# O USO DA TÉCNICA MANUAL SHIATSU NO ALÍVIO DOS SINTOMAS DECORRENTES DA FIBROMIALGIA

Karina de Oliveira Morales[1], Beatriz Santos Passarelli[1], Ednatânia Felix Casimiro[1], Jéssica Coutinho Pereira[1], Paulo César Porto Deliberato[2], Brigitte Rieckmann Martins dos Santos[2,3]

[1] Acadêmicas do Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)
[2] Docente da Escola de Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)
[3] Universidade Santa Cecília (UNISANTA)

recebido em 30/11/2018
aceito em 03/12/2018

**RESUMO:** A fibromialgia (FM), definida como uma síndrome reumática de etiologia desconhecida, caracterizada por dor neuromuscular difusa e intensa, que persiste por mais de três meses, associada à maior sensibilidade dolorosa em pontos estimulados pela palpação, denominados *tender points*, é uma doença persistente e potencialmente debilitante que pode resultar em um efeito devastador na qualidade de vida, afetando a habilidade do paciente para o trabalho e atividades diárias, como também a relação familiar, amigos e colegas no trabalho. O seu tratamento envolve o uso de terapia farmacológica e não farmacológica. Contudo, não há tratamento específico que traga a cura da doença, de forma que os tratamentos alternativos, não contemplados na prática clínica diária, tornam-se atrativos. O objetivo foi Verificar os efeitos da técnica manual Shiatsu no alívio dos sintomas decorrentes da fibromialgia, especificamente o quadro álgico e sobre a qualidade de vida. Pacientes com diagnóstico de fibromialgia foram submetidos a dez sessões de Shiatsu, uma a cada semana. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário de Impacto da fibromialgia (FIQ). A Escala Analógica Visual de Dor foi aplicada no início e no final de cada sessão. Após cada sessão de aplicação da técnica Shiatsu, bem como ao longo do tratamento, os pacientes com FM apresentaram redução no quadro álgico e melhores níveis de qualidade de vida. Os resultados indicam que a técnica manual Shiatsu trouxe benefícios aos pacientes com FM, no que tange ao quadro álgico e qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fibromialgia; Acupressão; Dor; Síndromes de dor miofascial; Qualidade de vida.

**ABSTRACT:** Fibromyalgia (FM), defined as a rheumatic syndrome of unknown etiology, characterized by diffuse and intense neuromuscular pain that persists for more than three months, associated with greater pain sensitivity at points stimulated by palpation, called tender points, is a persistent disease and potentially debilitating condition that can result in a devastating effect on quality of life, affecting the patient's ability to work and daily activities,

as well as family, friends and colleagues at work. Its treatment involves the use of pharmacological and non-pharmacological therapy. However, there is no specific treatment that brings disease's cure, so that alternative treatments, not contemplated in daily clinical practice, become attractive. The study aims to verify the effects of the manual Shiatsu technique in relieving the symptoms of fibromyalgia, specifically the pain level and the quality of life. Patients diagnosed with fibromyalgia were submitted to ten Shiatsu sessions, one each week. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) was used to evaluate the quality of life. Visual Analog Pain Scale, was applied at the beginning and at the end of each session. After each session of the Shiatsu technique, as well as throughout the treatment, patients with FM presented reduction in pain and better quality of life levels. The results indicate that the Shiatsu technique brought benefits to patients with FM, regarding the pain and quality of life.

**KEYWORDS**: Fibromyalgia; Acupressure; Pain; Myofascial Pain Syndromes; Quality of life.

## 1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é definida como uma síndrome reumática de etiologia desconhecida caracterizada por dor neuromuscular difusa e intensa, que persiste por mais de três meses, associada à maior sensibilidade dolorosa em pontos estimulados pela palpação, denominados *tender points*. Outros sintomas da FM são: fadiga, alterações do sono, síndrome do intestino irritável, rigidez matinal, comprometimento das capacidades físicas, especialmente a capacidade funcional, e força muscular reduzida. Além disso, podem ser observados altos níveis de ansiedade, depressão e percepção ao estresse.[1] Portanto, a complexa sintomatologia da FM envolve três aspectos: saúde física (sistema musculoesquelético), mecanismos de regulação da dor (sistema neuroendócrino) e fatores relacionados ao bem-estar e à saúde mental do indivíduo.[2]

A FM é uma doença persistente e potencialmente debilitante que pode resultar em um efeito devastador na qualidade de vida, afetando a habilidade do paciente para o trabalho e atividades diárias, como também a relação familiar, amigos e colegas no trabalho. A FM acaba se tornando um fardo econômico para o paciente, como para a sociedade.[3]

Estudo recente sugere que a dor difusa e generalizada, marca registrada da FM, tem origem neurogênica. Algumas áreas do sistema nervoso central podem exercer papel na patogênese da FM, que inclui: alterações na sensibilidade à dor, assim como no sistema

nervoso autônomo e neuroendócrino. A FM está associada ao aumento da percepção da dor caracterizada por alodinia, ou seja, sensibilidade aumentada a estímulos que normalmente são indolores, e hiperalgesia, resposta aumentada a estímulos dolorosos. Estudo de neuroimagem revelou que a FM está associada ao processamento de estímulos dolorosos no sistema nervoso central.[4]

