



**INSTITUTO
FEDERAL**
Rio de Janeiro

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

**Campus Realengo
Fisioterapia**

DAVI BERRIEL BOMFIM

MASSAGEM NA CEFALEIA TENSIONAL

**Rio de Janeiro
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.

Elaborada por Karina Barbosa dos Santos

Bibliotecária - CRB 7 n° 6212

B695

Bomfim, Davi Berriel.

Massagem na cefaleia tensional / Davi Berriel Bomfim, 2020.

38f. ; il.

Orientador (a): Prof^a. Jaqueline Nunes Burigo de Sá

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Fisioterapia) –
Instituto Federal do Rio de Janeiro, 2020.

1. Fisioterapia. 2. Terapia Manual. 3. Cefaleia. 4. Massagem. 5.
Massoterepia. I. Instituto Federal do Rio de Janeiro. Campus Realengo.
II. Sá, Jaqueline Nunes Burigo de. III. Título.

COBIB/CReal

CDU 615.8

DAVI BERRIEL BOMFIM

MASSAGEM NA CEFALEIA TENSIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a Dra. Jaqueline Nunes Burigo de Sá.

Rio de Janeiro

2020

DAVI BERRIEL BOMFIM

MASSAGEM NA CEFALEIA TENSIONAL

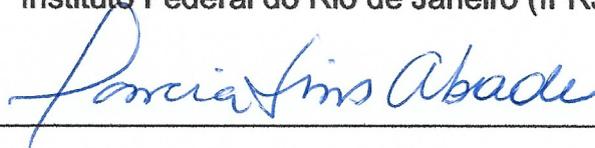
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Federal do
Rio de Janeiro, como requisito
parcial para a obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 02 / 07 / 2020.

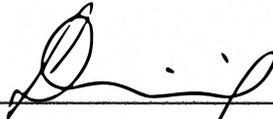
Banca Examinadora



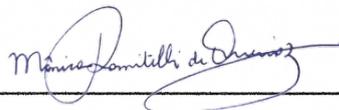
Profª. Jaqueline Nunes Burigo de Sá - (Orientadora)
Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ)



Profª. Márcia Lins Abade - (membro externo)
Instituto Benjamin Constant (IBC)



Profª. Laura Alice Santos de Oliveira - (membro interno)
Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ)



Profª. Monica Romitelli de Queiroz - (membro interno)
Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ)

RESUMO

A cefaleia é considerada, um distúrbio neurológico de grande predominância. A dor de cabeça afeta cerca de 90% da população mundial. O objetivo deste estudo é identificar os possíveis efeitos das terapias fisioterapêuticas manuais, em específico as massagens, nas cefaleias tensionais. A necessidade de investimento no tratamento de pessoas que sofrem continuamente com dores de cabeça é de extrema importância no contexto atual da sociedade brasileira, onde a cefaleia tensional gera transtornos principalmente à população economicamente ativa. Sabe-se que o tratamento medicamentoso pode incidir em efeitos colaterais indesejados. Portanto, buscar tratamentos alternativos se faz imperativo no trato das cefaleias. A metodologia utilizada para realização do presente trabalho consistiu em uma revisão sistematizada de literatura realizada em bases de dados que incluíram: PEDro, PubMed, Scielo, Lilacs e órgãos governamentais que mantêm sites oficiais, tais como: a Sociedade Brasileira de Fisioterapia e a Sociedade Brasileira de Cefaleias. As buscas foram realizadas utilizando as palavras-chave; cefaleia, massagem, tratamento e terapia manual (e seus correspondentes em língua inglesa: headache, massage, treatment and manual therapy). Nos resultados, foram incluídos nove estudos; onde a massoterapia figurou em diferentes técnicas de forma positiva, seja como o tratamento em si, ou como coadjuvante do tratamento utilizado. Os resultados encontraram mudanças relevantes na intensidade da dor, frequência e limiar de dor à pressão e na variabilidade da frequência cardíaca. Dessa forma conclui-se, que a massagem se apresenta como um tratamento promissor na melhora da dor da cefaleia tensional, não demonstrando malefícios em seu uso e contribuindo de forma ativa como uma intervenção fisioterapêutica.

Palavras-Chave: Fisioterapia. Terapia Manual. Cefaleia. Massagem. Massoterapia.

ABSTRACT

Headache is considered a highly prevalent neurological disorder. Headache affects about 90% of the world population. The aim of this study is to identify the possible effects of manual physiotherapeutic therapies, specifically massages, on tension headaches. Treating people with headaches is an important investment to be made by Brazilian Society. It is known drug treatment may include adverse effects. Therefore, looking for alternative treatments is imperative to treat headaches. The methodology used to carry out this work consisted of a systematic review of in databases: PEDro, PubMed, Scielo, Lilacs e government agencies that maintains official sites, such as: Brazilian Society of Physiotherapy and the Brazilian Society of Headaches. The searches were performed using the keywords; “cefaleia; massagem; tratamento e terapia manual” (and their English language correspondents: headache, massage, treatment and manual therapy). Our results included nine studies, and massage therapy figured in different techniques in a positive way, either as the treatment itself, or as an adjunct to the treatment used. The results found relevant changes in pain intensity, frequency and pressure to pain threshold and heart rate variability. Thus, it can be concluded that massage presents itself as a promising treatment for the improvement of tension headache pain, showing no harm in its use and actively contributing as a physiotherapeutic intervention.

Keywords: Physiotherapy. Manual Therapy. Headache. Massage. Massage Therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVO GERAL	10
1.1.1 Objetivos específicos	10
2 JUSTIFICATIVA	11
3 METODOLOGIA.....	11
4 RESULTADOS	12
5 DISCUSSÃO	26
CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A – Escala PEDro	36

1 INTRODUÇÃO

A cefaleia é considerada, um distúrbio neurológico de grande predominância. A dor de cabeça (cefaleia) atinge por volta de 90% da população mundial (SCHWARTZ *et al.*, 1998; BENDTSEN e JENSEN, 2006). As cefaleias tratam-se de um problema de saúde pública, tendo em vista que correspondem a desordens que podem incapacitar o paciente em determinadas atividades e que, por vezes, impossibilitam ações rotineiras, o que causa transformações impactantes do dia a dia da pessoa e também em sua vida social (VARJÃO *et al.*, 2017).

Segundo Cruz *et al.* (2017, p.54), as cefaleias podem ser categorizadas como primárias, quando a cefaleia é descrita como o problema em si; ou secundárias, quando identificadas como um sintoma de outra doença de origem. As cefaleias primárias, são caracterizadas como um distúrbio, que não apresenta ligação com uma doença de base, uma vez que as avaliações médicas, sejam elas clínicas e laboratoriais, não conseguem identificar uma etiologia que seja demonstrável. Os maiores exemplos disso são a enxaqueca, também conhecida como migrânea, a cefaleia do tipo tensional e a cefaleia em salvas.

As cefaleias secundárias são as acarretadas por doenças. Nestes casos, a dor estaria ligada a uma doença clínica ou neurológica. São identificadas como exemplo as cefaleias relacionadas às infecções sistêmicas, disfunções endócrinas, intoxicações, meningites, encefalites, hemorragia cerebral, lesões expansivas, etc. (SPECIALI, 2011).

Segundo Fernández-de-las-Penãs *et al.* (2011, p.247) a cefaleia do tipo tensional representa o tipo mais comum entre todas as cefaleias, sendo caracterizada como uma dor de cabeça de modo constritivo, normalmente ocorrendo de forma bilateral, com intensidade de leve a moderada, com duração entre 30 minutos e 7 dias, não sendo acentuada pelas atividades físicas de rotina (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2018). Quanto à frequência, a cefaleia tensional pode ser dividida em episódica, quando acontece em menos de 180 dias por ano e 15 dias por mês; ou crônica, quando a frequência permanece ou supera esse período (15 dias por mês), por pelo menos três meses. A cefaleia do tipo tensional episódica pode também ser observada de maneira infrequente, quando relatada em menos de

um dia por mês (12 dias por ano) e frequente, quando acontece de 1 a 14 dias por mês, durante pelo menos três meses (SHEFTELL e RAPOPORT, 1996).

A dor começa, após o esforço físico realizado em excesso, sob o calor e a exposição do sol ou até mesmo na posição do pescoço para dormir ou trabalhar. Tal distúrbio se explica, pela fadiga do corpo e do emocional que tais fatores causarão ao final da tarde. Algumas vezes, a musculatura pericraniana pode apresentar uma hiperestesia e hipertonia, que pode ser identificada através da palpação cuidadosa dos músculos frontal, temporal, massetérico, esternocleidomastóideo e trapézio (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2018).

Na fisiopatologia da cefaleia tensional, ainda existem muitas coisas que não são bem compreendidas. Acredita-se que elas estejam relacionadas a mecanismos complexos, tanto periféricos quanto centrais de vias de produção da dor (FLORES e COSTA JUNIOR, 2008; VARJÃO *et al.*, 2008). A sensibilidade à palpação pericraniana e a atividade eletromiográfica aumentadas correspondem aos mecanismos periféricos, que tem a dor como resultado da pressão de modo induzido. Neste caso, a palpação dos tecidos miofasciais pericranianos levaria a uma sensitização de fibras A-delta e C, resultando em aumento da sensibilidade (CRUZ *et al.*, 2017). Os mecanismos centrais estão relacionados a vários fatores; entre eles, a própria questão psicológica (estresse, depressão e ansiedade), que demonstra íntima ligação com as cefaleias tensionais, contudo não se entende totalmente sua forma de ação (CRUZ *et al.*, 2008).

