um pouco, nesta parte aqui na nuca. (Paciente 7).

(Risos), a dor de cabeça?, Por enquanto, eu não estou sentindo nada. É uma sensação boa, parece que está mais leve a cabeça, e o corpo todo. Estou me sentindo leve. Não sei, mas, é como se aqui tivesse na base da nuca quente, e não tivesse sentindo meu corpo, e meu corpo, esta leve, inclusive a cabeça. (Paciente 8).

No geral, os pacientes com CTTC têm consciência de seu corpo, e relataram melhora de seu bem estar. O tratamento osteopático foi associado à melhora da dor de cabeça, tensão muscular corporal, sintomas depressivos, humor, bem como da disposição cognitiva.

4.5 SÍNTESE DOS DISCURSOS DOS PACIENTES COM CEFALIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA EM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO

A análise fenomenológica foi estruturada seguindo os conceitos de Husserl e Stein interpretado por Bello. A análise transcendental parte da análise da estrutura do sujeito humano o qual vive diferentes vivências, remetendo as três dimensões: corpo, psique e espírito. Procura-se destacar, dentro de cada um destes aspectos, presentes nos núcleos tipológicos os pontos mais relevantes no que se refere às experiências vividas pelos participantes desta pesquisa e os pontos de convergência ou divergência relacionados com a literatura científica consultada.

As falas dos participantes revelam a percepção da natureza crônica, da dor, sofrimento e percepção das incapacidades vivenciadas na CTTC. Dessa forma, muito embora tenham consciência de que o medicamento prescrito pelo médico é um instrumento de cura, existe a crença de que seu uso prolongado pode levar a um estado de adoecimento. O medicamento adquire ainda sentido reducionista na forma de relação médico-paciente, processo de saúde e doença e opções para o exercício de escolha terapêutica, pois a tecnologia de tratamento na saúde “remédio” e receita de remédio” é predominante. Estes participantes mostraram apreensão, medo, angústia e insegurança com os efeitos colaterais proporcionados pelo remédio, por isso costumam substituir o tratamento indicado pelo médico, por medicamentos “leves”, analgésicos e relaxantes musculares em sua maioria. Temem doenças

potencialmente fatais diante da cronicidade da doença e uso prolongado dos medicamentos prescritos. HAAG et al., (2011) e Naaden et al. (2012) respectivamente condizem com o mesmo resultado desta pesquisa, demonstrando o uso excessivo de medicação para dor de cabeça como um grave problema de saúde pública. Além de sentimentos relacionados com a dor crônica em seu processo de adoecimento, e o temor por doenças potencialmente fatais.

Os participantes com CTTC mostram possuir aguçada percepção corpórea no que se refere aos territórios dolorosos, principalmente cervicais e pericranianos, náuseas quando a dor se intensifica, relação de sono-vigília, limitação cognitiva, e sensação de fadiga. Eles descrevem ainda o calor como um fator precipitante da dor de cabeça, a sensação de tensão muscular que se concentra principalmente na nuca, nos músculos do eixo vertebral, e a queixa de pressão craniana, por alguns descritos “como se a cabeça fosse explodir”. Estes sujeitos também trazem à luz por meio de sua consciência do vivido, peculiaridades, a margem da medicalização ou em adição a ela desenvolve um ritual que visa a redução dos sinais e sintomas deste tipo de cefaleia. Comumente citam seus recursos, como se recolher a um ambiente, com ausência de luminosidade, e som após resfriarem-se seja em um banho ou utilizando compressas na nuca ou cabeça, com objetivo de poderem dormir melhor.

As percepções dos sinais e sintomas percebidos encontram concordância nos estudos de Jucá (1999); Silva (2003); Anderson e Seniscal (2006), e na descrição diagnóstica formulada pela Classificação internacional de cefaleias (2006), No entanto, estratégias de alívio da dor utilizando meios de resfriar a cabeça e o calor representando a crença do participante como fator contribuinte da gênese da CTTC, não foram relacionados na literatura consultada.

Na relação interpessoal, os pacientes com CTTC buscam através do dialogo compartilhar seu sofrimento, dor, conflitos vividos em sua comunidade familiar, indicando o momento de crise da doença. No geral, eles recebem apoio dos familiares mesmo apresentando comportamentos de irritabilidade, impaciência, agressividade, isolamento. As comorbidades como a ansiedade, depressão, stress e transtornos do humor, foram percebidas pelos participantes, e descritas por Matta e Moreira Filho (2003); Anderson e Seniscal, (2006) e quando levado em consideração que esta pesquisa contou com a participação apenas de sujeitos do gênero feminino, este aspecto conflui com os estudos de Pohls e Rodríguez (2000); Domingues

(2004); Bernardi (2008) como critério de possível prevalência da CTTC no gênero feminino.

