

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA

LUIZA SOARES FERES
RENATA ALVES DE MATOS

**EFICACIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
PORTADORES DE CEFALEIA CERVICOGENICA**

**VITÓRIA
2005**

LUIZA SOARES FERES
RENATA ALVES DE MATOS

**EFICACIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES
PORTADORES DE CEFALEIA CERVICOGENICA**

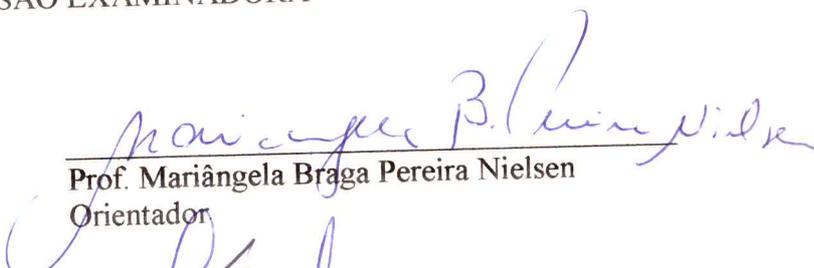
Monografia apresentada ao curso de graduação em fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em fisioterapia.
Orientadora: Mariângela Braga Pereira Nielsen
Co-orientador: Patrik Fontes Costa

**VITÓRIA
2005**

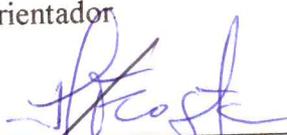
LUIZA SOARES FERES
RENATA ALVES DE MATOS

**EFICACIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
PORTADORES DE CEFALEIA CERVICOGENICA**

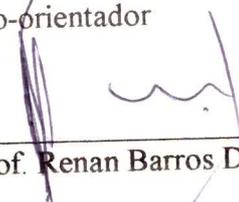
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Mariângela Braga Pereira Nielsen
Orientador



Prof. Patrik Fontes Costa
Co-orientador



Prof. Renan Barros Domingues

Vitória, Dezembro de 2005.

AGRADECIMENTOS

À nossa Orientadora Dr^a. Mariângela Braga Pereira Nielsen, que nos indicou sabiamente o caminho do conhecimento e da produção científica, sendo paciente com as nossas limitações fazendo valer o título de orientadora em todos os momentos.

Ao nosso Co-orientador Dr. Patrik Fontes Costa, por sua colaboração e esforço em nosso trabalho.

Aos profissionais que atuam na Clínica de Fisioterapia da EMESCAM, pela acolhida, momentos de distração e o carinho.

Aos queridos familiares, pelo carinho, amor, zelo, compreensão, pela presença nas horas difíceis, nossa eterna gratidão.

Agradecemos a todos os professores, o saber de cada um nos apontou para novos horizontes e perspectiva.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Enfim, agradecemos a Deus por tudo.

RESUMO

Introdução: Estima-se que 40% da população mundial tenha pelo menos duas crises de cefaléia anuais; poucos relatos literários são encontrados sobre a atuação fisioterapêutica na cefaléia cervicogênica, sendo esta responsável por 90% dos pacientes que procuram os médicos reclamando de dor. A causa mais comum é a contração dos músculos posteriores do crânio ou da coluna cervical, chamada de cefaléia cervicogênica.

Objetivos: O objetivo do estudo foi investigar a eficácia do tratamento fisioterapêutico em pacientes portadores de cefaléia cervicogênica, tratados na Clínica Escola de Fisioterapia da Emescam.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo retrospectivo de uma série de casos, onde foram avaliados 30 prontuários de pacientes com cefaléia cervicogênica, que receberam atendimento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia da EMESCAM, no período de 2003 a 2005, de ambos os sexos, sendo 20% do sexo masculino e 80% do sexo feminino sendo que apresentavam uma idade média de 48 anos e um tempo médio de diagnóstico da cefaléia de 14 anos.

Resultados: Para a análise estatística foram utilizados: o teste de Mann-Whitney para testar a faixa etária, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento; o teste exato de Fisher para comparar o desfecho com o fator sexo e o pacote estatístico SPSS-social package Statistical. Melhoraram 56,7% dos pacientes com o tratamento fisioterapêutico, 26,7% não melhoraram e 16,7% abandonaram o tratamento. De acordo com os testes estatísticos, obtiveram uma melhora não significativa de $p=0,072$.

Conclusão: Embora a porcentagem dos dados obtidos tenham demonstrado no presente estudo que as técnicas fisioterapêuticas podem e devem ser utilizadas como coadjuvantes no alívio da Cefaléia Cervicogênica, que os pacientes melhoraram da dor após o tratamento fisioterapêutico, o número reduzido de pacientes, que até a presente data esteve em atendimento fisioterapêutico na clínica escola de fisioterapia da Emescam, não nos fornece dados estatisticamente significantes. Mas, através deste estudo, podemos

sugerir aos alunos de fisioterapia que continuem na mesma linha de pesquisa afim de obter dados estatisticamente significantes do tratamento fisioterapêutico na cefaléia cervicogênica.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo.....	23
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.....	23
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes segundo tempo de diagnóstico.....	24
Gráfico 4 . Distribuição dos pacientes segundo tempo de tratamento.....	24
Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes segundo o resultado do tratamento e sexo.....	26
Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes segundo o resultado do tratamento e faixa etária.....	27

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	03
RESUMO	04
LISTA DE GRÁFICOS	06
SUMÁRIO	07
1 INTRODUÇÃO	09
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	09
1.1.1 Cefaléia Cervicogênica	10
1.1.2 Anatomia cervical	11
1.1.3 Principais causas de cefaléia cervical	13
1.1.4 Sinais e sintomas	15
1.1.5 Diagnóstico	16
1.1.6 Tratamento	17
1.2 TENS	19
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	20
3 MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1 LOCAL DE ESTUDO	21
3.2 TIPO DE ESTUDO	21
3.3 PACIENTES	21

3.3.1 Período de análise dos prontuários.....	21
3.3.2 Critério de inclusão.....	22
3.3.3 Critério de exclusão.....	22
3.4 CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES.....	23
3.4.1 Perfil da amostra.....	23
3.5 METODOLOGIA OPERACIONAL.....	25
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	25
4 RESULTADOS.....	26
5 DISCUSSÃO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	31
7 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	32

1. INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A cefaléia, ou dor de cabeça como é conhecida popularmente, incomoda o homem desde o começo de sua existência. A incidência desta patologia é tão grande que em 1982 foi criada a Sociedade Internacional da Cefaléia, para tentar normatizar e orientar o problema. A Cefaléia é uma condição dolorosa comum, que consiste basicamente em dor de cabeça proveniente de várias causas, sendo assim, a queixa mais comum na prática médica (GALVÃO; 2001).

