



# A MASSAGEM CLÁSSICA NA DOR E QUALIDADE DE VIDA DE UMA FIBROMIÁLGICA: ESTUDO DE CASO.

Alessandra Ribeiro da Silva<sup>1</sup>, Maria Aparecida Oliveira Silva<sup>2</sup>, Roberta Ramos Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso Técnico em Massoterapia, Campus Londrina-PR, IFPR. alesribeiro40@gmail.com

<sup>2</sup>Acadêmica do Curso Técnico em Massoterapia, Campus Londrina-PR, IFPR. cidaeartursilva@gmail.com

<sup>3</sup>Orientadora, Doutora, Docente do Curso Técnico em Massoterapia, Campus Londrina, IFPR. roberta.ramos@ifpr.edu.br

## RESUMO

A síndrome da fibromialgia (FM) não é uma doença em si, mas sim uma síndrome que pode estar associada com outras doenças muito bem definidas. O objetivo principal deste relato, foi analisar os efeitos terapêuticos da massagem clássica como uma abordagem complementar no alívio da dor e melhora da qualidade de vida (QV) em uma única paciente com FM. Como proposta de tratamento, foram aplicadas 10 sessões de massagem, uma vez por semana, utilizando a técnica da massagem relaxante também chamada de clássica ou sueca, de 1 hora e 15 minutos de duração, realizadas por uma única massoterapeuta. Para mensurar a dor, foram utilizados o dolorímetro nos prováveis pontos dolorosos e também a escala visual da dor, além do relato da paciente. A qualidade de vida foi mensurada pelo questionário QIF, questionário de impacto na fibromialgia. A dor foi avaliada semanalmente pela EVA, e foi observado melhora tanto imediata (aguda), quanto de forma crônica (como por exemplo a queixa principal relatada pela paciente em 7,5 antes da primeira sessão de massagem e na décima sessão a queixa principal, foi 1,5). Em relação à melhora imediata da dor, na sessão 4 e 5, a dor foi de aproximadamente 8, para 0, logo após a massagem. Conclui-se, neste caso, que a massagem clássica, integrada a outras estratégias terapêuticas, deve ser valorizada como uma ferramenta relevante no cuidado de fibromiálgicos, reforçando a necessidade de mais pesquisas na área, passando a consolidar os efeitos da massagem e ampliar sua aplicação no manejo da fibromialgia e de outras condições crônicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** analgesia; capacidade funcional; massoterapia.

## 1 INTRODUÇÃO

### Espaço de 1 linha (simples)

A síndrome da fibromialgia (FM) não é uma doença em si, mas sim uma síndrome que pode estar associada com outras doenças muito bem definidas. A FM é um distúrbio de sensibilidade à dor que a pessoa tem, muitas vezes já nasce com ela.

Além das dores musculares, os pacientes podem trazer outras queixas como dores no peito frequentes, dores no abdôme, olhos e boca secos, muitas vezes associados ao estresse emocional e ansiedade (Knoplich, 2007).

A massoterapia é um dos recursos humanos utilizados para obter efeitos terapêuticos desde os primórdios da humanidade e nos dias atuais reconhecida entre os profissionais da saúde como um excelente recurso eficaz no tratamento do estresse (Abreu; Souza; Fagundes, 2012).

O Colégio Americano de Reumatologia (ACR, 1990) estabelece critérios para a classificação de FM, determinando que não há necessidade de exames clínicos e que o diagnóstico é feito através de entrevista clínica onde é observado os seguintes sinais e sintomas: dor espalhada (hemicorpo direito e esquerdo, acima e abaixo da cintura e no esqueleto axial) e crônica (há mais de três meses), associada à sensibilidade dolorosa aumentada à palpação digital (pressão de aproximadamente 4 kg) em pelo menos 11 dos 18 pontos recomendados pela ACR (Roberto *et al.*, 2017).

De acordo com Simons e Russel (2008), o paciente típico com FM, é uma mulher de meia-idade, que diz ao seu médico “Doutor, dói tudo”. Ela tem a aparência cansada um pouco



agitada, mas em geral, não parece estar cronicamente doente. A maioria apresenta-se de modo clássico, com história de dor generalizada há mais de 3 meses. A dor é mais pronunciada nas regiões de tecidos moles, como os músculos, ligamentos, bursas e tendões próximas às articulações, mas não exatamente nelas. A dor é descrita como persistente, profunda, contínua e latejante.

Outros sintomas encontrados com frequência consistem em insônia crônica, depressão, ansiedade, tontura, rigidez matinal prolongada, cansaço que se assemelha à fadiga, dores abdominais em câimbra com diarreia e dolorimento em abdôme, semelhante à síndrome do intestino irritável.

