

Efeito da terapia combinada na liberação miofascial (pontos-gatilho) do trapézio como alívio da cefaleia tensional

Brenda Azevedo Guimarães¹

brenda.azvdo@gmail.com

Dayana Priscila Maia Mejia²

Pós-graduação em Reabilitação em Traumato-Ortopedia - Faculdade Faipe

Resumo

Neste artigo foi realizado um estudo de uma técnica de tratamento para a cefaleia tensional: a terapia combinada. A cefaleia do tipo tensional (CTT) afeta uma grande parte da população em geral, é a mais comum de todos os tipos de cefaleias. Segundo a literatura, esse tipo de doença é causado devido a contração muscular da região cervical e cintura escapular. O presente estudo visa relacionar a desordem muscular do trapézio com a CTT, promovendo o recurso necessário para o seu alívio, de forma rápida e eficaz. Trata-se de um estudo bibliográfico, onde utilizou-se livros de acervo pessoal, pesquisas publicadas em artigos científicos, utilizando bases de dados eletrônicos (Google, Scholar.google, Scielo e Bireme), livros e revistas. A terapia combinada é uma técnica indicada para promover efeito analgésico, localizar e tratar pontos dolorosos como a síndrome miofascial.

Palavras-chave: Cefaleia Tensional; Liberação miofascial; Terapia combinada.

1. Introdução

Com o aumento da incidência, cada vez mais cedo, de cefaleias tensionais em grande parte da população leva-se a pensar em uma terapia na qual os pacientes tenham alívio imediato do problema. Assim, a fisioterapia convencional apresenta-se como solução viável, eficaz e segura no tratamento da cefaleia tensional.

Este estudo surgiu da necessidade de estabelecer qual técnica do nosso meio, o de fisioterapia, seria o mais eficaz, e o mais importante, qual seria o que traria mais rápido a solução do problema. Geralmente as cefaleias tensionais (CTT), estão relacionadas com a tensão muscular da região cervical e cintura escapular.

A síndrome dolorosa miofascial (SDM) é uma desordem regional neuromuscular caracterizada pela presença de locais sensíveis nas bandas musculares tensas/contraídas, produzindo dor referida em áreas distantes ou adjacentes. Pode manifestar-se através de dor em queimadura, diminuição da força muscular, limitação da amplitude e, em alguns casos, fadiga muscular (Batista, Borges et al. 2012).

Os pontos gatilho (PG) são pequenas áreas hipersensíveis localizadas em bandas musculares tensas palpáveis que, espontaneamente ou sob estímulo mecânico, desencadeiam dor local e/ou referida padronizada para cada músculo, em áreas distantes ou adjacentes (Simons, Travell et al. 1999, Rocha 2010).

Assim, o estudo tem como objetivo apresentar a técnica de terapia combinada para alívio rápido e eficaz da cefaleia tensional, acometida pela contração do trapézio ou pela presença de ponto gatilho nessa região.

¹ Pós graduanda em Reabilitação em Traumatologia e Ortopedia

² Fisioterapeuta, Especialista em Metodologia do Ensino Superior, Mestre em Bioética e Direito em Saúde.

2. Cefaleia

A cefaleia é definida como uma algia em qualquer região craniana, facial ou crânio-facial. Tem uma prevalência muito elevada na população em geral, sendo uma das manifestações clínicas mais comuns na prática médica. Apesar de ser uma síndrome bastante incapacitante, não tem sido dada a devida atenção pelos clínicos, levando não raramente a diagnóstico errôneo e, consequentemente, a um tratamento inadequado (MONTEIRO, 2006).

Segundo a Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS), existem mais de 150 tipos de cefaleias classificadas e diagnosticadas como primárias e secundárias. As primárias são subdivididas em duas categorias principais: enxaquecas, cefaleias em salvas e em hemicranianas peroxística crônica e cefaleia tensional. As secundárias subdividem-se em: cefaleias cerebrovasculares isquêmicas agudas, hematomas intracranianos, hemorragia subaracnóidea, malformação arteriovenosas (MAVs), hipertensão arterial, neoplasias intracranianas, entre outras causas como neuropatias, infecções e dismielinização de nervos cranianos (GALVÃO; TEIXEIRA, 2003; SANTOS, 2006).

Guyton (1997), citado por Mesquita (2012), declara que a cefaleia ou dor de cabeça, como é popularmente conhecida, constitui um problema frequente na população em geral, considerada como afecção mais comum no ser humano.

Segundo Galvão e Teixeira (2003), estima-se que esse tipo de afecção acomete cerca de mais de 90% de toda a população durante algum período da vida.

Podem ser relatadas de diversas formas como: latejantes e pressão, em aperto ou pontadas, em facadas e/ou pulsátil de intensidade leve ou moderada ocasionadas por uma excitação direta ou reflexa de algum nervo sensitivo da cabeça (GARCIA, 2003; GALVÃO; TEIXEIRA, 2003).

