



**unifaema**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA**

**GRAZIANE KATHELIN BORTOLUZZI**

**FISIOTERAPIA NO CONTROLE DOS SINTOMAS CAUSADOS PELA CEFALEIA  
CERVICOGÊNICA**

**ARIQUEMES - RO  
2023**

**GRAZIANE KATHELIN BORTOLUZZI**

**FISIOTERAPIA NO CONTROLE DOS SINTOMAS CAUSADOS PELA CEFALEIA  
CERVICOGÊNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia

Orientador (a): Prof. Ms<sup>a</sup>. Patricia Caroline Santana.

**ARIQUEMES - RO  
2023**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

B739f Bortoluzzi, Graziane Kathelin.  
Fisioterapia no controle dos sintomas causados pela cefaleia cervicogênica. / Graziane Kathelin Bortoluzzi. Ariquemes, RO: Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, 2023.  
76 f.  
Orientador: Prof. Ms. Patrícia Caroline Santana.  
Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Fisioterapia – Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2023.  
  
1. Cefaleia Cervicogênica. 2. Fisioterapia. 3. Redução de Dor. 4. Técnicas Fisioterapêuticas. I. Título. II. Santana, Patrícia Caroline.

CDD 615.82

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

**GRAZIANE KATHELIN BORTOLUZZI**

**FISIOTERAPIA NO CONTROLE DOS SINTOMAS CAUSADOS PELA CEFALEIA  
CERVICOGÊNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof. Ms<sup>a</sup>. Patricia Caroline Santana.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms<sup>a</sup>. Patricia Caroline Santana  
Centro Universitário UNIFAEMA

---

Prof. Ms<sup>a</sup>. Jéssica Castro dos Santos  
Centro Universitário UNIFAEMA

---

Prof. Ms<sup>a</sup>. Jessica de Sousa Vale  
Centro Universitário UNIFAEMA

**ARIQUEMES – RO  
2023**

*Dedico este trabalho aos meus pais Valdemar e Rosângela, aos meus irmãos Grazielle e Guibson e amigas Simone, Bruna e Rosimeire, que me apoiaram e incentivaram a seguir em frente com meus objetivos.*

## AGRADECIMENTOS

Durante a graduação me tornei exatamente tudo aquilo que eu queria ser. É por esse motivo que agradeço a todas as pessoas que diretamente tiveram ao meu lado durante todo a minha trajetória como acadêmica de Fisioterapia:

Agradeço primeiramente a Deus, por ser minha força e pelo espírito santo que me guiou e abençoou em todos os momentos, de alegria, conquista, tristeza e perdas, tendo como principal marcador da minha vida. Demonstro meu carinho e admiração por Nossa senhora Aparecida, pois como devota a ela sei que cuidou de todos os meus passos.

Aos meus pais Valdemar Bortoluzzi e Rosangela Bordignon Bortoluzzi, por terem me apoiado e seguido comigo esse caminho árduo e com vários obstáculos, não conseguiria se não fosse o apoio de vocês, foram acolhedores, compreensivos e amorosos em todas as situações, sempre apoiando e incentivando a ir mais longe!

Aos meus irmãos Grazielle e Guibson que sempre me encorajaram a buscar novos desafios durante a graduação, tive por meio deles a escolha da Fisioterapia que fora incentivada por vocês!

À Bruna Lidiane P. Nunes que é como uma irmã, sempre apoiando e me aconselhando sobre as dificuldades que estava passando, você é um ser de brilhantismo, cheio de luz, seu apoio foi importante para a minha formação!

À Rosimeire da Silva Lessa que me deu uma grande oportunidade de aprender ao seu lado, e me ensinou que grandes desafios se vencem lutando, sempre muito solícita e firme nas suas decisões!

Meu agradecimento a Dr<sup>a</sup>. Simone Lopes Caires, profissional e pessoa que eu tenho grande admiração e apreço, que me ensinou e me acolheu pelos dois últimos anos de graduação, me acalmou e me fez perceber infinitas possibilidades da profissão, todo o meu carinho e agradecimento a você que me ensinou nas pequenas coisas da vida a sempre agradecer!

Agradeço a minhas amigas que a faculdade me proporcionou: Barbara, Camila e Jaqueline que estiverem em todos os momentos, e que me mostraram que amizade pode crescer dentro da mesma profissão e que o importante na vida é ajudar sempre!

Agradeço ao Magno por termos nos encontrado e caminhado juntos durante esse período que fora difícil para mim e para você, mas que juntos nós apoiamos a cada etapa que estávamos passando, seu apoio foi e será importante, e de certa forma, por mais imprevisível que fora, agradeço por ser você!

E por fim, e não menos importante, agradeço a três pessoas iluminadas que fizeram deste sonho realidade, minha coordenadora Jéssica Castro por todo o incentivo, ensinamento e animação para percorrer caminhos que você sabia que seriam desafiadores. À professora Clediane Molina por todo o suporte, conselho e ensinamentos que desempenhou de forma brilhante durante toda a minha graduação, aprendi muito com você! E a minha orientadora Patricia Caroline Santana que colaborou até esse momento e fechou com chave de ouro, com seu entusiasmo e amor conseguimos juntas realizar este último projeto da minha carreira como graduanda.

Enfim, meu coração só consegue transmitir alegria e agradecimento por todo esse trajeto, e todo o entusiasmo, vendo que chegara o momento de conclusão dessa etapa tão sonhada e muito esperada! Sei que cada momento foi importante para meu desenvolvimento profissional, e que a luta árdua de conhecimento esteja sempre em meu coração.

*Toda a vez que eu sinto um incômodo no meu coração, a necessidade de fazer algum movimento, eu faço, mesmo com medo... Esse movimento vai me levar algum lugar e eu sei que Deus já está lá.*

*Scarllat Morais.*



## RESUMO

A cefaleia é uma das condições álgicas mais prevalentes na população mundial, por isso, as pessoas buscam cada vez mais tratamentos alternativos para aliviar a dor e diminuir as crises. O objetivo deste trabalho consiste em descrever sobre a cefaleia cervicogênica, por meio de um levantamento bibliográfico de técnicas fisioterapêuticas utilizadas para o controle e tratamento dos sintomas, sendo na modalidade de pesquisa conceituado como revisão sistemática, onde neste levantamento bibliográfico foram realizadas busca nas bases de dados PUBMED e Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Revista de Fisioterapia, BVS Saúde, Lilacs, utilizando os descritores Cefálea Cervicogênica; Fisioterapia; Sintomas, em português e inglês. Portanto, no presente trabalho, foi comparado sobre as técnicas de terapia manual que geram eficácia no tratamento da cefaleia cervicogênica. Os resultados apresentam-se promissores, com muitos estudos demonstrando a eficácia da técnica na redução da dor, melhorando a qualidade de vida e tratando a dor na região do pescoço, no entanto, observou-se que ainda são necessárias mais pesquisas para definir exatamente qual das várias técnicas o melhor disponível, com maior eficiência.

**Palavras-chave:** Cefálea Cervicogênica; Fisioterapia; Sintomas.

## **ABSTRACT**

Headache is one of the most prevalent painful conditions in the world's population, which is why people are increasingly looking for alternative treatments to relieve pain and reduce attacks. The aim of this work is to describe about the cervicogenic headache, through a bibliographical survey of physiotherapeutic techniques used for the control and treatment of the symptoms, being in the research modality conceptualized as a systematic review, where in this bibliographical survey searches were carried out in the databases of data from PUBMED and Scielo (Scientific Electronic Library Online), Revista de Fisioterapia, BVS Saúde, Lilacs, using the descriptors Cervicogenic headache; Physiotherapy; Symptoms, in Portuguese and English. Therefore, in the present work, manual therapy techniques that generate efficacy in the treatment of cervicogenic headache were compared. The results are promising, with many studies demonstrating the effectiveness of the technique in reducing pain, improving quality of life and treating pain in the neck region. of the various techniques the best available, with greater efficiency.

**Keywords:** Cervicogenic Headache; Physiotherapy; Symptoms.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	15
<b>1.2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Geral.....	16
1.2.2 Específicos .....	16
1.2.3 Hipótese .....	16
<b>2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS.....	18
2.1.1 Da coleta de dados.....	18
2.1.2 Da análise dos dados.....	20
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1 ANATOMIA DA REGIÃO CERVICAL.....	22
3.2 TIPOS DE CEFALEIA.....	27
3.3 CEFALEIA CERVICOGÊNICA.....	29
3.4 ETIOLOGIA DE PACIENTES PORTADORES DA CEFALEIA CERVICOGÊNICA .....	31
<b>3.4.1 Mecanismo Neurofisiológico da Dor.....</b>	<b>32</b>
3.5 QUADRO CLÍNICO DA CEFALEIA CERVICOGÊNICA.....	34
3.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	35
3.7 AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA MEDIANTE AO DIAGNÓSTICO DE CEFALEIA CERVICOGÊNICA.....	37
3.8 TRATAMENTO E INTERVENÇÕES NA CEFALEIA CERVICOGÊNICA.....	38
<b>3.8.1 Quiropraxia no tratamento da Cefaleia Cervicogênica.....</b>	<b>39</b>
<b>3.8.2 Atuação da Osteopatia na Cefaleia Cervicogênica.....</b>	<b>40</b>

<b>3.8.3 Terapia Manual na Cefaleia Cervicogênica.....</b>	<b>41</b>
<b>3.8.4 Dry Needling elétrico evidenciado no tratamento da Cefaleia Cervicogênica.....</b>	<b>43</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>44</b>
<b>4.1 FICHAMENTO DOS ARTIGOS.....</b>	<b>44</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Por muitos anos, acredita-se amplamente que as anormalidades da coluna cervical podem causar dores de cabeça. Com a melhor conscientização sobre os mecanismos de dor referidos nas anormalidades cérvico-cranianos-faciais, refletindo a importância da disfunção da estrutura vertebral cervical e obrigações no desenvolvimento de dores de cabeça, e a compreensão desse papel. Esses achados são importantes não apenas para determinar as condições clínicas, mas também para estabelecer tratamentos em muitos casos de dor crânio-facial (Nascimento; Roell; Barauna., 2021).

A cefaleia cervicogênica se torna uma dor de cabeça que acomete a população com mais frequência, ocasionada por acometimentos funcionais e orgânicos predominantes na região cervical, sendo caracterizada por episódios dolorosos, se tornando uma influência negativa na interação social do indivíduo (Costa; Cunha., 2021).

Mundialmente, essa patologia tem uma prevalência ao longo da vida de 96% na população geral, com predominância feminina e maior prevalência do tipo tensional, responsável por aproximadamente 40% dos casos de cefaleia. Esta condição é atualmente reconhecida como uma das causas mais comuns de dor e está diretamente associada ao impacto socioeconômico e redução da qualidade de vida (Kluck *et al.*, 2022).

A cefaleia cervicogênica e outros tipos de dores de cabeça normalmente são tratados com medicamentos analgésicos, contudo, é cada vez mais comum que pacientes não tolerem a ingestão de fármacos por conta dos efeitos colaterais, contraindicações e seu malefícios do uso prolongado (Nobrega; Strauch, 2020).

Em conjunto à cefaleia temos o conglomerado de sintomas, como a hiperpercepção cortical de estímulos ambientais, como fotofobia, fonofobia, osmofobia e cinesiofobia, relacionam-se com as alterações da mobilidades, com base na deficiência postural, principalmente da região da cabeça e pescoço, regiões essas que geralmente sofrem tensões e dores, em conformidade, o tratamento mantém em destaque no relaxamento da musculatura envolvida na região cervical e occipital (Ramos; Santos.,2019).

Seguindo neste contexto, o tratamento da cefaleia cervicogênica (CC) envolve a eliminação da condição que causa a dor, estabilização da coluna cervical,

remoção de lesões aumentadas e deformidades congênitas. As intervenções fisioterapêuticas são opções de tratamento não invasivo, sendo usadas para dores de cabeça em geral, buscando encontrar seletivamente a causa da dor, melhorar os hábitos posturais e adaptar-se aos movimentos adequando a cefaleia, evitando assim a sobrecarga mecânica da má postura durante o dia e quando está no processo de sono (Cordeiro; Barros, 2019; Costa; Cunha, 2021).

Diante do exposto, considerando os altos índices de portadores desta síndrome, este estudo teve como objetivo descrever sobre a Cefaleia Cervicogênica, por meio de um levantamento bibliográfico de técnicas fisioterapêuticas utilizadas para o controle e tratamento dos sintomas.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se como uma abordagem de caráter científico que dispõe de diversos estudos para se obter um resultado, desse modo, a cefaleia cervicogênica atualmente concentra-se em um problema de saúde pública, afetando uma grande demanda de pessoas, prejudicando principalmente a qualidade de vida e reduzindo na produtividade de trabalho, por consequência, soma em aumento de absenteísmos e suporte médico para tal indivíduo. O difícil diagnóstico clínico interfere no controle de sintomas da mesma, visto que a cefaleia cervicogênica pode ser confundida por uma enxaqueca comum.

Acerca disto, foi realizado uma busca bibliográfica a fim de compreender qual a melhor abordagem fisioterapêutica para o tratamento e demonstre em resultados qual a eficácia que a mesma traz para o controle dos sintomas, visto que a cefaleia cervicogênica compreende sendo uma patologia com enfermidades notórias.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

Discorrer sobre as intervenções fisioterapêuticas no tratamento dos sintomas causados pela cefaleia cervicogênica.

### 1.2.2 Específicos

- Apresentar a anatomia da região cervical;
- Descrever sobre a cefaleia cervicogênica;
- Relatar avaliação fisioterapêutica na cefaleia cervicogênica;
- Elencar tratamentos fisioterapêuticos para o quadro de cefaleia cervicogênica;
- Abordar estudos que beneficiaram no tratamento da fisioterapia na cefaleia cervicogênica.

### 1.2.3 Hipótese

- Espera-se que a liberação Miofacial e analgesia podem ser eficazes para o tratamento de portadores da Cefaleia Cervicogênica;
- Acredita-se que a terapia Manual em especial pode ser um método promissor para a melhora do quadro da Cefálea Cervicogênica (Costa; Cunha., 2021).



## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este artigo consistiu em uma revisão sistemática, de caráter qualitativo, onde será realizada tal pesquisa na base de dados Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Revista de Fisioterapia, BVS Saúde, PEDro, Lilacs e PUBMED com o objetivo de encontrar resultados sobre a aplicação de técnicas que correspondem na melhora e controle dos sintomas da cefaleia cervicogênica será realizada a pesquisa na Biblioteca Júlio Bordignon do Centro Universitário UNIFAEMA. Foram utilizados os descritores: Cefálea Cervicogênica, Fisioterapia, Sintomas em português e as palavras chaves: Cervicogenic Headache, Physiotherapy, Symptoms em inglês. Também foram utilizadas palavras que tenha associação com o tema e que de alguma forma tenham relevância com o artigo.

Foram incluídos artigos de revisão de literatura e estudos de casos que tenham relevância com o tema central, em principal na intervenção fisioterapêutica para controle de sintomas em paciente portadores da Cefálea Cervicogênica. Artigos em línguas que não fossem o português, Inglês e espanhol serão excluídas, assim como artigos que não permitiram acesso ao texto na íntegra. Adjunto ao mesmo, foram excluídos aqueles que não condiz diretamente ao tema.

Os critérios de inclusão são artigos publicados na linguagem de português, Inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2017 a 2023, artigos com objetos de estudos relevantes ao tema, estudos randomizados sobre portadores da cefaleia Cervicogênica e artigos que estarão com ênfase na intervenção e tratamento Fisioterapêutico. Entraram em exclusão artigos cujo os textos não se encontrarem completos, ou artigos que abordarem patologias diferentes em regiões adjacentes.

Ao serem realizados os critérios de inclusão e exclusão todos os artigos selecionados foram lidos e estudados conforme a temática do mesmo, e seguiu para a próxima etapa, onde os artigo que restaram entraram nesta revisão.

A revisão sistemática da literatura consiste em uma modalidade de pesquisa, que segue protocolos específicos na busca de entender a lógica de tal assunto e sua comprovação científica, a mesma equivale em verificar a funcionalidade dos artigos e pesquisas sobre um mesmo contexto. A revisão apresenta de forma explícita estratégias de buscas e bases de dados consultadas ara o processo de seleção de artigos científicos, critérios de inclusão e exclusão dos mesmos e o processo de

análise de cada revisão e estudo selecionado, analisa ainda as limitações de cada artigos aderindo a limitações da própria revisão (Galvão, Ricarte., 2019).

O tipo de questão de pesquisa e sua formulação devem ser escolhidos de acordo com o foco e os objetivos da revisão. Vale ressaltar que a diferença entre mapeamento sistemático da literatura e revisão sistemática da literatura é fundamentalmente explicitada na formulação da questão de pesquisa. Também possui uma estrutura mais bem definida, e geralmente procede de uma questão de pesquisa do tipo exploratória, embora em diversas vezes é encontrado muitos artigos que possuam questões de pesquisa exploratórias e também poderiam ser classificados como revisões sistemáticas (Dermeval *et al.*, 2020).

Uma característica importante da pesquisa de sistemas de informação condiz ao equilíbrio entre métodos quantitativos e qualitativos. Em diversas áreas se torna imprescindível o uso da metodologia de caráter misto, onde são excelentes para lidar com a pesquisa quantitativa, mas se difunde a superfície da pesquisa qualitativa, deixando de reconhecer as diferenças epistemológicas fundamentais entre essas abordagens (Okoli *et al*; 2019).

## 2.1 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

### 2.1.1 Da coleta de dados

N°	Título	Base de dados	Idioma	Temática
1	Pragmatic application of manipulation versus mobilization to the upper segments of the cervical spine plus exercise for treatment of Cervicogenic headache: a randomized clinical	PubMed	Inglês	Mobilização versus a manipulação em cefaleia cervicogênica.

