



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

VITORIA PEREIRA SUGURI

MASSAGEM TERAPÊUTICA NA CEFALÉIA TENSIONAL: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA

GOIÂNIA-GO

2023

VITORIA PEREIRA SUGURI

**MASSAGEM TERAPÊUTICA NA CEFALÉIA TENSIONAL: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Artigo elaborado para fins de avaliação na disciplina: Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás.

Orientadora: Prof.^a Me. Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz.

GOIÂNIA

2023

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
METODOLOGIA	6
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO.....	21
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO	Erro! Indicador não definido.

Massagem Terapêutica na cefaleia tensional: Revisão Integrativa da Literatura.

Massage Therapy in tension headache: an integrative review of the literature.

Vitoria Pereira Suguri¹, Ms. Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz²

¹ Discente do curso de fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

² Mestra em Ciências Ambientais e Saúde pela Universidade Católica de Goiás, Docente e Pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Endereço para correspondência:

Avenida José Leandro da Cruz, chácara 101 casa 1 Parque Amazônia, Goiânia - Goiás CEP: 74840390.

E-mail: vitoriasuguri@gmail.com Telefone: (62) 98310-7127

RESUMO

Objetivo: Avaliar, por meio de revisão literária, os efeitos da massagem terapêutica no tratamento da cefaléia tensional. **Métodos:** A busca pelos artigos foi conduzida no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dado PubMed. Os descritores utilizados foram [*tension-type headache and massage, tension-type headache and massage and benefits*]. **Resultados:** A amostra deste estudo foi composta por quatro artigos publicados em inglês abordando tratamento, por meio da massagem terapêutica em pacientes com cefaleia tensional. Evidenciou-se o efeito da massagem, especialmente quando e associada a outras técnicas sendo seus efeitos por tempo duradouro. **Conclusão:** A massagem possui efeitos positivos no tratamento da cefaleia tensional, porém para obter resultados mais expressivos é necessário associar a massagem à outras técnicas de terapia manual.

Palavras chaves: Massagem, Cefaleia tensional.

ABSTRACT

Objective: To evaluate, through a literature review, the effects of massage therapy in the treatment of tension headache. **Methods:** The search for articles was conducted on the Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL) and on the PubMed database. The descriptors used were tension-type headache and massage, tension-type headache and massage and benefits. **Results:** The sample of this study was composed of four articles published in English addressing treatment through massage therapy in patients with tension headache. The effectiveness of massage alone and associated with other techniques for a long time was evidenced. **Conclusions:** Massage is considered effective in the treatment of tension headache, but to obtain more expressive results it is necessary to associate massage with other manual therapy techniques.

Keywords: Massage, Type-tension headache.

INTRODUÇÃO

A cefaleia pode ser definida como qualquer dor manifestada no segmento cefálico, e é descrita por termos que refletem sua localização ou intensidade. Entre as cefaleias primárias, a cefaleia do tipo tensão (CTT) é considerada muito comum na sociedade devido sua alta prevalência e geralmente é causado por tensão ou estresse¹.

É descrita como uma dor ou sensação de aperto, pressão ou constrição, amplamente variáveis na frequência, intensidade e duração, esta última, habitualmente prolongada e, geralmente, de localização suboccipital familiar².

Apesar de não ser um risco de vida, a dor de cabeça, muitas vezes, causa sofrimento, perda importante da eficiência no trabalho e diminuição da qualidade de vida³. A CTT é dividida em episódica frequente, episódica infrequente e crônica⁴.

De acordo com a terceira edição da International Headache Society⁵, a cefaleia do tipo tensão episódica frequente é caracterizada por pelo menos 10 episódios de cefaleia ocorrendo em média em 1-14 dias/mês por >3 meses (≥ 12 e < 180 dias por ano), com duração de 30 minutos a sete dias. Por sua vez, a episódica infrequente é caracterizada por pelo menos 10 episódios de cefaleia ocorrendo em < 1 dia/mês em média (< 12 dias/ano), com duração de 30 minutos a sete dias, enquanto a crônica é caracterizada por cefaleia acontecendo em média ≥ 15 dias/mês, por >3 meses (≥ 180 dias/ano), com duração de horas a dias, ou sem remissão.

Conforme a terceira edição da International Classification of Headache Disorders (ICHD-III) a CTT é muito comum, com um predomínio na população geral com uma variação entre 30% e 78% e tendo um elevado impacto socioeconômico. É mais comum em mulheres do que em homens e acomete um maior número de pessoas entre a idade de 30 e 39 anos, sendo observada uma redução na prevalência ao longo da vida em ambos os sexos⁶.

Pelo seu impacto sobre as atividades diárias dos indivíduos a CTT acaba por interferir nas atividades realizadas, causando perdas tanto individuais quanto sociais, ocasionando perda expressiva da produtividade no trabalho e alteração das relações sociais, podendo acarretar um pior desempenho no trabalho e na faculdade, pois piora o humor e a capacidade de concentração. Além disso, ela é responsável por aumentar o número de absenteísmo⁷.

A fisiopatologia não é bem compreendida ainda, mas vários estudos detalham que ela está associada a mecanismos periféricos (sensibilidade aumentada à dor miofascial e sensibilização periférica de nociceptores miofasciais) e centrais (sensibilização de neurônios de segunda ordem e córtex somatossensorial). É indicado estratégias para

acalmar o sistema nervoso central e normalizar a hipersensibilidade. Sugere-se que isso seja alcançado alterando a entrada sensorial e interrompendo o estímulo nociceptivo⁸.

Nesse contexto, as terapias manuais têm apresentado benefícios aos indivíduos que possuem cefaleia tensional. Dentre as diversas técnicas manuais utilizadas no tratamento da CTT está a massagem terapêutica que é uma técnica que envolve a aplicação de fricção, pressão, manipulação ou movimentos de deslizamento entre a pele e os tecidos moles para promover a circulação, o relaxamento e o alívio da dor¹.