Na relação interpessoal do trabalho, a maioria das pacientes relata que devido ao longo tempo em que vivenciam a CTTC, desenvolveram certa tolerância à dor, porém quando excessivamente intensa a dor encerram suas jornadas de trabalho precocemente. Por não terem o nível de envolvimento afetivo que é próprio da família, ocorreu um relato peculiar da entrevistada, citando que coloca uma “máscara”, no intuito de que sua expressão facial não demonstre a intensidade da dor que vivência, e possa prosseguir assim seu cotidiano sem questionamentos ou interferências. Alguns participantes percebem que ambientes de trabalho hostis, cansativos podem provocar a manifestação da CTTC. O absenteísmo no trabalho e as pesadas consequências, econômicas relatado pelos participantes concorda com as pesquisas de Vincent (1998) e Piancastelli (2009). Da mesma forma, Lonardi (2007) apresenta em sua pesquisa o estigma na forma de invisibilidade social encontrada pelos participantes de modo a não comunicar, ou não serem percebidos enquanto seres humanos com cefaleia no mundo social. O comportamento psicossocial de colocar máscaras para não serem percebidos representa este estigma.

Através da entrevista fenomenológica, foi possível mostrar a relação entre paciente, terapeuta e tratamento na CTTC. Esta forma de proceder própria da ótica fenomenológica contribuiu através das falas dos participantes, em uma mudança na concepção da relação entre paciente e terapeuta, pois esta metodologia implicou no interesse e postura do pesquisador em olhar a pessoa além de seus sinais e sintoma, ou seja, de forma humanizada. O participante estabeleceu relação empática, portanto afetiva com o pesquisador, o que propiciou o fortalecimento da confiança no processo terapêutico osteopático. A O sentimento de confiança, foi fundamental para a escolha terapêutica e ocorrer adesão ao modelo de terapêutico osteopático, mesmo que por oposição ao modelo de tratamento medicamentoso. A postura compreensiva, com foco primário abrangendo a pessoa em sua totalidade e não a reduzindo apenas a doença, modificou a perspectiva do participante na relação com a doença e modelos de escolha terapêutica.

O tratamento osteopático obteve adesão de todos os pacientes convidados a escolher a forma de intervenção terapêutica que desejava ser submetido, não sendo formado, portanto outros grupos de intervenção terapêutica. Pacientes após a

terapêutica osteopática descrevem melhora do sintoma doloroso, variando nos discursos de fraca a ausência da dor cefálica, alívio da tensão muscular principalmente na região da nuca e cervical, e sensação geral de leveza no corpo. A pressão ou peso na região cefálica foi notado como ausente. Referem ainda melhora do humor, da fadiga, recuperação das capacidades físicas e cognitivas. Por fim relatam disposição para continuar o tratamento osteopático. É importante mostrar que a OMS (2010) defende a liberdade de escolha terapêutica, exercida nesta pesquisa na opção entre o tratamento medicamentoso e osteopático. Hoyt et al. (1979); Gallager (2005) Macedo et al. (2007) demonstraram resultados imediatos de tratamento semelhantes aos desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste caminho de encontro com o outro, trazendo a luz às coisas mesmas, por meio da fenomenologia de Husserl, Stein interpretado por Bello, o aprofundamento da essência do participante foi realizada. A compreensão do significado das vivências dos pacientes com CTTC traduziu-se em vivência mútua, indo e vindo da redução eidética a transcendental.

Inicialmente, o relato das vivências dos participantes, propiciou um conhecimento da corporeidade na relação de espaço e tempo que resultaram no processo de cronificação da CTTC. Foi possível mostrar que os pacientes com CTTC mostram consciência dos sintomas e adotam estratégias peculiares de alívio como se recolher a um ambiente, com ausência de luminosidade, e som após resfriarem-se seja em um banho ou utilizando compressas na nuca ou cabeça, com objetivo-de poderem dormir melhor.

A comunidade familiar e de trabalho foram descritas como importantes no enfrentamento da cefaleia. Nos seus relatos expressam o compartilhamento dos seus sentimentos de insegurança, sofrimento, conflitos, dúvidas com na relação paciente, terapeuta e tratamento.

