

Paula Stal de Campos Maia

**Estudo de pacientes com síndrome fibromiálgica
tratados pelo método *Rolfing*[®] de Integração Estrutural**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira

São Paulo

2009

DEDICATÓRIA

À querida Cacilda Campos Scaff,
que orientou e iluminou meu caminho profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira, a todos os participantes do Centro de Dor da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aos doentes, meus familiares e aos amigos que contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Resumo

Summary

1.	INTRODUÇÃO.....	01
2.	OBJETIVOS.....	04
3.	REVISÃO DA LITERATURA.....	06
3.1	Histórico do método <i>Rolfing</i> de Integração Estrutural.....	07
3.2	Dor crônica e síndrome fibromiálgica.....	12
3.3	Síndrome fibromiálgica e movimento.....	20
3.4	Síndrome fibromiálgica e sono.....	20
3.5	Tratamento da síndrome fibromiálgica.....	21
4.	MÉTODOS.....	23
4.1	Casuística.....	24
4.2	Métodos.....	25
4.2.1	Critérios de inclusão.....	25
4.2.2	Instrumentos de avaliação.....	25
4.2.3	Aplicação do método <i>Rolfing</i> de Integração Estrutural.....	28
4.2.4	Estatística.....	30
5.	RESULTADOS.....	31
6.	DISCUSSÃO.....	43
7.	CONCLUSÕES.....	65
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
9.	ANEXOS	69
10.	REFERÊNCIAS.....	77

LISTA DAS ABREVIATURAS

- ACR - Colégio Americano de Reumatologia
- AMERT - Afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho
- BAI - Inventário de Ansiedade Beck
- BDI - Inventário de Depressão Beck
- CDCN - Centro de Dor da Divisão da Clínica Neurológica
- DP - Desvio-padrão
- EUA - Estados Unidos da América
- HCFMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor
- N - Números absolutos
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- P - Nível de significância
- SDM - Síndrome dolorosa miofascial
- SFM - Síndrome fibromiálgica
- SNC - Sistema nervoso central

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto ao estado civil, cor da pele e escolaridade.....	24
Tabela 2 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à intensidade da dor, de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	32
Tabela 3 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à representação do Sintoma na Figura de acordo com a ausência de dor, dor fraca, dor moderada ou dor insuportável, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	33
Tabela 4 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto ao grau de ansiedade de acordo com o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), antes, ao término e três meses após o tratamento.....	34
Tabela 5 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto ao grau de depressão de acordo com o Inventário de Depressão Beck (BDI), antes, ao término e três meses após o tratamento.....	35
Tabela 6 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à qualidade do sono de acordo com a questão 16 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	36
Tabela 7 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à disposição para atividades diárias e fadiga de acordo com a questão 17 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	37
Tabela 8 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto às limitações físicas de acordo com a questão 15 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	38

Tabela 9 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à análise da Apreciação do Próprio Corpo como: ótima, boa, média ou baixa, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	39
Tabela 10 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à autoimagem de acordo com a questão 14 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	40
Tabela 11 - Médias, desvios-padrão (DP), medianas, valores mínimos e máximos, número de doentes (N) e grau de significância do teste de Friedman (P) para aferir as modificações quanto à avaliação da Intensidade da Dor de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, Limitação Física, Qualidade do Sono, Fadiga e Disposição, Depressão, Ansiedade, Apreciação do Próprio Corpo e Gráficos do Sintoma e da Autoimagem, antes, ao término e três meses após o tratamento.....	41
Tabela 12 - Comparações múltiplas para avaliar ocorrência das diferenças entre os valores observados na Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, Limitação Física, Qualidade do Sono, Fadiga e Disposição, Depressão, Ansiedade, Apreciação do Próprio Corpo e Gráficos do Sintoma e da Autoimagem, avaliados antes e ao término, antes e três meses após o término e ao final e três meses após o término do tratamento, em valores de distribuição da probabilidade normal padrão (Z) e seu significado estatístico (P).....	42

LISTA DOS GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) agrupados como: sem dor, dor fraca, dor moderada, dor intensa ou dor insuportável, de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento..... 32
- Gráfico 2 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) de acordo com a representação do Sintoma na Figura, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento..... 33
- Gráfico3 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto aos resultados da aplicação do Inventário de Ansiedade Beck (BAI), agrupados como: mínima, fraca, média ou grave, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento.....34
- Gráfico 4 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto aos resultados da aplicação do Inventário de Depressão Beck (BDI), agrupados como: mínima, fraca, média ou grave, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento..... 35
- Gráfico 5 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à qualidade do sono, agrupados de acordo com a questão 16 do BDI como: dorme bem, dificuldade para adormecer, despertar precoce ou insônia, antes, ao término e três meses após o tratamento..... 36
- Gráfico 6 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à disposição para atividades diárias e fadiga, agrupados de acordo com a questão 17 do BDI como: sem cansaço, cansaço fraco, cansaço médio ou cansaço grave, antes, ao término e três meses após o tratamento..... 37
- Gráfico 7 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto às limitações físicas, agrupados de acordo com a questão 15 do BDI como: sem limitação, limitação fraca, limitação média ou limitação grave, antes, ao término e três meses após o tratamento..... 38

- Gráfico 8 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à Apreciação do Próprio Corpo classificada como: baixa, média, boa ou ótima, antes, ao término e três meses após o tratamento..... 39
- Gráfico 9 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à análise da autoimagem, agrupados de acordo com a questão 14 do BDI e avaliados como: ótima, boa, média ou baixa, antes, ao término e três meses após o tratamento..... 40

RESUMO

Maia, PSC. *Estudo de pacientes com síndrome fibromiálgica tratados pelo método Rolfing® de Integração Estrutural* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Introdução: o método *Rolfing®* de Integração Estrutural é procedimento de integração da estrutura corporal humana, que considera os aspectos físicos, emocionais, mentais, espirituais e sociais do indivíduo. Consiste em dez intervenções manuais profundas (liberação miofascial) aplicadas na estrutura elástica do tecido conjuntivo frouxo (miofascia) e em reeducação dos movimentos. Objetivos: verificar o efeito do método *Rolfing®* no tratamento de doentes fibromiálgicos quanto às modificações nas diversas partes da estrutura física e a sua eficácia no alívio da dor e do cansaço, na disposição para executar atividades diárias durante períodos prolongados, qualidade do sono, estados de ansiedade e de depressão, e autoconhecimento por meio da identificação das sensações e da modificação da imagem corporal. Casuística e métodos: trinta pacientes do Centro de Dor da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foram submetidos a dez sessões de *Rolfing®* e mantiveram o tratamento ambulatorial de rotina. Todos foram avaliados de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, o Inventário de Depressão Beck, o Inventário de Ansiedade Beck, o Gráfico de Apreciação do Próprio Corpo, o Gráfico de Sintomas e o Questionário Experimental, aplicados durante a entrevista inicial, na última sessão e três meses após o término da aplicação do método. Foram quantificadas a intensidade e a frequência da ocorrência de dor, a disposição, as limitações físicas, a qualidade do sono e o resultado do tratamento. Conclusão: a maioria dos doentes tratados apresentou melhora da condição inicial e esta correlacionou-se com a intervenção do método *Rolfing®*.

Descritores: Fibromialgia, *Rolfing®*, Dor.

SUMMARY

Maia, PSC. *Study of fibromyalgic patients treated by the Structural Integration Rolfing® method* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2009.

Introduction: The Structural Integration *Rolfing*® is a method which considers the physical, emotional, mental, spiritual and social aspects of the individual. It consists of a series of ten sessions of deep manual therapy (myofascial release) applied to the elastic structure of the loose connective tissue (myofascial) of the body and also of a reeducation of movements. Objectives: to verify the impact of the *Rolfing*® method in the modification of the different parts of the physical structure of fibromyalgic patients and the treatment of pain, and improvement of fatigue, disposition to carry out prolonged daily tasks, sleep, stress levels, depression and self-awareness. Patients and methods: thirty patients were treated with ten sessions of *Rolfing*® at the Pain Center of the Neurological Clinic of the *Hospital das Clínicas* of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo while maintaining their previous routine ambulatory treatment. Verbal Numerical Analogic Pain Scale, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Graphic for Appreciation of the Own Body, Graphic of Symptoms and Experimental Questionnaire were all used for the evaluation of the patients, before, at the end of and three months after the end of the treatment. The intensity and frequency of pain episodes, disposition, physical limitations, quality of sleep, anxiety and depression were analysed. Conclusions: the Structural Integration *Rolfing*® method improved the clinical condition and the quality of life of the majority of the patients treated.

Descriptors: Fibromyalgia, *Rolfing*®, Pain.

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos recentes avanços, o tratamento da dor crônica ainda não proporciona resultados satisfatórios na maioria dos doentes, sobretudo quando sua natureza é musculoesquelética ou neuropática.

As intervenções terapêuticas percebidas como mais eficazes para o tratamento da síndrome fibromiálgica (SFM), condição pertencente ao espectro da dor crônica, são representadas pelo uso de medicamentos antidepressivos e analgésicos, repouso, sono, relaxamento, calor, reza e massagem (Bennet *et al.* 2007) e devem ser ajustadas às condições nosológicas, etiológicas e topográficas da dor e também ao grau de comprometimento funcional, ao sofrimento e a outras questões individuais do doente.

Field *et al.* (2002) observaram que a massagem pode ser útil para tratar doentes fibromiálgicos pois proporcionou melhora dos transtornos do sono, dos sintomas psíquicos, como ansiedade e depressão, e da dor. O método *Rolfing* de Integração Estrutural busca o equilíbrio do corpo humano no campo gravitacional com uso da prática manipulativa e com orientação e aperfeiçoamento para a execução dos movimentos, a fim de diminuir as limitações físicas com relaxamento muscular, proporcionar melhora da qualidade do sono e mostrar aos doentes que é possível encontrar outros modos de comunicar-se com eles mesmos e com os outros que não seja pela dor.

Considerando-se que o mecanismo de adaptação fascial age pela contração, o tecido fascial sob tensão encurta-se, espessa-se, enrijece-se e vincula-se às estruturas vizinhas e o osso a ele conectado é tracionado; com isso, seu ponto natural de equilíbrio é alterado. Uma vez que nos movemos por inteiro, cada restrição do movimento, em breve, atinge sua totalidade, de modo que os movimentos deixam de ser eficazes e ocorre consumo excessivo de energia, pois grupos musculares adjacentes são ativados quando deveriam permanecer em repouso (Rolf, 1999).

O método *Rolfing* surgiu como alternativa para inverter esse processo, pois objetiva melhorar as funções do organismo modificando sua estrutura. À

medida que se conquista um corpo mais leve e solto, pode-se permitir o desaparecimento dos padrões pouco eficazes. O corpo humano tem predileção natural pela verticalidade, conforto e facilidade, de modo a permitir que a força da gravidade flua afinada com a força da pessoa (Rolf, 1999). Ida Rolf, criadora deste método, acreditava que um corpo equilibrado torna o ser humano melhor.

É possível que este método seja útil como tratamento adjuvante de doentes com SFM, pois pode torná-los mais aptos a aliviar sua própria dor e a melhorar sua imagem corporal, o que justifica a presente pesquisa.

2. OBJETIVOS

A presente pesquisa visou verificar o efeito do tratamento de doentes com SFM pelo método *Rolfing*[®] de Integração Estrutural quanto a:

1. Intensidade da dor;
2. Disposição para execução das atividades diárias;
3. Fadiga;
4. Limitações físicas;
5. Qualidade do sono;
6. Estados de ansiedade e de depressão;
7. Modificação da autoimagem.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Histórico do método *Rolfing* de Integração Estrutural

“Quando o corpo começa a funcionar de modo apropriado, a força da gravidade pode fluir através dele e espontaneamente ele se cura”.

(Ida Rolf)

Ida Pauline Rolf, criadora do método *Rolfing* de Integração Estrutural, nasceu em 1896, na cidade de Nova Iorque. Em 1916, recebeu o título de bacharel em Química e, em 1920, tornou-se Ph.D. em Bioquímica e Fisiologia pela Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Columbia, Nova Iorque, Estados Unidos da América (EUA). Na década de 1950, formulou seu método que foi divulgado na década de 1960 a partir de Esalen, Califórnia (EUA). Este método passou a ser utilizado no Brasil desde 1980 (Feitis, 1986; Prado, 1992).

De acordo com Feitis (1986), ainda moça, Ida Rolf acidentou-se e apresentou dificuldade para respirar. Os sintomas tornaram-se mais frequentes e complexos, o que implicou sua internação em um hospital de Montana (EUA). Após a alta, continuou o tratamento em Nova Iorque, sob os cuidados do Dr. Morrison, renomado médico osteopata da época e de quem se tornou amiga. A seguir, desenvolveu sua teoria, segundo a qual a estrutura determina a função. Assim, começou-se a consolidar a noção de que, ao mudar-se a organização estrutural do corpo (postura), podem alterar-se as relações ósseas das articulações e melhorar as disfunções musculoesqueléticas.

Na década de 1920, em Genebra, Suíça, a Sra. Rolf conheceu o Dr. Schmidt, com quem estudou Medicina Homeopática. A visão de saúde desses profissionais e sua metodologia favoreciam o tratamento do doente, possivelmente por induzir no organismo em desequilíbrio a produção normal de seus próprios recursos bioquímicos. Sob este ponto de vista, doença crônica era entendida, ao longo do tempo, como acúmulo de processos mal resolvidos que se manifestavam de modo duradouro e resistentes aos tratamentos.

Ida praticou exercícios de *Hatha-loga* e adotou as posturas padronizadas pelo método durante muitos anos, buscando, inicialmente, seu bem-estar. Com o passar do tempo, reuniu-se com um grupo de pessoas orientadas por Pierre Bernard, seu professor, para estudar a teoria e os princípios dessa prática. Durante as atividades em grupo desenvolveu a ideia baseada no conceito: “um corpo equilibrado torna o ser humano melhor”, que mais tarde se consolidou como o fruto de seu trabalho.

O *Hatha-loga* pressupõe que o ser humano necessita alongar seus músculos. O alongamento pode ser induzido com a adoção de posturas apropriadas. Essa prática é antiga e fundamenta-se no fato de que, para criar-se um ser mais harmônico sob o ponto de vista emocional e espiritual, deve trabalhar-se também seu corpo. Entretanto, Rolf percebeu que, muitas vezes, as posturas não atingem o objetivo de alongar e liberar as articulações pois, em grande número de casos, ocorria contração das superfícies articulares, o que levou ao desenvolvimento de outras medidas adicionais (Feitis, 1986).

A mesma autora narrou que, ao final da década de 1920, Ida deixou o Rockfeller Institute, passou os 20 anos subsequentes afastada da vida profissional e dedicou-se a vivenciar e a estudar outros métodos de educação, saúde e alimentação. Já tinha em mente o objetivo de sua técnica: melhorar as funções modificando a estrutura.

A partir de 1940, Rolf atendeu doentes que apresentavam comprometimento de algumas funções motoras. Com eles, tentou transpor os exercícios do *loga* e aliá-los aos métodos manipulativos; usou instruções verbais para a execução dos movimentos a fim de que, com o alongamento muscular, as articulações adquirissem mais liberdade. Imaginou que as estruturas fasciais reajustadas possibilitariam nova organização do corpo humano (Feitis, 1986).

Interessou-se pelo fato de o tecido conjuntivo, em termos embrionários, derivar do mesoderma que, ainda indiferenciado, exercia atividade protetora e que, após sua diferenciação, passava a adquirir

também a função de sustentação. Percebeu que, quando aplicava pressão manipulativa, o tecido conjuntivo podia ajustar-se, transportando consigo seus conteúdos e possibilitando o apoio do corpo de modo diferente, como consequência de suas propriedades viscoelásticas. Concluiu, então, que os ossos e o conjunto miofascial tinham, entre outras, a função de sustentar o organismo nas diferentes posições. Contudo, verificou que, para contemplar essa finalidade, os músculos deveriam ser alongados e direcionados apropriadamente para que as modificações pudessem persistir.

