



CARACTERIZAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL E RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Characterization of patients with tension-type headache and relationship to quality of life, depression and anxiety

Alice Ferreira¹, Jaqueline Morais¹, Josiane Souza¹, Célio Ferreira², Thaís Machado², Ana Paula Santos²

¹Fisioterapeuta, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina (MG), Brasil.

²Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina (MG), Brasil.

RESUMO

Introdução: A cefaleia do tipo tensional é frequente e causa prejuízos pessoais significativos. A fisioterapia está atuando cada vez mais nesta doença, ajudando no controle da dor, melhorando a qualidade de vida. Faz-se necessário o conhecimento de fatores que interferem nesta doença para que a abordagem fisioterapêutica seja o mais eficiente possível. Objetivo: Caracterizar indivíduos com cefaleia do tipo tensional e relacionar as variáveis da dor à qualidade de vida, depressão e ansiedade. Métodos: Onze indivíduos com diagnóstico clínico de cefaleia do tipo tensional responderam as Escalas de Ansiedade e Depressão de Beck e Qualidade de Vida SF-36, assim como, questionário para caracterização da amostra. Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial, o coeficiente de correlação linear de Pearson (r) foi utilizado. Resultados: A dor encontrada foi de alta frequência (55%), intensidade (63%) e impacto negativo sobre a vida (45,5%). Sintomas graves de ansiedade (36,5 %) foram encontrados. Houve correlação significativa entre dor e depressão ($r = 0,621$; $p = 0,04$) e impacto da dor e aspectos emocionais – SF-36 ($r = -0,626$; $p = 0,039$). Considerações Finais: A cefaleia do tipo tensional pode causar impacto negativo grave nos pacientes levando a diminuição da qualidade de vida e a ansiedade e depressão precisam ser consideradas no tratamento fisioterapêutico.

Palavras-chave: Cefaleia do tipo tensional. Ansiedade. Depressão. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Tension-type headache is frequent and causes significant personal damages. Physiotherapy is increasingly working on this disease, helping to control pain, improving the quality of life. It is necessary to know the factors that interfere in this disease so that the physiotherapeutic approach is an efficient as possible. Objective: To characterize individuals with tension-type headache and to relate pain variables to quality of life, depression and anxiety. Materials and Methods: Eleven individuals with clinical diagnosis of tension-type headache responded to the Beck Scales of Anxiety and Depression and Quality of Life SF-36, as well as questionnaire for characterization of the sample. The data were analyzed in a descriptive and inferential manner; Pearson's linear correlation coefficient (r) was used. Results: The pain found was of high frequency (55%), intensity (63%) and negative impact on life (45.5%). Severe anxiety symptoms (36.5%) were found. There was a significant correlation between pain and depression ($r = 0.621$; $p = 0.04$) and impact of pain and the emotional aspects – SF-36 ($r = -0.626$; $p = 0.039$). Final Considerations: Tension-type headache can cause negative severe impact on individuals leading to decreased quality of life, and the anxiety and depression need to be considered in the physiotherapeutic treatment.

Key Words: Tension-Type headache. Anxiety. Depression. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A cefaleia é uma das doenças mais comuns no mundo^{1,2}. Vários de seus subtipos causam níveis substanciais de incapacidade. A cefaleia do tipo tensional (CTT) é a mais prevalente e impõe um incômodo significativo na vida dos indivíduos^{2,3}. A CTT é caracterizada por uma dor bilateral, de caráter constritivo e intensidade leve a moderada. A duração da dor é variável e não se associa a quadros de vômito, grave foto e fonofobia e não há piora com a atividade física⁴. Em geral, os tratamentos recomendados para os casos de CTT são sintomáticos e profiláticos e podem ser farmacológicos e não farmacológicos⁵. Nestes, a fisioterapia está ocupando cada vez mais espaço e vem ajudando no controle da intensidade, duração e frequência da dor, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos com CTT⁶⁻⁸.

Os mecanismos que levam ao estabelecimento da CTT ainda não são bem compreendidos⁹. Aspectos psíquicos e relações significativas entre alguns transtornos psicológicos e psiquiátricos e a etiologia da CTT são documentados^{10,11}. Os conflitos emocionais e o estresse psicossocial são os fatores precipitantes mais reportados^{12,13}. A CTT interfere nas atividades de vida diária, leva a prejuízos físicos, sociais e psicológicos, podendo ser uma desordem de meia-idade^{14,15}, atingindo os indivíduos em fases precoces da vida e continuando a afetá-los durante os anos de produtividade máxima. Há também interferência direta na capacidade para o trabalho e/ou para outras atividades^{3,15,16}.