A rede de apoio familiar e trabalho auxiliaram os pacientes com CTTC a enfrentar com coragem e determinação o novo tratamento, continuar buscando seu bem estar, e manter a receptividade a outros tratamentos complementares como o fisioterapêutico osteopático. O fardo dos sintomas de adoecimento da CTTC foi percebido como debilitante da capacidade vital, sendo significado como “dor terrível”, “cansaço” e “tensão”. Os encargos no trabalho, através do absenteísmo foram relatados, o que leva a impacto social e econômico, para a pessoa, família e instituição empregatícia.

Diante do exposto, os pacientes com CTTC mostraram visão fragmentada, reduzida ao processo de saúde e doença, desconhecem a experiência de atuação integrada da equipe multidisciplinar em cefaleia, o que levam a prender-se a um ciclo vicioso e cronificante de sua doença. Diante dessa realidade, faz-se necessário o olhar dos profissionais da fisioterapia e outros profissionais da equipe (psicólogo, médicos, enfermeiros, assistente social) voltados para concreto, a singularidade da pessoa, de maneira a oferecer um maior valor ao trabalho humanizado, permitindo ampliar as perspectivas de tratamento.

Todos os pacientes com CTTC escolheram o tratamento fisioterapêutico osteopático, em grande parte, por ser não medicamentoso. O sentido subjetivo apreendido das suas vivências foi de boa aceitação dos efeitos imediatos dessa terapêutica, enfatizando o alívio da tensão muscular e fadiga, atenuação ou ausência da dor cefálica. Além da melhora de humor e ausência de limitação cognitiva.

Espera-se que este estudo estimule e contribua para o desenvolvimento de novas pesquisas, enfatizando a compreensão dos fenômenos humanos no campo da saúde. Como demonstrado neste estudo, a pesquisa fenomenológica em muito contribui para a pesquisa clínica em saúde, pois revisa a postura terapêutica frente ao sujeito em adoecimento, resgata e reuni nesta metodologia a compreensão do sujeito em sua totalidade, antes de se interessar pelo sintoma clínico negando-se a separar o corpo vivente somático, da psique, permitindo, portanto a compreensão e discussão da relação terapêutica.

No campo da atenção à saúde especializada, os resultados desta pesquisa chamam a atenção para a condição do acesso público ao tratamento osteopático no Brasil, pois não se encontra incluso na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em contraponto com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2010). No entanto, a perspectiva do participante estudado, abriu possibilidades de discussão sobre suas contribuições no sentido de atender alguns princípios do SUS relacionados a humanização, resolubilidade, baixo custo e desmedicalização, bem como o exercício da liberdade de escolha terapêutica. Portanto, é possível ainda, com este estudo subsidiar discussões posteriores centradas nas políticas públicas que visem aproximar e integrar equipe multidisciplinar capacitada na prevenção e promoção da saúde sobre o tema da cefaleia.

REFERÊNCIAS

ABBASS A.; LOVAS D.; PURDY, A. Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. **Cephalalgia**, v.28, n.12, p.1305-1314, 2008.

AMATUZZI, M. M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.26, n.1, p. 93-100, 2009.

ANDERSON R.E.; SENISCAL, C. Comparison of Selected Osteopathic Treatment and Relaxation for Tension-Type Headaches. **Headache**, v.46, n.8, p.1273-1280, 2006.

ASTI-VERA, A. **Metodologia da pesquisa científica**. Porto Alegre: Globo, 1980.

BARCO, A.P. A Concepção Husserliana de Corporeidade: A Distinção Fenomenológica entre corpo próprio e corpos inanimados. **Synesis**, v.4, n.2, p.1-12, 2012.

BELLO, A. **Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião**. Bauru: EDUSC, 2004.

_____. **Introdução à fenomenologia**. Bauru: EDUSC, 2006.

BENDTSEN, L. Tension type headache. **The Journal of Headache and Pain**. v.1, Supl. 1, 2013.

BERNARDI, M.T; BUSSADORI, S.K; FERNANDES, K.P.S; GONZALEZ-BIASOTTO, D. CORRELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E CEFALÉIA TENSIONAL. **Fisioterapia em Movimento**, v.21, n.1, p.87-93, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº. 220, de 23 de maio de 2001. Dispõe sobre o reconhecimento da Quiropraxia e da Osteopatia como especialidades do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. nº 108, de 05.06.01, seção I, pag.46. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1302&psecao=9. Acesso em: 10 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.7, p.60, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, p.92, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2012.

BRITO, R.G. Papel dos receptores canabinoides em um modelo experimental de angiogênese inflamatória.[Dissertação de Mestrado] Belo Horizonte: UFMG, 2007.