Podem ser classificadas em Primárias e Secundárias. A classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia reconhece mais de 150 tipos diferentes de dor de cabeça, os mais encontrados ou mais importantes são: Cefaléia do tipo Tensional Episódica e Crônica; Cefaléia Migrânea (Enxaqueca); Cefaléia Cervicogênica; Cefaléia Menstrual; Cefaléia em Salvas; Síndrome das pontadas e dos sobressaltos (RAFFAELLI, 1999).

A dor de cabeça é um sintoma comum a diversas condições médicas. Em alguns casos, a dor de cabeça é o principal sintoma de uma condição na qual não são identificadas alterações estruturais, metabólicas, tóxicas ou infecciosas como causa. Sua origem reside em alterações bioquímicas cerebrais, algumas delas, determinadas geneticamente. Essas são as chamadas cefaléias primárias. Costumam se repetir com regularidade. A enxaqueca é um exemplo de cefaléia primária, assim como a cefaléia do tipo tensional, a cefaléia em salvas, entre outras. Quando a dor de cabeça é consequência de lesões ou outras alterações, as classificamos como cefaléias secundárias. Entre as causas de cefaléias secundárias podemos incluir: sinusites agudas, infecções do sistema nervoso ou sistêmicas, tumores, problemas cervicais, e muitas outras. Estima-se que 40% da população mundial tenha pelo menos duas crises anuais. A causa mais comum é a contração dos músculos posteriores do

crânio ou da coluna cervical, chamada de cefaléia cervicogênica. Ela é responsável por 90% dos pacientes que procuram os médicos reclamando da cefaléia. As crises variam na intensidade da dor, na importância dos sintomas associados e na frequência das crises. Entre os sintomas acompanhantes, náuseas, vômitos, visão turva e foto e/ou fonofobia são mais comuns nas mulheres, ao passo que nos homens auras visuais e somato-sensitivas são mais comuns. A cefaléia diminui significativamente a qualidade de vida não somente durante os ataques como nas remissões quando ansiedade medo e incerteza contribuem para uma gradual retirada da maioria dos contatos sociais e este acometimento pode levar a problemas no trabalho ou na escola e à uma possível deterioração educacional e no serviço (KRYMCHANTOWSKI; 2002).

Devido à alta incidência de cefaléia na população e a escassez na literatura vimos à importância de analisar a eficácia da intervenção fisioterapêutica, diminuindo o quadro algico e melhorando a qualidade de vida desses pacientes. Desta forma o presente estudo levantou a hipótese que o tratamento fisioterapêutico ajuda na melhora da Cefaléia Cervicogênica.

1.1.1 CEFALÉIA CERVICOGÊNICA

É definida como unilateral, podendo ser desencadeada pela movimentação do pescoço ou pela compressão de pontos do segmento cervical e, na sua vigência, há uma redução dos movimentos deste segmento. A cefaléia não se apresenta sob a forma agrupada, tem duração variável e a dor não é de natureza pulsátil; tem origem na região cervical e propaga-se para as regiões orbitofrontotemporal. A dor pode ser acompanhada de náuseas, vômitos, zumbidos, fonofotofobia, turvação visual e dificuldade à deglutição. Diversos estudos foram realizados na tentativa de evidenciar alterações radiológicas responsáveis pelo quadro algico, sem que nenhuma alteração sugestiva fosse encontrada. A cefaléia cervical não é entidade distinta como a enxaqueca, a cefaléia tipo tensional e a cefaléia em salva. Trata-se de expressão como dor

referida do comprometimento das estruturas superiores do pescoço. Não há causa única para a cefaléia cervical, existindo múltiplas estruturas anatômicas das regiões cervicais altas que podem ser responsabilizadas. Habitualmente, é difícil comprovar, através do exame físico e de exames auxiliares, a presença estrutural que justifiquem a cefaléia de origem cervical (SPECIALI, 2002).

1.1.2 Anatomia cervical

A movimentação total do pescoço advém de uma composição de todos os movimentos segmentares, onde todos se movem de forma sincronizada. Contudo a direção e o grau do movimento varia nos diferentes níveis do segmento da coluna. O principal movimento em escala de amplitude ocorre na porção superior entre o crânio e a terceira vértebra cervical; a flexão, extensão, lateralização e rotação ocorrem entre o crânio e o atlas, e entre o atlas e o axis. Abaixo do axis os movimentos dependem da elasticidade dos ligamentos e da distorção e compressibilidade dos discos intervertebrais. Movimento no plano antero-posterior (flexão/extensão) ocorre entre occipital e atlas; a flexão tem amplitude de 10° e a extensão 25°, podendo assim a cabeça se mover 35° sem a participação do pescoço. Todos os movimentos entre crânio e o atlas são impedidos pelas facetas articulares. Durante a lateralização e rotação da cabeça e pescoço, o occipital e atlas movem-se juntos. O maior movimento da coluna cervical ocorre entre o atlas e o axis que são capazes de produzir uma rotação de 90° desde a extrema direita e a extrema esquerda (GREGORY, 1994).

Entre a segunda e sétima vértebra ocorre os movimentos de flexão e extensão, lateralização e rotação. Quando ocorre a flexão, a porção anterior do disco se comprime e a posterior se alarga, o inverso ocorre na extensão. Na flexão anterior, o canal cervical se alonga e na extensão ele se encurta; na rotação da cabeça quer seja para a direita ou esquerda, o canal se estreita. Este estreitamento é causado mais pela dura-máter do que pelo estreitamento ósseo. Os forames se alargam na flexão do pescoço e se estreitam na

extensão, e são influenciados pelos movimentos de flexão lateral e rotação da cabeça; os forames se fecham no lado da inclinação e rotação. Em uma coluna normal este estreitamento dos forames não comprime qualquer tecido contido nestes. Já em uma coluna anormal, onde as vértebras estão muito juntas ou na qual o movimento é excessivo os forames podem se tornar apertados. Os ligamentos da coluna cervical são resistentes o bastante para controlar os movimentos, e ajudam no suporte dos músculos do pescoço; possuem uma frouxidão que permite uma grande amplitude de movimento. Sua resistência é comprovada pela proteção à medula espinhal e aos nervos espinhais contra as pressões e tensões aplicadas no pescoço. Músculos e ligamentos suportam o choque das tensões oriundas dos movimentos, mudanças de posição e vários graus de traumas; quando os músculos estão sobrecarregados ou fadigados, os ligamentos suportam sozinhos todas as tensões (SANVITO e MONZILLO; 2001).