Assim, pela prevalência, por interferir de forma tão significativa na vida dos envolvidos, pela necessidade de estudos para quantificar a importância deste transtorno e relacioná-lo com ansiedade e depressão³, este estudo tem como objetivo caracterizar pacientes com diagnóstico de CTT em um núcleo de atendimento neurológico da cidade de Diamantina/MG e relacionar as variáveis da dor com a qualidade de vida, depressão e ansiedade.

MÉTODOS

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo nº 020/2012), indivíduos com diagnóstico clínico de CTT expedido por um neurologista e acompanhados em um núcleo de atendimento neurológico na cidade de Diamantina/MG foram abordados em suas respectivas residências. Somente após esclarecimento detalhado sobre a pesquisa e a formalização para a participação com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se o estudo.

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico médico de CTT e aceite em participar do estudo. A ausência de outras doenças ou disfunções foram os critérios de exclusão. Preencheram estes critérios 11 indivíduos, de ambos os gêneros, com idade variando entre 19 a 50 anos. Os indivíduos preencheram uma ficha pessoal elaborada com questões referentes aos dados pessoais, história familiar, história e intensidade da dor (através da escala visual analógica – EVA), tipos de tratamento e hábitos de vida; o *Headache Impact Test* (HIT-6), desenvolvido para medir o impacto que a cefaleia tem sobre a vida do indivíduo (quanto maior a soma obtida, maior é o impacto)¹⁷; as Escalas de Ansiedade e de Depressão de Beck cujo escore total permite classificar, respectivamente, os níveis de intensidade da ansiedade e da depressão (quanto maior o valor, pior é a classificação)¹⁸ e o Questionário SF-36 para avaliar a qualidade de vida em oito dimensões: capacidade funcional, dor, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde (quanto maior o escore obtido, melhor é a qualidade de vida)¹⁹.

Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico Minitab¹³. A estatística foi feita através de análise descritiva (média \pm desvio padrão, valores mínimos e máximos e porcentagem)

e inferencial. Após a verificação da normalidade das variáveis (teste de Shapiro-Wilk), o coeficiente de correlação linear de Pearson (r) foi utilizado para verificar a relação entre as variáveis ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A idade média dos indivíduos foi de 35 anos (faixa etária: 19 – 50 anos) e 73% foram do gênero feminino. Os indivíduos identificaram-se como sendo pardos (45,4%), brancos (36,6%), negros (9%) e amarelos (9%). A maioria (73%) relataram viver em união estável e 27% dos indivíduos eram solteiros.

Do total dos indivíduos, 64% apresentaram histórico familiar de CTT. A idade média de início da dor foi de 19 anos (mínima de 5 anos e máxima de 37 anos). Na EVA, 36% dos indivíduos relataram sentir em suas crises uma dor de intensidade 8 e 27% uma dor de intensidade 10. Foi possível observar que os indivíduos casados possuíam uma pontuação maior na EVA (média: 8,4) em relação aos solteiros (média: 7). Os dados relacionados à história da dor estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. História da dor dos indivíduos com cefaleia do tipo tensional de um núcleo de atendimento neurológico na cidade de Diamantina/ MG – 2015

Variáveis	%
Frequência semanal	
1 dia	18
2-3 dias	27
Mais de 3 dias	55
Horário da dor	
6 – 12 horas	9
12 – 18 horas	9
18 – 24 horas	27
Sem horário certo	55
Fator precipitante	
Alimento	13
Cansaço	27
Outro*	60
Fator intensificador	
Cansaço	9
Outro*	64
Nenhum	27

* fatores emocionais, claridade, sons

Para a prevenção da dor, 27% dos indivíduos faziam uso de medicamento. Os medicamentos utilizados tinham como princípio ativo o topiramato, cloridrato de clomipramina e cloridrato de amitriptilina. Já para o alívio da dor, todos os indivíduos faziam uso de medicamentos. Os princípios ativos dos medicamentos citados foram: ácido acetilsalicílico e cafeína; dipirona sódica; citrato de orfenadrina, dipirona sódica e cafeína; mucato de isometepto, dipirona sódica e cafeína; diclofenaco sódico, paracetamol, carisoprodol e cafeína; e ibuprofeno. Apenas um indivíduo realizava tratamento não medicamentoso (massoterapia) associado aos medicamentos de controle de dor.