BRONFORT, G. et al. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: A systematic review. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v.24, n.7, 2001.

CANTISTA, M.J. Para uma antropologia da dor e do sofrimento. http://web.letras.up.pt/id/projectos/5%20FILOS/5_3%20Filosofia%20Moderna%20e%20Contemporanea/5_3_1/5_3_1.htm. Acesso em 07 de abril de 2013.

CAPALBO, C. **Método fenomenológico**. São Paulo :Métodos, 2005, p. 101-108.

_____. Fenomenologia e ciências humanas. **Memorandum**.v.9, p.155-156, 2005.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa Qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. Portugal, v.16, n.2, p.221-236, 2003.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS - SEGUNDA EDIÇÃO (revista e ampliada). Trad. **Sociedade Brasileira de Cefaleia**. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda, 2006.

DENSLOW, J.; KORR, I.; KREMS, A. Quantitative studies of chronic facilitation in human motoneuron pools. **American Journal of Physiology**. v.150, p.229-238, 1947.

DOMINGUES, R.B.; KUSTER, G.W.; DUTRA, L.A.; SANTOS, J.G.; Epidemiologia da cefaleia em Vitória, Espírito Santo. **Arq Neuro-Psiquiatr**. v.62, n.3, p.588-591, 2004.

ESPÍNDULA, J.A. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. [dissertação]. Ribeirão Preto: USP, 2009.

FARREL, D.F. **Cefaleia: Sinais e sintomas em neurologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1989.

FERNÁNDEZ DE LAS PEÑAS C. et al. Are manual therapies effective in reducing pain from tension-type headache? A systematic review. **The Clinical Journal of Pain**, v.22, p.278-285, 2006.

FORGHIERI, Y.C. **Psicologia fenomenológica, fundamentos, métodos e pesquisa**, São Paulo: Pioneira, 1993.

FRIDE, E. El sistema cannabinoide endógeno: un nuevo componente en el eje cerebro-tracto digestivo- tejido adipose. **Cannabinoids**, v.2, n.2, p.5-12, 2007.

GALLAGER, R.M. Headache Pain. **JAOA**,v.105, n.109, Supl.4, p.7s-11s, 2005.

GARANHANI, M.R. **Eficácia do tratamento fisioterapêutico aplicado a pacientes com cefaleia tipo-tensional: ensaio clínico randomizado**, [dissertação]. São Paulo: UNIFESP, 2003.

GAUL, C. et al. Team players against headache: multidisciplinary treatment of primary headaches and medication overuse headache. **The Journal of Headache and Pain**. v.12, n.5, p.511-519, 2011.

GEMMA K. et al. A role for the ventral hippocampal endocannabinoid system in fear-conditioned analgesia and fear responding in the presence of nociceptive tone in rats. **PAIN**. v.152, n.11, p. 2495-2504, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M.A.B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.6, p.692-697, 2005.

GONZALEZ, C. et al. Determination of anxiety, mood disorders and disability in cluster and migraine headache. **The Journal of Headache and Pain**. v.1, supl.1,p. 103, 2013.

HAAG, G. et al. Self-medication of migraine and tension-type headache: summary of the evidence-based recommendations of the Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), the Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), the Österreichische Kopfschmerzgesellschaft (ÖKSG) and the Schweizerische Kopfwehgesellschaft (SKG). **The Journal of Headache and Pain**, v.12, n.2, p.201-17, 2011.p

HAMMILL, J.M.; COOK, T.M.; ROSECRANCE, J.C. Effectiveness of a physical therapy regimen in the treatment of tension type headache. **Headache**, v. 36, n.3, p. 149-153.1996.

HERZLICH, C.; ADAM, P. **Sociologie de la maladie et de la médecine**. Paris: Nathan, 1994.

HOFFMANN, J.; TEODOROSKI, R. A eficácia da pompagem, na coluna cervical, no tratamento da cefaleia do tipo tensional. **Escola de terapia manual & postural**. Londrina, v. 2, n. 2, p. 56-60, 2003.

HOYT, W.H. et al. Osteopathic manipulation in the treatment of muscle-contraction headache. **American Journal of Osteopathic Association**. v.78, n.5, 322-325, 1979.

HUSSERL, E. **Investigações Lógicas: Investigações para a Fenomenologia e a Teoria do Conhecimento**. Lisboa: CEFUL, v.2, p.30-31, 2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **Campanha Mundial contra a dor de cabeça**. Disponível em: <http://www.dor.org.br/profissionais/s_camanhas.asp>. Acesso em: 22 fev. 2012.