Entende-se que o tratamento da cefaleia é primordial para melhora da qualidade de vida do paciente. Nos tratamentos farmacológicos da cefaleia tensional, observa-se o uso de analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), relaxantes musculares e antidepressivos tricíclicos (SANTOS *et al.*, 2008; VARJÃO *et al.*, 2008).

Dentre os tratamentos não farmacológicos podem ser citados o tratamento comportamental e o tratamento fisioterapêutico, incluindo as terapias manuais como abordagem da cefaleia tensional (CRUZ *et al.*, 2017). O tratamento comportamental envolve as mudanças na alimentação, ingestão de água, a abstenção do consumo de substâncias como cafeína e nicotina, a melhora da postura, melhora da qualidade do sono, etc. (VARJÃO *et al.*, 2008). O tratamento fisioterapêutico tem como base o uso de técnicas como: alongamentos, massoterapia, exercícios de relaxamento,

reeducação postural, mobilizações passivas, crioterapia, fortalecimento craniocervical, ultrassom dentre outros (SANTOS *et al.*, 2008; VARJÃO *et al.*, 2008). O exercício físico também pode ser utilizado como uma forma de tratamento das cefaleias tensionais. O paciente deve ser instruído a praticá-los, principalmente os aeróbicos, pois promovem a liberação de endorfinas (analgésicos naturais) e melhoram a oxigenação dos tecidos, aumentando sua vascularização e facilitando a remoção de substâncias algógenas (VARJÃO *et al.*, 2008).

O alongamento, levando em consideração todos os tratamentos fisioterapêuticos, é bastante usado no tratamento das cefaleias. A liberação miofascial é um alongamento do complexo facial por um tempo considerável, usando uma carga baixa, com o objetivo de manter o tamanho ideal deste complexo, diminuir a dor e devolver a função (BARNES, 2003). A fásia tem como funções unir, comprimir, proteger, envolver, separar tecidos, além de permitir o revestimento, interligar estruturas e apresentar funções sensoriais (propriocepção e sensação da dor). A mesma também torna possível o deslizamento dos tecidos uns sobre os outros e proporciona um meio de estocar energia (CHAITOW, 2017). Os profissionais que trabalham com a liberação miofascial, deduzem que se esse comprimento e se a saúde dos tecidos conectivos restritos voltarem ao normal, a pressão pode diminuir em estruturas que têm sensibilidade à dor; sendo exemplos destas, os nervos e vasos (PISCHINGER, 1991; GREENMAN, 2003; SCHLEIP, 2003). O Ultrassom no trato das cefaleias é também bastante utilizado. O ultrassom estático aumenta a temperatura muscular nos pontos gatilhos, e alivia a tensão presente. Isto ocorre porque o aumento da temperatura muscular acelera o metabolismo tecidual local, melhorando o fluxo sanguíneo e diminuindo os espasmos, a dor e a inflamação crônica no ponto (DRAPER, CASTEL C., CASTEL, D., 1995; ROSE, DRAPER, SCHULTHIES, 1996). Outro recurso fisioterapêutico utilizado no tratamento das cefaleias é a crioterapia. A ação do frio reduz o limiar de transmissão nervosa da dor e gera redução do metabolismo, podendo dar início ao processo de diminuição da dor (CAILLIET, 1999).

Não é objetivo deste trabalho abordar todas as técnicas fisioterapêuticas no tratamento das cefaleias, mas sim trazer em voga a importância do uso da massoterapia como recurso ao fisioterapeuta no tratamento deste distúrbio. O presente trabalho irá destacar a importância da utilização das terapias manuais e sua contribuição para alívio da cefaleia tensional.

Segundo Cassar (2001) a técnica terapêutica (massagem) tem como princípio a utilização de golpes e manipulações de tecidos, com o objetivo de aumentar a circulação linfática bem como o fluxo sanguíneo, resultando no alívio da dor mediante o relaxamento muscular; reduzindo também a ansiedade e a tensão, e conseqüentemente trazendo a sensação de bem-estar para aqueles que sofrem de cefaleia (DE DOMENICO, 2008).

A massagem terapêutica administrada no couro cabeludo e em algumas partes do pescoço, pode auxiliar no tratamento da cefaleia tensional, especialmente nos sintomas de frequência e intensidade da dor. Tais efeitos se devem à maior circulação sanguínea, com conseqüente aumento da circulação de endorfinas e reduções dos níveis de cortisol, espasmos e tensões musculares relacionadas à base do crânio (DOWNWARD, 2010).

Segundo Giona (2003, p.52), dentre as técnicas manuais existentes para o tratamento das cefaleias, levanta-se a massagem de deslizamento profundo nas costas, massagem no couro cabeludo para a descontração muscular, proporcionando, relaxamento por meio do aumento da circulação sanguínea e linfática, incentivando a circulação craniana e aliviando os sintomas da cefaleia. Além do envolvimento do deslizamento digital e amassamento dos dedos sobre as fibras superiores do trapézio, região escapular e os músculos paravertebrais, relata uso de manipulações da coluna cervical, mobilizações articulares, pompages, alongamento nos músculos espinhais, ligamentos interespinhosos e trapézio superior, crochetação, técnicas thrust de acordo com a disfunção, e ainda técnicas para correção de lesões do sacro.

De modo geral a massagem apresentará como conseqüência os efeitos mecânicos, neurais, químico-fisiológicos, ou puramente mecânicos e reflexos. Entretanto, não é possível conquistar um resultado mecânico, sem obter um resultado neural combinado, logo que com apenas um toque é possível ter um reflexo neural. O relaxamento provocado pela massagem exercerá influência sobre o sistema nervoso autônomo, onde os mastócitos liberarão a histamina. A histamina, por sua vez, causará uma vasodilatação dos tecidos conjuntivos e vasos, tornando possível, o maior aporte sanguíneo e a maior circulação de analgésicos naturais dentro do organismo que transformarão a transmissão da dor nos terminais periféricos dos nervos sensoriais, corno posterior da medula espinhal, e centros superiores do sistema límbico e córtex cerebral (CASSAR, 2001).

Este trabalho consiste em uma revisão sistemática de literatura e tem o objetivo de analisar as evidências científicas e identificar os possíveis efeitos das terapias manuais fisioterapêuticas, em específico a massagem, no trato das cefaleias tensionais. Sua relevância incide na importância da divulgação de métodos alternativos e eficientes de tratamento das cefaleias tensionais. Tendo em vista que estas não derivam de doenças pré-existentes e não são codependentes de tratamentos farmacológicos, permitem que as técnicas fisioterapêuticas sejam amplamente exploradas, representando uma redução significativa nos custos do tratamento e agregando qualidade de vida aos portadores deste distúrbio neurológico. As cefaleias são as maiores responsáveis pela utilização de medicamentos sem prescrição médica, o que caracteriza um problema de saúde pública, uma vez que a automedicação é uma atitude que representa uma ameaça à saúde devido às reações de hipersensibilidade, dependência física e psíquica, além de encobrir sintomas e agravar outras doenças concomitantes (OLIVEIRA e PELÓGIA, 2011).

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os possíveis efeitos das terapias fisioterapêuticas manuais, em específico as massagens, nas cefaleias tensionais.

1.1.1 Objetivos específicos

- Levantar nas bases de dados trabalhos específicos que abordem a cefaleia e seus tratamentos;
- Selecionar artigos com alguma relevância científica e analisar resultados confiáveis na utilização das terapias manuais, em específico no tratamento da cefaleia tensional e seus efeitos;
- Separar o material com maior correlação com o tema proposto sistematizando os arquivos de forma a responderem o objetivo geral;
- Descrever os resultados encontrados na literatura;
- Discutir o tema deste trabalho comparando-o com as afirmações dos autores consultados;
- Descrever os resultados encontrados.

2 JUSTIFICATIVA

A cefaleia tensional é um dos sintomas que mais incomodam a população em geral; causando grande impacto na saúde e, indiretamente na economia do país, uma vez que a produtividade pode ser comprometida mediante a falta de eficiência daqueles que sofrem com este transtorno neurológico (CRUZ *et al.*, 2017)

A necessidade de investimento no tratamento de pessoas que sofrem continuamente com dores de cabeça é de extrema importância no contexto da atual sociedade brasileira, onde a cefaleia tensional gera transtornos principalmente à população economicamente ativa (ZERWES e BOIÇA, 2019).

A presente pesquisa pretende levantar informações fundamentadas cientificamente que possam minimizar os custos com medicamentos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, buscando, através de um levantamento bibliográfico, evidências sobre a eficácia da massoterapia no alívio dos sintomas da cefaleia tensional.