Há vários tipos de massagem que atuam de diferentes formas para propiciar os benefícios desejados, de acordo com os objetivos do indivíduo ou a indicação clínica para a recuperação ou tratamento de patologias pré-existentes⁹. Por meio da aplicação desta técnica, alcançam-se diversos benefícios como relaxamento, controle do estresse; diminuição da ansiedade; alívio da tensão e das dores musculares; melhora da circulação sanguínea; alívio de dores de cabeça, estimulação e o equilíbrio do trato gastrointestinal; melhora na eliminação de toxinas e resíduos metabólicos e diminuição da insônia¹⁰.

Pelas razões acima apresentadas, a massagem tem sido empregada em pacientes com cefaleia tensional, a fim de diminuir o grau de tensão muscular, levando à diminuição da dor. Compreender, portanto, o efeito dessa terapia no tratamento da CTT é primordial para a definição de um programa fisioterapêutico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste na construção de análise ampla de estudos, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de pesquisas sobre o tema. Este método permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudo e à facilitação na tomada de decisão com relação às intervenções que podem resultar no cuidado mais efetivo¹¹.

A busca pelos artigos foi conduzida no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dado PubMed no período de fevereiro a junho de 2023, nos idiomas português e inglês. Os descritores utilizados foram: [*Tension-Type headache and Massage, Tension-Type Headache and Massage and Benefits*]. Os artigos foram selecionados e analisados por meio de um instrumento para coleta de dados elaborado pelas pesquisadoras.

De acordo com as normas da revisão integrativa foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: (a) pesquisas que investigaram a massagem terapêutica no tratamento da

cefaleia tensional; (b) ensaios clínicos; (c) artigos que apresentam técnicas associadas a massagem na CTT; (d) artigos em português e inglês. Os critérios de exclusão serão: (a) artigos que não abordem a massagem terapêutica; (b) artigos que abordem outros tipos de cefaleia ; (c) artigos de revisão de literatura, dissertações e teses; (d) artigos duplicados.

O processo de elaboração da revisão integrativa teve como base a definição de um problema e a formulação de uma questão de pesquisa que apresenta relevância para a saúde. Nesta pesquisa a pergunta que direcionou a revisão foi: Quais os efeitos obtidos com a massagem terapêutica no tratamento de pacientes com cefaleia tensional?

A segunda etapa, após a escolha do tema, e a formulação da questão de pesquisa, se iniciou com a busca de dados no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dado PubMed para identificação dos estudos que seriam incluídos na revisão. A determinação dos critérios foi realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse. Além disso, realizou-se uma busca manual em periódicos e nas referências descritas nos estudos relacionados.

A terceira etapa constituiu-se na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um quadro para reunir e sintetizar as informações-chave, como autores, ano, local de publicação, título, objetivos, métodos e resultados.

A quarta etapa contemplou a análise crítica dos estudos selecionados, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Trata-se de um momento que demanda uma abordagem organizada para avaliar de forma crítica cada estudo e as suas características, analisando a validade do método de cada um e de seus resultados.

A quinta etapa compreendeu-se na interpretação e discussão dos resultados da pesquisa, comparando os dados obtidos com o conhecimento teórico e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

A sexta etapa é a apresentação da revisão, com informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos.

Buscando apresentar as etapas do processo metodológico de maneira didática, foram disponibilizados um quadro e um fluxograma, nos quais é possível a compreensão do caminho metodológico percorrido (Quadro 1 e Figura 1). Da mesma forma, foi organizado um quadro com os resultados que permite a comparação entre todos os estudos selecionados e,

logo, a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral (Quadro 2).

Quadro 1 Combinação dos descritores, total de títulos e seleção final.

Bases de Dados	Descritores	Total de Títulos	Seleção Final
BVS	<i>Tension-Type Headache and Massage</i>	105	1
	<i>Tension-Type Headache and Massage and benefits</i>	8	0
PUBMED	<i>Tension-Type Headache and massage</i>	66	2
	<i>Tension-Type Headache and massage and benefits</i>	13	1
TOTAL			4