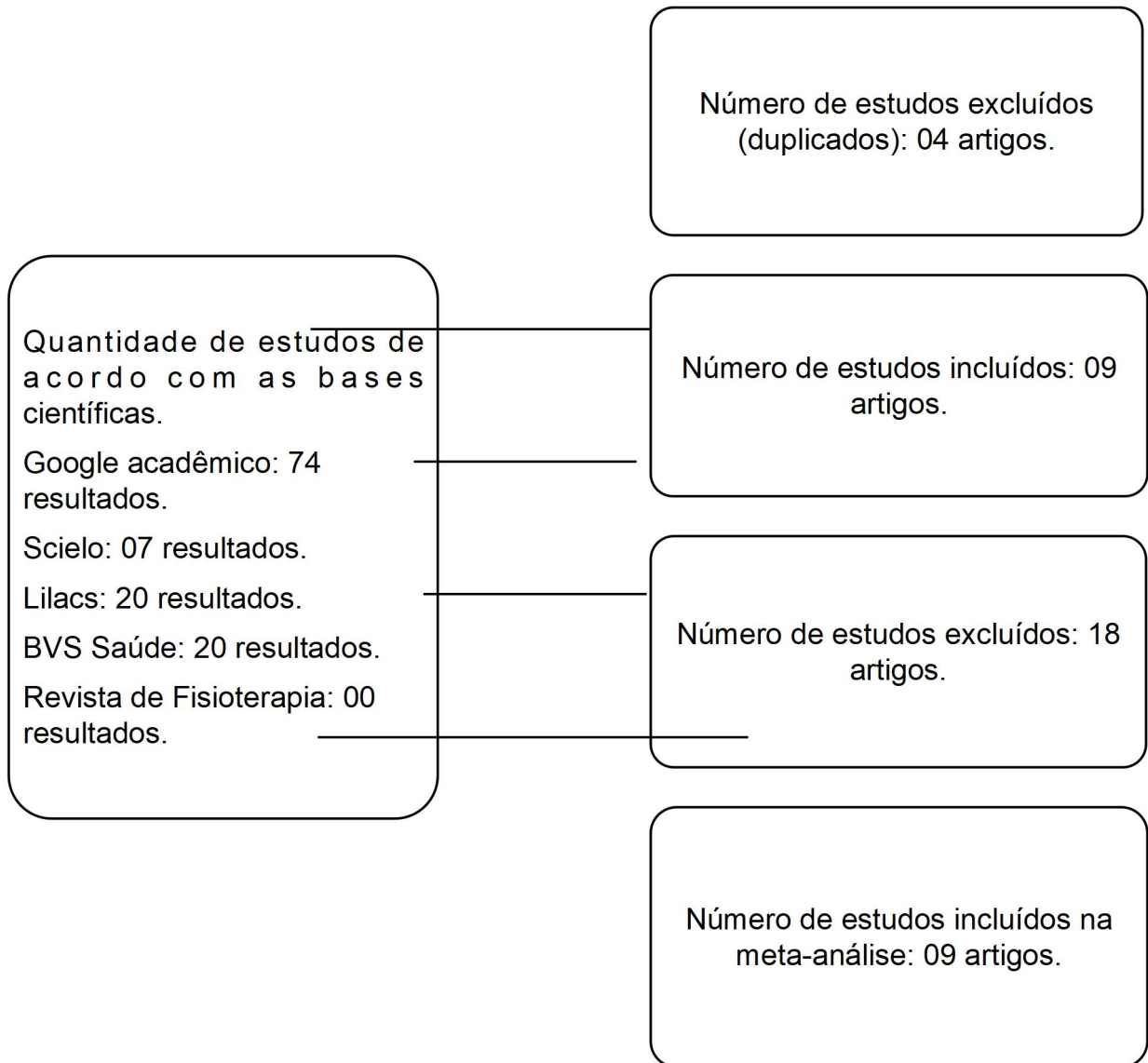
	trial			
2	A correlação dos mecanorreceptores na liberação miofascial para reabilitação cinético funcional: Uma revisão sistemática	Google Acadêmico	Português	Liberação miofascial e reabilitação.
3	Analysis of mechanical properties of cervical muscles in patients with cervicogenic headache	PubMed	Inglês	Músculos da região cervical em pacientes com cefaleia cervicogênica.
4	Efeitos da terapia manual na cefaleia do tipo cervicogênica: uma proposta terapêutica	BVS Saúde	Português	Terapia Manual e cefaleia cervicogênica
5	Terapia manipulativa espinhal quiroprática para dor de cabeça cervicogênica: um estudo controlado randomizado, placebo, simples-cego.	BVS Saúde	Inglês	Terapia Manual e Quiropraxia.
6	Postural physiotherapy for cervicogenic headache after occipital nerve block: a retrospective study	PubMed	Inglês	Bloqueio do nervo occipital e reabilitação postural
7	Effect of Ischemic Compression for	PubMed	Inglês	Compressão Isquêmica

	Cervicogenic Headache and Elastic Behavior of Active Trigger Point In the Sternocleidomastoid Muscle Using Ultrasound Imaging			e cefaleia cervicogênica
8	Efeito de um protocolo de exercícios para fortalecimento da musculatura cervical em migranosos em comparação ao grupo placebo-ensaio clínico randomizado.	PubMed	Inglês	Cefaleia cervicogênica e Musculatura cervical.
9	Spinal manipulation and perineural electrical dry needling in patients with cervicogenic headache: a multicenter randomized clinical trial	Pub Med	Inglês	Manipulação espinhal em cefaleia cervicogênica

### 2.1.2 Da análise dos dados

Foram incluídos no estudo, artigos que baseiam na intervenção que mais se adapta no que diz respeito dentro da cefaleia cervicogênica, baseando em estudos randomizados, estudos de casos e por vezes revisões sistemáticas com resultados que concluem o estudo e a problemática requerida no estudo.

Em contrapartida, realizou-se a pesquisa em mais de uma base de dados para garantir um resultado fidedigno e específico, exemplificando tais técnicas e abordando a atuação da Fisioterapia dentro da cefaleia cervicogênica.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

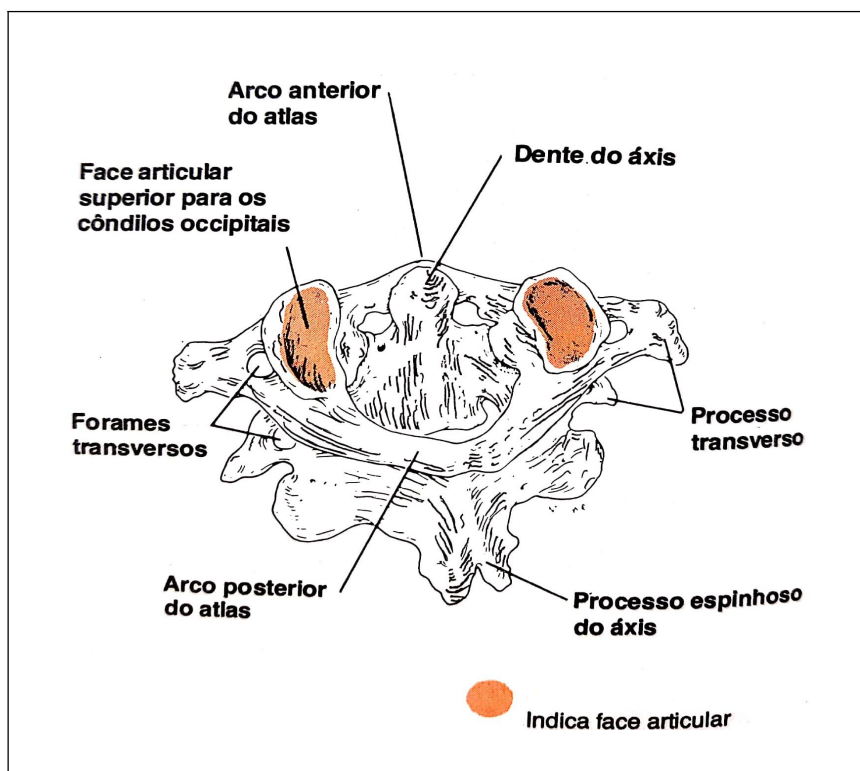
#### 3.1 ANATOMIA DA REGIÃO CERVICAL

A coluna cervical anatomicamente complexo por 7 vértebras, que formam uma curva em lordose fisiológica no plano sagital, podendo ser dividida em vértebras cervicais superiores (atlas e áxis) e vértebras cervicais inferiores (C3 a C7) devido a diferentes estruturas. Essa parte deve suportar o peso da cabeça, mobilizá-la e ser um bom ponto de apoio para o ajuste fino necessário à visão. Ainda é considerada uma possível fonte de cefaleia, mas ainda há alguma controvérsia em relação à fisiopatologia, manifestações clínicas e tratamentos (Ramos; Santos.,2019).

A mesma sendo projetada para mobilidade, dessa maneira os movimentos da cabeça estão intimamente ligados a posição, em consequência com a linha da visão, por esse motivo, os músculos cervicais são ricamente inervados e capacitados para a promoção de movimentos à fino grau de precisão. Existem duas curvas que ocorre normalmente na coluna cervical, onde a região se torna morfologicamente, por meio dessa divisão que controla a cabeça na postura ereta (Oliver; Middleditch., 1998).

A região cervical é uma parte da coluna vertebral, mais em direção ao crânio, onde a primeira vértebra se articula entre si. As vértebras da coluna cervical têm características anatômicas diferentes, elas se projetam em duas vértebras de formato diferente, são chamadas de Atlas (c1) e Áxis (c2), ilustrada na figura 1, essas vértebras estão diretamente ligadas ao forame magno e se encaixam no osso occipital (Melo *et al.*, 2020).

Figura 1: Ilustração das vértebras da coluna cervical em vista Superolateral, apresentando suas características subjetivas anatômicas.



Fonte: Livro SPENCE, Alexandre. Anatomia Humana Básica, 2º ed. 1991.

Segundo Melo *et al* (2020), além dessas duas vértebras diferentes, existe a vértebra C7, elucidado na figura 2, que está localizada no final da coluna cervical e possui uma saliência óssea. Por ser uma área muito importante, pode ser afetada por alterações causadas por trauma ou doença, como hérnias, espondilolistese, entre outros, e ainda podemos relacionar essas alterações com a postura na Atividades Vida Diária (AVDs).

Figura 2: Ilustração da vértebra C7 da coluna vertebral em vista anterior, apresentando sua anatomia.



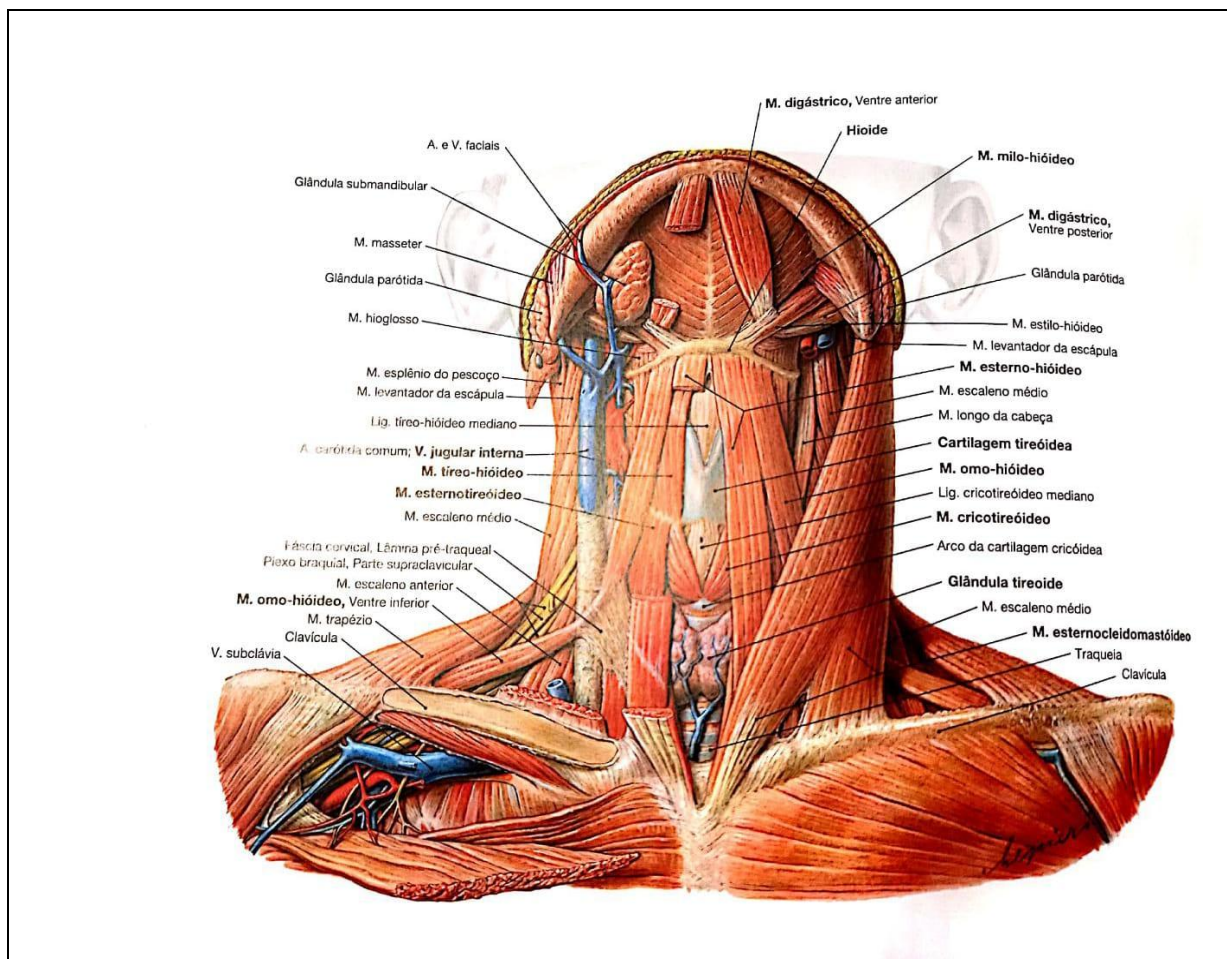
Vértebra cervical na visão superior, sendo a) transversal diâmetro; b) diâmetro anteroposterior (AP) do corpo vertebral; c) comprimento do pedículo; d) largura do pedículo; e) processo articular superior largura; f) comprimento do processo espinhal.

Fonte: Adaptação de CRUZ et al; 2011.

Ainda assim, ao realizar a palpação da região cervical posterior, percebe-se a existência de músculos que se estendem até a musculatura do próprio dorso, nesse sentido, outro modo de identificar a região cervical condiz ao processo espinhoso da 7<sup>o</sup> vértebra cervical, a mesma pode ser vista e palpada, denominada por muitos como a vértebra proeminente. Em sequência, temos a região cervical anterior, ilustrada na figura 3, onde existem além da musculatura, órgãos em sua estrutura que dispõem de delicadeza que seguem para o interior do pescoço. Na região Cervical Lateral, delimita-se pelo músculo Esternocleidomastóideo, nesse mesmo sentido os grandes feixes nervosos passam no plexo braquial localizado no membro superior, em principal passa-se a grande veia cutânea do pescoço (Veia Jugular Externa) (Sobotta.,2012).



Figura 3: Ilustração da Anatomia da região Cervical em vista anterior, demonstrando as principais estruturas que compõe a região cervical.



Fonte: Livro SOBOTTA, Atlas de Anatomia Humana, 23ª ed. 2012.

A região do pescoço em seu grupo de vértebras serve como base de sustentação e movimento do crânio e também serve como ponto de inserção para os músculos. Em razão dessa inserção ocorre irradiação de dores, conceituadas como condições de dores, sendo processos que respondem a estímulos sensoriais, motores e emocionais, capacitando-os em momentos que ultrapassam o limiar de cada indivíduo (Junior; Jesus., 2020).

Em razão da diferença da anatomia da região, os movimentos do pescoço sofrem influência, nota-se que o plano sagital é possível observar independência na coluna cervical superior ou posterior, deve ser levado em consideração, visto que quando ocorre a avaliação, esse irá fazer a diferença no exame realizado, como por exemplo, quando ocorre a extensão da coluna cervical superior, ao mesmo tempo

em que realiza a flexão simultânea da região cervical inferior. Em consonância, existem alguns fatores que podem considerar a variação desse movimento na região, são eles: idade, flacidez ligamentar, sexo, genética, ou presença de patologias e traumas ocorridos (Oliver; Middleditch., 1998).

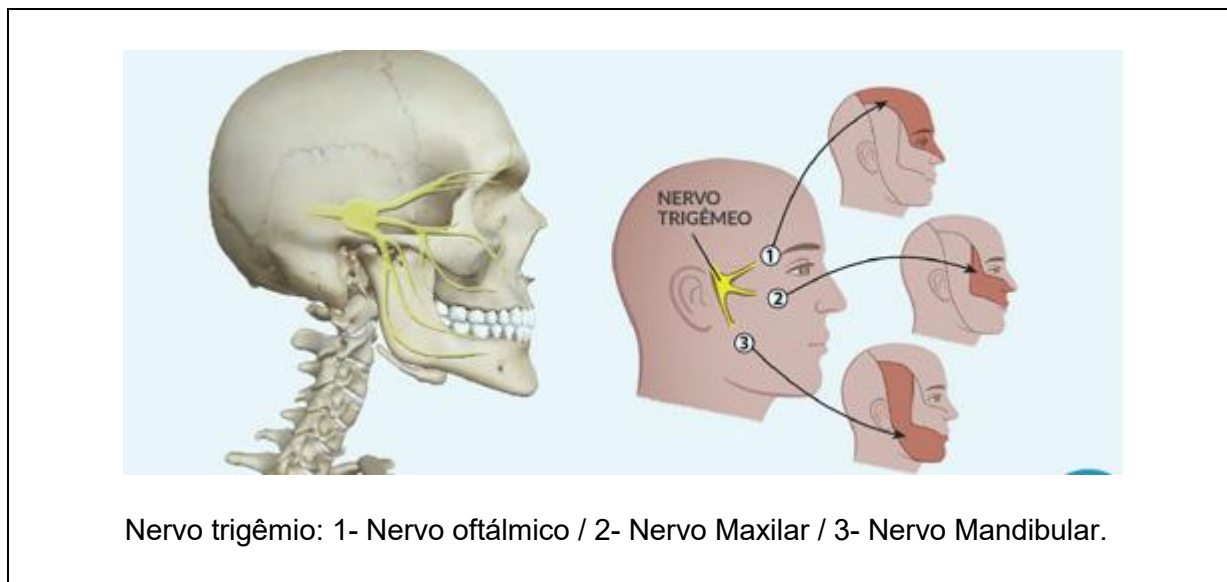
Entre as altas correlações de disfunções com as queixas de dor de cabeça, a anatomia dispõe de pares cranianos IX, X e XI que possuem uma condição de combinação com o plexo cervical superior. Conhecendo a alteração da coluna cervical superior que estão associadas a alterações na articulação temporomandibular, logo à abertura do forame jugular, levando a dores de cabeça, onde ocorre a baixa mobilidade da região em flexão e extensão (Nascimento; Roell; Barauna., 2021).

Por esse contexto, os nervos são cordões de coloração esbranquiçada, compostos de feixes de fibras nervosas fortalecidos por tecido conjuntivo. Logo após deixar o tronco encefálico, a medula espinhal ou os gânglios sensitivos, por fibras nervosas motoras e/ou sensitivas que se reúnem em feixes associados a estruturas conectivas que constituem os nervos espinhal e craniano, tendo como função principal a condução de impulsos nervosos através de suas fibras do sistema nervoso central, conhecido como impulsos eferentes para a periferia, e da periferia para o sistema nervoso central chamados impulsos aferentes (Zaias.,2018).

Os nervos cranianos são extensões do cérebro, ou seja, o mesmo inerva direta ou indiretamente tecidos relacionados, como o sistema nervoso trigêmeo. Tais neurônios especializados nos nervos olfativo, óptico e vestibulo-coclear que enviam informações olfativas, visuais, sonoras e de equilíbrio para o sistema nervoso central não necessitam da atuação do núcleo do trigêmeo. No entanto, nervos associados aos tecidos do nariz, olhos e ouvidos transmitem impulsos proprioceptivos, de pressão e potencialmente dolorosos que precisam do protagonismo do núcleo do trigêmeo (Pinheiro.,2020).

O nervo trigêmeo quantificado como o quinto par do conglomerado de nervos cranianos, considerado o maior (sem incluir o nervo óptico atípico), cuja extensão periférica é formada por outros 3 nervos: o oftálmico, o maxilar e o mandibular, que incluem toda a face, como ilustra a figura 4 (Malheiros *et al.*,2022).

Figura 4: Sistema Nervo Trigêmeo.



Fonte: Adaptação de Panhoca., 2019.

O nervo trigêmeo é identificado como o maior nervo dos pares cranianos, este contém fibras sensoriais e motoras, que são responsáveis pela sensibilidade exteroceptiva como a temperatura, tato e a dor; e sensorial como a pressão de profundidade e cinestesia. Dos três principais ramos do nervo, subdivididos em: Oftálmico de Wills; Maxilar, através do forame redondo e através da asa do nariz, pálpebra inferior, tecido subcutâneo do lábio inferior, mucosa maxilar, gengiva, polpa, e temporal que é a região que espalha sensibilidade; e mandíbula, que emerge através do forame oval e dissipa a sensibilidade através da mandíbula, queixo, anterior, exceto lobo, aurícula, fossa temporal, dois terços anteriores da língua, boca Polpa dentária, gengiva, dura-máter da fossa craniana posterior e da articulação temporomandibular dos dentes inferiores e inferiores (Peron; Junior.,2022).

Desse modo, a cefaleia cervicogênica consiste em contraturas musculares da região cervical onde as mesmas podem prejudicar a vascularização dos nervos sensitivos cervicais, estimular uma síndrome irritativa e diminuir o fluxo vascular cerebral, ainda sim, acarretar em alteração do nervo trigêmeo, que está intimamente ligada com tal cefaleia (Nascimento; Roell; Barauna.,2021).

### 3.2 TIPOS DE CEFALIAS

De acordo com o Comitê de Classificação de Cefaleias e da Sociedade Internacional das Cefaleias (ICHD-3, 2018), existem mais de 200 classificações da patologia nas seguintes categorias: neuropatia craniana dolorosa, cefaleia primária, secundária, dor facial, cefaleia tensional, vertigem paroxístico benigna, cefaleia por compressão, cefaleia atribuída a trauma ou lesão cefálica e outros tipos de cefaleias (Nobrega; Strauch., 2020).

Esta classificação divide todos os tipos de dores de cabeça e estabelece critérios claros que permitem o diagnóstico. Geralmente, ela divide as cefaleias da distribuição acima em primária (enxaqueca, tipo tensional e trigêmeo), secundária (cefaleia cervicogênica) e outras neuropatias cranianas dolorosas. Em relação à enxaqueca, classificado como um tipo de cefaleia primária, existem duas formas principais: enxaqueca sem aura (caracterizada por uma cefaleia com características específicas e sintomas associados) e enxaqueca com aura (com sintomas neurológicos que precedem ou acompanham a cefaleia) (Chebani, 2021).

