

A EFICÁCIA DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL NA REGIÃO CERVICAL PARA ALÍVIO DA CEFALEIA TENSIONAL

THE EFFECTIVENESS OF MYOFASCIAL RELEASE IN THE CERVICAL REGION FOR TENSION HEA- DACHE RELIEF

Ana Paula Nunes Christofolletti ¹

Resumo: A liberação miofascial é uma investida manual aplicada na face corporal para tratamento do sistema facial. A liberação miofascial restabelece a flexibilidade e elasticidade da fáschia, tendo, assim, ampla habilidade de alterar a amplitude de movimento corporal e dissolver as restrições dos tecidos fásciais. O sedentarismo e as posições que provocam dor podem gradualmente provocar restrições e encurtamentos fásciais e muscula-

res. Este estudo tem por objetivo identificar a eficácia da liberação miofascial na região cervical para alívio da cefaleia tensional. Este estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica de caráter descritiva qualitativo, onde o pesquisador é quem descreve o objeto de pesquisa, assumindo o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local em que se deram ou surgiram os fenômenos de estudo. Conclui-se que através da uti-

¹ Graduada em Fisioterapia pela FAVENI



lização desta técnica, é possível proporcionar a desativação de pontos gatilhos, promoverem um alinhamento correto da estrutura corporal, minimizar a restrição do movimento e a dor sem causar comprometimento das estruturas miofascial.

Palavras-chaves: Liberação Miofascial, terapia manual, massagem, cervical.

Abstract: Myofascial release is a manual attack applied to the body face to treat the facial system. Myofascial release restores the flexibility and elasticity of the fascia, thus having a broad ability to alter the body's range of motion and dissolve restrictions in the fascial tissues. A sedentary lifestyle and positions that cause pain can gradually cause muscle and fascial restrictions and shortening. This study aims to iden-

tify the effectiveness of myofascial release in the cervical region for tension headache relief. This study is characterized as a bibliographical research of qualitative descriptive character, where the researcher is the one who describes the research object, assuming the role of observer and explorer, directly collecting the data in the place where the study phenomena occurred or appeared. It is concluded that through the use of this technique, it is possible to deactivate trigger points, promote a correct alignment of the body structure, minimize movement restriction and pain without compromising the myofascial structures.

Keywords: Myofascial Release, manual therapy, massage, cervical.

INTRODUÇÃO



A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) é uma desordem dolorosa que acomete os músculos esqueléticos, caracterizados por bandas rígidas e tensas com aumento de consistência e com presença de pontos dolorosos a palpação, identificados como trigger-points ou pontos gatilhos. A maioria dos sintomas relatados são rigidez muscular, redução da amplitude de movimento articular, sensibilidade e diminuição de desempenho (DAVIES; AMBER, 2017).

A manobra miofascial quando usada juntamente com o tratamento convencional torna-se eficaz para fornecer alívio imediato da dor. Entende-se que a restrição fascial em uma região do corpo pode causar estresse indevido em outras regiões do corpo, devido à continuidade fascial (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2018). Isso

pode estar resultando em estresse sobre quaisquer estruturas que estão envolvidas, dividida, ou suportada pela fáscia; Profissionais que fazem massagem terapêutica miofascial alegam que por meio da restauração do comprimento, o tecido conjuntivo e a pressão pode ser aliviados na dor das estruturas como nervos e vasos sanguíneos. Portanto o presente estudo tem por objetivo identificar o efeito de liberação miofascial na dor cervical.

Este estudo tem por objetivo identificar a eficácia da liberação miofascial na região cervical para alívio da cefaleia tensional.

A manobra miofascial quando usada juntamente com o tratamento convencional torna-se eficaz para fornecer alívio imediato da dor. Entende-se que a restrição fascial em uma região do corpo pode causar estresse in-



devido em outras regiões do corpo, devido à continuidade fascial. Isso pode estar resultando em estresse sobre quaisquer estruturas que estão envolvidas, dividida, ou suportada pela fásia. Profissionais que fazem massagem terapêutica miofascial alegam que por meio da restauração do comprimento, o tecido conjuntivo e a pressão pode ser aliviado na dor das estruturas como nervos e vasos sanguíneos.

Este estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica de caráter descritiva qualitativo, onde o pesquisador descreve o objeto de pesquisa, assumindo o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local em que se deram ou surgiram os fenômenos de estudo.

Os dados foram coletados através do levantamento de produções científicas sobre o efeito de liberação miofascial na

dor cervical, produzidos entre os anos, 2006 a 2017. As bases utilizadas para coleta de dados foram Lilacs, Medline, Science Direct, e revistas nacionais e internacionais de artigos.