A estabilidade da articulação atlanto-axial depende inteiramente dos ligamentos. O atlas move-se ao redor do processo odontóide e está preso a este pelo ligamento transversário; que é tenso e resistente para manter o relacionamento normal do atlas sobre o axis. O seu rompimento leva as complicações idênticas a uma fratura do processo odontóide. O mecanismo central da cefaléia de origem cervical é o núcleo trigeminocervical, formado pela substância cinzenta da porção distal do núcleo caudal do trigêmeo e da porção mais alta dos três primeiros segmentos da medula cervical. Essas estruturas transmitem aferências nociceptivas do nervo trigêmeo e dos três primeiros nervos espinhais, neste sistema existem diversas vias colaterais que acabam por si sobrepor e convergir. É nessa convergência que se baseia a dor referida, uma dor nos músculos do pescoço que pode ser percebida no território do nervo occipital maior e uma dor localizada na região cervical alta que pode ser percebida em território trigeminal (GREGORY, 1994).

É para a primeira divisão do nervo trigêmeo que converge a maior parte de fibras terminais sobrepostas de nervos cervicais, de modo que a dor cervical é mais comumente referida na topografia da primeira divisão. Em função da convergência entre as aferências dos três primeiros nervos cervicais e das

aferências trigeminais, o acometimento de quaisquer das estruturas inervadas por C1, C2 e C3 tem o potencial para geração de cefaléia referida. Estas estruturas incluem articulações e ligamentos da articulação atlantoaxial mediana, atlantooccipital e articulações atlantoaxiais laterais, a articulação zigoapofisal C2-C3, os músculos suboccipitais e cervicais posteriores e superiores, músculos paravertebrais superiores, a dura-máter espinhal, artéria vertebral, o disco intervertebral C2-C3, os músculos trapézio e o esternocleidomastoideo (SANVITO; MONZILLO; 2001).

1.1.3 Principais causas de cefaléia cervical

- Artrite Atlantoaxial

Tanto os tipos inflamatórios de artrite quanto degenerativos podem comprometer a região superior da coluna cervical e, assim, são capazes de produzir cefaléia. A artrite das articulações atlanto-occipitais ou atlantoaxiais pode atingir pacientes com artrite reumatóide ou espondiloartrite, e a osteoartrite pode comprometer as articulações laterais. Os eventos inflamatórios produzidos pela artrite reumatóide ocasionam alterações erosivas, levando à atenuação e afrouxamento do ligamento transversos, o que produz subluxação anterior da articulação atlantoaxial. O diagnóstico de artrite é confirmado por radiografias adequadas da região atlantoaxial (AZEVEDO, 2002).

- Neuropatia por compressão

A neuropatia por compressão que compromete os nervos occipitais está bem descrita. O nervo occipital maior é a ramificação medial primário posterior de C2. Ele pode ser comprimido, pois passa pelo músculo semi-espinhal da cabeça ou pelo trapézio, a cerca de 1 cm da linha medial. A seguir cruza a linha nugal com a artéria occipital e se distribui no couro cabeludo até a região frontal. A causa de compressão do nervo occipital é, com freqüência, pós-

traumática, mas também pode surgir sem história de trauma, presumivelmente devido à compressão durante sua passagem através dos músculos do pescoço. A cefaléia resultante de neuropatia por compressão pode ser intensa e intermitente e quase sempre é descrita como uma dor que queima, pulsa ou perfura, irradiando-se do pescoço para a cabeça. Ocorre mais à noite, e pode estar associada a hiperalgia ou parestesias do couro cabeludo. Os sintomas freqüentemente podem ser reproduzidos por pressão direta sobre o nervo, distalmente à linha nugal, ou pela postura da cabeça. Também é possível demonstrar distúrbios sensoriais do couro cabeludo (AZEVEDO, 2002).

- Lesões musculotendíneas

As lesões do ligamento musculotendíneo dos músculos cervicais com a linha nugal do crânio também podem provocar cefaléia. Uma das causas seguintes podem estar presentes:

- Alteração da postura do paciente, que pode ser, ela mesma, resultado de lesão de hipomobilidade subjacente ou de espondilose cervical.
- Estado de tensão muscular, produzido pela contração dos músculos do pescoço. A contração a longo prazo do músculo esquelético da coluna cervical, da face e do couro cabeludo, pode causar assim as chamadas cefaléias de tensão. Os pacientes com essa causa podem queixar-se de dor no pescoço ou apenas na cabeça, mas via de regra queixam-se de ambas simultaneamente.
- Às vezes, a tendinite pode ser o único achado clínico, sem qualquer evidência dessas condições associadas. A tendinite nessa área é evidenciada por hipersensibilidade à palpação. Os músculos do pescoço devem ser contraídos isometricamente para determinar se a dor é produzida, e a infiltração da área com anestésico local deve aliviar os sintomas do paciente, pelo menos temporariamente.
- Espondilose cervical - a cefaléia resultante de espondilose cervical, causada por alterações degenerativas nos discos, vértebras e articulações apofisárias que levam a excrescências osteofíticas que

reduzem o tamanho do forame intervertebral, e assim, podem comprometer as raízes nervosas. É geralmente occipital e unilateral. Diz-se freqüentemente que começa na nuca, se distribui para a região occipital e muitas vezes para a frente e o olho. A dor é geralmente caracterizada como aborrecida e cansativa, ao invés de dor pulsátil ou explosiva, tão freqüentemente alegada em cefaléias de origem vasculares ou cefaléias de pressão intracraniana aumentada. Muitas vezes, existe relação com a postura e agravação por movimentos ativos e passivos da nuca.