_____. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle:IASP Press, p.58, 2010.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. **Cephalalgia**, v.24, supl.1, p.8-160, 2004.

JUCÁ, R.L.L. **Proposta de terapia manual em pacientes portadores de cefaleia de tensão**. [Graduação]. Faculdades integradas de Santa Fé do Sul, 1999.

KORR, I.M. The neural basis of the osteopathic lesion. **Journal of the American Osteopathic Association**, v.47, n.4, p.191-198, 1947.

KORR, I.M. Proprioceptors and somatic dysfunction. **Journal American Osteopathic Association**, v.74, n.7, p.638-650, 1975.

KRYMCHANTOWSKI, A.V. Como diagnosticar e tratar: Cefaleias. **Revista Brasileira de Medicina**, v.58, p. 59-79, 2001.

KRYMCHANTOWSKI, A.V. **Cefaleias tensionais**. Ars Cvrandi, v.9, p.47-55, 1996.

KRISTOFFERSEN E.S. et al. Self-Reported Efficacy of Complementary and Alternative Medicine In Chronic Headache Subjects In The General Population. **The Journal of Headache and Pain**. v.1, supl.1, p. 23, 2013.

LEVIN, M. **Classification of primary headaches: concepts and controversies**. Continuum: Lifelong Learning in Neurology. v.12, n.6, p.32-51, 2006.

LONARDI, C. O dilema passa em doenças socialmente invisível: Narrativas sobre cefaleia crônica. **Social Science & Medicine**, v.65, p.1619-1629, 2007.

LOZA, E.M. (Org.). **Migrañas y cefaleas**. 1.ed. Madri: Escuela de Osteopatía de Madri, p.17, 2004.

LOZA, E.M. Tratamiento osteopático de las migrañas y cefaleas. **Revista Científica de terapia manual y osteopatía**, v.1, n.12, p.4-34, 2000.

MACEDO, C.S.G. et al. Eficácia da terapia manual craniana em mulheres com cefaleia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.14, n.2, p.14-20, 2007.

MARTINS, G.A. **Epistemologia da pesquisa em administração**. Tese (Livre Docência), Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1994.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2.ed. São Paulo: Moraes, 1994.

MATTA, A.P. da C.; MOREIRA FILHO, P.F. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaleia do tipo tensional crônica e episódica. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. São Paulo, v. 61, n. 4, p. 991-95, 2003.

MATTA, A.P.C.; MOREIRA FILHO, P.F. Cefaleia do Tipo Tensional Episódica Avaliação clínica de 50 pacientes. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.64, n.1, p.95-99, 2006.

MCPARTLAND, J.M. et al. Cannabimimetic effects of osteopathic manipulative treatment. **Journal American Osteopathic Association**, v.105, n.6, p.283-291, 2005.

MOREIRA, D.A. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thonsom, 2002.

MUNKSGAARD, S.B. et al. Detoxification in a structured programme is effective for so-called refractory medication-overuse headache. **The Journal of Headache and Pain**. v.1, n.1, p.150, 2013.

MUSTY, R.E. **Cannabinoid therapeutic potential in motivational processes, psychological disorders and central nervous system disorders**. London: CRC Press, p.45-74, 2002.

NADAL-VICENS, M.; CHYUNG, J.H.; TURNER, T.J. **Farmacologia da neurotransmissão serotoninérgica e adrenérgica central**. In GOLAN et al. **Princípios de farmacologia: A base fisiopatológica da farmacoterapia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NADEEM, F. et al. The ideas of people referred to neurologists about managing their headaches: A qualitative study. **The Journal of Headache and Pain**, v.1, n.1, p.203, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cefaleias e Saúde pública**. WHO/MSD/MBD, Genebra, 2000.

PIANCASTELLI, C.H.; DI SPIRITO, G.C (Org). **Saúde do Adulto**. Nescon/UFMG, 2009. < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3245.pdf>> Acesso em 20 de Abril 2013.

POHLS, F.Z.; RODRÍGUEZ, M.M. Comorbilidad de la cefalea tensional y la migraña en la población abierta del Distrito Federal. **Arch. Neurociências**, v.5, n.2, p.51-54, 2000.

POSADZKI, P. AND ERNST, E. Systematic Reviews of Spinal Manipulations for Headaches: An Attempt to Clear Up the Confusion. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v.51, n.9, p.1419-1425, 2011.