Uma vez definida a FM, é possível realizar estudos mais adequados desta síndrome, já que todos os pesquisadores poderiam usar a mesma definição. Pode-se verificar, agora, quantas pessoas nos Estados Unidos tiveram FM, determinar quais eram suas queixas primárias e identificar grupos de pessoas em quem testar novos tratamentos. Reportar uma série de sinais e sintomas reproduzíveis teve um benefício adicional: o paciente pode reconhecer claramente sua condição; médicos e outros profissionais da saúde podem ensinar aos estudantes sobre FM usando uma terminologia básica que apresenta uma alta percepção e especificidade; os planos de saúde reconhecem atualmente a FM como uma síndrome distinta.

Abaixo, apresentamos os critérios para o diagnóstico de FM de acordo com o ACR de 1990.

1. História da dor lancinante e difusa

Definição: a dor é considerada lancinante e difusa quando estão presentes: dor no lado esquerdo do corpo, dor no lado direito do corpo, dor acima da cintura e dor abaixo da cintura. Dor no esqueleto axial (coluna cervical ou parte anterior do peito, coluna torácica ou coluna lombar) também deve estar presente. Nesta definição, dor nos ombros e nádegas é considerada como dor que envolve um lado do corpo. Dor na coluna é considerada dor no segmento mais abaixo.

2. Dor em 11 dos 18 pontos sensíveis à palpação digital

Definição: a dor à palpação digital deve estar presente em, pelo menos, 11 dos 18 seguintes “pontos sensíveis”:

- Occipital: bilateral, nas inserções do músculo suboccipital
- Cervical baixa: bilateral, no aspecto anterior dos espaços intertransversos, em C5-C7
- Trapézio: bilateral, no ponto médio da borda superior
- Supra-espinhoso: bilateral, na origem, acima da espinha escapular, próxima à borda mediana
- 2ª costela: bilateral, na 2ª junção costochondral, bem lateral às junções sobre as superfícies superiores
- Epicôndilo lateral: bilateral, 2 cm distal ao epicôndilo
- Glúteos: bilateral, na parte externa do quadrante superior da nádega, na região anterior do músculo
- Grande trocânter: bilateral, posterior à proeminência trocantérica
- Joelhos: bilateral, no coxim adiposo mediano da linha articular

Para um ponto sensível ser considerado “positivo”, o indivíduo deve afirmar que a palpação realmente doeu. “Sensível” não é considerada dolorosa (Wallace, 2002).

A partir de 2010, o Colégio Americano de Reumatologia passa a avaliar sintomas tais como: a gravidade da fadiga, sono não reparador, entre outros; a associação da positividade dos critérios de 1990 somados aos de 2010 permite um diagnóstico com quase 100% de certeza. Atualmente, o diagnóstico da FM é baseado no julgamento clínico e variável com a experiência de cada médico (Heymann *et al.*, 2017).

Houve uma atualização em 2016 das novas diretrizes para o diagnóstico da FM (Heymann *et al.*, 2017), respondendo a 9 perguntas.

A primeira pergunta dos médicos da Associação Brasileira de Reumatologia, foi sobre a necessidade de avaliar a presença dos pontos dolorosos. De acordo com as referências recomenda-se que com o passar do tempo, na prática clínica, especialmente na atenção primária, os pontos dolorosos não têm sido utilizados, ou os tem de forma errônea por médicos não treinados, acarretando falhas no diagnóstico final. Com isso, o diagnóstico passou a ser muitas vezes avaliado somente pelas queixas dos pacientes.



Segunda pergunta, há a necessidade do diagnóstico de dor difusa? Sim, a presença da dor difusa é fundamental para o diagnóstico de pacientes com suspeita de FM.

Terceira pergunta, os pontos dolorosos devem ser considerados para o diagnóstico da FM? Sim pois os pacientes com FM são identificados através dos pontos dolorosos (acima de 11) com sensibilidade de 84% e especificidade de 87%, o que confere certeza diagnóstica de 84%. Portanto, os pontos dolorosos podem ser úteis no diagnóstico da FM quando avaliados em conjunto com outros distúrbios funcionais contemplados nos critérios de 2010. Sua contagem pode se correlacionar com a intensidade de alguns sintomas, particularmente de estresse emocional.

Quarta pergunta, os distúrbios de sono, fadiga e cognitivos também são importantes para o diagnóstico? Sim, Os distúrbios do sono, as alterações de cognição e a fadiga devem ser considerados para o diagnóstico da FM. Sugere-se considerá-los também na avaliação da gravidade dos pacientes com FM.

Quinta pergunta, os critérios de 2010 podem ser considerados para o diagnóstico da FM? Os critérios ACR 2010 eliminam a contagem de pontos dolorosos, essenciais para o diagnóstico pelos critérios ACR 1990, trazem para a avaliação clínica sintomas frequentemente relatados pelos pacientes, além de possibilitar a inclusão de pacientes sem dor difusa, excluídos pelos critérios ACR 1990. Recomenda-se o emprego dos critérios do ACR 2010 para o diagnóstico de FM.