Mediante a escolha do tema proposto espera-se demonstrar a importância da terapia manual fisioterapêutica no alívio dos sintomas da cefaleia. Sabe-se que o tratamento medicamentoso pode incidir em efeitos colaterais indesejados. Portanto, buscar tratamentos alternativos se faz imperativo no trato das cefaleias. Além disso, as conclusões deste estudo podem servir de base para outros estudos da área da Fisioterapia.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização do presente trabalho consistiu em uma revisão sistematizada de literatura realizada em bases de dados fidedignos que incluíram: PEDro, PubMed, Scielo, Lilacs e órgãos governamentais que mantêm sites oficiais, tais como: a Sociedade Brasileira de Fisioterapia e a Sociedade Brasileira de Cefaleias. As buscas foram realizadas utilizando as palavras-chave: cefaleia, massagem, tratamento e terapia manual (e seus correspondentes em língua inglesa: headache, massage, treatment and manual therapy). Os alvos das pesquisas foram artigos científicos, periódicos, dissertações, que maior paridade demonstrasse com os descritores propostos. Após a coleta de todo o material, foi realizada a seleção

dos estudos que maior correlação tivessem com o tema, sendo em seguida realizada a extração de dados através da análise metodológica e, por final, realizada a sintetização dos dados e o direcionamento para redação dos resultados. A busca retornou 158 artigos, que foram afinados de acordo com o tema, resultando em 37. Destes 37 foram selecionados 9 que se adaptaram aos critérios norteadores da pesquisa.

Os critérios de inclusão do material que serviu de base para esta pesquisa foram: estudos em língua portuguesa e inglesa publicados nos últimos 20 anos, e que apresentassem no mínimo score 5/10 na escala Base Pedro (conforme anexo A); conseqüentemente foram excluídos deste trabalho, todos os artigos que não correspondessem aos critérios de inclusão. O material foi separado e ordenado a responder a seguinte lógica de contextualização: tipos de cefaleias, tratamentos fisioterapêuticos manuais e eficácia dos tratamentos fisioterapêuticos manuais no trato das cefaleias tensionais.

4 RESULTADOS

Os trabalhos utilizados nesta revisão estão resumidamente apresentados na tabela 1. Os critérios utilizados para figuração na tabela supracitada foram: Autor/ano, score na Base Pedro, tipo de dor de cabeça número de pacientes, intervenções, medidas de resultado, número de sessões e duração do tratamento e resultados. Com esta descritiva dos tópicos a serem analisados espera-se obter uma análise fidedigna dos artigos.

Tabela 1: Análises Artigos Terapia Manual

Autor Ano	Score	Tipo de dor de cabeça	Número de Pacientes	Intervenções	Medidas de Resultado	Número de sessões	Resultados
Toro- Velasco <i>Et al;</i> (2009).	06/10	Cefaleia crônica por tensão	11 no total, sendo 8 mulheres.	Protocolo de massagem ou uma intervenção placebo com ultrassom desligado durante 40 minutos nos pontos gatilhos localizados na cabeça músculos do pescoço e ombro.	Estado atual da dor (escala numérica de classificação de dor). Variabilidade da frequência cardíaca (eletrocardiograma de Holter), estados de humor (Questionário de Estados de Humor POMS) e limiares de dor à pressão (algômetro de pressão) em pacientes com dor de cabeça crônica por tensão.	2 sessões de tratamento de 40 min. duas avaliações pós- intervenção 24 horas.	A aplicação de uma única sessão de terapia manual produziu um aumento imediatamente do índice da variabilidade da frequência cardíaca e uma diminuição da tensão, estado de raiva e dor percebida nos pacientes com cefaleia crônica por tensão.
Damapong <i>et al.</i> , 2015.	07/10	Cefaleia crônica por tensão	70 pacientes	O Grupo de tratamento, recebeu a massagem tailandesa tradicional nas costas (parte superior), pescoço, ombros, parte de trás da cabeça, linha média da cabeça e na testa. O grupo controle, recebeu 25 mg de amitriptilina.	Escala visual analógica (EVA), medidor de dureza de tecidos (dureza do tecido), limiar de dor à pressão (Algômetro de pressão) e "timedomain" ou domínio de frequência na variabilidade da frequência cardíaca.	Massagem tailandesa tradicional duas vezes por semana, com duração de 4 semanas, enquanto o grupo controle recebeu amitriptilina uma vez ao dia antes de dormir com duração de 4 semanas.	Os resultados demonstraram uma significativa diminuição da intensidade da dor da EVA no grupo que recebeu a massagem tailandesa. O limiar de dor à pressão e a variabilidade da frequência cardíaca do grupo da massagem tailandesa tradicional aumentaram significativamente. Além disso, a dureza tecidual do grupo da massagem tailandesa tradicional foi

							significativamente menor do que no grupo controle na semana. A massagem tailandesa tradicional pode ser uma terapia alternativa para o tratamento de pacientes com cefaleia crônica por tensão.
Berggren, Wilk e Lund (2012).	07/10	Dor de cabeça crônica por tensão	N = 39 GC = 19 GE = 20	Um grupo de Tratamento (n 20), recebeu uma sessão de massagem miofascial por semana no ponto-gatilho (músculos do pescoço e dos ombros); o grupo de controle sem tratamento (n 19).	Mensuração da dor de cabeça (através do questionário McGill e EVA). Qualidade de vida (através do SF-36). Número de pontos gatilhos.	10 semanas de tratamento.	Uma melhora significativa na dor foi registrada no grupo de tratamento comparado com o grupo controle. Além disso, foi observada uma diminuição significativa no número de pontos gatilhos no grupo de tratamento em comparação com o grupo controle. A massagem miofascial aplicadas nos pontos gatilhos tem um efeito benéfico na dor, em pacientes do sexo feminino com cefaleia crônica por tensão.
Moraska <i>et al</i> , (2015).	06/10	Dor de cabeça recorrente	56 pacientes	12 sessões de massagem ou placebo (ultrassom desligado) na parte superior	A dor de cabeça (frequência, intensidade e duração) foi registrada em um diário de dor de cabeça. Medidas de resultados adicionais incluídas, relato de mudança clínica	12 sessões de massagem durante seis semanas. Cada sessão de massagem ou	A partir das gravações do diário, as diferenças entre os grupos foram detectadas na frequência,

				das costas e pescoço.	percebida na dor e dor sob pressão limiar em pontos miofasciais no trapézio superior e músculos suboccipitais.	placebo durou 45 minutos, administrado duas vezes por semana e separado por pelo menos 48 horas.	mas não para intensidade ou duração. A frequência da cefaleia diminuiu da linha de base para massagem e placebo, mas nenhuma diferença foi detectada entre a massagem e placebo. O relato do paciente sobre alteração clínica percebida foi maior redução na dor de cabeça para massagem do que grupos placebo ou lista de espera. O limiar dor à pressão melhorou em todos os músculos testados apenas para massagem.
Demirturk <i>et al.</i> , (2002).	05/10	Cefaleia crônica do tipo tensional	Grupo I (n D 15) e grupo II (n D 15)	Calor superficial e massagem clássica foram aplicados nos dois grupos. Em adição a isto a manipulação do tecido conjuntivo (CTM) foi feita no grupo I (n D 15) e Mobilização	Frequência da dor, gravidade da dor (diário de dor de cabeça); escala (EVA); Índice de dor de cabeça (envolve a multiplicação da frequência de dor de cabeça com a severidade da dor. Movimentos cervicais, medidos com um goniômetro universal.	20 sessões durante 4 semanas.	Os resultados do estudo indicaram que todos os parâmetros mostrados melhoraram significativamente nos dois grupos: não houve diferenças entre os grupos em relação ao índice de dor de cabeça, os valores dos limiares de

				vertebral do Dr. James Cyriax para o Grupo II (n D 15).			dor à pressão e a amplitude de movimento ativa. Em conclusão, ambos os tratamentos podem ser utilizados em pacientes com tensão crônica do tipo dor de cabeça.
Ferragut-Garcías <i>et al.</i> (2017).	07/10	Dor de cabeça crônica tipo tensão	A: n = 25; B: n = 25; C: n = 25; D: n = 25	A: massagem suave e superficial placebo B: técnicas de tecido mole (músculo esternocleidomastoídeo, músculo temporal, musculatura suboccipital, músculo masseter e trapézio superior). C: neurodinâmica (Mobilização na flexão crânio-cervical com deslizamento lateral cervical). D: combinação B e C	Limiar de dor a pressão (Algômetro de pressão); Diário de dor de cabeça (Frequência da dor de cabeça); EVA (Intensidade da dor de cabeça) HIT-6 (impacto da dor de cabeça, 6 itens com 5 opções de resposta).	6 sessões de 15 min. por 4 semanas.	Os grupos B, C e D tiveram um aumento do limiar de dor à pressão e uma redução da frequência, intensidade no impacto da dor de cabeça em todos os momentos após a intervenção em comparação com a linha de base e o Grupo A. O grupo D apresentou os maiores valores de limiar de dor à pressão e os menores em frequência no impacto da dor após a intervenção. A aplicação de técnicas de tecidos moles e mobilização neural em 25 pacientes com dor de cabeça tipo tensão ou dor de cabeça crônica tipo tensão induziram mudanças significativas no limiar da dor por pressão,