Necessita-se que se leve em consideração os problemas referentes ao efeito da liberação miofascial na dor cervical, visando o bem-estar do paciente e dos profissionais em geral que ali atuam. Foram usadas as palavras chaves: Em português: Liberação Miofascial, terapia manual, massagem e cervical, em Inglês: Myofascial Release, Therapy, Massage and Cervical Handbook, combinando as quatro palavras na busca, tanto em inglês quanto em Português.

O USO DA TERAPIA MANUAL

Os efeitos mecânicos,



fisiológicos e psicológicos da massagem dão origem aos efeitos terapêuticos. A mão humana é uma das maravilhas da natureza, capaz de imensa destreza e sensibilidade, embora também possua tremenda força e capacidade emocional. A ideia de que a cura pode ser facilitada pelo toque no paciente, que é uma prática antiga e comum de muitas culturas. De fato, este pode ser o motivo pelo qual esta ideia tem ressonância ainda nos nossos dias, mesmo nas sociedades mais avançadas tecnologicamente (DAVIES; AMBER, 2017).

De acordo com Bianchini e Moreira (2015), a massagem é em primeira análise o ato intuitivo de tocar o corpo, sendo um gesto de despertar, acariciar, proteger ou aliviar algum incômodo. Na prática da fisioterapia, a massagem em tecido mole evoluiu para muitos tipos de técnicas

de mobilização manual. O aperfeiçoamento desta técnica requer uma sensibilidade aguçada, no sentido de observar e tocar nos limites acessíveis do corpo, para que este tenha uma resposta produtiva.

Esse diálogo entre mãos e corpo pode ser denominado como a Linguagem do Tato e ao se considerar esta linguagem, deve-se pensar nos movimentos das mãos como uma forma de ler o corpo do massageado e de expressar um estímulo adequado, dosando o ritmo, intensidade e velocidade.

Bianchini e Moreira (2015), refere em seu estudo que, há uma estimulação mecânica quando a massagem é aplicada sobre o tecido conjuntivo que interrompe o círculo vicioso estabelecido pelo reflexo retrógrado: o cutâneo visceral. Segundo este mesmo autor o estímulo



procedente do tecido cutâneo e subcutâneo se dirige pelas vias sensitivas passando pelo gânglio espinhal até a raiz posterior do nervo espinhal, onde através dos neurônios de associação passa à raiz anterior da medula. Por meio desta, passa pelo ramo comunicante branco e gânglio do tronco simpático alcançando o órgão correspondente.

A massagem do tecido conjuntivo (MTC) tem início com realização da palpação de toda área relacionada, para diagnosticar o local a ser tratado. A palpação deverá evidenciar áreas delimitadas, em geral unilateral, deprimidas ou edemaciadas com rigidez ou tensão e ainda falta de mobilidade entre as camadas teciduais, a constatação destes sinais leva a certeza de que há comprometimento do tecido conjuntivo (DAVIES; AMBER, 2017).

Esta técnica segundo este mesmo autor desencadeia além das ações distantes da área a serem tratadas, ações locais como calor, dermografismo elevado, que podem ter origem histamínica.

A redução da dor é um dos efeitos mais importantes da massagem, explicado pelo mecanismo do portal da dor, de Bianchini e Moreira (2015), pois a manipulação estimula os mecanorreceptores que gera impulsos conduzidos por fibras de maior calibre (tipo a), que chega ao corno posterior da medula antes dos estímulos nocivos gerados pelos nociceptores (fibras do tipo c) e bloqueiam as passagens destes estímulos, impedindo assim, os centros superiores de tornarem conhecimento da dor.

Além dessa forma de ação, a massagem faz com que as substâncias químicas liberadas



pela lesão estimulem os nociceptores, sejam removidas através da circulação sanguínea que promove a descompressão nervosa pelo relaxamento e alongamento miofascial e rompe o círculo da dor pela melhora na condição muscular. A manipulação produz analgesia pela liberação e aumentos dos níveis plasmáticos de encefalina e beta-endorfinas (opiáceos endógenos) (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Para Hou, Tsai e Cheng (2015), o poder da massagem miofascial, deriva em parte do trabalho direto com o tecido conjuntivo, e acentuam a liberação dos pontos gatilhos, de espasmos e da dor.