Em relação aos hábitos de vida, 18% dos indivíduos afirmaram mudança em seus hábitos diários para evitar as cefaleias. Os dados relacionados aos hábitos de vida dos indivíduos estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Hábitos de vida dos indivíduos com cefaleia tipo tensional de um núcleo de atendimento neurológico na cidade de Diamantina/ MG – 2015

Variáveis	%
Dieta alimentar	
Legumes	18,1
Verduras	36,4
Massas	27,2
Frituras	18,3
Vício	
Café	36
Nenhum	64
Atividade física	
Sim	45
Não	55
Atividade de lazer	
Sim	55
Não	45

A média de pontuação no HIT-6 foi de 58,9 pontos, variando de 45 a 72 pontos. Os resultados específicos do HIT-6 e os obtidos das escalas de Ansiedade e Depressão de Beck estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados obtidos do questionário HIT-6 e das Escalas de Ansiedade e Depressão de Beck

Instrumento	%
HIT-6	
Pouco ou nenhum impacto	18,2
Algum impacto	27,2
Impacto acentuado	9,1
Impacto muito grave	45,5
Escala de Ansiedade de Beck	
Ansiedade mínima	27,2
Ansiedade leve	18,1
Ansiedade moderada	18,2
Ansiedade grave	36,5
Escala de Depressão de Beck	
Depressão mínima	18,1
Depressão leve	45,9
Depressão moderada	26,9
Depressão grave	9,1

HIT-6 (Headache Impact Test): avalia o impacto que a cefaleia tem sobre a vida do indivíduo, quanto maior a soma obtida maior o impacto¹². Escalas de Ansiedade e de Depressão de Beck: quanto maior o valor, pior a classificação da ansiedade e da depressão, respectivamente¹³. Diamantina/MG-2015.

Os resultados obtidos através da aplicação do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Resultados obtidos com o Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Domínios	Média
Capacidade funcional	87,2
Aspecto físico	81,8
Dor	42,1
Estado geral de saúde	36,0
Vitalidade	55,0
Aspecto social	44,3
Aspecto emocional	54,3
Saúde mental	60,3

*O escore varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor. Diamantina/MG-2015.

As relações entre as variáveis que apresentaram correlações moderadas ($r > 0.50$) ou significativas ($p \leq 0,05$) estão discriminadas na Tabela 5.

Tabela 5. Relação entre as variáveis do estudo

Variáveis	Correlação	
HIT 6	Idade do indivíduo	$r = -0,800^*$
HIT 6	SF-36: Aspectos Emocionais	$r = -0,626^*$
HIT 6	Frequência da cefaleia	$r = 0,533$
HIT 6	Ansiedade	$r = 0,506$
HIT 6	SF-36: Capacidade Funcional	$r = -0,544$
HIT 6	SF-36: Saúde Mental	$r = -0,534$
HIT 6	SF-36: Vitalidade	$r = -0,524$
Idade de início	SF-36: Dor	$r = 0,523$
Idade dos indivíduos	SF-36: Capacidade Funcional	$r = 0,556$
Idade dos indivíduos	Ansiedade	$r = -0,506$
EVA	Ansiedade	$r = 0,621^*$
Frequência da cefaleia	Ansiedade	$r = 0,539$

* diferenças estatisticamente significativas: $p < 0,05$. HIT-6 (Headache Impact Test): avalia o impacto que a cefaleia tem sobre a vida do indivíduo, quanto maior a soma obtida maior o impacto¹². SF-36: questionário para avaliar a qualidade de vida com oito domínios, quanto maior o escore obtido melhor a qualidade de vida¹⁴. EVA: escala visual analógica para avaliar a intensidade da dor, de 0 a 10, quanto maior a pontuação dada pelo indivíduo, pior a dor. Ansiedade: pela Escala de Ansiedade de Beck: quanto maior o valor, pior a classificação da ansiedade¹³. Diamantina/MG-2015.

Em sua maioria, os indivíduos com CTT estudados, foram adultos pardos do gênero feminino e de união estável. Com presença de história familiar de CTT, sintomas de ansiedade e depressão, frequência e intensidade alta de dor, sem horário certo para ocorrer e que compromete principalmente o estado geral da saúde e leva a um impacto muito grave na vida.