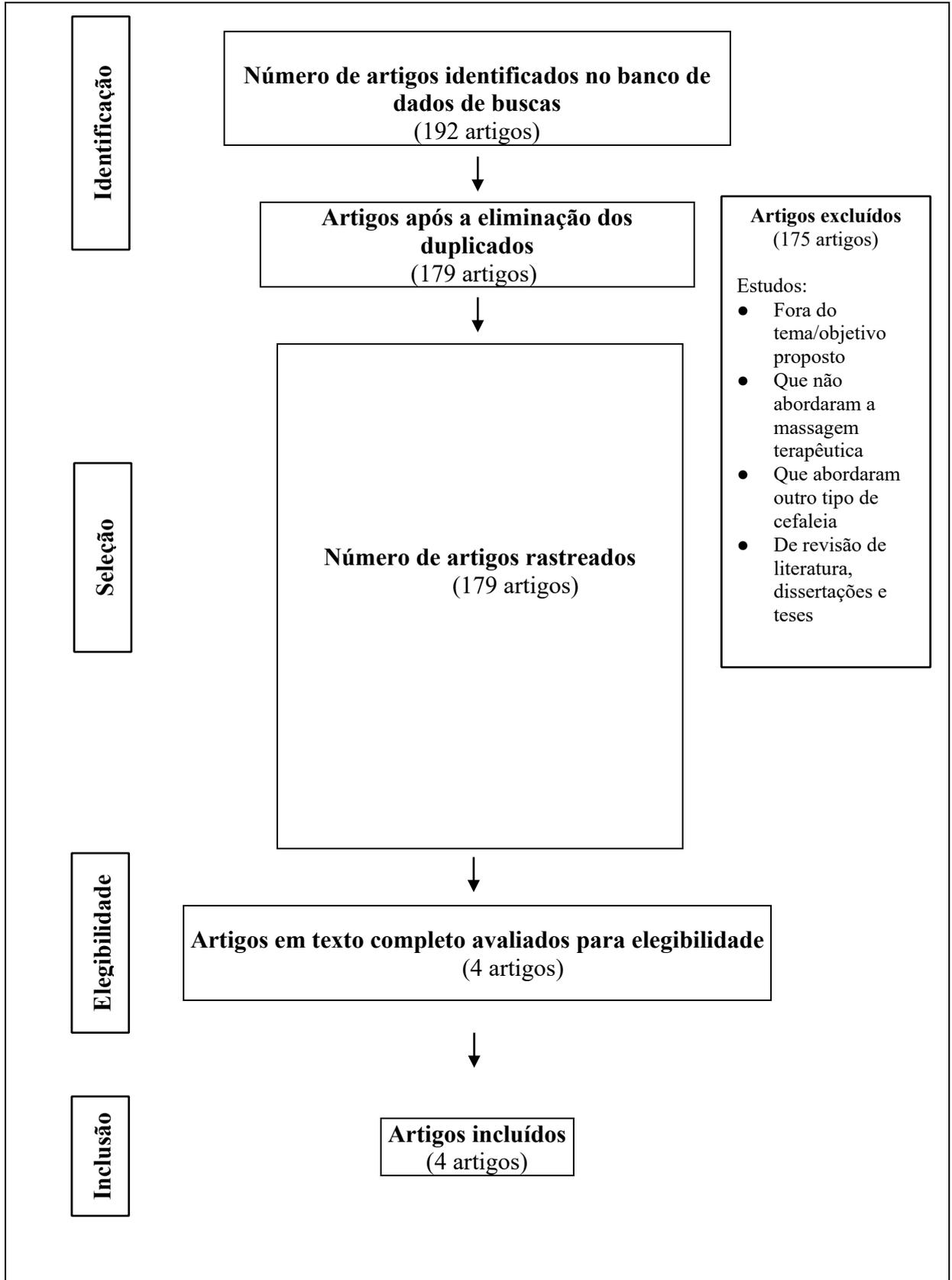


Figura 1. Representação do fluxo de informação com as diferentes fases da revisão integrativa.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por quatro artigos, publicados em inglês. O Quadro 2 apresenta a descrição dos artigos com suas respectivas referências, métodos e instrumentos utilizados, e os resultados.

Os estudos abordam tratamento, através da massagem terapêutica em pacientes com cefaleia tensional. Em todos, foram realizadas avaliações no início e logo ao final do tratamento. Espí¹², Ferragut¹³, realizaram também após 8 semanas, após 15 e 30 dias após o término do tratamento respectivamente. Moraska¹⁴, também realizou 4 vezes em intervalos de 3 semanas durante e após o término do tratamento, a fim de verificar se os resultados foram duradouros.

As pesquisas incluíram indivíduos com histórico de CTT por pelo menos 6 meses e que apresentavam nenhum ou pelo menos 3 pontos-gatilho nos músculos examinados, com diagnóstico de ETTH (Cefaleia tipo tensão episódica frequente) e CTTH (Cefaleia do tipo tensional crônica). Para a avaliação das pacientes utilizaram-se de métodos, como Escala Visual Analógica (EVA), algômetro, goniômetro, autorrelato, diário de 15 dias, inventário de Incapacidade da Cefaleia (HDI), diário de dor de cabeça, teste de impacto da dor de cabeça (Hit-6).

O principal objetivo nos quatro artigos foi avaliar o efeito do tratamento fisioterapêutico na cefaleia tensional, através da comparação da massagem terapêutica sozinha e com outras técnicas associadas. As técnicas aplicadas nos artigos foram: manipulação do eixo occipital-atlas, mobilização neural, massagem e liberação de pontos-gatilho miofasciais e agulhamento a seco.

Quadro 2: Descrição dos artigos selecionados de acordo com autores, ano, métodos, instrumentos de avaliação e resultados.

	Autor/Ano	Métodos	Resultados		
1	Kamali, F., et al./2018	INTERVENÇÃO	Escala visual analógica (EVA)		
		Grupo 1 (20): Agulhamento a seco.			
	Tipo de estudo	Grupo 2 (20): Massagem por fricção.		Antes*	Depois**
	Ensaio clínico randomizado simples-cego paralelo	DURAÇÃO DO TRATAMENTO: 3 sessões, 1 vez por semana.	G1	8,00	3,00 ± 2,31
		AVALIAÇÃO: Avaliação foi realizada antes do tratamento e 48 h após a última sessão de tratamento.	G2	9,50	4,22 ± 3,51
	Nº de participantes e idade média	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:	*valores referentes à mediana **valores referentes à média±DP		
	40 participantes Idade média de 35,57 anos.	<ul style="list-style-type: none"> Escala Visual Analógica (EVA): Instrumento utilizado para avaliar a intensidade da dor. Trata-se de uma linha reta, indicando uma pontuação de 0 a 10, sendo 0 ausência total e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente. 			
			Auto-relato de dor		
				Antes*	Depois**
			G1	5,00	1,95 ± 2,08
		<ul style="list-style-type: none"> Autorrelato: foi registrado o número de dias na semana em que o paciente sentiu dor de cabeça 	G2	7,00	2,85 ± 2,56
			*valores referentes à mediana ** valores referentes à média±DP		
		<ul style="list-style-type: none"> Algômetro: 	Algômetro		
		Utilizado para registrar o limiar de dor à pressão nos pontos-gatilho.	G1	Antes*	Depois**
	Valores de referência:	Limiar da dor	1,07	1,27 ± 0,25	
	Os limiares de dor inferiores a 1 kgf/cm ²	G2			