							características da crise da dor e seu impacto nas atividades da vida diária em comparação com as aplicações dessas técnicas como intervenções isoladas.
Kamali <i>et al.</i> , (2019).	05/10	Dor de cabeça tipo tensão	44 pacientes	Os participantes foram aleatoriamente designados para um dos dois grupos de tratamento para massagem com agulhamento seco ou fricção nos músculos suboccipital, temporal, esternocleidomastóideo e trapézio superior.	Limiar de dor a pressão (algômetro); A amplitude de movimento cervical em flexão, extensão, rotação direita e esquerda e lado direito e esquerdo (Goniômetro); Intensidade da dor (EVA); frequência da dor de cabeça (número de dias em uma semana em que o paciente sentiu dor).	3 sessões durante 1 semana.	Mostraram que ambos os métodos de tratamento reduziram significativamente a frequência e intensidade da dor de cabeça, e aumento do limiar de dor nos pontos de gatilho. No entanto, nenhum tratamento teve efeito sobre amplitude de movimento cervical, exceto a extensão, que aumentou no grupo de agulhamento seco. Entre grupos comparações mostraram que o agulhamento seco aumentou o limiar da dor significativamente mais do que a massagem por atrito.
Chatchawan <i>et al.</i> , 2014.	08/10	Cefaleia crônica tipo tensão	72 pacientes	O Grupo de tratamento, recebeu a massagem tailandesa	Limiar de dor por pressão (Algômetro CommanderTM e DigiTrack). Intensidade da dor de cabeça (EVA). Frequência	Nove sessões cada, durante um período de 3 semanas.	O grupo da massagem tailandesa tradicional mostrou um aumento significativo no limiar de dor por pressão em

				tradicional. O grupo controle, recebeu ultrassom falso na parte superior do pescoço ou parte superior das costas.	e duração da dor (expressa em tempos / semana). Amplitude de movimento suboccipital e do pescoço (Graus); o Índice de incapacidade para dor de cabeça (IDH).		comparação com o grupo de ultrassom falso. Também melhorou a frequência de cefaleia, duração da dor de cabeça, o escore do IDH em todos os momentos de avaliação pós-tratamento e amplitude de movimento suboccipital e cervical, apenas para alguns parâmetros - flexão / extensão suboccipital, esquerda / flexão lateral cervical direita e rotação cervical direita. Nos dois grupos, a intensidade da dor de cabeça diminuiu significativamente em cada ponto final das medidas de desfecho, e não houve diferenças entre os grupos. A massagem tailandesa pode aumentar o limiar de dor a pressão e reduzir a intensidade da dor de cabeça, sugerindo que esta é uma possível tratamento alternativo para dores de cabeça crônicas.
Moraska <i>et al.</i> , 2017.	05/10	Cefaleia do tipo tensional	62 indivíduos	Randomizados para receber massagem ou sessões falsas	Alterações na sensibilidade à dor nos pontos gatilhos miofasciais (algômetro de pressão).	sessão de 45 minutos, realizadas duas vezes por	O limiar de dor a pressão aumentou ao longo do período do estudo em todos os

				de ultrassom na parte superior das costas e pescoço ou ficar no grupo controle como lista de espera.		semana por 6 semanas	quatro locais musculares testados para massagem, mas não em grupos simulados de ultrassom ou lista de espera. A análise no grupo de massagem mostrou um aumento inicial imediato no limiar de dor a pressão; um aumento cumulativo e sustentado no limiar de dor à pressão acima da linha de base e um aumento adicional imediato do limiar de dor à pressão no tratamento final da massagem. As aplicações de massagem únicas e múltiplas aumentam o limiar de dor à pressão nos pontos gatilhos miofasciais. O limiar de dor dos pontos gatilhos miofasciais tem uma grande capacidade de aumentar; mesmo após vários tratamentos de massagem, foi observado um ganho adicional no limiar de dor à pressão.
--	--	--	--	--	--	----------------------	---

Toro-Velasco *et al.* (2009) realizaram um estudo controlado por placebo, medidas repetidas, crossover, estudo cego e randomizado, com o objetivo de investigar os efeitos imediatos da massagem cabeça-pescoço na variabilidade da frequência cardíaca, estados de humor e limiar de dor à pressão em pacientes com dor de cabeça crônica por tensão.

O estudo utilizou 11 pacientes (8 mulheres e 3 homens), entre 20 e 68 anos. Os pacientes receberam o tratamento experimental (protocolo de massagem) ou uma intervenção placebo (ultrassom desligado). Foram realizadas 2 sessões de tratamento de 40 minutos. A avaliação foi realizada utilizando registros do eletrocardiograma de Holter (Análise de desvio padrão quadrada da média quadrática nas diferenças de intervalos NN sucessivos, índice de variabilidade de frequência cardíaca, componente de baixa frequência e componente de alta frequência), utilizando também o limiar de dor à pressão sobre ambos os músculos temporais, medido através do algômetro de pressão.

O questionário *Profile of Mood States* foi utilizado para auferir a tensão-ansiedade, depressão-dejeção, hostilidade-raiva, vigor, fadiga, confusão) e foi aplicado pré-intervenção, imediatamente após a intervenção e 24 horas pós-intervenção. A dor de cabeça autorreferida também foi coletada pré-intervenção e 24 horas após a intervenção, utilizando uma escala numérica de classificação de dor e o estado atual da dor de 10 pontos (0 = sem dor, 10 = dor máxima).

Em separado, análises de covariância (ANCOVAs) foram realizadas com cada variável dependente. A hipótese de interesse foi interação grupo \times tempo. Comparações pareadas descobriram que, após a intervenção por terapia manual, os pacientes apresentaram aumento do índice de variabilidade de frequência cardíaca, enquanto nenhuma alteração foi encontrada após a intervenção placebo. Os pacientes apresentaram diminuição da tensão-ansiedade e raiva-hostilidade, após a intervenção por terapia manual enquanto nenhuma alteração foi encontrada após a intervenção placebo. Não foram encontradas alterações significativas nos níveis de limiar de dor à pressão. Nenhuma influência do sexo foi encontrada. A dor de cabeça diminuiu 24 horas após terapia manual, mas não após a intervenção placebo. As medições de resultado e as análises de covariância levaram a concluir que a aplicação de uma única sessão do programa de terapia manual produziu um aumento imediato do índice de variância cardíaca e uma diminuição na tensão, status de raiva e dor percebida em pacientes com dor de cabeça crônica por tensão.

Damapong *et al.* (2015) realizaram um estudo clínico randomizado com o objetivo de avaliar a eficácia da massagem tailandesa tradicional no tratamento de pacientes com cefaleia tensional crônica; em comparação com o uso de amitriptilina. Participaram do estudo 60 pacientes diagnosticados com cefaleia tensional crônica. Os participantes foram igualmente divididos em um grupo de tratamento e um grupo controle. O grupo de tratamento recebeu uma sessão de 45 minutos da massagem tailandesa duas vezes por semana, com duração de 4 semanas, enquanto o grupo controle recebeu 25 mg de amitriptilina uma vez ao dia antes de dormir com duração de 4 semanas. As medidas de resultado foram avaliadas na segunda semana, quarta semana e acompanhadas na sexta semana, e consistiram na aferição da dor através da escala visual analógica (EVA), aferição da dureza do tecido, verificação do limiar de dor à pressão (algômetro de pressão) e a medição da variabilidade da frequência cardíaca.

Os resultados demonstraram uma significativa diminuição da intensidade da dor no grupo que recebeu a massagem tailandesa tradicional em diferentes momentos da avaliação, enquanto ocorreu uma diferença significativa na comparação entre os grupos ($P < 0,05$) para cada medida avaliada. Além disso, a dureza tecidual dos que receberam a massagem tailandesa foi significativamente menor do que o grupo controle na quarta semana ($P < 0,05$). O limiar de dor à pressão e a variabilidade da frequência cardíaca do grupo que recebeu a massagem tailandesa foram significativamente aumentadas ($P < 0,05$). O estudo concluiu que a massagem tailandesa pode ser uma terapia alternativa para o tratamento de pacientes com dor de cabeça crônica tensional.

Em um estudo controlado randomizado realizado por Berggreen, Wilk e Lund (2012) com 39 pacientes (sexo feminino) avaliou-se a eficácia da massagem miofascial nos pontos gatilhos dos músculos da cabeça, pescoço e ombros em relação à dor no tratamento de pacientes com dores de cabeça crônicas tensionais; assim como também realizou-se o levantamento do impacto da elevação da qualidade de vida. Dividiu-se os participantes em um grupo de tratamento (n 20) recebeu uma sessão de massagem no ponto de gatilho por semana durante 10 semanas, e um grupo de controle que não recebeu nenhum tratamento (n 19). Na avaliação, os pacientes mantinham um diário para registrar sua dor em uma escala visual analógica (EVA), juntamente com o *McGill Pain Questionnaire*; e o *Short Form* (SF-36) que avaliava a qualidade de vida, onde foram preenchidos imediatamente

antes e após cada período de tratamento. Uma melhora significativa na dor foi registrada no grupo de tratamento comparado com o grupo controle. Além disso, foi observada uma diminuição significativa no número de pontos-gatilho no grupo de tratamento em comparação com o grupo controle. O estudo concluiu que a massagem miofascial aplicadas nos pontos gatilho tem um efeito benéfico na dor em pacientes do sexo feminino com cefaleia crônica por tensão.