O diagnóstico é baseado em padrões clínicos e são divididos entre enxaqueca com aura e sem aura. Acredita -se que cerca de 30% das pessoas com enxaqueca tenham enxaqueca com aura. A aura pode conceitual nas convulsões dos sintomas sensoriais ou outros, que são atribuídos a sistemas nervosos centrais unilaterais e completamente reversíveis. Esses sistemas nervosos centrais estão em desenvolvimento gradualmente, geralmente dor de cabeça e sintomas de enxaqueca relacionados. Três aura são as mais comuns: visual (expansão de alteração visual e área de perda visual), sensitiva ou parestésica (caracterizados por dormência e/ou formigamento de um lado da face) e afásica (alteração de fala). Os efeitos visuais mais comuns são 90% das pessoas que possuem aura (Fernandes, 2022).

A enxaqueca sendo classificada com aura e sem aura, onde são utilizadas um parâmetro para o diagnóstico, que são os critérios da International Headache Society (IHS), exemplificado no Anexo 02, que também é conhecido como International Classification of Headache Disorders (ICHD-3). O mesmo identifica a enxaqueca sem aura, ao critério de identificação ter ao menos cinco ataques com duração de 4 até 72 horas (Mendonça *et al.*, 2022).

Alguns pacientes com experiências, com ou sem aura, podem sentir ao longo do tempo um agravamento progressivo, tanto em gravidade e frequência das crises, como em diminuição ou perda de resposta aos diversos tratamentos adequados.

Nos períodos de agravamento, indivíduos recorrem a medicação com maior frequência e volume, por esse motivo, a utilização e repetição desses medicamentos resulta em tolerância e habituação, o que favorece a transformação em experiências crônicas e conseqüentemente ao desenvolvimento de uma nova forma de cefaleia (Parreira; Luzeira; Monteiro, 2020).

Enxaqueca é um tipo de dor de cabeça primária, de acordo com a Pesquisa Global de Carga e Doenças de 2010, é conhecida como a terceira doença mais prevalente no mundo e a sétima principal causa de incapacidade debilitante no mundo. Outros tipos de cefaleias que podemos destacar são as cefaleias do tipo tensional e as cefaleias cervicogênicas, e por tais motivo, a cefaleia cervicogênica consiste na dor de cabeça mais comum em realização de tratamento. Devido ao fato de as mesmas serem consideradas as mais comumente tratadas pelos profissionais (Costa; Cunha,2021).

### 3.3 CEFALEIA CERVICOGÊNICA

A cefaleia cervicogênica especifica-se como sensações dolorosas, às vezes queimação, peso ou aperto, e também podem ocorrer em paroxismos (espasmo agudo) na região occipital enquanto irradiam para as regiões frontal, temporal, retro auricular e também ocular. Por esse motivo, a cefaleia cervicogênica conceitua-se em uma cefaleia do tipo secundária, onde não tem causa estabelecida, porém na maioria das vezes, pode ser evidenciada por disfunções na região do pescoço, sua ação é unilateral, tendo por indução o caminho de iniciar nos ombros, subir até o pescoço e se tornar uma dor unilateral e fixa (Neves, 2022).

A Classificação Internacional de Cefaleias, classifica as cefaleias cervicogênicas como secundárias, como descrita no anexo 01, as mesmas são causadas por doenças da coluna cervical e seus componentes esqueléticos; discos intervertebrais e/ou tecidos moles, muitas vezes, mas nem sempre com dor na região do pescoço (Ramos; Santos,2019).

Segundo Bertolucci *et al* (2016) relata que o desalinhamento do ombro também é uma variação comum, que pode ser associado ao desalinhamento da coluna e pode ocorrer por exemplo, com diferentes comprimentos da perna do portador. Em última análise, os maus hábitos de postura se destaca como principal

fator, a necessidade de manter um nível pupilar duplo leva a desvios no pescoço e nos ombros.

Nesse mesmo caminho, dita-se que apesar da cefaleia de origem cervical que origina a cefaleia cervicogênica, a mesma pode ser encontrada em 14% do pacientes que sofrem da patologia citada, e em porcentagem, 70% dos que possuem cefaleia possuem algum tipo de deficiência na coluna cervical, isso ocorre, por conta da neuroanatomia que cerca essa região, o que desencadeia mecanismos dolorosos na região da medula espinhal cervical superior. Estudos evidenciaram que há uma conexão da cefaleia cervicogênica, com a postura deficiente, em decorrência dos flexores cervicais fracos, traumas sofridos na região da coluna, em principal na cervical, indícios de hipo ou a hipermobilidade articular, sendo os principais sintomas que acometem a cefaleia Cervicogênica (Makosfsky, 2006).

Essa condição coloca mais estresse nos músculos do pescoço, especialmente o esternocleidomastóideo e o trapézio, as alterações na curvatura da coluna são sobrepostas à má postura dos ombros, mudanças constantes no movimento, alongamento muscular excessivo e orientação corporal podem levar à sobrecarga e ao aparecimento de pontos de dor e rigidez. Esses pontos dolorosos podem diferenciar a síndrome da cefaleia cervicogênica da enxaqueca e das dores de cabeça do tipo tensional (Bertolucci *et al.*, 2016).

A prevalência relatada de dor no pescoço varia amplamente entre os estudos, aumenta com a idade, comumente encontrado em mulheres acima de 50 anos. Essa alta prevalência é responsável por impactos econômicos e sociais significativos. Apesar dessas alterações, os pacientes são frequentemente classificados como aqueles com cervicalgia específica ou inespecífica. Essa distinção é parte fundamental da avaliação fisioterapêutica e é reforçada por diferentes diretrizes da prática clínica, pois a cervicalgia específica pode surgir de uma lesão mais grave, como fratura, infecção ou tumor, e nesse caso a fisioterapia pode piorar o quadro clínico do paciente, se não avaliada de forma correta (Araujo., 2020).

Estima-se que em 5% a 10% dos casos de cefaleia cervicogênica sejam confundidas com a enxaqueca comum. Portanto, para o diagnóstico correto, devem ser utilizados critérios pré-definidos. De acordo com a Sociedade Internacional de Cefaleias, as características que diferenciam as cefaleias cervicogênicas das cefaleias primárias incluem: dor hemilateral fixa; dor usual através da pressão dos dedos nos músculos do pescoço, movimento da cabeça e irradiação anterior

póstero-anterior de dor, ocorre episódios de náuseas e vômitos, fonofobia e fotofobia, e características de enxaqueca comum que podem acontecer com menor evidência. (Ramos; Santos,2019).

O curso clínico da dor cervical é variável, para a maioria dos pacientes, em 80% a 85% dos casos, a história natural é boa, com recuperação esperada dentro de 6 a 12 semanas após a primeira crise, principalmente para causas traumáticas. Em alguns casos, o prognóstico não é tão promissor e a dor cervical pode ter características recorrentes. Em exemplo, 23% das pessoas que se recuperam de um episódio de dor na região do pescoço poderão sofrer com outros episódios subsequentes (Araujo,2020).

De acordo com a Associação Mundial de Neurologia, uma dor de cabeça é definida como "uma sensação de desconforto nas extremidades da cabeça, podendo ser dolorosa ou não". As cefaleias secundárias se associam as cefaleias cervicogênicas, e tornam-se mais frequentes em indivíduos com mais de 65 anos, juntamente com a cervicalgia e lombalgia, como preditores associados a crises de cefaleias nesses indivíduos (Costa, 2013).

Ainda segundo Araujo (2020) para tais pacientes, a dor cervical é frequentemente um distúrbio biopsicossocial complexo com sintomas físicos e psicológicos geralmente associados. Nesse cenário, a cervicalgia está associada à redução da qualidade de vida relacionada à saúde, consequente da produtividade no trabalho, e limitação no que diz respeito a atividade de vida diária, e o aumento do suporte médico.

### 3.4 ETIOLOGIA DE PACIENTES PORTADORES DA CEFALEIA CERVICOGÊNICA

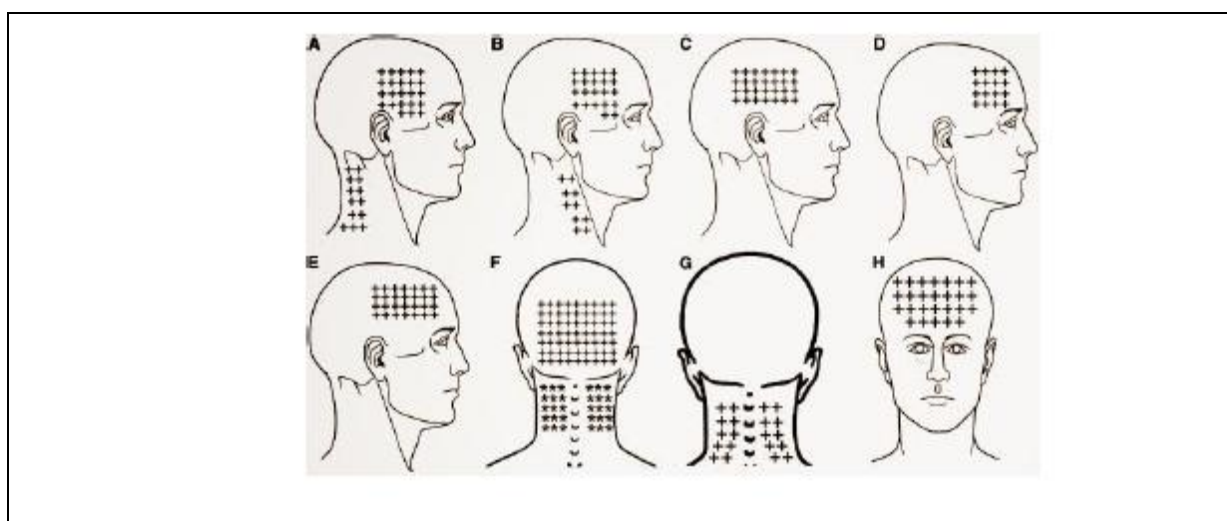
As cefaleias cervicogênicas são causadas por alterações nos componentes musculoesqueléticos, discos intervertebrais e tecidos moles que estão diretamente associados à coluna cervical. A condição dolorosa é acompanhada por uma diminuição do movimento da coluna cervical, sintomas durante o movimento ativo ou, em alguns casos, dor ao apoiar e manter a cabeça em posição neutra (Kluck,2022).

Todavia, a mesma é causada por distúrbios funcionais e/ou orgânicos localizados na região cervical, caracterizada por dor episódica de peso, aperto, queimação, às vezes por formigamento na região occipital com irradiação na região frontal, temporal, ocular e retro auricular. Sendo acompanhada ou não de

fenômenos neurovegetativos craniofaciais (alteração e/ou mau funcionamento da região, associando os sintomas físicos de alterações emocionais), como lacrimejamento, eritema ocular, edema palpebral, coriza, tontura, e muitos outros (Costa; Cunha, 2021).

Portanto, para se obter o diagnóstico correto, devem ser utilizados critérios pré-definidos na literatura, tais como: dor geralmente unilateral, episódica e de intensidade variável; dor originada na nuca, irradiando para toda a cabeça; movimentação passiva do pescoço, sendo de resistência ou restrição; alterações na rigidez da musculatura do pescoço, também as mesmas pode ser recorrentes e unilaterais, como ilustra a figura 5, usualmente conhecidas como originárias de alterações morfofuncionais na região cervical (Almeida *et al*,2014).

FIGURA 5 – Mecânica do corpo: Áreas afetadas na cefaleia cervicogênica.



Fonte: Ramos, Santos. Journal of Specialist, 2019.

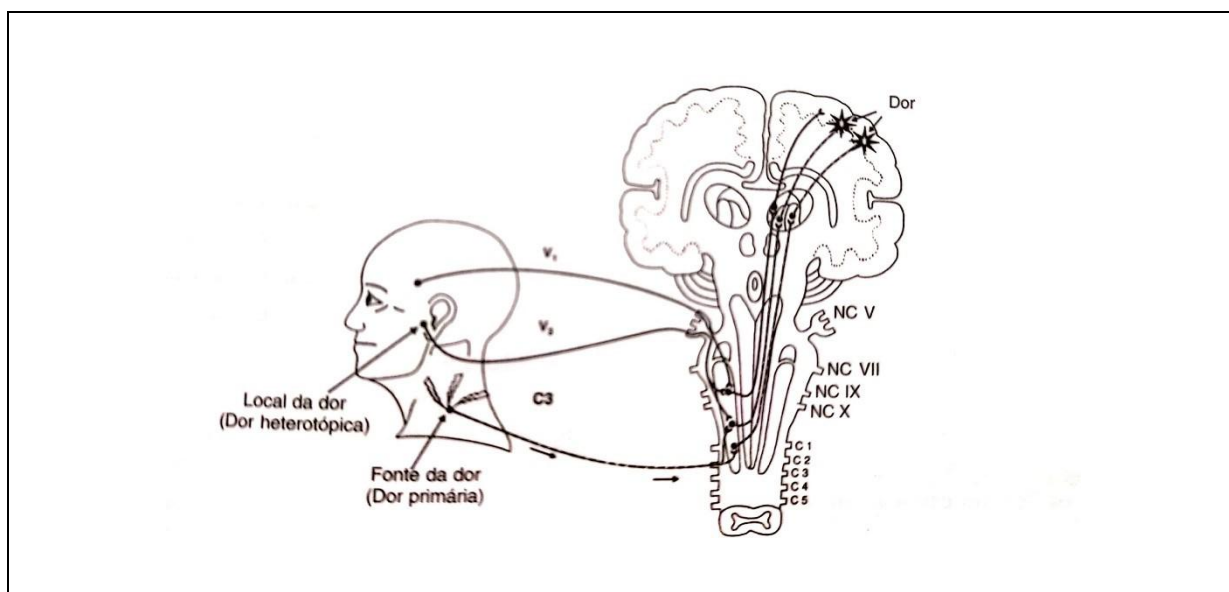
Este tipo de cefaleia é episódica e pode tornar-se persistente com períodos de exacerbação e remissão, seus sinais e sintomas são causados por alterações mecânicas na região do pescoço, podem ocorrer sintomas associados, como náusea, fotofobia, tontura e dificuldade para engolir. A dor é considerada uma enxaqueca, ocorrendo a dor e o desconforto que podem ser leves no lado contralateral. Muitas vezes, há dor ou desconforto difuso e não radicular na extremidade do membro superior ipsilateral (Costa; Cunha,2021).

### 3.4.1 Mecanismo Neurofisiológico da dor



Ao abordar o mecanismo para a dor em paciente com cefaleia cervicogênica, tem-se primariamente um caminho pelo qual essa experiência passa até a sua fase final. Com início no núcleo espinal do nervo, em específico o quinto nervo craniano, onde consiste em três localizações: oral, interpolar e caudal, em destaque, segmentos medulares vão até a região cervical superior, o que constitui a zona marginal, substância gelatinosa e o núcleo próprio, em seguida o trato espinhal do nervo trigêmeo desce até a região caudal através do bulbo até o nível C4, fibras são alojadas nesses segmentos, explanado na figura 6. Por esse motivo, por convergência dos aferentes cervicais e dos trigêmeos nos neurônios, qualquer estrutura inervada por qualquer um dos três nervos cervicais superiores podem irradiar a dor para a região da cabeça e face, gerando experiências que demonstram a capacidade dos estímulos dolorosos produzirem a conhecida como dor de cabeça, tais informações acabam gerando um círculo vicioso (Makosfky, 2006).

Figura 6: Ilustração do mecanismo da dor em pacientes que possuem cefaleia.



Fonte: Livro MAKOSFKEY, Howard W. Coluna Vertebral: Terapia Manual. 2006.

O círculo vicioso é reforçado em condições patológicas por que os nervos eferentes simpáticos são capazes de transmitir aferentes nociceptivos em uma característica simplificada de “curto-circuito”, levando a um acoplamento entre neurônios simpáticos e os aferentes (Varão,2022).

O impulso somático oriundo da estrutura facial e oral não entrará na medula espinhal através do nervo da medula espinhal. Em vez disso, o impulso sensível da face e da boca é transmitido através do V par de nervo do crânio (nervo trigêmeo). Os corpos celulares dos neurônios aferentes trigeminais estão localizados nos gânglios trigeminal. O impulso da transmissão do nervo trigêmeo entra diretamente no tronco cerebral na área da ponte fazendo sinapse no núcleo do trato espinal trigeminal, sendo esta região do tronco encefálico estruturalmente semelhante ao corno dorsal da medula espinhal (Corradini,2012).

Assim, a dor provoca alterações no sistema nervoso central, periférico e circulatório, impedindo que nosso sistema nervoso periférico responda efetivamente ao nosso sistema nervoso central, e a tensão nos sistemas miofascial e musculoesquelético alteram o fluxo sanguíneo local, importante para o corpo eliminar ocitocinas e os agentes agressivos, trazendo nutrientes para a recuperação celular. Maus hábitos de vida, sedentarismo, predisposição genética e lesão prévia podem levar ao bloqueio articular e tensão muscular que podem levar à alterações neurológicas, como sensibilidade alterada e latência reduzida dos nervos periféricos, resultando em amplitude de movimento suprimida, cinesiofobia e persistência da dor (Da Silva., 2022).

### 3.5 QUADRO CLÍNICO DA CEFALeia CERVICOGÊNICA

A cefaleia cervicogênica pode ser confundida com a enxaqueca comum pelo fato de compartilharem os mesmos sintomas. Mas, existem algumas diferenças, descritas no quadro 01, que ao contrário das enxaquecas, as dores de cabeça são caracterizadas por dor na parte da nuca ou lobo frontal, caracterizada por um peso, uma sensação de uma faixa pressionando contra o crânio, uma sensação de queimação que às vezes pode latejar, desencadeada por distúrbios na área posterior do pescoço, originando a partir dos sintomas à síndrome da Dor Miofascial (Cordeiro; Barros.,2019).

**Quadro 1 – Diferenças entre cefaleia cervicogênica e enxaqueca comum.**

<b>Cefaleia Cervicogênica</b>	<b>Enxaqueca Comum</b>
Dor lateralizada fixa. Ramos; Santos (2019).	Dores unilaterais e latejantes. Costa; Cunha (2021).
Alteração na mobilidade do pescoço. Almeida <i>et al</i> (2014).	Tensão na região posterior do pescoço. Cordeiro; Barros (2019).
Alteração do nervo trigêmeo irradiado na face. Kluck (2022).	Não possui sintomas neurológico que antecede a dor. Cordeiro; Barros (2019).
Fotofobia, fonofobia e osmofobia. Rodrigues; Bertolucci(2014).	Fotofobia e fonofobia. Rodrigues; Bertolucci (2014).

Fonte: Próprio Autor, 2023.

A síndrome da dor Miofascial ocorre a presença de pontos-gatilho na região cranial, cervical e distante do pescoço podem desencadear a cefaleia, cervicalgia e alterações neurovasculares craniofaciais. Essa disfunção é dividida em dois grupos: cefaleias primárias, de causa desconhecida, e cefaleias secundárias, causadas por razões neuropáticas. Devido às diferenças de tratamento e gravidade, distinguir os tipos de dores de cabeça é essencial para o diagnóstico adequado. Outros tipos de cefaleias que podemos destacar são as cefaleias do tipo tensional e as cefaleias cervicogênicas, destacando-se a Cefaleia Cervicogênica como a mais comum para tratamento fisioterapêutico (Costa; Cunha., 2021).

A presença de dor latejante em localizações unilaterais alternadas são melhores compreendidas anatomicamente por implicar inflamação neurogênica no sistema trigeminovascular. Náuseas ocorrem em 80% dos pacientes durante a crise, e vômitos ocorrem em cerca de 50% dos pacientes, possivelmente devido à estase gástrica, aumento da sensibilidade dopaminérgica e proximidade do núcleo do trigêmeo ao trato solitário. Durante as crises de enxaqueca, os pacientes geralmente relatam hiperpercepção cortical de estímulos ambientais, como fotofobia (exposição a luz), fonofobia (exposição a sons desagradáveis), osmofobia (sensibilidade aumentada a odores) e cinesiofobia (medo excessivo de movimento). Evidências recentes sugerem que pacientes com enxaqueca sofrem de hiperatividade cortical ao receber estimulação magnetoencefalográfica (Rodrigues; Bertolucci., 2014).