Sexta pergunta, há indicação da termografia no diagnóstico da FM? Não existem evidências científicas para recomendar o emprego da termografia para o diagnóstico da FM.

Sétima pergunta, quando devemos solicitar a polissonografia para o diagnóstico da FM? Os distúrbios do sono encontram-se entre as principais manifestações da FM. O papel dessas alterações na sua fisiopatologia, no entanto, ainda é motivo de controvérsia. Não recomenda-se o uso da polissonografia para o diagnóstico da FM.

Oitava pergunta, o diagnóstico da FM é de exclusão? A FM não deve ser considerada como diagnóstico de exclusão, mas sugerimos sempre considerar os diagnósticos diferenciais como outras síndromes ou doenças com sintomas semelhantes, como recomendado pelos critérios do ACR 2010.

Nona e última pergunta, devemos avaliar distúrbios de humor no paciente com FM? Como? Sugerimos a mensuração sistemática dos transtornos de humor por meio de instrumentos validados, adequados ao nível de atenção à saúde em que são aplicados, pois se mostram de grande importância na avaliação da gravidade dos pacientes com FM.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 INSTRUMENTOS DE COLETA E ESTUDO DE CASO

Para a coleta dos dados foram utilizados alguns instrumentos. Um deles foi uma ficha de avaliação realizada no primeiro dia de avaliação seguido pela massagem. A Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 1) foi usada para avaliar cada sintoma provável da FM, antes das dez sessões de atendimentos e após as treze sessões. No início de cada sessão mensurávamos a EVA da queixa principal.

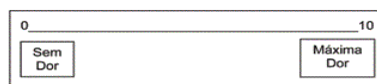


Figura 1 - Escala visual da dor.

Para medir de forma quantitativa o limiar da dor, foi utilizado o dolorímetro na primeira e décima sessão (Figura 2).



**Figura 2** - dolorímetro também chamado algômetro

Para avaliar a QV específica de pacientes fibromiálgicos, foi usado um instrumento validado, o questionário de impacto na Fibromialgia (QIF) também aplicado na primeira e décima sessões.

A EVA de dor tem como objetivo quantificar de forma subjetiva a percepção de dor do paciente, bem como de qualquer sintoma. Esse instrumento consiste em uma linha de 10 (dez) cm de comprimento, que representa a escala subjetiva de dor ou do sintoma a ser avaliado, onde uma extremidade 0 (zero) cm se refere a “normal ou nenhuma dor” e a outra 10 (dez) cm a sensação “muito dolorido”. O paciente deve indicar na linha um ponto que melhor represente a sensação de dor sentida por ele naquele momento. A distância em centímetros da extremidade zero (0 cm) até o ponto indicado pelo sujeito é considerada como a medida de dor.

Ao utilizar o dolorímetro (modelo Fisher), foi considerado ponto doloroso (PD) ou também positivo aquele com valor menor ou igual a  $2,6\text{kg/cm}^2$ , limite que equivale ao de  $4,0\text{kg/cm}^2$ . Esse valor foi definido usando um dolorímetro com ponta de 1,54cm de diâmetro, enquanto o modelo aqui descrito tem apenas 1,0cm, portanto, por regra de três, este valor corresponde a  $2,6\text{kg/cm}^2$  (Marques; Assumpção; Matsutani, 2015).

Foram anotados os valores do limiar de dor obtidos em cada um dos 18 pontos recomendados pelo Colégio Americano de Reumatologia e dois pontos controle (acrômios direito e esquerdo).

Para avaliação da QV foi aplicado o Questionário de Impacto de FM (QIF). Esse questionário, de autopreenchimento, é específico para avaliar o impacto da FM na QV e medir a capacidade funcional, capacidade para o trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar. É composto por 19 questões, organizadas em 10 itens, com diferentes opções de respostas para cada item, sendo que para cada resposta possível é atribuída uma pontuação. Somados os pontos de todas as respostas apura-se o *score*, sendo que quanto maior for o *score*, maior será o impacto da FM na QV (Marques; Assumpção; Matsutani, 2015).