<p>sugerem que o paciente está extremamente sensível ao estímulo mecânico.</p> <p>Entre 1 e 2 kgf/cm² sugerem uma sensibilização do sistema nervoso, porém com uma menor relevância clínica.</p> <p>Acima de 2 kgf/cm² demonstram valores normais do limiar de dor à pressão do Algômetro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Goniômetro: Registrar a amplitude de movimento das articulações. No presente estudo foi avaliada a região cervical nos seguintes movimentos: flexão, extensão, rotação direita e esquerda e flexão direita e esquerda. <p>Valores de referência da amplitude de movimento cervical: flexão (0-65 graus), extensão (0-50 graus), rotação (0-55 graus), flexão do lado direito e esquerdo (0-40 graus).</p>	Limiar da dor	0,86	1,12 ± 0,42
	*valores referentes à mediana		
	** valores referentes à média±DP		
	Goniômetro		
	G1	Antes*	Depois**
	Amplitude de movimento cervical Flexão	36,25	35,37 ± 6,24
	Extensão	50,00	55,75 ± 10,51
	Rotação direita	60,00	59,35 ± 5,41
	Rotação esquerda	63,75	61,42 ± 8,74
	Flexão do lado direito	30,00	31,87 ± 3,33
	Flexão do lado esquerdo	30,00	32,00 ± 4,10
	G2		
	Amplitude de movimento cervical Flexão	35,00	36,75 ± 6,83
	Extensão	45,00	51,80 ± 14,58
	Rotação direita	55,50	61,25 ± 10,80
Rotação esquerda	65,00	65,37 ± 9,46	
Flexão do lado direito	40,00	37,57 ± 6,76	

			Flexão do lado esquerdo	41,00	39,60 ± 7,16			
			*valores referentes à mediana ** valores referentes à média±DP					
	Autor/Ano	Métodos	Resultados					
	Ferragut-Garcías, A. et al./2016	INTERVENÇÃO: Grupo A (24): Massagem placebo superficial Grupo B (23): SST (técnicas de tecido mole). Grupo C (25): NMT (técnicas de mobilização neural). Grupo D (25): Tratamento combinado envolvendo tecidos moles e NMT (técnicas de mobilização neural).	Valores da frequência e intensidade da crise de dor e pontuação em Questionário Impact Hit-6					
	Tipo de estudo		Variável	Grupo A (n=24)	Grupo B (n=23)	Grupo C (n=25)	Grupo D (n=25)	
	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado.			Média ± DE	Média ± DE	Média ± DE	Média ± DE	
	Nº de participantes e idade média	DURAÇÃO DO TRATAMENTO: 6 sessões de 15 minutos.	Frequência (d/15dias)	Pré	7,2 ± 2,7	8,6 ± 2,3	7,9 ± 2,7	8,0 ± 2,6
	97 participantes Idade média de 39,7 anos.	AVALIAÇÃO: A avaliação foi realizada antes do início do estudo (Pré), uma hora após a última sessão (pós), quinze dias depois (pós 15 dias), trinta dias depois (pós 30 dias).		Pós	6,7 ± 2,5	4,7 ± 1,7	4,2 ± 1,7	3,5 ± 1,7
				Pós 15 dias	6,9 ± 2,5	4,7 ± 1,4	4,3 ± 2,2	3,5 ± 1,7
				Pós 30 dias	6,8 ± 2,3	4,8 ± 1,7	4,3 ± 2,2	3,4 ± 1,9
		INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: • Diário de 15 dias: Os pacientes receberam diários de 15 dias. Um diário foi dado duas semanas antes da primeira sessão (pré-medição), outro após a	Intensidade (0-10 pontos)	Pré	5,6 ± 1,1	4,4 ± 1,1	5,7 ± 0,8	5,1 ± 1,0
				Pós	5,4 ± 1,2	2,8 ± 1,0	4,0 ± 1,0	2,9 ± 1,0
				Pós 15 dias	5,4 ± 1,0	2,8 ± 0,8	4,0 ± 0,9	2,9 ± 1,0
				Pós 30 dias	5,4 ± 1,1	2,8 ± 1,0	4,1 ± 0,9	3,0 ± 1,1