- Lesão de hipomobilidade da coluna superior - nesta afecção é a restrição da amplitude de movimentos intervertebrais passivos em uma ou mais das três vértebras cervicais superiores. Essa restrição pode atingir rotação, flexão, extensão ou inclinação lateral e geralmente está associada a espasmo e hipersensibilidade dos músculos cervicais superiores. Todas as lesões à coluna cervical causam espasmo, lesão ou inflamação dos músculos eretores da espinha, bem como a conexão miofascial ao periósteo craniano. As raízes nervosas podem muito bem ser encarceradas no interior destes tecidos irritados. Isto esclareceria o benefício derivado de calor, massagem tração, manipulação ou injeção nos tecidos incriminados. A cefaléia irradiada das áreas cervicais inferiores, isto é, terceira, quarta e quinta vértebras cervicais, pode ser presumida como se originando a partir das articulações posteriores (facetar) que irritam a divisão primária posterior, cuja distribuição final é para o occipíto. Áreas-gatilho nos músculos esternocleidomastóideo, esplênio, temporal, masseter ou trapézio podem irradiar a dor para áreas occipitais (GROSS, FETTO e ROSEN, 2000).

1.1.4 Sinais e sintomas

Trata-se de uma manifestação clínica que se caracteriza por dor nos olhos (principalmente no fundo do olho), dor na nuca, na frente, cansaço,

enrijecimento nos ombros, tonturas e náuseas relacionadas á posição do pescoço (coluna cervical), déficit de movimento cervical ou torcicolos. Os sintomas podem se manifestar em conjunto, parcial ou isoladamente. Geralmente está presente a dor na nuca. A dor, geralmente descrita como surda e persistente ou como sensação dolorida, é pior pela manhã, ao levantar, ou imediatamente após a primeira elevação da cabeça. Quando intensa, a dor, pode ser sentida também durante a noite, impedindo que o paciente mantenha a cabeça no travesseiro. A cefaléia geralmente melhora à medida que o dia passa, mas pode piorar com os movimentos bruscos ou não da cabeça e do pescoço. Além da cefaléia e da dor no pescoço, outros sintomas podem estar presentes como resultado de lesão na coluna cervical. São eles vertigens, sintomas vagos, como indisposição geral, náusea, depressão ou sentimento de incerteza. As crises álgicas podem ter duração de horas ou dias e estão relacionadas á tensão emocional variando conforme o "estado emocional da pessoa". Sua relação situa-se na manifestação inflamatória das raízes altas cervicais. Incide com maior freqüência no desempenho de funções sentadas tais como digitação, dirigir automóveis, telefonistas, dentre outras. Sempre se manifestando em períodos de maior tensão emocional (HOPPENFELD, 1999).

1.1.5 Diagnóstico

O diagnostico correto da cefaléia originaria da coluna cervical pode ser feito em bases clinicas. As indicações provêm da historia do paciente e da descrição das características da cefaléia. Outros sintomas devem ser procurados, incluindo relações e influência da postura e movimentos do pescoço, presença de rigidez no pescoço e influência da vibração como a provocada por andar em veículo automotivo. A história de trauma no pescoço também deve ser levantada. Os movimento articulares passivos são testados, prestando-se especial atenção aos movimentos passivos na articulação intervertebral da

região superior da coluna cervical. A lesão de hipomobilidade nessa área pode ser demonstrada pela restrição dolorosa desses movimentos, com reprodução da dor e da hipersensibilidade na articulação do lado da cefaléia. A palpação dos ligamentos dos músculos cervicais na linha nugal deve ser cuidadosamente realizada, com o pescoço do paciente relaxado. Frequentemente isso é conseguido com mais facilidade fazendo-se o paciente sentar-se com a cabeça flexionada e apoiada nos braços, que são colocados sobre uma mesa. Em pacientes com neuropatia por compressão, a compressão do nervo occipital sobre a linha nugal deve produzir dor. Um exame geral completo deve ser realizado, além de radiografias da cabeça e do pescoço, hemograma completo e velocidade de hemossedimentação rotineira (SILVA, 2003).

1.1.6 Tratamento

As técnicas de tratamento fisioterapêutico terão como objetivo quebrar o ciclo de dor e tensão muscular usando técnicas fisioterápicas, massagem e TENS.

Avaliar a flexibilidade e força dos músculos na região cervical, torácica alta e cintura escapular, e elaborar um programa de exercícios para recuperar o equilíbrio entre comprimento e força no preparo para correção e treino da postura. É importante, antes de iniciar um tratamento fisioterapêutico, realizar uma avaliação completa do paciente: observar os tipos de desordem, estabelecer porque o paciente procura tratamento, procurar por dor, tensão, fraqueza, instabilidade, trauma após cirúrgico, tração, suporte de peso. Verificar o comportamento dos sintomas geral, quando eles estão presentes, quando eles flutuam e porque (se associados, se dissociados das atividades da vida diária, a cama, travesseiro ou inflamação). Avaliar os efeitos do repouso sobre o local e sintomas referidos (contendo inflamação, comparar os sintomas pela manhã com o final do dia). Analisar dor ou enrijecimento, sua duração, relação com as atividades diárias. A análise das limitações funcionais do

paciente estabelecerá o grau, sempre que possível, do desenvolvimento da coluna cervical. Uma breve avaliação dos movimentos do pescoço e a palpação da coluna cervical ajudam a avaliar a sensibilidade (SANVITO, 1996).

O exame físico deverá começar pela observação. A dor atual do paciente deverá também ser determinada. Indícios sutis, como falhas no alinhamento postural, deformidades protetoras e distrofias musculares auxiliarão a determinar a causa, os fatores que contribuem e os estágios da desordem do paciente. Orientar o paciente sobre as técnicas próprias para aliviar ou tratar a fonte de irritação; pois se existe má postura, ensine correção postural e meios para manejar a postura (forma correta de dormir, sentar, carregar objetos); se a pessoa está em uma situação produtora de tensão, ensine algumas técnicas de relaxamento. O tratamento das cefaléias de origem cervical varia também de acordo com a lesão subjacente do pescoço. As lesões de hipomobilidade na região superior da coluna cervical respondem bem à mobilização e, ocasionalmente, às técnicas de manipulação; um alívio substancial pode ser esperado depois de poucas sessões de tratamento, mesmo quando os sintomas estão presentes há bastante tempo. A tração pode ser necessária nos pacientes que não respondem. As cefaléias provocadas por neuropatia de compressão do nervo occipital devem ser tratadas, num primeiro momento, com repouso, colar e injeções ao longo do curso da compressão do nervo nos músculos cervicais superiores. Às vezes, as técnicas de mobilização podem ajudar a obter alívio temporário (HOPPENFELD, 1999).