Os tecidos moles ajustados atuam nas estruturas ósseas e articulares de modo que, quando o tono do tecido muscular entra em equilíbrio, o conjunto apresenta menos resistência. Ao estimular-se o tecido para responder pronta e facilmente a determinadas situações e para a manutenção da capacidade de repouso quando não é solicitado para executar a ação ocorre mudança física. Em consequência da sua elasticidade e plasticidade, é capaz de manter a forma e de ser, ao mesmo tempo, maleável. Rolf via o corpo humano com suas partes agrupadas e sustentadas pela ação do tecido conjuntivo. Acreditava que a ação manipulativa atingia todo o corpo de modo que poderia reorganizá-lo. Foi nessa fase que iniciou a elaboração dos princípios do método *Rolfing*.

Rolf começou a ensinar seu método sistematicamente em 1950. Buscou formular seu trabalho com técnica bem estabelecida e com princípios próprios; não estava interessada propriamente em curar sintomas, mas tinha um objetivo maior: visou tornar os seres humanos melhores. À medida que os organismos se equilibrassem, os males curar-se-iam por si mesmos e os sintomas desapareceriam. Tinha, porém, o desafio de entender como cada pessoa se movimenta de maneira particular e se desalinha da verticalidade. Ainda mais complexa seria a tarefa de equilibrar os enrijecimentos que respondiam pela forma de cada indivíduo (Feitis, 1986).

De acordo com Feitis (1986), nos anos subsequentes, ajudando pessoas que a procuravam, ouviu relatos que transcendiam a questão do

rearranjo físico. Além do bem-estar, do alívio das tensões e do desaparecimento de sintomas crônicos, observou que ocorriam mudanças emocionais e de consciência corporal. Rolf percebeu que estava aplicando os princípios aprendidos na sua trajetória intelectual. Foram essas as origens teóricas do seu trabalho.

Todavia, necessitava de explicações científicas para apoiar e desenvolver o que vinha constatando. Estabeleceu suas ideias no primeiro artigo publicado sobre o tema em junho de 1963, onde narrou a complexa relação das massas corporais com a gravidade e defendeu a ideia de que, quando o arranjo estrutural humano é organizado em torno da linha gravitacional (linha vertical em relação ao solo), a distribuição da massa do corpo torna-se simétrica, balanceando, assim, sua ação. Em 1969, em Esalen, organizou projeto de pesquisa sobre os efeitos do método *Rolfing* em um hospital e, em 1971, pôde finalmente concluir que esse método aproxima o organismo de sua natureza e torna mais eficiente o uso de sua energia (Feitis, 1986).

Para que esse método e sua prática fossem aplicados a todas as pessoas, organizou-o em dez sessões ou etapas. Durante dez anos, ensinou e apresentou conferências sobre o tema nos EUA e na Inglaterra. Na década de 1960, encontrou campo fecundo para divulgar seu trabalho. Nessa época, os enfoques psicoterapêuticos estavam sendo revistos, como, por exemplo, a questão psicossomática, suas abordagens e técnicas. Esalen era a sede dos movimentos de psicologia humanística. Nesse ambiente experimental e aberto, o método *Rolfing* encontrou espaço para reflexão e aprimoramento. Diversos profissionais destacados da época como Fritz Pearls, em *In and Out the Garbage Can*, Will Shuttz, em *Joy*, Ken Ditchland, em *Body Mind*, Hector Prester, em *Body Language*, e outros autores desenvolveram projetos e publicaram suas experiências com o método.

Durante o período de 1970 a 1976, boa parte da divulgação do método *Rolfing* resultou de entrevistas, palestras e artigos escritos. Muitos

desses artigos pretenderam comparar as técnicas de terapias corporais da época (Feitis, 1986).

Feitis (1986) concluiu que uma importante contribuição de Rolf foi o significado que deu à estrutura humana. Segundo a autora, “o reconhecimento abrangente da estrutura humana inclui tanto a pessoa física como seus aspectos psicológicos - comportamento, atitudes e capacidades” (Rolf, 1999). Enfatizou que a estrutura humana não devia ser sinônimo de postura e defendeu a ideia de que referir-se a essa estrutura significava olhar para o ser humano em suas relações consigo mesmo e com o ambiente em que vive.

Em 1979, momento em que havia aproximadamente 250 praticantes de Integração Estrutural, Ida Rolf faleceu. Com a morte de sua criadora, o método continuou sendo praticado pelos profissionais da época, alguns oriundos do meio acadêmico. Em 1980, foi fundado o “Aspen Research Center” para atender, de modo independente, às necessidades das pesquisas ligadas ao método *Rolfing* (Feitis, 1986).

A fim de sistematizar o ensino dessa técnica, Jeff Maitland e Jan Sultan, dois de seus alunos, publicaram um artigo, em 1992, em que formalizaram a definição do método *Rolfing* e esclareceram seus princípios (Feitis, 1986).

Esses princípios são regras fundamentais que permitem o processo de elaboração de estratégias e a tomada de decisões clínicas, e derivam de um princípio maior, o holismo, que se baseia no fato de o corpo humano ser um todo, onde nenhuma parte é mais importante para a organização do todo do que o todo em si. Assim como o corpo é uma unidade, a disfunção somática também o é, e está refletida em todos os aspectos do ser humano. Compreender áreas locais de disfunção depende de compreender o estado geral e sua relação com o ambiente. Corpos vivos são sistemas auto-organizadores e autorreguladores (Maitland e Sultan, 1992).

O desenvolvimento desse método percorreu caminhos indutivos e empíricos, em que sua criadora integrou vivências pessoais, estudos

gerados por interesses em novas possibilidades para solucionar problemas clássicos, além de trabalho, coragem e intuição, esta entendida como a habilidade de penetrar-se em outras realidades. Quarenta anos de pesquisa fortaleceram Ida Rolf e proporcionaram-lhe visão diferenciada, produto do tempo e da experiência, que lhe permitiu criar essa técnica que pôde contribuir não só para o desenvolvimento da intuição de seus praticantes como também para colocá-la a serviço de outros (Feitis, 1986).

3.2 Dor Crônica e Síndrome Fibromiálgica

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), “dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais” (IASP, 1996).

A dor é sintoma de muitas doenças somáticas musculoesqueléticas, viscerais ou neurológicas e pode ser componente de certas doenças psiquiátricas. Pode decorrer de processos infecciosos, inflamatórios, traumáticos, neoplásicos ou degenerativos, dentre outros, mas pode instalar-se, também, sem causa evidente (Helfensteins, 1997).

Frutuoso e Cruz (2004) consideraram a dor como fenômeno sensitivo (intensidade, localização), emocional (sofrimento, medos) e cognitivo (avaliação do próprio doente sobre a dor em seu momento atual). O doente com dor crônica frequentemente organiza sua vida em função dela pois, quando esta se torna motivo de preocupação constante e diária, provoca relação de ambivalência e dependência com familiares e profissionais. O doente geralmente é passivo e reage inadequadamente no manejo da raiva e da hostilidade, usa sua dor como meio simbólico de comunicação, tem baixa autoestima e pouca tolerância ao estresse, tende a vitimizar-se e não demonstra prazer em viver.

A avaliação da dor depende da adaptação do doente a seu ambiente e da experiência dolorosa no contexto da sua vida. A dor psicogênica e a dor somática coexistem, pois fatores psicológicos alteram na expressão da dor e esta causa impacto no bem-estar psíquico dos indivíduos. Deve-se estar atento aos relacionamentos interpessoais e da família junto ao doente pois, muitas vezes, a família incentiva-o a manter e a magnificar a dor com a adoção de cuidados exagerados e infantiliza-o, condições que reforçam sua desadaptação (Figueiró, 1999).

A síndrome dolorosa miofascial (SDM) e a SFM são bastante comuns (Kadi e Thomell, 1998; Uveges *et al.*, 1990). Nos EUA, cinco milhões de adultos, ou seja, aproximadamente 2% da população, manifesta sintomas fibromiálgicos. A SFM ocorre mais em mulheres do que em homens e acarreta alto custo social em virtude da resultante incapacitação para o trabalho e para outras atividades e suas repercussões (Wolfe *et al.*, 1995).

Fischer (1997) conceituou a SDM como disfunção primária, insidiosa ou não, manifesta em ambos os sexos e instalada em músculos específicos. Pode ser desencadeada por lesões musculoesqueléticas agudas localizadas que ocorrem, por exemplo, após traumatismos, adoção de posturas inadequadas, vivência de estresses emocionais, desuso prolongado e limitação dos movimentos confinados aos músculos afetados (Kadi e Thomell, 1998; Uveges *et al.*, 1990). A amplitude do movimento pode reduzir-se em virtude do acometimento muscular. A sensibilidade à pressão e à dor é geralmente mais expressiva em um dos lados, porém, geralmente é bilateral (Wolfe *et al.*, 1995).

O nome fibromialgia deriva da junção de três termos, ou seja, termo do latim *fibra* (ou tecido fibroso), do prefixo grego *mio*, que diz respeito aos músculos e do termo grego *algos* (algia), que significa dor. A SFM é reconhecida desde meados do século XIX. Yunus *et al.* (1981) sugeriram o termo fibromialgia como substituição a fibrosite pois, em casos de SFM, não há inflamação tecidual mas apenas dor muscular difusa relacionada a outras anormalidades do sistema nervoso central (Yunus, 1994).

A SFM é doença crônica caracterizada como dor musculoesquelética generalizada, difusa e persistente, frequentemente associada a rigidez matinal, fadiga, anormalidades sensitivas, neurovegetativas, cognitivas e do sono, cefaléia, hipersensibilidade ao frio, hiperemia cutânea, dismenorréia, bexiga ou intestino irritável, ansiedade, depressão, irritabilidade e/ou déficit de memória (Bennett, 1999). Os sintomas de depressão traduzem-se como fadiga, desânimo, falta de energia, anormalidades do sono e dor crônica. Não ocorre fraqueza muscular significativa; esta, quando presente, deve-se geralmente à dor e ao desuso (Fassbender *et al.*, 1997; Hales e Clonginger, 1994; Moldofsky *et al.*, 1975).

O diagnóstico da SFM é clínico pois não há evidências de anormalidades laboratoriais nem radiológicas nos doentes que dela padecem (Wolfe *et al.*, 1995). O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) sugeriu os seguintes critérios diagnósticos para SFM: histórico de dor generalizada localizada nos hemisferos direito e esquerdo, rostral e caudalmente à cintura, nas extremidades e no eixo axial (regiões das colunas vertebrais cervical, dorsal e/ou lombar e face anterior do tórax) e com duração de, pelo menos, três meses. O exame físico deve evidenciar dor à pressão digital bilateralmente nas áreas denominadas de pontos dolorosos, por sua vez localizados em 11 ou mais dos seguintes 18 pontos:

- . inserção dos músculos suboccipitais na nuca;
- . ligamentos dos processos transversos da quinta à sétima vértebras cervicais;
- . segmento rostral do trapézio;
- . músculo supra-espinhoso;
- . junção do músculo peitoral com a articulação costochondral da segunda costela;
- . área situada dois centímetros proximal ou distalmente ao epicôndilo lateral do cotovelo;
- . quadrante súpero-lateral da região glútea e distal à espinha ilíaca;

- . inserções musculares no trocânter femoral;
- . região situada dois centímetros rostralmente à linha articular do côndilo medial do fêmur.

A dor é a principal manifestação da SFM. É descrita como peso, formigamento, queimor, ardor, pontada, etc. Sua intensidade varia de discreta a insuportável; pode iniciar-se em uma região e generalizar-se sem razão aparente (Menses, 1993). O corpo todo dói, doem sobretudo os músculos, as articulações e os tecidos moles, como tendões, ligamentos e fáscias musculares. É comum haver cansaço desproporcional ao esforço desenvolvido. Há tendência de os sintomas agravarem-se com o passar do tempo.

A SFM manifesta-se como episódios intermitentes de melhora e piora. A dor torna-se intensa durante alguns meses e posteriormente estabiliza-se, do que decorrem graus variados de incapacidade física (Fransen e Russel, 1996). O diagnóstico diferencial da SFM inclui, dentre outros, a SDM, as poliartrites, o hipotireoidismo, as polineuropatias periféricas e a polimialgia reumática (Fischer, 1997).

Doentes com SDM apresentam dor e fraqueza regionalizada, ao passo que doentes com SFM apresentam dor e fadiga generalizadas. À medida que a dor se cronifica, alguns doentes com SDM podem desenvolver SFM. A ocorrência desta não depende da idade, nível cultural ou sócio-econômico do doente. Doentes com tendinopatia ou afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho (AMERT) podem também apresentar SFM. No Centro de Dor da Clínica Neurológica (CDCN) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), 25% a 32% dos doentes com AMERT apresentam SFM (Lin *et al.*, 1997). Atividades prolongadas e repetidas mantidas na mesma posição e execução de tarefas estressantes não são bem toleradas por doentes com SFM. Ocupações em que as atividades são mais variadas e menos sedentárias e que permitem mudança de posição são mais toleradas (Lin *et al.*, 1997).

A SFM parece decorrer, sobretudo, de anormalidades funcionais do sistema nervoso central (SNC). A dor experienciada pelos doentes pode resultar das anormalidades do processamento sensitivo devidas à deficiência do controle inibitório da nocicepção e da inadequação da modulação da sensibilidade dolorosa; ambas reduzem a tolerabilidade à dor (Bennett, 1999; Lautenbacher e Rolman, 1997). É possível que anormalidades periféricas possam desempenhar algum papel na patogênese da síndrome. Os nociceptores são ativados por estímulos mecânicos, térmicos e/ou químicos teciduais e/ou pela inflamação gerada pela ação de neurotransmissores liberados retrogradamente, do que resultam aumento da atividade motora e instalação da SFM (Menses, 1993).

De acordo com Menses (1993), no mecanismo de hiperalgesia observada nos tecidos profundos de doentes com SFM participa a sensibilização dos neurônios do SNC, pois há aumento da atividade de neurotransmissores excitatórios e deficiência da atividade dos neurotransmissores inibitórios, do que resulta percepção alterada dos estímulos nociceptivos. Há também possíveis fatores neuro-endócrinos relacionados ao mecanismo que origina e processa a nocicepção no SNC. Acredita-se que haja, adicionalmente, desbalanço químico causado pelas alterações hormonais nessa comunicação e que este desencadeie outros sintomas.

Doentes fibromiálgicos geralmente relatam sono não-reparador e fadiga, e apresentam alterações do humor. A liberação do hormônio do crescimento ocorre principalmente nos estágios 3 e 4 do sono não-REM, ou seja, é possível que a secreção inadequada deste hormônio decorra da disfunção desta fase do sono em doentes com SFM (Menses, 1993). Bennett *et al.* (1992) observaram que a alteração na secreção do hormônio do crescimento, molécula relacionada à homeostase muscular, poderia contribuir para a recuperação insatisfatória dos indivíduos frente aos microtraumatismos musculares e também para a ocorrência de dor musculoesquelética em doentes com SFM.

Nesses doentes ocorre hiperatividade do sistema nervoso vegetativo simpático (Bennett, 1999). Tais evidências sugerem que as anormalidades do sistema modulatório sejam produto da disfunção primária do SNC associada a mecanismos que geram estresse (Menses, 1993). Nos doentes com dor crônica, tal como ocorre em casos de SFM, as sensações corpóreas amplificam-se e resultam em amplo quadro de sintomas somáticos (Menses, 1993; Bennett, 1992). A SFM pode também correlacionar-se a alterações musculares decorrentes de contraturas e de transtornos metabólicos. Entretanto, possíveis anormalidades e diferenças biológicas observadas na composição muscular de doentes fibromiálgicos parecem não ser a causa mas o resultado da sua condição original.