Moraska *et al.* (2015) realizaram estudo clínico controlado randomizado para avaliar a eficácia da massagem na redução da dor de cabeça tensional. A massagem foi focada nos pontos gatilhos miofasciais. Cinquenta e seis pacientes receberam 12 sessões de massagem ou placebo (ultrassom desligado) por 6 semanas. Para inclusão no estudo, os participantes tiveram que ter duas ou mais dores de cabeça por semana (atendendo à Classificação Internacional de Distúrbios da dor de cabeça, 2ª edição ICHD-2) e faixa etária entre 20 e 50 anos. Foi aplicada massagem de liberação nos pontos de gatilho miofasciais nas musculaturas do trapézio superior, músculos suboccipitais e esternocleidomastóideos. A dor de cabeça (frequência, intensidade e duração) foi registrada em um diário de dor de cabeça e na escala (EVA). Medidas de resultados adicionais incluídas tais como relato de mudança clínica percebida na dor de cabeça e no limiar de dor a pressão (algômetro de pressão) em pontos de gatilho miofasciais no trapézio superior e músculos suboccipitais. A partir das gravações do diário, as diferenças de grupo ao longo do tempo foram detectadas na frequência ($P = 0,026$). Dessa forma, o estudo concluiu que o relato do paciente sobre a alteração clínica percebida foi maior na redução da dor de cabeça para massagem do que grupos placebo ou lista de espera ($P = 0,002$). O limiar de dor à pressão melhorou em todos os músculos testados apenas para massagem (todos os $P < 0,002$).

Demirturk *et al.* (2002) realizaram um estudo em 2 grupos randomizados com o objetivo de comparar a eficácia de tratamentos manuais diferentes em pacientes com cefaleia crônica tensional. Fizeram parte deste estudo 35 pacientes (sexo feminino) apresentando idade média de 49 anos. Somente 30 pacientes completaram o tratamento. Os pacientes foram separados aleatoriamente em dois grupos de 15 pessoas. Calor superficial e massagem clássica foram aplicados nos dois grupos. Em adição a isto a manipulação do tecido conjuntivo (CTM) foi feita no grupo I (n D 15) e Mobilização vertebral do Dr. James Cyriax para o Grupo II (n D 15).

O tratamento consistiu em 20 sessões realizadas durante 4 semanas. Os seguintes parâmetros foram avaliados antes do tratamento, imediatamente após o tratamento e um mês após o tratamento para comparar a eficácia dos métodos: valores do índice de dor de cabeça (EVA), amplitude de movimento cervical ativa (goniômetro universal) e limiar de dor a pressão (algômetro de pressão). Os resultados do estudo indicaram que todos os parâmetros demonstraram melhoras significativas nos dois grupos: não havendo diferenças entre os grupos em relação ao índice de dor de cabeça, os valores do limiar de dor a pressão e a amplitude de movimento ativa ($p > 0,05$). Em conclusão, ambos os tratamentos podem ser utilizados em pacientes com tensão crônica do tipo dor de cabeça tensional com eficácia.

Ferragut-Garcías *et al.* (2017) realizaram estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, onde o objetivo foi avaliar os efeitos de um protocolo envolvendo técnicas de tecidos moles e/ou técnicas de mobilização neural no tratamento de pacientes com episódios frequentes de dor de cabeça tipo tensão e dor de cabeça crônica tipo tensão. Participaram do estudo noventa e sete pacientes (78 mulheres; 19 homens) diagnosticados com dor de cabeça tipo tensão e dor de cabeça crônica tipo tensão, sendo aleatoriamente designados para os grupos A, B, C ou D. Intervenções: (A) massagem superficial como placebo; (B) técnicas de tecidos moles; (C) mobilização neural; (D) uma combinação de (B) e (C). O Estudo avaliou o limiar de dor à pressão (algômetro) nos músculos temporais (PPT1, PPT2) e região supraorbital (PPT3), a frequência (diário de dor de cabeça) e a máxima intensidade (Int) da crise da dor (EVA) e a pontuação usando o questionário Hit-6 (O HIT 6 é uma ferramenta usada para medir o impacto que as dores de cabeça causam na capacidade de funcionar no trabalho, na escola, em casa e em situações sociais). Todas as variáveis foram analisadas antes, no final do tratamento e 15, 19 dias e 30 dias após a intervenção.

Os grupos B, C e D tiveram um aumento do limiar de dor à pressão e uma redução de frequência, intensidade e impacto da dor no trabalho, na escola, em casa e em situações sociais em todos os momentos após a intervenção em comparação com a linha de base e o Grupo A ($p < 0,001$ em todos os casos). O grupo D apresentou os maiores valores do limiar de dor à pressão e os menores em frequência e impacto da dor de cabeça após a intervenção. O estudo concluiu que a aplicação de técnicas de tecidos moles e mobilização neural em 25 pacientes com

dor de cabeça tipo tensão ou dor de cabeça crônica tipo tensão induzem mudanças significativas no limiar da dor por pressão, características da crise da dor e seu impacto nas atividades da vida diária em comparação com a aplicação dessas técnicas como intervenções isoladas.

Kamali *et al.* (2019) realizaram um estudo clínico randomizado comparando a eficácia da massagem com agulhamento seco e a massagem de fricção para tratar pacientes com dor de cabeça tipo tensão. Participaram deste estudo 44 pacientes com dor de cabeça por tensão. Foram avaliadas a frequência da dor (número de dias em uma semana, que o paciente relatou sentir dor) e a intensidade (EVA), limiar de dor à pressão no local do ponto de gatilho (algômetro de pressão) e amplitude cervical (movimento foram registrados pelo goniômetro). Os participantes, posteriormente foram alocados aleatoriamente para um dos dois grupos de tratamento para massagem com agulhamento seco ou fricção.

O tratamento foi realizado durante uma semana (3 sessões). Os participantes foram avaliados 48 h após a última sessão de tratamento. Análise de covariância, teste t pareado e teste de Wilcoxon foram utilizados para análise estatística. Os resultados mostraram que ambos os métodos de tratamento reduziram significativamente a frequência e intensidade da dor de cabeça, e aumento do limiar de dor nos pontos gatilho. No entanto, nenhum tratamento teve efeito sobre amplitude de movimento cervical, exceto a extensão, que aumentou no grupo de agulhamento seco.

Entre grupos as comparações mostraram que o agulhamento seco aumentou o limiar da dor a pressão significativamente mais do que a massagem por atrito. Não houve diferenças significativas entre os grupos em nenhuma outra variável de resultado.

Chatchawan *et al.* (2014) realizaram estudo controlado randomizado com o objetivo de investigar os efeitos da massagem tradicional tailandesa (TTM) no limiar de dor à pressão e intensidade de dor de cabeça em pacientes com cefaleia crônica tipo tensão e enxaqueca, comparado com o ultrassom falso. Participaram deste estudo setenta e dois participantes que tiveram um diagnóstico de dor de cabeça por pelo menos três meses antes do experimento.

Os participantes foram divididos em dois grupos separados por faixa etária: A faixa etária grupo 1, 20 a 35 anos; grupo 2, 36 a 50 anos. Foram realizadas nove sessões durante um período de 3 a 9 semanas. Participaram deste estudo setenta e

dois participantes que tiveram um diagnóstico de dor de cabeça por pelo menos três meses antes do experimento. Os participantes foram divididos em dois grupos: Após o tratamento o grupo que recebeu a massagem tailandesa mostrou um aumento significativo no limiar de dor à pressão ($p < 0,01$) em comparação com o grupo de ultrassom falso.

Nos dois grupos, a intensidade da dor de cabeça diminuiu significativamente ($p < 0,05$); não existiram diferenças entre os grupos ($p > 0,05$). Eles concluíram que a massagem tailandesa pode aumentar o limiar de dor à pressão e reduzir a intensidade da dor de cabeça, sugerindo que esta é uma possível forma de tratamento alternativo para dores de cabeça crônicas.

Moraska *et al.* (2017) realizaram estudo randomizado controlado por placebo que teve como objetivo avaliar os efeitos de tratamentos de massagem única e múltipla sobre o limiar de dor a pressão nos pontos gatilhos miofasciais de pessoas que apresentaram a síndrome da dor miofascial representada como dor de cabeça do tipo tensional. Este teve a participação de 62 pacientes com dor de cabeça episódica ou crônica do tipo tensão.