Para as cefaléias a terapêutica medicamentosa, inclui: antidepressivos, relaxantes musculares e analgésicos. No entanto, os melhores resultados são obtidos valorizando-se a terapêutica profilática, porém as drogas podem até mesmo promover uma crise algica, logo, ao invés de tratar as causas, trata-se às crises com drogas de efeitos puramente analgésico, ao invés de tratar as causas. Além do mais, recentemente descobriu-se que o uso excessivo de analgésicos provoca a cefaléia crônica diária. Ao mesmo tempo em que os analgésicos são drogas úteis e eficazes, podem ser prejudiciais, se forem administradas sem critério e com demasiada freqüência. Em função de alguns pacientes se submeterem ao uso freqüente de vários tipos de medicações, e

muitas vezes de maneira aleatória em doses inadequadas e até mesmo não respondem satisfatoriamente aos seus efeitos, foi formulando uma proposta, baseada na utilização da TENS para o alívio da dor, que vem sendo testada desde 1965, sem que tivesse apresentado qualquer efeito colateral danoso (TRIBIOLI, 2003).

1.2 TENS

A TENS é descrita como uma técnica eletroterapêutica específica no controle da dor, capaz de alterar a percepção da dor por meio da corrente elétrica. A atuação da TENS será direcionada à redução do espasmo muscular, assim com o músculo em sua formação e função restabelecida a dor cessa. Oferecendo benefícios duradouros, além de poder ser utilizada de forma profilática livrando o indivíduo das cefaléias e do uso excessivo dos fármacos os quais, por muitas vezes é feito o uso por conta própria, em busca apenas de um alívio e não do tratamento adequado (CARROL, et al, 2001).

A TENS baseia-se na aplicação de estímulos elétricos de baixa frequência e baixa intensidade de corrente que, através do sistema nervoso central, são capazes de liberar substâncias analgésicas endógenas, importantes no mecanismo de supressão da dor. Outro mecanismo que irá concorrer para o alívio da dor é a chamada Teoria da Comporta da Dor "The gate control theory" descrita pelos neurofisiologistas Ronald Melzak e Patrick Wall em 1965 (MANNHEIMER, 1978).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo do estudo foi investigar a eficácia do tratamento fisioterapêutico em pacientes portadores de cefaléia cervicogênica, tratados na Clínica Escola da EMESCAM.

2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Fazer uma revisão bibliográfica à respeito do tratamento fisioterapêutico da cefaléia cervicogênica;
- Analisar os prontuários dos pacientes que fazem parte do ambulatório de cefaléia da EMESCAM;
- Demonstrar através da análise de prontuários a diminuição dos episódios de cefaléia cervicogênica, nos pacientes submetidos ao tratamento fisioterapêutico.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 LOCAL DE ESTUDO

Ambulatório de cefaléia da Clínica Escola EMESCAM.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo de uma série de caso, por análise de prontuários.

3.3 PACIENTES

Foram selecionados 30 prontuários de pacientes portadores de cefaléia cervicogênica, sendo 24 do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

3.3.1 Período de análise dos prontuários

Foram analisados todos os prontuários dos pacientes, no período de fevereiro de 2003 a agosto de 2005, atendidos no ambulatório de cefaléia, sendo selecionados 30 prontuários com diagnóstico de cefaléia cervicogênica para o presente estudo.

3.3.2 Critério de inclusão

- Prontuários de pacientes com Cefaléia Cervicogênica;
- Pacientes que foram submetidos ao tratamento fisioterapêutico;
- Ambos os sexos;
- Idade de 20 a 80 anos.

3.3.3 Critério de exclusão

- Prontuários de pacientes com outros tipos de cefaléia como migrânea e cefaléia em salvas;
- Pacientes que foram tratados apenas com medicação.

3.4 CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES

3.4.1 Perfil da amostra

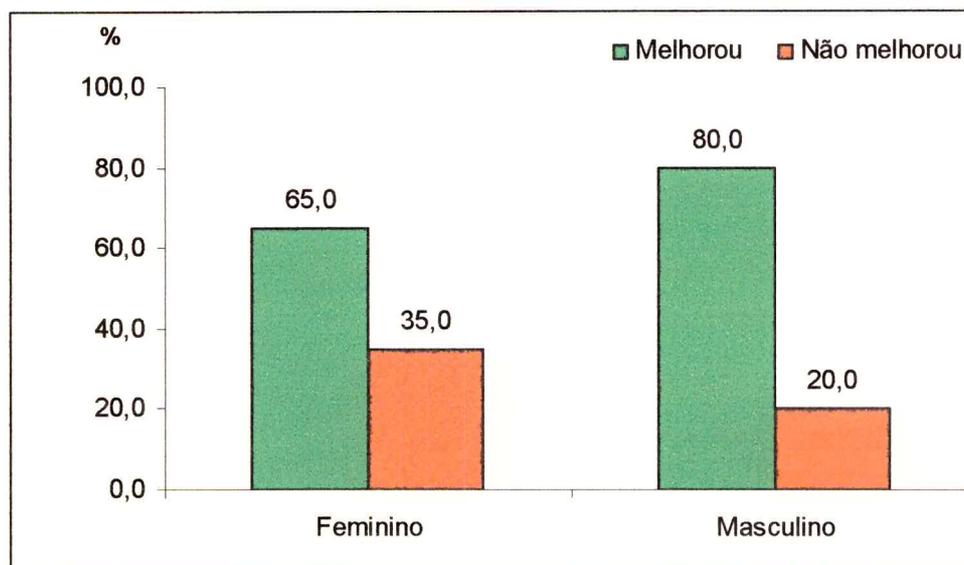


GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO O SEXO.