3. Cefaleia Tensional

Jucá (1999), citado por Polazzo (2011), esclarece que estas cefaleias são assim chamadas devido os indivíduos de tal patologia apresentarem uma certa tensão nos músculos da região posterior e anterior da coluna cervical, especialmente os suboccipitais e trapézio que ficam bastante dolorosos à palpação. Essas cefaleias são recorrentes e podem estar presentes todos os dias.

Galvão (2001), declara que esta cefaleia foi chamada também de cefaleia de tensão ou de contração muscular. Os pacientes com cefaleias de tensão geralmente queixam-se de uma sensação de peso, pressão e aperto. Esta sensação pode estender-se como uma faixa ao redor da cabeça. Alguns referem pontadas súbitas nade dor em apenas um lado ou em toda a cabeça, adicionadas a um sentimento geral de desconforto, assim estima Jucá (1999) citado por Polazzo, (2011).

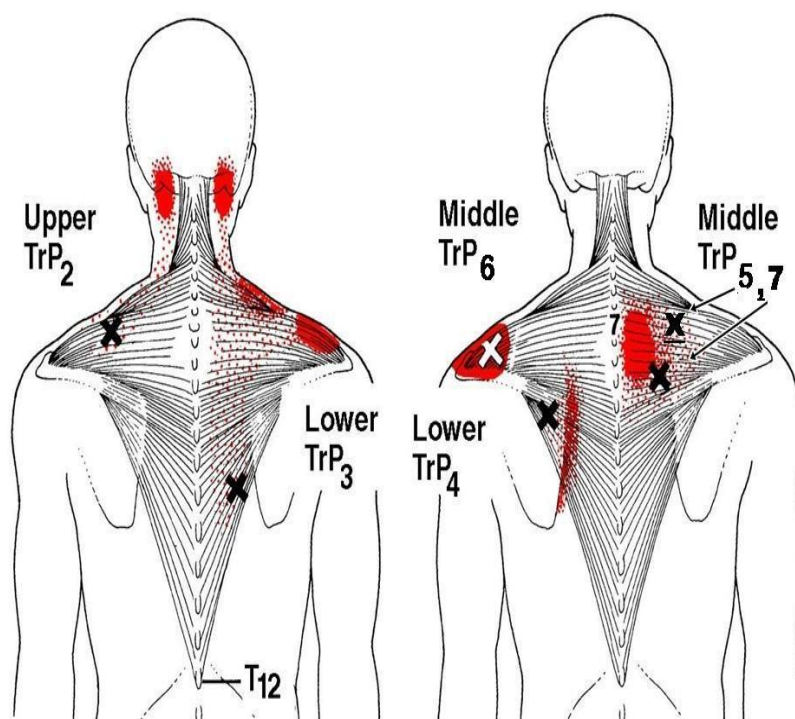
Bordine e Corbioli, (2001), citados por Rodrigues, (2001) alertam que a fisiopatologia da cefaleia do tipo tensional é complexa e pouco conhecida devido aos poucos estudos que se tem sobre ela. Antes, e por anos, pensou-se ser uma contração exagerada, anormal, e subsistisse da musculatura da cabeça, pescoço, ombros e até mesmo a face, que levaria à isquemia muscular e liberação de substancias algio gênicas que causariam dor. Os autores ainda acreditam que a contração sustentada dos músculos esqueléticos da cabeça e pescoço é a fonte primária de tal dor. Quando os tendões estão enrijecidos, mediante uma situação de tensão e estresse, os mecanismos fisiológicos exigem sangue para suprir os músculos em contração; mas, quando os

músculos de um paciente tenso não param de se contrair, a passagem do sangue para eles pode não ser suficientes, ocorrendo uma isquemia e consequentemente a dor. A contração muscular sustentada ou o suprimento nervoso podem provocar a liberação de substâncias nocivas, como a serotonina, bradicinina e prostaglandina, substâncias que aumentam a dor.

O mesmo autor ainda ressalta a repercussão muscular na disfunção somática vertebral. Trata-se de hiperatividade gama, supra e subjacente. O músculo em espasmo vai apresentar uma isquemia e uma anóxia tissular responsável por dores referidas e pelo aparecimento de pontos gatilhos miofasciais.

4. Pontos-Gatilho (PG) ou *Trigger Points*

Huguenin (2004), relata que os pontos gatilho podem ter duas classificações: ativos ou latentes. O PG ativo é um foco de hiperirritabilidade sintomático muscular situado em bandas musculares tensas em áreas onde há queixa de dor, quando pressionados, geram dores referidas em áreas padronizadas, reprodutíveis para cada músculo. A dor é espontânea ou surge ao movimento, podendo limitar a amplitude do movimento e causar sensação de fraqueza muscular. Pontos gatilho ativos causam sintomas clínicos, a dor referida ou local é reconhecida e responsável por pelo menos parte dos sintomas do paciente. Os PGs latentes são pontos dolorosos à palpação com características similares aos ativos presentes em áreas assintomáticas; não se associam à dor durante as atividades físicas normais. Podem ser menos dolorosos e produzir menos disfunção que os PGs ativos. Somente podem se tornar ativos diante de fatores de estresse e podem gerar síndromes dolorosas e incapacidade funcional. Em síntese um PG ativo diferencia-se do PG latente quando a dor despertada pelo PG é reconhecida como dor familiar, reconhecida pelo paciente.