Sobre o estudo, a pesquisa foi realizada por meio de estudo de caso da paciente S.E.G.B, 64 anos, diagnosticada em 2001 com a síndrome da FM, e nunca recebeu nenhum tipo de massagem. A paciente foi selecionada por conveniência e concordou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como proposta de tratamento, foram aplicadas 10 sessões de massagem, uma vez por semana, utilizando a técnica da massagem relaxante também chamada de clássica ou sueca, entre



os meses de junho a setembro de 2024, totalizando 10 sessões de 1 hora e 15 minutos. Os autores decidiram que um só aluno aplicasse a massagem, por dois fatores, tais como pressão manual e empatia com o massoterapeuta. Os procedimentos foram realizados no laboratório 1 de Massoterapia do Instituto Federal do Paraná – Campus Londrina, localizado à Rua João XXIII nº 600 – Praça Horace Wells, Jardim Dom Bosco.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na anamnese, coletou-se os seguintes dados. Paciente do sexo feminino; 64 anos; 1,60 m de altura; peso 60Kg, dona de casa. Dorme cerca de 8 horas por dia, qualidade do sono boa. Faz 4 refeições ao dia e considera ruim a qualidade das refeições. Fez várias cirurgias, como cesárea, retirada da vesícula, tendão do supra espinhoso, 2 cirurgias do ombro direito, cotovelos, polegar e varizes. Além disso, apresenta indigestão, gastrite, hipotonia esofágica, constipação, cansaço / fraqueza, ansiedade, dor de cabeça e alergia (intolerância a lactose) doença autoimune (alopécia) e doença articular (artrose) em região cervical, lombar e mãos. Sua queixa principal na avaliação foi or mais prevalente do lado esquerdo, região cervical, braços e pernas, graduada com intensidade de 8; do tipo choque. Fez ou faz tratamento com medicamentos, hidroterapia, fisioterapia, Pilates, acupuntura e osteopatia.

Continuando, de acordo com a avaliação da paciente no dia 28/05/24, os sintomas da FM apareceram no ano de 2001, foi afastada da profissão de técnica em enfermagem em 2006 e aposentada por invalidez em 2013, demonstrando que a patologia é crônica. Além disso, a paciente tem diagnóstico de artrose em várias articulações, e realizou cirurgias em ombro direito (ruptura do tendão supraespinhoso), cotovelo e polegar, justificando a variação da queixa principal ao longo do protocolo de massagem, além da fisiopatologia da FM, onde as dores variam a cada dia. De acordo com Canzonieri, (2018), pessoas com FM quando questionadas sobre o início da doença, a maioria relaciona com quadros de estresse psicológico intenso (perdas; desemprego; traumatismos, entre outros), o que realmente aconteceu com a paciente em estudo, já que apresentou tanto o estresse emocional (câncer do pai e falecimento do pai) como físico (fratura de punho, com consequente insônia por aproximadamente 1mês) que provavelmente desencadeou o início da patologia.

Ainda na avaliação inicial, a paciente referiu indigestão, constipação, gastrite, cansaço e fraqueza, ansiedade, doença autoimune manifestada pela alopecia e artrose em cervical, lombar e mãos, justificando, portanto, as diferentes EVAs avaliadas ao longo do estudo.

A paciente consegue fazer praticamente todas as atividades de vida diária como será exposto nos resultados avaliado pelo QIF, e provavelmente isso se deve ao relato durante a avaliação, que a paciente realiza ou realizou fisioterapia, hidroterapia, osteopatia e Pilates, além de caminhada. Na primeira sessão de massagem, no dia 04/06/24, a queixa principal foi dor em cervical e ambos os braços, com valor de 7,5 antes da massagem e 6 após a massagem. Além disso, relatou EVA de 8,5 de dor nas articulações e 9 em problemas intestinais. A dor nas articulações era sempre referida pela paciente, mas na décima sessão, o valor da EVA foi de 3, enquanto que a queixa intestinal foi referida só na primeira sessão, e não houve mais esta queixa até o final do protocolo.

Outro resultado extremamente positivo, foi a resposta aguda ou imediata da massagem, ou seja, a resposta referente à queixa principal logo após a massagem. Na segunda sessão a queixa principal foi de dor no quadril direito, e trapézio bilateral mensurado com valor de 8,8 e após a massagem foi de 6,5. Na terceira sessão chegou sem nenhuma queixa. Na quarta sessão apresentava dor 8,2 na perna esquerda e após a massagem relatou que a dor era inexistente. Na quinta sessão, a queixa principal era dor lombar e trapézios bilateral com valor de 0,3 e após a massagem a dor era praticamente inexistente, referida em 0,2. Na sexta sessão, a queixa foi no músculo piriforme, com valor de 9,2, e após a massagem foi para 0,5. Na sétima sessão, a dor era em cervical e trapézios bilateralmente, com valor de 6,9, e após a massagem relatou EVA de 1,6. Na oitava sessão, a queixa da EVA foi 9 em cervical e ombro direito, e após a massagem, a EVA



relatada foi 4. Na nona sessão, a queixa era de 7,5 no quadril direito, e logo após a massagem, foi de 4. Na última sessão, a paciente chegou com apenas 1,5 de queixa em cervical e ombros e saiu com EVA 1.