Os pacientes receberam 12 sessões de massagem durante 45 minutos, duas vezes por semana, ultrassom falso ou controle da lista de espera. A massagem visou a liberação dos pontos de gatilho miofasciais (compressão isquêmica) das regiões miofasciais no trapézio superior bilateral e nos músculos suboccipitais. O limiar de dor à pressão foi medido com um algômetro de pressão antes e depois da primeira e última sessão. Eles constataram que o limiar de dor à pressão aumentou ao longo do período do estudo nos quatro locais musculares testados para massagem, mas não nos grupos de ultrassom ou lista de espera simulados ($p < 0,0001$ para suboccipital; $p < 0,004$ para trapézio superior). A análise *post hoc* no grupo de massagem mostrou um aumento inicial imediato no limiar de dor à pressão (todos os valores de $p < 0,05$), um aumento cumulativo e sustentado no limiar de dor à pressão acima da linha de base (todos os valores de $p < 0,05$) e um aumento adicional imediato no limiar de dor à pressão no final do tratamento (todos os valores de $p < 0,05$, exceto trapézio superior esquerdo, $p = 0,17$).

Eles concluíram que aplicações de massagem única e múltipla aumentam o limiar de dor à pressão nos pontos gatilho miofasciais. O limiar de dor nos pontos gatilho miofasciais tem uma grande capacidade de aumentar; mesmo após vários

tratamentos de massagem, foi observado um ganho adicional no limiar de dor à pressão.

5 DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho é revisar a literatura científica buscando evidências a respeito da massoterapia como tratamento da cefaleia tensional. Nos estudos aqui relatados, foram incluídos 9 estudos randomizados (3 estudos controlados por placebo, 5 estudos controlados simples cego e 1 duplo cego); nos quais a massoterapia figurou em diferentes técnicas de forma positiva, seja como o tratamento em si, ou como coadjuvante do tratamento utilizado. Dentre os estudos avaliados, 7 usaram a massagem como única intervenção, 2 outros estudos utilizaram a massagem associada a outros tipos de terapias; e observou-se:

A frequência da dor de cabeça da cefaleia tensional foi analisada em cinco estudos; sendo identificado apenas um estudo com diferença entre o grupo massagem e o grupo placebo, para a diminuição deste parâmetro. Moraska *et al.* (2015), observou a frequência da cefaleia diminuir tanto para o grupo que recebeu massagem, quanto para o grupo placebo que recebeu tratamento de ultrassom desligado, não sendo observada diferença entre a massagem e o placebo. Demirturk *et al.* (2002), observaram melhora na frequência da cefaleia, tanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e manipulação do tecido conjuntivo, quanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e mobilização vertebral do Dr. James Cyriax. Ferragut-Garcías *et al.* (2017), identificaram diminuição na frequência da dor, nos grupos que receberam técnicas de tecido mole no músculo esternocleidomastóideo, músculo temporal, musculatura suboccipital, músculo masséter e trapézio superior e o grupo c que recebeu intervenção neurodinâmica (Mobilização na flexão crânio-cervical com deslizamento lateral cervical), enquanto nenhuma mudança foi encontrada nos grupos que receberam massagem suave e superficial como placebo. Kamali *et al.* (2019), mostraram que tanto nos grupos de tratamento por massagem com fricção quanto nos de tratamento com agulhamento a seco, tiveram a frequência da dor reduzida. Chatchawan *et al.* (2014), observou, que a frequência da cefaleia melhorou para o grupo que recebeu massagem tailandesa, comparada ao grupo placebo de ultrassom desligado.

A variabilidade da frequência cardíaca foi observada em dois estudos, apresentando um aumento deste parâmetro em ambos os estudos, entretanto mais estudos são necessários. Toro-Velasco *et al.* (2009) mostraram que com a massagem houve um aumento no índice de variabilidade de frequência cardíaca, enquanto nenhuma alteração foi encontrada no grupo placebo com o ultrassom desligado. Damapong *et al.* (2015), demonstraram que tanto o grupo que recebeu a massagem tailandesa quanto o grupo controle que recebeu a amitriptilina como tratamento, tiveram aumento na variabilidade da frequência cardíaca. Uma alta variabilidade na frequência cardíaca é sinal de boa adaptação, caracterizando um indivíduo saudável, com mecanismos autonômicos eficientes, enquanto baixa variabilidade é frequentemente um indicador de adaptação anormal, implicando a presença de mau funcionamento fisiológico no indivíduo (VANDERLEI *et al.*, 2009).

Os limiares de dores à pressão foram analisados em sete estudos, sendo identificado aumento deste parâmetro em todos. Damapong *et al.* (2015), identificaram aumento do limiar de dor à pressão, no grupo que recebeu massagem tailandesa. Moraska *et al.* (2015), mostraram que o limiar de dor à pressão melhorou em todos os músculos testados (trapézio superior e músculos suboccipitais). Kamali *et al.* (2019) mostraram um aumento no limiar de dor nos pontos de gatilho, nos grupos que receberam massagem por fricção ou agulhamento a seco. Chatchawan *et al.* (2014), identificaram que o grupo que recebeu massagem tailandesa mostrou um aumento significativo no limiar da dor em comparação com o grupo placebo que recebeu como intervenção o ultrassom desligado. Moraska *et al.* (2017) chegaram à conclusão que o limiar de dor à pressão aumentou ao longo do período do estudo em todos os quatro locais musculares testados para os grupos que receberam massagem, mas não para os grupos simulados de ultrassom ou lista de espera. Demirturk *et al.* (2002) observaram uma melhora significativa nos limiares de dor à pressão tanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e manipulação do tecido conjuntivo, quanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e mobilização vertebral do Dr. James Cyriax. Ferragut-Garcías *et al.* (2017) observaram que os grupos que receberam técnicas de tecido mole (músculo esternocleidomastóideo, músculo temporal, musculatura suboccipital, músculo masseter e trapézio superior) e o grupo C que recebeu intervenção neurodinâmica (mobilização na flexão crânio-cervical com deslizamento lateral cervical), apresentaram evidências moderadas de que a massagem aumenta o limiar da dor,

enquanto o grupo que recebeu massagem suave e superficial como placebo, não apresentou mudanças no limiar da dor.

A intensidade da dor foi analisada em seis estudos, sendo identificada uma mudança deste parâmetro em cinco estudos. Damapong *et al.* (2015) observaram que o grupo que recebeu massagem tailandesa apresentou uma significativa diminuição da intensidade da dor, comparado ao grupo controle que recebeu amitriptilina. Berggreen, Wilk e Lund (2012) observaram uma melhora significativa na intensidade dor no grupo de tratamento da massagem nos pontos-gatilhos, comparado ao grupo controle. Demirturk *et al.* (2002) observaram melhora na intensidade da dor de cabeça, tanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e manipulação do tecido conjuntivo, quanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e mobilização vertebral do Dr. James Cyriax. Kamali *et al.* (2019) mostraram uma redução da intensidade da dor nos grupos que receberam massagem por fricção ou agulhamento a seco. Ferragut-Garcías *et al.* (2017) perceberam redução da intensidade da dor nos grupos que receberam técnicas de tecido mole no músculo esternocleidomastóideo, músculo temporal, musculatura suboccipital, músculo masseter e trapézio superior e o grupo que recebeu intervenção neurodinâmica (Mobilização na flexão crânio-cervical com deslizamento lateral cervical), enquanto o grupo que recebeu massagem suave e superficial como placebo, não encontrou mudança na intensidade da dor. Moraska *et al.* (2015) não observaram mudanças na intensidade da dor de cabeça para quem recebeu massagem ou ultrassom de forma placebo.

A amplitude de movimento da cervical foi analisada em três estudos, entretanto os estudos não demonstraram evidência de que a massagem aumente a amplitude de movimento. Demirturk *et al.* (2002) observaram uma melhora significativa nos movimentos ativos da cervical tanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e manipulação do tecido conjuntivo, quanto no grupo que recebeu massagem, calor superficial e mobilização vertebral do Dr. James Cyriax. Chatchawan *et al.* (2014), encontraram melhora no movimento suboccipital e cervical, para flexão/extensão suboccipital, e rotação cervical direita, no grupo que recebeu o tratamento de massagem tradicional tailandesa. Kamali *et al.* (2019), observaram que nenhum tratamento teve efeito sobre amplitude de movimento cervical, exceto a extensão, que aumentou no grupo de agulhamento seco. Mas ainda não há evidências sólidas que comprovem isto com a massagem.

Outras medidas foram observadas em um único estudo, como: mudanças do estado de humor (diminuição da raiva), da dureza dos tecidos (diminuição da dureza tecidual), da qualidade de vida, impacto da dor (redução do impacto da dor de cabeça), dor percebida (diminuição da dor percebida) e índice de incapacidade para dor de cabeça (melhora do índice de incapacidade para dor de cabeça).

Os resultados encontraram mudanças relevantes na intensidade da dor, no limiar de dor à pressão, na frequência da intensidade da dor e variabilidade da frequência cardíaca.

A massagem está ligada aos dados encontrados na literatura que embasaram os efeitos dos procedimentos no tratamento dos sintomas da cefaleia tensional, incluindo a dor, tendo em vista, a massagem como intervenção fisioterapêutica. Os resultados encontrados na revisão sistemática de literatura através dos artigos que fundamentaram essa pesquisa possibilitaram um entendimento maior sobre os efeitos da massagem e conduziram essa discussão.