Os efeitos mecânicos, fisiológicos e psicológicos da massagem dão origem aos efeitos terapêuticos. A mão humana é uma das maravilhas da natureza, capaz de imensa destreza e sen-

sibilidade, embora também possua sua tremenda força e capacidade emocional. A ideia de que a cura pode ser facilitada pelo toque no paciente, que é uma prática antiga e comum de muitas culturas. De fato, este pode ser o motivo pelo qual esta ideia tem ressonância ainda nos nossos dias, mesmo nas sociedades mais avançadas tecnologicamente (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

De acordo com Hou, Tsai e Cheng (2015), a massagem é em primeira análise o ato intuitivo de tocar o corpo, sendo um gesto de despertar, acariciar, proteger ou aliviar algum incômodo. Na prática da fisioterapia, a massagem em tecido mole evoluiu para muitos tipos de técnicas de mobilização manual. O aperfeiçoamento desta técnica requer uma sensibilidade aguçada, no sentido de observar e tocar nos limites acessíveis do corpo, para



que este tenha uma resposta produtiva.

Esse diálogo entre mãos e corpo pode ser denominado como a Linguagem do Tato e ao se considerar esta linguagem, deve-se pensar nos movimentos das mãos como uma forma de ler o corpo do massageado e de expressar um estímulo adequado, dosando o ritmo, intensidade e velocidade. De forma geral os movimentos lentos têm efeito calmante e os rápidos estimulantes.

Cefaleia

A cefaleia também conhecida como dor de cabeça, é um problema que atinge com frequência a população. Ela pode acontecer isolada ou decorrente de alguma doença, por esse motivo que a procura por médicos é alta. É necessária uma avaliação

completa sobre essa dor de cabeça para chegar ao diagnóstico (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Para saber sobre o diagnóstico é preciso realizar exame físico e neurológico completo para chegar a uma conclusão, se for diagnosticado a dor de cabeça primária, ela não apresenta uma causa específica, podendo ser enxaqueca, cefaleias tensionais, etc. A secundária já apresenta uma causa para a dor, como um tumor ou doenças infecciosas, com isso é necessário ter uma atenção especial, pois é preciso chegar ao diagnóstico diferenciado com mais exames e estudos no caso (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Normalmente a cefaleia aparece com as crises, quando é ingerindo álcool, queijo, problemas visuais, irritação e depressão. As dores de cabeça podem se manifestar da mais leve a crônica, essa dor pode ser latejante,



fraca, ardente e fincada. O diagnóstico da cefaleia é clínico. O tratamento depende muito da situação, às vezes é preciso passar por uma cirurgia, ou tomar analgésicos, mas a acupuntura vem crescendo muito para esse tipo de tratamento, ele é simples e saudável, e só vem trazendo benefícios para os pacientes que procuram a acupuntura para o tratamento. A cefaleia é a dor mais comum na história da humanidade, todo ser humano apresenta essa dor ao longo da vida, estudos confirmam que 70% são mulheres e 60% homens (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Segundo Bianchini e Moreira (2015, p. 190), as Cefaleias são divididas em primárias e secundárias.

As cefaleias primárias mais comuns são: enxaqueca, Cefaleia do tipo tensional, Cefaleia em

salvas. Outras formas menos comuns de Cefaleia primária incluem a hemicrania contínua, a Cefaleia nova diária e persistente, Cefaleia do esforço, Cefaleia da tosse, Cefaleia por estímulo frio, hemicrania paroxística crônica. Cefaleias secundárias são aquelas causadas por alguma outra doença, tal como tumores cerebrais, traumatismo craniano, meningites, acidente vascular cerebral (derrame), hidrocefalia, e aneurismas.

Seguindo a mesma linha de raciocínio do autor citado anteriormente, existem vários fatores etiológicos para a Cefaleia, são eles: constituição, emoções, excesso de trabalho, atividade sexual excessiva, dieta, acidentes, parto e fatores patogênicos exter-



nos (vento e umidade).

Síndrome Dolorosa miofascial

Nos últimos anos tem se demonstrado um aumento na prevalência da Síndrome Dolorosa miofascial, tendo sido reconhecida como uma das principais causas de dor músculo esquelética. A epidemiologia da SDM segundo Yeng (2008), por vezes é difícil de ser determinada, pois os diagnósticos dependem de achados clínicos, anamnese e identificação dos pontos gatilhos, sendo estes procedimentos dependentes de profissionais treinados (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

A maioria dos estudos apontam para maior prevalência da SDM em mulheres e em indivíduos na faixa etária mais ativa. Estudos realizados por Bianchini e Moreira (2015), demonstraram que a síndrome atinge uma po-

pulação com idade entre 31 a 50 anos.

Estima-se que em torno de 70% a 80% da população mundial, possa a vir a apresentar algum tipo de dor em algum período de sua vida, sendo esta de forma aguda ou crônica. A estimativa de que uma parcela da população mundial a ser diagnosticado com dor crônica musculoesquelética é de 10% a 20% (WALKER, 2016). Em um estudo realizado por Bianchini e Moreira (2015), a dor músculo esquelética é um dos mais importantes problemas de saúde pública enfrentado pelos países ocidentais. Os custos relacionados com aspectos médicos e sociais têm crescido incessantemente nas últimas décadas e atingem atualmente cifras da ordem de bilhões de dólares em vários países.