Outros sintomas importantes foram associados à má qualidade de vida em pacientes com FM, como perturbações de sono, caracterizadas por insônia, sensação de cansaço ao andar, redução das horas de sono e aumento no número de interrupções do sono por noite, o que compromete a qualidade de vida sob duas maneiras: dificuldade em obter sono restaurador e aumento de sonolência durante o dia, dada a dificuldade em manter a vigília. Outro aspecto que compromete a qualidade de vida de pacientes com FM é a alexetimia, caracterizada por dificuldade em identificar o próprio estado emocional, com incapacidade de enfoque em interesses externos e somáticos e se devanear produtivamente.[5]

Além de envolver dor crônica generalizada, mulheres de meia idade com fibromialgia apresentam alterações no padrão de marcha, ou seja, padrão de marcha semelhante ao de idosas, caracterizado por redução na amplitude de movimento, tamanho da passada e da velocidade de marcha. [6]

Em relação à prevalência, Marques et al.,[7] em artigo de revisão mostraram que a fibromialgia é mais prevalente em mulheres, variando entre 2,4% e 6,6% nos diferentes países do globo terrestre. No Brasil, o Estudo Epidemiológico Brasileiro de Fibromialgia (EpiFibro) também confirmou que a prevalência da doença é maior entre as mulheres.[8] Os menores valores foram encontrados na Venezuela (0,2%), e o mais alto, nos EUA (6,4%). Nas áreas urbanas, a prevalência varia entre 0,7% e 11,4%, e nas rurais entre 0,1% e 5,2%. Na análise, foi levada em consideração a diferença metodológica entre os estudos. Em levantamento realizado no bairro do Butantã (São Paulo- capital) a prevalência de FM entre os idosos é elevada, em torno de 2,5%.[9,10]

A história do paciente pode revelar os fatores de risco para FM, como a predisposição familiar. Parentes de primeiro grau de pacientes com FM apresentam oito vezes mais chance de desenvolver FM em comparação a pacientes controle com artrite reumatoide.[3] Fatores ambientais, incluindo trauma físico, lesões, infecções, como a hepatite C, e outros fatores estressores (família, trabalho, eventos de mudança de vida, história de abuso) implicam risco adicional. Por fim, o gênero é considerado um fator de risco. De fato, as mulheres são sete vezes mais diagnosticadas que os homens, haja vista que as mulheres são mais sensíveis aos estímulos dolorosos por palpação digital que os homens no exame dos pontos específicos.

Como consequência, os homens com dor difusa raramente atendem os critérios de diagnóstico para FM, embora apresentem processo patológico semelhante.[11]

O diagnóstico da FM na prática diária é desafiador, pois não existe marcador clínico ou laboratorial objetivo. Para minimizar a subjetividade do julgamento clínico, foram elaborados diferentes critérios diagnósticos, mas sem unanimidade, o que contribuiu ainda mais para a confusão diagnóstica. Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) elaborou os critérios de classificação da FM. No entanto, sofreu críticas pela valorização excessiva da dor difusa em detrimento de sintomas, como fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, entre outros. Também surgiram críticas em relação à contagem e pesquisa dos pontos dolorosos, pois muitos médicos não tinham treinamento adequado para reconhecê-los. Em 2010, o ACR publicou novos critérios preliminares diagnósticos para a FM. Os sintomas foram incluídos enquanto a palpação dos pontos dolorosos foi excluída. Mas, os critérios para o diagnóstico da FM ainda continuam em discussão.

Desta forma, o diagnóstico da FM baseia-se no julgamento clínico que deve levar em consideração critérios de ACR1990 juntamente com os critérios de 2010 e de 2011, ou seja, presença de dor difusa; contagem de pontos dolorosos, quando avaliados em conjunto com outros distúrbios funcionais, particularmente o estresse emocional; assim como presença de distúrbios do sono, alterações de cognição e fadiga.[1] Esses critérios estabelecem dois escores: um índice de dor generalizada (WPI), composto por 19 áreas potencialmente dolorosas a serem identificadas pelos pacientes, e um índice de gravidade dos sintomas (SSI) que resulta da soma dos escores de fadiga, distúrbios do sono, distúrbios cognitivos e sintomas somáticos (0 a 3 cada). O escore total varia de 0 a 12.[12] A soma desses dois índices, que varia de 0 a 31, é chamada de *Polysymptomatic Distress Scale* (PDS), pode ser usada para monitoramento clínico. Para o seguimento dos pacientes com FM são utilizadas escalas analógicas, a exemplo da dor, questionários de qualidade de vida ou impacto da FM na qualidade de vida (FIQ).[8] No entanto, 3 de cada 4 portadores de FM não são diagnosticados.[3]

O EpiFibro (Estudo Epidemiológico da Fibromialgia no Brasil) teve como objetivos analisar quantos pacientes atendem aos critérios ACR1990 e ACR2010, bem como avaliar o impacto da doença na sociedade brasileira através de questionários *on line.* De acordo com o estudo, a maior parte dos pacientes atendia simultaneamente ao ACR1990 e ao ACR2010, mas uma maior quantidade de pacientes atendia ao ACR2010 no momento da avaliação.[8]

Considerando que a FM provavelmente apresenta etiologia multifatorial, ainda não totalmente esclarecida, estudos evidenciam a existência de programas interdisciplinares compreendidos por atividade aeróbica, alongamento, massagens, orientação ergonômica e

postural, medicina alternativa e complementar,[13-16] estimulação nervosa transcutânea (TENS), [17] vibração de todo o corpo,[18] terapias meditativas, tais como yoga, tai chi chuan que podem aliviar os sintomas destes pacientes e melhorar sua qualidade de vida.[19,20]