De acordo com a Tabela 1, observou-se que no dia da avaliação inicial a paciente apresentava 9 pontos dolorosos, além dos 2 pontos controle estarem no limiar entre normal e patológico, ou seja, 2,6 kgf. Na reavaliação, apresentou 10 pontos dolorosos e mais os 2 pontos controle também considerados pontos dolorosos. Com parando os 2 momentos de avaliação, houve melhora de 3 pontos, piora de 9 e manutenção de 8 pontos

Tabela 1 - EVA da queixa principal antes e após as 10 sessões, e EVA dos sintomas da paciente.

	Pontos indicados pelo CAR (1990)	Avaliação (dia 28/5/24)	Reavaliação (dia 24/09/24)	Comparação dos 2 momentos de avaliação
01	Occipital direito	1,8	2,9	↑
02	Occipital esquerdo	2,2,	2,3	—
03	Cervical baixa direita	1	1	—
04	Cervical baixa esquerda	1	1,1	—
05	Trapézio direito	1,5	2,1	↑
06	Trapézio esquerdo	2,4	2,2	—
07	Supraespinhoso direito	2,9	2,8	—
08	Supraespinhoso esquerdo	3,5	3,4	—
09	Segunda articulação costovertebral direita	2,2	2,2	—
10	Segunda articulação costovertebral esquerda	2,7	2	↓
11	Epicôndilo lateral direito	2,2	4,5	↑



12	Epicondilo lateral esquerdo	3	2,4	↓
13	Glúteo direito	5,3	3,7	↓
14	Glúteo esquerdo	5,2	3,4	↓
15	Trôcanter maior direito	5,2	2,9	↓
16	Trôcanter maior esquerdo	4,7	2	↓
17	Borda medial do joelho direito	4,3	1,4	↓
18	Borda medial do joelho esquerdo	2,2	2,2	—
19	Acrômio direito	2,6	2,1	↓
20	Acrômio esquerdo	2,6	2,2	↓

Legenda: (↓) diminuição do limiar de dor, (↑) aumento do limiar da dor, (-) e manutenção do limiar de dor (até 0,3kgf de diferença foi considerada pelos autores, como sem diferença).



De acordo com Simons e Russel (2008), a aplicação rápida, sequencial de uma pressão de 4 kg sobre cada um dos pontos recomendados pela ACR, 1990, muitas vezes induz um retraimento brusco, contorcido, involuntário por parte do paciente, ou mesmo uma inesperada crise de lágrimas. Essa reação não deve ser vista como uma resposta histérica, mas como uma diminuição do limiar de dor característico da FM.

Sobre limiar de dor, Simons e Russel (2008), garantem que indivíduos saudáveis não percebem de jeito nenhum um estímulo de pressão digital de 4kg ou com a ponteira do dolorímetro, como doloroso. A diminuição do limiar de dor é devido a um fenômeno neurofisiológico chamado alodinia, definida como um limiar de dor mais baixo do que o normal ou como uma situação em que a dor é percebida com um estímulo que normalmente é indolor.

Neste relato de caso, a paciente relatou melhora da dor medido pelas EVAs, mas continuou com a presença elevada de pontos dolorosos, medidos pelos dolorímetro. Como isso se explica? Acreditamos que seja por causa da patogênese da FM, pois mesmo sabendo que a causa dessa patologia ainda é desconhecida, teorias garantem que a causa ou causas, sofreram uma transição histórica, de distúrbio psiquiátrico a distúrbio muscular e distúrbio de nocicepção no sistema nervoso central com diminuição de serotonina e aumento do cortisol e substância P, que aumentam a dor, e acreditamos que a massagem não tenha a habilidade de mudar este fato, pois a paciente apresenta a FM desde 2001.

Além disso, a FM é multifatorial, ou seja, tem associação psicológica, onde de acordo com Simons; Russel, 2008, verificaram que a dor e a fadiga da FM, podem ser exacerbadas pela presença de depressão e ansiedade.

Sobre a dor do paciente com FM, ainda tem-se as anormalidades que acontecem na fisiologia e patologia muscular. Muitos pacientes com FM têm a sensação de dor profunda ou mesmo dor óssea. Sobre a dor e fadiga induzidas pelo exercício físico, confirmou-se que existe uma deficiência de energia nos músculo-esqueléticos das pessoas com FM. Outro fato diz sobre a predisposição genética, apontando para um modo autossômico dominante de herança da FM.

O instrumento escolhido para avaliar a qualidade de vida no presente estudo, foi o QIF, composto de 19 questões como já mencionado na metodologia. É importante salientar, que este questionário foi realizado dia 28/05/24, dia onde a paciente realizou somente as avaliações e no final do protocolo, uma semana depois do término, onde foi realizada a reavaliação.