Fonte: <http://www.fisiozone.pt/threads/immediate-effect-of-us-and-ischemic-compression-for-trapezius-trigger-points.118757>. Acesso em 20 de janeiro de 20015

Figura 1: Pontos Gatilho localizado no músculo Trapézio

Para Yeng (2001) os PGs são decorrentes de sobrecargas ocorridas durante as atividades de vida diária e ocupacionais. PG ativos são frequentemente relacionados a traumatismos ou micro traumatismos repetitivos de estruturas musculoesqueléticas, lesões agudas, acidentes automobilísticos (lesão do tipo “chicote”), estresses emocionais e sobrecarga dos músculos, ou decorrente de posturas inadequadas durante alguma atividade em geral. A dor sensibiliza as terminações nervosas livres e o sistema nervoso central, o que justifica o fato de que os PGs gerarem dor localizada e referia.

5. Liberação Miofascial do Trapézio

Antes de falarmos sobre liberação miofascial, devemos rever a anatomia do músculo trapézio, segundo a professora Sacco, 2001, o trapézio localiza-se na região superior e posterior do tórax, recobre o levantador da escapula. Tem origem na protuberância occipital externa, linha nucal superior, ligamento da nuca, processos espinhosos C7-T12, inserção na espinha da escapula e acrômio, terço lateral da clavícula. Tipo do músculo é laminar triangular, largo, superficial, plano. A articulação relacionada é a escápulo-umeral. Tem como ação principal elevar, retrain e rodar a escapula, as fibras superiores elevam, as medias retraem e inferiores abaixam; fibras superiores e inferiores fazem rotação superior da escapula. Inerva-se na raiz espinal do nervo acessório (XI par craniano) e n. cervicais – ramos ventrais (C3 – C4).

Segundo, Souza (2010), a técnica de liberação miofascial é um dos métodos mais antigos de tratamento dos tecidos moles. Consiste em uma manobra de bombeamento de um segmento corporal, capaz de atingir todas as estruturas faciais nele contidas, até as mais profundas. O tratamento realiza-se em três tempos: tensionamento, manutenção da tensão e retorno da posição inicial. Tal sequencia possibilita relaxamento muscular, melhora da circulação e regeneração articular.

Starkey (2001), citado por Souza (2012), diz ainda que a liberação fascial é realizada através da combinação de três movimentos, são eles: movimento tracional de deslizamento, fricção e amassamento. Estes, são realizados de forma a alongar o músculo e as fáscias obtendo assim, como objetivo final o relaxamento de tecidos tensos. As anormalidades que acometem as fáscias estão diretamente ligadas à fibromialgia que é a inflamação crônica de um músculo ou tecido conjuntivo. A técnica de liberação miofascial não utiliza um padrão é o próprio paciente que refere quais os movimentos e alongamentos serão realizados. As técnicas mais utilizadas para se obter a liberação miofascial é puxar a musculatura, estabilizando a parte proximal e alongar o músculo na direção contrária com a outra mão, em direção longitudinal.

Segundo Cassar (2001), os gregos começaram a usar a massagem por volta de 300 a.C, associando-a com exercícios para boa forma física. Os gladiadores recebiam massagem regulares para o alívio da dor e da fadiga muscular. Diz-se que Júlio César costumava ter seu corpo beliscado e friccionado por óleos.

Uma de suas maiores utilidades se dá na liberação de pontos gatilhos, melhorando assim as dores musculares, permitindo maior amplitude de movimento quando somente um membro encontra-se em restrição de amplitude.

6. Terapêutica

A nós fisioterapeutas não compete a habilidade de medicar, entretanto a fisioterapia convencional vem demonstrando ótimos resultados na diminuição da dor, na intensidade,

duração e na frequência das crises da cefaleia do tipo tensional. A mesma vem apresentando diversas técnicas manuais ou não, para o tratamento da cefaleia tensional.

Diversos artigos debatem sobre os benefícios de algumas técnicas para aliviar os sintomas da tensão miofascial de determinado musculo, dentre elas separamos algumas para fazermos um estudo comparativo visando ampliar o conhecimento teórico o que nos dará uma ampla explanação sobre as técnicas de alongamento ativo, terapia manual, massagem, manipulações, pompagem, acupuntura, terapia combinada, entre outros

O presente estudo relata as formas de terapias de acordo com as mais diversas linhas de tratamento.

Segundo a literatura existem basicamente dois tipos de alongamentos, esses subdividem-se dando origem aos alongamentos que conhecemos mais especificamente e usamos em nosso dia-a-dia, são utilizados para diversas finalidades, seja para aliviar a tensão muscular ou mesmo para andar.