Evidências indicam que o tratamento com exercícios físicos e alongamento muscular têm apresentado resultados promissores no alívio da dor.[21,22] A hidrocinesioterapia, além de ser utilizada para o tratamento, demonstrou benefícios em pacientes com dor crônica, como a FM. As terapias aquáticas em água aquecida são recomendadas como tratamento para FM, pois a água permite a flutuação corporal, facilita a reprodução dos movimentos de maneira segura e minimiza os impactos, quando comparados aos exercícios no solo. Somando-se a isso, os pacientes com FM relatam a sensação de "relaxamento" provocada pela água, associada a uma sensação de alívio dos sintomas como a percepção e intensidade da dor,[23] melhor qualidade de vida e nos sintomas de depressão.[24-26]

Com o objetivo de aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida, também é utilizada a terapia farmacológica, haja vista que a FM é uma condição crônica, desencadeadora de dor musculoesquelética. As drogas recomendadas para o tratamento e alívio da dor incluem moduladores da dor como inibidores de captação de serotonina e noradrenalina (duloxetina e milnacipran; agentes tricíclicos (amitriptilina) e agentes antiepilépticos (pregabalina). Os anti-inflamatórios não esteroidais, comumente utilizados para dor, não são recomendados para o alívio dos sintomas da FM. Todavia, apenas um pequeno número de pacientes responde bem ao tratamento farmacológico.[19,27,28] O uso de alguns medicamentos, tais como os inibidores de aromatase[29] e os bisfosfonatos,[30] podem resultar em dor corporal, facilmente confundida com FM.

Independentemente da dor ou da fadiga e dos demais sintomas associados à FM, o paciente busca incessantemente alívio dos sintomas e melhor qualidade de vida. Nesse sentido, as terapias alternativas ou complementares podem ser consideradas importantes aliadas na busca por uma melhor qualidade de vida.

O Shiatsu é uma técnica que tem como base a medicina tradicional chinesa, caracterizada pela aplicação de pressão manual que envolve alongamentos associados a técnicas de massagem, que são aplicadas sobre o corpo com os dedos, mãos, cotovelos, joelhos e pés. O objetivo do Shiatsu é equilibrar os níveis de energia do Ki. O ki é uma energia vital que está em todo o universo e flui também no nosso corpo por meio de doze meridianos. Assim, para mantê-lo em equilíbrio é necessário estabelecer uma harmonia nos canais de transformação dos cinco elementos da natureza: fogo, terra, água, metal e madeira, base da medicina tradicional chinesa. Os meridianos são considerados constantes e circulam

três vezes ao redor do corpo. O circuito começa no tórax, com o meridiano dos pulmões, e termina nas mãos, onde começa o meridiano do intestino grosso. O meridiano do intestino grosso vai até a cabeça e se liga ao meridiano do estômago, que termina na região dos pés e se comunica com o meridiano do baço-pâncreas, que, por sua vez, retorna ao tórax, completando o primeiro ciclo do percurso. O circuito completo no corpo é reproduzido novamente pelos meridianos: coração/intestino delgado e bexiga/rim, e o terceiro e último ciclo se completa com os meridianos: circulação–sexo/triplo aquecedor e vesícula biliar/fígado, que, ao terminar no peito, fecha o circuito ligando-se ao meridiano dos pulmões. Quando um órgão funciona mal, os pontos ao longo do seu meridiano correspondente tornam-se doloridos e enrijecidos antes mesmo que o próprio órgão se manifeste. Os benefícios do Shiatsu incluem desde a melhora do fluxo sanguíneo, remoção de metabólitos, relaxamento muscular até o alívio do estresse, promovendo bem-estar geral. [31]

O tratamento da FM deve levar em consideração as preferências do paciente, suas prioridades no tratamento das comorbidades e respostas prévias aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, sendo que a técnica Shiatsu pode trazer benefícios quanto ao alívio da dor, bem como melhora na qualidade de vida do paciente com FM. Sendo assim, o objetivo deste estudo é verificar os efeitos da técnica manual Shiatsu no quadro álgico e nos níveis de qualidade de vida de pacientes portadores de FM.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se como um estudo transversal e observacional com pacientes da Clínica de Fisioterapia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, com diagnóstico médico de FM.[32] O convite para participação no estudo realizou-se através de contato telefônico após levantamento de prontuários.

Foram excluídos do estudo pacientes portadores de artrite reumatoide, em tratamento de câncer ou que apresentavam dores em membros inferiores. Também foram excluídas do estudo as pessoas que não aceitaram o convite e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a obtenção dos dados, utilizaram-se os seguintes instrumentos: 1) Dados sociodemográficos: através de questionário estruturado foram obtidas informações quanto à idade, gênero e cor. A classe social foi classificada de acordo com as orientações do Critério de Classificação Brasil.[33] A aplicação destes instrumentos foi efetuada na primeira sessão de atendimento. 2) Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ). O questionário compreende

questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos. É composto por 19 questões, organizadas em 10 itens sobre capacidade funcional, faltas no trabalho, interferência dos sintomas no trabalho, dor, fadiga, rigidez matinal, cansaço matinal, ansiedade e depressão, organizadas em 10 itens, e foi validado para a versão brasileira.[34] O escore total é avaliado de 0 – 100. O escore do FIQ pode ser classificado como comprometimento leve (0 a 38), moderado (39 a 58) e grave (59 a 100). Portanto, quanto maior o escore, maior é o impacto da fibromialgia na qualidade de vida. De acordo com a literatura, o FIQ apresenta bons índices de sensibilidade e especificidade, podendo ser considerado como recurso para a avaliação do impacto da FM na qualidade de vida, é confiável e reprodutível.[21, 34-36] 3) Escala Analógica Visual da Dor: A escala, aplicada no início e no final de cada sessão,[37,38] consiste em uma régua com uma escala de 0 a 10 cm, sendo que o número zero traduz ausência de dor, e o número 10, a pior dor já experimentada pelo indivíduo.

A técnica manual Shiatsu tradicional foi padronizada para todos os pacientes. Os pontos escolhidos (figura 1) abrangem todos os segmentos corporais, através de pressão digital e palmar. A intensidade da pressão foi definida de acordo com a sensação relatada pelo paciente, sendo que nas regiões em que foi referida dor intensa, utilizou-se a sedação, através da manutenção da pressão digital sem qualquer movimento sobre o ponto, com duração de 30 segundos em três repetições. Já nas regiões sem queixa dolorosa ao toque, foram realizados movimentos circulares de três repetições em cada ponto. O tempo médio de cada sessão foi de 60 minutos, uma vez por semana, totalizando dez semanas (dez sessões).[31]

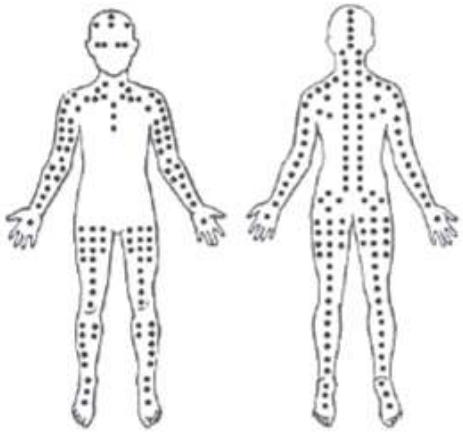

**Figura 1** – Pontos da técnica Shiatsu [31]

A posição do paciente e o sentido da massagem nas sessões foram pré-definidos, iniciando a terapia no decúbito ventral sentido caudal - cranial trabalhando a região posterior

e pontos palpáveis da região lateral e finalizando em decúbito dorsal sentido caudal - cranial. As queixas relatadas foram anotadas antes de cada sessão, para evitar a comunicação paciente-terapeuta durante a terapia e promover concentração e harmonia respiratória conjunta para a efetividade da técnica. Todas as sessões foram conduzidas pela mesma estudante, que possui certificação para realizar o Shiatsu, sob acompanhamento de professor supervisor de estágio da Clínica de Fisioterapia da USCS.

Todas as exigências previstas na Resolução do CNS nº 466/12 foram cumpridas, sendo que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CAAE 80643617.4.0000.5510, parecer CEP 2.417.495 de 05/12/2017).

## 3. FORMA DE ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados obtidos foram transcritos para meio eletrônico com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS for Windows, versão 23.0). Após a transcrição dos dados para a planilha, foi realizada análise exploratória para reconhecimento das variáveis e correção de eventuais erros e/ou inconsistência da coleta e digitação dos dados. Os dados numéricos foram expressos em média e desvio padrão e os dados categóricos nominais foram apresentados em frequência. Para normalidade dos dados, foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Distribuições paramétricas foram analisadas através do teste *t de student* e teste t de amostras pareadas. A análise de correlação foi obtida através do teste de Spearman. Para a rejeição da hipótese de nulidade foi considerado o nível de 0,05 (ou 5%).

## 4. RESULTADOS

Participaram neste estudo 8 sujeitos brancos (6 mulheres e 2 homens) portadores de fibromialgia. Duas pacientes desistiram por motivo de incompatibilidade de horário. Dos 6 pacientes que receberam o tratamento Shiatsu, 4 (66,7%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 54,0 anos. Metade dos pacientes era da classe social C2 e com ensino superior (tabelas 1 e 2).

**Tabela 1** – Análise descritiva (%) dos dados sociodemográficos dos pacientes com FM. São Caetano do Sul, SP, 2018.

| Variável | N | (%) |
|---|---|---|
| Gênero | | |
| Masculino | 2 | 33,3 |
| Feminino | 4 | 66,7 |
| Etnia | | |
| Branca | 6 | 100 |
| Negra | - | - |
| Classe social | | |
| A | - | - |
| B1 | - | - |
| B2 | 1 | 16,7 |
| C1 | 2 | 33,3 |
| C2 | 3 | 50,0 |
| D – E | - | - |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto/Ensino Fundamental incompleto | 1 | 16,7 |
| Ensino Fundamental completo/Ensino Médio incompleto | - | - |
| Ensino Médio completo/Superior incompleto | 2 | 33,3 |
| Superior completo | 3 | 50,0 |

**Tabela 2** – Análise descritiva (média e desvio padrão) da idade (anos) dos pacientes com FM. São Caetano do Sul, SP, 2018.

| Variável | Média e DP | Valor de p |
|---|---|---|
| Idade (anos) | | |
| Homens (n = 2) | 58,0 ± 11,3 | |
| Mulheres (n = 4) | 52,0 ± 10,0 | |
| Total (n = 6) | 54,0 ± 9,8 | 0,541 |

Nota-se redução estatisticamente significante do escore do FIQ entre ambos os sexos submetidos ao tratamento do Shiatsu entre o início e o final do tratamento (figura 2), bem como redução do nível da dor ao se comparar antes e depois da terapia (figura 3). Não foram identificadas correlações estatisticamente significantes entre as variáveis sociodemográficas e escore FIQ e escala analógica visual da dor.