A seguir, serão apresentados na tabela 2 os valores das questões do QIF, realizadas antes e depois do protocolo de massagem. Os primeiros 10 itens são relacionados com a capacidade funcional, ligados as atividades de vida diária, e são avaliados com a pergunta, "Com que frequência você consegue realizar?". Os próximos 2 itens, são avaliados de 0 a 7, com a pergunta nos últimos 7 dias da semana, em quantos a pessoa se sentiu bem e em quantos dias da semana a FM atrapalhou no trabalho da pessoa, incluindo se trabalha em casa. Os próximos 7 itens, foram avaliados pela EVA, de 0 a 10 nos últimos 7 dias.

Tabela 2 - Resultados do QIF antes e após o protocolo de massagem.

	AVALIAÇÃO DIA 28/05/24	REAVALIAÇÃO 24/09/24
1- FAZER COMPRAS	Sempre consegue (0)	Sempre consegue (0)
2- LAVAR ROUPAS	Nunca - usa máquina (3)	Nunca - usa máquina (3)
3- COZINHAR	Sempre consegue (0)	Sempre consegue (0)
4- LAVAR LOUÇA	Sempre consegue (0)	Quase sempre consegue (1)
5- LIMPAR A CASA	Sempre consegue, porém com dor (0)	Quase sempre



		(1)
6- ARRUMAR A CAMA	Quase sempre (1)	De vez em quando (2)
7- ANDAR VÁRIOS QUARTEIRÕES	Sempre consegue (0)	Sempre consegue (0)
8- VISITAR PARENTES E/OU AMIGOS	Sempre consegue (0)	Sempre consegue (0)
9- CUIDAR DO JARDIM	* NÃO SE APLICA	* NÃO SE APLICA
10- DIRIGIR CARRO OU ANDAR DE ÔNIBUS	Sempre consegue (0)	Sempre consegue (0)
QUANTOS DIAS DA SEMANA SE SENTIU BEM?	7	7
QUANTOS DIAS DA SEMANA A FM INTERFERIU NO TRABALHO	0	0
EVA - FM INTERFERIU NO SERVIÇO	6,6	0
EVA - DOR GERAL	7,3	4
EVA - CANSAÇO	9,6	3,2
EVA - SENSÇÃO AO DESPERTAR PELA MANHÃ	9	3
EVA - RIGIDEZ MATINAL	8,7	0
EVA - NERVOSISMO OU ANSIOSO	7	1,1
EVA - DEPRESSÃO	7,2	0

Poddis e Pereira (2019) concluíram na sua revisão sobre massagem relaxante na FM que são necessários mais estudos práticos, para estabelecer um protocolo específico para o tratamento da FM por meio da massagem relaxante, justificando assim este relato de caso.

Sobre a dolorimetria, que é considerada uma avaliação quantitativa da dor, ao avaliarmos os 20 pontos uma semana antes do início do protocolo de massagem, e compararmos com a avaliação final, realizada 1 semana após o término do protocolo, obtivemos os seguintes resultados.

No dia da avaliação a paciente apresentou 9 pontos dolorosos dos 20. No dia da reavaliação a paciente apresentou 13 pontos dolorosos, incluindo os acrômios em ambos os momentos. Quando comparamos as mensurações dos 20 pontos da avaliação com a reavaliação, percebemos melhora do limiar de dor em apenas 3 pontos. Ou seja, não observamos melhora do limiar de dor com o protocolo de massagem. Porém, a dor foi avaliada semanalmente pela EVA, e



na tabela 1 observamos que a massagem propiciou melhora tanto imediata (aguda), quanto de forma crônica (como por exemplo a queixa principal relatada pela paciente em 7,5 antes da massagem e na décima sessão a queixa principal, foi 1,5). Também observamos, melhora imediata da dor, como por exemplo na sessão 4 e 5 onde a dor foi de aproximadamente 8, para 0.

De acordo com a literatura, os traumas físicos e emocionais além de poder iniciar a doença, também podem intensificar os sintomas da FM, podendo levar da fase de remissão para a fase crítica, aguda ou crise da doença, o que aconteceu com a paciente em estudo. Na data de 02/07/24, no quarto dia de massagem a paciente iniciou com queixas de ansiedade (8,6), que antes não referia. Esse sintoma permaneceu até a última sessão, demonstrando que o emocional interfere na intensidade dos sintomas. Nesta data a paciente teve conhecimento do diagnóstico de câncer da irmã. De acordo com Canzonieri (2018), pessoas com FM são propensas a vivenciar mais intensamente o sofrimento emocional, apresentando maior dificuldade para lidar com aspectos naturais da vida, como dor e adoecimento.