2	<p>quarta sessão (Pós), outra após a sexta sessão (Pós 15 dias) e a última 15 dias após a sexta sessão (Pós 30 dias).</p> <p>O diário tinha de ser preenchido todos os dias na manhã, tarde e noite para informar a frequência da dor de cabeça.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala Visual Analógica (EVA) Foi registrado três vezes todos os dias (manhã, tarde e noite). A intensidade da dor foi obtido a partir da média dos três maiores valores de cada diário. • Algômetro: O limiar de dor à pressão foi analisado em 3 pontos: ponto 1 do músculo temporal (PPT1), ponto 2 do músculo temporal (PPT2) e no nervo supraorbitário emergente (PPT3). <p>Foi avaliado três vezes em cada ponto, com intervalo de 30 segundos para obter a medida final, a tentativa mais alta foi descartada e as outras duas s tentativas em cada ponto foram calculadas em média.</p> <p>Valores de referência: Os limiares de dor inferiores a 1 kgf/cm² sugerem que o paciente está extremamente sensível ao estímulo mecânico.</p>	Hit6 (36-78 pontos)	Pré	60,0 ± 5,9	60,8 ± 5,7	59,0 ± 5,3	59,7 ± 6,0	
			Pós	57,2 ± 4,5	52,8 ± 5,1	51,0 ± 5,5	50,0 ± 6,2	
			Pós 15 dias	57,5 ± 4,8	52,9 ± 4,7	51,8 ± 5,2	50,0 ± 5,7	
			Pós 30 dias	57,7 ± 5,5	52,9 ± 5,1	51,7 ± 5,4	50,3 ± 5,4	
		Valores do teste de limiar de dor à pressão nos três pontos.						
		Variável		Grupo A (n=24)	Grupo B (n=23)	Grupo C (n=25)	Grupo D (n=25)	
				Média ± DE	Média ± DE	Média ± DE	Média ± DE	
		PPT1 (kg/cm2)	Pré	1,9 ± 0,3	2,1 ± 0,4	2,0 ± 0,3	2,0 ± 0,4	
			Pós	2,0 ± 0,4	3,1 ± 0,4	2,9 ± 0,3	3,2 ± 0,4	
			Pós 15 dias	2,0 ± 0,4	3,1 ± 0,4	2,9 ± 0,4	3,2 ± 0,4	
			Pós 30 dias	1,9 ± 0,4	3,0 ± 0,4	2,9 ± 0,4	3,2 ± 0,4	
		PPT2 (kg/cm2)	Pré	1,8 ± 0,3	1,9 ± 0,4	1,9 ± 0,4	2,0 ± 0,3	
			Pós	1,8 ± 0,4	2,9 ± 0,5	2,8 ± 0,4	3,3 ± 0,3	
			Pós 15 dias	1,8 ± 0,4	2,9 ± 0,5	2,8 ± 0,4	3,3 ± 0,4	
			Pós 30 dias	1,8 ± 0,4	2,8 ± 0,5	2,8 ± 0,4	3,3 ± 0,4	
PPT3 g/cm2)	Pré	1,0 ± 0,3	1,1 ± 0,3	1,0 ± 0,3	1,2 ± 0,3			

3	e idade média	<p>A avaliação foi realizada em 3 etapas: no início do tratamento, no final do tratamento (às 4 semanas) e acompanhamento, 8 semanas após a conclusão do tratamento.</p> <p>INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inventário de Incapacidade da Cefaleia (HDI): O objetivo da escala é identificar as dificuldades que o paciente pode ter devido à dor de cabeça. <p>Inclui dois itens: intensidade da cefaleia (leve, moderada e intensa) e frequência (uma vez por mês, mais de uma vez e menos de 4 vezes por mês e uma vez por semana) e 25 itens que avaliam duas subescalas (E=emocional com 13 itens e F=funcional com 12 itens).</p> <p>Os sujeitos respondem a cada questão (sim=4 pontos, às vezes =2 pontos ou não =0 pontos). A pontuação máxima de incapacidade neste inventário é de 100 pontos.</p> <p>Pontuação total de 10 a 28 é considerada indicativa de incapacidade leve; de 30-48 é incapacidade moderada; de 50-68 é incapacidade grave; de 72 ou mais é deficiência completa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Goniômetro: Registrar a amplitude de movimento das articulações. No presente estudo foi avaliada a 					
	102 participantes Idade média de 38,9 anos.		Grupo 2	2.25±0.63	1.71±0.64	16.57±12.00	16.20±12.19
			Acompanhamento				
			Grupo 1	2.29±0.67	1.76±0.68	17.29±11.66	14.59±12.04
			Grupo 2	1.86±0.69	1.57±0.64	14.47±10.23	12.63±9.76
			*Média±desvio padrão da pontuação do Inventário de Incapacidade de Cefaleia para os grupos de intervenção em pontos de dados.				
			Goniômetro*				
			Cervical Superior*				
				Flexão		Extensão	
			Início				
			Grupo 1	8.31±4.41		15.00±7.95	
			Grupo 2	7.82±3.27		16.22±8.58	
			Final				
			Grupo 1	11.16±4.42		18.80±8.87	
			Grupo 2	13.16±4.75		23.25±9.74	
	Acompanhamento						
	Grupo 1	11.06±4.78		45.53±16.66			
	Grupo 2	11.67±4.97		46.12±14.67			

		região cervical nos seguintes movimentos: flexão e extensão cervical superior e flexão e extensão cervical. Valores de referência da amplitude de movimento cervical: flexão (0-65 graus) e extensão (0-50 graus).	Cervical*				
			Início				
			Grupo 1	48.18±10.45	45.53±16.66		
			Grupo 2	52.57±10.98	46.12±14.67		
			Final				
			Grupo 1	55.22±11.26	51.37±14.21		
			Grupo 2	54.31±11.28	52.27±15.38		
			Acompanhamento				
			Grupo 1	53.88±11.42	51.31±13.87		
			Grupo 2	52.59±12.84	50.73±13.98		
			*Média±desvio padrão da amplitude de movimento cervical e cervical superior.				
Autor/Ano	Metódos	Resultados					
Moraska, A.; Chandler, C./2008.	INTERVENÇÃO: Grupo 1 (13): massagem. Grupo 2 (3): massagem.	Diário de dor de cabeça					
		Frequência (dias/semana)					
Tipo de estudo	DURAÇÃO DO TRATAMENTO: 12 sessões de massagem de 45 minutos por seis semanas.		Linha de base	3 semanas	6 semanas	Acompanhamento	
COORTE		Grupo 1	5,33 ± 0,54	4,93 ± 0,75	4,28 ± 0,88	3,67 ± 1,18	
	AVALIAÇÃO:	Grupo 2	2,57 ± 0,85	2,57 ± 1,71	1,00 ± 0,33	1,33 ± 0,33	