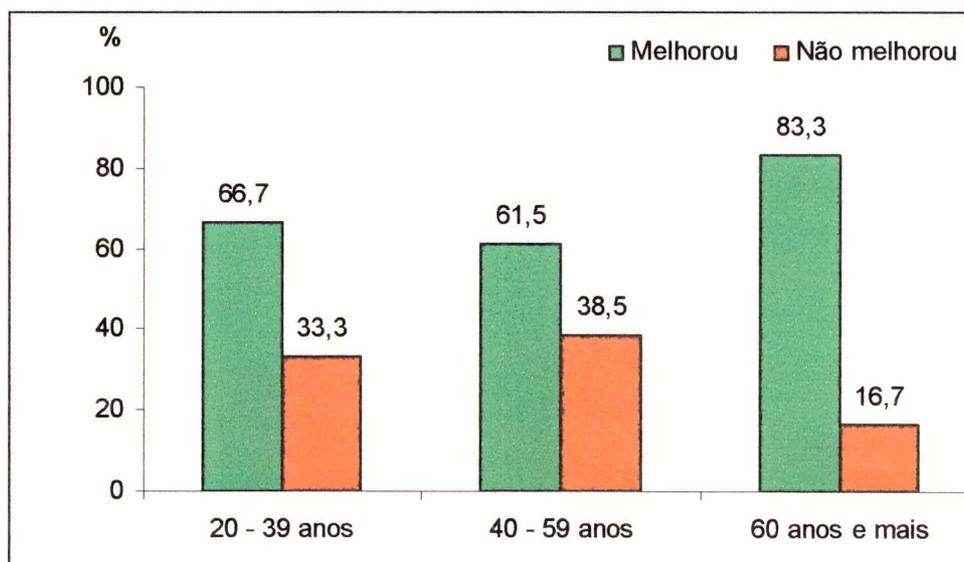


GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

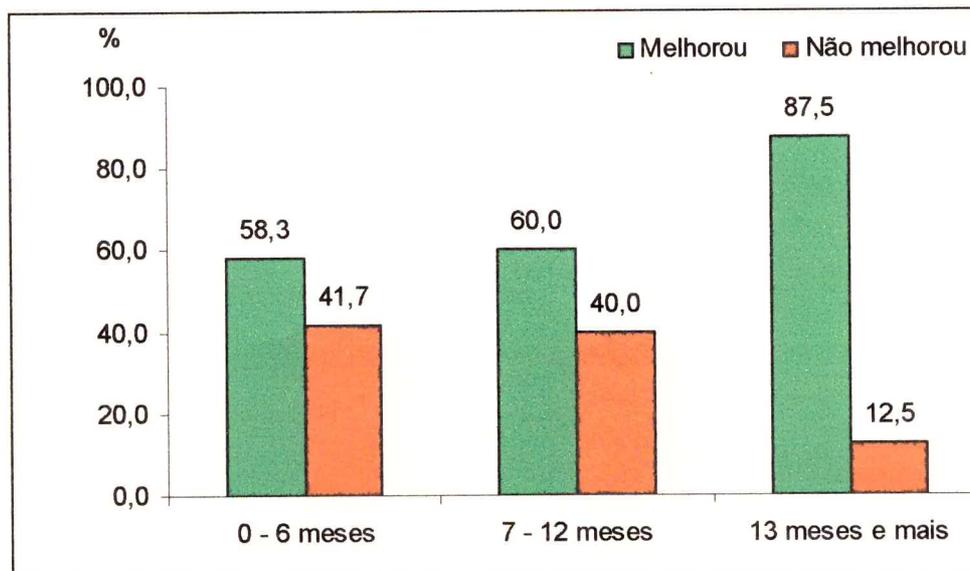


GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO TEMPO DE DIAGNÓSTICO.

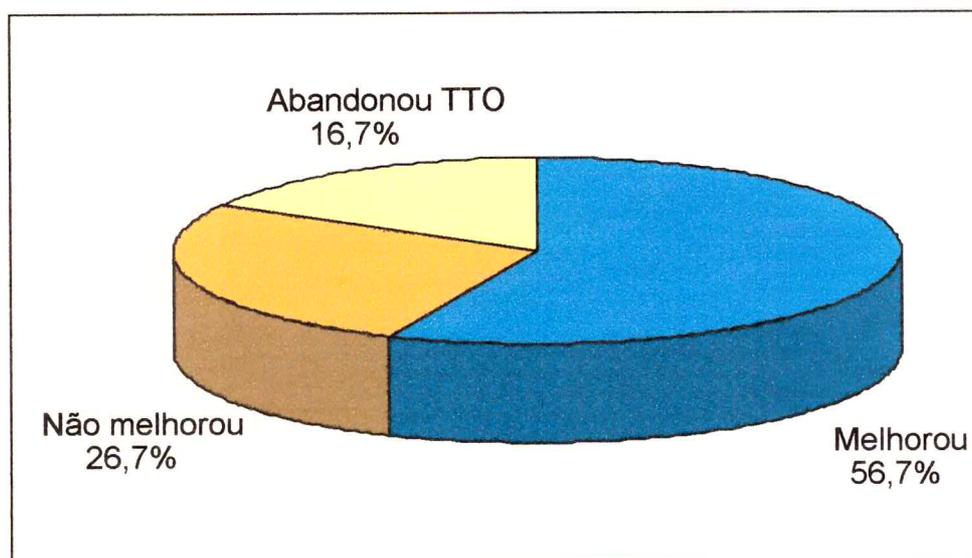


GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO TEMPO DE TRATAMENTO.

3.5 METODOLOGIA OPERACIONAL

Os pacientes dos 30 prontuários analisados eram atendidos uma vez por semana sendo submetidos ao TENS durante 30 minutos com corrente de baixa intensidade, com frequência de 100Hz e largura de pulsos de 100 μ s e técnicas manipulativas, tais como tração cervical manual, pompagem, alongamento das musculaturas do trapézio superior, escaleno, esternocleidomastóideo e massagem relaxante.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise estatística foram utilizados: o teste de Mann-Whitney para testar a faixa etária, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento.

O teste exato de Fisher para comparar o desfecho com o fator sexo e o pacote estatístico SPSS-social package Statistical.

4. RESULTADOS

Foi utilizado o teste de Mann-Whitney com objetivo de verificar a relação da idade, sexo dos pacientes, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento e melhora do tratamento.

O teste Mann-Whitney não mostrou diferença significativa quando se relacionou o resultado do tratamento fisioterapêutico dos pacientes com cefaléia cervicogênica com o sexo dos pacientes ($p = 0,475$). Conforme mostra o gráfico abaixo.