De acordo com Hou,



Tsai e Cheng (2015), 53% da população americana sofriam com dor muscular, sendo que 33% dos que apresentaram esse problema persistiram com a dor por mais de 11 dias e 10%, por mais de 100 dias.

Estudos conduzidos por Hoving, Vet e Koes (2016), mostrou que 85% dos pacientes que se apresentaram em um centro para tratamento de dor crônica, receberam o diagnóstico primário de dor miofascial.

Para Simons, Travell e Simons (2015), a prevalência variou de 21% dos pacientes encontrados em uma clínica de ortopedia geral e 30% dos pacientes de uma clínica médica geral com dor regional e até prevalências altas como 85 e 93% dos pacientes que se apresentaram em centros especiais de tratamento de dor. Essa variação pode ser devida a diferenças nos métodos de diag-

nósticos e técnicas empregadas.

No Brasil foi realizado por Hou, Tsai e Cheng (2015), um estudo retrospectivo observacional, sendo os dados coletados de 550 pacientes encaminhados consecutivamente para triagem no Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CMD-HCFMUSP) no período de fevereiro a dezembro de 2014. Dos 550 pacientes avaliados, mais que metade tinha dor de origem musculoesquelética (n=285, 51,8%). Os demais pacientes apresentavam dor de origem neuropática (n=213, 38,7%), seguidas pelas dores relacionados ao câncer (n=52, 9,5%). Das dores musculoesqueléticas, a fibromialgia foi a afecção mais frequente (n=123, 43,2%), seguida pela lombalgia (16,5%) e dor miofascial (14,7%).

E de acordo com Bian-



chini e Moreira (2015), cerca de 60% dos pacientes que procuram o CMD-HCFMUSP apresentam dor decorrente de afecções do aparelho locomotor, especialmente a síndrome dolorosa miofascial.

Dixon (2014), refere em seu estudo que, há uma estimulação mecânica quando a massagem é aplicada sobre o tecido conjuntivo que interrompe o círculo vicioso estabelecido pelo reflexo retrógrado: o cutâneo visceral. Segundo este mesmo autor o estímulo procedente do tecido cutâneo e subcutâneo se dirige pelas vias sensitivas passando pelo gânglio espinal até a raiz posterior do nervo espinal, onde através dos neurônios de associação passa à raiz anterior da medula. Por meio desta, passa pelo ramo comunicante branco e gânglio do tronco simpático alcançando o órgão correspondente.

A MTC tem início com realização da palpação de toda área relacionada, para diagnosticar o local a ser tratado. A palpação deverá evidenciar áreas delimitadas, em geral unilateral, deprimidas ou edemaciadas com rigidez ou tensão e ainda falta de mobilidade entre as camadas teciduais, a constatação destes sinais leva a certeza de que há comprometimento do tecido conjuntivo (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Esta técnica segundo este mesmo autor desencadeia além das ações distantes da área a serem tratadas, ações locais como calor, dermografismo elevado, que podem ter origem histamínica.

Avaliação do comportamento da dor

É imprescindível soli-



citar ao paciente que demonstre cada uma de suas funções em áreas específicas, para relacioná-las a fatores de perpetuação da dor. Para que as funções sejam exercidas de forma adequada, o indivíduo deve ter um bom desempenho biomecânico, o que torna necessário o bom alinhamento articular, amplitude de movimento, força resistência, propriocepção, percepção corporal, nas funções às quais o corpo é submetido. A avaliação baseia-se no resultado obtido das avaliações médicas e a coleta de informações quanto aos locais de dor, escala verbal de dor, frequência, padrão e estruturas envolvidas e as rotinas que envolvem o cotidiano do doente. Após relacionar todas essas informações tornam-se possível traçar um plano de tratamento (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

A etiologia de formação

de pontos gatilhos ainda parte do princípio de que a fadiga muscular, com conseqüente encurtamento e deficiência de suprimento de oxigênio e nutrientes, aumentam a demanda metabólica nos tecidos locais, bem como a sobrecarga de um músculo ou grupo específico de fibras musculares devido a hábitos posturais inadequados causando micro trauma, contração estática sustentada, estresses emocionais, repetição de movimentos, ou quando se sofre um acidente ocasionando um macro trauma, parece estar envolvidos com sua origem (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Os fatores desencadeantes da SDM estão correlacionados com fatores biomecânicos de sobrecargas ou micro traumas gerados por ações repetitivas de estruturas musculoesquelética, durante a execução de atividades diárias ou do trabalho. Para Di-



xon (2014), resultam em fadiga muscular, com consequente encurtamento e deficiência de suprimento de oxigênio e nutrientes que aumentam a demanda metabólica nos tecidos locais, bem como a sobrecarga de um músculo ou grupo específico de fibras musculares devido a hábitos posturais inadequados. Em acidentes automobilísticos, o efeito chicote (acontecimento mais comum nesses casos de acidentes) com comprometimento da região cervical ou lombar correspondem aos macrotraumas, sendo estes uma das causas mais frequentes da SDM.