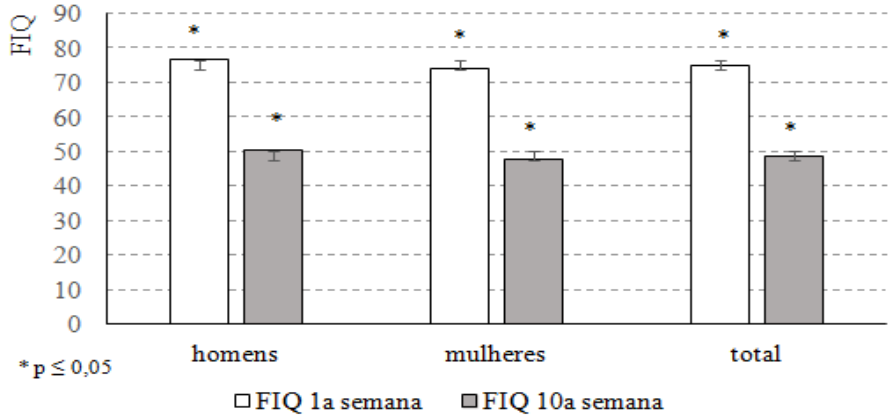


**Figura 2** – Distribuição dos pacientes segundo o impacto da fibromialgia na qualidade de vida (FIQ). São Caetano do Sul, SP, 2018.

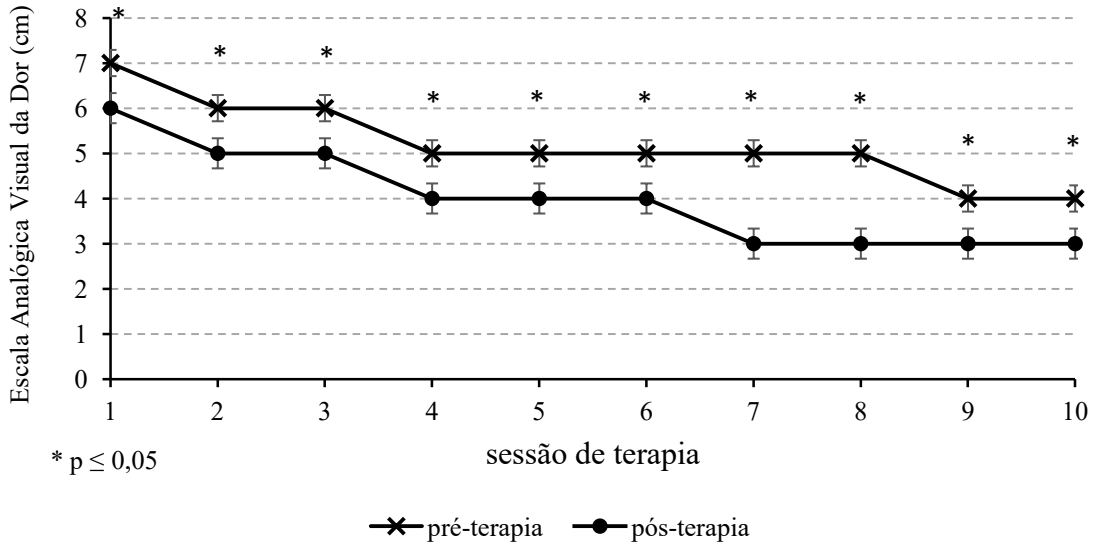


**Figura 3** – Distribuição dos pacientes com FM, segundo a Escala Analógica Visual de Dor (cm) pré e pós-terapia, durante as dez semanas de tratamento. São Caetano do Sul, SP, 2018.

## 5. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, foi possível observar que após cada sessão de aplicação da técnica manual Shiatsu, bem como ao longo do tratamento, os pacientes com FM apresentaram redução no quadro álgico e menor impacto da FM sobre a

qualidade de vida. Portanto, os resultados indicam que o tratamento de Shiatsu trouxe benefícios, no que tange ao quadro álgico e qualidade de vida.

Segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), a dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos. Também pode ser descrita como uma sensação desagradável que alerta o indivíduo de alguma ação danosa ou potencialmente danosa ao organismo por parte de um agente externo ou de um processo mórbido interno. Entre os três tipos diferentes de dor, a dor crônica tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica. A dor crônica pode também ser consequência de uma lesão já previamente tratada, como a dor ocasionada pela artrite reumatoide, dor do paciente com câncer, dor relacionada a esforços repetitivos durante o trabalho, dor nas costas e outras.[39]

Atualmente, não existe tratamento definitivo que cure a FM, sendo farmacológico e não farmacológico. O objetivo do tratamento é controlar os sintomas que a doença produz, melhorando, desta forma, a qualidade de vida da pessoa com FM. Uma vez que não há tratamento específico, os tratamentos alternativos, não contemplados na prática clínica diária, tornam-se atrativos, haja vista que a dor difusa e permanente constitui a principal queixa dos pacientes com FM, principal responsável pela perda de qualidade de vida nestes indivíduos.