A dor e a fadiga são agravantes dos estresses. A resposta ao estresse persistente talvez ocasione anormalidades no eixo neuro-endócrino, nas unidades serotoninérgicas do SNC e no sistema nervoso neurovegetativo simpático (Bennett, 1999).

A SFM constitui-se de sintomas próprios da reação às tensões emocionais com transtornos psicossomáticos. As dores físicas geralmente agravam-se quando há incompreensão dos outros. Além do sofrimento, o doente compromete sua qualidade de vida. As dores e os demais sintomas limitam os contatos sociais e podem romper laços afetivos. Os doentes com SFM queixam-se de desconfiança e de falta de credibilidade de seus familiares, colegas e profissionais da saúde (Atra, 1993). A atividade mental do indivíduo influencia a sensação dolorosa desagradável, o que significa que a atividade cortical pré-frontal (pensamentos positivos ou negativos) pode modificar a percepção da dor. Esta é a base funcional da somatização e da eficácia da terapia cognitivo-comportamental em doentes com SFM (Bennett, 1999).

A maioria dos estudos revela que há anormalidades psicocomportamentais em doentes com SFM. Um terço dos fibromiálgicos atendidos em clínicas reumatológicas apresenta anormalidades psicológicas caracterizadas como estresse mental e ansiedade significativos (Turk *et al.*,

1996). A dor crônica é condição estressante e interfere na capacidade de atenção, concentração e memória, ou seja, no funcionamento cognitivo e no processamento das informações. A SFM tem origem indeterminada, sua cura é incerta e gera sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. Talvez, por isso, muitos fibromiálgicos interpretem sua condição como muito mais grave do que realmente é (Portnoi, 1999). Turk *et al.* (1996) notaram relação entre dor e anormalidades psicossociais e comportamentais além da incapacidade para lidar com ela e com o funcionamento físico em 87% dos doentes com SFM. Como estes doentes sofrem modificação da funcionalidade na ausência de alterações fisiológicas específicas, atribuiu-se a origem da SFM também a fatores psicológicos que influenciam os sistemas de percepção e de modulação da dor.

Em casos de dor crônica, o comportamento fundamenta-se em estratégias inadequadas de enfrentamento, o que pode resultar não apenas em agravar a incapacidade funcional mas também em magnificar o desconforto em decorrência do descondicionamento físico. A dor crônica presente nos doentes com SFM causa não somente ansiedade e depressão, como também sentimentos de desesperança, hipocondríase, raiva, negação e dependência. Pode ser desencadeada por um estresse ou por fatores psicológicos que contribuem para o início, manutenção e piora da dor e que influenciam os mecanismos de sua modulação e percepção (Portnoi, 1999).

A experiência dos doentes com SFM é dissociativa pois, embora a dor seja contínua, a afecção não é progressiva nem degenerativa e não ameaça a sobrevivência, mas causa danos e prejuízos físicos concretos (Aaron *et al.*, 1996). O estresse psicológico pode causar transtornos psíquicos, uma vez que, como tentativa de evitar ou mesmo de suportar a dor, os fibromiálgicos reagem frente às situações estressantes com dor neuromuscular (Portnoi, 1999).

Utilizando técnicas e testes variados, foram observadas alterações psiquiátricas, incluindo-se a depressão, em mais de 80% dos doentes com

SFM (Fassbender *et al.*, 1997). McCain (1994) constatou que 71% dos doentes com SFM apresentava depressão e 26%, transtorno de ansiedade.

Entretanto, a depressão não é significativamente mais expressiva nos doentes com SFM do que naqueles com outras dores crônicas (Fassbender *et al.*, 1997). A SFM não é comum em doentes com depressão maior, uma vez que muitos indivíduos deprimidos que se queixam de dor difusa não apresentam os numerosos pontos dolorosos no corpo característicos da SFM (Fassbender *et al.*, 1997).

Em doentes com SFM, a dor pode ser manifestação somática de um transtorno psiquiátrico que inicialmente pode ter base orgânica, mas que, com frequência, é magnificado ou perpetuado por fatores não-orgânicos, o que induz à incapacidade desproporcional aos sintomas. É provável que as anormalidades psicológicas sejam consequência da condição de dor crônica e que a condição psicológica alterada não seja requisito para o desenvolvimento da SFM (Helfenstein, 1997; Mc Cain, 1994; Weiner e Goetz, 2003).

A fadiga agrava-se por causa das alterações do sono e dos fatores psicológicos; relaciona-se ao descondicionamento físico, à escassez de estratégias de enfrentamento e às disfunções neuro-endócrinas (Helfenstein, 1997; Mc Cain, 1994; Weiner e Goetz, 2003).

O mecanismo responsável pela dor é incerto. A dor pode desencadear espasmo muscular reflexo protetor que, por sua vez, pode causar mais dor e resultar em limitação progressiva dos movimentos, rigidez, outras dores localizadas e/ou adoção de posturas inadequadas (Helfenstein, 1997). A dor musculoesquelética pode melhorar com o repouso e com o uso de medicamentos anti-inflamatórios, analgésicos simples, opioides, relaxantes musculares e antidepressivos, principalmente na fase aguda (Bennett *et al.*, 1997). Segundo McCain (1994), apenas 50% dos doentes com SFM melhora após a aplicação das intervenções atualmente disponíveis.

Poderia o movimento contribuir para o alívio da dor?

3.3 Síndrome Fibromiálgica e Movimento

Bigelow (2000) formulou a seguinte questão: “alguém já lhe ensinou como usar o movimento para aliviar a dor?” Enfatizou que, com movimentos inadequados, a dor tende a aumentar porque o funcionamento muscular desorganiza-se devido a seu mau uso, aumento de peso, sobrecarga e inatividade. A “chave” para o tratamento da SFM seria a manutenção do corpo em constante movimento, que idealmente deve ser executado de maneira suave, fácil e confortável, sem sobrecarga. Enfatizou a importância de o sono ser reparador para promover o descanso. A partir disso, incentivou os doentes a deixarem a vida sedentária e a executarem atividades moderadas, inicialmente durante curtos períodos de tempo, mas várias vezes ao dia. Pouco a pouco, propôs que iniciassem a execução de exercícios aeróbicos leves e alongamento para fortalecerem gradualmente sua musculatura e orientou-os a exercitarem-se com as atividades diárias e a realizarem condicionamento físico adequado, equilibrando esforço e não-esforço, buscando flexibilidade.

3.4 Síndrome Fibromiálgica e Sono

De acordo com Bigelow (2000), fibromiálgicos comumente acordam cansados, sem ânimo e sem energia, pois a insuficiência do sono reparador não recupera o tecido das fissuras e lesões musculares naturalmente causadas pelas atividades do dia-a-dia. O sono relatado pelos doentes geralmente é mais cansativo do que relaxante: “parece que carreguei pedras durante a noite toda” ou “acordo como se tivesse sido atropelada”. Pensamentos recorrentes e obsessivos também impedem o sono. A sensação é de estarem dormindo e acordados ao mesmo tempo. É comum terem sonhos com conteúdo de pavor e de angústia.

A insônia presente em doentes com SFM manifesta-se tanto como dificuldade para iniciar o sono (geralmente relacionada à intensidade da dor), quanto para mantê-lo profundo. Como consequência, o sono não é restaurador, há despertares frequentes e instalam-se sensações de irritabilidade e de cansaço. Cria-se círculo vicioso onde o sono insatisfatório não é capaz de recuperar as condições dos tecidos, fenômeno que pode causar dor. O doente sedentário tem sono ineficaz e tende a reagir à dor com enrijecimento muscular, o que aumenta a dor (Bigelow, 2000).

A mesma autora ainda acrescentou que o movimento adequado pode ajudar o doente a reorganizar seu aparelho locomotor, mas a recuperação da qualidade do sono é condição essencial para que ocorra o processo natural de equilíbrio fisiológico.

Portanto, o tratamento da SFM deveria incluir o controle da dor e da fadiga, a melhora do padrão do sono, das anormalidades do humor e da funcionalidade, a reintegração psicossocial, a prevenção da recorrência dos sintomas e a manutenção da qualidade de vida (Bigelow, 2000).

3.5 Tratamento da Síndrome Fibromiálgica

De acordo com Bennet *et al.* (2007), as intervenções terapêuticas percebidas como mais eficazes para a melhora da SFM são: medicamentos antidepressivos e analgésicos, repouso, sono, relaxamento, calor, reza e massagem.

Field *et al.* (2002) mostraram que a massagem pode ser útil para tratar doentes fibromiálgicos pois proporciona melhora dos transtornos do sono, dos sintomas psíquicos, como ansiedade e depressão, e da intensidade da dor.

O método *Rolfing* busca o equilíbrio do corpo humano no campo gravitacional via prática manipulativa, orientação e aperfeiçoamento dos movimentos (Rolf,1999). A fim de diminuir as limitações físicas com o relaxamento muscular e proporcionar melhora da qualidade do sono, revela aos doentes que é possível encontrar outros modos de comunicar-se com si mesmos e com os outros que não seja pela dor. Assim sendo, este método surge como possibilidade de tratamento adjuvante para a SFM de modo a tornar os doentes mais aptos a aliviar a própria dor e a melhorar sua autoimagem.

4. MÉTODOS

4.1 Casuística

Trinta doentes do sexo feminino e com idades variando de 28 a 62 anos, diagnosticadas de acordo com os critérios médicos propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), como sofredores de SFM, foram avaliadas e submetidas a dez sessões do método *Rolfing* durante o período compreendido de setembro de 2004 a agosto de 2006 no CDCN-HCFMUSP. Todos os doentes participaram voluntariamente da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II) e dispuseram-se a atender às propostas do protocolo da pesquisa que foi registrada com o número 305/04 e aprovada pela Comissão de Ética (Anexo A) para a Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do HCFMUSP em 27 de maio de 2004.

Tabela 1 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto ao estado civil, cor da pele e escolaridade.

Variável	N	%
Estado Civil		
Solteira	8	26,7
Casada	16	53,3
Divorciada	3	10,0
Viúva	3	10,0
Cor da Pele		
Branca	23	76,7
Parda	7	23,3
Escolaridade (anos de estudo)		
Fundamental (até 8 anos)	20	66,7
Médio (até 11 anos)	5	16,7
Superior (acima de 11 anos)	5	16,7

4.2 Métodos

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos, randomicamente, doentes capazes de compreender e responder aos quesitos dos testes propostos ao início, término e três meses após o tratamento. Todos foram submetidos a dez sessões do método *Rolfing* e mantiveram o tratamento rotineiro previamente executado no CDCN-HCFMUSP. Foram analisados os seguintes parâmetros:

- Intensidade da Dor;
- Nível de Ansiedade e de Depressão;
- Qualidade do Sono;
- Sensações de Fadiga, Disposição e Limitações Físicas;
- Apreciação do Próprio Corpo e Autoimagem.

4.2.2 Instrumentos de avaliação

- Escala Analógica Numérica Verbal de Dor;
- Inventário de Depressão Beck [BDI] (1992) adaptado para a língua portuguesa (Cunha, 2001);
- Inventário de Ansiedade Beck [BAI] (1992) adaptado para a língua portuguesa (Cunha, 2001);
- Gráfico de Apreciação do Próprio Corpo (Anexo V) para avaliar a representação da Imagem Corporal;
- Gráfico de Sintomas (Anexo IV) para avaliar a representação da intensidade da dor.

A Escala Analógica Numérica Verbal de Dor consistiu em se mensurar a dor numa escala de zero a dez: os doentes foram instruídos a verbalizar o ponto correspondente à magnitude de sua dor entre os extremos, zero, ou seja, “sem dor” e dez, ou seja, “dor insuportável”. Os resultados da avaliação da magnitude da dor foram subdivididos em cinco categorias, a saber: zero = sem dor; 1 ou 2 = dor fraca; 3, 4 ou 5 = dor moderada; 6 ou 7 = dor intensa; 8, 9 ou 10 = dor insuportável.

O BDI teve como objetivo mensurar a intensidade da depressão. Os itens foram selecionados com base na observação e relato das atitudes mais frequentes em doentes psiquiátricos com transtornos depressivos e referiram-se a: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Sentimento de fracasso; 4) Insatisfação; 5) Culpa; 6) Punição; 7) Autoaversão; 8) Autoacusações; 9) Ideias suicidas; 10) Choro; 11) Irritabilidade; 12) Retraimento social; 13) Indecisão; 14) Mudança da autoimagem; 15) Dificuldade de trabalhar; 16) Insônia; 17) Fatigabilidade; 18) Perda de apetite; 19) Perda de peso; 20) Preocupações somáticas; 21) Perda da libido.

O BAI teve como objetivo mensurar a intensidade dos sintomas de ansiedade com o uso de escala de autorrelato (Beck e Steer,1993^a). É constituído de 21 itens, que são “afirmações descritivas de sintomas da ansiedade” (Beck e Steer,1993^a, p.2), e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo numa escala de quatro pontos. Os itens são: 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de calor; 3) Tremor nas pernas; 4) Incapacidade de relaxar; 5) Medo de que aconteça o pior; 6) Atordoado ou tonto; 7) Palpitação ou aceleração do coração; 8) Desequilíbrio; 9) Terror; 10) Nervosismo; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremor nas mãos; 13) Tremor; 14) Medo de perder o controle; 15) Dificuldade de respirar; 16) Medo de morrer; 17) Sensação de estar assustado; 18) Indigestão ou desconforto no abdome; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afogueado; 21) Suor (não devido ao calor).

A qualidade do sono foi avaliada de acordo com a resposta da questão 16 do BDI que o classifica como: 0 = dorme bem; 1 = dificuldade para adormecer; 2 = despertar precoce; 3 = insônia.

As sensações de fadiga e de disposição para execução das atividades diárias foram avaliadas de acordo com a resposta da questão 17 do BDI que as classifica como: 0 = não fico mais cansado do que o habitual; 1 = fico cansado mais facilmente do que costumava; 2 = fico cansado ao fazer qualquer coisa; 3 = estou cansado demais para fazer alguma coisa.

A sensação de limitações físicas foi avaliada de acordo com a resposta da questão 15 do BDI que a classifica como: 0 = posso trabalhar tão bem quanto antes; 1 = é preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa; 2 = tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa; 3 = não consigo mais fazer qualquer trabalho.

Com a finalidade de facilitar e permitir a autoavaliação dos principais aspectos da representação psicológica do corpo feminino foram utilizados o Gráfico da Apreciação do Próprio Corpo e o Gráfico de Sintomas, baseados na figura do Roteiro para Autoavaliação da Imagem Corporal (Penna, 1989), adaptados por psicólogo.

Solicitou-se que os doentes pintassem no desenho do corpo humano as regiões onde sentiam dor (Anexo IV) para representar o Sintoma na Figura. As respostas foram classificadas como: não tendo pintado nada na figura = sem dor; pintado menos de 1/3 da figura = dor fraca; pintado de 1/3 a 2/3 da figura = dor moderada; pintado mais de 2/3 da figura = dor insuportável.

Solicitou-se, a seguir, que os doentes pintassem na figura (Anexo V) as regiões do corpo de que não gostavam, para analisar a representação da autoimagem. As respostas foram classificadas como: não tendo pintado nada = autoimagem ótima; pintado menos de 1/3 = autoimagem boa; pintado de 1/3 a 2/3 = autoimagem média; pintado mais de 2/3 = autoimagem baixa.