### 3.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quando um paciente vai em busca de um especialista para receber um diagnóstico que justifique a cefaleia intermitente e excessiva, deve ser realizado um lista de sintomas importantes que serão atribuídas pelo próprio paciente. Em suma, quando inclui-se um tipo de cefaleia, o paciente em particular, irá preencher de um a dois conjuntos de critérios diagnosticados, sendo assim, as informações disponíveis devem ser utilizadas para decidir qual das alternativas pode se tornar o diagnóstico provável, pode-se incluir a história longitudinal da cefaleia, história da doença atual e progressiva, a história familiar, o efeito de tais medicamentos ao fazer o uso, se existe alguma relação com o período menstrual, idade, sexo e outros critérios que podem ser associados para o diagnóstico completo e assertivo (Kowacs; Macedo, Silva-Néto.,2019).

Assim, a avaliação da vertigem cervicogênica, compartilha o termo "vertigem" com vertigem alta, vertigem fóbica e algumas formas de vertigem visual; no entanto, os sintomas descritos geralmente não incluem a ilusão de rotação ou movimento que define a vertigem, mas são bastante desequilibrados, conceituado como a diminuição da capacidade de manter ou controlar o equilíbrio, sendo mais amplamente, a definição de tontura que envolve sensações vagas pessoais e ambientais, insegurança, desconforto espacial ou fraqueza, portanto, o diagnóstico mais importante a ser descartado é a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), não apenas por seu alto índice de prevalência, mas também por causar a rotação cefálica (Carvalho.,2019).

Ainda sim, existe outra enxaqueca que propõe confusão ao diferenciar da cefaleia cervicogênica, a enxaqueca comum, porém para que haja um diagnóstico certo é importante que seja seguido a Classificação internacional da Cefaleia mencionado acima, onde de acordo com os critérios descritos em anexo 02, com características específicas baseadas na compressão da região cervical, a irradiação da dor para os ombros e braços e a presença de dor unilateral e não-pulsátil (Rachid; Pinheiro., 2009).

As cefaleias cervicogênicas podem ou não ser acompanhadas de sintomas como lacrimejamento, edema palpebral, secreção nasal, tontura e náusea, com ou sem vômitos, por esse motivo, a Fisioterapia torna-se uma opção de tratamento não invasivo, sendo utilizado para dores de cabeça em geral, para buscar seletivamente a causa da dor, melhorar os hábitos posturais e ajustar os movimentos de forma a

evitar a sobrecarga mecânica gerada pela má postura durante o dia, trabalho e sono (Cordeiro; Barros., 2019).

### 3.7 AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA MEDIANTE AO DIAGNÓSTICO DE CEFALEIA CERVICOGENICA

Na prática clínica, a mensuração dos aspectos relacionados à dor são realizadas por meio de instrumentos multidimensionais específicos ou instrumentos globais voltados à percepção do indivíduo sobre seu estado geral de saúde. Por esse motivo é utilizado a escala numérica de dor, para avaliar o quadro algico, variando de zero (ausência de dor), e a dez (pior dor inimaginável) (De Oliveira Chaves *et al.*, 2019).

Estudos acerca do tema central têm demonstrado que a cefaleia é a dor que mais afeta, além de indivíduos com mais de 65 anos, também os jovens trabalhadores e estudantes, identificando um importante e grave problema de saúde pública com forte impacto socioeconômico. Ocorre que, comumente o fisioterapeuta consiga manejar esse tipo de dor em sua prática clínica, no que diz respeito ao tratamento, podem ser identificados vários tipos de técnicas relatadas em literatura, como eletroterapia, tração cervical, terapia por exercícios e tratamentos que incluem alongamento, relaxamento da musculatura e mobilização vertebral (Neves.,2022).

Segundo De Oliveira Chaves *et al* (2019) relata que as ferramentas de medição para avaliar o resultado do tratamento, sintomas baseados na perspectiva do paciente avaliando tal resultado, de acordo com seus sintomas, grau de incapacidade, qualidade de vida associada à condição de saúde e satisfação do paciente no âmbito de tratamento, o chamado efeito global percebido (EGP) onde vai avaliar o paciente quanto à modificação da sua condição clínica desde algum tempo pré-definido em uma escala numérica ou em opções alternativas, dessa forma, o questionário é realizado por meio de uma pergunta direta referente a condição de saúde de tal paciente.

Na história, é necessário avaliar o início, ou seja, quando e como deu-se início, suas características, como pulsação, tensão, pressão, peso, lentidão, localização e exposição ao sol, intensidade, duração, frequência, gatilhos, melhora, piora. Nas mulheres, e necessário verificar a associação com o ciclo menstrual, a investigação de informação sobre tratamento realizados devem ser requisitos de

avaliação, para obter um histórico familiar e/ou pessoal eficaz. Verifica-se em conjunto as comorbidades da enxaqueca: depressão, ansiedade, epilepsia, distúrbios do sono. Entender se existe o uso indevido de analgésicos e a frequência do uso de bebidas com cafeína (Rodrigues; Bertolucci., 2014).

O tratamento fisioterapêutico multimodal, conceituada com o envolvimento de várias técnicas que objetivam no controle dos sintomas e que corresponde na possibilidade de intervenção, sendo a mesma gerada por combinações de terapias, influenciou uma redução da intensidade de dor, dessa forma expõe-se que o debate sobre o cuidado centrado no paciente se torna mais importante, trabalhando em uma dimensão para alcançar a qualidade do cuidado. Neste contexto, vê que a terapia manual, por exemplo, tem sido importante base para terapias combinadas que surgem a partir da cinesioterapia aplicada (De Oliveira Chaves *et al.*,2019).

Segundo Rodrigues; Bertolucci (2014) é necessário que não seja ignorado o exame físico, mesmo que a história seja típica de enxaqueca, deve-se ter atenção especial aos seguintes itens: pressão arterial, temperatura, palpação do crânio e da articulação temporomandibular (avaliação estática e dinâmica), percussão dos seios da face, inspeção da cavidade oral (afecções dentárias e periodontais são causas de dores irradiadas). A realização do exame neurológico com especial atenção para o fundo de olho, importante que observe o pulso venoso, a movimento óculo extrínseca e sinais de irritação meníngea.

### 3.8 TRATAMENTOS E INTERVENÇÕES NA CEFALIA CERVICOGÊNICA

Diferentes tipos de dores de cabeça são tratados principalmente com analgésicos, no entanto, um número crescente de pacientes que não toleram a ingestão do medicamento devido a efeitos colaterais e contraindicações que os mesmos são expostos. Diante dessa problemática, o atendimento fisioterapêutico surge como uma possível alternativa de tratamento por meio de diversos recursos de intervenções (Nobrega; Strauch.,2020).

Os tratamentos com fármacos geralmente incluem os relaxantes musculares, adjunto aos antidepressivos e neuromoduladores. Além disso, recursos não medicamentosos podem ser ferramentas auxiliares úteis no tratamento de cefaleias cervicogênicas, em particular, a Fisioterapia, mesmo que em alguns casos seja necessário a junção dos dois tipos de tratamentos (César *et al.*,2021).

O tratamento da cefaleia cervicogênica envolve a eliminação da condição que causa a dor. Em casos sintomáticos, estabilizar a coluna cervical e remover deformidades congênitas se torna uma opção de tratamento, ou seja, condutas manipulativas na região da cervical tendem a gerar a minimização da dor, em contrapartida buscando seletivamente o que está causando a dor, trabalha-se a melhora dos hábitos posturais e adequação dos movimentos, evitando, assim, sobrecargas mecânicas, no trabalho e durante o sono (Costa; Cunha,2021).

Os sintomas da cefaleia cervicogênica estão diretamente relacionados a alterações na mobilidade do pescoço, déficits posturais e/ou fraqueza muscular, que se aplicam a região cervical, por esse motivo, vai muito além da manipulação de tecidos moles, de mobilização articulares, e exercícios de reeducação postural (Almeida *et al.*,2014).

Segundo Costa; Cunha (2021) em sua forma básica, o tratamento associado a intervenção diante da Síndrome da Dor Miofacial envolve entender por que a dor ocorre e eliminar fatores que perpetuam os pontos-gatilho, como sobrecarga mecânica localizada devido à má postura durante as atividades da vida diária, apontando para correção de anormalidades do sono, trabalho e músculos.

O atendimento fisioterapêutico pode ser visto como suporte para o manejo medicamentoso, mas ainda não é amplamente divulgado nos serviços de saúde, o que segundo evidências, as técnicas de fisioterapia produzem benefícios para distúrbios musculoesqueléticos da região crânio cervical, controle postural e sistema vestibular (Nobrega; Strauch., 2020).

### **3.8.1 Quiropraxia no tratamento da Cefaleia Cervicogênica**

A Quiropraxia tem como fundamento os movimentos de ajustes articulares, que permitem realizar os movimentos artrocinemáticos normais e pequenos movimentos da coluna vertebral, proporcionando na redução da compressão neural responsável pela dor na região acometida. Ainda que se obtém muitas pesquisas sobre o assunto, não existe um consenso nos estudos com relação ao melhor tratamento para dores originadas na região cervical, existindo grande contraposição de diferentes terapias a serem utilizadas, tendo como destaque dos últimos anos as terapias manipulativas como é o caso da Quiropraxia (Neves.,2022).

O tratamento por meio da Quiropraxia é comumente utilizado, e possui evidências científicas que confirmam tal dado. Teoricamente a eficácia potencial da técnica assenta um tratamento conservador de acordo com os princípios do indivíduo, tendo em seu objetivo agir diretamente na causa da algia que ocorre por meio da recuperação da amplitude de movimentos de articulações, dos músculos e diversas estruturas do sistema músculo esquelético que funcionam combinados ao corpo humano (Costa; Cunha., 2021).

A mesma constitui-se em uma técnica que procura estabelecer e corrigir, através de manobras ou ajustes, a postura e o equilíbrio corporal do paciente. É baseada no diagnóstico, tratamento até a prevenção de condições do sistema musculoesquelético, além de ser indicada para melhorar a função articular, devolvendo a integridade musculoesquelética influenciada a seus processos fisiológicos (Neves., 2022).

Com a Quiropraxia, sendo uma vertente da terapia manual, é possível restabelecer a função articular total, reduzir a dores. Possui como base, movimentos de ajustes articulares conhecidos como quiroprático, que permitem a realização dos macro e micromovimentos da coluna vertebral, que proporcionam a redução da compressão neural responsável pela dor da região que está acometida (Neves., 2022).

### **3.8.2 Atuação da Osteopatia na Cefaleia Cervicogênica**

Em consonância, tem-se a osteopatia que faz parte dos tratamentos que geram um efeito positivo, sendo um dos objetivos da mesma a recuperação do movimento fisiológico em áreas onde o movimento se torna restrito ou em áreas disfuncionais. Os alvos primários da osteopatia se dão aos tecidos moles, como pele, músculos, ligamentos, também as vértebras e articulações. Os principais objetivos desta técnica condiz no alongamento e eliminação de retrações, do espasmos e nódulos musculares dolorosos, normalizando assim trabalha-se o sistema osteoarticular através da manipulação (Técnica de Thrust) (César *et al.*, 2021).

A idéia inicial da Quiropraxia e da Osteopatia, evidencia que a coluna vertebral é o centro do tratamento, é que a disfunção somática gera aferências nociceptivas e influencia o sistema nervoso autônomo. Algumas dessas disfunções articulares comprovam alguns sinais como a sensibilidade à palpação na articulação,



no arco de movimento e amplitude de movimento restrito, como também a sensibilidade ao final do movimento alterado e alterações sensório motores (Neves., 2022).

Segundo Cordeiro; Barros (2019) a osteopatia utiliza várias técnicas como mobilização neural, visceral, tecidual e a manipulação em si. No entanto, quando utilizadas juntamente com outras técnicas da terapia manual, os resultados são satisfatórios na redução dos sintomas e da dor que o paciente está sentindo. A terapia manipulativa adjunto aos exercícios específicos mostraram-se mais eficaz no tratamento, diminuindo a frequência e a intensidade da cefaleia.

As técnicas conceituadas de manipulação cervical possuem propostas que buscam o alívio dos sintomas em tais pacientes que possuem a cefaleia cervicogênica. Contudo, quando aplicadas de forma isolada, tais técnicas não apresentam resultados significativos, um exemplo claro é a técnica de manipulação cervical alta como proposta de tratamento para seus pacientes, neste intuito somente essa manipulação não irá minimizar o sofrimento do paciente, mas sim com outra terapia de forma combinada. Ainda sim, foi constatado que nos estudos apenas a aplicação da manipulação cervical não apresentando resultados positivos na redução das algias (Cordeiro; Barros., 2019).

### **3.8.3 Terapia Manual na Cefaleia Cervicogênica**

No tratamento da cefaleia cervicogênica, utiliza-se um protocolo fisioterapêutico multimodal que possui o intuito de avaliar os efeitos da terapia manual dentro do tratamento da cefaleia, onde trabalha-se com técnicas de terapia manual combinadas a outros tipos de terapias. Aplica-se técnicas de tração cervical manual; terapia de liberação posicional, mobilização articular no sentido pósterio-anterior nas regiões de C2 e de T1 a T4, conseqüentemente ocorre o recrutamento muscular dos flexores cervicais. Observando as diferenças na intensidade da dor antes e após o tratamento, avalia-se a ocorrência de uma significativa diminuição da frequência de crises que podem ocorrer semanalmente (Nobrega; Strauch.,2020).

A Terapia Manual é um termo genérico que é empregado a uma diversidade de técnicas terapêuticas especializadas na prevenção e no tratamento de diversos distúrbios do aparelho locomotor, baseada no raciocínio clínico e diante das abordagens específicas, abrangendo áreas de aspectos biopsicossociais de cada

paciente. Por esse motivo, faz parte da gama de técnicas terapêuticas da terapia manual, são elas: a mobilização e manipulação articulares, conhecidas pelo conceito Maitland e Mulligan, mobilização neural, massagens (clássica, drenagem linfática, massagem e shantala), pompages entre diversos outros tipos (Melo *et al.*, 2022).

O tecido muscular é inseparável do tecido conjuntivo. Portanto, uma massagem que afeta um tecido afeta outro. A resposta do SNC às técnicas também inclui alívio da dor e relaxamento muscular resultante de alterações na função da unidade motora e receptores sensoriais semelhantes ao órgão tendinoso de Golgi e fusos musculares (Rocha; Oliveira *et al.*, 2019).

A terapia manual demonstrou ser benéfica para a dor na região de pescoço quando aplicada isoladamente ou em combinação com outras técnicas de cura. No entanto, ainda não possui um consenso sobre a eficácia da mobilização articular de Maitland na redução da dor dessa disfunção (Peixoto *et al.*, 2022).

A aplicação de técnicas de manipulação em alta velocidade não permite que o paciente controle sua execução. Ademais, são definidos como mobilização quando os movimentos passivos são realizados de forma que o paciente possa evitar, por exemplo, um terapeuta deve realizar uma avaliação completa antes de aplicar qualquer técnica de terapia manual, pois é importante que os profissionais avaliem a possível oclusão da artéria vertebral antes de prosseguir com as técnicas cervicais envolvendo o movimento do pescoço (Bracht; Holler., 2010).

Dentre as terapias manuais, temos o método Maitland, o mesmo caracteriza-se em uma mobilização articular que pode ser aplicada em quatro graus. O nível I inclui mobilização com pequenas amplitudes e grau de resistência, o nível II são grandes amplitudes até limitação muscular ou espasticidade; o nível III inclui a amplitude de movimento mais ampla contra resistência no final do movimento; o nível IV é exercício com resistência, consistindo em oscilações reduzidas e pequenas componentes de amplitude. As classes I e II promovem alívio da dor e são utilizadas em situações dolorosas anteriores à limitação do movimento (Peixoto *et al.*, 2022).

Baseando nas técnicas abordadas pelo autora supracitado acima, fatores indicam que a terapia manual se torna uma boa alternativa de tratamento para minimização do grau de incapacidade causado pela cefaleia cervicogênica, abrange técnicas de terapia manual isoladas e/ou associadas a outras intervenções como por

exemplo a fotobiomodulação, cuidados habituais e as injeções de toxina botulínica que pode ser orientado seu uso em pacientes de todas as idades (Lucena., 2022).

Ainda sim, através da terapia manual se utiliza de exercícios craniocervicais que incluem técnicas para treino dos músculos flexores craniocervicais profundos, como exercícios isométricos e com baixa carga, associados a técnicas de relaxamento, controle postural. Os mesmos podem ser aplicados de forma isolada ou combinada, desse modo, o treinamento sugestivo da região craniocervical tende a beneficiar e garantir participação ativa da percepção proprioceptiva e posicional da região da coluna (Mendes *et al.*, 2011).

Por consequência da cefaleia cervicogênica que acomete no paciente, o mesmo sofre redução na força dos músculos flexores cervicais do que em extensores, por esse motivo, ocorre a normalização do equilíbrio de membrana por meio da liberação de pequenos movimentos do crânio, minimização da compressão nervosa, e melhora da drenagem venosa associada ao relaxamento dos tecidos moles e ao quadro algico. Assim sendo, a manutenção da mobilidade dos tecidos cranianos permitiria aos mecanismos homeostáticos a possibilidade de equilibrar a tensão na membrana, além de melhorar o fluxo venoso, reduzir a compressão da região neural e, evidentemente sanar a dor (Serpa; De Oliveira., 2016).

#### **3.8.4 Dry Needling Elétrico evidenciado no tratamento da Cefaleia Cervicogênica**

Dentro da abordagem fisioterapêutica existem algumas técnicas e procedimentos que permitem auxiliar o profissional na demanda de cada paciente, um dos procedimentos consiste na utilização da técnica de agulhamento a seco, popularmente chamada de dry needling, nos músculos temporal, masseter, frontal e corrugadores, bilateralmente, com maior número de aplicações no lado acometido (Grossl *et al.*, 2023).

O dry needling, também conhecido como agulhamento a seco, é uma técnica de inserção de agulhas de acupuntura na área dos pontos-gatilho, chamados nódulos, que permite tratar diversas condições dolorosas do sistema musculoesquelético, pois é baseado na ciência biomédica moderna, onde as agulhas são inseridas em músculos ao invés de pontos de acupuntura, distinguindo-a assim da acupuntura de corpo inteiro (Cury *et al.*, 2022).

A base fisiológica do dry needling para tratar tensão muscular exacerbada, nos locais de tecido cicatricial, fáscia e tecido conjuntivo não são bem compreendidas dentro da literatura, porém as pesquisas sugerem inúmeros benefícios para sua aplicação. O tônus muscular tensionado, por exemplo, é determinado tanto pela viscoelasticidade do músculo quanto pelo grau de ativação da afasia subjacente e pela contratilidade do órgão muscular. Dessa forma, a evidência de tensão muscular excessiva pode ser exemplificada por espasmos, que podem ser aliviados com agulhamento seco (Vieira., 2019).

Uma associação entre agulhamento seco e fisioterapia, que são dois métodos conhecidos no controle da SDM, considerando-se que o agulhamento é um método simples e não necessita de equipamentos sofisticados, foi a preferida em estudos, pois devido à fisioterapia necessitar de interferências especiais assim como uso de equipamentos caros, embora ambos os métodos sejam eficazes no controle da dor. Em outro estudo em que o dry needling foi associado à realização de exercícios para relaxar os músculos afetados após o dry needling, os pacientes assistiram a vídeos instrutivos sobre a SDM. Assim, este estudo demonstra que os pacientes que participaram de um programa educacional obtiveram resultados mais eficazes na redução da intensidade da dor e seus distúrbios (Brahim *et al.*, 2017).

Tanto o agulhamento a seco como a acupuntura se baseiam no mesmo mecanismo fisiológico, onde na introdução da agulha estimula o sistema inibitório no controle da dor, que é o mecanismo mais eficaz para o alívio da dor por excitação da agulha, que incluem na estimulação analgésica, modulação dos impulsos nervosos sensoriais. Dando seguimento na fisiologia da analgesia que geram devido a uma liberação de peptídeos opioides endógenos, desempenhados no mecanismo na aplicação da agulha (Sampaio *et al.*, 2020).