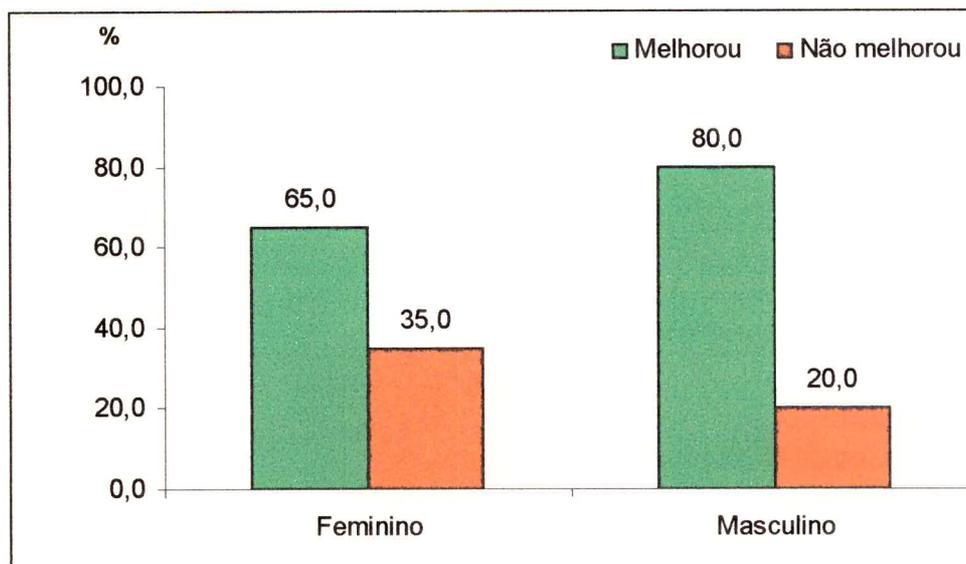


GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO O RESULTADO DO TRATAMENTO E SEXO.

O teste Mann-Whitney não mostrou diferença significativa quando foram relacionados os resultados do tratamento fisioterapêutico dos pacientes com cefaléia cervicogênica com a faixa etária dos pacientes ($p = 0,344$).

Conforme mostra o gráfico abaixo.

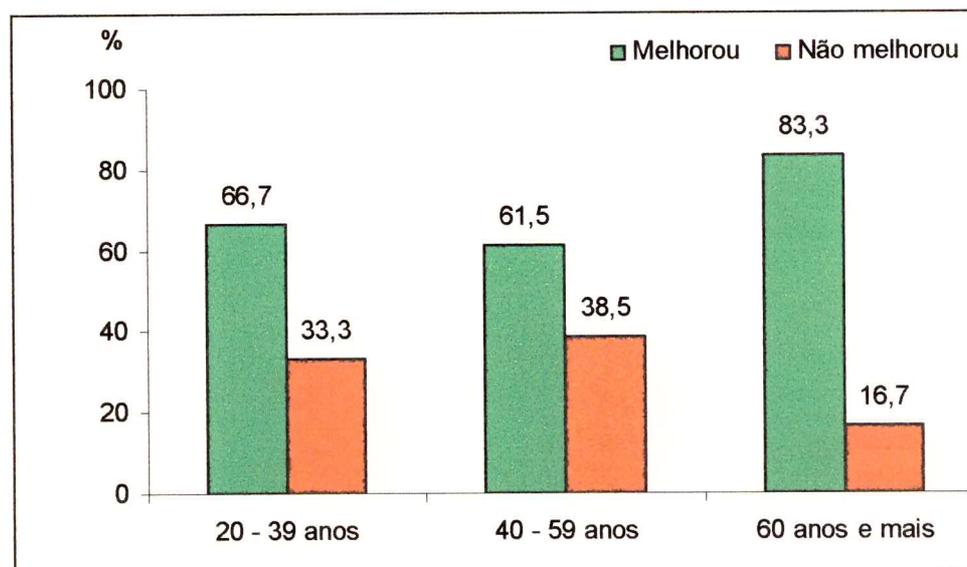


GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO O RESULTADO DO TRATAMENTO E FAIXA ETÁRIA.

Conforme o gráfico 5, o sexo masculino obteve uma melhora de 80% enquanto as mulheres, 60%. Na gráfico 6, pacientes acima de 60 anos obtiveram melhora de 83,3% com o tratamento, os pacientes com 40 – 59 anos houve melhora de 61,5% e nos pacientes com 20 – 39 anos, obtiveram uma melhora de 66,7 %.

O teste Mann-Whitney não mostrou diferença significativa quando relacionou o resultado do tratamento fisioterapêutico dos pacientes com cefaléia cervicogênica com o tempo de diagnóstico ($p = 0,628$). Conforme gráfico abaixo.

5. DISCUSSÃO

A cefaléia cervicogênica é relativamente comum, contudo não é diagnosticada freqüentemente ou reconhecida, causando cefaléia crônica diária. Estes freqüentes sintomas são complexos, e podem ser similares àqueles que são comumente encontrado na cefaléia primária como a migrânea e a cefaléia tensional. O diagnóstico precoce e a administração pelo caminho da compreensão, de um programa multiprofissional de tratamento pode diminuir significativamente o curso lento, o tempo do tratamento prolongado e a incapacidade que freqüentemente é associado com este desafio da dor crônica (BIONDI, 2005).

Segundo Krymchantowski (2002), a Cefaléia Cervicogênica é responsável por 90% dos pacientes que procuram os médicos reclamando de dores de cabeça. Fica clara a importância do estudo da Cefaléia Cervicogênica, uma vez que esta cefaléia acomete uma grande parte da população de crianças a adultos.

TORELLI (2004), em um ensaio recentemente publicado avaliou-se o efeito da fisioterapia na Cefaléia Cervicogênica freqüente casual ou crônica comparado com um grupo controle sem tratamento. Cinquenta pacientes foram avaliados e randomizados em dois grupos de estudo após um período decorrente de 4 semanas. Grupo 1 recebeu 8 semanas fisioterapia padronizada e o grupo 2 recebeu 8 semanas de observação seguido por um tratamento de fisioterapia idêntico. Após a fisioterapia ter sido completa todos foram observados por um período de 12 semanas. Os pesquisadores avaliaram e compararam o número de dias, severidade e duração de episódios de dor de cabeça, e o uso de drogas sintomáticas antes e depois da fisioterapia. Grupo 1 demonstrou uma redução de 28% de episódios de dor de cabeça ($P < 0,001$) e grupo 2 teve uma redução de 22% ($P < 0,001$). Severidade e duração da dor de cabeça assim como consumo de droga ficaram inalterados no decorrer do estudo. Mulheres pareceram ficar melhor do que os homens ($P < 0,02$).