A autoimagem foi também avaliada de acordo com a resposta da questão 14 do BDI que a classifica como: 0 = não acho que de qualquer

modo pareço pior do que antes; 1 = estou preocupada em estar parecendo velha ou sem atrativo; 2 = acho que há mudanças permanentes que me fazem parecer velha ou sem atrativo; 3 = acredito que pareço feia.

Foi também realizada entrevista aberta e elaborada por psicólogo com o objetivo de coletarem-se dados sobre o estado do doente e sobre a evolução do tratamento nos três momentos da avaliação (Anexo III).

4.2.3 Aplicação do método *Rolfing* de Integração Estrutural

O processo foi aplicado em dez sessões e apresentou objetivos gerais comuns e particulares. Os doentes que participaram desta pesquisa foram atendidos individualmente a fim de que pudessem receber o tratamento da maneira mais eficaz possível.

Na primeira sessão, trabalhou-se com a liberação miofascial dos pés e das regiões lombar e occipital. Estimulou-se a liberdade respiratória do diafragma e apontou-se que o eixo vertical apresenta duas direções (cabeça rostralmente e pés caudalmente). Nas sessões seguintes, foram sempre lembrados os pontos trabalhados nas sessões anteriores tanto com a manipulação e movimentos quanto com as sensações obtidas.

Na segunda sessão, o foco foi o suporte para auxiliar o doente a perceber e a fortalecer o contato dos pés com o solo, a flexibilidade dos joelhos e seu equilíbrio. A liberação miofascial também focalizou-se nos pés e nas pernas.

Na terceira sessão, iniciou-se o aprimoramento dos movimentos contralaterais. Para auxiliar a pelve a alinhar-se com o tórax, a liberação miofascial concentrou-se nas cinturas escapular e pélvica.

Na quarta sessão, ajustou-se a pelve com a manipulação dos músculos abdutores e adutores das coxas, unindo-os ao suporte disponível.

Na quinta sessão, enfatizou-se a respiração, estimulando-se a movimentação dos braços e o suporte das pernas com leveza e flexibilidade.

Na sexta sessão, trabalharam-se os músculos isquiotibiais e paravertebrais. O foco foi a percepção da coluna vertebral, o alongamento da cadeia muscular posterior e o contato com o solo via pernas e pés.

Na sétima sessão, buscou-se o equilíbrio da cabeça em relação ao pescoço e ao eixo como um todo. Para isso, a manipulação visou diferenciar cabeça e pescoço enfatizando, através dos movimentos e das sensações, nova orientação espacial.

Nas três sessões subsequentes, reajustou-se o que não ficou claro. O objetivo foi apropriação dos novos movimentos e sua incorporação ao cotidiano. A liberação miofascial foi refeita nas áreas mais solicitadas e o movimento livre foi reforçado, a fim de que o doente pudesse encontrar o que há de mais confortável dentro de si.

Em termos funcionais, através da manipulação dos tecidos, estimulou-se a resposta respiratória que indicasse relaxamento e alívio das tensões. À medida que o doente sentiu essa relação, reforçou-se a exploração de experiências, como a de expandir o tórax com a inspiração e a de contrai-lo com a expiração. Reforçou-se também a percepção do eixo através do suporte que o solo lhe oferecia pelo contato dos pés e das pernas e pelo espaço disponível ao movimento.

4.2.4 Estatística

Todas as variáveis foram avaliadas descritivamente. Foram calculados os valores mínimos e máximos, as medianas, as médias e os desvios-padrão das variáveis quantitativas referentes. Uma vez que os resultados são escores e, portanto, não possuem distribuição normal, foram utilizadas análises não-paramétricas para a comparação das escalas entre os momentos de avaliação e a análise apropriada para essa comparação é a análise de Friedman (Neter, *et. al.*, 1996). Para avaliar o resultado do tratamento, foi comparado cada parâmetro de interesse entre os três momentos da observação, a fim de se conferirem as alterações ocorridas. Quando foram constatadas diferenças entre os parâmetros nos momentos da observação, foram realizadas comparações múltiplas não-paramétricas para dados em blocos (Neter, *et. al.*, 1996) para verificar-se entre quais momentos elas ocorreram. O programa de computação utilizado foi o *Statistical Package for Social Science* versão 13.0 (SPSS 13.0). Considerou-se como nível de significância dos testes o valor de 5%.

5. RESULTADOS

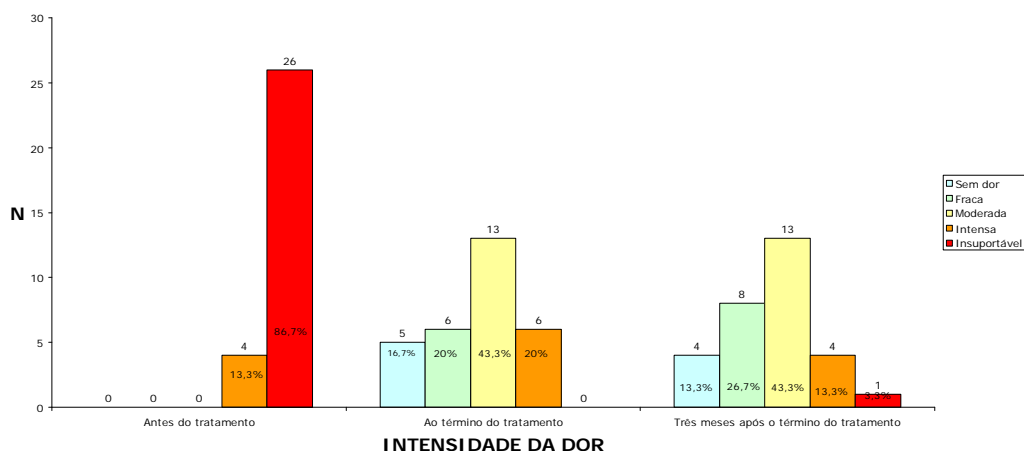
5.1 Análise da Intensidade da Dor de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor

Após o tratamento, houve redução do número de doentes que classificaram a dor como insuportável. As categorias sem dor, dor leve ou dor moderada, que não existiam antes do tratamento, surgiram após as dez sessões de *Rolfing* e permaneceram inalteradas três meses após o tratamento. Os resultados da avaliação quanto à ausência de dor, dor fraca, moderada, intensa ou insuportável estão apresentados na Tabela 2 e no Gráfico 1.

Tabela 2 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à intensidade da dor, de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Intensidade da Dor	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Sem dor	0	0	5	16,7	4	13,3
Dor fraca	0	0	6	20	8	26,7
Dor moderada	0	0	13	43,3	13	43,3
Dor intensa	4	13,3	6	20	4	13,3
Dor insuportável	26	86,7	0	0	1	3,3

Gráfico 1 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%), agrupados como: sem dor, dor fraca, dor moderada, dor intensa ou dor insuportável, de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento.



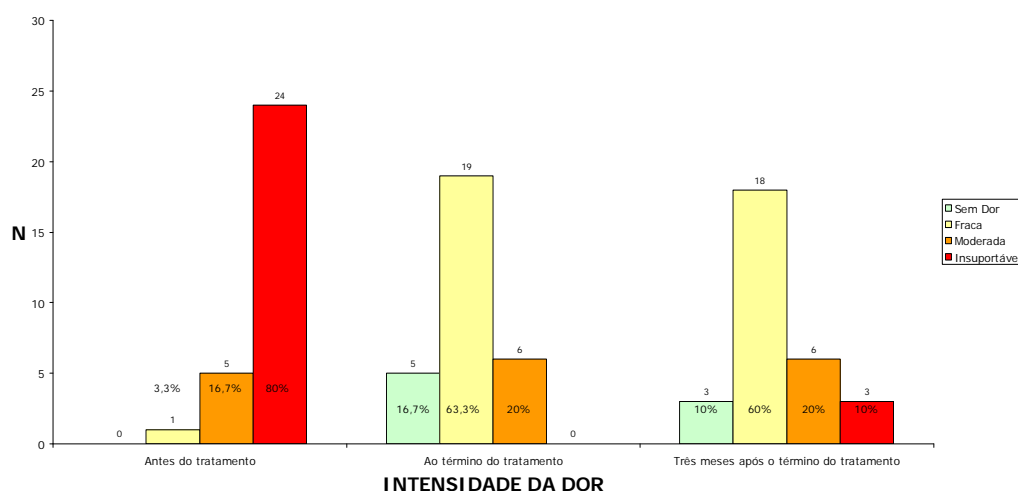
5.2 Análise da Representação do Sintoma na Figura

A análise da representação do Sintoma na Figura revelou que ocorreu redução do número de doentes que representavam os sintomas como dor insuportável e aumento dos que representavam como dor fraca ou sem dor após o término do tratamento. Três meses após o tratamento, houve discreto aumento da representação do sintoma como insuportável em relação ao observado no final. Os resultados da representação do Sintoma na Figura estão apresentados na Tabela 3 e no Gráfico 2.

Tabela 3 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à representação do Sintoma na Figura de acordo com a ausência de dor, dor fraca, dor moderada ou dor insuportável, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Intensidade da Dor	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Sem dor	0	0	5	16,7	3	10
Dor fraca	1	3,3	19	63,3	18	60
Dor moderada	5	16,7	6	20	6	20
Dor insuportável	24	80	0	0	3	10

Gráfico 2 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) de acordo com a representação do Sintoma na Figura, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento.



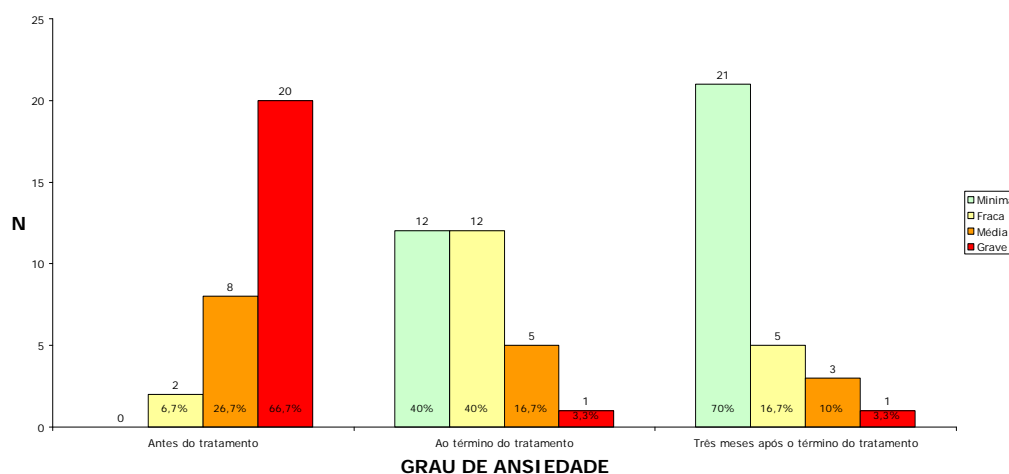
5.3 Análise do Inventário de Ansiedade Beck (BAI)

Observou-se redução dos doentes com índice de ansiedade média e grave, e aumento do índice de ansiedade mínima e fraca ao término do tratamento. Três meses após seu final, o número de doentes com ansiedade mínima aumentou e houve redução do número daqueles com ansiedade fraca e média, enquanto o número daqueles com ansiedade grave manteve-se semelhante ao observado ao término do tratamento. Os resultados da aplicação do BAI estão apresentados na Tabela 4 e no Gráfico 3.

Tabela 4 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto ao grau de ansiedade de acordo com o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), antes, ao término e três meses após o tratamento.

Grau de Ansiedade	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Mínima	0	0	12	40	21	70
Fraca	2	6,7	12	40	5	16,7
Média	8	26,7	5	16,7	3	10
Grave	20	66,7	1	3,3	1	3,3

Gráfico 3 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto aos resultados da aplicação do Inventário de Ansiedade Beck (BAI), agrupados como: mínima, fraca, média ou grave, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento.



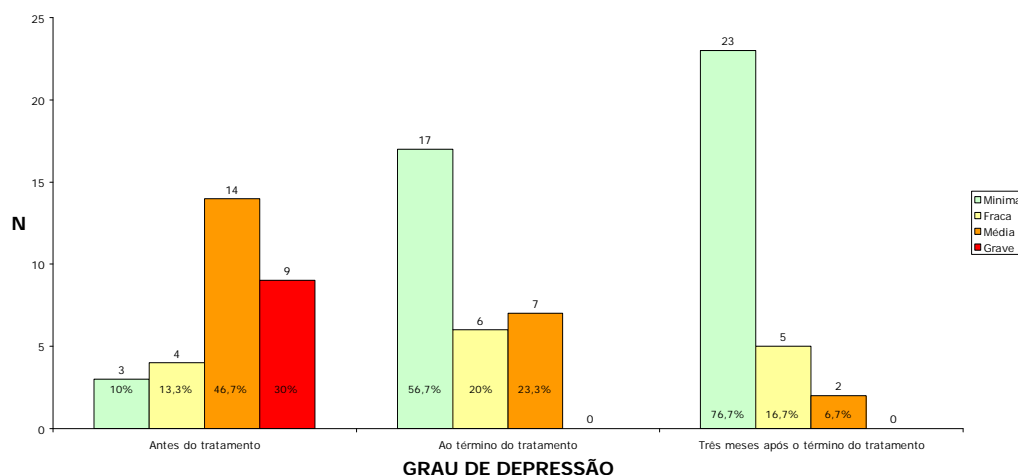
5.4 Análise do Inventário de Depressão Beck (BDI)

De acordo com os resultados do BDI, observou-se o desaparecimento de doentes com depressão grave, a redução do número de casos de depressão média e, conseqüentemente, o aumento de casos de depressão mínima ou fraca logo após o término do tratamento. O número de casos com depressão fraca ou média reduziu-se no terceiro mês em relação ao observado ao término do tratamento; nesse momento, não se identificaram doentes com depressão grave. Os resultados da aplicação do BDI estão apresentados na Tabela 5 e no Gráfico 4.

Tabela 5 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto ao grau de depressão de acordo com o Inventário de Depressão Beck (BDI), antes, ao término e três meses após o tratamento.

Grau de Depressão	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Mínima	3	10	17	56,7	23	76,7
Fraca	4	13,3	6	20	5	16,7
Média	14	46,7	7	23,3	2	6,7
Grave	9	30	0	0	0	0

Gráfico 4 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto aos resultados da aplicação do Inventário de Depressão Beck (BDI), agrupados como: mínima, fraca, média e grave, avaliados antes, ao término e três meses após o tratamento.



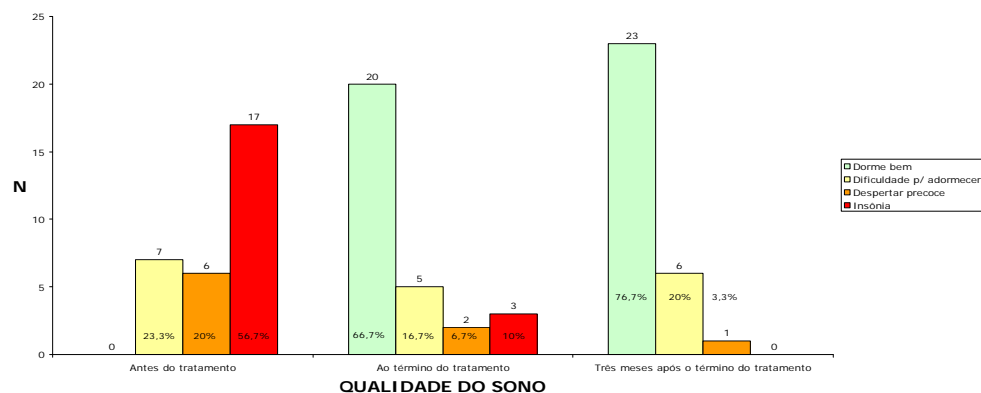
5.5 Análise da Qualidade do Sono

Todos os doentes responderam que não dormiam bem antes do tratamento e que frequentemente apresentavam insônia, pesadelo, dor, sono leve e/ou interrompido. Após as dez sessões de tratamento, ocorreu melhora na qualidade do sono, pois a maioria (66,7%) relatou que passou a dormir bem e mais tranquila e a acordar mais descansada. Ocorreu também redução dos casos com dificuldade para adormecer e de insônia. Três meses após o tratamento, reduziu-se ainda mais o número de casos de despertar precoce e nenhum doente referiu insônia. Os resultados do questionário sobre a qualidade do sono, de acordo com a questão 16 do BDI, estão apresentados na Tabela 6 e Gráfico 5.