## **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

### **4.1 Fichamento dos artigos:**

O quadro à seguir trata-se dos artigos que foram incluídos para evidenciar qual a técnica eficaz para o controle dos sintomas e tratamento de pacientes que tenham a cefaleia cervicogênica, no que diz respeito as técnicas dispostas nas

intervenções. Ademais, sabe-se que o objetivo torna-se principalmente de controlar os sintomas de tais pacientes, como demonstra os estudos a seguir:

AUTOR/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
Lerner-Lentz <i>et al.</i> , (2020).	O objetivo do estudo concentra-se em avaliar a eficácia da manipulação comparada a mobilização aplicada de forma pragmática para pacientes portadores da cefaleia cervicogênica.	Consiste em um estudo pragmático randomizado, onde 45 pessoas portadoras de cefaleia cervicogênica realizaram tratamento durante o período de 1 ano. Foram realizadas na avaliação a palpação manual e a palpação das articulações cervicais e o relato das crises de dores de cabeça no últimos meses. Verificou-se a pontuação de Índice no pescoço (NDI), a escala numérica de dor e a escala de classificação (NPRS), realizando o intervenção	Como resultado destes 45 pacientes que apresentam cefaleia cervicogênica, 24 foram randomizados para o grupo de mobilização e 21 para o grupo de manipulação, ambos os grupos melhoraram ao longo do tempo para todos os resultados. Não foram relatados efeitos colaterais para qualquer um dos grupos durante o período de estudo pragmático.

		com o modo pragmático.	
Perfeito; Barbosa., (2020).	O objetivo do estudo foi correlacionar a ação dos Mecanorreceptores e os efeitos positivos da liberação miofascial proporcionada na reabilitação de pacientes com perda de deslizamento intertecidual.	Realizado uma revisão de literatura sistemática com coleta de dados nas plataformas Pubmed, Medline e Lilacs para junção dos resultados, onde devido à escassez de artigos específicos, foi utilizado também o Google Acadêmico e livros de acervo pessoal para auxiliar no estudo da arte. Com publicações no período de 2008-2020, e que tenham correlação relevante com o objetivo do estudo, utilizado 9 referências.	Os resultados positivos são redução da dor, restauração da circulação, transformação da matriz extracelular fascial profunda e reorganização de sinais aferentes incoerentes que podem ativar os proprioceptores imprecisos, geração recrutamento muscular desconectado e inflamação periarticular, concluindo na ativação de nociceptores ao redor das articulações e melhora tecidual em pacientes com fibrose ou patologias que afetam o deslizamento entre os tecidos em qualquer área do corpo.

<p>Park <i>et al.</i>, (2017).</p>	<p>O objetivo do estudo limitou-se em analisar as propriedades biomecânicas da região dos músculos cervicais superiores em pacientes com cefaleia cervicogênica e identificar métodos eficientes de diagnóstico e o seu tratamento.</p>	<p>Foi realizado o estudo em 1º de agosto de 2016 a 31 de agosto de 2016, com um total de 40 indivíduos, incluindo homens e mulheres com idade entre 22 e 40 anos, desses 40 indivíduos selecionados incluíram 20 pacientes com dor de cabeça cervicogênica e 20 controles saudáveis. O grupo experimental foi composto por pacientes que haviam sido diagnosticado com a cefaleia cervicogênica de acordo com os critérios diagnósticos do IHS; a duração da doença foi entre 4 meses e 2 anos, e</p>	<p>Os resultados desmonstraram mudança nas características dos músculos de pacientes com cefaleia cervicogênica, ao que parece ter sido causada por desequilíbrio postural e diminuição extensibilidade, que levam ao encurtamento dos músculos suboccipitais e trapézio superior. As mudanças nas propriedades dos músculos podem ser usadas para diagnosticar e tratar com eficiência pacientes com cefaleia cervicogênica.</p>
------------------------------------	---	--	---



		<p>por outro lado os indivíduos saudáveis foram limitados àqueles sem história de dor de cabeça ou tratamento para lesão cervical ou dor.</p>	
Almeida <i>et al.</i> , (2014).	<p>O objetivo do estudo se torna propor um protocolo de tratamento fisioterapêutico com abordagem multimodal, onde avalia-se os efeitos da terapia manual em pacientes com cefaleia Cervicogênica.</p>	<p>Abrange um estudo experimental não controlado, no qual 9 pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia do UNIFESO no estado do Rio de Janeiro que possui diagnóstico de cefaleia cervicogênica foram submetidos a um total de 10 intervenções fisioterapêuticas com técnicas de terapia</p>	<p>Como resultado dos 9 pacientes selecionados, todos eram do gênero feminino, e possuíam média de idade de 43,3 anos. Foi observado uma diferença entre as médias da intensidade da dor na escala E.V.A anterior ao tratamento e após. O índice de incapacidade da região cervical resultou em melhora após intervenção de 63,9%. Em relação à frequência das</p>

		manual.	crises semanais observa-se uma diminuição de 70% após a intervenção. De maneira similar, houve redução do tempo de permanência das crises que antes era de 4 horas e após os atendimentos minimizou a 1 hora de crise.
Chaibi; Stavem; Russel., (2021).	O objetivo do estudo se mantém em investigar a eficácia da terapia manipulativa espinal quiroprática versus placebo (manipulação simulada) e controle (continuação usual, porém o manejo não manual) para cefaleia cervicogênica em um	No estudo, 19 indivíduos foram divididos igualmente em três grupos, mas apenas 12 participantes completaram o estudo, o próprio consiste em um estudo prospectivo dividido em 3 braços, simples-cego, placebo, randomizado ensaio controlado de 17 meses de duração. Foi analisado	Como resultado final a frequência da dor de cabeça melhorou em todos os pontos de tempo na terapia e manipulação espinal quiroprática e o grupo placebo. Ainda no estudo, destacou-se o índice de dor de cabeça que melhorou no grupo de terapia manipulativa espinal quiroprática nos pontos de tempo, enquanto

	estudo prospectivo.	<p>estatística dos dados registrada no MS Excel 2007, onde o grupo CSMT recebeu SMT usando o método Gonstead, direcionando para disfunções biomecânicas da coluna como diagnosticados por testes quiropráticos padrão.</p> <p>O grupo considerado placebo recebeu uma manipulação simulada na borda lateral da escápula da região glútea.</p> <p>O grupo de controle continuou sua farmacológica habitual e o gerenciamento sem receber intervenção manual.</p>	<p>do grupo placebo melhorou em 6 e 12 meses de acompanhamento. O grupo controle permaneceu inalterado durante esse período de estudo. Os eventos adversos foram poucos, menores e transitórios. Sugere-se que a terapia manual pode ser uma opção de tratamento segura para os portadores de cefaleia cervicogênica, mas os dados precisam ser confirmados em um estudo randomizado controlado com amostra suficiente para o tamanho da mesma.</p>
--	---------------------	---	---

<p>De Assis César <i>et al.</i>, (2021).</p>	<p>O objetivo do estudo compreende em avaliar papel da fisioterapia postural no que corresponde a correção da rotação do quadril com a técnica de Maitland em pacientes com cefaleia cervicogênica e submetidos ao bloqueio da região de localização do nervo occipital.</p>	<p>Corresponde sendo um estudo retrospectivo, observacional, não controlado, onde os pacientes foram avaliados durante 1 ano e 1 mês. Após o diagnóstico de cefaleia cervicogênica os pacientes foram submetidos a bloqueio anestésico e após radiografia do quadril com escanometria dos membros inferiores e tomografia cervical, sendo assim, os mesmos foram encaminhados para Fisioterapia. Pacientes submetidos a bloqueio do nervo occipital foram divididos em três grupos:</p>	<p>Como resultado do estudo foi sugerido que o bloqueio do nervo occipital combinado a técnica de Maitland é superior em pacientes com cefaleia cervicogênica comparado ao bloqueio apenas ou quando combinado com fisioterapia convencional, dessa forma, técnicas combinadas geram um efeito positivo no que diz respeito à cefaleia cervicogênica.</p>
--	--	---	---

		Grupo I (Fisioterapia com técnica de Maitland) Grupo II (Fisioterapia convencional) e o Grupo III (apenas bloqueio do nervo occipital).	
Jafari, Bahrpeyma; Togha., (2017).	O objetivo do estudo em questão é investigar o efeito da compressão isquêmica nos resultados clínicos de cefaleia cervicogênica e sobre o comportamento elástico dos pontos-gatilho miofasciais.	Os indivíduos foram randomizados e divididos em grupo de tratamento e grupo controle. Os autores selecionaram 19 indivíduos com cefaleia cervicogênica. Os indivíduos do grupo de tratamento receberam 4 sessões de compressão isquêmica na região do ponto-gatilho miofascial, suas principais medidas: Intensidade, como a duração da dor de cabeça	Como resultado principal os indivíduos do grupo de tratamento comparados com os do grupo controle mostraram melhorias significativas na intensidade da dor de cabeça, na duração da dor de cabeça, tolerância à pressão, no limiar de dor à pressão e área do ponto-gatilho miofascial. Baseando o resultado, constata-se que as alterações no módulo elástico

		<p>e frequência em que ocorre, baseado na área e no módulo elástico do ponto-gatilho, de acordo com a tolerância à pressão e limiar de dor à pressão que foram avaliados antes e após o tratamento.</p>	<p>do ponto-gatilho miofascial não atingiram um nível significativo, e a compressão isquêmica pode ser eficaz em indivíduos com cefaleia cervicogênica associada a um ponto-gatilho miofascial no músculo esternocleidomastóideo.</p>
Benatto., (2022).	<p>O objetivo foi verificar a eficácia do protocolo de atividades craniocervicais em intensidade e redução da frequência das crises de cefaleia.</p>	<p>O ensaio clínico randomizado dividido em dois grupos sendo eles paralelos por 3 meses, tendo 42 indivíduos com diagnóstico de cefaleia, sendo a intervenção e placebo. Os pacientes randomizados do grupo de intervenção realizaram durante oito semanas o protocolo de atividades</p>	<p>Não fora percebido diferenças significativas para os desfechos após as semanas de tratamento e após os três meses de acompanhamento. Em relação aos resultados secundários, observou no grupo de intervenção um resultado na sensibilidade do músculo da região frontal, além de redução na</p>

		craniocervicais, logo o outro grupo realizava outro tipo de intervenção, a chamada intervenção placebo, onde receberam aplicações de ultrassom terapêutico desligado.	amplitude de ativação dos músculos trapézio superior e escaleno anterior.
Dunning <i>et al.</i> , (2021).	O objetivo do estudo consiste em comparar os efeitos combinados da manipulação da coluna vertebral associado ao agulhamento seco com mobilização da coluna vertebral e exercício na dor e incapacidade em indivíduos com cefaleia cervicogênica.	Estudo randomizado, multicêntrico, de grupos paralelos, consiste em cento e quarenta e dois pacientes portadores da cefaleia cervicogênica recrutados durante um período de 36 meses, incluídos em 10 estados diferentes. Os pacientes foram randomizados e divididos para receber manipulação da coluna cervical superior e torácica	A análise do estudo revelou que indivíduos com cefaleia cervicogênica que receberam manipulação da coluna vertebral e agulhamento seco elétrico experimentaram reduções significativamente maiores na intensidade da dor de cabeça, na frequência da dor de cabeça. Indivíduos no grupo de manipulação da coluna vertebral e agulhamento elétrico a seco também experimentaram

		<p>superior mais agulhamento elétrico a seco ou mobilização e exercício da coluna cervical e torácica superior. No entanto, o grupo de mobilização também recebeu um programa de exercícios de resistência craniocervical e periescapular, ao que o grupo de manipulação da coluna também recebeu até oito sessões de agulhamento seco elétrico perineural. Realizado em um período de 4 semanas.</p>	<p>minimização da duração das dores de cabeça no período de 3 meses. O grupo alcançou um resultado importante comparado ao grupo de mobilização e exercício sendo acompanhados por 3 meses. Em todos os resultados a favor da manipulação da coluna vertebral e do grupo de agulhamento seco elétrico em 3 meses. Além disso, mais pacientes no grupo de manipulação da coluna vertebral e agulhamento seco elétrico cessaram de tomar medicação para comparado ao grupo de mobilização da coluna e exercícios.</p>
--	--	---	---



Dos 27 artigos encontrados 18 foram excluídos pelos critérios descritos anteriormente na metodologia, onde 9 restantes, 7 avaliaram a efetividade da terapia manual ou a mesma combinado com outra técnica de abordagem manual associada a técnica de Maitland e/ou a aplicação de agulhamento à seco por exemplo.

Pacientes que são acometidos com a síndrome de cefaleia cervicogênica apresentam desafios tanto para estabelecer um diagnóstico preciso quanto para orientar um tratamento. Muitas vezes é difícil diferenciar da enxaqueca sem aura e da cefaleia do tipo tensional, nas quais as cefaleias cervicogênicas não são beneficiadas com essas opções de tratamento (Barreto; Mejia., S.A.).

Um estudo prospectivo, onde trata-se de um estudo randomizado e controlado por placebo sobre o efeito da terapia Quiroprática nas cefaleias cervicogênicas baseando nos critérios de avaliação dos estudos relevantes, realizada por um investigador à cegas utilizando o número de série lacrado de cada participante, efetivou em um estudo conclusivo onde os autores obtiveram o resultado que a terapia manual pode ser uma opção de tratamento segura para participantes com dores de cabeça cervicogênicas, sendo que a frequência das dores de cabeça obtiveram a melhora durante a terapia manipulativa espinal, e no grupo placebo que receberá a manipulação em simulação (Chaibi *et al.*, 2017).

Após esse estudo, desempenhado pela linha de raciocínio da terapia manipulativa ou a técnica da Quiropraxia percebe-se que a terapia manual ainda sim, torna-se o princípio da minimização da cefaleia cervicogênica, que corresponde muitas vezes no desordenamento da região cervical, ambas possuem o objetivo de recuperar movimentos fisiológicos em áreas que contém disfunções na articulação, tal qual o oferecimento de condições para que o próprio organismo encontre sua homeostase necessária para esses pacientes (Cordeiro; Barros., 2019)

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Sedlackova *et al.*, (2022) onde um estudo recente confirmou e comparou a elasticidade dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio em voluntários saudáveis e pacientes com cefaleia cervicogênica, avaliação essa realizada através da elastografia, conceituada por ondas de cisalhamentos. Como resultado, o músculo esternocleidomastóideo foi significativamente mais afetado e, portanto, enrijecido em comparação com indivíduos saudáveis, com aumento progressivo da rigidez.

Entretanto ao introduzir estudos que utilizassem a osteopatia como recursos principal para o tratamento da cefaleia cervicogênica, deixa em questão que a técnica citada, se torna em parte um tratamento manual que pode ser utilizado em associação a outras técnicas, já que o objetivo da terapia é recuperar e/ou melhorar a função do sistema músculo-esquelético, onde todas as partes do corpo irão se beneficiar (Nascimento; Roell; Barauna., 2021).

Não houve diferença na rigidez do trapézio, dessa forma, a tensão do esternocleidomastóideo é claramente dependente das características da cefaleia, resultando em evidências de que pacientes acometidos com a cefaleia cervicogênica, podem sim apresentar rigidez do músculo citado acima. Dando ênfase na introdução da utilização da elastografia como uma ferramenta para diagnóstico da cefaleia cervicogênica (Sedlackova *et al.*, 2022).

Apesar da escassez de estudos, foi encontrado um estudo de caso que evidenciou em pacientes com diversos sintomas demonstrou alterações em região de coluna. Realizou a manipulação de cervical alta com a utilização da terapia Osteopática Manipulativa, em detrimento a utilização da prática observou-se uma efetiva redução de sinais e sintomas de tais pacientes (Rachid; Pinheiro.,2009).

Lerner-Lentz *et al.*, (2020) aplicou a manipulação associado para a comparação da mobilização em pacientes com cefaleia cervicogênica, designou-se aleatoriamente a receberem a manipulação ou mobilização, como resultado apresentou-se semelhança entre a manipulação e mobilização para tais pacientes com relação à capacidade, dor e amplitude de movimento da região cervical. A terapia manual aplicada de forma pragmática realizou a intervenção das variáveis de índices de incapacidade e dor que os pacientes continham decorrentes da doença, facilitando assim a precocidade e anuência do tratamento e a técnica utilizada em questão.

Um estudo controlado randomizado protagonizou a verificação do efeito da compressão isquêmica na cefaleia cervicogênica e o comportamento elástico dos pontos-gatilho ativos do músculo esternocleidomastóideo utilizando imagens de ultrassom. Trata-se de um efeito local que compreende na estimulação de mecanorreceptores, onde irá ocorrer a diminuição da dor, por consequência da perda de neurotransmissores específicos e obstrução local, seguindo uma reperusão do sangue após a liberação da pressão (Jafari; Bahrpeyma; Togha., 2017).

Segundo Perfeito; Barbosa., (2020) que correlacionou um estudo que tinha por objetivo a aplicação de terapia e/ou mobilizações manuais por meio da ação de mecanorreceptores para liberação miofascial promovendo a melhora na reabilitação cinético-funcional do paciente, onde apesar de poucos estudos sobre o assunto, ainda assim, pode-se considerar que a liberação miofascial irá influenciar na estimulação dos mecanorreceptores na reabilitação do paciente, tendo em vista a execução das técnicas de acordo com o ritmo, velocidade, intensidade e direção do plano fascial.

Segundo Jafari; Bahrpeyma; Togha., (2017) ocorre-se a compressão isquêmica na área do ponto-gatilho, com intensidade, frequência e duração da cefaleia, sendo a mesma tolerante à pressão, baseando o limiar de dor e o módulo elástico do ponto-gatilho, especificado como as medidas avaliadas antes e após o tratamento. Em resolução, todos os indivíduos do grupo de tratamento comparado ao grupo controle obtiveram melhora significativa nas variáveis avaliadas, o critério que não atingiu o nível significativo fora o módulo elástico do ponto gatilho.

Levando em conta o estudo de Xin *et al.*, (2021) que determinou a segurança do uso de terapia manual para pessoas que possuem a cefaleia cervicogênica. Os pacientes que receberam terapia manual tiveram pontuações mais baixas na Escala Visual Analógica (EVA), inventário de comprometimento da tontura (DHI) e índice de incapacidade do pescoço e amplitude de movimento rotacional ideal cervical (ADM).

Em contrapartida, um estudo evidenciou que identificar as propriedades mecânicas dos músculos da região cervical auxilia na resolução de técnicas para trabalhar a cefaleia. Realizou as medidas da região de trapézio superior e palpação dos processos espinhosos de C2 até o músculo médio do occipital. Ao que diz o resultado que as diferenças nas propriedades mecânicas entre os grupos experimental e controle podem ser utilizados para diagnósticas com eficiência pacientes que possuem a cefaleia cervicogênica, pois para tal ocorre a alteração da região cervical levando ao encurtamento dos músculos suboccipitais e trapézio superior, centralizando que o ponto principal se torna a mecânica muscular e sua alteração conforme a região cervical, como demonstra o autores Perfeito; Barbosa., (2020) que relata a liberação miosfacial como uma técnica ideal para o tratamento da cefaleia cervicogênica (Park *et al.*, 2017).

No entanto, tais pacientes não mostraram muito benefício da terapia manual em termos de frequência de ataque da cefaleia e precisão de reposicionamento da

cabeça apenas. O estudo incluído, não obteve nenhuma reação adversa grave com duração superior à 24 horas foi relatada. Identificou que a terapia manual pode gerar um melhor movimento da coluna cervical, como principal objetivo para o impacto da tontura e das dores de cabeça, utilizado para o alívio dos sintomas, por conta da região conter músculos e articulações com abundância de proprioceptores, tendo como principal foco da terapia manual a melhora na função da articulação zigapofisária e o alívio de espasmos da musculatura da coluna cervical superior (Xin *et al.*, 2021).

O estudo de Almeida *et al.*, (2014) tratou de um estudo experimental onde avaliou efeito de protocolos para cefaleia cervicogênica, onde inclui-se técnicas de terapia manual, sendo elas: técnicas articulares, miofasciais e de recrutamento muscular, onde ocorreu principalmente a diminuição das crises semanais, tendo como resultado benéfico para a redução de quadro de sintomas e a diminuição do grau de incapacidade e amplitude de movimento da região cervical.