DISCUSSÃO

Apesar da frequência da cefaléia, ela continua sendo subestimada, sub-reconhecida e inadequadamente tratada^{2,4}. A maioria dos estudos volta-se para a migrânea, pelo provável maior impacto que causa na vida do portador. Entretanto, a CTT além de causar níveis significativos de incapacidade, é mais frequente^{1,2}.

A maior prevalência de CTT no gênero feminino encontrada neste estudo coincide com a maioria dos dados da literatura^{1-3,20}, entretanto, um estudo que analisou a CTT em funcionários de

uma instituição de ensino superior encontrou maior prevalência no gênero masculino²¹. A CTT pode ocorrer em qualquer idade, mas adultos jovens e de meia idade são os frequentemente acometidos^{3,15,16}. Neste estudo, observou-se que quanto menor a idade do indivíduo com CTT, maior foi o relato da gravidade do impacto da cefaleia sobre a vida. A variável idade relacionou-se também com a ansiedade e qualidade de vida, entretanto sem resultado significativo, mas indo de encontro com o observado no impacto da dor sobre a vida; os mais jovens tendem a ser mais ansiosos e os mais velhos têm uma melhor percepção de sua capacidade funcional.

Uma predisposição genética relacionada à CTT já foi relatada na literatura¹¹. Resultados mostram que uma história materna positiva de cefaleia aumenta significativamente o risco dos filhos terem cefaleia frequentes na infância¹¹ e que história familiar de CTT entre parentes de primeiro grau está presente em 24% de indivíduos com diagnóstico clínico de CTT²². O presente estudo pôde observar que mais da metade dos indivíduos estudados apresentou histórico familiar de CTT.

A associação dos hábitos alimentares e as cefaleias primárias é conhecida^{23,24}. Na CTT a relação dor e hábito alimentar é menor do que na migrânea e quando existe nota-se que o controle alimentar é voltado para redução de comidas ricas em gordura, do café e do álcool^{23,24}. Neste estudo apenas 13% referiram o fator alimentação como precipitante de crise, valor próximo ao encontrado na literatura²³, onde a associação entre alimentos e início de crise foi reportada por 20% dos indivíduos com CTT. Elementos da dieta que são contados como fatores precipitantes de crise são as frituras, os legumes e o café^{23,24}, elementos encontrados na dieta de alguns indivíduos deste estudo.

O tratamento preventivo é indicado para indivíduos com frequência de crises de CTT maior do que duas vezes por semana, e a medicação farmacológica indicada são os antidepressivos tricíclicos²⁵. Neste estudo, a maioria dos indivíduos apresentou crises frequentes e 27 % faziam uso de medicamento preventivo. Já para o alívio da cefaleia todos os indivíduos deste estudo faziam uso de medicamento. As medicações mais utilizadas em uma unidade de emergência, bem como na maioria dos hospitais públicos do Brasil, para CTT são primeiramente a dipirona sódica seguida do diclofenaco²⁶. Neste estudo, a dipirona sódica foi o composto mais frequentemente utilizado. Entre as abordagens não farmacológicas para o tratamento da CTT estão o exercício físico, a fisioterapia, a terapia cognitiva, a terapia de relaxamento ou o biofeedback⁸. No presente estudo apenas um indivíduo utilizava tratamento não medicamentoso, a abordagem fisioterapêutica, juntamente com seus medicamentos para alívio de dor.

Nem todos os indivíduos deste estudo têm como rotina a prática de atividade física e momentos de lazer. É sabido que o exercício pode produzir efeitos antidepressivos e ansiolíticos e proteger o organismo dos efeitos prejudiciais do estresse na saúde física e mental²⁷, somado a isso, atividades de lazer contribuem para menores níveis de estresse e leva a uma satisfação psicológica²⁸. Estes hábitos poderiam ser incentivados em indivíduos com CTT para diminuir o número de crises e intensidade.

A CTT é, conforme a sua definição, uma dor de intensidade leve a moderada⁴. Considerando-se dor leve aquela situada entre 1 e 4 pontos na EVA, dor moderada entre 5 e 7 pontos e dor intensa entre 8 e 10 pontos²². Estudos evidenciam que as crises de leve intensidade são as mais frequentes^{21,22}. Entretanto, em nosso estudo, baseando-se nesta mesma classificação de intensidade da dor, encontramos uma prevalência de dor intensa em 63% dos indivíduos. Prevalência de dor moderada a intensa em indivíduos com CTT já foi encontrada na literatura²⁹. Nossos achados para dor de forte intensidade talvez reflitam características próprias da nossa população e as altas prevalências de ansiedade e sintomas depressivos encontradas neste estudo. A gravidade do impacto da cefaleia, avaliado pelo HIT-6, na vida dos indivíduos deste estudo foi alta e semelhante a outras pesquisas^{21,30}.