Tabela 6 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à qualidade do sono de acordo com a questão 16 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Qualidade do Sono	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Dorme bem	0	0	20	66,7	23	76,7
Dificuldade para adormecer	7	23,3	5	16,7	6	20
Despertar precoce	6	20	2	6,7	1	3,3
Insônia	17	56,7	3	10	0	0

Gráfico 5 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à qualidade do sono, agrupados de acordo com a questão 16 do BDI como: dorme bem, dificuldade para adormecer, despertar precoce ou insônia, antes, ao término e três meses após o tratamento.



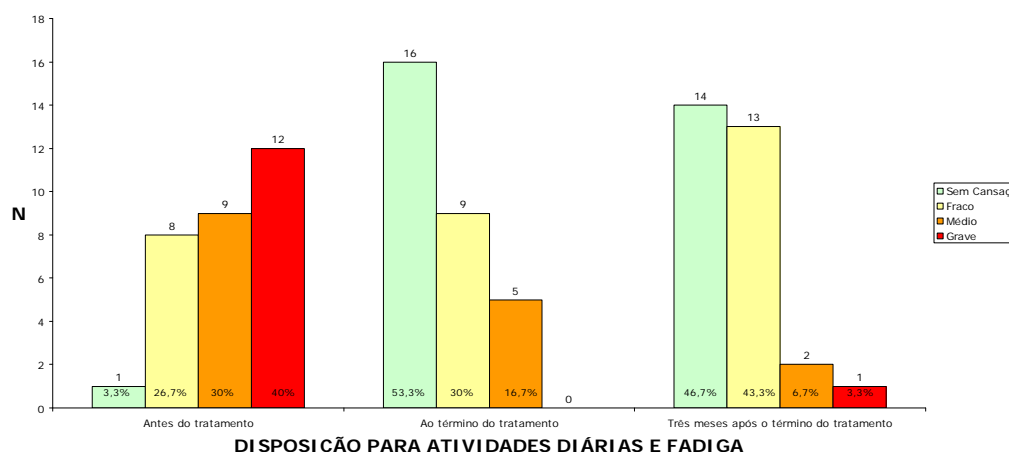
5.6 Análise da Disposição para Atividades Diárias e Fadiga

Observou-se que os doentes se sentiram menos cansados e mais dispostos ao término e três meses após o tratamento. Ocorreu redução do número de casos de cansaço ou de indisposição de média intensidade e ausência de casos com sintomas graves logo após o término do tratamento, melhora que se manteve no terceiro mês de acompanhamento, apesar de um doente ter apresentado recidiva, recorrendo para o grau grave na última avaliação. Os resultados do questionário sobre a sensação de cansaço e de disposição, de acordo com a questão 17 do BDI, estão apresentados na Tabela 7 e no Gráfico 6.

Tabela 7 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à disposição para atividades diárias e fadiga de acordo com a questão 17 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Disposição para Atividades Diárias e Fadiga	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Sem cansaço	1	3,3	16	53,3	14	46,7
Cansaço fraco	8	26,7	9	30	13	43,3
Cansaço médio	9	30	5	16,7	2	6,7
Cansaço grave	12	40	0	0	1	3,3

Gráfico 6 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à disposição para atividades diárias e fadiga, agrupados de acordo com a questão 17 do BDI como: sem cansaço, cansaço fraco, cansaço médio ou cansaço grave, antes, ao término e três meses após o tratamento.



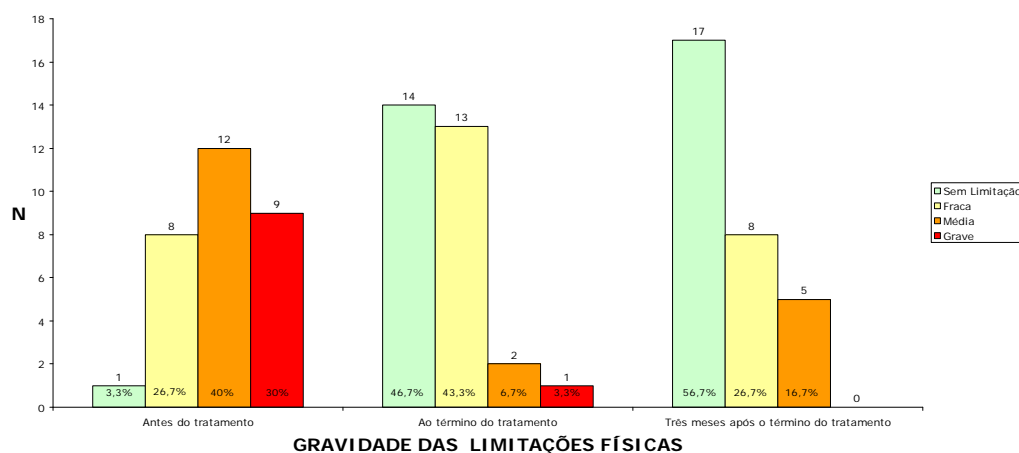
5.7 Análise das Limitações Físicas

Todos, exceto um (3,3%) doente, afirmaram que antes do tratamento sentiam limitações físicas para executar as tarefas diárias. As queixas mais frequentes foram: subir e descer escadas, carregar peso ou pendurar roupas. Ao término do tratamento, apenas um doente sentia limitações físicas graves e a maioria não apresentava essa queixa. Três meses após o tratamento, nenhum doente referiu limitação física grave e a maioria não a apresentava. Os resultados sobre limitações físicas, de acordo com a questão 15 do BDI, estão apresentados na Tabela 8 e no Gráfico 7.

Tabela 8 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto às limitações físicas de acordo com a questão 15 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Gravidade das Limitações Físicas	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Sem limitação	1	3,3	14	46,7	17	56,7
Limitação fraca	8	26,7	13	43,3	8	26,7
Limitação média	12	40	2	6,7	5	16,7
Limitação grave	9	30	1	3,3	0	0

Gráfico 7 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto às limitações físicas, agrupados de acordo com a questão 15 do BDI como: sem limitação, limitação fraca, limitação média ou limitação grave, antes, ao término e três meses após o tratamento.



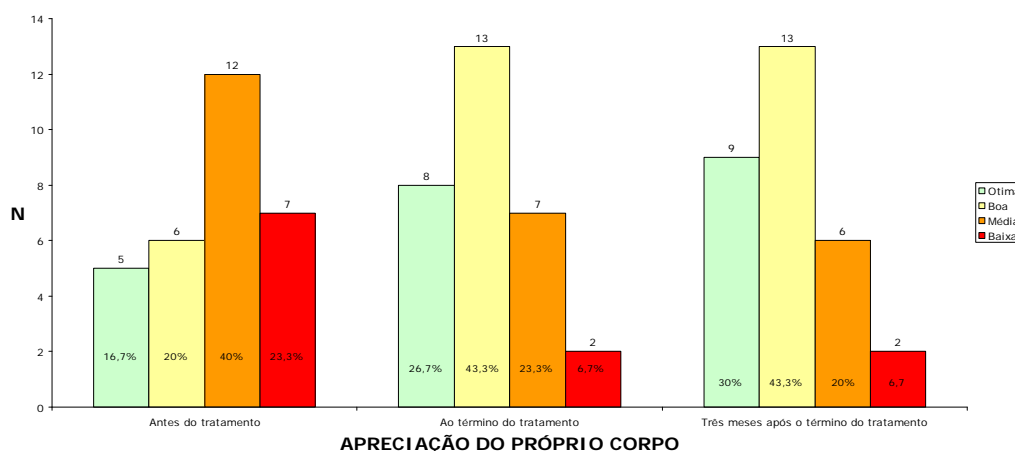
5.8 Análise da Representação da Apreciação do Próprio Corpo na Figura

A análise da Apreciação do Próprio Corpo na Figura revelou que houve diminuição do número de doentes com autoimagem baixa ou média e aumento do número de doentes com autoimagem ótima ou boa ao final do tratamento e três meses após, o que indica ter havido melhora da autoapreciação. Os resultados da avaliação da Apreciação do Próprio Corpo estão apresentados na Tabela 9 e no Gráfico 8.

Tabela 9 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à análise da Apreciação do Próprio Corpo como: ótima, boa, média ou baixa, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Apreciação do Próprio Corpo	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Ótima	5	16,7	8	26,7	9	30
Boa	6	20	13	43,3	13	43,3
Média	12	40	7	23,3	6	20
Baixa	7	23,3	2	6,7	2	6,7

Gráfico 8 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à Apreciação do Próprio Corpo classificada como: baixa, média, boa ou ótima, antes, ao término e três meses após o tratamento.



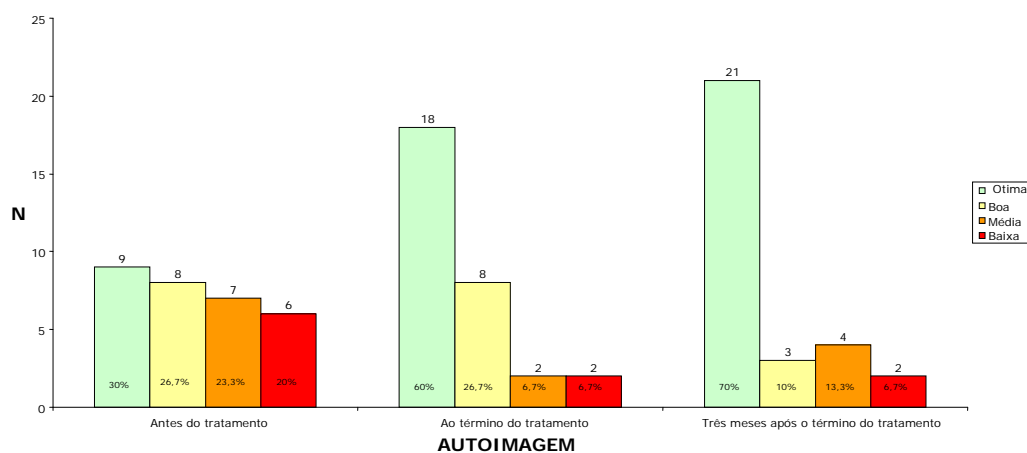
5.9 Análise da Representação da Autoimagem

Ocorreu melhora da Autoimagem na maioria dos doentes ao término do tratamento, resultado que se manteve, pelo menos, até o terceiro mês de acompanhamento. Os resultados do questionário sobre a Autoimagem, de acordo com a questão 14 do BDI, estão apresentados na Tabela 10 e no Gráfico 9.

Tabela 10 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto à Autoimagem, de acordo com a questão 14 do BDI, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Autoimagem	Antes do tratamento		Ao término do tratamento		Três meses após o término do tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Ótima	9	30	18	60	21	70
Boa	8	26,7	8	26,7	3	10
Média	7	23,3	2	6,7	4	13,3
Baixa	6	20	2	6,7	2	6,7

Gráfico 9 - Distribuição dos doentes em números absolutos (N) e em percentagem (%) quanto a análise da Autoimagem, agrupados de acordo com a questão 14 do BDI e avaliados como: ótima, boa, média ou baixa, antes, ao término e três meses após o tratamento.



Observou-se que todos os parâmetros avaliados sofreram modificações estatisticamente significativas entre os momentos de observação, ou seja, o tratamento influenciou-os, tal como está apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 - Médias, desvios-padrão (DP), medianas, valores mínimos e máximos, número de doentes (N) e grau de significância do teste de Friedman (P) para aferir as modificações quanto à avaliação da Intensidade da Dor de acordo com a Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, Limitação Física, Qualidade do Sono, Fadiga e Disposição, Depressão, Ansiedade, Apreciação do Próprio Corpo e Gráficos do Sintoma e da Autoimagem, antes, ao término e três meses após o tratamento.

Variável	Momento	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Escala Analógica Numérica Verbal de Dor	Início	9,07	1,14	10,0	7	10	30	<0,001
	Fim do tratamento	2,80	1,79	3,0	0	5	30	
	Três meses após	3,07	2,02	3,0	0	9	30	
Limitações Física	Início	1,97	0,85	2,0	0	3	30	<0,001
	Fim do tratamento	0,67	0,76	1,0	0	3	30	
	Três meses após	0,60	0,77	0,0	0	2	30	
Qualidade do Sono	Início	2,33	0,84	3,0	1	3	30	<0,001
	Fim do tratamento	0,60	1,00	0,0	0	3	30	
	Três meses após	0,27	0,52	0,0	0	2	30	
Fadiga e Disposição	Início	2,07	0,91	2,0	0	3	30	<0,001
	Fim do tratamento	0,63	0,76	0,0	0	2	30	
	Três meses após	0,67	0,76	1,0	0	3	30	
Depressão	Início	29,80	11,41	30,5	10	53	30	<0,001
	Fim do tratamento	11,43	9,27	8,5	0	31	30	
	Três meses após	8,13	6,43	8,0	0	27	30	
Ansiedade	Início	37,30	12,75	36,5	13	58	30	<0,001
	Fim do tratamento	13,87	10,01	11,5	1	53	30	
	Três meses após	10,53	9,58	7,0	0	44	30	
Gráfico da Apreciação do Próprio Corpo	Início	1,70	1,02	2,0	0	3	30	<0,001
	Fim do tratamento	1,10	0,88	1,0	0	3	30	
	Três meses após	1,03	0,89	1,0	0	3	30	
Gráfico do Sintoma	Início	2,77	0,50	3,0	1	3	30	<0,001
	Fim do tratamento	1,03	0,61	1,0	0	2	30	
	Três meses após	1,30	0,79	1,0	0	3	30	
Autoimagem	Início	1,33	1,12	1,0	0	3	30	0,002
	Fim do tratamento	0,60	0,89	0,0	0	3	30	
	Três meses após	0,57	0,97	0,0	0	3	30	

Como pode ser observado na Tabela 12, a avaliação da dor, das limitações físicas, do sono, da fadiga e disposição, da depressão, da apreciação do próprio corpo, da representação dos sintomas de dor e a autoimagem melhorou com impacto estatístico significativo entre o momento inicial e o final do tratamento. Não houve, entretanto, diferença estatisticamente significativa dos valores entre o momento final do tratamento e três meses após seu término destes parâmetros, exceto quanto à ansiedade que sofreu melhora adicional três meses após ($p = 0,028$) o término do tratamento.

Tabela 12 - Comparações múltiplas para avaliar ocorrência das diferenças entre os valores observados na Escala Analógica Numérica Verbal de Dor, Limitação Física, Qualidade do Sono, Fadiga e Disposição, Depressão, Ansiedade, Apreciação do Próprio Corpo e Gráficos do Sintoma e da Autoimagem, avaliados antes e ao término, antes e três meses após o término e ao final e três meses após o término do tratamento, em valores de distribuição da probabilidade normal padrão (Z) e seu significado estatístico (P).