O alongamento ativo, alvo do nosso estudo, consiste em alongar-se sem ajuda de aparelhos ou terceiros, usando apenas a própria musculatura, ou seja, coloca-se a musculatura a ser alongada na posição desejada e usa a musculatura antagonista para alongar a agonista. A contração da musculatura antagonista vai ajudando a relaxar devagar a musculatura agonista ocorrendo o alongamento.

Segundo Walker (2009), o alongamento ativo é realizado sem o auxílio ou assistência de uma força externa. Essa forma de alongamento envolve o uso apenas da força de seus músculos opostos (antagonista) para alongar o grupo desejado (agonista). O autor reforça o que já havia sido citado acima.

Conforme Lenderman (2001), o objetivo da terapia manual é influenciar ou cura do organismo. As mudanças ocorrem em diferentes níveis dos indivíduos e estão relacionadas com o processo do reparo local, com melhora da função neuromuscular e com o comportamento geral do paciente.

A terapia manual, portanto consiste na aplicação de técnicas com as mãos, sobre o corpo do paciente, com o objetivo de promover o retorno à função normal de seus pacientes (Escola de terapia manual e postural, 2004).

A terapia manual dispõe de diversas técnicas com as mãos como por exemplo: manipulação articular, mobilização articular, mobilização do sistema nervoso, massagem, mobilização fascial, pompagem, entre outros.

Domenico e Wood (1998), citado por Mesquita (2012), relatam uma serie de técnicas que podem ser usadas no tratamento da cefaleia do tipo tensional, dentre elas massagem de alisamento profundo das costas, amassamento dos dedos sobre as fibras superiores do trapézio, alisamento digital sobre as fibras superiores do trapézio, amassamento sobre a região da escápula.

Edmond (2002), descreve a manipulação da coluna cervical, onde tem como objetivo principal diminuir a dor na região da nuca e cervical inferior assim aumentando a nutrição das estruturas articulares. Descrevendo-a como flexão ou rotação lateral da cabeça, deslizamentos vertebrais e deslizamentos cranianos.

Mesquita (2012), citando Jucá (1999), propõe como tratamento para cefaleia do tipo tensional a pompagem cervical, stretching de extensores do pescoço, de trapézio em flexão lateral, dos

escalenos, pompagem dos músculos occipital, crochetação do nervo occipital maior, e ainda técnicas para correção de lesões osteopáticas.

Dentre os recursos terapêuticos utilizados em nossa área para o tratamento dos trigger points, a massagem se destaca pela grande variedade de técnicas, além de sua ampla aplicabilidade. Segundo Guirro e Guirro (2002), a massagem pode ser definida como uma compressão metódica e rítmica do corpo, ou parte dele, para que se obtenham efeitos terapêuticos.

A massagem terapêutica objetivam promover o alívio do stress ocasionando relaxamento, mobilizar estruturas variadas, aliviar a dor e diminuir o edema, prevenir deformidades e promover a independência funcional.

Os efeitos fisiológicos da massagem clássica são: circulatórios, neuromusculares, metabólicos e reflexos. Além da explicação fisiológica do alívio da dor via massagem, o efeito psicológico desencadeado pelo toque, além do efeito relaxante associado, também tem grande influência nesse processo.

Rodrigues (2001), sugere alguns pontos de acupuntura para o tratamento da cefaleia tensional. Agne (2013), relata que terapia combinada consiste na aplicação de uma onda ultrassônica com algum tipo de onda elétrica, essa terapia está indicada para promover efeito analgésico, localizar e tratar pontos dolorosos como *trigger points*, fibromialgia, localizar e estimular pontos motores musculares.

7. Terapia Combinada

Essa técnica é o alvo de nosso estudo, apesar da literatura ainda ser bastante escassa sobre os benefícios dessa sinergia entre diferentes agentes, ao que teoricamente é possível alcançar bons efeitos analgésicos e curativos já que o modo de ação é distinto, ou seja, do ultrassom e da corrente proposta. Outros benefícios também são evidenciados, em especial na área da estética, nas estimulações da adiposidade e nas fibroses decorrentes de traumas ou cirurgias estéticas (AGNES, 2013).

O mesmo autor ainda explica que para a realização da terapia combinada são necessários dois eletrodos distintos, sendo um fixo (eletrodo autoadesivo) distante da área tratada e outro móvel, nesse caso o cabeçote do ultrassom. Recorremos ao exemplo: tratamento de *trigger points* nas fibras superiores do trapézio. É necessário posicionar o paciente sentado de forma que seja possível nos posicionar de pé, atrás do paciente, pois será preciso realizar um leve alongamento lateral da cervical com uma de nossas mãos e ao mesmo tempo será deslizaremos o cabeçote do ultrassom na área do trapézio e cervical com a outra mão. Os resultados serão mais evidentes quando empregamos intensidade da corrente suficiente para percebermos leves contrações musculares, que apesar de serem visíveis, não provocam nenhum desconforto ao paciente, pelo contrário, as sensações são referidas como estranhas ou suportáveis. Os parâmetros do ultrassom devem ser definidos conforme o objetivo do tratamento.