De acordo com Hou, Tsai e Cheng (2015), perturbações internas do organismo como infecções, estados febris, dores profundas, distúrbios hormonais, distúrbios esqueléticos, estresse psicológico, baixo condicionamento físico e distúrbios do sono podem favorecer o aparecimento

de pontos gatilhos.

Liberação cervical

A liberação cervical trata-se de uma técnica excelente para aliviar restrições fasciais através das áreas cervical e torácica superior. Depois que se executa a liberação, as técnicas de energia muscular, a manipulação e mobilização articular podem ser feitas com maior facilitação, aceitação e eficácia (HUIJING; LANGEVIN, 2016).

Vários artigos foram encontrados, comentado e pesquisado sobre uma série de técnicas e métodos de tratamento que podem ser utilizados para efeito de liberação miofascial na dor cervical. A revisão de literatura proposta visou encontrar entre as técnicas de terapia manual, qual tivesse os melhores resultados para tratamento da liberação



miofascial na dor cervical (HUI-JING; LANGEVIN, 2016).

Atividade física inadequada, ou a falta dela, tensão, estresse emocional, vícios de postura e de movimento, esforços repetitivos e excessivos, e até mesmo deficiências nutricionais estão na sua origem. O tratamento desta síndrome consiste em terapias de alívio como a ponto gatilho. As terapias de alívio podem diminuir os sintomas agudos podem envolver emprego de fármacos, bem como a infiltração nos pontos-gatilhos com anestésicos locais. As terapias coadjuvantes não-farmacológicas são indispensáveis no tratamento de longo prazo, com efeito à reabilitação e à reeducação postural do paciente (PEREZ, 2015).

Um estudo realizado aponta que a terapia manual reduz a intensidade, a frequência e duração da dor para a síndrome

dolorosa miofascial (SDM). Segundo Dixon (2014), a medicina tradicional chinesa (MTC) tem resultados eficientes no tratamento da SDM. Hou, Tsai e Cheng (2015), a utilização de laser de baixa intensidade, aplicados no tratamento de pontos gatilhos, foi extremamente eficaz, capaz de reduzir o uso dos analgésicos e proporcionando um alívio imediato dos sintomas. A técnica de ponto gatilho desencadeia além das ações distantes da área a serem tratadas, ações locais como calor, dermografismo elevado, que podem ter origem histamínica (WALKER, 2016).

De acordo com Rocha (2015), a redução da dor é um dos efeitos mais importantes da massagem, explicado pelo mecanismo do portal da dor, pois a manipulação estimula os mecanorreceptores que gera impulsos conduzidos por fibras de maior



calibre (tipo a), que chega ao corno posterior da medula antes dos estímulos nocivos gerados pelos nociceptores (fibras do tipo c) e bloqueiam as passagens destes estímulos, impedindo assim, os centros superiores de tornarem conhecimento da dor.

O poder da massagem miofascial deriva em parte do trabalho direto com o tecido conjuntivo, e acentuam a liberação dos pontos gatilhos, de espasmos e da dor, recuperando a ADM. A desativação dos pontos gatilhos promove um alinhamento correto da estrutura corporal, minimiza a restrição do movimento e a dor sem causar comprometimento das estruturas miofascial (PEREZ, 2015).

Concluindo, a dor miofascial foi estimada uma condição prevalente. Apesar de uma variedade de comumente prescritos tratamentos, a moderado ava-

liações da eficácia e as caracterizações frequente dos tratamentos disponíveis como insuficiente sugerem uma necessidade urgente de pesquisas clínicas para estabelecer diretrizes baseadas em evidências para o tratamento de síndrome da dor miofascial.

Modificações Posturais, mecânicas e ergonômicas, embora a pratica padrão clínica incluía esforços para corrigir as anomalias posturais e ergonômicas, são pouco os dados diretos para suportar esta aproximação para tratar a dor miofascial. Um estudo, combinou o treinamento postural e a terapia confortável no tratamento da dor oral miofascial e encontrou que os pacientes que tinham cefaleia tensional melhoraram, mais cedo do que aquelas tratadas com a terapia sozinha; entretanto, as diferenças no resultado eram clinicamente menores (PEREZ, 2015).