Assim, a massagem age de forma sistêmica no alívio da dor, possibilitando uma melhor qualidade de vida ao paciente. Embora tenha-se tido dificuldades de encontrar estudos mais robustos na literatura acadêmica ou artigos científicos que comprovem com mais nitidez, e ainda não haja homogeneidade para uma revisão sistemática de maior impacto, as evidências encontradas até o momento são promissoras em relação a utilização da massagem como tratamento da cefaleia tensional.

Comparando esses resultados com as revisões dos autores Amorim e Daher, 2010; Lopez *et al.*, 2016; Cumplido-Trasmonte *et al.*, 2017 que observaram diferentes tipos de terapias manuais na cefaleia, foi possível encontrar parâmetros semelhantes ao resultado obtido no presente trabalho.

Amorim e Daher (2010) incluíram 6 estudos, com 4 séries de caso, 1 caso controle e 1 ensaio clínico randomizado; onde encontraram de forma relevante, a melhora da qualidade de vida, diminuição na frequência e duração da dor e melhora na intensidade da dor após a intervenção de diferentes tipos de terapias manuais, incluindo a massagem. Três estudos usaram a massagem junto com outros tipos de terapias e um estudo usou somente a massagem. Sendo que desses três estudos, um estudo usou intervenção com tração cervical manual, alongamento, mobilização vertebral e massagem clássica; outro estudo usou massagem clássica, técnicas oscilatórias de Maitland, instruções posturais, exercícios de flexão e extensão

cervical com resistência e o terceiro utilizou massagem, liberação miofascial, tração cervical axial, liberação de trigger-points e técnicas de facilitação como o músculo-energia.

Lopez *et al.* (2016) incluíram 14 estudos (12 estudos controlados randomizados simples cego, dois estudos controlados randomizados duplo cego) e encontraram como principais medidas de desfecho, a diminuição na frequência de cefaleia, diminuição na intensidade da dor de cabeça, melhora na qualidade de vida, melhora na mobilidade da cervical, melhora no limiar da dor por pressão após a intervenção de terapias manuais diferentes, envolvendo técnicas articulares, técnicas de tecido mole e os dois tipos de intervenção combinados.

Cumplido-Trasmonte *et al.*, (2017) incluíram 2 testes aleatórios e controlados, 2 estudos controlados randomizados simples e cego, 2 ensaios clínicos duplo cego, randomizado e controlado por placebo, 2 estudos randomizados controlados, 1 ensaio clínico randomizado e 1 ensaio clínico randomizado secundário; eles encontraram, como principais resultados, a redução da intensidade da cefaleia, melhora da frequência da dor de cabeça, aumento do limiar de dor à pressão, mudanças na amplitude de movimento craniocervical, melhora da qualidade de vida, a melhora do impacto da dor nas atividades diárias, melhora no índice de incapacidade de dor de cabeça após a intervenção de terapias manuais diferentes, incluindo técnicas articulares e a massagem com outros tipos de terapias.

Dessa forma, as terapias manuais foram avaliadas de forma mais detalhada. Durante o estudo dos artigos, percebe-se que as terapias manuais atuam como um procedimento importante no tratamento da cefaleia. Os estudos evidenciam isso de forma a contribuir para o incentivo de novos estudos que tragam maiores comprovações, necessitando de estudos mais detalhados e melhor desenhados. Entretanto, os estudos apontam para a eficácia das terapias manuais, principalmente no alívio da dor.

Assim, os resultados destes estudos trouxeram uma gama de informações detalhadas como evidências de que a massagem e as terapias manuais são tratamentos promissores nas intervenções para melhora da cefaleia tensional.

As medidas de resultado do presente trabalho apresentaram diferentes intervenções e número de sessões, e apesar dos resultados serem semelhantes, as intervenções e número de sessões tornaram os estudos heterogêneos neste aspecto. Exemplos disso, foram os estudos que não apresentaram as mesmas

técnicas de massagem, estudos que tiveram massagem associada a outro tipo de terapia, estudo que usou a massagem superficial como placebo, estudos que apresentaram número de sessões diferentes, quando comparado a outros estudos. Não diferente, as revisões com a terapias manuais, tiveram atitudes semelhantes nesse mesmo sentido.

Em linha com as outras revisões, os resultados encontrados em comum foram: redução da intensidade, duração e frequência da cefaleia após a intervenção da massagem e das terapias manuais. Esta abordagem sistemática se mostra um estudo com resultados promissores a dar-se continuidade na literatura acadêmica. São necessários mais estudos sobre cada uma destas intervenções, para obter um resultado mais preciso dessas técnicas sobre a cefaleia tensional.

CONCLUSÃO

A cefaleia tensional se caracteriza como um dos distúrbios comumente encontrados na população. Tal distúrbio precisa de tratamento, seja ele farmacológico, comportamental ou fisioterapêutico, envolvendo a massagem ou outras terapias manuais.

A massagem assim como as terapias manuais demonstraram ter efeitos sobre a intensidade da dor, frequência e limiar de dor à pressão. Em relação à variabilidade da frequência cardíaca, ainda não se pode fazer uma afirmação, uma vez que não foram achadas evidências suficientes, entretanto os estudos futuros devem considerar este fator como um possível benefício da massagem. Quanto à amplitude de movimento na região cervical, não há evidências até o momento que suportem esta hipótese.

Os estudos apresentados, mesmo que heterogêneos, mostram evidências promissoras para a abordagem das cefaleias de tensão com tratamento fisioterapêutico através da massagem. Dessa forma conclui-se, a massagem se apresenta como um tratamento eficiente na melhora da dor da cefaleia tensional, não demonstrando malefícios em seu uso, contribuindo de forma ativa como uma intervenção fisioterapêutica. Embora sejam necessários mais estudos homogêneos, assim como revisões, que apresentem intervenções e tipo de avaliações mais semelhantes quanto a intervenção da massagem.

REFERÊNCIAS

AMORIM, E. C. O.; DAHER, C. R. M. **Efeitos da terapia manual no tratamento da cefaleia tipo tensional: Uma revisão de literatura.** Revista Inspirar : movimento e saúde, Recife, v.2, n.2, p.12-16, março/abril de 2010. Disponível em: <https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2010/05/efeitos-terapia-manual-artigo515.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2020

BARNES, J. F. **Liberção miofascial.** Exame funcional dos tecidos moles e métodos manuais, novas perspectivas. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara; 2003.

BENDTSEN, L.; JENSEN, R.. Tension-type headache: the most common, but also the most neglected, headache disorder. **Lippincott Williams & Wilkins.** v19, n.3, p.305-309, jun 2006 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16702840/>. Acesso em: 05 janeiro 2020.

BERGGREEN, S; WILK, E; LUND, H. Treatment of myofascial trigger points in female patients with chronic tension-type headache: A randomized controlled trial. **Advances in Physiotherapy**, V.14, n.1, p.10-17, jan 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14038196.2011.647333>. Acesso em: 29 nov. 2019.

CAILLIET, R. **Dor: Mecanismos e Tratamento.** Porto Alegre: Artmed; 1999.

CASSAR, M. P. **Manual de massagem terapêutica.** 1ª. ed. Barueri, SP: Manole, 2001.

CHAITOW, LEON. Terapia manual para disfunção fascial. 1. ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.

CHATCHAWAN, U. *et al.* Effects of Thai Traditional Massage on Pressure Pain Threshold and Headache Intensity in Patients with Chronic Tension-Type and Migraine Headaches. **Jornal de Medicina Alternativa e Complementar**, v.20, n.6, p. 486-92, junho de 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24738648/>. Acesso em: 20 abr.2020.

CRUZ, M. C. *et al.* Cefaleia do Tipo Tensional: Revisão de Literatura. **Arch Health Invest**, Fernandópolis, V.6, n.2, p.53-58; 2017. Disponível em: archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/1778. Acesso em: 15 mar. 2020.

CUMPLIDO-TRASMONTA, C. *et al.* Terapia manual en adultos con cefalea tensional: revisión sistemática. **Sociedad Espanola de Neurologia**, 2017. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485318300136?token=BB99044B3AF2A9FF5D349E256CCD851228EA396343FEB7FFA9AFA525937254BE2602437BF8BB49E8641BA9A931006278>. Acesso em: 10 mai. 2020.

DAMAPONG, P. *et al.* A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of Court-Type Traditional Thai Massage versus Amitriptyline in Patients with Chronic Tension-

Type Headache. **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine**, 2015. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/930175/>. Acesso em: 21 abr. 20.

DE DOMENICO, G. **Técnicas de Massagem de Beard Princípios e Práticas de Manipulação de Tecidos Moles**. 5ªed. Rio de Janeiro; Editora Elsevier, 2008.

DEMIRTURK, F. *et al.* Results of two different manual therapy techniques in chronic tensiontype headache. **The Pain Clinic**, v.14, n.2, p.121-128, ago 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233705310_Results_of_two_different_manual_therapy_techniques_in_chronic_tension-type_headache. Acesso em: 11 mar. 2020.

DOWNWARD, E.. **Massage for Migraine**. Health Union, LLC. November 29, 2010. Disponível em: <https://migraine.com/complimentary-and-alternative-therapies/massage>. Acesso em: 28 mai. 2020.