Em nosso estudo, observamos, após análise de prontuários, uma melhora de 56,7 % dos pacientes analisados, o que não foi estatisticamente significativo, devido ao número pequeno de pacientes com cefaléia cervicogênica.

HAMMILL, et al (1996), em um estudo de 20 pacientes com diagnóstico de Cefaléia Cervicogênica que foram tratados em uma clínica uma vez por semana em seis visitas. Um período decorrente de 3 semanas (controle) foi usado como linha de base durante o qual os sujeitos relataram a frequência, duração, e intensidade da dor de cabeça usando uma escala numérica da dor. O Perfil de Impacto da Doença e relatos verbais da frequência, duração e intensidade da dor de cabeça foram gravados em quatro pontos (pré-controle, pré-tratamento, pós-tratamento, e seguimento de 12 meses). O tratamento incluiu o controle de postura em casa e no trabalho, exercícios isotônicos caseiros, massagem, e alongamento dos músculos da coluna cervical. Resultados indicaram que a frequência das dores de cabeça e os escores do Perfil de Impacto da Doença foram significativamente melhorados ($P < .001$) sobre o curso do tratamento e mantido após 12 meses.

Em nosso estudo não obtivemos resultado estatisticamente significativo ($p < 0,086$) para que pudéssemos confirmar a diminuição da severidade e a duração da dor de cabeça.

BIONDI (2005), em outro estudo comparou um programa de exercícios com terapia manual para a cefaléia cervicogênica, relatando uma redução substancial e contínua da frequência da cefaléia e da intensidade que são similares em todos os grupos de tratamento, mas com a tendência para a grande eficácia quando as modalidades de tratamento são combinadas.

Em nosso estudo também concluímos a importância de técnicas manipulativas podendo ser associada ao TENS no tratamento de cefaléia cervicogênica, pois 56,7% melhoraram, apesar de não ter sido estatisticamente significativo.

Modos de terapia manual e física são importantes modalidades terapêuticas para a reabilitação aguda da cefaléia cervicogênica. Ensaio clínico controlado que estudaram a efetividade terapêutica dos exercícios e do tratamento manipulativo nos casos de cefaléia cervicogênica encontrou eficácia

que não era substancialmente afetada pela idade, sexo, ou cronicidade dos pacientes com cefaléia moderada e severa, na intensidade de dor este achado indica que todos os pacientes com cefaléia cervicogênica pode ser beneficiado com os modos de terapia manual e condições físicas (BIONDI, 2005).

No presente estudo o número de pacientes analisados foi insuficiente para afirmar estatisticamente à eficácia da fisioterapia no tratamento da Cefaléia Cervicogênica, o que observamos é que 56,7 % obtiveram melhora em sua dor.

6. CONCLUSÃO

Embora a porcentagem dos dados obtidos tenham demonstrado no presente estudo que as técnicas fisioterapêuticas podem e devem ser utilizadas como coadjuvantes no alívio da Cefaléia Cervicogênica, o número reduzido de pacientes não nos fornece dados estatisticamente significantes. Logo através desse estudo, podemos sugerir que sejam feitas novas pesquisas utilizando maior número de pacientes a fim de obter dados estatisticamente significantes do tratamento fisioterapêutico na cefaléia cervicogênica.

LUIZA SOARES FERES
RENATA ALVES DE MATOS

**EFICACIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
PACIENTE PORTADORES DE CEFALEIA CERVICOGENICA**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Mariângela Braga Pereira Nielsen
Orientador

Prof. Patrik Fontes Costa
Co-orientador

Prof. Renan Barros Domingues

Vitória, Dezembro de 2005.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO, A.O.; Cefaléia Cervical. **Revista Neurociências**, abril de 2002, vol. 10, n. 3, p. 22-24. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/fisioweb>
2. BIONDI, D.M. Physical treatments for headache: A Structured Review. **Headache**, junho de 2005, vol. 45, n. 6, p. 738 - 746. Disponível em: www.headachedrugs.com
3. CARROL, D.; et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. **The Cochrane Library**, novembro de 2001, volume 45, n.3, p.1136 -1139. Disponível em: <http://www.cochrane.org>
4. Galvão, A.C.R. **Cefaléias Primárias: Dor, Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr, 2001, p. 283-285.
5. GREGORY, P.G.; **Moderna Terapia Manual da Coluna Vertebral**: 1.ed. São Paulo: Editora Medica Panamericana, 1994, 897 p.
6. Gross, J.; Fetto, J.; Rosen, E. **Exame músculo esquelético**: Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p. 12-84.
7. HAMMILL, J.M.; COOK, T.M.; ROSECRANCE, J.C. Effectiveness of a physical therapy regimen in the treatment of tension- type headache. **Headache**. Março de 1996, vol. 36, n. 3, p.149 – 153. Disponível em: www.pubmed.com.br
8. HOPPENFELD, Stanley. **Propedêutica Ortopédica: Coluna e Extremidades**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 96 – 102.
9. KRYMCHANTOWSKI, A.V. **Cefaléias Primárias como diagnosticar e tratar: Abordagem prática e objetiva**. 2.ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2002, p.15-34
10. MANNHEIMER, J.S.; Electrode Placements for Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. **Journal of the American Physical Therapy**

- Association**, dezembro de 1978, vol. 58, n.12, p. 1455 -1462.
Disponível em: www.pubmed.com.br
11. RAFFAELLI, J.E.; MARTINS, O.J. **Dor de cabeça: o que se diz... o que se sabe...** 4. ed, São Paulo: Lemos Editorial,1999, 111p.
 12. SANVITO, W.L. **Propedêutica Neurológica Básica.** 1.ed. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 19 – 31.
 13. SANVITO, W.L.; MONZILO, P.H. **Cefaléias Primárias: aspectos clínicos e terapêuticos.** 3.ed. Ribeirão Preto: Atheneu, 2001, p. 437-448.
 14. SILVA, W.F. **Diagnóstico das cefaléias.** 1.ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2003, p. 225-238.
 15. SPECIALI, J.G.; SILVA, W.F. **Cefaléias.** 1.ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2002, p.15-257.
 16. TORELLI, P.; JENSEN, J. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. **Cephalalgia**, janeiro de 2004, vol. 24, n. 1, p. 29-36.
Disponível em: <http://www.medscape.com>
 17. TRIBIOLI, R.A. The curret critical analysis about TENS involving parameters of stimulation to control the pain. Ribeirão Preto, 2003, 61 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Instituto de Química de São Carlos, Universidade de São Paulo.