4	Nº de participantes e idade média	<p>Quatro fases de 3 semanas: linha de base, massagem (duas fases de 3 semanas) e fase de acompanhamento</p> <p>INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diário de dor de cabeça: Cada sujeito manteve um diário de dor de cabeça, que foi concluído imediatamente antes de se deitar para dormir. <p>Registrou a frequência se houve a presença de uma dor de cabeça tipo tensão todos os dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Visual Analógica (EVA) Registrou a duração de cada dor de cabeça, se ocorresse uma dor de cabeça, a duração era registrada em horas e minutos. Índice de incapacidade de dor de cabeça (IDH): 	Intensidade (EVA 0-100)				
	16 participantes Idade média de 43,8 anos.			Linha de base	3 semanas	6 semanas	Acompanhamento
			Grupo 1	43,2 ± 6,30	38,7 ± 9,18	31,9 ± 9,39	32,8 ± 10,3
			Grupo 2	60,3 ± 22,5	41,2 ± 20,0	43,1 ± 28,4	40,6 ± 23,2
			Duração (h)				
				Linha de base	3 semanas	6 semanas	Acompanhamento
			Grupo 1	3,58 ± 1,10	3,96 ± 1,01	2,85 ± 0,70	2,70 ± 0,48
			Grupo 2	5,73 ± 5,38	4,77 ± 3,80	5,37 ± 3,93	2,90 ± 1,65
			Índice de Incapacidade da Cefaléia (IDH)				
				Linha de base	3 semanas	6 semanas	Acompanhamento
			IDH - Total				
			Grupo 1	43,6 ± 7,66	34,0 ± 9,55	23,3 ± 10,6	26,4 ± 9,20
			Grupo 2	43,6 ± 7,66	40,6 ± 34,6	33,4 ± 14,6	26,6 ± 10,2
			IDH - Emocional				
			Grupo 1	17,8 ± 3,58	14,3 ± 4,19	9,08 ± 4,32	9,85 ± 4,18
			Grupo 2	19,0 ± 13,1	15,3 ± 12,9	9,08 ± 4,32	7,33 ± 3,46
			IDH - Funcional				

			Grupo 1	$25,8 \pm 4,80$	$19,7 \pm 5,66$	$14,2 \pm 6,57$	$16,5 \pm 5,34$
			Grupo 2	$28,0 \pm 16,1$	$25,3 \pm 21,8$	$22,7 \pm 7,96$	$19,3 \pm 6,92$

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi possível verificar nos artigos analisados que a média de idade dos participantes foi de 38,98 anos. Há consenso na literatura de que as cefaleias predominam entre adultos jovens, justamente a faixa etária mais produtiva economicamente, havendo um predomínio de casos entre 30 e 39 anos de idade^{1,15}. Além disso, verificou-se nos estudos uma prevalência de mulheres, o que corrobora os dados trazidos pela literatura, cuja proporção entre mulheres e homens é de 3:2, provavelmente em decorrência de fatores de modulação hormonal^{1,16}.

A avaliação da CCT é fundamental para a tomada de decisão acerca do tratamento. Os artigos analisados elegeram os seguintes instrumentos para avaliação da CCT: escala visual analógica (EVA), Índice de incapacidade de dor de cabeça (HDI), diário de dor de cabeça, goniômetro, teste de impacto da dor de cabeça (HIT 6) e algômetro. A EVA foi utilizada na maioria dos estudos. Esta escala, apesar de mensurar apenas a intensidade da dor, é considerada uma ferramenta válida e confiável para medidas de dores agudas e crônicas, sendo vantajosa pela rápida avaliação^{17,18}, o que pode explicar o fato de ser o instrumento mais utilizado nos estudos apresentados.

O uso do goniômetro na avaliação da CCT pode, em um primeiro momento, parecer dispensável. Entretanto, avaliar a amplitude de movimento (ADM) cervical, em muitos casos é importante, uma vez que, a limitação da ADM cervical pode indicar disfunções osteomioarticulares, dores no pescoço de origem traumática ou idiopática e cefaleia¹⁹⁻²¹. Sendo assim, o ganho de ADM cervical pode indicar melhora funcional e diminuição da dor, comprovando o efeito do tratamento no paciente^{22,23}.

Para uma avaliação completa da dimensão da CCT, sugere-se a utilização do HDI e o HIT-6. Estes instrumentos de avaliação são importantes por trazerem de uma forma ampla uma abordagem das dimensões da incapacidade²⁴. Além disso, esses questionários são indicados para a avaliação dos desfechos em cefaleias²⁵.

No que concerne à duração do tratamento, os estudos apontaram a realização de 3 a 12 sessões de massagem, em um período de 1 semana à 8 semanas, variando de 15 minutos a 45 minutos. Em todos, pode-se observar uma redução na dor de cabeça com a realização da massagem sem, contudo, eliminar a dor. Para VERSAGI, *et al.*, 2015²⁶ o tratamento da CCT por meio da massagem deve seguir o protocolo de sessões de 60 minutos, duas vezes por semana, durante a ocorrência da cefaleia com pelo menos uma sessão preventiva ou de manutenção a cada mês após a melhora do quadro clínico.

As técnicas utilizadas no tratamento da CCT foram diversas, tendo como objetivos reduzir o quadro álgico, tratar os pontos gatilhos, aumentar a amplitude de movimento cervical e melhorar a qualidade de vida. Foram utilizados métodos como massagem, técnicas de tecido mole, mobilização neural, técnicas combinadas envolvendo tecidos moles e técnicas de mobilização neural, agulhamento a seco, técnicas associando manipulação do eixo occipital-atlas (OAA) e tratamento de tecidos moles por massagem.