Sobre a relação entre dor e QV, Lorena et al., 2016, diz que quanto maior o valor obtido pela EVA maior é o escore do QIF. Em outras palavras, quanto maior a dor relatada pela paciente, mais prejudicada será sua QV. No estudo de Lorena, em relação à contagem das áreas dolorosas, a dor foi relatada pelas pacientes em aproximadamente 14 segmentos corporais, na média de 45 fibromiálgicas estudadas.

Neste estudo de caso, percebemos que a FM não afeta muito a qualidade de vida da paciente, já que tanto na avaliação quanto na reavaliação a paciente conseguia realizar praticamente todas as atividades de vida diária, mesmo com dor, sentia-se bem 7 dias por semana, e não deixou de trabalhar nenhum dia da semana. Acredita-se que a paciente, ao tomar os remédios adequadamente, realizar atividade física constante, e ter uma vida espiritual, ajudem a paciente a conviver com a patologia em remissão e mesmo de forma aguda, como vimos no presente momento de estudo, já que a paciente apresentava tanto antes quanto depois do protocolo de massagem, muitos pontos dolorosos.

Sobre atividade física, Lorena et al. (2016) constataram que a maioria das pacientes da pesquisa (80%) referiu não praticar nenhum tipo de atividade física, no entanto, a prática de exercícios parece representar um papel importante na modulação da síndrome. A paciente do presente estudo de caso, no momento pratica Pilates duas vezes na semana com bons resultados. Já fez alguns tratamentos, como fisioterapia, acupuntura, hidroterapia, osteopatia e atualmente Pilates.

Sabe-se que a atividade física é essencial para o controle dos sintomas na FM. Como a paciente em questão pratica Pilates, foi pesquisado as evidências desta prática, nesta patologia. Como já foi citado na revisão de literatura, Souza, 2024, na sua revisão integrativa foram incluídos 4 artigos que investigaram a eficácia do Pilates no manejo da fibromialgia, e demonstraram que tanto os exercícios domiciliares quanto o Pilates utilizando o equipamento Reformer, tiveram efeitos satisfatórios na redução da dor. Não ocorreu diferença significativa entre as duas formas quando comparadas entre elas. Esse achado conclui, neste estudo que, seja qual for a forma de realização do Pilates (com equipamento Reformer ou domiciliar), os pacientes com FM podem ter alívio da dor e aumento no bem-estar geral. Em resumo, esses estudos revelam que o Pilates é uma intervenção eficaz e versátil para o manejo dos sintomas da FM, melhorando de forma significativa e consistente a redução da dor, além de também melhorar a QV dos pacientes com FM. Independente da comparação com outras formas de atividade física, o Pilates se destaca como uma opção terapêutica valiosa e complementar no tratamento da doença, mostrando que a paciente em questão, deve continuar com a prática do Pilates.

A paciente estudada, tem diagnóstico de FM desde 2001, portanto é uma patologia crônica. De acordo com Canzonieri (2018) a importância do tratamento da dor crônica está no aprendizado do controle, uma vez que a dor crônica é um estado alterado da saúde, persistente e que modifica a vida de quem sente e de todos a sua volta, por isso o tratamento deve ser global e não pontual. Acreditamos que a paciente aprendeu a conviver com a doença pelos dados do questionário de qualidade de vida, tomando a medicação, fazendo a atividade física e tendo momentos de relaxamento como a massagem, e a prática de espiritualidade.



Além disso, a paciente relatou ser católica praticante, e de acordo com a revisão sistemática sobre espiritualidade como estratégia de controle da dor em pacientes com fibromialgia, os autores Roque *et al.* (2024), ao estudar a dor através do modelo biopsicossocial, percebeu que ela não é só física, mas multidimensional, sendo uma das dimensões a espiritual. A espiritualidade se caracteriza por crenças, significados, reflexões sobre a vida que possibilitam ao indivíduo dar um sentido as suas experiências. A espiritualidade está intimamente ligada com a nossa relação com o mundo. Dessa forma, não é definida necessariamente pela relação com alguma religião, mas pelo sentimento pessoal que cada um adota para seu cotidiano. Acredita-se que a paciente do presente estudo, consegue ter uma qualidade de vida relativamente boa, pois também é uma pessoa espiritualizada, apesar de não termos aplicado nenhum questionário específico de espiritualidade.