A terapia combinada consiste no uso simultâneo do ultrassom com correntes de baixa e média frequência, de forma que o cabeçote transdutor fornece ultrassom e ao mesmo tempo, o fluxo de correntes (com polaridade negativa), cujo circuito se fecha através de um eletrodo dispersivo (com polaridade positiva). As correntes nesse método não precisam ser altas, porem o paciente relatará, com o passar do tempo, a sensação de que a corrente aumenta (contrariamente ao que informaria se fosse utilizada apenas a corrente).

Antes de prosseguir com nosso estudo, vamos rever o ultrassom, sua finalidade e seus parâmetros.

Segundo Guirro (2002), Ultrassom consiste de um gerador de corrente elétrica de alta frequência, conectado a uma cerâmica piezoelétrica que se deforma na presença de um campo elétrico. O ultrassom é uma onda mecânica longitudinal, não audível, com frequência acima de 20 KHz, sendo a energia transmitida pelas vibrações das moléculas do meio pelo qual a onda esta se propagando. Este meio irradiado oscila ritmicamente com a frequência do gerador ultrassônico a comprimir e expandir a matéria.

Pode apresentar frequência de 1,0 a 3,0 megahertz (MHz), a intensidade pode variar entre 0,1 e 3,0 watts por centímetro quadrado (Wcm^2).

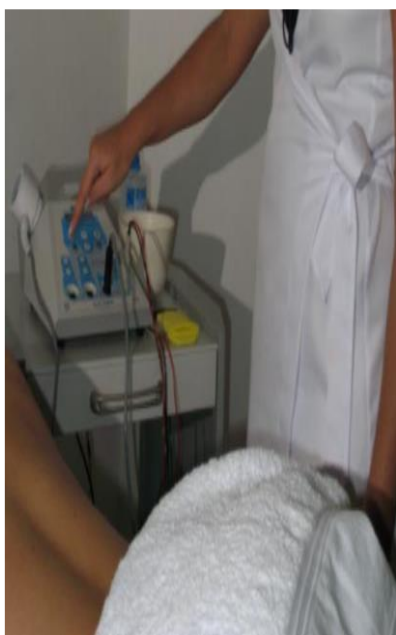
As técnicas de aplicação se dá de duas formas: aplicação direta e aplicação subaquática. Sendo utilizada também, aplicação por meios intermediários.

Segundo a literatura, o ultrassom tem efeito antiinflamatório, podendo ser utilizado na reparação do tecido ósseo e em tecido moles. Neste último apresenta-se em três estágios: inflamação aguda, proliferação e remodelamento.

Podendo ainda ser utilizado na fonoforese ou sonoforese que é um termo que descreve a habilidade do ultrassom em incrementar a penetração de agentes farmacologicamente ativos através da pele. Como toda técnica, este também, possui suas contra indicações como: sobre o útero grávidico, diretamente sobre o coração, diretamente sobre tumores, globo ocular, endopróteses, implantes metálicos, processos infecciosos, tromboflebites e varizes.

Voltando ao nosso alvo de estudo, basicamente, quando esta técnica é utilizada para liberação de ponto gatilho, o que ocorre é que o calor profundo que o cabeçote do ultrassom produz, juntamente com o com o fluxo da corrente elétrica, acabam “dissolvendo” esse *trigger point*. Resultando assim no alívio de dor, e relaxamento dessa área tensionada, causando o alívio da cefaleia tensional.

O exemplo abaixo ilustra passo de uma aplicação. Respectivamente: programação, molhar a esponja, preparação do eletrodo, colocação do gel e aplicação.



Fonte: Revista Sonophasy ed. Junho de 2007 **Trabalhando com terapia combinada**. KLD Biosistemas
Figura 2: Programação