A associação e a prevalência da ansiedade e da depressão em indivíduos com CTT já foram verificadas^{3,10,11}. Os quadros de ansiedade são sempre mais prevalentes^{3,31}, como o encontrado em nosso estudo. A ansiedade relacionou-se com o impacto que a dor tem sobre a vida, com a frequência e intensidade da dor. De forma significativa, foi encontrada apenas a relação positiva com a intensidade da dor. Já a depressão não apresentou relação com as variáveis da dor. Todavia, pela prevalência e possível interferência na qualidade de vida, é preciso considerar a avaliação e o controle da ansiedade e da depressão nos indivíduos com CTT.

Referente à qualidade de vida, a interferência negativa da CTT sobre os vários aspectos da vida já foi documentada³². A diminuição da qualidade de vida nos indivíduos com cefaleia associa-se à frequência e intensidade da dor¹. Em nosso estudo houve relações moderadas entre as variáveis da dor e os domínios da qualidade de vida, entretanto somente a relação do domínio Aspectos Emocionais com o HIT-6 foi significativo, mostrando a interferência direta do impacto da dor sobre o estado emocional dos indivíduos. Importante ressaltar que o domínio Estado Geral da Saúde obteve um escore muito baixo, seguido dos domínios Dor e Aspectos Sociais mostrando como a CTT pode interferir na qualidade de vida dos indivíduos que a possuem.

O conhecimento de fatores, endógenos e exógenos, que interfiram na CTT faz-se necessário para que a abordagem fisioterapêutica seja o mais eficiente possível. Possíveis fatores que venham a interferir seja na frequência da dor (fator gatilho) ou em sua duração e intensidade precisam ser identificados já no início da reabilitação para que esta tenha êxito.

Este estudo buscou caracterizar indivíduos de uma região específica do Brasil: Alto Jequitinhonha Diamantina e apesar de ser considerada referência de saúde na região, é uma pequena cidade do interior de MG, por isso o pequeno número de indivíduos do estudo, que pode ser considerado um fator limitante, e que possivelmente foi o motivo de várias relações não serem significativas. Entretanto, este estudo quis analisar indivíduos sem qualquer outra doença associada ou disfunção – temporária ou permanente – para que os resultados encontrados retratassem somente a CTT, assim consideramos os dados aqui apresentados importantes e representativos desta região.

O estudo mostrou correlação significativa entre a intensidade da dor referida e a depressão e entre o impacto que a dor causa na vida do indivíduo e a idade e os aspectos emocionais. Estes fatores precisam ser considerados em um tratamento fisioterapêutico. A atuação da fisioterapia no combate da dor e prevenção das crises de CTT tem aumentado nos últimos anos. Várias são as possibilidades de abordagens que vem apresentando êxito no controle da CTT, entre elas, terapias manuais, recursos eletroterapêuticos e a hidroterapia^{33,34}. Entretanto, o conhecimento de todos os fatores que podem vir a interferir na abordagem fisioterapêutica é de fundamental importância, para que esta seja o mais eficiente possível.

REFERÊNCIAS

1. Pedraza MI, Mulero P, Ruíz M, de la Cruz C, Herrero S, Guerrero AL. Characteristics of the first 2,000 patients registered in a specialist headache clinic. *Neurologia*. 2015;30(4):208-13.
2. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27:193-210.
3. Song T-J, Cho S-J, Kim W-J, Yang KI, Yun C-H, Chu MK. Anxiety and Depression in Tension-Type Headache: A Population-Based Study. *Plos One*. 2016; 11:1-12.