Os estudos sobre a espiritualidade demonstram os efeitos positivos na vida do indivíduo e o entendimento dessas potencialidades contribui para utilização desse recurso como estratégia de controle da dor. Esses efeitos são bastante discutidos na literatura encontrada, porém, é notável a falta de protocolos que direcionem a atuação dos profissionais de saúde nos cuidados espirituais.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A característica mais importante da FM é a dor generalizada, por isso no presente estudo decidimos avaliar a dor por dois instrumentos, a EVA e o dolorímetro. A paciente do presente estudo de caso, foi diagnosticada há 23 anos, mas ainda apresenta alto nível de dor evidenciada pelos dois instrumentos citados. Logo após cada sessão de massagem, a EVA diminuía significativamente, mostrando os benefícios e efeitos fisiológicos da massagem como, melhora da tensão muscular, aumento da liberação de serotonina, causando bem-estar e diminuição da dor. Também foi verificado, melhora crônica do relato de dor, já que na última sessão a paciente chegou com um valor bem baixo medido pela EVA. Os pontos dolorosos medidos pelo dolorímetro se mantiveram altos, pois na patogênese da FM, há uma alteração do limiar de dor, chamado alodinia, mostrando que a FM tem uma alteração do sistema nervoso central. Mesmo com a dor elevada a paciente tem uma boa qualidade de vida, demonstrada pelos valores do QIF.

Portanto, a partir dos resultados já mencionados, podemos concluir que o protocolo proposto utilizando a massagem clássica, foi muito benéfica para a paciente, e que ela também se ajuda, tomando corretamente os medicamentos, fazendo Pilates de forma contínua, tendo uma vida espiritual, fatos estes, essenciais para o manejo de uma doença crônica. Sugere-se que a paciente continue com as sessões de massagem, pelo fato de proporcionar um momento de relaxamento, e todos os efeitos fisiológico já mencionados no estudo.

Por meio deste estudo de caso, foi possível observar que a massagem clássica se apresenta como um recurso terapêutico complementar eficaz no rompimento da dor e na promoção da qualidade de vida (QV) em pacientes com fibromialgia (FM). A FM, caracterizada por dores crônicas e limitações físicas e emocionais, demanda abordagens integrativas que considerem tanto o corpo quanto a mente.

Além disso, o estudo reforça a importância de intervenções personalizadas, considerando a individualidade de cada paciente e o impacto da dor crônica em sua rotina. A combinação entre o toque terapêutico da massagem e a abordagem empática do profissional pode atuar como um agente transformador na jornada do paciente, devolvendo a ele parte da autonomia e da qualidade de vida perdidas.

Concluimos, portanto, que uma massagem clássica, integrada a outras estratégias terapêuticas, deve ser valorizada como uma ferramenta relevante no cuidado de pacientes com FM. Este estudo de caso reforça a necessidade de mais pesquisas na área, passando a consolidar os efeitos da massagem e ampliar sua aplicação no manejo da fibromialgia e de outras condições crônicas.

#### REFERÊNCIAS

ABREU, M. F.; SOUZA, T. F.; FAGUNDES, D. S. Os efeitos da massoterapia sobre o estresse físico e psicológico. **Revista Científica FAEMA**, Ariquemes, v. 3, n. 1, p. 101-105, 2012. Disponível em: <https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/119>. Acesso em: 17 set. 2024.



CANZONIERI, A. M. **Cuidando da pessoa com fibromialgia**. São Paulo: Difusão, 2018. *E-book*.

HEYMANN, R. E. *et al.* Novas diretrizes para o diagnóstico da FM. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 57, n. S2, p. S467-S476, 2017. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/kCdwgDXPSXQMSXn5VKMFB3x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2024.

KNOPLICH, J. **Fibromialgia: dor e fadiga**. 2. ed. São Caetano: Yendis, 2007.

LORENA, S. B. *et al.* Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Revista Dor**, v. 17, n. 1, p. 8-11, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/SnVrmvHF7jZKqDXZfgnWZGk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2024.

MARQUES, A. P.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L. A. **Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2. ed. Barueri: Manole, 2015.

PODDIS, G. F.; PEREIRA, L. Massagem relaxante no tratamento da síndrome de fibromialgia. **Revista Saúde em Foco**, [s.l.], n. 11, p. 1070-1080, 2019. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/11/MASSAGEM-RELAXANTE-NO-TRATAMENTO-DA-S%C3%8DNDROME-DE-FIBROMIALGIA.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2025.

RIBEIRO, G. N. B.; BALZ, M. Qualidade de vida em paciente com fibromialgia. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4615/3291>. Acesso em: 28 ago. 2024.

ROQUE, E. C. A.; COSTA, F. W.; SILVA, F. G.; MARTINS, G. C. A espiritualidade como estratégia de controle da dor em pacientes com fibromialgia: uma revisão sistemática. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 1-21, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4991/3570>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SIMONS, D. G.; RUSSELL, I. J. **Dor muscular, natureza, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro. Manole. 2008.

SOUZA, V. M. P. **Efeitos do método Pilates na dor em pacientes com fibromialgia**: revisão integrativa da literatura. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2024. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/7722/1/Vit%C3%B3ria%20Maria%20TCC%20final.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2024.