Neste estudo, observou-se redução significante dos níveis de dor manifestada pelos pacientes portadores de FM, corroborando os resultados encontrados em estudo semelhante.[15] Para a avaliação do nível de dor, são utilizadas escalas unidimensionais, que se limitam a avaliar apenas o aspecto de dimensão da dor. Neste estudo, a escala utilizada foi a Escala Analógica Visual da Dor, de fácil e rápida aplicação. Contudo, ela se limita a avaliar apenas a intensidade da dor no momento da terapia. As análises que utilizam apenas escalas unidimensionais são simples e limitadas, já que desconsideram vertentes tão importantes quanto a intensidade. Aspectos como a localização da dor, características sensoriais e afetivas, impacto da dor no bem-estar do paciente, uso de medicamentos e alívio da dor com o uso dos mesmos, entre outras características deveriam ser consideradas na análise.[40]

O *National Institutes of Health* (NIH) classifica as intervenções médicas não rotineiramente prescritas por clínicos da Medicina Ocidental em cinco grupos: 1) medicina alternativa: medicina tradicional chinesa (incluindo acupuntura), medicina naturopática, *ayurvedica* ou homeopatia; 2) terapias com bases biológicas, incluindo fitoterapia, suplementação dietética e tratamento biológico individual; 3) terapias energéticas, como Reike, toque terapêutico e terapia magnética, entre outras; 4) sistemas baseados em

manipulação corporal: quiropraxia, osteopatia e massagens; 5) intervenções corpo-mente, como meditação, relaxamento, *biofeedback* e hipnoterapia.[13] Todavia, pouco se sabe sobre a eficácia e a tolerância das terapias alternativas e complementares na fibromialgia, com exceção da acupuntura e massagens.[15,16] São poucos os estudos realizados que utilizaram as terapias alternativas no tratamento da FM, sendo que na maioria das vezes, elas utilizam número reduzido de pacientes, ausência de grupo controle, o que certamente torna-se alvo de crítica. Infelizmente, neste estudo o número de pacientes também foi reduzido, assim como não foi utilizado grupo controle. Número reduzido de pacientes portadores de FM cadastrados na Clínica de Fisioterapia da USCS que aceitaram participar do estudo, tempo de tratamento longo (dez semanas contínuas), horário restrito em que as sessões foram realizadas, pois elas deveriam ser realizadas durante o período do estágio supervisionado, são fatores que colaboraram para o resultado obtido.

A aplicação da técnica manual Shiatsu, de uso milenar, tem sido considerada como um recurso terapêutico alternativo, fazendo com que a energia circule livremente, proporcionando relaxamento, bem-estar e equilíbrio das funções orgânicas. Para que o equilíbrio físico e emocional possa ser estabelecido, trabalha-se a manipulação dos meridianos, gerando um equilíbrio do fluxo energético, proporcionando o relaxamento do sistema nervoso e aliviando o estresse, as tensões emocionais e as contraturas musculares.[31]

O Shiatsu, quando aplicado como medicina complementar, pode trazer benefícios ao sistema musculoesquelético por meio da pressão sobre o corpo todo, em especial sobre os *tender points*, podendo haver uma diminuição do nível de oxigênio em pontos dolorosos relacionados à FM. Portanto, a pressão nessas regiões resulta em melhora do fluxo sanguíneo, remoção dos metabólitos e relaxamento muscular.[14] Yuan, Berssaneti,[36] ao utilizar o Shiatsu para o tratamento de pacientes com FM, observaram redução da intensidade da dor, melhora no nível de qualidade de vida, possivelmente devido ao aumento dos níveis de neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina. Em estudo realizado com 15 pacientes diagnosticados como portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT),[41] 10 receberam tratamento através da terapia Shiatsu aplicada em cadeira de *quick massage* por aproximadamente 20 minutos, com duas sessões semanais, em período de 16 semanas, e 5 receberam tratamento fisioterapêutico através de cinesioterapia, eletroterapia e mobilização neural neste mesmo período. Os autores concluíram que ambas as terapias com Shiatsu foram eficazes no controle da dor crônica de portadores de DORT.

Outras abordagens consideradas como tratamentos complementares, mas que não substituem os tratamentos convencionais, resultaram em redução do quadro álgico e melhores

níveis de qualidade de vida. Entre os métodos utilizados destacam-se acupuntura,[15,42] Rolfing e acupuntura,[16] cinesioterapia,[43] hidrocinesioterapia,[25] tai chi chuan,[44] TENS.[17]