A literatura da medicina ocupacional fornece evidências que os ferimentos são mais comuns quando os trabalhadores são sujeitados às maiores cargas e têm posturas indesejáveis durante seu trabalho. As síndromes ocupacionais devido a dor de músculo trapézio ocorrem como o resultado de micro traumas repetitivos e do encurtamento miofascial e cefaleia. A correção de posturas inábeis é uma parte do tratamento padrão destas disorders, embora estejam faltando estudos a longo prazo da sua eficácia (WALKER, 2016).

A redução do estresse, técnicas da redução do estresse, incluindo os programas cognitivo-comportamentais, meditação, treinamento de abrandamento progressivo, e biofeedback, são incorporadas frequentemente em programas de reabilitação da dor crônicos. Estudos que endereçam

especificamente a eficácia destas técnicas para a dor miofascial são poucos. Em um estudo foi comparado um diferenciado programa do abrandamento com fisioterapia com splinting dental e com estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) para gerência a dor miofascial crônica da cefaleia tensional; encontraram resultados equivalentes e a boa resposta entre todo grupo do tratamento. Biofeedback eletromiográfico assim como os programas de meditação baseados na redução do esforço parecem ser benéficos na cefaleia tensional (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Um corpo crescente da evidência suporta eficácia da acupuntura na dor miofascial tensional. A quantidade limitada dos dados de alta qualidade sugere a acupuntura é melhor do que a impostura para aliviar a dor, melhorando avaliações globais.



O instituto nacional da indicação do consenso da saúde na acupuntura concluiu a acupuntura pode ser útil como um tratamento da adjunção ou uma alternativa aceitável a ser incluído em um programa detalhado no tratamento na dor miofascial (WALKER, 2016).

Perguntas que precisam ser respondidas nas experimentações controladas randomizadas futuras incluem a duração do benefício da acupuntura, e o valor de tratamentos do impulsor para o tratamento da dor miofascial.

Massagem, TENS e ultrassom. Os estudos que sugerem a eficácia da massagem como parte de um programa de tratamento para a dor miofascial são escassos. Em um estudo a massagem combinada com exercícios de alongamento eram melhores em reduzir o número e a intensi-

dade da dor na cefaleia tensional.

Em um artigo foi encontrada eficácia através da terapia de massagem em reduzir a dor, níveis crescentes de serotonina e de dopamina e diminuição dos sintomas da cefaleia; entretanto, este estudo não especifica a etiologia da dor (PEREZ, 2015).

O tratamento com TENS mostrou resultados mistos no tratamento da dor miofascial. Um estudo único cego comparando TENS com TENS placebo em 10 pacientes para o tratamento da dor miofascial não encontrou nenhum benefício para a redução da dor; entretanto, o estudo usou parâmetros subthreshold do TENS. Pela comparação, Graf-Radford e outros compararam 4 ajustes diferentes do TENS ao controle com nenhuma estimulação em um estudo duplo cego e encontraram que o TENS de alta frequência e alta intensidade re-



duziram a dor miofascial (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

O ultrassom em combinação com a massagem e o exercício foi testado em 1 experimentação controlado e randomizado. Neste estudo, o ultrassom, a massagem, e o exercício não tiveram nenhum benefício adicional sobre o ultrassom placebo com massagem e acupuntura para o tratamento da cefaleia tensional (PEREZ, 2015).

As correntes elétricas são utilizadas para o tratamento da dor durante o processo de cura da dor ou na transmissão ou percepção da dor. Quando se utiliza as correntes de curta duração e alta frequência de pulso a nível sensorial ativam o mecanismo do Portão de Modulação da Dor, fechando o portão de transmissão da dor, que é estimulado nos nervos sensoriais (PEREZ, 2015).

Para estimular a libera-

ção de opiáceos naturais do corpo a endorfinas que são produzidas na glândula hipófise e encefalinas produzidas pela medula espinal, utiliza-se a estimulação de alta intensidade, longa duração e baixa frequência pulso (WALKER, 2016).

Quando se reduz a pressão mecânica exercida sobre as terminações nervosas ou quando se diminui o grau de espasmo ou edema muscular, eliminam-se os eventos mecânicos e químicos que estimulam a transmissão da dor. Em abordagens específicas para o controle da dor, a estimulação elétrica pode simplesmente mascarar a dor ou encorajar o corpo a liberar substâncias que controlam a dor, denominadas opiáceos endógenos (WALKER, 2016).

De acordo com Dixon (2014), que a luz laser é uma das modalidades mais recentes no



campo da fisioterapia e é sugerida para o tratamento da dor por proporcionar um efeito bioestimulativo e analgésico por meio de irradiação direta do tecido sem produzir respostas térmicas.