4. Bendtsen L, Jensen R. Tension-type headache: the most common, but also the most neglected headache disorder. *Curr Opin Neurol*. 2006;19:305-9.
5. Sanvito WF, Monzillo PH. Cefaleias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. *Medicina*, Ribeirão Preto. 1997;30:437-48.
6. Luedtke K, Allers A, Schulte LH, May A. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine-systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2016;36(5):474-92.
7. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Molina-Martínez F, Falla D. Do manual therapy techniques have a positive effect on quality of life in people with tension-type headache? A randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52(4):447-56.
8. Fernández-de-las-Penãs C. Physical therapy and exercise in headache. *Cephalalgia*. 2008; 28:36-8.
9. Christensen MB, Bendtsen L, Ashina M, Jensen R. Experimental induction of muscle tenderness and headache in tension-type headache patients. *Cephalalgia*. 2005;25:1061-7.
10. Tsuji SR, Carvalho DS. Aspectos psíquicos das cefaleias primárias. *Rev. Neurociências*. 2002;10:129-36.
11. Waldie KE, Poulton R. Physical and psychological correlates of primary headache in young adulthood: A 26 year longitudinal study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72:86-92.
12. Rasmussen, BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain*. 1993;53:65-72.
13. Haque B, Rahman KM, Hoque A, Hasan AT, Chowdhury RN, Khan SU, et al. Precipitating and relieving factors of migraine versus tension type headache. *BMC Neurol*. 2012;12:82.
14. Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol*. 2010;30:107-19.
15. Flores AMN, Costa Junior AL. Modelo Biopsicossocial e Formulação Comportamental: Compreendendo a Cefaleia do Tipo Tensional. *Psicol Estud*. 2008;13:143-51.
16. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Epidemiology and impact of headache disorders. In: Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ (eds). *Headache in clinical practice*. Oxford: Isis Medical Media, 1998, p.19-30.
17. Yang M, Rendas-Baum R, Varon SF, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6) across episodic and chronic migraine. *Cephalalgia* 2011;3:357-67.
18. Cunha JA. Manual em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1997;39:143-50.
20. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache*. 2000;40:241-7.
21. Oliveira DA, Brito JKC, Souza CMS, Cruz CKR, Silva LC, Siqueira GR, et al. Cefaleia do tipo tensional e migrânea em funcionários de uma instituição de ensino superior: grau de incapacidade. *Headache Med*. 2011;2:61-5.
22. Matta APC, Moreira Filho PF. Cefaléia do tipo tensional episódica: avaliação clínica de 50 pacientes. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64:95-9.
23. Saracco MG, Calabrese G, Cavallini M, Montano V, Rinaldi B, Valfrè W, et al. Relationship between primary headache and nutrition: a questionnaire about dietary habits of patients with headache. *Neurol Sci*. 2014;35:159-61.
24. Martins IP, Parreira E. Behavioral response to headache: a comparison between migraine and tension-type headache. *Headache*. 2001;41:546-53.
25. Krymchantowski AV, Silva Jr AA. Cefaléias primárias. *Rev Bras Med*. 2005;62: 134-51.
26. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Tratamento da cefaleia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57:813-9.

27. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clin Psychol Review*. 2001;21:33-61.
28. Souza WC, Silva AMM. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Estud Psicol*. 2002;19:37-48.
29. Torelli P, Cologno D, Manzoni GC. Weekend headache: a retrospective study in migraine without aura and episodic tension type headache. *Headache*. 1999;39:11-20.
30. Domingues RB, Duarte H, Rocha NP, Teixeira AL. Neurotrophic factors in tension-type headache. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015;73:420-4.
31. Mata APC, Moreira Filho PF. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003;61:991-4.
32. Sapienza AR, Bussadori SK, Fernandes KPS, Martins MD, Corrêa JCF, Gonzales DAB. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com cefaléia tensional. *Ter Man*. 2008;6:176-80.
33. Pinto DR, Morais J, Ferreira ASN, Machado TPG, Vitorino DFM, Santos AP. Abordagem não-farmacológica na cefaleia do tipo tensional: efeitos da hidroterapia sobre a dor e a qualidade de vida *Rev Bras Neurol*. 2017;53:15-26.
34. Espi-Lopez GV, Zurriaga-Llorens R, Monzani L, Falla D. The effect of manipulation plus massage therapy versus massage therapy alone in people with tension-type headache. a randomized controlled clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52:606-17.

Endereço para correspondência:

Ana Paula Santos

Clínica Escola de Fisioterapia, Campus JK, UFVJM, n. 5000, Rodovia MGT 367, KM 583 CEP: 39.100-000 Diamantina/MG, Brasil.

Telefone: (38) 3532-1238.

E-mail: apsfisio@hotmail.com