Em artigos de revisão,[13,28,45] os autores propõem que pacientes com fibromialgia apresentam diminuição da capacidade física devido à dor, originando um ciclo vicioso entre a inatividade e as limitações funcionais. A atividade física, principalmente a que utiliza programa de exercícios físicos de baixa intensidade são os mais benéficos. Deste modo, estimular a prática de atividade física por parte de pacientes portadores de FM tem como objetivo melhorar ou manter seu condicionamento físico, trazer bem estar emocional, melhorar os sintomas da doença, trazendo desta forma, sensação e bem estar. Atividades como caminhadas, dançar, pedalar, limpar a poeira da casa, entre outras tarefas domésticas, são consideradas formas para agregar atividade física e melhorar o quadro álgico presente na FM. Em relação ao impacto da FM na qualidade de vida, nota-se que o escore inicial dos participantes do estudo, considerado grave, apresentou média de 75,0. Já após dez semanas de tratamento, este escore apresentou redução estatisticamente significante para 48,7, podendo ser classificado como moderado. Embora a redução não tenha chegado a níveis considerados leves (0 a 38), os pacientes relatavam redução do nível de dor e sensação de bem estar. Não foram identificados na literatura estudos que utilizaram o FIQ como instrumento para avaliar o efeito da técnica manual Shiatsu no tratamento da FM. Todavia, ao comparar os efeitos da aplicação do método Rolfing e acupuntura no tratamento da fibromialgia, os autores observaram que ambas as técnicas foram benéficas, tanto individual quanto associadamente, durante os três meses de acompanhamento.[16]

Nesse estudo não foram identificadas correlações significantemente significativas entre as variáveis sociodemográficas e escore FIQ e escala analógica visual da dor, corroborando com dados encontrados em estudo desenvolvido por Martinez et al.[46]

Diante da complexidade e pouca compreensão da etiologia da FM e os sintomas dela decorrentes o profissional de saúde deve instruir o paciente corretamente a respeito da doença e ensinar-lhe estratégias para melhor lidar com a dor. A fisioterapia, tem importante papel na diminuição do impacto dos sintomas na vida dos pacientes por meio de várias abordagens terapêuticas, melhorando a sua capacidade funcional e contribuindo para a manutenção de sua qualidade de vida. Desta forma, a fisioterapia não deve ser somente um meio de alívio da dor, mas também uma forma de restauração da função e de estilos funcionais, promovendo o bem estar. Todavia, o paciente deve ser um elemento ativo em seu tratamento, sendo que as metas devem ser estabelecidas de forma mútua entre o fisioterapeuta e o paciente logo no início do tratamento.

## 6. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, a terapia com Shiatsu reduziu o quadro álgico e o impacto da fibromialgia na qualidade de vida. Todavia, mais estudos serão necessários para confirmar a hipótese, com maior número de pacientes e maior tempo de seguimento, inclusão de grupo controle, principalmente com o objetivo de avaliar de maneira mais precisa a duração do efeito analgésico.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein Jr. M, Rezende MC, Provenza JR, et al. New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. Rev Bras Reumatol. 2017; 57:s467-s76.
2. Marques AP, Matsutani LA, Ferreira EAG, Mendonça RD. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão de literatura. Rev Bras Reumatol. 2002; 42(1):42-8.
3. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the recognition and diagnosis of Fibromyalgia. Mayo Clinic Proc. 2011; 86(5):457-64.
4. Gracely RH, Ambrose KR. Neuroimaging of fibromyalgia. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2011; 25(2):271-84.
5. Avila LA, Araujo Filho GM, Guimarães EFU, Gonçalves LCS, Paschoalin PN, Aleixo FB. Caracterização dos padrões de dor, sono e alexitimia em pacientes com fibromialgia atendidos em um centro terciário brasileiro. Rev Bras Reumatol. 2014; 54:409-13.
6. Góes SM, Leite N, Souza RM, Homann D, Osiecki ACV, Stefanello JMF, et al. Características da marcha de mulheres com fibromialgia: um padrão prematuro de envelhecimento. Rev Bras Reumatol. 2014; 54:335-41.
7. Marques AP, Santo ASE, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. Rev Bras Reumatol. 2017; 57:356-63.
8. Martinez JE, Paiva ES, Rezende MC, Heymann RE, Helfenstein Jr. M, Ranzolin A, et al. EpiFibro (Brazilian Fibromyalgia Registry): data on the ACR classification and diagnostic preliminary criteria fulfillment and the follow-up evaluation. Rev Bras Reumatol. 2017; 57:129-33.
9. Senna ER, Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. J Rheumatol. 2004; 31(3):594-7.

10. Santos AMB, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Marques AP, Pereira RMR. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elederly subjects living in São Paulo, Brazil. Maturitas. 2010; 67(3):251-5.
11. Clauw DJ. Fibromyalgia: update on mechanisms and management. J Clin Rheumatol. 2007; 13(2):102-9.
12. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic for fibromyalgia and measurement of sympton severity. Arthritis Care & Research. 2010; 62(5):600-10.
13. Braz AS, Paula AP, Diniz MFFM, Almeida RN. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2011; 51:275-82.
14. Cardoso FFRI, Poleze NC, Padilha EL. O Shiatsu como alternativa terapêutica no tratamento da fibromialgia. Rev Científ da FHO/Uniararas 2014; 2(2):80-8.
15. Marchesini-Stival RS, Cavalheiro PR, Stasiak C, Galdino DT, Hoekstra BE, Schafranski MD. Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. Rev Bras Reumatol. 2014; 54:431-6.
16. Stall P, Hosomi JK, Faelli ClYP, Pai HJ, Teixeira MJ, Marchiori PE. Effects of structural integration Rolfing® method and acupuncture on fibromyalgia. Rev Dor. 2015; 16:96-101.
17. García ÁM, Serrano-Muñoz D, Bravo-Esteban E, Lafuente SA, Anendaño-Coy J, Gómez-Soriano J. Efectos analgésicos de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea en pacientes con fibromialgia: una revisión sistemática. At Primaria. 2018. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.03.010>
18. Collado-Mateo D, Adsuar JC, Olivares PR, Pozo-Cruz B, Parraca J, Pozo-Cruz J, et al. Effects of whole body therapy in patients with fibromyalgia: a systematic literature review. Evid-Bas Complem Altern Med. 2015. DOI 10.1155/2015/719082
19. Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles M-A. Management of fibromyalgia: key messages from recent evidence-based guidelines. Pol Arch Intern Med. 2017; 127(1):47-56.
20. Martins MRI, Gritti CC, Santos Junior R, Araújo MCL, Dias LC, Foss MHDA, et al. Estudo randomizado e controlado de uma intervenção terapêutica grupal em pacientes com síndrome fibromiálgica. Rev Bras Reumatol. 2014; 54:179-84.
21. Lorena SlB, Lima MCC, Ranzolin A, Duarte ALBP. Efeitos dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática. Rev Bras Reumatol. 2015; 55:167-73.
22. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic reviews. 2017(4). DOI 10.1002/14651858.CD011279.pub3.