Variável	Comparação	Valor Z	p
Escala Analógica Numérica Verbal de Dor	Início vs fim do tratamento	8,03	<0,001
	Início vs três meses após	8,12	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	0,09	0,927
Limitações Físicas	Início vs fim do tratamento	6,39	<0,001
	Início vs três meses após	7,03	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	0,64	0,523
Qualidade do Sono	Início vs fim do tratamento	6,57	<0,001
	Início vs três meses após	7,94	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	1,37	0,171
Fadiga e Disposição	Início vs fim do tratamento	6,39	<0,001
	Início vs três meses após	6,21	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	-0,18	0,855
Depressão	Início vs fim do tratamento	7,30	<0,001
	Início vs três meses após	8,85	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	1,55	0,121
Ansiedade	Início vs fim do tratamento	7,12	<0,001
	Início vs três meses após	9,31	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	2,19	0,028
Gráfico da Apreciação do Próprio Corpo	Início vs fim do tratamento	3,10	0,002
	Início vs três meses após	3,47	0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	0,37	0,715
Gráfico do Sintoma	Início vs fim do tratamento	8,22	<0,001
	Início vs três meses após	6,85	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	-1,37	0,171
Autoimagem	Início vs fim do tratamento	3,10	0,002
	Início vs três meses após	3,74	<0,001
	Fim do tratamento vs três meses após	0,64	0,523

vs=versus

6. DISCUSSÃO

Dor é “experiência sensitiva e emocional desagradável decorrente de lesão real ou potencial dos tecidos. É subjetiva e sua expressão varia de indivíduo para indivíduo” (IASP, 1986). A dor, por sua relevância, é considerada por alguns como o quinto “sinal vital”; deve, portanto, ser avaliada rotineiramente durante a consulta médica juntamente com as frequências respiratória e cardíaca, a temperatura corpórea e a pressão arterial. É sintoma de alerta para o indivíduo de que algo não está bem (Teixeira, 2006).

Em seus registros sobre o “Senso de Coerência”, indicador psicossocial de saúde que busca explicar fatores que promovem saúde, a dor deve ser compreendida, mensurada e significada (Moraes, 2006).

Em doentes com SFM, a dor é física e, portanto, real. Os mecanismos envolvidos na transmissão e na percepção dos estímulos dolorosos estão comprometidos nesses casos (Teixeira, 2006). Os componentes afetivos e emocionais da expressão dolorosa também são importantes na expressão da dor; o doente deve ser ouvido, especialmente porque a origem da síndrome pode remetê-lo a tempos precedentes às manifestações dolorosas (Lin *et al.*, 1997). “O não-reconhecimento da interação físico-emocional pode comprometer a eficácia do tratamento”, conceito que está de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como “bem-estar físico, psíquico e social”.

A dor tem perspectiva que transcende o estímulo nociceptivo, tem rede de significados, que é individual e permite sua elaboração consciente ou inconsciente. Dar significado à dor também é modo de modulá-la, elevando seu limiar para representar e solucionar conflitos. Portanto, a maneira de o doente se relacionar com a dor pode ter influência positiva em sua qualidade de vida.

Para Rolf (1999), a dor está dentro da pele, está no homem. É com Asclépios que nasce a *Ars curandi*, a arte de curar ou de tratar. Asclépios, o Deus da Medicina, estimulava sua prática como consolação e escuta do doente que, em sua solidão, precisa ser reconduzido ao conforto do convívio humano. Uma de suas filhas, Higéia, é a personificação da saúde. “A doença

levanta apenas, de modo mais agudo, um problema de todo ser humano: a oportuna e necessária dialética entre a aceitação e a recusa do corpo para autoidentificação. A compreensão dessa dialética, que pode ser chamada de “distanciamento”, é fundamental para o médico entender como sua colaboração é importante para que o doente se reconcilie com seu corpo e não o veja como território estranho que passa a odiar” (Ismael, 2002). Ao se falar de amor do médico pelo doente, fala-se da compaixão e da prestação de um conforto incondicional que quer eliminar a dicotomia entre “tenho um corpo” e “sou o meu próprio corpo”, o que salienta a diferença entre curar o corpo e curar através dele (Ismael, 2002; Prado, 2006).

A SFM acomete geralmente mulheres e é incomum em homens (Bennet *et al*, 2007; Verbunt *et al*, 2008). Nos homens, os sintomas costumam ser mais intensos, ou seja, há comprometimento mais acentuado das funções físicas e da qualidade de vida do que nas mulheres. Para os homens, a doença é interpretada como mais grave do que para as mulheres (Burskila *et al.*, 2000). Para a realização da presente pesquisa, foram incluídos apenas doentes adultos do sexo feminino, com 28 a 62 anos de idade, o que, de antemão, não possibilitou extrapolar os resultados para ambos os sexos ou outras faixas de idade.

Na entrevista inicial realizada na primeira consulta, os doentes descreveram a dor como generalizada, em todo o corpo e, muitas vezes, insuportável. Alguns referiram que apresentavam queimor, formigamento, agulhadas ou choques, outros não conseguiram especificar suas sensações. Os doentes queixavam-se de dor nas articulações, nos braços, nos dedos, nas mãos, nos quadris, nas pernas, nos joelhos e/ou nos pés. Também houve casos de queixas de dor nas costelas, que impedia os movimentos respiratórios, e de dor na cabeça ou irradiada para a região de toda a coluna vertebral.

De acordo com Geenen (2001), a SFM é um problema multifacetado. O autor propôs que, ao invés de tratamentos monoterápicos, combinem-se tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos para tratar, além da dor, do sono, do estresse e dos transtornos do humor.

A terapia cognitivo-comportamental adequada e com treinamento específico para cada doente pode ser útil para tratar doentes com SFM (van Koulil *et al.*, 2008). Deale *et al.* (2001) também consideraram que esta modalidade terapêutica pode beneficiar muitos doentes, mas não curá-los.

A SFM é desafio para os clínicos em virtude da falta de opção de tratamentos eficazes (van Koulil *et al.*, 2008). O tratamento com o método *Rolfing* como terapia individualizada, que age tanto no padrão individual quanto no estrutural de cada um, pode possibilitar melhora pois abrange aspectos que transcendem a dor (Rolf, 1999). Ao atuar no plano sintomático profundo, pode reduzir outros sintomas envolvidos na avaliação da qualidade de vida sem, todavia, ser paliativo (Schmidt, 2004).

O método *Rolfing* tem como proposta integrar as estruturas físicas, e as funções neuromotoras; para isso, estimular e diferenciar os músculos, aliviar as tensões e reconquistar a liberdade dos movimentos nas regiões comprimidas, rígidas e com pouca mobilidade, e assim, possibilitar o desenvolvimento da percepção corporal e melhorar a comunicação das estruturas musculoesqueléticas com o sistema nervoso (Rolf, 1999). Rolf (1999) considerou que o que impedia o movimento, idealmente livre e natural, devia relacionar-se à percepção, à coordenação neuromotora, ao tecido miofascial e/ou ao significado emocional.

Ocorreu redução mediana de sete pontos na Escala Numérica Verbal de Dor ($p < 0,001$) após o término do tratamento nos doentes incluídos na presente pesquisa, melhora que se manteve, pelo menos, durante os três meses subsequentes de acompanhamento. Antes do tratamento, 86,7% dos doentes queixavam-se de dor insuportável e 13,3%, de dor intensa. Três meses após o término do tratamento, um doente (3,3%) apresentou recidiva dos sintomas dolorosos. Bennet *et al.* (2007) sugeriram que doentes que apresentam piora dos sintomas ou ausência de melhora podem ter sofrido crise ou vivenciado evento emocional. Ao final do tratamento, 13,3% dos doentes classificaram a dor como intensa; 43,3% como moderada; 26,7% como fraca; e 13,3% estavam sem dor.

Para Rolf (1999), o desalinhamento postural decorrente dos maus hábitos da postura e da movimentação, dos estresses físicos e emocionais e/ou das sobrecargas de peso e forças causa desconforto físico, vícios do movimento e das expressões corpóreas e compromete o funcionamento do aparelho locomotor e do sistema nervoso. Ao retomar sua harmonia natural e equilíbrio, o organismo consome menos energia para executar suas funções e adquire maneiras mais eficientes de se mover com flexibilidade e integração. Segundo Prado (2006), o resultado é progressivo e seus benefícios são físicos e emocionais.

A melhora observada após as sessões de *Rolfing* manifestou-se não somente quanto à intensidade da dor propriamente dita mas também quanto à relação dos próprios doentes com a dor. Esta, embora permanecesse, na maioria dos casos tornou-se mais localizada e perceptível; o próprio corpo tornou-se mais definido, as limitações físicas diminuíram, o sono ficou mais reparador e a sensação de cansaço não esteve tão presente; partes do corpo, onde inicialmente havia desconforto, passaram a incomodar menos ou a não mais incomodar.

É importante que cada pessoa descubra sua maneira de relaxar e de enfrentar seus próprios conflitos. Deve observar como executa os movimentos que, quando inadequados, podem tornar-se fonte considerável de dor com o passar do tempo (Rolf, 1999). Uma vez que nos movemos por inteiro, cada restrição, em breve atinge a totalidade e os movimentos não são mais eficazes pois as partes adjacentes são ativadas quando deveriam estar em repouso. Com isso, consome-se excessiva energia para executar-se a simples tarefa de viver (Rolf, 1999).

O método *Rolfing* surge como alternativa para inverter esse processo. À medida que se conquista um corpo mais leve e solto, pode-se induzir o desaparecimento dos padrões antigos. Quando a confiança na capacidade de mudar aumenta, os indivíduos tornam-se mais vigorosos. Corpos humanos têm predileção natural pela verticalidade, conforto e facilidade. Nesse contexto, a força da gravidade pode fluir afinada com a força da pessoa. Em relação à gravidade, os seres humanos não diferem de outros

corpos materiais: as massas devem estar em equilíbrio para serem estáveis (Feitis, 1986).

O toque promove sensação que mostra o limite corporal e o tato é um sentido também de autopercepção. Esta percepção bem desenvolvida pode induzir segurança, sensação de estar em casa e despertar sentimento de confiança em si e no mundo. Através do toque pode-se estabelecer contato com outra pessoa e obter a percepção da própria individualidade. (Montagu, 1988).

O método *Rolfing* não trabalha com um toque específico para obter resultados específicos. Baseia-se na resposta geral do organismo (homeostase) e contempla a continuidade do tecido conectivo. Objetiva que, via intervenção pontual, é possível atingir todo o organismo, de modo que ocorram mudanças em regiões distantes daquelas manipuladas. O toque permite sentir e perceber a própria experiência corporal e objetiva estimular e desenvolver os recursos funcionais do doente, desde que este participe ativamente do seu processo. Isto significa que se trabalha *com* o doente e não *no* doente. Talvez, com pés e pernas mais funcionais, o doente possa perceber, de uma nova maneira, o seu peito, as suas emoções e atitudes ali contidas; ao explorar a respiração, possa observar os efeitos do alívio e da sobrecarga que esta exerce em sua postura (Prado, 2006).

Tocar é uma linguagem. A comunicação que se estabelece por meio do toque constitui poderoso modo de criar relações humanas. A percepção de si mesmo é, em grande medida, uma questão de experiências táteis. O significado que se dá a essas experiências é fundamental para o desenvolvimento do comportamento humano. O toque parece legitimar a existência de quem tocou e de quem foi tocado. É antiga a crença na magia do toque de pessoas poderosas e sagradas, seja para o bem ou para o mal (Montagu, 1988).

A sensação básica do tato como estímulo é vital para a sobrevivência física do organismo. A pele daqueles submetidos a carências táteis torna-se “desligada”. Nessas condições, o indivíduo pode estar tão tenso a nível

cutâneo que não se percebe mais e se “desconecta” de si mesmo (Montagu, 1988). Um toque humano com efeito curativo pode intensificar as habilidades terapêuticas e a potencialidade da recuperação do doente (Prado, 2006).

A relação terapêutica desenvolvida entre o doente e o terapeuta também deve ser considerada pois permite a ampliação do resultado do tratamento para além do aspecto físico. Com essa relação, eventos ocorridos no passado podem adquirir novo significado quanto à importância em relação à doença; a relação é única e pessoal, porém essencial para a eficácia de qualquer estratégia ou técnica, em qualquer momento do tratamento, e para o tratamento em si (Prado, 2006).

De acordo com Prado (2006), há grande diferença entre trabalhar na estrutura anatômica do doente e trabalhar através dessa estrutura. Uma vez compreendido o padrão corporal de cada indivíduo que, por sua vez, contém manifestações tanto físicas quanto funcionais, e estabelecida a relação de confiança, o terapeuta pode atingir níveis mais profundos desse padrão. O mesmo autor refere que este processo possa ocorrer de modo mais ou menos consciente, mas permite ao doente explorar e relaxar padrões antigos e conquistar novas possibilidades (Prado, 2006; Rolf, 1999).

O equilíbrio corporal também compõe o quadro do bem-estar. Por meio dele estabelece-se harmonia com as forças do meio ambiente e adquire-se orientação espacial e ajuda para sentir-se situado no mundo. O bom equilíbrio dá segurança e traz sensação de tranquilidade. Quando há segurança interior, pode-se repousar o corpo, como acontece com os equilibristas. Uma pessoa com bom alinhamento postural e flexibilidade pode superar mais facilmente a instabilidade provocada pelos movimentos. Quanto mais livre a motricidade mais eficaz é a manutenção e a adaptação das forças dos equilíbrios corporal e emocional (Rolf, 1999).

A redução mediana obtida após o término do tratamento foi de dois pontos na escala ($p < 0,001$) da Representação do Sintoma na Figura e manteve-se assim até o terceiro mês subsequente de acompanhamento. No início do tratamento, 80% dos doentes representaram sua dor na figura

como insuportável e, 3,3%, como leve. Três meses após o término do tratamento, 10% classificaram a dor como insuportável e, 60%, como leve.

De acordo com Bennet *et al.* (2007), os conflitos familiares comprometem o desempenho dos doentes com SFM. Relatou vivenciarem algum tipo de conflito familiar 43,3% das doentes incluídas na presente pesquisa, achado que parece relacionar-se com a dor e com o comprometimento da qualidade de vida (Bennet *et al.*, 2007).

A dor associada à SFM relaciona-se à história de vida de cada indivíduo e ao estresse desencadeado por eventos mínimos, mas que causam incapacidade funcional e cuja intensidade geralmente é magnificada. Há indícios de que esses doentes sejam mais sensíveis aos estressores psicológicos e menos aptos a lidar com os problemas do cotidiano (Dailey *et al.*, 1990). O estresse emocional é fator desencadeante e agravante muito comum da dor em doentes com SFM. Na presente pesquisa, 66,7% dos doentes relataram ocorrência de algum estresse, o que talvez tenha causado impacto desfavorável e considerável em sua qualidade de vida, resultado que está de acordo com o de outros estudos (Bennet *et al.*, 2007; Verbunt *et al.*, 2008).

Van Middendorp *et al.* (2008) observaram que transtornos emocionais contribuem para os sintomas físicos e psicológicos em fibromiálgicos. Durante a primeira avaliação, as doentes incluídas no presente estudo relataram que almejavam tranquilidade e equilíbrio, diminuição da ansiedade, perda do medo, recuperação da independência e das atividades diárias, bem como a retomada das amizades. Após o tratamento, 86,7% das doentes afirmaram que estavam mais tranquilas, decididas, comunicativas, seguras, ativas, dispostas, otimistas e bem-humoradas. Algumas acrescentaram que estavam menos gulosas e briguentas. Durante os três meses de observação do tratamento, passaram a participar de atividades como viajar, dançar, trabalhar e não se cansavam com tanta facilidade; as dores recorrentes passaram a ser percebidas como mais superficiais.