Figura 3: Molhar a esponja

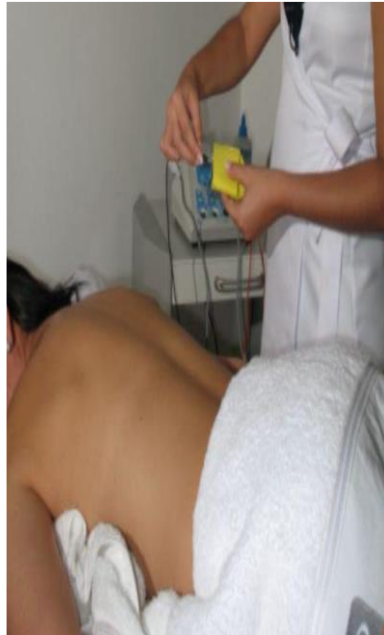
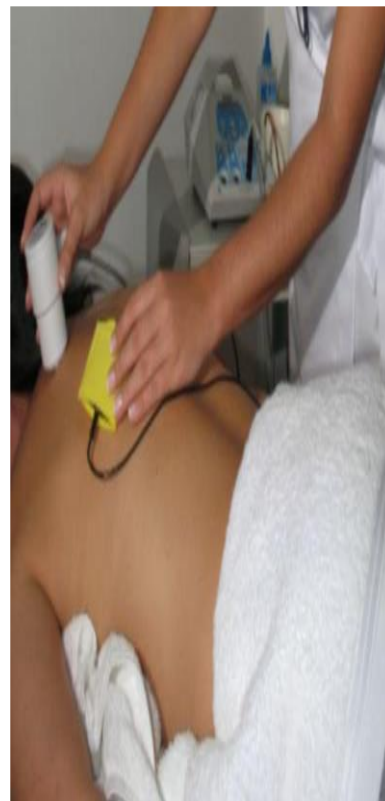
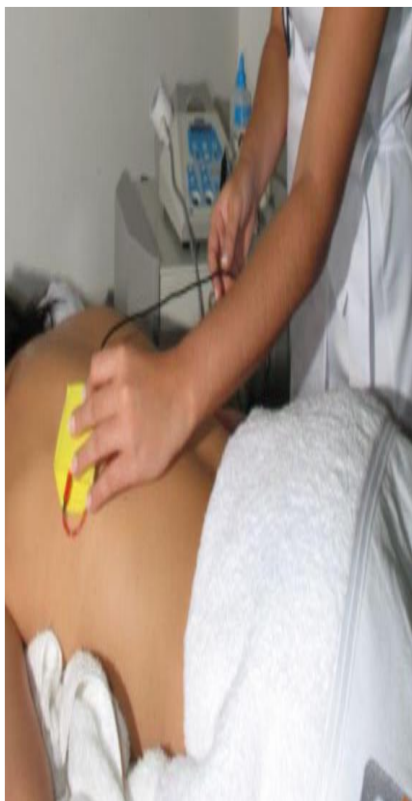


Figura 4: Preparação do eletrodo



Fonte: Revista Sonophasys ed. Junho de 2007 **Trabalhando com terapia combinada. KLD Biosistemas**

Figura 5: Posicionamento do Eletrodo

Figura 6: Colocação do gel

Figura 7: Aplicação

8. Metodologia

Este artigo foi elaborado através de busca profunda na literatura, com base em livros brasileiros na área da saúde de grandes autores nacionais e internacionais, foram revisados livros na área de Fisioterapia, Educação Física e áreas afins. O mesmo tema foi pesquisado no período de maio à novembro de 2014. Entre outros materiais foram utilizados artigos científicos já publicados e revistas eletrônicas. As bases de dados aqui utilizadas foram as seguintes: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde). As palavras utilizadas foram: Cefaléia tensional, liberação miofascial, alongamentos, ultrassom, terapia combinada. Foi também revisado a Anatomia. A literatura utilizada para pesquisa datou dos anos de 2001 à 2013.

9. Resultados e Discussão

A Cefaléia do tipo tensional é geralmente encontrada em pacientes que permanecem por um tempo prolongado na mesma posição, tensionando assim determinada musculatura tais como o trapézio, musculatura escolhida para esse estudo, causando assim pontos gatilho (*triggs point*) nesta musculatura, o que podemos relacionar a cefaléia do tipo tensional à esses pontos. A alta incidência dessa patologia nos leva a pensar em maneiras alternativas ao tratamento alopático para a minimização do problema desses pacientes. Assim sendo, a fisioterapia dispõe de algumas técnicas apresentadas como soluções viáveis para o tratamento dessas cefaléias (MESQUITA, 2012).

Dentre as técnicas de terapia manual, a Liberação Miofascial, é a mais conhecida no meio fisioterapêutico. É bastante conhecida como massagem para alívio de tensão, muito usada

liberação de *triggs point* (ponto gatilho), voltada sempre para relaxamento, apesar de sua técnica não se limitar somente a isso, podendo também ser usada como forma de alongamento sendo tão eficaz quanto o mesmo (JUCA, 1999).

As anormalidades que acometem as fáscias estão diretamente ligadas a fibromialgia que é a inflamação crônica de um músculo ou tecido conjuntivo. A técnica de liberação miofascial não utiliza um padrão é o próprio paciente que refere quais movimentos e alongamentos serão realizados. As técnicas mais utilizadas para se obter a liberação miofascial é puxar a musculatura, estabilizando a parte proximal e alongar o músculo na direção contrária com a outra mão, em direção longitudinal. A Liberação miofascial é velha conhecida de pacientes em consultórios, uma de suas maiores utilidades se dá na liberação de pontos gatilhos ou mesmo como tratamento inicial quando não se consegue mínimas amplitudes, porém no meio desportivo não é comumente usada. (STARKEY 2001).