23. Naumann J, Sadaghiani C. Therapeutic benefit of balneotherapy and hidrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arth Res Ther. 2014; 16(4):141-53.
24. Haugmark T, Hagen KB, Provan SA, Baerheim E, Zangi HA. Effects of a community-based multicomponent rehabilitation programme for patients with fibromyalgia: protocol for a randomised controlled trial. Brit Med Journal. 2018; 8(e0211004).
25. Letieri RV, Furtado GE, Letieri M, Góes SM, Pinheiro CJB, Veronez SO, et al. Dor, qualidade de vida, autopercepção de saúde e depressão de pacientes com fibromialgia, tratados com hidrocinesioterapia. Rev Bras Reumatol. 2013; 53:494-500.
26. Martín J, Torre F, Padierna A, Agirre U, González N, García S, et al. Six-and 12-month follow-up of an interdisciplinary fibromyalgia treatment programme: results of a randomised trial. Clin Exp Rheum. 2012; 30(Suppl 74):S103-S11.
27. Lawson K. A brief review of the pharmacology of amitriptyline and clinical outcomes in treating fibromyalgia. Biomedicines. 2017; 5(2):24-33.
28. López-Rodrígueza MM, Castro-Sánchez A, Fernández-Martínez M, Matarán-Peñarrocha GA, Rodríguez-Ferrer ME. Comparación entre biodanza en medio acuático y stretching en la mejora de la calidad de vida y dolor en los pacientes con fibromialgia. At Primaria. 2012; 44(11):641-50.
29. Laroche F, Coste J, Medkour T, Cottu PH, Pierga JY, Lotz JP, et al. Classification and risk factors for estrogen deprivation pain syndromes related to aromatase inhibitor treatments in women with breast cancer: a prospective multicenter cohort study. J Pain. 2014; 15(3):293-303.
30. Papapetrou PD. Bisphosphonate-associated adverse events. Hormones. 2009; 8(2):96-110.
31. Namikoshi T. O livro completo da Terapia Shiatsu. São Paulo: Manole; 1992.
32. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.
33. ABEP. Critério Brasil e atualização da distribuição de classes para 2016. 2018. [Acesso em 26 de agosto de 2018]. Disponível em http:// http://www.abep.org/criterio-brasil.
34. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Rev Bras Reumatol. 2006; 46:24-31.
35. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EAG, Marques AP, Pereira CAB. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. São Paulo Med J. 2004; 122:252-8.
36. Yuan SLK, Berssaneti AA, Marques AP. Effects of Shiatsu in the management of Fibromyalgia Symptoms: A Controlled Pilot Study. J Manip Physiol Therap. 2013; 36(7):436-43.
37. Price DD, Mc Grath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain. 1983; 17(1):45-56.

38. Price DD, Staud R, Robinson ME. How should we use the visual analogue scales (VAS) in rehabilitation outcomes? II: Visual analogue scales as ratio scales: an alternative to the view of Kersten et al. J Rehab Med. 2012; 44(9):800-4.
39. SBED. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor 2018 [Acesso em 12 de outubro de 2018] Disponível: http://www.sbed.org.br.
40. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Rev Bras Reumatol. 2011; 51:304-8.
42. Masselli MR, Turatti TF, Cruz CM, Silvestre MR, Santos-Pereira JDA. O Shiatsu como terapêutica alternativa em portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Rev Dor. 2010; 11(3):197-202.
41. Takiguchi RS, Fukuhara VS, Sauer JF, Assumpção A, Marques AP. Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar. Fisioter Pesq. 2008; 15:280-4.
43. Lisboa LL, Sonehara E, Oliveira KCAN, Andrade SC, Azevedo GD. Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2015; 55:209-15.
44. Sánchez CI. Revisión del qigong como terapia alternativa en el tratamiento de la fibromialgia. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2017; 24:96-103.
45. Breda CA, Rodacki ALF, Leite N, Homann D, Goes SM, Stefanello JMF. Nível de atividade física e desempenho físico no teste de caminhada de 6 minutos em mulheres com fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2013; 53:276-81.
46. Martinez JE, Casagrande PdM, Ferreira PPR, Rossatto BLG. Correlação entre variáveis demográficas e clínicas, e a gravidade da fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2013; 53:460-3.