É comum que fibromiálgicos expressem anormalidades afetivas traduzidas como depressão, como sensação de perdas e danos e

ansiedade, como sensação de ameaça (Figueiró,1999). De acordo com Figueiró (1999), algumas dessas alterações podem ser observadas tanto na prática clínica quanto nas pesquisas: dificuldade para relaxar, aceitar a dependência emocional e receber ajuda, mudanças nos estados de ânimo e humor, relações de ressentimento com o passado, incluindo-se o corpo saudável perdido, tendência a ruminação e a fantasias de onipotência. Como não é fácil conscientizar-se da dor emocional, a percepção dolorosa estabelece-se no físico de quem a sofre. Sua relação é com um corpo doente, estragado e inválido, que só lhe oferece restrições e dores sem ambiente para o prazer, mas com espaço apenas para sofrimento e para sensações referidas como vazio profundo.

A confluência adequada entre uma pessoa e o meio em que vive é adquirida quando a pessoa está apta a, ao relacionar-se, preservar sua identidade sem se isolar e, ao mesmo tempo, sem se entregar totalmente ao mundo (Bandura, 1977). O estresse é produto da má confluência nesse sentido. Os conflitos são fatores muito estressantes. Tais fatores podem ser únicos ou múltiplos, recorrentes ou contínuos, e influenciam os estados físico e mental, o humor, a alimentação, o sono e as relações interpessoais e sociais dos indivíduos (Figueiró,1999).

Afetividade é um conjunto de fenômenos e funções psíquicas necessários à sobrevivência e manifestados como emoções, sentimentos e paixões, acompanhados da impressão de dor ou prazer, de agrado ou desagradado, de alegria ou tristeza. As anormalidades afetivas geralmente são derivadas das reações de luta ou fuga e das chamadas emoções de contenção, como raiva ou medo, frente a eventos percebidos como ameaçadores ao equilíbrio e ao fluxo da vida e capazes de comprometer a homeostase (Dorsch, 2001).

Antes do tratamento, 66,7% dos doentes apresentavam ansiedade grave e nenhum apresentava ansiedade mínima, de acordo com o BAI (Beck *et al.* 1988). Três meses após o término do tratamento, 3,3% ainda apresentavam ansiedade grave e, 70% nível mínimo de ansiedade. Ocorreu redução mediana de 25 pontos na escala da ansiedade após o término do

tratamento ($p < 0,001$). Houve, também, progressiva melhora da ansiedade entre o término do tratamento até o terceiro mês de acompanhamento, ou seja, redução de 4,5 pontos na escala de ansiedade, modificação também estatisticamente significativa ao término do tratamento ($p = 0,028$).

Ansiedade e medo são emoções naturais relacionadas à presença de uma ameaça. Quando persistentes e exagerados, podem tornar-se doentios ao alterar as estratégias defensivas e os mecanismos homeostáticos do organismo, transformando-se em transtornos de ansiedade, pânico e/ou depressão (Figueiró, 1999).

O transtorno de ansiedade é um conjunto de sentimentos de tensão e de apreensão que representa uma alteração emocional e estimula a atividade do sistema nervoso neurovegetativo, tornando o indivíduo hipervigilante. Está associado ao medo antecipatório da dor e às suas consequências. O doente avalia superestimadamente o perigo e subestima as próprias habilidades de como lidar com ele. São comuns a sensação de vazio interno e a falta de atenção ao que o foco aponta como algo ameaçador. Pode induzir preocupação excessiva e persistente, inquietação, fadiga e tensão muscular e alterar o sono, ou seja, cria condições que agravam o quadro fibromiálgico (Bennet *et al*, 2007).

A ansiedade foi o único sintoma que, após a suspensão do tratamento, não apenas se manteve menos expressiva como também apresentou melhora progressiva e estatisticamente significativa, pelo menos até o terceiro mês de acompanhamento. Pode-se, portanto, postular que a ansiedade é retroalimentada por sintomas físicos e que estabelece um ciclo vicioso. Interrompendo-se este ciclo, ou seja, diminuindo a intensidade da dor, pode ocorrer melhora da qualidade do sono, mais disposição e melhora da autoestima. Isto significa que a ansiedade perde motivos para manter-se ou agravar-se, e melhora.

Antes do tratamento, 30% dos doentes incluídos na presente casuística apresentavam depressão grave e 10%, depressão mínima. Três meses após o término do tratamento, nenhum doente apresentava

depressão grave e 76,7% apresentavam depressão mínima, o que sugere que o método *Rolfing* pode ser eficaz para tratar esta condição.

A depressão é um estado caracterizado por sentimentos de inadequação, rebaixamento da atividade e pessimismo sobre o futuro, e induz ao processamento incorreto das informações e à observação e interpretação dos fatos distorcidos da realidade (Dorsch, 2001). A depressão pode também resultar de respostas pouco satisfatórias para os eventos da vida, sendo que, quanto mais difícil for a adaptação à realidade mais grave ela será (Rossini, 2002).

De acordo com Rolf (1999), a dor bloqueia os músculos e todas as forças contidas neles, o doente passa a negar o próprio corpo e a perder a força de superação e de transformação da dor. Feldenkrais (1997) afirmou sucintamente: “A força que não é convertida em movimento não desaparece simplesmente mas é dissipada causando danos às articulações, músculos e outras partes do corpo”. Os fibromiálgicos, ao longo de suas respectivas biografias, podem sentir a ausência da sua força de vontade e a perda do poder de relação com o mundo. O contato com si mesmos é feito pelo corpo, através da dor. Desestruturados e sem recursos para lidar com isso, deprimem-se, aprisionados na própria dor.

Após o término do tratamento, ocorreu redução mediana de 22 pontos da depressão ($p < 0,001$), de acordo com o BDI (Beck *et al.*, 1961), melhora que se manteve no terceiro mês de acompanhamento. Mesmo os 83,4% dos doentes que faziam uso crônico de antidepressivos apresentaram decréscimo significativo nos índices de depressão com o tratamento.

As queixas de depressão observadas no início do tratamento manifestaram-se, em alguns casos, desde a adolescência. Os quadros depressivos mostraram-se agravados com fatores traumáticos, tais como: perda de parentes próximos, abusos, acidentes (atropelamentos ou fraturas) ou cirurgias a que foram submetidas. Estas mulheres tinham em comum a sensação de que ninguém mais acreditava na sua dor ou de haver perdido a própria identidade. Manifestavam, também, a sensação de serem inúteis ou imprestáveis; de estarem sozinhas por não poderem mais contar com seus

maridos, filhos e/ou parentes; de terem perdido o interesse pelos amigos; e o receio de saírem desacompanhadas. Revelaram que as sensações de culpa e de vergonha e os medos também estavam presentes. Algumas sentiam-se muito velhas pois não tinham disposição para nada e preferiam nem sair da cama; outras admitiram que se tornaram nervosas e agressivas. Diante da possibilidade de melhora com o tratamento pelo método *Rolfing*, esperavam qualquer solução que aliviasse suas dores.

É certo que medicamentos antidepressivos, analgésicos e hipnóticos auxiliam o tratamento de doentes com SFM (Bennet *et al.* 2007). Recomendam-se futuros estudos para avaliar a eficácia da associação de diferentes fármacos com a intervenção concomitante ao método *Rolfing* e verificar se há possibilidade de redução da quantidade e da duração da manutenção desses medicamentos.

O doente com depressão teme mudanças. Com dor, paralisa-se dentro de si e tudo piora, perde seu livre-arbítrio e a criatividade, isto é, a capacidade humana de produzir algo novo. Os doentes tratados com o método *Rolfing* obtiveram algo novo na percepção de si, assim como na percepção da dor. A nova relação com o corpo e com a vida deu-lhes a possibilidade de transformação e de atuação no cotidiano (Rolf, 1999).

Quando as fibromiálgicas tornaram-se menos ansiosas e deprimidas, seus conflitos também tornaram-se mais suportáveis. Além de afastarem os medos, intensificaram a produtividade, passaram a controlar melhor a agressividade, o ciúme e a impulsividade, aprenderam a ter mais respeito por si mesmas e pelo próprio corpo e sentiram-se vitoriosas ao conseguir dominar a dor e controlar suas tensões.

Antes do tratamento, 56,7% dos doentes queixavam-se de insônia e, 43,3%, apresentavam outras alterações do sono. Sucessivas noites maldormidas podem resultar em dor, uma vez que os músculos precisam de repouso para recompor-se e as células do SNC necessitam de reestruturação funcional. De acordo com Maldofsky (1995), o sono não-reparador, a dor, a fadiga e as anormalidades cognitivas e do humor presentes em doentes com SFM relacionam-se às alterações do eixo neuro-

imuno-endócrino. De acordo com Rossini *et al.* (2005), doentes com dores constantes e insônia crônica sofrem prejuízo do dinamismo psíquico e da avaliação do equilíbrio adaptativo.

Nas doentes incluídas na presente casuística, houve redução de três pontos da mediana da qualidade do sono após o término do tratamento, de acordo com a escala utilizada ($p < 0,001$). A melhora manteve-se, pelo menos, até o terceiro mês após o término do tratamento, momento em que 76,7% dos doentes passaram a dormir bem apesar de 23,3% ainda mantiveram alguma alteração de sono. Estes resultados sugerem que o método *Rolfing* pode ser eficaz para melhorar a qualidade do sono.

Antes de iniciar o tratamento com o método *Rolfing*, 23,3% dos doentes da presente casuística apresentavam baixa apreciação do seu corpo, e apenas 16,7%, apreciação muito boa. Três meses após seu término, apenas 6,7% dos doentes mantiveram a sensação de baixa apreciação e 30% passaram a ter apreciação muito boa de si mesmo.

Segundo Schilder (1999), o movimento modifica a tensão muscular e melhora as orientações física e espacial. Ao mesmo tempo, também seria modo de exterminar ou diminuir a rigidez do modelo postural e conduzir a atitudes psíquicas mais genuínas e adequadas, o que influenciaria a imagem corporal. Este autor acrescentou que toda mudança da atitude psíquica evoca mudança na situação dinâmica como um todo e é experimentada como alteração da tensão muscular. A percepção do corpo depende do tono muscular, enquanto o conhecimento de nós mesmos depende da nossa ação e os processos emocionais intervêm nos processos de construção da imagem corporal que, por sua vez, é intimamente relacionada às experiências de cada um (Schilder, 1999).

Na presente pesquisa, observou-se que, ao final do tratamento, ocorreu redução mediana de um ponto na escala ($p < 0,001$) quanto à extensão da área corporal não apreciada pelo doente, resultado que se manteve três meses após seu término.

A autoavaliação da imagem corporal realiza levantamento dos pontos sensíveis à dinâmica inconsciente e permite observar as atitudes adotadas

pelo doente ao lidar com suas próprias somatizações. Pode contribuir para o esclarecimento dos conflitos inconscientes nos ritmos biológicos e na autoexpressão. Com isso, o doente tem a oportunidade de tornar mais conhecidas a mensuração da dor e a representação psicológica que faz de si mesmo (Penna, 1990).

A imagem corporal seria a maneira de o corpo apresentar-se para nós. Pode ser muito subjetiva à medida que se estabelece a partir do que se vivencia e se manifesta (Schilder, 1999). O doente com dor crônica faz representação de suas partes do corpo e de suas realidades internas e externas de modo prejudicado. É comum o desinteresse pelo mundo, uma vez que sua atenção se volta para seus estados dolorosos, silenciosos, constantes e infundáveis. Com isso, surgem sentimentos de inferioridade e de baixa autoestima, que se agravam com a dor (Figueiró, 1999).

Questões fisiológicas, psíquicas e sociais relacionam-se entre si e constituem o que se denomina “Imagem Corporal”. Os três aspectos da imagem corporal descritos por Paul Schilder (1999) são tão intimamente interligados que a referência a um deles implica a existência dos outros. O que define “dentro e fora” do corpo por meio de nossa percepção são “os espaços interno e externo da imagem corporal”; a imagem corporal incorpora objetos ou propaga-se no espaço e o limite que nos separa do mundo é tênue, altamente permeável e muito instável.

Antes do tratamento, 30% dos doentes da presente casuística apresentavam autoimagem muito boa e 20%, autoimagem baixa, de acordo com o teste utilizado. Três meses após o término do tratamento, 70% dos doentes passaram a apresentar autoimagem muito boa e, 6,7%, autoimagem baixa. A redução mediana observada após o término do tratamento quanto à autoimagem foi de um ponto na escala ($p < 0,001$), achado que se manteve ao final de três meses de acompanhamento. Estes resultados enfatizam que o método *Rolfing*, que se propõe a atuar na totalidade do corpo a partir da manipulação de suas partes, interfere favoravelmente na imagem corporal como representação integral desse indivíduo.

De acordo com Schilder (1999), quando se sente dor, a estrutura psíquica do modelo corporal modifica-se como um ato contínuo. Nesse momento, toda atenção direciona-se para a região acometida. “Quando o corpo é invadido pela dor, tentamos livrar-nos dele”. Toda sensação contribui para a construção da imagem corporal, que não é rígida mas passível de transformações. Tanto a dor quanto o controle motor dos movimentos têm participação especial na criação dessa imagem. Assim sendo, quando o corpo dói, o modelo postural pode distorcer-se. Por esta razão, a dor precisa ser identificada e então conectada adequadamente à imagem corporal. O mesmo autor complementou: “Quando as tendências destrutivas prevalecem, o corpo dispersa-se pelo mundo”.

Damásio (1996), por sua vez, afirmou que os seres humanos têm organismo complexo, comportamento próprio e produzem imagens como respostas internas. Acrescentou que, através desses sinais, a parceria mente/corpo interage com o ambiente e cria “respostas espontâneas ou reativas que, no seu conjunto, são conhecidas como comportamento” e que, ao serem elaboradas, “são internamente ordenadas num processo chamado pensamento”. Como esses aspectos estão fortemente conectados entre si, a imagem corporal determina a identidade corporal.

Após receberem as dez sessões de *Rolfing*, 40% das doentes fibromiálgicas incluídas no presente estudo admitiram dispor de mais tempo para cuidar de si mesmas e mostraram mais vaidade e preocupação com sua aparência. Passaram a dizer “não” e a conhecer seus próprios limites. Também aprenderam a detectar seu cansaço, a descansar, a respirar com mais flexibilidade e, em decorrência, obtiveram alívio das dores e sentiram-se mais dispostas.

A aplicação do método *Rolfing* mobilizou os doentes fibromiálgicos, o que sugere que o corpo pode significar realidade concreta de sensação de vitória, superação de si mesmo e dos próprios “obstáculos” corporais. Quando percebem que vale a pena dedicar algum tempo a si mesmos, fortalecem seus corpos e novas conquistas repercutem no campo emocional. A autoimagem, anteriormente repleta de impossibilidades,

insegurança e pessimismo, agora se modifica. Embora alguns doentes permanecessem insatisfeitos com certas partes do corpo, o que também pode ser atribuído a valores culturais pré-estabelecidos e não à doença em si, outros tomaram a iniciativa de procurar um cirurgião plástico, de iniciar programa dietético ou, simplesmente, tiveram sua insatisfação reduzida à aceitação mais conformada.

De acordo com Bacharelard (2001), Goethe, em sua época, fez registros a respeito do movimento muscular. Percebeu que, ao caminhar, ficava mais criativo e novas ideias apareciam-lhe. Concluiu que as ideias provinham do movimento e a vontade era levada para o pensamento e, ao fazer analogias criativas, dominava e fortalecia seu pensar vivo (Bacharelard, 2001).

Alguns exemplos para ilustrar a relação entre o movimento e o pensar criativo foram observados ao longo da História. Aristóteles dava aulas caminhando, surgindo daí a chamada “escola peripatética” (Encyclopedia Britânica, 1963); Beethoven buscava inspiração para compor suas obras durante longas caminhadas pelos bosques de Viena, na Áustria (Encyclopedia Britânica, 1963); os monges meditavam caminhando no claustro (Encyclopedia Britânica, 1963); e até o tio Patinhas tinha sua “sala de preocupações”, onde andava até encontrar solução para seus problemas! (revista Tio Patinhas, no. 76 - nov/1971).