DRAPER, D. O; CASTEL, J. C; CASTEL, D. Rate of temperature increase in human muscle during 1 MHz and 3 MHz continuous ultrasound. **Orthop Sports Phys Ther**, v.22, n.4, p.142-150, out. 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8535471/>. Acesso em: 06 fev. 2020.

FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. *et al.* Development of a Clinical Prediction Rule for Identifying Women With Tension-Type Headache Who Are Likely to Achieve Short-Term Success With Joint Mobilization and Muscle Trigger Point Therapy. **Wiley Periodicals**, v.51, n.2, p.246-261, fev. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21054361/>. Acesso em: 05 abr. 2020

FERRAGUT-GARCÍAS, A. *et al.* Effectiveness of a treatment involving soft tissue techniques and/or neural mobilization techniques in the management of the tension-type headache: A randomized controlled trial. **Arch Phys Med Rehabil**, v.98, n.2, p.211-219, fev.2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27623523/>. Acesso em: 08 mar. 2020

FLORES, A. M. N.; COSTA JUNIOR, A. L. Modelo biopsicossocial e formulação comportamental: compreendendo a cefaleia do tipo tensional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.1, p.143- 151, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a16.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

GIONA, P. **Abordagem fisioterapêutica nas cefaleias tensionais através da terapia manual: série de casos**, 2003, 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, 2003. Disponível em: <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2003/mono/09.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GREENMAN, P. E. **Principles of manual medicine**; 3. ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2003.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders. **Cephalalgia**, v. 38, n. 1, p. 211, jan. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29368949/>. Acesso em: 05 jan. 2020.

KAMALI, F. *et al.* Dry needling versus friction massage to treat tension type headache: A randomized clinical trial. . **J Bodyw Mov Ther**, v.23, n.1, p.89-93; jan 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30691768/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

LÓPEZ, C. L. *et al.* Eficácia de la terapia manual en el tratamiento de la cefalea tensional. **Elsevier España Una revisión sistemática desde el año 2000 hasta el 2013**, 2016. v. 31, n.6, p. 357-369, julho-agosto 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314000115?via%3Dihub>. Acesso em: 30 out. 2019.

MORASKA, A. F. *et al.* Responsiveness of Myofascial Trigger Points to Single and Multiple Trigger Point Release Massages: A Randomized Placebo Controlled Trial. **Am J Phys Med Rehabi**. v.96, n.9, p.639-645, setembro 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561477/pdf/nihms845777.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. Myofascial Trigger Point-focused Head and Neck Massage for Recurrent Tension-type Headache: A Randomized Placebo-controlled Clinical Trial. **Clin J Pain** v.31, n.2, p.159-168, fev.2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286457/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

OLIVEIRA, A. L. M; PELÓGIA, N. C. C. Cefaleia como principal causa de automedicação entre os profissionais da saúde não prescritores, **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, São Paulo, vol.12, n.2, p.99-103, abril-jun.2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312083786_AUTOMEDICACAO_ENTRE_AS_TRABALHADORAS_DE_ENFERMAGEM_DE_UM_HOSPITAL_DE_UBERABA. Acesso: 03 mar. 2020.

PISCHINGER, A. A. **Matrix and matrix regulation: basis for a holistic theory of medicine**. Brussels: Haug International, 1991.

ROSE, S; DRAPER, D. O; SCHULTHIES, S. S. The stretching window, part two: rate of thermal decay in deep muscle following 1-MHz ultrasound. **Journal of Athletic Training**, Provo, v.31, n.2, p. 139-438, abr-jun 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1318444/>. Acesso em: 03 abr. 2020.

SANTOS, C. M. T. *et al.* **Cefaleia tensional**. São Paulo, v. 65, n. 5, p. 112-117, maio 2008.

SCHLEIP, R. Fascial plasticity – a new neurobiological explanation. **Journal of Bodywork and movement therapies**, Monique, v.7, n.2, p.104-116, abril de 2003. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.535.4852&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

SCHWARTZ, B. S. et al. Epidemiology of tension-type headache. **JAMA**. v.279, n.5, p.381-383, fev. 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9459472/>. Acesso: 05 janeiro 2020.

SHEFTELL, F. D.; RAPOPORT, A. M. **Headache disorder: a management guide for practioners**. Philadelphia: W B Saunders, 1996.

SPECIALI, J. G. Cefaleias. **Cienc. Cult.** São Paulo, v.63, n.2, p.38-42, abril 2011. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n2/a12v63n2.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020

TORO-VELASCO, C. *et al.* Short-term effects of manual therapy on heart rate variability, mood state, and pressure pain sensitivity in patients with chronic tension-type headache: A pilot study. **J Manipulative Physiol Ther.** v.32, n.7 p.527-535, sep. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19748404/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

VANDERLEI, L. C. *et al.* Noções básicas de variabilidade da frequência cardíaca e sua aplicabilidade clínica. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto. vol.24, no.2, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbccv/v24n2/v24n2a18.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

VARJÃO, F. M. *et al.* Cefaleia, tipo tensional. **Revista Saúde e Pesquisa**, São Paulo, v.1, n.2, p.185-91, maio/agosto 2008. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/813/616>. Acesso em: 01 mar. 2020.

ZERWES, A. C. de P. L.; BOIÇA, L. G. de O. Cefaleia tensional. **Headache Medicine**, v. 10, n. 3, p. 84, 2019. Pôster apresentado no 33. Congresso Brasileiro de Cefaleia, São Paulo, 2019. Disponível em: https://headachemedicine.com.br/materias/HM_10_3_Posteres.pdf. Acesso em 06 jun, 2020.

ANEXO A – Escala PEDro

Escala de PEDro – Português (Brasil)

1. Os critérios de elegibilidade foram especificados () não () sim onde: _____
2. Os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupos (num estudo cruzado, os sujeitos foram colocados em grupos de forma aleatória de acordo com o tratamento recebido) () não () sim onde: _____
3. A alocação dos sujeitos foi secreta () não () sim onde: _____
4. Inicialmente, os grupos eram semelhantes no que diz respeito aos indicadores de prognóstico mais importantes () não () sim onde: _____
5. Todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo () não () sim onde: _____
6. Todos os terapeutas que administraram a terapia fizeram-no de forma cega não sim onde: _____
7. Todos os avaliadores que mediram pelo menos um resultado-chave, fizeram-no de forma cega não sim onde: _____
8. Mensurações de pelo menos um resultado-chave foram obtidas em mais de 85% dos sujeitos inicialmente distribuídos pelos grupos () não () sim onde: _____
9. Todos os sujeitos a partir dos quais se apresentaram mensurações de resultados receberam o tratamento ou a condição de controle conforme a alocação ou, quando não foi esse o caso, fez-se a análise dos dados para pelo menos um dos resultados-chave por “intenção de tratamento” não sim onde: _____
10. Os resultados das comparações estatísticas inter-grupos foram descritos para pelo menos um resultado-chave () não () sim onde: _____

11. O estudo apresenta tanto medidas de precisão como medidas de variabilidade para pelo menos um resultado-chave () não () sim onde: _____

A escala PEDro baseia-se na lista de Delphi, desenvolvida por Verhagen e colegas no Departamento de Epidemiologia, da Universidade de Maastricht (Verhagen AP et al (1988). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12):1235-41). A lista, na sua maior parte, baseia-se num “consenso de peritos” e não em dados empíricos. Incluíram-se na escala de PEDro dois itens adicionais, que não constavam da lista de Delphi (os itens 8 e 10 da escala de PEDro). À medida que forem disponibilizados mais dados empíricos, pode vir a ser possível ponderar os itens da escala de forma a que a pontuação obtida a partir da aplicação da escala PEDro reflita a importância de cada um dos itens da escala.

O objetivo da escala PEDro consiste em auxiliar os utilizadores da base de dados PEDro a identificar rapidamente quais dos estudos controlados aleatorizados, ou quase-aleatorizados, (ou seja, ECR ou ECC) arquivados na base de dados PEDro poderão ter validade interna (critérios 2-9), e poderão conter suficiente informação estatística para que os seus resultados possam ser interpretados (critérios 10-11). Um critério adicional (critério 1) que diz respeito à validade externa (ou “potencial de generalização” ou “aplicabilidade” do estudo clínico) foi mantido para que a Delphi list esteja completa, mas este critério não será usado para calcular a pontuação PEDro apresentada no endereço PEDro na internet.

A escala PEDro não deverá ser usada como uma medida da “validade” das conclusões de um estudo. Advertimos, muito especialmente, os utilizadores da escala PEDro de que estudos que revelem efeitos significativos do tratamento e que obtenham pontuação elevada na escala PEDro não fornecem, necessariamente, evidência de que o tratamento seja clinicamente útil. Adicionalmente, importa saber se o efeito do tratamento foi suficientemente expressivo para poder ser considerado clinicamente justificável, se os efeitos positivos superam os negativos, e aferir a relação de custo-benefício do tratamento. A escala não deve ser utilizada para comparar a “qualidade” de estudos clínicos realizados em diferentes áreas de terapia,

principalmente porque algumas áreas da prática da fisioterapia não é possível satisfazer todos os itens da escala.

Fonte: www.pedro.org.au/portuguese/downloads/pedro-scale/