Os benefícios do laser terapia, segundo Dixon (2014), têm sido descritos por meio de um grande número de pesquisas clínicas no mundo inteiro, e dentre os vários efeitos positivos destacam-se a aceleração da cicatrização e a atenuação e/ou remissão completa da dor miofascial.

Segundo Rocha (2015), o laser de baixa potência ou terapêutico é definido aquele com densidade de energia menor que 500mW/cm^2 . De acordo com este autor, é fundamental que se conheçam bem seus princípios básicos, principalmente porque os efeitos e o mecanismo de ação são muito complexos do que, por

exemplo, os de uma luz ultravioleta ou de um aparelho de ultrassom.

Tratamento para dor miofascial

Exercício de alongamento é a base do tratamento da dor miofascial. Este tratamento é voltado para a tensão e o encurtamento do músculo que são associadas com a dor nesta desordem e permitem a restauração gradual da atividade normal. O alongamento lento, sustentado durante todo a escala restrita o movimento (ROM) disponível é o mais eficaz. Reforçar o exercício é contraindicado para o tratamento inicial da cefaleia. Os estudos eletromiográfico mostraram que os músculos com tensão começam com fadiga, fadiga mais rápida e severa do que em outros músculos, e se recuperam



mais lentamente. Reforçar exercícios executados cedo em um programa de reabilitação para a dor miofascial podem conduzir à substituição de outros músculos, e o risco de sobrecarregar o músculo, causando dor e contribuindo para o agravamento da dor miofascial (PEREZ, 2015).

Os pacientes devem ser incentivados a permanecer ativos, mas executando atividades diárias de uma maneira delicada, pouco carregada. Quando um movimento causar dor, o paciente deve parar nesse ponto e lentamente, explorar delicadamente o alargamento do movimento apenas um pouco mais para ajudar a liberar a tensão do músculo.

Um estudo cego controlado, comparou os efeitos de um programa de casa de 5 dias com exercícios de alongamento e a automassagem do músculo (que usam um dispositivo de Thera

Cane® a) com uma ROM ativa programada para a dor miofascial da cefaleia tensional). Ambos os grupos mostraram alguma melhora. O programa de alongamento mostrou significativamente mais melhoria do que nos relatórios análogos do programa de ROM ativa da escala de dor ($P < 0,01$) embora não na porcentagem de tempo na dor. O estudo não foi projetado para distinguir as contribuições relativas da automassagem daquelas de exercícios de alongamento lentos. As revisões detalhadas críticas da literatura do tratamento pelo painel da Philadelphia para a prática clínica baseada em evidências encontraram a sustentação para o uso do exercício terapêutico na cefaleia tensional (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

A pesquisa clínica bem-sucedida sobre a dor miofascial na cefaleia tensional exige que



uma definição competente de critérios diagnósticos seja desenvolvida para esta desordem. Os critérios de diagnósticos existentes frequentemente são mal identificados e variam do estudo para estudo. A falta de um teste prático do laboratório ou da imagem latente para cefaleia tensional contribui para a dificuldade de identificar indivíduos com esta desordem. A tecnologia emergente, a imagem latente da impedância do tecido, pode ser útil. Um outro teste possível para a cefaleia tensional, é o potencial cerebral magnético-evocado quando o músculo é estimulado (PEREZ, 2015).

Uma compreensão da predominância e dos fatores de risco para a dor miofascial é igualmente necessário como um bloco de apartamentos básico da pesquisa futura. Os estudos da predominância da cefaleia em

função da idade e de sua predominância como uma causa significativa da dor em diagnósticos regionais. Estabelecer a boa confiabilidade de inter-relação de examinadores cegos é essencial ao sucesso de tais estudos (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

Uma compreensão melhor exige uma posterior investigação na patofisiologia da dor miofascial. Os processos patológicos responsáveis para a faixa de tensão são mais complexos do que previstos previamente. Experimentações randomizadas, bem-controladas, duplo-cegas de tratamentos são necessárias para se estabelecer uma terapia eficaz para pacientes com dor miofascial (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016). O componente de alongamento está envolvido com a verdadeira liberação miofascial. Este alongamento do tecido fásical é importante e produz um



resultado diferente daquele produzido por outras técnicas. Um componente de tempo também existe, pareado com a fluidez das mãos do terapeuta ao se aplicar pressão e mover com a direção do tecido. Uma característica do sistema fáscial é a necessidade de tempo para uma liberação duradoura.

Um mínimo de 90 a 120 segundos parece ser necessário para começar o processo, porém, não se pode parar aqui, devido a pressão comum de numerosas barreiras para liberar. No início é importante dedicar pelo menos três a cinco minutos ou mais por liberação. O sistema fáscial é receptivo, de maneira que o tempo excessivo ou mesmo o tratamento da área errada resultará em lesão (WALKER, 2016).