Ferragut-Garcías et al. (2016)¹³ compararam 4 grupos com técnicas de tratamento diferentes sendo, grupo A (massagem placebo superficial), grupo B (técnicas de tecido mole), grupo C (técnicas de mobilização neural) e grupo D (tratamento combinado envolvendo tecidos moles e técnicas de mobilização neural). O grupo D obteve resultados mais significativos no manejo da dor (Diário de 15 dias (frequência) – GA – Antes: $7,2 \pm 2,7$; Depois: $6,8 \pm 2,3$ | GB – Antes: $8,6 \pm 2,3$; Depois: $4,8 \pm 1,7$ | GC – Antes: $7,9 \pm 2,7$; Depois: $4,3 \pm 2,2$ | GD – Antes: $8,0 \pm 2,6$ Depois: $3,4 \pm 1,9$). Acredita-se que os resultados encontrados sejam devido aos efeitos da mobilização neural (MN), que visa reestabelecer o fluxo exoplasmático, reduzir a mecanossensibilidade e ativar mecanismos analgésicos mecanicamente estimulando os nervos com palpação, alongamento e deslizamento e reestabelecer o fluxo exoplasmático²⁶⁻³⁰.

No estudo de Kamali et al. (2018)³¹, o objetivo foi comparar o efeito do agulhamento à seco (Grupo 1) versus massagem de fricção (Grupo 2) em pacientes com CCT. Verificou-se que a frequência, intensidade e o limiar de dor à pressão melhoraram em ambos os grupos, tendo o G1 se destacado mais (Algômetro: G1 – Antes: 1,07; Depois: $1,27 \pm 0,25$ | G2 – Antes: 0,86; Depois: $1,12 \pm 0,42$). O resultado obtido no estudo pode ser explicado pois, embora o agulhamento a seco possa não alterar todos os aspectos centrais da sensibilização, é provável que a dor local e referida seja reduzida, o fluxo sanguíneo muscular, a oxigenação, os padrões de ativação muscular e a amplitude de movimento sejam melhorados e o ambiente bioquímico dos pontos gatilhos seja alterado^{32,33}.

Espí-López et al., (2016)¹² compararam os efeitos entre 2 grupos (Grupo 1: apenas massagem | Grupo 2: manipulação do eixo occipital-atlas (OAA) e tratamento de tecidos moles por massagem). Os resultados demonstraram que em ambos os grupos os pacientes apresentaram grande melhora em se tratando dos 4 itens contidos na HDI: frequência, intensidade, funcional e emocional, embora o Grupo 2 tenha apresentado valores mais altos no HDI (funcional) (G1 – Início: 23.65 ± 11.96 ; Acompanhamento: 17.29 ± 11.66 | G2 – Início: 24.43 ± 12.69 ; Acompanhamento: 14.47 ± 10.23). Esses dados são importantes, uma vez que, os

aspectos funcionais e emocionais da cefaleia desempenham um papel relevante na qualidade de vida dos indivíduos. O resultado pode-se dar devido a técnica de manipulação ser baseada na restauração da função dos movimentos artrocinéticos e dos micromovimentos espinhais, com o objetivo de promover a diminuição dos sintomas dolorosos³⁴.

No estudo de Moraska, A.; Chandler, C., (2008)¹⁴ o objetivo foi avaliar mudanças de curto prazo nas medidas de cefaleia primária e secundária em indivíduos com CTT recebendo protocolo de massagem com foco na terapia de ponto-gatilho (PG). Para tanto, comparou-se 2 grupos com o mesmo protocolo de massagem, sendo o Grupo 1 (G1) composto por participantes com cefaleia tipo tensão crônica (CTTH) e o Grupo 2 (G2) composto por participantes com cefaleia do tipo tensional episódica (ETTH). Apesar de observada melhora em todas as medidas de dor avaliadas, a intensidade apresentou resultados mais significativos, principalmente no G2 (EVA: G1 – Linha de base: $43,2 \pm 6,30$; Acompanhamento: $32,8 \pm 10,3$ | G2 - Linha de base: $60,3 \pm 22,5$; Acompanhamento: $40,6 \pm 23,2$). Acredita-se que esse resultado pode-se dar devido a massagem ter sido focada na terapia de PG, pois de acordo com FERNANDEZ-DE-LAS-PENAS et al., (2007)³⁵ os PG são um fator causador da CTT e desempenham um papel na progressão das formas de cefaleia episódica para crônica. Pesquisas afirmam que as manobras de massagem geram resultados positivos, pois ela interrompe o ciclo da dor, melhora a circulação, estimula as substâncias neuroendócrinas os efeitos reflexos e mecânicos, e são desativados por meio das manobras feitas por fricção ou rolamentos de polegares quando se trata dos PG^{36,37}.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que a massagem terapêutica tem efeito positivo na cefaleia tensional pois houve diminuição da dor em aspectos como a intensidade, frequência e melhora na parte funcional e emocional. Entretanto, para obter resultados mais expressivos é necessário associar a massagem a outras técnicas.

Para saber se apenas a massagem é capaz de eliminar e não apenas diminuir a dor, acredita-se que sejam necessários mais estudos com tempo e duração de tratamento maiores e com protocolos de massagem estabelecidos.