Em decorrência da dificuldade das crises semanais de cefaleia que ocorrem em tais pacientes, com efeito o exercício craniocervicais auxiliam na ativação dos músculos flexores e extensores cervicais e agem em associação com a terapia manual, realizado um ensaio clínico randomizado em grupos paralelos, ao ser realizado os protocolos foi observado que o mesmo não foi suficiente para minimizar a frequência assim como a intensidade de crises de Migrânea, porém houve melhora na ativação dos músculos cervicais (Benatto., 2022).

Dunning *et al.*, (2021) apresentou um estudo que comparava os efeitos combinados da manipulação da coluna vertebral associado ao dry needling realizando exercícios na dor e incapacidade de indivíduos com cefaleia cervicogênica, sendo um estudo randomizado de grupos paralelo. Em conformidade ao resultado, os pacientes que receberam a manipulação da coluna vertebral e o agulhamento elétrico obtiveram reduções maiores na intensidade da dor de cabeça do os que receberam a mobilização sem impulso e exercícios. Concluindo que a manipulação da coluna cervical superior e torácica de alta capacidade associado ao agulhamento elétrico mostraram ter uma eficácia em pacientes com cefaleia cervicogênica, tais resultados mantidos em 3 meses.

A outro estudo que corresponde em avaliar a fisioterapia postural em rotação do quadril com a técnica Maitland em pacientes de cefaleia cervicogênica submetidos ao bloqueio do nervo occipital, que ocorre antes da tomografia cervical e

logo encaminhado para a fisioterapia. Como resultado evidenciou que o bloqueio do nervo occipital associado a técnica de Maitland foram superiores para paciente com cefaleia cervicogênica, em comparação ao bloqueio combinado a fisioterapia convencional (De Assis César *et al.*, 2021).

Enquanto Dunning *et al.*, (2021) evidenciou sobre as manipulações vertebrais cervicais e torácicas associado ao uso do Dry Needling Elétrico, Lerner-Lentz *et al.*, (2020) apresentou equilíbrio de resolução entre as técnicas, onde comparado ao grupo que recebeu apenas a mobilização vertebral, o estudo que associou o uso do Dry Needling Elétrico apresentaram mais resultados no que diz respeito ao efeito de analgesia.

Desse modo, de acordo com toda a junção de resultados desempenhados, tem-se uma gama de técnicas que podem ser percorridas e adaptadas de acordo com a avaliação realizada dentro do âmbito fisioterapêutico. Quando comparado os resultados, percebe-se uma similaridade entre tais técnicas que vão ser adquiridas baseando no grau de acometimento e nas crises que efetivam a cefaleia cervicogênica. Estudos evidenciaram que a fraqueza dos flexores cervicais, a postura alterada, a hiper ou Hipomobilidade tem afetado em grande parte pacientes portadores, ao que necessita de um tratamento eficaz para a cefaleia cervicogênica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A região cervical tem grande importância para a mobilidade de grande parte do pescoço e membros superiores, indispensável para sustento e movimentação do crânio. Por esse motivo, por conta da variação desse movimento, é comum ter-se alterações em região cervical e alteração temporomandibular. Em conjunto a cefaleia cervicogênica aplica-se alteração do nervo trigêmeo que contém fibras sensoriais e motoras, que possuem a responsabilidade de caracterizar a sensibilidade exteroceptiva e sensorial.

Baseando no papel da coluna cervical, a cefaleia cervicogênica conceituada como uma dor de cabeça que não possui causa principal, mas que há evidências que a região cervical torna-se afetada. De ação unilateral, a mesma possui indução do seu caminho a iniciar nos ombros e irradiar até os ombros e subir no sentido do pescoço, se tornando uma dor fixa. Apesar de ser confundida com a enxaqueca comum, necessita-se de uma avaliação criteriosa e que baseie na classificação Internacional de Cefaleias, o que torna suas características diferenciadas.

São poucas as vezes que o indivíduo encaminha até um especialista para investigar os sintomas que o mesmo possa estar apresentando, e de certo modo, tornar o tratamento mais rápido, o que promove a confusão ao diferenciar os tipos de cefaleias. Evidente é na avaliação deve ter em mente os sinais e sintomas da cefaleia cervicogênica, ao que inicia-se com a mensuração dos sintomas principais, como dor, duração, intensidade e tempos de crises, trabalhando com resultados que possam ser necessários e providos de uma possível intervenção fisioterapêutica.

A cefaleia cervicogênica compreende em uma condição que afeta quase metade da população, necessitando que tais indivíduos tenha intervenção neurológica e por vezes, a fisioterapia tem sido a principal forma de tratamento ao se referir em tal patologia, onde estudos podem evidenciar a eficácia das diferentes técnicas fisioterapêuticas nos distúrbios musculares da região cervical, região de postura e as propriedades vestibulares.

Em função disso, conclui-se que a terapia manual gera no portador dessa condição uma minimização dos sintomas, principalmente a dor e a mobilidade da região cervical, que nota-se afetada por tal cefaleia. Estudos contendo a terapia manual associada a técnicas combinadas, Quiropraxia e osteopatia tem sido alvo de pesquisa para agregar as técnicas que podem ser utilizadas em pacientes com

cefaleia cervicogênica, utilizando como principal norteador a mobilização e manipulação da região cervical e regiões adjacentes.

Apesar de ainda não se ter um número relevante de pesquisas para verificar qual o tratamento eficaz, evidencia a terapia manual associada a técnicas de terapia manipulativas com resultados positivos na diminuição de quadro álgico e minimização de intensidade, frequência e uso de medicamentos. Por esse motivo, é importante que obtenha mais estudos diretos que comparem as técnicas citadas para afirmar qual o benefício quando se trabalha com a técnica correta, e o impacto à qualidade de vida desses pacientes acometidos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Renato Santos et al. **Efeitos da terapia manual na cefaleia do tipo cervicogênica: uma proposta terapêutica.** v. 20541, p. 340, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Leandro-Nogueira/publication/280823735\\_Effects\\_of\\_manual\\_therapy\\_on\\_cervicogenic\\_headaches\\_a\\_therapeutic\\_approach/links/5693973908aed0aed817ba51/Effects-of-manual-therapy-on-cervicogenic-headaches-a-therapeutic-approach.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Leandro-Nogueira/publication/280823735_Effects_of_manual_therapy_on_cervicogenic_headaches_a_therapeutic_approach/links/5693973908aed0aed817ba51/Effects-of-manual-therapy-on-cervicogenic-headaches-a-therapeutic-approach.pdf) Acesso em: 13 Nov. 2022.
- ARAUJO, Francisco Xavier de. **O uso de feedback extrínseco na avaliação e tratamento de desordens motoras.** 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/1638> Acesso em: 24 Out. 2022.
- BARRETO, Gabriela Amorim; MEJIA, Dayana Priscila Maia. **Cefaleia cervicogênica e tratamento fisioterapêutico: uma revisão de literatura.** Disponível em: [https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/32/119\\_-\\_CefalYia\\_cervicogYnica\\_e\\_tratamento\\_fisioterapYutico\\_uma\\_revisYo\\_de\\_literatura.pdf](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/32/119_-_CefalYia_cervicogYnica_e_tratamento_fisioterapYutico_uma_revisYo_de_literatura.pdf) Acesso em: 18 Nov. 2022.
- BRAHIM, Clara Barboza et al. **Eficácia da técnica de agulhamento seco no controle da síndrome da dor miofascial.** Cadernos UniFOA, v. 12, n. 34, p. 105-124, 2017. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/328> Acesso em: 13 Mai. 2023.
- BAZALDÚA, CJJ et al. **Estudo morfométrico das vértebras cervicais C3-C7 em uma população do nordeste do México.** Int J Morphol, v. 29, n. 2, pág. 325-330, 2011. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/69774220/Estudio\\_Morfomtrico\\_de\\_las\\_Vrtebras\\_Cerv\\_20210916-20143-162or7t.pdf](https://www.academia.edu/download/69774220/Estudio_Morfomtrico_de_las_Vrtebras_Cerv_20210916-20143-162or7t.pdf) Acesso em: 14 Abr. 2023.
- BENATTO, Mariana Tedeschi. **Efeito de um protocolo de exercícios para fortalecimento da musculatura cervical em migranosos em comparação ao grupo placebo-ensaio clínico randomizado.** 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17152/tde-20062022-153641/en.php> Acesso em: 13 Fev. 2023.
- BERTOLUCCI, Paulo H. F. FERRAZ, Henrique Ballalai. BARSOTTINI, Orlando G. P. PEDROSO, José Luiz. **Neurologia: Diagnóstico e tratamento.** Editora Manole, 2º edição. 2016. Rio de Janeiro. Disponível em: <Minha biblioteca (Biblioteca Virtual UNIFAEMA)> Acesso em: 18 Nov. 2022.
- BRACHT, Marcelo Anderson. HOLLER, Armino. **Fisioterapia manipulativa no tratamento da cervicalgia.** Saúde integrada. 2010. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/56389412/278-958-1-PB.pdf#page=55> Acesso em: 13 Mai. 2023.
- CARVALHO, R. A. R. N. **Vertigem Cervicogênica: Aspectos Clínicos, Diagnósticos e Terapêuticos.** 2019. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/43584> Acesso em: 22 Set. 2022.
- CARVALHO, Rita Agostinho Rodrigues Namorado de. **Vertigem cervicogênica: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos.** 2019. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/43584> Acesso em: 13 Nov. 2022.



CÉSAR, Alcântara Ramos de Assis et al. **Postural physiotherapy for cervicogenic headache after occipital nerve block: a retrospective study**. Research, Society and Development, v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19994> Acesso em: 15 Nov. 2022.

Chaibi A, Knackstedt H, Tuchin PJ, Russell MB. **Chiropractic spinal manipulative therapy for cervicogenic headache: a single-blinded, placebo, randomized controlled trial**. BMC Res Notes. 2017 Jul 24;10(1):310. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2651-4> Acesso em: 18 Nov. 2022.

CHEBANI, Anfone. **O efeito da fisioterapia em pacientes com cefaleia do tipo enxaqueca: uma revisão bibliográfica**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso. [sn]. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/10182> Acesso em: 02 Nov. 2022.

Classificação Internacional de Cefaleias - 3ª Edição beta - Tradução portuguesa da: **Internacional Classification of Headache Disorders**. ICHD-3 beta – 2013. Disponível em: [https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2016/08/2087\\_ichd-3-beta-versao-pt-portuguese.pdf](https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2016/08/2087_ichd-3-beta-versao-pt-portuguese.pdf) Acesso em: 08 Abr. 2023.

CORDEIRO, H. F. BARROS, R. A. A. **Os Benefícios da Terapia Manual na Cefaleia Cervicogênica**. Revista Científica Eletrônica de Ciências aplicadas da FAIT, n. 2, 2019. Disponível em: [http://fait.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/ohW7tmiXmohZwoU\\_2020-7-29-18-21-0.pdf](http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/ohW7tmiXmohZwoU_2020-7-29-18-21-0.pdf) Acesso em: 22 Set. 2022.

CORRADINI, Gustavo Forjaz. **Prevalência de Desordens Crânio Cervicais em pacientes portadores de desordens temporomandibulares**. Piracicaba, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=509981> Acesso em: 28 Mar. 2023.

COSTA, José Eduardo Coutinho. **Estudo da prevalência de cefaleias na população com mais de 65 anos abrangida pelo centro de saúde de Manteigas**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade da Beira Interior. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1469> Acesso em: 23 Out. 2022.

COSTA, M. CUNHA, M. **Eficácia das intervenções fisioterapêuticas na cefaleia Cervicogênica: revisão de literatura**. 2021. Disponível em: [https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:0C73SVLXRjoJ:scholar.google.com/+interven%C3%A7%C3%B5es+fisioterapeuticas+and+cefaleia+cervicog%C3%AAnica&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:0C73SVLXRjoJ:scholar.google.com/+interven%C3%A7%C3%B5es+fisioterapeuticas+and+cefaleia+cervicog%C3%AAnica&hl=pt-BR&as_sdt=0,5) Acesso em: 10 ago. 2022.

COSTA, Milena; CUNHA, Milena. **Eficácia das intervenções fisioterapêuticas na cefaleia Cervicogênica: revisão de literatura**. 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14705> Acesso em: 23 Out. 2022.

CURY, Helena Salloum et al. **Aplicação do dry needling no controle do quadro algico de participantes com dor cervical crônica**. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 11, n. 13, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35631> Acesso em: 13 Mai. 2023.

DA SILVA, João Rafael Rocha. **Terapia Manual no tratamento da dor: uma revisão integrativa**. Revista Neurociências, v. 30, p. 1-24, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/12076> Acesso em: 02 Nov. 2022.

DE ASSIS CÉSAR, Alcântara Ramos et al. **Postural physiotherapy for cervicogenic headache after occipital nerve block: a retrospective study.** Research, Society and Development, v. 10, n. 12, p. e165101219994-e165101219994, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19994> Acesso em: 10 Fev. 23.

DE OLIVEIRA CHAVES, Aline et al. **A influência da Fisioterapia na redução da intensidade da dor e no efeito global percebido de pacientes com dores musculoesqueléticas.** Fisioterapia Brasil, v. 20, n. 2, 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Leandro-Nogueira/publication/332775782\\_The\\_influence\\_of\\_the\\_Physiotherapy\\_on\\_pain\\_reduction\\_and\\_global\\_perceived\\_effect\\_of\\_patients\\_with\\_musculoskeletal\\_pain/links/5ccf75f6458515712e955188/The-influence-of-the-Physiotherapy-on-pain-reduction-and-global-perceived-effect-of-patients-with-musculoskeletal-pain.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Leandro-Nogueira/publication/332775782_The_influence_of_the_Physiotherapy_on_pain_reduction_and_global_perceived_effect_of_patients_with_musculoskeletal_pain/links/5ccf75f6458515712e955188/The-influence-of-the-Physiotherapy-on-pain-reduction-and-global-perceived-effect-of-patients-with-musculoskeletal-pain.pdf) Acesso em: 15 Nov. 2022.

DERMEVAL, D. COELHO, J. A. P. M. BITTENCOURT, I. I. **Mapeamento sistemático e revisão sistemática da literatura em informática na educação.** JAQUES, P. A. SIQUEIRA; S. BITTENCOURT, I.; PIMENTEL, M. Metodologia de Pesquisa Científica em Informática na Educação: Abordagem Quantitativa. Porto Alegre: SBC, 2020. Disponível em: [https://metodologia.ceie-br.org/wp-content/uploads/2019/11/livro2\\_cap3.pdf](https://metodologia.ceie-br.org/wp-content/uploads/2019/11/livro2_cap3.pdf) Acesso em: 19 ago. 2022.

DUNNING, James et al. **Manipulação da coluna vertebral e agulhamento elétrico perineural seco em pacientes com cefaleia cervicogênica: um ensaio clínico randomizado multicêntrico.** The Spine Journal , v. 21, n. 2, pág. 284-295, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1529943020311451> Acesso em: 18 Abr. 23.

FERNANDES, Larissa Caldeira. **Aura visual na enxaqueca: revisão da literatura.** 2022. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/26974> Acesso em: 04 Abr. 2023.

GALVÃO, M. C. B. RICARTE, I. L. M. **Revisão sistemática da literatura: Conceituação, produção e publicação.** Logeion: Filosofia da informação, v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019. Disponível em: <https://revista.ibict.br/fiinf/article/view/4835> Acesso em: 19 ago. 2022.

GROSSI, Fernando Schorr et al. **Protocolo multimodal para tratamento da cefaleia crônica. Relato de caso.** BrJP, v. 5, p. 409-413, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/zXmHVPm3TWVd8pdVmgXw4jN/abstract/?lang=pt> Acesso em: 13 Mai. 2023.

Jafari M, Bahrpeyma F, Togha M. **Effect of ischemic compression for cervicogenic headache and elastic behavior of active trigger point in the sternocleidomastoid muscle using ultrasound imaging.** J Bodyw Mov Ther. 2017 Oct;21(4):933-939. 2017 Jan 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.01.001> Acesso em: 18 Nov. 2022.

XIN, Jin; DU, Hong-Gen ; QIAO, Zu-Kang; HUANG, Qin; CHEN, Wen-Jun. **The efficiency and safety of manual therapy for cervicogenic cephalic syndrome (CCS): A systematic review and meta-analysis.** Medicine (Baltimore). 2021 Feb 26;100(8):e24939. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000024939> Acesso em: 18 Nov. 2022.

JUNIOR, Edson dos Santos. JESUS, Antônio Cesar Fernandes de. **Chronic cervical mobilization in non-specific. Mobilização cervical na dor cervical crônica não específica: revisão sistemática.** Revista Científica do Unisalesiano. São Paulo. 2020. Disponível em: <https://unisalesiano.com.br/lins/wp-content/uploads/2022/05/Artigo-17-corrigido-fisioterapia.pdf> Acesso em: 23 Out. 2022.

KLUCK, Eduarda C. et al. **Efeitos da Fisioterapia Manipulativa nas Cefaleias Cervicogênicas: Uma Revisão Sistemática.** 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/25321> Acesso em: 23 Out. 2022.

KOWACS, Fernando. MACEDO, Djacir Dantas Pereira. SILVA-NÉTO, Raimundo Pereira. **Classificação Internacional das Cefaleias / Comitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia** - 3. ed. -- São Paulo, 2019. Disponível em: [https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2021/03/ICHD-3-Brazilian-Portuguese-translation\\_complete-version.pdf](https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2021/03/ICHD-3-Brazilian-Portuguese-translation_complete-version.pdf) Acesso em: 13 Nov. 2022.

LERNER-LENTZ, Addison et al. **Aplicação pragmática de manipulação versus mobilização para os segmentos superiores da coluna cervical mais exercício para o tratamento da cefaleia cervicogênica: um ensaio clínico randomizado.** Journal of Manual & Manipulative Therapy, v. 29, n. 5, pág. 267-275, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10669817.2020.1834322> Acesso em: 18 Abr. 23.

LUCENA, Laiza de Oliveira et al. **Terapia manual na disfunção temporomandibular em pessoas idosas: uma revisão integrativa da literatura.**2022. Disponível em: [https://web.archive.org/web/20220630175807id\\_/https://www.scielo.br/j/rcefac/a/cKnXTn7WwRhHRzVHTgbMWWp/?format=pdf&lang=pt](https://web.archive.org/web/20220630175807id_/https://www.scielo.br/j/rcefac/a/cKnXTn7WwRhHRzVHTgbMWWp/?format=pdf&lang=pt) Acesso em: 14 Abr. 2023.

MAKOFISKY, Howard W. **Coluna Vertebral: Terapia Manual.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Disponível em: <Acervo Biblioteca Júlio Bordignon – UNIFAEMA> Acesso em: 24 Out. 2022.

MALHEIROS, Beatriz et al. **Dor crônica e seus aspectos na neuralgia do trigêmeo.** Anais da Semana Universitária e Encontro de Iniciação Científica (ISSN: 2316-8226), v. 1, n. 1, 2022. Disponível em: <http://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/anais-semana-universitaria/article/view/1899> Acesso em: 28 Mar. 2023.

MELO, Caio Marlon Alves. CARDOSO, Marcus Vinicius Rocha. SOUZA, Girlane Caroline Marques Cordeiro de. **Dores musculoesquelética na região cervical, torácica alta relacionada a postura indevida e uso prolongado do aparelho celular, uma revisão de literatura.** Revista Cathedral, v. 2, n. 1, 2020. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/issue/view/2> Acesso em: 23 Out. 2022.

MELO, Eduardo Teixeira de et al. **Técnicas de terapia manual empregadas para dor em pessoas com cefaleia: uma revisão de escopo.** 2022. Disponível em: <https://riu.ufam.edu.br/handle/prefix/6403> Acesso em: 14 Abr. 2023.

MENDES, Cíntia Ferreira Alves et al. **Intervenções da fisioterapia na instabilidade e dor cervical: um estudo de revisão.** 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/43889> Acesso em: 13 Mai. 2023.

MENDONÇA, Gabriela de Souza et al. **Visão multidimensional da enxaqueca: revisão bibliográfica.** Research, Society and Development, v. 11, n. 4, 2022. Disponível em: <http://www.gazetamedica.com/index.php/gazeta/article/view/279> Acesso em: 04 Abr. 2023.

NASCIMENTO Fabio Riberio do; ROELL, Taini; BARAUNA, Tayná. **A relação da cervical alta, forame jugular e pontos viscerais com a cefaleia primária e cervicogênica.** Monumenta-Revista de Estudos Interdisciplinares, v. 2, n. 3, p. 142-160, 2021. Disponível em: <https://monumenta.emnuvens.com.br/monumenta/article/view/29> Acesso em: 22 Set. 2022.