A liberação fáscial apropriada e duradoura do sistema fáscial leva tempo. Não há

nenhum atalho. O seu nível de expertise não será melhor pela velocidade, mas será uma indicação de refinamento. Esta é a característica do sistema fáscial que deve ser considerada a fim de melhorar os resultados que você e o seu paciente merecem (WALKER, 2016).

A terapeuta precisa também estar atento às indicações específicas e relativas para este tratamento, no caso de dores de qualquer origem em estágio agudo ou crônico. É indicada em casos de insônia; artrite; ansiedade; síndromes psíquicas; hipertensão arterial; diabetes; dores de cabeça; obesidade; drenagem linfática; hiperatividade; irritabilidade.

Antes de treinar alguém com qualquer forma de liberação miofáscial, os médicos e terapeutas devem entender algumas precauções e contraindicações. É contraindicado em casos de ma-



lignidade; celulite; infecção sistêmica ou localizada; problema circulatório agudo; osteomielite; aneurisma; edema obstrutivo; artrite reumatoide aguda; ferimentos abertos; hematoma; fraturas em consolidação, osteoporose; diabetes avançada; hipersensibilidade da pele (VARJÃO; NEPELENBROEK, 2016).

CONCLUSÃO

A Cefaleia é uma das manifestações mais contemporâneas na humanidade, embora todo o desenvolvimento do conhecimento da medicina. Praticamente todo ser humano conhece, no transcorrer de sua vida, dores de cabeça de amplitude variada, podendo ser caracterizada como um problema de Saúde Pública.

O presente estudo teve por objetivo identificar o efeito de liberação miofascial na dor

cervical. As técnicas de liberação miofascial excitam as áreas que possam proporcionar tecidos condensados restringindo o de movimento. Empregando pressão, alongamentos característicos e inclusão de forma consciente do paciente, é admissível mudar a organização molecular dos componentes líquidos dos tecidos, originando uma nova organização.

Através da utilização desta técnica, é possível proporcionar a desativação de pontos gatilhos, promoverem um alinhamento correto da estrutura corporal, minimizar a restrição do movimento e a dor sem causar comprometimento das estruturas

miofascial. As conclusões devem ser interpretadas com cautela devido à heterogeneidade dos desenhos de estudo e tratamentos.



REFERÊNCIAS

BIANCHINI, L. P.; MOREIRA, M. R. Influência da manipulação miofascial sobre a amplitude articular. *Rev. Ter Man.*, v. 14, n. 5, p. 78-80, 2015.

DAVIES, C.; AMBER, D. Tera-pêutico do ponto-gatilho: guia de tratamento da dor. . Ed. São Paulo: Roca, 2017.

DIXON, W. Massagem miofas-cial. 3. Ed. Rio de Janeiro: Gua-nabara Koogan, 2017. FERGU-SON, L. W. Tratamento clínico da dor miofascial. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HOU, C. R.; TSAI, L. C.; CHENG, K. F. Os efeitos ime-diatos de várias modalidades terapêuticas em cervical dor miofascial e ponto de detonação

Sensibilidade. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, v. 88, n. 6, p. 1406-1414, 2015.

HOVING, J. L.; VET, H. C.; KOES, B. W. Manual therapy, physical therapy, or continued care by the general practitioner for patients with neck pain: lon-g-term results from a pragmatic randomized clinical trial. *Clin J Pain.*, v. 22, n. 4, p. 37-58, 2016.

HUIJING, P. O.; LANGEVIN, H. M. A comunicação sobre a fás-cia: história, armadilhas e re-comendações. *Revista Interna-cional de massagem terapêutica*, v. 9, n. 6, p. 3-8, 2016.

PEREZ, V. Pontos-gatilho. São Paulo: Barros Fischer & Associa-dos, 2015.

ROCHA, A. P. C. Síndromes do-lorosas miofasciais da região cer-



vical: diagnóstico e tratamento.
Rev. Dor, v. 14, n. 11, p. 672-679,
2015.

SIMONS, D. D.; TRAVELL, J.
G.; SIMONS, L. S. Dor e disfun-
ção miofascial: manual dos pon-
tos-gatilho. 3. Ed. Porto Alegre:
Artmed, 2015.

VARJÃO, F. J. J.; NEPE-
LENBROEK, K. A. C. Tipo ten-
sional. Revista Saúde e Pesquisa,
v. 11, n. 3, p. 185-191, 2018.

WALKER, B. Alongamento:
uma abordagem anatômica. 2.
Ed. São Paulo: Manole, 2016.