QUEIROZ, L.P. et al. A Nationwide Population-Based Study of Tension-Type Headache in Brazil. **Headache**, v.49, n.1, p.71-78, 2009.

RABELLO, G.D.; FORTE L.V.; GALVÃO, A.C.R. Avaliação clínica da eficácia da combinação paracetamol e cafeína no tratamento da cefaleia tipo tensão. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, V.58, n.1, p.90-98, 2000.

RAY, B.S.; WOLFF, H.G. Experimental studies on headache: pain sensitive structures of the head and their significance in headache. **Archives of Surgery**, v.41, n.4 , p.813-856, 1940.

RAMADAN N.M, et al. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: Pharmacological management for prevention of migraine. **U.S. Headache Consortium**, 2000. disponível em: www.aan.com/professional/practice. Acessado em 13 de maio de 2013.

RANIERI, L.P.; BARREIRA, C.R.A. A Empatia Como Vivência. **Memorandum**,v.23, p.12-31, 2012.

RASMUSSEN, B.K. et al. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.44, n.11, p.1147-1157, 1991.

RICARD, F. **Tratamento de osteopatía craneal análisis ortodôntico diagnóstico y tratamiento manual de los síndromes craneomandibulares**. Madri: Médica Panamericana, 2002.

RICARD, F. **Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hérnias discales**. Madri: Médica Panamericana, 2003.

RICARD, F. **Tratamento Osteopático da caixa torácica**. Campinas: Saber&Saúde, 2009.

RODRIGUES, J. **Cefaleia tipo tensional: tratamento com acupuntura**. Disponível em <<http://www.saudetotal.com.br/artigos/mtc/mono003.asp>> acesso em: 28 fev.2012.

SAPER, J. et al. **Handbook of headache management**. Maryland: Williams & Wilkins, 1993.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

SCHWARTZ, B.S. et al. Epidemiology of tension-type headache. **Journal of American Medical Association**. v.279 , n.5 , p.381-383 , 1998.

SCHOENEN, J. **Tension-type headache. Drug treatment of migraine and other headaches**. Basel: Karger, 2000.

SILVA, W.F. **Diagnóstico das cefaleias**. São Paulo: Lemos, 2003.

SÖDERBERG, E.; CARLSSON, J.; STERNER-VICTORIN, E. Chronic tension-type headache treated with Acupuncture, physical training and relaxation training: Between-group differences. **Cephalalgia**. v.26, n.11, p.1320-329, 2006.

SPECIALI, J.G. Campanha: SBED promove combate a dor de cabeça. **Jornal dor**, n.40, p.05, 2011.

STEIN, E. **Psicologia e scienza dello spirito: contributi per una fondazione filosofica**. Roma: Città Nuova, 1999.

TORELLI, P.; JENSEN, R.; OLESEN, J. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. **Cephalalgia**, v.24, n.1, p. 29-36, 2004.

THOMSON, O.P. et al. Qualitative research: Exploring the multiple perspectives of osteopathy. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v.14, n.3, p.116-124, 2011.

SIMONS,D.; TRAVELL, J.;SIMONS, L. **Dor e Disfunção Miofascial: Manual de Pontos Gatilho – Parte Superior do Corpo**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

VAN ETTEKOVEN H.; LUCAS, C. Efficacy of physioterapy including a craniocervical training programme for tension-type headache: a randomized clinical trial. **Cephalalgia**, v.26, n.8, p.983-991, 2006.

VAN SUIJLEKOM, H.A. et al. Quality of life of patients with cervicogenic headache: a comparison with control subjects and patients with migraine or tension-type headache. **Headache**, v.43, n.10, p.1034-1041, 2003.

VINCENT, M. et al. Prevalência e custos indiretos das cefaleias em uma empresa brasileira. Arq. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.56, n.4, p.734-743, 1998.

WEIL, A.T.; ZINBERG, N.E.; NELSEN, J.M. Clinical and psychological effects of marihuana in man. **Science**, v.13, n.162, p.1234-1242, 1968.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: World Health Organization, 2001.

_____. **Benchmarks for training in traditional /complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy**. Geneva: World Heath Organization, 2010.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O significado do tratamento osteopático para pacientes com cefaleia tipo tensional crônica

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisadores: Thales Frederico Ribeiro Fonseca (aluno do mestrado em Ciências da Saúde) e a professora Joelma Ana Espíndula (orientadora), em relação a participação no projeto de pesquisa intitulado “O significado do tratamento osteopático e farmacológico para pacientes portadores de cefaleia tipo tensional crônica”, cujo objetivo é conhecer as vivências dos pacientes com cefaleia tipo tensional crônica, em tratamento farmacológico e osteopático. O paciente com cefaleia tipo tensional crônica é convidado a participar da pesquisa. Após o consentimento em participar do estudo lhe é informado o objetivo e a justificativa, que somados a experiência que surgir do tratamento osteopático ou farmacológico após escolha de intervenção facultada ao participante, trarão informações que poderão contribuir para a compreensão deste fenômeno. Serão realizadas duas entrevistas narrativas, a primeira antes e a segunda após o tratamento osteopático, tendo a(s) seguintes questões: “Qual a percepção para o(a) senhor(a) da cefaleia antes do tratamento escolhido?” “conte-me como foi para o(a) senhor(a) a escolha do tratamento ao qual deseja ser submetido”. Além de outras questões para esclarecer melhor o como por exemplo, “fale mais sobre isso”, “Como se sente frente a isso?” “Como foi isso?”, “Como está vendo isso?”. Busca-se favorecer aos participantes o acolhimento, o alívio de ansiedade, de medo, de contrariedade, de dúvida ao possibilitar expressá-los. O participante poderá responder como quiser, usando o tempo que achar necessário, expondo suas vivências. Sempre tendo uma postura cautelosa para com o(a) participante. Se permitir será utilizado gravador digital para ter sua fala completa registrada para assegurar melhor a descrição dos detalhes, no momento de transcrevê-las. Posso assegurar sigilo e privacidade, sendo reservada sua identificação ou dados que possam comprometer-lo(a), como a seu nome não aparecerá. O(a) participante poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. É importante salientar, que a sua participação não envolve riscos à sua integridade física e nem moral, não haverá ônus ao participante. O participante não terá direito a ressarcimento de nenhuma espécie por parte do pesquisador e do orientador da pesquisa. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Professora Joelma Ana Espíndula, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, em participar do mesmo.

Boa Vista, _____ de _____ 2012

Nome e assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Thales Frederico Ribeiro Fonseca, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo do participante.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome Orientador:	Professora Dr ^a . Joelma Ana Espíndula (Procisa – UFRR)		
Endereço:	Universidade Federal de Roraima, Campus Paricarana, Av. Capitão Ene Garcez, 2500		
Bairro:	Aeroporto		
Cidade:	Boa Vista	UF:	RR

Fones: (95)81045627 e-mail: espindula.joelma@ufr.br

Nome Pesquisador: Thales Frederico Ribeiro Fonseca (Procisa – UFRR)
Endereço: Universidade Federal de Roraima, Campus Paricarana, Av. Capitão Ene Garcez, 2500
Bairro: Aeroporto
Cidade: Boa Vista UF: RR
Fones: (95) 8111-2888 e-mail: thalesfonsecarr@hotmail.com

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O significado do tratamento osteopático para pacientes portadores de cefaleia tipo tensional crônica

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisadores: Thales Frederico Ribeiro Fonseca (aluno do mestrado em Ciências da Saúde) e a professora Joelma Ana Espíndula (orientadora), em relação a participação no projeto de pesquisa intitulado “O significado do tratamento osteopático e farmacológico para pacientes portadores de cefaleia tipo tensional crônica”, cujo objetivo é conhecer as vivências dos pacientes com cefaleia tipo tensional crônica, em tratamento farmacológico e osteopático. O paciente com cefaleia tipo tensional crônica é convidado a participar da pesquisa. Após o consentimento em participar do estudo lhe é informado o objetivo e a justificativa, que somados a experiência que surgir do tratamento osteopático ou farmacológico após escolha de intervenção facultada ao participante, trarão informações que poderão contribuir para a compreensão deste fenômeno. Será realizada a segunda entrevista após o tratamento osteopático. Utilizando a(s) seguintes questões: “como está a vida para o(a) senhor(a) após o tratamento escolhido?” Além desta questão, também poderão ocorrer intervenções, como por exemplo, “fale mais sobre isso”, “Como se sente frente a isso?” “Como foi isso?”, “Como está vendo isso?”. Busca-se favorecer aos participantes o acolhimento, o alívio de ansiedade, de medo, de contrariedade, de dúvida ao possibilitar expressá-los. O participante poderá responder como quiser, usando o tempo que achar necessário, expondo suas vivências. Sempre tendo uma postura cautelosa para com o(a) participante. Se permitir será utilizado gravador digital para ter sua fala completa registrada para assegurar melhor a descrição dos detalhes, no momento de transcrevê-las. Posso assegurar sigilo e privacidade, sendo reservada sua identificação ou dados que possam comprometê-lo(a), como a seu nome não aparecerá. O(a) participante poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. É importante salientar, que a sua participação não envolve riscos à sua integridade física e nem moral, não haverá ônus ao participante. O participante não terá direito a ressarcimento de nenhuma espécie por parte do pesquisador e do orientador da pesquisa. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Professora Joelma Ana Espíndula, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, em participar do mesmo.

Boa Vista, _____ de _____ 2012

Nome e assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Thales Frederico Ribeiro Fonseca, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo do participante.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome Orientador:	Professora Dr ^a . Joelma Ana Espíndula (Procisa – UFRR)		
Endereço:	Universidade Federal de Roraima, Campus Paricarana, Av. Capitão Ene Garcez, 2500		
Bairro:	Aeroporto		
Cidade:	Boa Vista	UF:	RR
Fones:	(95)8119-1312	e-mail:	joelmaespindula@hotmail.com

Nome Pesquisador:	Thales Frederico Ribeiro Fonseca (Procisa – UFRR)		
Endereço:	Universidade Federal de Roraima, Campus Paricarana, Av. Capitão Ene Garcez, 2500		
Bairro:	Aeroporto		
Cidade:	Boa Vista	UF:	RR
Fones:	(95) 8111-2888	e-mail:	thalesfonsecarr@hotmail.com

ANEXO III - PROTOCOLO DE TRATAMENTO OSTEOPÁTICO PARA CEFALEIA TIPO TENSIONAL CRÔNICA

Este protocolo foi organizado por Loza (2004), a partir de sua pesquisa utilizando tratamento osteopático nas migranêas e cefaleias.

1. Liberação da pelve: Tratamento do sacro, íliacos e púbis com técnicas de thrust (Alta velocidade e baixa amplitude - HVLA), diretas sobre cama de drop e semidiretas, técnicas de músculo energia.
2. Liberação do eixo vertebral: Com atenção muito particular para a coluna cervical (sobretudo C0-C1-C2-C3) utilizando técnicas de thrust em rotação e lateralidade (Atlas em Toggle Recoil), coluna dorsal e costelas. O sistema muscular cérvico-dorsal, escapular e crânio-mastigatório, é enfocado tratamento de pontos trigger, fontes de dores referidas. Para seu tratamento utilizam-se as técnicas clássicas (stretching, inibição recíproca de Sherrington, neuromuscular, músculo energia e spray-stretch). A correção da postura é realizada inicialmente verificando a mobilidade articular das charneiras vertebrais, (C3, T3, T6, L3) e reequilibrando o tônus muscular agonista-antagonista.
3. Liberação do crânio:
 - Técnicas suturais: (Thrust, técnicas com martelo, técnicas de Sutherland) para liberar a abóbada craniana e base do crânio (fossas anterior, média e posterior) e seus orifícios: Suturas Occipitomastoidea, Petro-occipital e Petroesfenoidal, Forame Jugular, Sincondrose esfenobasilar (thrust para lateral Strain do esfenóide), Occipital e seus côndilos, Temporal (pivot esferoescamoso e côndilo-escamo-mastoideo), Esfenóide (asa maior, fenda esfenoidal), Órbita.
 - Técnicas membranosas: Para tenda do cerebelo, foice do cérebro e técnicas para chicote cervical.
 - Técnicas vasculares: lift frontal, lift parietal, bombeio do olho, equilíbrio do anel de zinn, bombeio forame jugular, CV4.
 - Avaliação e tratamento das neuropatias de compressão dos nervos cranianos implicados (III, IV, V, VI, VII, IX, X e XI).
4. Liberação do sistema visceral abdominal e pélvico:

- O protocolo visceral inclui investigação e tratamento se necessário do:
Músculo diafragma com seus níveis vertebrais correspondentes (T10 a L3), Músculo psoas por meio de sua relação com os pilares do diafragma, Vértebra C3 por sua relação com o nervo frénico, Inervação parassimpática visceral (X), Inervação ortossimpática visceral (através das vértebras em disfunção, fontes de facilitação medular), as vísceras (estômago, duodeno, vias biliares, colón, ovários, útero e bexiga) com técnicas viscerais mio-relaxantes (stretching), técnicas diretas de stretching ou indiretas com alavanca superior(membro superior) ou inferior(membro inferior) para aderências viscerais, Vasculares, através da técnica hemodinâmica global do abdômen, técnicas de lift, bombeio do fígado, Técnicas para pontos triggers viscerais fasciais.