NEVES, Maykon Junio Perreira. **Eficácia da Quiropraxia no tratamento da cefaleia cervicogênica: revisão bibliográfica.** Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física, v. 11, n. 1, p. 53-59, 2022. Disponível em:

<https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/download/1327/1126>

Acesso em: 15 Nov. 2022.

NOBREGA, Josiele Gonçalves da; STRAUCH, Maria Dandara Parente. **Eficácia do atendimento fisioterapêutico no tratamento da cefaleia: uma revisão integrativa.** 2020. Tese de Doutorado. Disponível em:

<http://repositorio.unifametro.edu.br/handle/123456789/703> Acesso em: 25 Out. 2022.

OKOLI, C. DUARTE, D. W. A. MATTAR, J. **Guia Para Realizar uma Revisão Sistemática de Literatura.** EaD em Foco, v. 9, n. 1, 3 abr. 2019. Disponível em:

<https://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/748/359> Acesso em: 19 ago. 2022.

OLIVER, Jean. MIDDLEDITCH, Alison. **Anatomia funcional da coluna vertebral.** Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1998. OXFORD, H.W. Anthropometric data for educational chairs.

Disponível em: <Acervo Biblioteca Júlio Bordignon – UNIFAEMA> Acesso em: 24 Out. 2022.

PANHOCA; Dr. Vitor Hugo. **Neuralgia do Trigêmeo. Laser de baixa potência trata dores orofaciais.** Especialista em dor orofacial. Universidade de São Paulo. 2019. [online].

Disponível em <https://www2.ifsc.usp.br/portal-ifsc/laser-de-baixa-potencia-trata-dores-orofaciais/> Acesso: 05 abr. 2023.

PARK, Seung Kyu et al. **Análise das propriedades mecânicas dos músculos cervicais em pacientes com cefaleia cervicogênica.** Jornal da ciência da fisioterapia, v. 29, n. 2,

pág. 332-335, 2017. Disponível em: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/29/2/29\\_jpts-2016-913/article-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/29/2/29_jpts-2016-913/article-char/ja/) Acesso em: 13 Fev. 2023.

PARREIRA, Elsa; LUZEIRO, Isabel; MONTEIRO, José Maria Pereira. **Enxaqueca Crônica e Refratária: como diagnosticar e tratar.** Acta Médica Portuguesa, v. 33, n. 11, p. 753-760, 2020. Disponível em:

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12004> Acesso em: 04 Abr. 2023.

PEIXOTO, Camila et al. **Efeitos da aplicação da técnica de Maitland em adultos com cervicalgia crônica com redução de amplitude de movimento e queixas álgicas.** 2022.

Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/23801> Acesso em: 13 Mai. 2023.

PERFEITO, Rodrigo Silva; DE ANDRADE BARBOSA, Isis. **A Correlação dos Mecanorreceptores na Liberação Miofascial Para Reabilitação Cinético-funcional: Uma Revisão Sistemática.** Hígia-revista de ciências da saúde e sociais aplicadas do oeste baiano, v. 5, n. 1, 2020. Disponível em:

<http://noar.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/588> Acesso em: 25 Ago. 22.

PERON, Gabriella Serafim; JUNIOR, Paulo Roberto Quiudini. **Neuralgia do nervo trigêmeo: uma revisão de literatura.** Revista InterCiência-IMES Catanduva, v. 1, n. 10, p. 62-62, 2022.

Disponível em: <https://www.fafica.br/revista/index.php/interciencia/article/view/423> Acesso em: 28 Mar. 2023.

PINHEIRO, Flávio Eduardo. **Disfunções temporomandibular e dor facial**. 2020. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33983> Acesso em: 28 Mar. 2023.

RACHID, Renata Megre; PINHEIRO, Liane Toscano Martins. **A terapia osteopática manipulativa na cefaleia cervicogênica**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 22, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/357> Acesso em: 08 Abr. 2023.

RAMOS, João Gabriel da Costa; SANTOS, Joyce Salgado. **Eficácia da terapia manual no tratamento da cefaleia Cervicogênica: uma revisão sistemática**. Journal of Specialist, [S.l.], v. 1, n. 4, apr. 2019. ISSN 2595-6256. Disponível em: <http://138.197.159.243/jos/index.php/jos/article/view/122> Acesso em: 23 Out. 2022.

ROCHA, Daniela Maria da; OLIVEIRA, Francine Ianhez Lisboa de; LEAL, Roberta Souza. **O efeito da terapia manual para cervicalgia**. 2019. Disponível em: <https://repositorio.udf.edu.br/jspui/handle/123456789/379> Acesso em: 13 Mai. 2023.

RODRIGUES, Marcelo Masruha. BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira. **Neurologia para o clínico Geral**. Editora Manole. Rio de Janeiro.2014. Disponível em: <Minha biblioteca (Biblioteca Virtual UNIFAEMA)> Acesso em: 18 Nov. 2022.

SEDLACKOVA Z, Vita M, Herman J, Furst T, Dornak T, Herman M. **Elasticity of neck muscles in cervicogenic headache**. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2022 Sep;166(3):328-333. Disponível em: <https://doi.org/10.5507/bp.2021.030> Acesso em: 18 Nov. 2022.

SAMPAIO, Daniel Palmeira et al. **Efeitos terapêutico do agulhamento a seco e da acupuntura na Cefaleia do tipo tensional: uma revisão integrativa**. Faculdade Leão Sampaio. 2020. Disponível em: [https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/POSGRADUACAO/P\\_S175.pdf](https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/POSGRADUACAO/P_S175.pdf) Acesso em: 13 Mai. 2023.

SERPA, Layane da Silva; DE OLIVEIRA, Thais Cristina Martins. **A eficiência da terapia manual em pacientes com cefaleia tipo Tensional: uma revisão de literatura**. UNIPAC faculdade de ciências da saúde de barbacena. 2016. Disponível em: <https://ri.unipac.br/repositorio/wp-content/uploads/tainacan-items/282/128232/LAYANA-DA-SILVA-SERPA-A-EFICIENCIA-DA-TERAPIA-MANUAL-EM-PACIENTES-COM-CEFALEIA-TIPO-TENSIONAL-UMA-REVISAO-DE-LITERATURA-FISIOTERAPIA-2016.pdf> Acesso em: 13 Mai. 2023.

SOBOTTA: **Atlas de Anatomia Humana**. 23° Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012. v.3. PAULSEN, F. WASCHKE, J. Disponível em: <Acervo Biblioteca Júlio Bordignon – UNIFAEMA> Acesso em: 24 Out. 2022.

VARÃO, Juliana Portela Duarte. **A terapia neural no tratamento de dores crônicas da cabeça e pescoço**. 2022. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43146> Acesso em: 02 Mar. 2023.

VIEIRA, Karen Cristina Peixoto. **O efeito do ponto gatilho na qualidade de vida e a eficácia do dry needling na sua desativação**. v. 53, n. 9, pág. 1689-99, 2019. Disponível em: [https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/238/424-O\\_efeito\\_do\\_ponto\\_gatilho\\_na\\_qualidade\\_de\\_vida\\_e\\_a\\_eficYcia\\_do\\_dry\\_needling\\_na\\_sua\\_desativaYYo.pdf](https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/238/424-O_efeito_do_ponto_gatilho_na_qualidade_de_vida_e_a_eficYcia_do_dry_needling_na_sua_desativaYYo.pdf) Acesso em: 13 Mai. 2023.

ZAIAS, Jéssica Aparecida et al. **Análise da eficácia do TENS como estímulo vibratório em paciente com padrão motor espástico leve em Membro Superior após AVC isquêmico.** Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP. 2018. Disponível em: <https://acervo.uniarp.edu.br/wp-content/uploads/tccs-graduacao/Analise-da-eficacia-do-tens-como-estimulo-vibratorio-em-paciente-com-padrao-motor.-Jessica-Aparecida-Zaias.-2018.pdf> Acesso em: 28 Mar. 2023.

## ANEXOS

Anexo 01 - Critérios da International Headache Society (IHS) que mostra a Cefaleia Cervicogênica (11.2.1). Referente às páginas 120; 121.

- B. Evidência clínica, laboratorial ou imagiológica de uma perturbação ou lesão no crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios perinasais, dentes, boca ou outra estrutura facial ou cervical que se reconheça ser capaz de provocar dor
- C. Evidência de que a dor possa ser atribuível à perturbação ou lesão
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico ICHD-3 beta.

### 11.1 Cefaleia atribuída a perturbação de osso craniano

#### Critérios de diagnóstico:

- A. Qualquer cefaleia preenchendo o critério C
- B. Evidência clínica, laboratorial ou imagiológica de uma perturbação ou lesão óssea craniana reconhecida como causa válida de cefaleia
- C. Evidência de relação causal demonstrada por, pelo menos, dois dos seguintes:
  1. a cefaleia desenvolveu-se em relação temporal com o início da perturbação ou lesão óssea craniana
  2. um ou ambos os seguintes:
    - a) a cefaleia agravou significativamente a par do agravamento da perturbação ou lesão óssea craniana
    - b) a cefaleia melhora significativamente a par da melhoria da perturbação ou lesão óssea craniana
  3. a cefaleia é exacerbada com a pressão aplicada no local da perturbação ou lesão óssea craniana
  4. a cefaleia está localizada no local da perturbação ou lesão óssea craniana
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

#### Comentário:

Muitas das alterações do crânio (exemplos: defeitos congénitos, fraturas, tumores, metástases) geralmente não são acompanhados por cefaleia. Exceções importantes são: osteomielite, mieloma múltiplo e doença de Paget. A cefaleia pode também ser causada por lesões da mastóide e por petrosite.

### 11.2 Cefaleia atribuída a perturbação do pescoço

#### Classificada noutra local:

A Cefaleia causada por traumatismo cervical é classificada em 5. *Cefaleia atribuída a traumatismo crânio-encefálico e/ou cervical* ou num dos seus subtipos.

#### Descrição:

Cefaleia causada por uma perturbação que envolve qualquer estrutura do pescoço, incluindo os seus elementos ósseos, musculares ou de tecidos moles.

#### 11.2.1 Cefaleia cervicogénica

##### Classificada noutra local:

A cefaleia casualmente associada com pontos dolorosos miofasciais cervicais (pontos de gatilho miofasciais) pode, se cumpre outros critérios, ser classificada como

2.1.1 *Cefaleia tipo tensão episódica pouco frequente associada a dor pericraniana*, 2.2.1 *Cefaleia tipo tensão frequente associada a dor pericraniana* ou 2.3.1 *Cefaleia tipo tensão crónica associada a dor pericraniana*. Parece apropriado acrescentar um diagnóstico do Apêndice A 11.2.5 *Cefaleia atribuída a dor cervical miofascial* e aguardar pela demonstração de que este tipo de cefaleia está mais relacionado com as cefaleias cervicogénicas do que com 2. *Cefaleia de tensão*. Existem muitos casos em que estas duas categorias se sobrepõem e o diagnóstico se torna um desafio.

#### Descrição:

Cefaleia causada por perturbação da coluna cervical e dos seus componentes ósseos, disco intervertebral e/ou de tecidos moles, habitualmente, mas nem sempre acompanhada de dor cervical.

#### Critérios de diagnóstico:

- A. Qualquer cefaleia preenchendo o critério C
- B. Evidência clínica, laboratorial e/ou imagiológica de uma perturbação ou lesão na coluna cervical ou nos tecidos moles do pescoço, reconhecidas por ser uma causa possível de cefaleia
- C. Evidência de causalidade demonstrada por, pelo menos, dois dos seguintes:
  1. a cefaleia instalou-se em relação temporal com o início da perturbação cervical ou com o aparecimento da lesão
  2. a cefaleia melhorou significativamente ou resolveu a par da melhoria ou resolução da perturbação ou lesão cervical
  3. redução da amplitude de movimento cervical com agravamento da cefaleia por manobras provocatórias
  4. abolição da cefaleia após um bloqueio anestésico diagnóstico de uma estrutura cervical ou de seu suprimento nervoso
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

#### Comentários:

As características que tendem a distinguir a 11.2.1 *Cefaleia cervicogénica* de 1. *Enxaqueca* e 2. *Cefaleia tipo tensão* incluem, dor lateralizada fixa (sempre do mesmo lado), provocação da dor habitual por pressão digital nos músculos cervicais e pelo movimento céfalico e irradiação pósterio-anterior da dor. No entanto, apesar destas características sugerirem 11.2.1 *Cefaleia cervicogénica*, não são exclusivas desta entidade e não definem, necessariamente, relação de causalidade. As características de enxaqueca, como a náusea, vômitos, foto e fonofobia podem estar presentes na 11.2.1 *Cefaleia cervicogénica*, embora habitualmente com uma expressão menos evidente que na 1. *Enxaqueca* e podem diferenciar alguns casos de 2. *Cefaleia tipo tensão*.

Tumores, fraturas, infeções e artrite reumatoide da coluna cervical superior não têm sido formalmente validadas como causa de cefaleias mas, no entanto, podem

ser aceites como causas válidas, quando demonstradas como tal, em casos individuais. A espondilose cervical e a osteocondrite podem ou não ser causas válidas para preencher o critério B, dependendo do caso individual. Quando a dor cervical miofascial é a causa, a cefaleia deve ser codificada como 2. *Cefaleia tipo tensão*. No entanto, aguardando mais evidência, um diagnóstico alternativo de A11.2.5 *Cefaleia atribuída a dor cervical miofascial* foi incluída no Apêndice.

A cefaleia causada por radiculopatia cervical superior tem sido postulada e, com base no conhecimento atual de que existe convergência entre as fibras nociceptivas cervicais superiores com as trigeminais, esta torna-se uma causa lógica de cefaleias. Pendente de mais evidência, este diagnóstico localiza-se atualmente no Apêndice como A.11.2.4 *Cefaleia atribuída a radiculopatia cervical superior*.

### 11.2.2 Cefaleia atribuída a tendinite retrofaríngea

#### Descrição:

Cefaleia causada por inflamação ou calcificação dos tecidos moles retrofaríngeos, geralmente provocada pelo estiramento ou compressão dos músculos pré-vertebrais cervicais superiores.

#### Critérios de diagnóstico:

- A. Qualquer cefaleia preenchendo o critério C
- B. Tendinite retrofaríngea demonstrada por evidência imagiológica de edema anormal dos tecidos moles pré-vertebrais em níveis cervicais altos
- C. Evidência de causalidade demonstrada por, pelo menos, dois dos seguintes:
  1. a cefaleia instalou-se em relação temporal com o início da tendinite retrofaríngea
  2. um ou ambos os seguintes:
    - a) a cefaleia piorou significativamente a par da progressão da tendinite retrofaríngea
    - b) a cefaleia melhorou significativamente ou resolveu a par da melhoria ou resolução da tendinite retrofaríngea
  3. a dor é significativamente agravada pela extensão do pescoço, rotação da cabeça e/ou deglutição
  4. existe sensibilidade à palpação das apófises espinhosas das primeiras três vértebras cervicais
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

#### Comentários:

A temperatura corporal e a velocidade de sedimentação (VS) estão geralmente elevadas na tendinite retrofaríngea. Apesar da retroflexão do pescoço agravar consistentemente a dor, isso também costuma ocorrer com a rotação e a deglutição. O tecido acima das apófises transversas das três primeiras vértebras estão geralmente dolorosos ou sensíveis à palpação.

As calcificações dos tecidos pré-vertebrais são visualizadas melhor por TC ou RM, mas o RX simples do pescoço pode ser suficiente para as revelar. Em vários casos, um

material calcificado amorfo tem sido aspirado dos tecidos pré-vertebrais edemaciados.

A dissecação alta da carótida (ou outra lesão carotídea ou peri-carotídea) deve ser excluída antes de se poder confirmar o diagnóstico de 11.2.2 *Cefaleia atribuída a tendinite retrofaríngea*.

### 11.2.3 Cefaleia atribuída a distonia crâniocervical

#### Descrição:

Cefaleia causada por distonia que envolve os músculos cervicais, com movimentos anormais ou defeito postural do pescoço ou cabeça resultantes de hiperatividade muscular.

#### Critérios de diagnóstico:

- A. Dor cervical ou cefaleia posterior preenchendo o critério C
- B. Distonia crânio-cervical demonstrada por movimentos anormais ou defeito postural do pescoço ou da cabeça resultante de hiperatividade muscular
- C. Evidência de causalidade demonstrada por, pelo menos, dois dos seguintes:
  1. a cefaleia desenvolveu-se em relação temporal com o início da distonia crânio-cervical
  2. a cefaleia agravou-se significativamente a par da progressão da distonia crânio-cervical
  3. a localização da cefaleia corresponde à localização dos músculos distónicos
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

#### Comentário:

As distonias focais da cabeça e do pescoço acompanhadas por 11.2.3 *Cefaleia atribuída a distonia crânio-cervical* são a distonia faríngea, o torcicolo espasmódico, a distonia mandibular, a distonia lingual e uma combinação das distonias cranianas e cervical (distonia segmentar crânio-cervical). A dor é presumivelmente causada pela contração muscular local e alterações secundárias de sensibilização.

### 11.3 Cefaleia atribuída a perturbação dos olhos

#### Descrição:

Cefaleia causada por uma perturbação que envolve um ou ambos os olhos.

#### 11.3.1 Cefaleia atribuída a glaucoma agudo

##### Descrição:

Cefaleia, habitualmente unilateral, causada pelo glaucoma agudo de ângulo estreito e associada a outros sinais e sintomas desta perturbação.

##### Critérios de diagnóstico:

- A. Qualquer cefaleia preenchendo o critério C
- B. Diagnóstico de Glaucoma agudo de ângulo estreito
- C. Evidência de causalidade demonstrada por, pelo menos, dois dos seguintes:



Anexo 02 - Critérios da International Headache Society (IHS) que mostra a enxaqueca sem aura (1.1) e enxaqueca com aura (1.2), respectivamente. Referente às páginas 23; 24; 25 e 26.

## I. Enxaqueca

- 1.1 Enxaqueca sem aura
- 1.2 Enxaqueca com aura
  - 1.2.1 Enxaqueca com aura típica
    - 1.2.1.1 Aura típica com cefaleia
    - 1.2.1.2 Aura típica sem cefaleia
  - 1.2.2 Enxaqueca com aura do tronco cerebral
  - 1.2.3 Enxaqueca hemiplégica
    - 1.2.3.1 Enxaqueca hemiplégica familiar (FHM)
      - 1.2.3.1.1 Enxaqueca hemiplégica familiar tipo 1 (FHM1)
      - 1.2.3.1.2 Enxaqueca hemiplégica familiar tipo 2 (FHM2)
      - 1.2.3.1.3 Enxaqueca hemiplégica familiar tipo 3 (FHM3)
      - 1.2.3.1.4 Enxaqueca hemiplégica familiar, outros loci
    - 1.2.3.2 Enxaqueca hemiplégica esporádica
  - 1.2.4 Enxaqueca retiniana
- 1.3 Enxaqueca crónica
- 1.4 Complicações da enxaqueca
  - 1.4.1 Estado de mal de enxaqueca
  - 1.4.2 Aura persistente sem enfarte
  - 1.4.3 Enfarte devido a enxaqueca
  - 1.4.4 Crise epilética precipitada por enxaqueca com aura
- 1.5 Enxaqueca provável
  - 1.5.1 Enxaqueca sem aura, provável
  - 1.5.2 Enxaqueca com aura provável
- 1.6 Síndromes episódicas que podem estar associadas a enxaqueca
  - 1.6.1 Perturbação gastrointestinal recorrente
    - 1.6.1.1 Síndrome de vômitos cíclicos
    - 1.6.1.2 Enxaqueca abdominal
  - 1.6.2 Vertigem paroxística benigna
  - 1.6.3 Torcicolo paroxístico benigno

### Codificada em outro lugar:

Cefaleia semelhante à da enxaqueca, secundária a outra doença (*enxaqueca sintomática*) é codificada como uma cefaleia secundária atribuída a essa perturbação.