Dentre as diversas técnicas que podemos usar, encontramos ainda a mais divulgada, que é o alongamento.

O alongamento já é bastante conhecido tanto no meio fisioterapêutico como no meio desportivo, é universalmente usado antes e/ou após os exercícios e sua utilidade, seus benefícios e fisiologia são estudadas a fundo e são muito conhecidas até por quem não é da área da saúde. Alongamento, no que se refere a condicionamento e saúde física, é o processo de posicionar certas partes do corpo de forma a alongar os músculos e tecidos moles associados. O alongamento ativo é realizado sem o auxílio ou assistência de uma força externa. Essa forma de alongamento envolve o uso apenas da força de seus músculos opostos(antagonista) para alongar o grupo muscular desejado (agonista) (WALKER 2009).

A terapia combinada pode ser utilizada de diversas formas, apesar da literatura pouco divulgá-la, ela também pode ser usada na liberação de pontos gatilho, como citado aqui mesmo neste estudo se usa uma corrente de baixa potência e o cabeçote do ultrassom, na liberação dessa área tensionada posiciona-se o cabeçote desse ultrassom diretamente sobre o ponto gatilho, liberando-o através das ondas ultrassônicas e do calor profundo provocado pelo mesmo.

Apesar da eficácia da liberação miofascial ser comprovada em diversos artigos aqui mesmo citados, o presente estudo comparativo nos permite perceber que a técnica de terapia combinada, apesar de pouco divulgada, é tão eficaz quanto qualquer técnica de terapia manual (AGNES, 2013).

Poderíamos citar aqui diversas técnicas que poderíamos usar nessas circunstâncias, entre tanto nenhuma é realizada de forma rápida e eficaz quanto ao nosso alvo de estudo. Claro que para termos certeza seria necessário realizar estudo de caso.

Assim sendo, este estudo comparativo nos permite verificar a utilidade e principalmente os benefícios das duas técnicas, comprovando também através da bibliografia que as duas técnicas podem ser usadas para o mesmo fim.

10. Conclusão

A cefaleia do tipo tensional é causada pela má postura, causando o surgimento de ponto gatilho em determinadas áreas como por exemplo o trapézio, pode ser tratada com técnicas que relaxam e liberam essas regiões, o homem primitivo apesar de não ter nenhum embasamento teórico já aplicava esta técnica, que muitas vezes ao sentir desconforto muscular aplicava fricções na musculatura afetada, causando certo alívio, ainda hoje mesmo que inconscientemente nós

realizamos essa técnica diversas vezes ao dia. Antigamente essa técnica era utilizada como relaxamento, hoje é utilizada como forma de tratamento na área da saúde para alívio de tensões, através da liberação de ponto gatilho, entre outros benefícios que esta técnica traz para cada patologia.

Hoje em dia o mercado está cheio de profissionais da nossa área, e temos que nos destacar não apenas pela eficiência, mas também pela rapidez no atendimento, pois o mundo gira em todo do relógio. Quando digo que dependemos do relógio, não digo que tenhamos que atender de forma rápida e com nenhuma eficácia, aí entra a técnica aqui apresentada, pois além proporcionar ao paciente/cliente um alívio imediato ela também nos dá disponibilidade para atendermos mais pacientes e com mais eficácia.

A terapia combinada, apesar de não conter muitas literaturas falando sobre a mesma, tem se mostrado uma grande ferramenta para tratamento. A grande diferença, ou melhor, o grande benefício que esta técnica nos traz é o tempo que se leva na aplicação, enquanto a liberação miofascial leva em média uma hora na sua aplicação, a terapia combinada leva em média cerca de vinte minutos para ser aplicada com eficácia, assim sendo, para nós que somos profissionais que trabalhamos com horário nada melhor que aperfeiçoarmos nossas técnicas, para que possamos dessa forma tratar o máximo de pacientes possíveis e com eficácia.

Sendo que as duas técnicas bibliograficamente são de grande valia e utilidade para a área da saúde (fisioterapia), a utilidade dessas técnicas pode ser maior ou igual, dependendo de cada patologia.

Maiores benefícios só poderão ser comprovados através de um estudo de caso, onde serão divididos dois grupos onde cada grupo receberá uma técnica, aplicando e mensurando cada indivíduo. Comprovando qual delas teve melhor desempenho, dessa forma abrindo aos fisioterapeutas um leque de opções para a utilização dessa técnica, além claro, de proporcionar ao fisioterapeuta atender mais pacientes em menos tempo. É necessário lembrar que para utilizar essa técnica é necessário um profissional habilitado.

Referencias

AGNE, J. E. **Eletrotermofototerapia**. Santa Maria, RS: O Autor, 2013

AGUILERA, F., et. Al. **Immediate effect of ultrasound and ischemic techniques for the treatment of trapezius latent myofascial trigger points in healthy subjects: a randomized controlled study**. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. Disponível em: <http://www.fisiozone.pt/threads/immediate-effect-of-us-and-ischemic-compression-for-trapezius-trigger-points.118757/> Acesso em 20 de janeiro de 2015.

ALVES, R. G. **Ponto-gatilho miofacial: histórico e método de identificação**. Atualizado em 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bistream/handle/10183/40442/000825394.pdf?sequence=1> Acesso em: 20 de outubro de 2014.

BORDINE, C. A; Corbioli, N. et al. **Retratos das enxaquecas e das cefaleias primárias**. São Paulo: Lemmos Editorial, 2001.

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

DOMENICO, G; WOOD, E. C. **Técnicas de massagens de Beard**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 1998

EDMOND, S.L **Manipulação e mobilização: técnicas para membros e coluna**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2000

ESCOLA DE TERAPIA MANUAL E POSTURAL. **Apostila 02: Tóraco-Lombar, torácica e costelas, cervical**. Produção científica: Afonso S. I. Salgado. Londrina: Gráfica Leal, 2004
GUYTON, A; HALL, J. **Fisiologia humana e mecanismo de doença**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

GALVÃO, A. C. R. Cefaléias primárias. In: TEIXEIRA M. J.; Fuigueiró, J. A. B. **Dor epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. 1ª ed. São Paulo: Moreira Junior, 2003

GARCIA, E. **Auriculoterapia**. São Paulo, SP: Roca, 2003

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato-Funcional: fundamentos, recursos e patologias**. 3ed. São Paulo: Manole, 2002.

HUGUENIN, J. K. **Myofascial trigger points: the current evidence**. *Physical Therapy in Sport*, v. 5, n. 1, fev. 2004

HOFFMANN, J. A **Eficácia da Pompage, na coluna cervical, no tratamento da cefaleia do tipo tensional**. Artigo de conclusão de curso. Faculdade UNISUL – Santa Catarina, 2000. Disponível em: [http:// www.luzimarteixeira.com.br/uxp-content/uploads/2009/09/pompagem-na-coluna-cervical-no-tratamento-da-cefaleia-do-tipo-tensional.pdf](http://www.luzimarteixeira.com.br/uxp-content/uploads/2009/09/pompagem-na-coluna-cervical-no-tratamento-da-cefaleia-do-tipo-tensional.pdf) Acesso em: 22 Ago. 2014
JUCÁ, R. L. L. **Proposta de terapia manual em pacientes portadores de cefaleia de tensão**. Monografia de conclusão de curso. Faculdade integradas de Santa Fé do Sul, 1999

KLD. **Trabalhando com terapia combinada**. Data da ultima atualização: Jun. de 2007. Disponível em: [http:// www.shopfisiobrasil.com.br/pdf/1878.pdf](http://www.shopfisiobrasil.com.br/pdf/1878.pdf) Acesso em: 25 de Out. 2014

LENDERMAN, E. **Fundamentos da Terapia Manual, Fisiologia, Neurologia, e Psicologia**. São Paulo: Manole, 2001

MONTEIRO, J. M. P.; **Cefaléias primárias: causas e consequências**. Rev. Port. Clin. Geral. 2006.

MESQUITA, A. C. **O Efeito da terapia manual em mulheres com cefaleia tensional**. Artigo de conclusão de pós graduação. Faculdade Ávila, 2012

POLAZZO, E. **Estudo sobre a analogia existente entre a cefaleia tensional, pontos-gatilho na musculatura cervical e má postura em ambiente laboral estático.** Artigo de conclusão de pós graduação. Faculdade Ávila, 2011.

RODRIGUES, J. L. **Cefaléia tipo tensional: tratamento com acupuntura.** Disponível em: [http:// www.saudetotal.com/mtc/monografias](http://www.saudetotal.com/mtc/monografias). Acesso em 26/09/14. Última atualização em 2001.

REVISTA ELETRONICA INSPIRAR disponível em: [http:// www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2012/09/revistacientifica-edção-19-jul-ago-2012](http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2012/09/revistacientifica-edção-19-jul-ago-2012) data da ultima atualização em: jul. 2012. Acesso em 20 Ago. 2014.

SOUZA, S. M. **Estudo comparativo entre as técnicas de alongamento x liberação miofascial.** Artigo de conclusão de pós graduação. Faculdade Ávila. 2012

SACCO, I. C. N. **Apostila elaborada para revisão de anatomia para análise de movimento, estudo dos músculos em geral.** 2001

SANTOS, W. L; **Dor orofacial com ênfase em cefaleias.** 21 set. 2006. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/orofacial_cristina/orofacial_cristina.htm acesso em 20 de set de 2014.

SIMONS, D. G.; TRAVELL, J. G; SIMONS, L. S. Travell and Simons Myofascial Pain and Dysfunction. **The Trigger Point Manual.** Upper Half of Body. V. 1, 2. Ed Baltimore, MD: Williams & Wilkins: 1999

WALKER, Brad. **Alongamento: uma abordagem anatomica.** São Paulo: Manole, 2009