REFERÊNCIAS

1. Cassar, M.P. Manual de massagem terapêutica. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2001.
2. Sanvito WL, Monzillo PH. Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 30 de dezembro de 1997 [citado 18 de novembro de 2023];30(4):437-48. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/6798>.
3. Rasmussen, B. K., Jensen, R., Schroll, M. & Olesen, J. Epidemiology of headache in a general population—a prevalence study. *J. Clin. Epidemiol.* 44, 1147–1157 (1991).
4. Ribeiro CAF, Esperança P, Sousa LD. Cefaleias tipo tensão: Fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 1 de Julho de 2006 [citado 18 de Novembro de 2023];22(4):483-90. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10269>.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia;33(9):629-808. doi: 10.1177/0333102413485658.
6. Rasmussen BK. Epidemiology of Headache. Cephalalgia 2001; 21:774-777. London. ISSN 0333-1024.
7. Braga, P.C.V, Souza, L.A.F, Evangelista, R.A, Pereira, L.V. Ocorrência e prejuízos da cefaleia em estudantes universitárias de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, 2012 Feb. 46.
8. Okeson, J.P. Bell's orofacial pain. 5.ed. Chicago: Quintessence Books, 1995.
9. Cançado, J. Do-in: a milenar arte chinesa de acupuntura com os dedos. 50 ed. Ground, 2017. 320 p.
10. Cezimbra, M. Bem-Estar na Palma das Mãos: a cultura da massagem do oriente ao ocidente. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2009. 160 p.
11. Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo) 8 (1) • Jan-Mar 2010.
12. Espí-López; Gemma, V et al. “The effect of manipulation plus massage therapy versus massage therapy alone in people with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial.” *European journal of physical and rehabilitation medicine* vol. 52,5 (2016): 606-617.
13. Ferragut-Garcías, Alejandro *et al.* “Effectiveness of a Treatment Involving Soft Tissue Techniques and/or Neural Mobilization Techniques in the Management of Tension-Type Headache: A Randomized Controlled Trial.” *Archives of physical medicine and rehabilitation* vol. 98,2 (2017): 211-219.e2. doi:10.1016/j.apmr.2016.08.466.
14. Moraska, Albert, and Clint Chandler. “Changes in Clinical Parameters in Patients with Tension-type Headache Following Massage Therapy: A Pilot Study.” *The Journal of manual & manipulative therapy* vol. 16,2 (2008): 106-12. doi:10.1179/106698108790818468.
15. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiologia da cefaleia tipo tensional. JAMA 1998;279:381-3.
16. Varjão FM, Jorge JH, Nepelenbroek KH, Alencar Júnior FGP. Cefaleia, tipo tensional. Saúde e Pesquisa. 2008; 1(2):185-91.
17. Williamson A, Hoggart B. Pain: A review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs. 2005;14(7):798-804.
18. Hjermstad, MJ et al. Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. Journal of pain and symptom management, v. 41, n. 6, p. 1073-1093, 2011.
19. Strimpakos N, Sakellari V, Gioftsos G, Papatthasiou M. Brontzos E, Kelekis D, et al. Cervical spine ROM measurements: optimizing the testing protocol by using a 3D ultrasound-based motion analysis system. Cephalalgia. 2005;25(12):1133-45.

20. Bevilaqua-Grossi D, Pegoretti KS, Gonçalves MC, Speciali JG, Bordini CA, Bigal ME. Cervical mobility in women with migraine. *Headache*. 2009;49(5):726-31.
21. Solinger AB, Chen J, Lantz CA. Standardized initial head position in cervical range-of-motion assessment: reliability and error analysis. *J Manipulative Physiol Ther*. 2000;23(1):20-6.
22. Chaves TC, Nagamine HM, Belli JFC, Hannai MCT, Bevilaqua-Grossi D, Oliveira AS. Confiabilidade da fleximetria e goniometria na avaliação da amplitude de movimento cervical em crianças. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(4):283-9.
23. Whitcroft, Katherine L. et al. Comparison of methods of measuring active cervical range of motion. *Spine*, v. 35, n. 19, p. E976-E980, 2010.
24. Haywood KL, Mars TS, Potter R, Patel S, Matharu M, Underwood M. Assessing the impact of headaches and the outcomes of treatment: A systematic review of patient-reported outcome measures (PROMs). *Cephalalgia*. 2018 (38):1374–1386.
25. Andrasik F, Lipchick GL, Mccrory DC, Wittrock DA. Outcome measurement in behavioral headache research: Headache parameters and psychosocial outcomes. *Headache*. 2005. (45): 429–437.
26. Versagi, C. N., et al. Protocolos terapêuticos de massoterapia. Barueri, SP: Manole, 2015, p. 124130.
27. Pereira Júnior AA, Schons DG. Os efeitos da mobilização neural em pacientes com lombociatalgia. *Rev FisioterS Fun*. 2015;4(2):14-20.
28. Elvey RL. Treatment of arm pain associated either abnormal brachial plexus tension. *Australian journal of Physiotherapy*. 1986; 32: 225-230.
29. Hall TM, Elvey RL. Nerve trunk pain: Physical diagnosis and treatment. *Manual Therapy*. 1999; 15: 132-131.
30. Nee RJ, Butler D. Management of peripheral neuropathic pain: Integrating neurobiology, neurodynamics, and clinical evidence. *Phys Ther Sport*. 2006;7(1):36-49.
31. Kamali, Fahimeh *et al*. “Dry needling versus friction massage to treat tension type headache: A randomized clinical trial.” *Journal of bodywork and movement therapies* vol. 23,1 (2019): 89-93. doi:10.1016/j.jbmt.2018.01.009.
32. Cagnie B, Dewitte V, Barbe T, Timmermans F, Delrue N, Meeus M. Physiologic effects of dry needling. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17:348.
33. Dummerholt J. Dry needling—peripheral and central considerations. *J Man Manip Ther*. 2011;19:223–7.
34. Silva RM, Lima MS, Costa FH, Silva AC. Efeitos da quiropraxia em pacientes com cervicália: revisão sistemática. *Revista Dor*. 2012 Mar;13(1):71-4.
35. Fernandez-de-las-Penas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, Simons DG, Pareja JA. Myofascial trigger points and sensitization: An updated pain model for tension-type headache. *Cephalalgia* 2007;27:383–393.
36. Meguzzi, P. et al. Massagem Ayurvédica Abhyanga na Melhora na Qualidade de Vida, Dor e Depressão em Portadores de Fibromialgia. *Revista Brasileira Terapia e Saúde*, pp. 66- 67, 2011.
37. Marcolino, et al. Medicina Tradicional Chinesa Na Melhoria Dos Sintomas E Da Qualidade De Vida Em Pacientes Com Fibromialgia: Revisão Bibliográfica. Disponível em: <http://www.firval.com.br/ftmateria/1411748987.pdf>,2014.