### Comentário geral

#### Cefaleia primária ou secundária ou ambas?

Quando uma cefaleia nova com características de enxaqueca ocorre, pela primeira vez, em estreita relação temporal com outra perturbação, reconhecida como causa de cefaleias, ou preenche os critérios desta entidade, é codificada como uma cefaleia secundária a essa perturbação. Quando uma enxaqueca *preexistente* se torna *crónica*, em estreita relação temporal com uma doença, considera-se tanto o diagnóstico de enxaqueca como o diagnóstico secundário. 8.2 *Cefaleia por abuso medicamentoso* é um exemplo importante disto: o diagnóstico de enxaqueca episódica ou crónica e o diagnóstico 8.2 *Cefaleia por abuso medicamentoso* devem ser considerados, se o abuso medicamentoso estiver presente. Quando a enxaqueca *prexis-*

*tente* tem um agravamento significativo (a frequência e/ou a intensidade aumentam, duas vezes ou mais), em estreita relação temporal com uma perturbação causadora, deve considerar-se o diagnóstico inicial da enxaqueca e o diagnóstico de cefaleia secundária, desde que haja clara evidência de que a doença pode causar cefaleias.

### Introdução

A enxaqueca é uma perturbação cefalálgica primária, comum e incapacitante. Estudos epidemiológicos têm documentado a sua alta prevalência e impactos socioeconómicos e pessoais elevados. No *Global Burden of Disease Survey 2010*, foi classificada como a terceira doença mais prevalente e a sétima causa específica de incapacidade no mundo.

A enxaqueca tem dois subtipos principais. 1.1 *Enxaqueca sem aura* é uma síndrome clínica caracterizada por cefaleia com características específicas e sintomas associados. 1.2 *Enxaqueca com aura* é caracterizada, principalmente, pelos sintomas neurológicos focais transitórios que geralmente precedem ou frequentemente acompanham a cefaleia. Alguns doentes experimentam também uma fase premonitória, ocorrendo horas ou dias antes da cefaleia e uma fase de resolução de cefaleia. Os sintomas premonitórios e de resolução incluem hiperatividade, hipoatividade, depressão, desejos por certos alimentos, bocejos repetitivos, fadiga e rigidez e/ou dor da nuca.

Quando um doente respeita os critérios para mais do que um subtipo de enxaqueca, todos os subtipos devem ser diagnosticados e codificados. Por exemplo, um doente que tem frequentes episódios com aura, mas também alguns episódios sem aura deve ser codificado como 1.2 *Enxaqueca com aura* e 1.1 *Enxaqueca sem aura*. Episódios de ambos os tipos estão incluídos nos critérios diagnósticos para 1.3 *Enxaqueca crónica*.

### 1.1 Enxaqueca sem aura

#### Termos previamente utilizados:

Enxaqueca comum; hemicrania simples.

#### Descrição:

Perturbação cefalálgica recorrente manifestando-se em episódios com duração de 4 a 72 horas. Características típicas da cefaleia são localização unilateral, pulsatilidade, intensidade moderada ou grave, agravamento por atividade física de rotina e associação com náuseas e/ou fotofobia e fonofobia.

#### Critérios de diagnóstico:

- A. Pelo menos cinco episódios<sup>1</sup> preenchendo os critérios de B a D
- B. Episódios de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso)<sup>2,3</sup>
- C. A cefaleia tem, pelo menos, duas das quatro características seguintes:
  - 1. localização unilateral
  - 2. pulsátil
  - 3. dor moderada ou grave

4. agravamento por atividade física de rotina ou seu evitamento (por exemplo, caminhar ou subir escadas)
- D. Durante a cefaleia, pelo menos, um dos seguintes:
  1. náuseas e/ou vômitos
  2. fotofobia e fonofobia
- E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

**Notas:**

1. Um ou poucos episódios de enxaqueca podem ser difíceis de distinguir de episódios sintomáticos, tipo enxaqueca. Além disso, pode ser difícil entender a natureza de um único ou de poucos episódios. Portanto, pelo menos cinco episódios são obrigatórios. Indivíduos que satisfazem os outros critérios para 1.1 *Enxaqueca sem aura*, mas que tiveram menos de cinco episódios, devem ser codificados como 1.5.1 *Enxaqueca sem aura, provável*.
2. Quando o doente dorme durante uma crise de enxaqueca e acorda sem ela, a duração do episódio é contada até ao despertar.
3. Em crianças e adolescentes (menores de 18 anos), os episódios podem durar 2 a 72 horas (em crianças, não há confirmação de episódios não tratados com duração inferior a 2 horas).

**Comentários:**

Enxaqueca em crianças e adolescentes (menores de 18 anos) é mais frequentemente bilateral do que em adultos; a cefaleia unilateral surge, geralmente, no final da adolescência ou início da vida adulta. A cefaleia é, geralmente, frontotemporal. A cefaleia occipital em crianças é rara e exige prudência no diagnóstico. Um subconjunto típico de doentes tem algia facial, o que é chamado de "enxaqueca facial" na literatura; não há nenhuma evidência de que estes doentes constituam um subgrupo distinto. Em crianças pequenas, fotofobia e fonofobia pode ser inferida a partir do comportamento. Episódios de enxaqueca podem ser associados a sintomas autonômicos cranianos e a alodínia cutânea.

A enxaqueca sem aura muitas vezes tem uma relação com a menstruação. ICHD-3 beta oferece critérios para A1.1.1 *Enxaqueca menstrual pura* e A1.1.2 *Enxaqueca relacionada com a menstruação*, mas no Apêndice pela incerteza em considerá-las entidades distintas.

Episódios muito frequentes de enxaqueca são agora distinguidos como 1.3 *Enxaqueca crônica*. Quando está associada a abuso medicamentoso, ambos os diagnósticos, 1.3 *Enxaqueca crônica* e 8.2 *Cefaleia por abuso medicamentoso*, devem ser aplicados. 1.1 *Enxaqueca sem aura* é a doença mais propensa a acelerar com o uso frequente de medicação sintomática.

Imagens do fluxo sanguíneo cerebral regional não mostraram alterações sugestivas de depressão alastrante cortical (DAC) durante os episódios de enxaqueca sem aura, embora possam ocorrer alterações de fluxo sanguíneo no tronco cerebral, tal como alterações corticais secundárias à ativação algógena. Isto contrasta com a oligoemia alas-

trante patognomônica da enxaqueca com aura. Embora a maior parte da literatura sugira que a DAC não ocorre na enxaqueca sem aura, alguns estudos recentes discordam. Além disso, tem sido sugerido que as ondas gliais ou outros fenômenos corticais possam estar envolvidos na enxaqueca sem aura. As moléculas mensageiras óxido nítrico (NO), 5-hidroxitriptamina (5-HT) e peptídeo relacionado com o gene da calcitonina (CGRP), estão envolvidas na enxaqueca sem aura. Embora a doença tenha sido considerada como primariamente vascular, a importância da sensibilização das vias de dor e a possibilidade de que os episódios tenham origem no sistema nervoso central, têm adquirido crescente atenção nas últimas décadas. Ao mesmo tempo, têm sido reconhecidos os circuitos de dor na enxaqueca, o sistema trigeminovascular, tal como vários aspetos da sua neurotransmissão periférica e no núcleo trigémino-caudal, substância cinzenta mesencefálica central e tálamo. Novos medicamentos sintomáticos com elevada especificidade para recetores específicos, tais como os triptanos, que são agonistas dos recetores 5HT<sub>1B/1D</sub>, agonistas dos recetores 5HT<sub>1F</sub> e antagonistas dos recetores do CGRP têm demonstrado eficácia no tratamento de episódios agudos. Devido à sua alta especificidade para o recetor, o seu mecanismo de ação permite uma nova visão sobre os mecanismos de enxaqueca. É agora claro que a enxaqueca sem aura é um transtorno neurobiológico. A clínica e a neurociência básica permitiram avançar o conhecimento sobre os mecanismos da enxaqueca e continuam a fazê-lo.

## 1.2 Enxaqueca com aura

**Termos previamente utilizados:**

Enxaqueca clássica; enxaqueca oftálmica, hemiparesésica, hemiplégica ou afásica; enxaqueca acompanhada, enxaqueca complicada.

**Descrição:**

Episódios recorrentes, com minutos de duração, unilaterais e completamente reversíveis, de sintomas visuais, sensitivos ou outros atribuíveis ao sistema nervoso central que, geralmente, se desenvolvem gradualmente e, em regra, são seguidos por cefaleias com características de enxaqueca e sintomas associados.

**Crítérios de diagnóstico:**

- A. Pelo menos dois episódios preenchem os critérios B e C.
- B. Um ou mais dos seguintes sintomas de aura, totalmente reversíveis:
  1. visual
  2. sensitivo
  3. fala e/ou linguagem
  4. motor
  5. tronco cerebral
  6. retiniano
- C. Pelo menos duas das quatro características seguintes:
  1. pelo menos um sintoma de aura alastra gradualmente em 5 ou mais minutos, e/ou dois ou mais sintomas aparecem sucessivamente

2. cada sintoma individual de aura dura 5 a 60 minutos<sup>1</sup>
  3. pelo menos um sintoma de aura é unilateral<sup>2</sup>
  4. a aura é acompanhada, ou seguida em 60 minutos, por cefaleia
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta e foi excluído um acidente isquémico transitório.

**Notas:**

1. Quando, por exemplo, três sintomas ocorrem durante uma aura, a duração máxima aceitável é de 3x60 minutos. Sintomas motores podem durar até 72 horas.
2. Afasia é sempre considerada como um sintoma unilateral; disartria pode ser unilateral ou não.

**Comentários:**

A aura é o complexo de sintomas neurológicos, que ocorre normalmente antes da cefaleia de 1.2 *Enxaqueca com aura*, mas pode ter início após a dor ter começado, ou prosseguir para a fase de cefaleia.

A aura visual é o tipo mais comum de aura, ocorrendo em mais de 90% dos doentes com 1.2 *Enxaqueca com aura*, pelo menos, em alguns episódios. Muitas vezes apresenta-se como um espectro de fortificação: uma figura em forma de ziguezague surge perto do ponto de fixação, podendo alastrar gradualmente para a direita ou a para a esquerda e assumir convexidade lateral com bordos cintilantes angulados, deixando graus absolutos ou variáveis de escotoma relativo na sua esteira. Noutros casos, um escotoma sem fenómenos positivos pode ocorrer; isto é percebido frequentemente como sendo de início agudo, mas uma observação atenta reconhece geralmente um aumento gradual. Em crianças e adolescentes, sintomas visuais bilaterais menos típicos podem representar uma aura. Foi desenvolvida e validada uma escala de classificação de aura visual, com alta sensibilidade e especificidade.

Seguem-se em frequência as perturbações sensitivas, sob a forma de picadas ou formigueiros que se deslocam lentamente a partir do ponto de origem, afetando em maior ou menor grau um dos lados do corpo, da face e/ou da língua. Pode seguir-se um adormecimento, que também pode ser o único sintoma.

Menos frequentes são as perturbações da fala, geralmente afasias, mas muitas vezes difíceis de classificar.

Quando a aura inclui diminuição de força, a perturbação deve ser codificada como 1.2.3 *Enxaqueca hemipléctica* ou um dos seus subtipos.

Os sintomas de aura de diferentes tipos geralmente seguem-se um ao outro consecutivamente, começando por visuais, depois sensitivos, e finalmente afasia; mas o inverso e outras ordens têm sido descritos. A duração aceitável para a maioria dos sintomas de aura é de uma hora, mas os sintomas motores são muitas vezes mais duradouros.

Os doentes muitas vezes têm dificuldade para descrever os sintomas de aura, devendo ser instruídos a situá-los no tempo e a registá-los prospetivamente. Assim, o quadro clínico torna-se mais claro. Os erros mais comuns são as trocas de lateralização, o início abrupto em vez de gradual, as perturbações visuais monoculares em vez homó-

nimas, bem como a duração da aura e o adormecimento ser apercebido com parésia. Após uma consulta inicial, o uso de um diário de registo de aura pode esclarecer o diagnóstico.

Muitos doentes que têm episódios de enxaqueca com aura também têm episódios sem aura, pelo que devem ser ambos codificados como 1.2 *Enxaqueca com aura* e 1.1 *Enxaqueca sem aura*.

Sintomas premonitórios podem começar horas ou um ou dois dias antes dos outros sintomas de um episódio de enxaqueca (com ou sem aura). Estes incluem várias combinações de fadiga, dificuldade de concentração, rigidez cervical, sensibilidade à luz e/ou som, náuseas, visão turva, bocejos e palidez. Os termos "pródromo" e "sintomas de alerta" devem ser evitados, pois são muitas vezes erradamente usados para incluir aura.

Aura de enxaqueca é, por vezes, associada a uma cefaleia que não preenche os critérios para 1.1 *Enxaqueca sem aura*, mas é considerado como uma cefaleia de enxaqueca devido à sua relação com a aura. Em outros casos, a aura da enxaqueca pode ocorrer sem cefaleia.

Antes ou simultaneamente com o início dos sintomas de aura, o fluxo sanguíneo cerebral regional está diminuído no córtex cerebral correspondente à área clinicamente afetada e muitas vezes a área mais extensa. Redução do fluxo de sangue, geralmente, começa posteriormente e alastra anteriormente, geralmente abaixo do limiar isquémico. Depois de uma a várias horas, ocorre na mesma região uma transição gradual para hiperemia. A depressão cortical alastrante de Leão é provavelmente o mecanismo subjacente.

Estudos sistemáticos têm demonstrado que muitos doentes com aura visual, ocasionalmente têm sintomas nas extremidades e/ou perturbações da fala. Por outro lado, doentes com sintomas nas extremidades e/ou da fala ou da linguagem quase sempre também experimentam aura visual, pelo menos durante alguns episódios. A distinção entre enxaqueca com aura visual, enxaqueca com aura hemiparética e enxaqueca com alterações da fala e/ou da linguagem é provavelmente artificial, não é reconhecida nesta classificação. Estão todas codificadas como 1.2.1 *Enxaqueca com aura típica*. Doentes com sintomas de aura localizáveis no tronco cerebral são codificados como 1.2.2 *Enxaqueca com aura do tronco cerebral*, mas quase sempre têm sintomas de aura típicos adicionais. Os doentes com 1.2.3 *Enxaqueca hemipléctica* têm fraqueza motora e esta é classificada como uma subforma separada pelas suas diferenças genéticas e fisiopatológicas em relação à enxaqueca com aura típica. Além disso, estes doentes, muitas vezes, têm sintomas do tronco cerebral.

As síndromes previamente definidas, *enxaqueca com aura prolongada* e *enxaqueca com aura de início agudo*, foram abandonadas. A grande maioria dos doentes com estes episódios tem outros que satisfazem os critérios de uma das subformas reconhecidas de 1.2 *Enxaqueca com aura*, e devem codificar-se com este diagnóstico. Os restantes devem codificar-se como 1.5.2 *Enxaqueca com aura provável*, especificando a atipia (aura prolongada ou aura

de início agudo) entre parênteses. O diagnóstico é geralmente evidente após uma cuidadosa história clínica, embora haja doenças imitadoras raras, incluindo dissecação da carótida, malformação arteriovenosa e crise epilética.

### 1.2.1 Enxaqueca com aura típica

#### Descrição:

Enxaqueca com aura, em que a aura consiste em sintomas visuais e/ou sensitivos, e/ou da fala/linguagem, mas não de fraqueza motora, e caracteriza-se por desenvolvimento gradual, duração de cada sintoma não superior a uma hora, mistura de características positivas e negativas e reversibilidade completa.

#### Critérios de diagnóstico:

A. Pelo menos dois episódios preenchendo os critérios B e C

B. Aura consistindo em sintomas visuais, sensitivos e/ou da fala/linguagem, totalmente reversíveis, mas sem fraqueza motora, do tronco cerebral ou retiniana

C. Pelo menos duas das quatro características seguintes:

1. pelo menos um sintoma de aura alastra gradualmente ao longo de  $\geq 5$  minutos, e/ou dois ou mais sintomas aparecem sucessivamente
2. cada sintoma de aura individual dura entre 5 e 60 minutos<sup>1</sup>
3. pelo menos um sintoma de aura é unilateral<sup>2</sup>
4. a aura é acompanhada ou seguida, em 60 minutos, por cefaleia

D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta e foi excluído um acidente isquémico transitório.

#### Notas:

1. Por exemplo, quando três sintomas ocorrem durante uma aura, a duração máxima aceitável é de  $3 \times 60$  minutos.
2. Afasia é sempre considerada como um sintoma unilateral; disartria pode ser unilateral ou não.

#### 1.2.1.1 Aura típica com cefaleia

##### Descrição:

Enxaqueca com aura típica em que a aura é acompanhada ou seguida, em 60 minutos, por uma cefaleia com ou sem características de enxaqueca.

##### Critérios de diagnóstico:

1. Cumpre os critérios de 1.2.1 *Enxaqueca com aura típica*
2. Cefaleia, com ou sem características de enxaqueca, acompanha ou segue-se à aura dentro de 60 minutos.

#### 1.2.1.2 Aura típica sem cefaleia

##### Descrição:

A enxaqueca com aura típica em que a aura não é acompanhada nem seguida por cefaleia de qualquer espécie.

##### Critérios de diagnóstico:

1. Cumpre os critérios de 1.2.1 *Enxaqueca com aura típica*
2. Nenhuma cefaleia acompanha ou segue a aura dentro de 60 minutos.

#### Comentários:

Em alguns doentes, uma aura típica é sempre seguida por cefaleia de enxaqueca, mas muitos doentes têm, além disso, episódios com aura seguida de uma cefaleia menos distinta, ou mesmo sem cefaleia. Um número de doentes tem exclusivamente 1.2.1.2 *Aura típica sem cefaleia*.

Na ausência de cefaleia com critérios de 1.1 *Enxaqueca sem aura*, o diagnóstico preciso da aura e a sua distinção de síndromes imitadoras que podem traduzir doenças graves (por exemplo, acidente isquémico transitório) torna-se mais difícil e muitas vezes requer investigação.

Outras causas, particularmente, acidente isquémico transitório, devem ser descartadas quando a aura ocorre, pela primeira vez, depois dos 40 anos, os sintomas são exclusivamente negativos (por exemplo, hemianópsia) ou a aura é prolongada ou muito curta.

### 1.2.2 Enxaqueca com aura do tronco cerebral

#### Termos previamente utilizados

Enxaqueca da artéria basilar; enxaqueca basilar; enxaqueca de tipo basilar.

#### Descrição:

A enxaqueca com sintomas de aura claramente originários do tronco cerebral, mas sem fraqueza motora.

#### Critérios de diagnóstico:

A. Pelo menos dois episódios que preenchem os critérios de B a D

B. Aura consistindo em sintomas visuais, sensitivos e/ou de fala/linguagem, totalmente reversíveis, mas sem sintomatologia motora<sup>1</sup> ou retiniana

C. Pelo menos dois dos seguintes sintomas de tronco cerebral:

1. disartria
2. vertigem
3. zumbido
4. hipoacusia
5. diplopia
6. ataxia
7. diminuição do nível de consciência

D. Pelo menos duas das quatro características seguintes:

1. pelo menos um sintoma de aura alastra gradualmente ao longo  $\geq 5$  minutos, e/ou dois ou mais sintomas aparecem sucessivamente
2. cada sintoma de aura individual dura entre 5 e 60 minutos<sup>2</sup>
3. pelo menos um sintoma de aura é unilateral<sup>3</sup>
4. a aura é acompanhada ou seguida, em 60 minutos, por cefaleia

E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta e foi excluído um acidente isquémico transitório.

#### Notas:

1. Quando os sintomas motores estão presentes, o código é 1.2.3 *Enxaqueca hemiplégica*.
2. Por exemplo, quando três sintomas ocorrem durante uma aura, a duração máxima aceitável é de  $3 \times 60$  minutos.



**DISCENTE:** Graziane Kathelin Bortoluzzi

**CURSO:** Fisioterapia

**DATA DE ANÁLISE:** 23.05.2023

## RESULTADO DA ANÁLISE

### Estatísticas

Suspeitas na Internet: **0,09%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [▲](#)

Suspeitas confirmadas: **0,09%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [▲](#)

Texto analisado: **95,04%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.8.5  
quinta-feira, 25 de maio de 2023 20:53

## PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **GRAZIANE KATHELIN BORTOLUZZI**, n. de matrícula **38324**, do curso de Fisioterapia, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 0,09%. Devendo a aluna fazer as correções necessárias.

Assinado digitalmente por: Herta Maria de A?ucena do Nascimento Soeiro  
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

(assinado eletronicamente)  
**HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO**  
Bibliotecária CRB 1114/11  
Biblioteca Central Júlio Bordignon  
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA