

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**MARTA TOCIMI SASSAKI FURINE
MILENE PIORKOWSKY DE ALMEIDA**

**ESTUDO DE CASO DE PACIENTE
COM FIBROMIALGIA**

**BAURU
2006**

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**MARTA TOCIMI SASSAKI FURINE
MILENE PIORKOWSKY DE ALMEIDA**

ESTUDO DE CASO DE PACIENTE COM FIBROMIALGIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina de Trabalho de Graduação na Universidade do Sagrado Coração como requisito parcial para obtenção do título de Fisioterapeuta. Orientado pela Prof^ª Ms. Santana T. K. Otuka.

**BAURU
2006**

Dedico este trabalho ao Augusto e as minhas filhas, Lais e Laura, por serem as pessoas mais importantes da minha vida.

Marta

Dedico este trabalho aos meus pais Uriel e Miriam, à minha irmã Aline e ao Mário, devido ao carinho, apoio e incentivo que sempre me deram.

Milene

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À nossa orientadora Prof. Ms. Santina T. K. Otuka, o nosso respeito e infinita gratidão por sua dedicação ao transmitir seus conhecimentos profissionais e de vida, além de seu carinho, paciência e amizade.

AGRADECIMENTOS

Aos nossos amigos e amigas, que sempre estiveram ao nosso lado nos aconselhando, nos apoiando e nos alegrando nos momentos difíceis.

A paciente que participou da pesquisa, pela confiança que teve em nosso trabalho.

A professora Silvia Regina Barrile, nossa admiração e reconhecimento pela sua amizade e dedicação, ao transmitir seus conhecimentos de forma enriquecedora e ao mesmo tempo tão carinhosa.

A todos os professores que sempre nos guiaram nas trilhas do conhecimento o nosso mais sincero agradecimento.

Aos funcionários da clínica de fisioterapia da USC, que nos auxiliaram direta e indiretamente na realização deste trabalho.

“Para o mundo você pode ser uma
pessoa, mas para uma pessoa você
pode ser o mundo.”

Autor Desconhecido

RESUMO

Atualmente muitos indivíduos do sexo feminino têm apresentado queixas de dores musculares, associados a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônicas, distúrbios intestinais e rigidez, alterando a realização de suas atividades de vida diária. O objetivo deste estudo de caso foi verificar os efeitos de um programa de intervenção fisioterapêutica, aplicando a massoterapia associada a exercícios de alongamento em portadores de fibromialgia na redução da dor e aumento da flexibilidade corporal. Participou deste estudo uma paciente do sexo feminino, de 22 anos, com diagnóstico de fibromialgia. A paciente foi submetida a vinte sessões de exercícios de alongamento para os principais grupos musculares da região posterior do corpo (coluna cervical, torácica e lombar, tríceps, isquiotibiais, tríceps sural e piriforme) e massagem clássica (alisamento superficial e profundo, amassamento e fricção). As sessões de massagem e exercícios de alongamento foram realizadas três vezes por semana, com duração de 50 minutos. A flexibilidade foi avaliada através do teste dedo-chão, e a dor foi verificada através da Escala Comportamental (EC), onde ao comportamento algico é atribuído uma nota (0-10). Foram realizadas reavaliações periódicas na 5^a, 10^a, 15^a e 20^a sessões repetindo o teste de avaliação da dor e o teste dedo-chão. Após a aplicação das vinte sessões, pudemos observar uma diminuição da dor e aumento da flexibilidade da paciente.

Palavras chave: Fibromialgia; Alongamento; Massoterapia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Tender Points.....	13
Figura 2-	Teste dedo – chão.....	23
Gráfico 1-	Variação da flexibilidade (cm).....	25
Gráfico 2-	Variação entre o valor mínimo e máximo da flexibilidade.....	26
Gráfico 3-	Relatos de dor.....	26
Quadro 1-	Escala Comportamental.....	22

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivos gerais.....	18
3.2	Objetivos específicos.....	18
4	METODOLOGIA.....	19
4.1	Sujeitos.....	19
4.2	Crêterios de inclusão.....	19
4.3	Crêterios de exclusão.....	19
4.4	Variáveis.....	19
4.5	Materiais.....	20
4.6	Procedimentos.....	20
5	RESULTADOS.....	25
6	DISCUSSÃO	28
7	CONSIDERA�OES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	REFERENCIAS CONSULTADAS	32
	ANEXOS.....	33

1. INTRODUÇÃO

O reconhecimento das doenças que se manifestam com dor, interfere diretamente na vida social e profissional. Dentre essas condições dolorosas, destaca-se a fibromialgia que se manifesta através de dores musculoesqueléticas crônicas e difusas, sem acometimento inflamatório ou envolvimento articular.

No século XIX já eram reconhecidas manifestações clínicas que sugeriam o diagnóstico dessa patologia, que atinge 2% da população sendo que 80% são mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos.

Marques et al. (1994) realizou um estudo onde foi comprovada a eficiência de exercícios de alongamento muscular em pacientes portadores de fibromialgia. Após a aplicação de um protocolo onde se utilizava o alongamento nas cadeias musculares mais acometidas, os resultados obtidos foram: melhora nas atividades de vida diária e redução nos sintomas de dor.

Devido ao fato da fibromialgia interferir diretamente na qualidade de vida de seus portadores, provocando dor, rigidez articular e desconforto no movimento e a frequência desses pacientes em serviços de fisioterapia, optou-se por fazer este estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A síndrome da fibromialgia é considerada uma doença reumática não articular, fazendo parte de um grupo de patologias músculo esqueléticas que possuem sua origem em estruturas periarticulares de fora da cápsula articular e periósteo. Assim, essa doença pode ser classificada como síndrome sendo identificada pelo número de sintomas. (BATES E HANSON, 1998)

Embora a causa exata da fibromialgia ser desconhecida, Russel (1993 apud GIRALDI E PACCOLA, 2003) acredita que ela pode ser desencadeada por algum trauma, como queda, acidentes de carro, infecção viral ou procedimento cirúrgico.

Para Martinez (1997) a fibromialgia é uma síndrome dolorosa cujas características mais freqüentemente encontradas são: dores musculares difusas, sítios dolorosos específicos, associados a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica, distúrbios psíquicos, intestinais e rigidez.

Segundo Bates e Hanson (1998) existem sintomas subjetivos associados à fibromialgia que podem ser descritos em termos de exacerbações e remissões, sendo que esses sintomas podem piorar com o frio e a umidade, tensão e inatividade, e podem melhorar com o calor, atividades moderadas e relaxamento. Devido a isso, muitas vezes o paciente é desacreditado pela família e até mesmo pelo médico, é tido como mentiroso e acaba gerando conseqüências como irritabilidade, ansiedade, cefaléia, dificuldades de concentração, dor crônica, insônia e depressão.

Ainda de acordo com Bates e Hanson (1998), os pacientes descrevem a dor como sendo em queimação, que ocorre no corpo todo. Também relatam que essa dor é mais intensa em áreas do corpo que são mais utilizadas e que ela pode até mudar sua localização; podendo muitas vezes ser de caráter incapacitante na realização das atividades de vida diária.

A fibromialgia atinge 2% da população, sendo que 80 a 90% dos acometidos são do sexo feminino e com idade média variando entre 30 e 60 anos. Porém, indivíduos do sexo masculino, pessoas idosas e até crianças também podem ser acometidas por esta síndrome (COSTA, 2003). Bates e Hanson (1998) também relatam que a síndrome da fibromialgia ocorre com maior frequência em mulheres (9 em 10), porém, cita que a idade de início tende a ser entre 12 e 45 anos e o início após os 60 anos é incomum.

“Desde meados do século XIX já eram reconhecidas manifestações clínicas que sugeriam o diagnóstico da fibromialgia. Em 1985, foram publicados casos de pacientes que apresentavam contraturas musculares e dor a digitopressão em diversas regiões anatômicas, sem, no entanto, caracterizar a presença de pontos dolorosos. Foi proposto o termo fibrosite para designar síndromes dolorosas sistêmicas, ou regionais, nas quais observou uma sensibilidade dolorosa aumentada em determinadas regiões anatômicas, sendo que a fadiga e distúrbios do sono eram por sua vez relatados. No mesmo ano foram descritos casos de alterações inflamatórias no tecido colágeno de pacientes, o que não foi confirmado por estudos posteriores. Novamente observou-se, que os pontos sensíveis só produziam dor ou desconforto quando tocados ou quando ocorria uma contração muscular. De outra forma, eles permaneciam assintomáticos. Infelizmente, ele considerou os aspectos hipersensíveis encontrados como inflamatórios, e acreditava que a patologia fosse uma forma de reumatismo muscular”. (MARQUES, 1996 apud GIRALDI E PACCOLA, 2003).

Wolfe (1990 apud CHAITOW, 2001) relata que em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia publicou um protocolo para diagnosticar a síndrome da fibromialgia, que objetiva classificar a síndrome, considerando portador de

fibromialgia aquele paciente que possuir dores no corpo por pelo menos três meses e cumprirem os dois critérios abaixo mencionados:

- História de dor generalizada - A dor é considerada generalizada quando os seguintes itens estiverem presentes: dor no lado esquerdo e no lado direito do corpo, dor acima e abaixo da cintura. Além disso, também haverá dor na coluna cervical, na parte anterior do peito, coluna torácica e na lombar.
- Dor em 11 dos 18 locais sensíveis à palpação com os dedos, são os chamados tender points (Figura 1) - ocorre quando houver dor durante a pressão (com aproximadamente 4 Kg de pressão) em 11 ou mais dos 18 locais. Chaitow (2001), ainda ressalta que os locais mais comuns dos tender points ficam localizados nos músculos do pescoço, ombros e peito. A tensão muscular exagerada causa o cansaço contínuo, porque ocorre gasto de energia mesmo durante o sono, ou seja, não há relaxamento muscular.

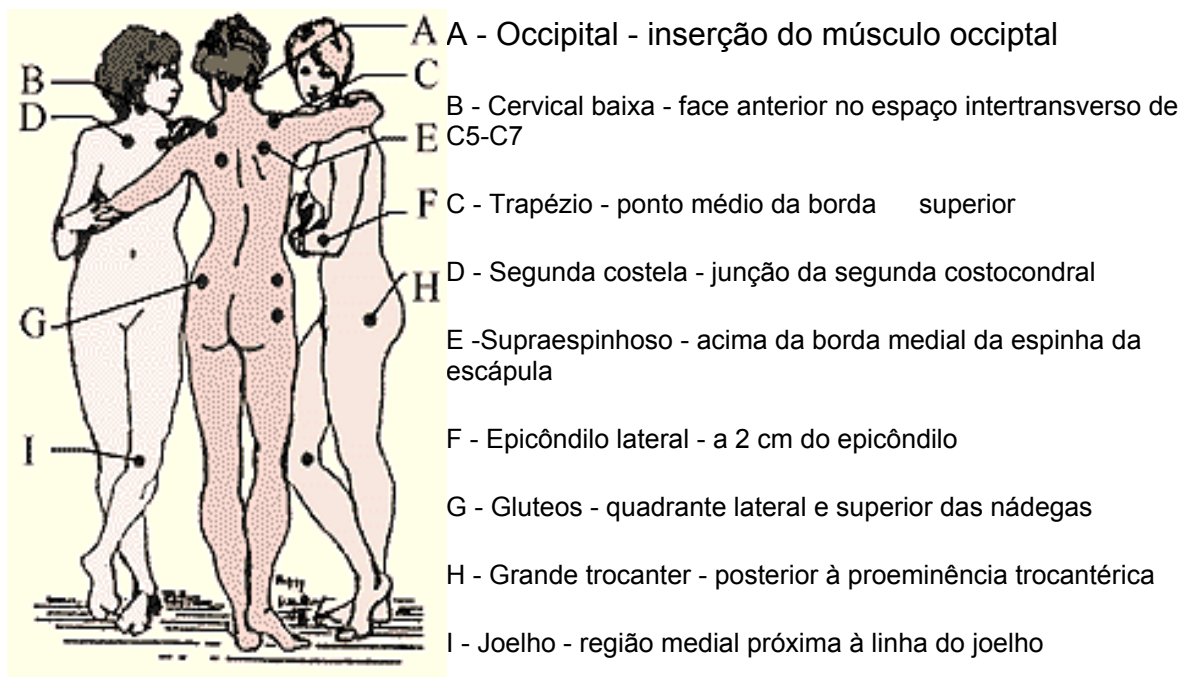


Figura 1 - Tender Points. Fonte: MARQUES, A. P. Fibromialgia. 2005. Disponível em: <<http://www.dornascostas.com.br/fibromialgia.htm>>. Acesso em: 12 maio 2005.

Segundo Bates e Hanson (1998), o tratamento da fibromialgia consiste mais na redução dos sintomas do que na cura da doença em si. A redução da dor e a melhoria do sono são sinais de sucesso no tratamento, devido a eles auxiliarem o paciente nas suas atividades de vida diária.

Gashu et al (2001, p. 62), acredita que:

“... a fibromialgia causa um impacto negativo na qualidade de vida de pacientes em idade produtiva de trabalho. Isto porque, além da dor, os sintomas de fadiga e fraqueza subjetiva causam perda da função, levando à incapacidade para a realização de atividades de vida diária dessas pessoas”.

As terapias físicas geralmente utilizadas com pacientes portadores de fibromialgia são calor, massoterapia, relaxamento, exercícios físicos gradativos com exercícios aeróbicos e isotônicos, alongamentos, spray, biofeedback, acupuntura, exercícios aeróbicos, TENS, laserterapia e hidroterapia (Marques, 1999).

Beard (1952 apud DOMENICO E WOOD 1998) define massagem como sendo uma técnica efetuada com as mãos e que através de manipulações dos tecidos moles do corpo, produzem efeitos sobre o sistema fisiológico do corpo. Domenico e Wood (1998) relatam que a massagem terapêutica é aplicada para tratar um problema de saúde específico, visando facilitar a cura. Mendes et al. (1998) citam que para obtermos o benefício de reparar e recuperar os tecidos muscular e cutâneo podemos utilizar a massagem terapêutica associada à cinesioterapia.

A técnica de massagem terapêutica mais utilizada é a massagem clássica, que segundo Domenico e Wood (1998), a mais famosa e duradoura contribuição

para o desenvolvimento dessa técnica foi dada por Pehr Henrik Ling - médico sueco que descreveu - a na primeira metade do século XIX.

De acordo com Mendes et al. (1998), as manobras básicas da massagem clássica são:

- Effleurage: é dividido entre deslizamento superficial (movimentos deslizantes, leves, suaves, rítmicos e com direção indiferente da manobra) e profundo (movimento realizado com pressão suficiente para resultar em efeitos mecânicos e reflexos, sendo a direção do movimento geralmente centrípeta).
- Pétrissage (amassamento): mobiliza o tecido muscular provocando um efeito mecânico que auxilia na melhora das condições circulatórias do músculo, aumentando sua nutrição, eliminação de resíduos metabólicos e liberando suas aderências.
- Fricção: dividida em circulares (compressão de modo circular e com profundidade crescente) e transversal (usadas para o tratamento de tendões, junções, músculos e ligamentos).
- Percussão: estimula os reflexos cutâneos ou musculares e ajuda a esvaziar órgãos ocos, auxiliando a mobilização de secreções.
- Vibração: ajuda a soltar as secreções retidas nas menores porções da árvore respiratória, ampliando a função respiratória.
- Pressão: quando profunda resulta em aumento da tensão e dor, enquanto uma pressão mais branda induz ao relaxamento e diminui a dor.

As contribuições positivas da massagem no tratamento da fibromialgia, segundo Cassar (2001), são relaxamento e alívio da dor, alongamento e aumento da flexibilidade, liberação de aderência, redução de nódulos e hipersensibilidade, normalização das terminações nervosas e sensoriais, aumento da circulação com redução de isquemia nos músculos, alívio da ansiedade e melhora do sono.

Domenico e Wood (1998) enfatizam que o terapeuta deve evitar ao máximo o contato não apropriado e a exposição desnecessária do paciente. Devem ter atitudes espontâneas e relaxadas, permitindo que o paciente se concentre na terapia e sinta segurança e confiança tanto no terapeuta, quanto ao tratamento aplicado.

Um programa de exercícios de alongamento beneficia os pacientes portadores de fibromialgia, visto que eles aumentam a temperatura corporal e dos tecidos devido ao aumento do fluxo sanguíneo, resultando em uma diminuição da tensão muscular e da pressão intra-articular ajudando a manter ou melhorar a flexibilidade e relaxamento dos músculos contraídos e rígidos. (ALTER, 1999).

Ainda Alter (1999), refere que o músculo ganha flexibilidade a medida que os tecidos conjuntivos e os músculos são alongados por meio de exercícios adequados. Como as fibras musculares são incapazes de se alongar sozinhas, faz-se necessário que uma força externa ao músculo esteja atuando. Entre essas forças, podemos citar a gravidade, o movimento (momento), a força dos músculos antagonistas e a força produzida pelo terapeuta ou por alguma parte do corpo do próprio paciente.

Alter (1996), diz que “a extensibilidade permite que nossos músculos movam-se através de uma grande amplitude de movimento”.

Kendall, McCreary e Provance (1995), ressaltam que o alongamento deve ser realizado de maneira gradual para se evitar danos às estruturas musculares. Além disso, devemos ter a consciência de que geralmente, são necessárias várias semanas para que ocorra a restauração da mobilidade nos músculos que estejam retraídos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar os efeitos de um programa da intervenção fisioterapêutica aplicando a massoterapia associada a exercícios de alongamento em um portador de fibromialgia.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Verificar se ocorre redução da dor.
- Avaliar um possível aumento da flexibilidade após a aplicação do tratamento proposto.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração, sendo aprovado em 22 de setembro de 2005.

4.1 Sujeito

Este estudo de caso contou com a participação de um indivíduo do sexo feminino, de 22 anos, com diagnóstico de fibromialgia e selecionado após apresentação na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração. A paciente foi atendida na clínica escola desta Universidade, no período de outubro a dezembro de 2005.

4.2 Critérios de inclusão

Foi incluso neste estudo um indivíduo do sexo feminino com diagnóstico de fibromialgia, devido a maior incidência ocorrer em mulheres.

4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos deste estudo indivíduos que estavam sendo submetidos a tratamento medicamentoso, portadores de tumores malignos, distúrbios circulatórios, doenças de pele, alergia a cremes, hiperestesia ou processos infecciosos.

4.4 Variáveis

4.4.1. Variável Dependente

Caracterização da dor e da flexibilidade.

4.4.2. Variável Independente

Intervenção com um programa fisioterapêutico, onde o sujeito foi submetido a 20 sessões de exercícios de alongamento para os principais grupos musculares da região posterior do corpo (coluna cervical, torácica e lombar, tríceps, extensores do punho, isquiotibiais, tríceps sural e piriforme) e massagem clássica (alisamento superficial e profundo, amassamento e fricção).

4.5 Materiais

- Ficha de avaliação (em anexo)
- Maca
- Lençóis
- Creme para massagem composto de glicerina, creme base 5%, extratos vegetais ou princípios ativos e fragrância. Manipulado pela Farmácia Véritas.
- Espátulas
- Fita métrica (Corrente)
- Travesseiros
- Toalhas
- Máquina fotográfica digital Sony
- Escala para avaliação da dor
- Escala para avaliação da flexibilidade

4.6 Procedimentos

1ª etapa:

Foi realizado um agendamento visando à realização da avaliação.

A paciente foi esclarecida quanto ao tratamento e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A) e posteriormente foi submetida à avaliação fisioterapêutica sendo os dados inseridos na ficha de avaliação (Anexo B).

2ª etapa:

Avaliação Fisioterapêutica:

Na avaliação foram coletados:

Item 1: identificação, caracterização dos sujeitos

Item 2: queixa principal

Item 3: história pregressa

Item 4: história da moléstia atual

Item 5: exame físico

No exame físico foi realizada a inspeção, palpação e detecção dos tender points (pontos gatilho nos lados direito e esquerdo do corpo):

- Na região occipital - inserção do músculo occipital
- Na coluna cervical baixa - face anterior no espaço intertransverso de C5-C7
- No músculo trapézio - ponto médio da borda superior
- Na segunda costela - junção da segunda costovertebral
- No músculo supraespinhoso - acima da borda medial da espinha da escápula
- No epicôndilo lateral - a dois cm do epicôndilo

- Na região glútea - quadrante lateral e superior das nádegas
- No grande trocanter - posterior à proeminência trocantérica
- No joelho - região medial próxima à linha do joelho

Item 6: teste do dedo chão (flexibilidade) e teste de avaliação da dor.

A avaliação da dor foi verificada através da Escala Comportamental (EC) (Tabela 1), onde ao comportamento álgico foi atribuído uma nota (0-10), questionando-se diretamente ao paciente sua lembrança da dor em função de suas atividades da vida diária, sendo:

Quadro 1: Escala Comportamental

Nota zero	Dor ausente ou sem dor.
Nota três	Dor presente, havendo períodos em que é esquecida.
Nota seis	A dor não é esquecida, mas não impede exercer atividades da vida diária.
Nota oito	A dor não é esquecida, e atrapalha todas as atividades da vida diária, exceto alimentação e higiene.
Nota dez	A dor persiste mesmo em repouso, está presente e não pode ser ignorada, sendo o repouso imperativo.

Fonte: www.dor.org.br/dor_diagnosticos.asp

A flexibilidade foi avaliada por meio do teste dedo chão (Figura 2). Segundo Kapandji (2000), esse teste consiste em pedir ao paciente para fazer uma flexão de tronco em posição ortostática com os joelhos estendidos e o

fisioterapeuta medirá a distância (em centímetros) entre a extremidade do 3º dedo do paciente e o chão.



Figura 2 – Teste dedo -chão.

Item 7: sinais vitais.

As sessões de massagem e exercícios de alongamento foram realizadas 3 vezes por semana, sempre no mesmo horário (às 17 horas), onde cada sessão teve duração de 50 minutos. Para a massagem, o indivíduo estava trajado com biquíni e posicionado em decúbito ventral, com os membros superiores ao longo do corpo, com um travesseiro embaixo do abdome para relaxamento da região lombar. As manobras de massagem utilizadas foram: alisamento superficial, que é extremamente relaxante e é importante para o paciente tomar consciência da mão do Fisioterapeuta, alisamento profundo que é um movimento exercido com pressão suficiente para causar efeitos mecânicos e reflexos e move fluido nos vasos linfáticos e venosos, amassamento que mobiliza o tecido muscular liberando aderências

e fricção com movimentos circulares e transversais com ritmo e velocidade uniformes e pressão suficiente para mobilizar tecido superficial em relação ao profundo.

Para realização dos exercícios de alongamento o indivíduo estava nas posições de decúbito dorsal, sentado e em pé.

Com o paciente em decúbito dorsal, foram alongados os seguintes músculos:

- Músculos Isquiotibiais e Tríceps Sural
- Glúteos
- Músculo Piriforme

Com o paciente sentado, os músculos alongados foram:

- Músculos Extensores do Punho
- Músculo Tríceps
- Músculos Extensores Paravertebrais
- Músculo Trapézio (fibras superiores)
- Músculos Laterais da Região Cervical
- Músculos da Região Lombar

Finalmente, com o paciente em pé foram alongados:

- Músculo Grande Dorsal e Paravertebrais

Foram realizadas reavaliações periódicas na 5^a, 10^a, 15^a e 20^a sessões repetindo o teste de avaliação da dor e o teste dedo-chão.

5. RESULTADOS

Após as 20 sessões de tratamento fisioterapêutico, pudemos observar melhora da flexibilidade na paciente com fibromialgia.

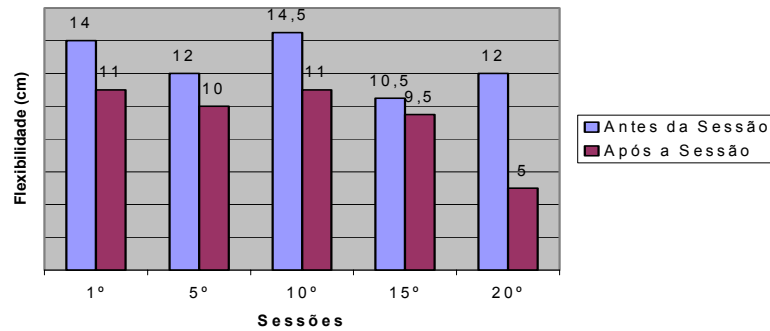


Gráfico 1: Variação da flexibilidade (cm).

Observamos no gráfico 1, a variação da flexibilidade na paciente antes e após a primeira, quinta, décima, décima quinta e vigésima sessão de fisioterapia. No início da primeira sessão obtivemos 14 cm no teste dedo-chão e no final da sessão 11cm, registramos um aumento de 3 cm na flexibilidade; na quinta sessão a flexibilidade era 12 cm e passou para 10 cm no final da sessão; no início da décima sessão, registramos a flexibilidade de 14,5 cm e finalizamos com 11 cm. Já na décima quinta sessão obtivemos no início 10,5 cm e no final 9,5 cm, e na vigésima sessão iniciamos com 12 cm e finalizamos com 5 cm.

Embora a paciente tenha apresentado uma flexibilidade diminuída no início da décima sessão (14,5cm), no final da fisioterapia observamos que houve melhora na flexibilidade após a intervenção (11cm).

Houve um aumento acentuado na flexibilidade na vigésima sessão, onde a paciente apresentou uma melhora de 7cm.

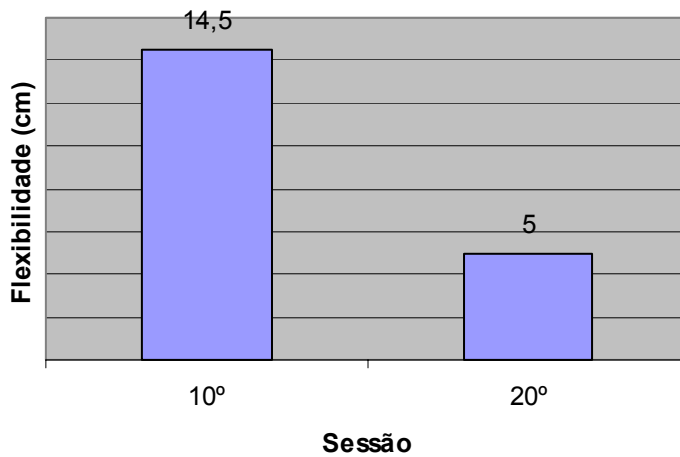


Gráfico 2: Variação entre o valor mínimo e máximo da flexibilidade (cm).

Observamos os resultados iniciais e finais em todas as sessões, encontramos respectivamente os valores extremos de 14,5 cm e 5 cm, o que indica uma variação percentual de 65,5 no parâmetro do teste dedo chão (Gráfico 2).

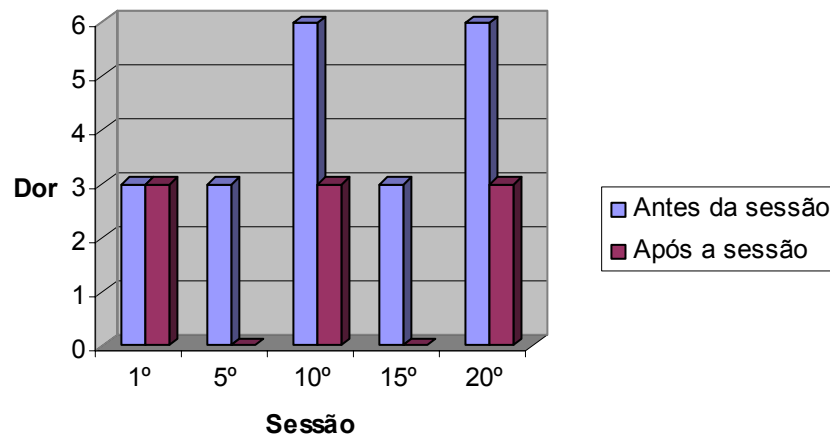


Gráfico 3: Relatos de dor.

Podemos observar no gráfico 3, os níveis de dor relatada pela paciente. Houve redução da dor após a intervenção.

Na primeira sessão o nível de dor era 3 e finalizou com o nível 3; na 5ª sessão, o nível da dor era 3 e reduziu para 0 (zero); na décima sessão no início a

dor era nível 6 e diminuiu para 3, na décima quinta sessão no início era 3 e finalizou com 0 (zero) e na vigésima sessão do nível 6 passou para o nível 3.

Independente do nível, observamos que houve redução da dor em todas as sessões analisadas.

6. DISCUSSÃO

Observamos que houve aumento da flexibilidade em todas as sessões realizadas, passando de 11cm no final da primeira sessão no teste dedo-chão, para 5 cm no final da 20ª sessão.

Mendes (1998) mostrou que a associação massagem clássica – cinesioterapia auxilia na melhora da flexibilidade dos pacientes fibromiálgicos.

Cassar (2001) relatou a diminuição da dor e aumento da flexibilidade através da massagem clássica e alongamento.

No início das sessões as queixas de dor estavam sempre presentes, porém, ao final houve diminuição do nível de dor da paciente.

De acordo com Mendes (1998), a massagem clássica possui efeitos relaxantes (tanto físico, como mental), desconstruturantes e tranqüilizantes auxiliando na redução da dor.

Segundo Pagano (2002), devido ao seu caráter crônico, a fibromialgia geralmente causa impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos.

Mesmo não sendo objetivo deste estudo, a paciente demonstrou melhora na qualidade do sono, do humor e maior disposição na realização de suas AVD'S.

Segundo Marques et al. (1994), os pacientes apresentaram melhora da dor e maior facilidade para realização das atividades de vida diária (AVD'S), após um programa de alongamento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a fibromialgia é uma doença crônica, que pode ter seu quadro alterado por fatores psicológicos e que constatamos oscilações no quadro de dor no decorrer do tratamento efetuado, sugerimos que:

- Outros trabalhos sejam realizados por um período mais prolongado, para verificar se ocorre redução da dor de forma estável, gradual ou total e também,
- Estudos envolvendo a observação de fatores emocionais e qualidade de vida, associados a outros tratamentos fisioterapêuticos, além da massagem clássica e exercícios de alongamento.

REFERÊNCIAS

ALTER, M. J. **Alongamento para os esportes**. São Paulo: Manole, 1999.

_____. **Ciência da flexibilidade**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

BATES, A.; HANSON, N. **Exercícios Aquáticos Terapêuticos**. São Paulo: Manole, 1998.

CASSAR, M. P. **Manual de massagem terapêutica: um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta**. São Paulo: Manole, 2001

CHAITOW, L. **Técnicas Neuromusculares Modernas: técnicas avançadas para tecidos moles**. São Paulo: Manole, 2001a.

_____. **Técnicas Neuromusculares Posicionais de Alívio da Dor**. São Paulo: Manole, 2001b.

COSTA, E. D. G. M. **O que saber sobre fibromialgia: quia Einstein para portadores de deficiência visual**. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, 2003.

DOMENICO, G.; WOOD, E. C. **Técnicas de massagem de Beard**. 4. Ed. São Paulo: Manole, 1998.

DOR – Diagnóstico da Dor. Disponível em: www.dor.org.br/dor_diagnosticos.asp
Acesso em: 23 maio 2005.

Fibromialgia e Fisioterapia. Disponível em <http://www.dornascostas.com.br> Acesso em: 20 maio 2005.

GASHU, B. M. et. al. Eficácia da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e dos exercícios de alongamento no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Revista de Fisioterapia da USP**. São Paulo, v.8, n.2, p.57-64, 2001.

GIRALDI, D. P.; PACCOLA, K. G. **Efeitos de um programa de hidrocinésioterapia na amplitude de movimento em indivíduos portadores de fibromialgia**. Bauru: [s.n.], 2003.

KAPANDJI, A. I. **Fisiologia Articular**: tronco e coluna vertebral. 5. ed. São Paulo: Panamericana, 2000.

KENDALL, F.P. ; McCREARY, E. K. ; PROVANCE, P. G. **Músculos Provas e Funções**. São Paulo: Manole, 1995.

MARQUES, A. P. O que a fisioterapia tem feito pelos fibromiálgicos. **Rev. De Fisioterapia da USP**. São Paulo, v.6 , p.19-35, 1999.

MARQUES, A. P.; MENDONÇA, L. L. F.; COSSERMELLI, W. Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 34, n. 5, p. 232-4, 1994.

MARTINEZ, J. E. Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar. **Acta Fisiátrica**, v.4, n.2, p.99-102, 1997.

MENDES, F. A. S. Influência da massagem clássica segmentar e geral na flexibilidade de indivíduos adultos jovens. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.9, n.2, p.74-81, 1998.

PAGANO, T. Avaliação da ansiedade e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista de Fisioterapia da USP**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 94, jul./dez. 2002.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ANQUILANTE, A.; PEREIRA, A.T. **Os efeitos da laserterapia e do alongamento sobre a dor em pacientes com fibromialgia.** Bauru, 2001.

ANTÔNIO, S. F. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Medicina**, v.58, ed. especial, 2001.

RAIMUNDO, A. K. S.; BRANDÃO, D. L.; LUCENA, K. G. Estudo comparativo do efeito analgésico entre frequências da corrente interferencial na fibromialgia. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.17, n.4, p.65-72, out./dez.2004.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: Estudo de caso de paciente com fibromialgia.

Endereço: Rua Irmã Arminda, 10-50 Jd.Brasil - Bauru SP

Telefone: (14)32357000

Pesquisador responsável: Santina Tiemi Kusumi Otuka

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Clínica de Fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração

O objetivo deste projeto será avaliar a eficácia de um programa de tratamento fisioterapêutico baseado na aplicação de massagem clássica e alongamento. Será sujeito deste estudo 1 indivíduo do sexo feminino, de 22 anos, com diagnóstico de fibromialgia, totalizando 20 sessões, sendo 3 por semana com duração de 50 minutos cada uma, durante os meses de outubro a dezembro de 2005. A paciente será atendida na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração.

Os benefícios que poderão ser adquiridos pelos indivíduos participantes serão a redução da dor e o aumento da flexibilidade, sendo que durante a realização deste projeto o indivíduo não estará exposto a nenhum tipo de risco, bem como não existirão encargos adicionais associados à participação dos sujeitos neste estudo.

Eu..... entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

Data:.....

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a),
acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua
participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e
testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Data:.....

ANEXO B**FICHA DE AVALIAÇÃO****1. Identificação**

Nome: _____

Idade: _____ anos. Data de nascimento: _____

Sexo: _____ Cor (raça): _____ Estado civil: _____

Naturalidade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Endereço: _____

Telefone (s) para contato: _____

Diagnóstico Clínico: _____

2. Queixa Principal

3. História Pgressa

4. História da Moléstia atual

5. Exame Físico

- Inspeção:

- Palpação:
- tender points:

<p>B - Cervical baixa - intertransverso de C5-</p> <p>C - Trapézio - ponto médio da</p> <p>D - Segunda costela - junção</p> <p>E -Supraespinhoso - Escápula () D () E</p> <p>F - Epicôndilo lateral - a 2 cm</p> <p>G - Glúteos - quadrante lateral</p>	<p>A A - Occipital - inserção do músculo occipital () D () E</p> <p>C</p> <p>E face anterior no espaço C7 () D () E</p> <p>F borda superior () D () E</p> <p>H da segunda costocostal () D () E</p> <p>I acima da borda medial da espinha da</p> <p>do epicôndilo () D () E</p> <p>e superior das nádegas () D () E</p> <p>H - Grande trocater - posterior à proeminência trocantérica () D () E</p>
---	--

I - Joelho - região medial próxima à linha do joelho () D () E

- Teste Dedo – Chão (flexibilidade)

	Antes da sessão	Após a sessão
1ª sessão	Cm	cm
5ª sessão	Cm	cm
10ª sessão	Cm	cm
15ª sessão	Cm	cm
20ª sessão	Cm	cm

- Teste para avaliação da dor

Nota zero	Dor ausente ou sem dor
Nota três	Dor presente, havendo períodos em que é esquecida
Nota seis	A dor não é esquecida, mas não impede exercer atividades da vida diária
Nota oito	A dor não é esquecida, e atrapalha todas as atividades da vida diária, exceto alimentação e higiene
Nota dez	A dor persiste mesmo em repouso, está presente e não pode ser ignorada, sendo o repouso imperativo

	Antes da sessão	Após a sessão
1ª sessão		
5ª sessão		
10ª sessão		
15ª sessão		
20ª sessão		

- Sinais vitais

PA: _____ FC: _____ FR: _____