Atividades estenuantes desencadeiam SFM (Bennet *et al.*, 2007). Aproximadamente 70% das doentes incluídas nesta pesquisa relataram que executavam atividades áridas que lhes exigiam esforços extremos e sentiam-se sobrecarregadas, o que possivelmente causou impacto desfavorável em sua qualidade de vida, achado que está de acordo com o já observado previamente por Bennet *et al.* (2007).

O tratamento pelo método *Rolfing* favorece o alinhamento postural, o alongamento da musculatura e o alívio das tensões via conscientização corporal e aprendizagem dos movimentos que diminuem a sobrecarga, a contração muscular e, por consequência, a dor. Pretende contribuir com sono de melhor qualidade, coordenação motora mais eficiente para a

execução das atividades diárias e redução da depressão e da ansiedade. “No nível de problemas diários, o equilíbrio e a estabilidade emocional podem ser melhorados por qualquer sistema capaz de criar ou de restaurar a resposta fisiológica vital” (Rolf, 1999).

Antes do tratamento, 30% dos doentes apresentavam limitações físicas graves e apenas 3,3%, não sentiam limitações. Três meses após o término do tratamento, nenhum doente apresentava limitações físicas graves e, 56,7%, não apresentavam limitações físicas. Após o término do tratamento, ocorreu redução mediana de um ponto na escala de Limitações Físicas dos doentes incluídos na presente casuística ($p < 0,001$), melhora que se manteve, pelo menos, até o terceiro mês de acompanhamento.

De acordo com as expectativas de Rolf (1999), ao modificar gestos, pensamentos e o modo de lidar com o cotidiano, os fibromiálgicos podem ter desenvolvido mecanismos para controlar seus sintomas, adotado posturas mais positivas frente à doença e evitado que a dor dominasse sua vida (Rolf, 1999). Assim, os doentes puderam recuperar sua autoestima e sua qualidade de vida ao conquistarem melhor adequação social no que diz respeito ao trabalho, lazer, relações familiares e sócio-econômicas.

O presente estudo indicou que o método *Rolfing* de Integração Estrutural teve efeito positivo, uma vez que criou condições para o doente modificar seus movimentos e posturas, respeitar suas limitações funcionais e a dor, atitudes importantes para o tratamento da SFM (Jones, 2006). Esta técnica pode também ajudar a refinar os mecanismos de enfrentamento do estresse, facilitando a resolução dos problemas gerados pela cronicidade da doença (Rolf, 1999).

As mulheres que participaram desta pesquisa relataram que, com o tratamento, suas posturas corporais melhoraram. Aprenderam que era possível relaxar e que os movimentos podiam ser realizados com menos sobrecarga. Sentiram-se mais “encaixadas” e firmes, andavam com mais suavidade, contavam com o apoio do solo, não mais caíam nem tropeçavam facilmente, e que suas tonturas também melhoraram. Ocorreu diminuição considerável do nível de ansiedade pois, após o tratamento, essas doentes

passaram a expressar sua própria opinião e não precisaram mais ficar tão caladas ou passivas pois podiam falar sem se envergonhar. Contavam que estavam menos reprimidas e passaram a planejar o futuro, como mudar de casa ou de trabalho, e parar de fumar. Notaram também que seu relacionamento com familiares e amigos havia melhorado, o que lhes favoreceu a reintegração social.

Antes do tratamento, 40% das doentes apresentavam cansaço e indisposição grave e apenas 3,3% estavam descansadas e dispostas. Três meses após seu término, uma doente (3,3%) apresentou recidiva no estado grave e 46,7% passaram a sentir-se descansadas e dispostas. A redução mediana obtida após o término do tratamento nos doentes da presente casuística quanto à fadiga e disposição foi de dois pontos na escala ($p < 0,001$).

Os exercícios aeróbicos com intensidade apropriada, automodificados e limitados pelo sintoma, reduzem a expressão da SFM (Jones *et al.*, 2006; Moss-Morris *et al.*, 2005). Com o método *Rolfing* é possível orientar e modificar os movimentos, respeitando-se os limites e as possibilidades do doente (Rolf, 1999), o que colabora com a execução apropriada dos exercícios aeróbicos de acordo com o indicado como terapêutica da SFM por Jones *et al.*, (2006) e também por Moss-Morris *et al.*, (2005).

As relações no trabalho e na atividade profissional são fatores desencadeantes e agravantes da SFM (Bennet *et al.*, 2007; Deale *et al.*, 2001). 16,7% das doentes incluídas na presente pesquisa relataram que sofriam conflitos no trabalho. Antes do início do tratamento, 40% das doentes estavam afastadas do trabalho e, após o tratamento, 66,7% retornaram às atividades laborais. A insatisfação profissional, o fato de estar ou não empregada e a sobrecarga no trabalho influenciam os sintomas dos doentes com SFM (Bennet *et al.*, 2007). Estes achados sugerem haver necessidade de pesquisas futuras que visem à avaliação dos benefícios econômicos proporcionados pelo método *Rolfing*.

A melhora geral dos sintomas avaliados manteve-se entre o término do tratamento até o terceiro mês de suspensão, período em que não houve

contato do terapeuta com o doente. Esta observação evidencia que o efeito do tratamento não dependeu da presença do terapeuta, ou seja, o elemento responsável pela melhora dos sintomas foi o próprio tratamento, tendo o terapeuta exercido papel de guia para um novo caminho que se direcionou à cura. Com o tratamento, as doentes referiram que, mediante estresses conhecidos, não sentiam dor tão intensa e aprenderam a reagir e a olhar para a própria vida e para si de modo diferente, apesar de o contexto continuar praticamente o mesmo. Passaram a ser mais comunicativas e interessadas e a ter opinião própria. Reconheceram terem aprendido a enfrentar a dor com mais coragem e passaram a acreditar que tinham força para vencê-la. Sentiam-se mais equilibradas física e emocionalmente e podiam, finalmente, vivenciar o prazer e a liberdade.

Com a consciência de si mais assertiva e fortalecida, o doente pode lidar melhor consigo mesmo, o que lhe proporciona estado de equilíbrio mais coerente e adequado (Rolf, 1999). À medida que a identidade se associa ao corpo e à vitalidade ocorrem a autoaceitação e a autointegração. O doente pode olhar-se sem repulsa, pois o que modela a imagem do corpo é a reverência ao próprio corpo. É essa integração que permite ao ser humano expressar-se com liberdade sem sentir-se aprisionado (Rolf, 1999; Feldenkrais, 1994).

Mesmo que a doença não tenha sido resolvida totalmente, os doentes incluídos na presente casuística foram capazes de desenvolver novas habilidades que, provavelmente, são possibilidades iniciais de cura. É o princípio da salutogênese, da transformação e do autodesenvolvimento (Moraes, 2006). Segundo o mesmo autor, o enfoque central da saúde é a sabedoria prática, necessária para que o indivíduo elabore para si um programa de qualidade de vida.

Este trabalho corporal pode não se tornar somente paliativo desde que o objetivo seja, através da técnica, não suprimir o sintoma e sim trazer ao doente a possibilidade de desenvolvimento, aliviando-lhe a dor através do toque, estimulando-lhe os movimentos e conscientizando-o, através destes,

de que a origem e a terapêutica da doença podem estar relacionadas ao contato com a sua percepção interior (Rolf, 1999).

Convém ressaltar que este não é somente um processo paliativo que pode melhorar a dor, pois, sem mudanças profundas do doente, mostrou-se não ser terapêutica supressiva de sintomas. Por supressão de sintomas entende-se o fato de haver melhora sem alterar os fatores intrínsecos e profundos que a provocam (Schmidt, 2004). “Se você trabalha apenas no sintoma, ele piora. Você deve também trabalhar a raiz do sintoma”, dizia Ida P. Rolf (1999).

Durante o tratamento, os doentes apresentaram, além da melhora do sintoma físico, mudanças mais amplas dos sintomas emocionais (ansiedade, tristeza e falta de confiança, dentre outros) e fisiológicos (sono, cansaço, apetite, sensação de bem-estar etc). Através do toque físico e de novas possibilidades de movimento, foram despertadas para uma nova consciência e realidade deles mesmos, o que os estimulou a buscarem mudança de vida, em direção a um novo estado de saúde.

A expressão dos sentimentos e da vitalidade manifesta-se no mundo através da ação. O veículo para isso são os músculos e a vontade de colocar-se (e de relacionar-se) no mundo. Quando a ação ocorre a partir de um referencial externo que não interage com a vontade interior, forma-se um ciclo de frustração e de negação crônica de volição que, por sua vez, geram a sensação de perda da autoconfiança, da capacidade de autotransformação e do poder de atuação no mundo (Feldenkrais, 1997; Rolf, 1999).

A força de vida que motiva e mobiliza o indivíduo sadio a encarar sua existência de modo prazeroso, considerando-se motivação como a força anímica, ou de vitalidade, que pode permear o somático e adquirir grande poder para mudar situações desfavoráveis, parece não se manifestar suficientemente em indivíduos com dor crônica (Rolf, 1999).

Nesse estágio, a doença crônica não tende à autocura e sim, cada vez mais, à piora. Esses doentes precisam de trabalho de transformação, autoconhecimento e educação, vista como caminho para desabrochar os

potenciais internos do indivíduo (Feldenkrais,1994). A SFM pode também ser a expressão da vitalidade paralisada, como fim de um processo.

A sensação, a emoção e o pensar sobre o que se sente devem gerar fluxo natural e livre, porque a vida flui através de nós por um processo dinâmico. O organismo vivo e delimitado pela pele torna-se uno (Damásio, 1996). A dor é alerta de disfunção neste fluxo e na vitalidade; é fator essencial que permite à pessoa pensar sobre si mesma e poder, então, criar novas possibilidades. Suprimir um sintoma sem fazer essa reflexão interrompe o fluxo vital e, do mesmo modo, provoca perda da sensação subjetiva de bem-estar (Schmidt, 2004).

O método *Rolfing* atua de modo que o doente desperte novo interesse por si mesmo e pelo ambiente em que vive, ao descobrir que é possível aprender outras maneiras de se movimentar e de se relacionar com a dor, adquire equilíbrio dinâmico de bem-estar (Rolf, 1999). Diminuindo a intensidade da dor e agindo sobre o estresse psicológico, este método pode melhorar as duas faces da mesma moeda (Rolf, 1999).

Quando o movimento é um ato da vontade decorrente da intenção, a sua natureza voluntária deve ser livre, ou seja, gestos restritos são nocivos a essa natureza. Para o movimento aprendido transformar-se em aptidão é necessário ocorrer sua repetição não-automática, até tornar-se inconsciente. A superação das dificuldades motoras traz sensação de liberdade (Konig, 2000). A volição é qualidade que se manifesta via motricidade e ambas dependem da percepção do mundo externo (Feldenkrais, 1994). Pessoas que não se movimentam tendem ao enrijecimento do corpo. Estimulando-se novos movimentos, elas podem superar suas restrições e dificuldades e, a cada nova conquista, sentir alegria (Rolf,1999).

Há muito tempo intuiu-se, tanto em Filosofia quanto em Medicina, que “a parte representa o todo e o todo representa cada parte”. Desde a época do Naturalismo Grego, quando a “*physis universal*” englobava o “físico” do ser humano, até hoje, de acordo com a Teoria dos Fractais da física moderna, esse princípio é aplicado com diferentes modos e atitudes terapêuticas (Guerrini, 2006). Assim ocorre com o método *Rolfing* que, por

meio da intervenção no físico do doente, pode atuar de modo mais abrangente e profundo.

O objetivo é que o doente se aceite e se integre com seu próprio corpo. O método *Rolfing* visa à integração da estrutura humana no ambiente e no contexto gravitacional. É método que utiliza estruturas somáticas, que se vale da plasticidade da estrutura humana e que, via tecidos miofasciais, pode tornar o arranjo estrutural algo adaptável e passível de modificações. O processo de reorganização da estrutura coincide com o da transformação. O método *Rolfing*, reconhecido mundialmente como tratamento complementar, não substitui os tratamentos convencionais, mas pode fazer parte de um amplo e novo caminho de vida para os doentes com dor (Rolf, 1999).

Cabe também enfatizar-se a importância do tratamento multidisciplinar para os doentes com SFM, a fim de que possam obter mais condições de cura.

Assim sendo, pode-se atribuir às terapias do aparelho locomotor, da postura e da coordenação dos movimentos, a perspectiva profilática para lidar com a prevenção dos desequilíbrios psíquicos. Desse modo, o fluxo emocional beneficia-se tanto com o alívio das tensões musculares quanto com a percepção do ambiente e de si mesmo como relação contínua.

7. CONCLUSÕES

O método *Rolfing*[®] de Integração Estrutural proporcionou melhora estatisticamente significativa em doentes com SFM quanto a:

1. Intensidade da dor;
2. Disposição para execução das atividades diárias;
3. Fadiga;
4. Limitações físicas;
5. Qualidade do sono;
6. Estados de ansiedade e de depressão;
7. Modificação da autoimagem.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Método *Rolfing*[®] de Integração Estrutural ainda não foi intensamente pesquisado e divulgado cientificamente. Por esta razão, há a perspectiva de aprofundamento e ampliação deste estudo para, através de pesquisa futura, com introdução de grupo-controle e de momentos de avaliação com intervalos de tempo prolongados, obter dados mais abrangentes quanto à eficácia deste método no tratamento da SFM.

9. ANEXOS

Anexo I



DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 27.05.04, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 305/04, intitulado: "Estudo do Efeito do Tratamento pelo Método Rolfing® de Integração Estrutural em Pacientes com Diagnóstico de Fibromialgia" apresentado pelo Departamento de NEUROLOGIA, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: Dr. Manoel Jacobsen Teixeira

Pesquisador(a) Executante: Sra. Paula Stal de Campos Maia

CAPPesq, 27 de Maio de 2004.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

Anexo II

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M F
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Estudo do Efeito do Tratamento pelo Método *Rolfing* de Integração Estrutural em Pacientes com Diagnóstico de Fibromialgia.

PESQUISADOR: Paula Stal de Campos Maia

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 06/73245

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Neurologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

O objetivo deste estudo é verificar o efeito do tratamento pelos métodos *Rolfing®* de Integração Estrutural na recuperação de pacientes com diagnóstico de fibromialgia. Estes pacientes caracterizam-se por apresentar frequentes dores musculares e cansaço.

Este método consiste em orientar o paciente através da manipulação e a estimulação do movimento de forma que ele possa, ao adquirir consciência de sua postura, organizar o sistema do corpo humano e melhorar sua função neuromotora.

Os procedimentos utilizados serão de liberação miofascial; mensuração da dor (avaliada antes, durante e depois do tratamento); questionário experimental; teste de imagem corporal.

O desconforto é inexistente; o risco é de o tratamento não corresponder às expectativas do paciente e não atingir o efeito esperado.

Os benefícios que poderão ser atingidos são: alívio da dor; melhora na qualidade do sono, cansaço e autoestima; aumento da disposição para atividades diárias e físicas.

Acompanhamento psicológico pode ser vantajoso para o tratamento.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas; 2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência; 3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade; 4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa; 5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

O Sr.(a) irá participar de uma pesquisa cujo objetivo é verificar se é possível manter o alívio das dores e a disposição dos pacientes para atividade diárias por períodos mais prolongados através do método *Rolfing®* de integração estrutural. Este método consiste em orientar o paciente através da manipulação e a estimulação do movimento de forma que ele possa, ao adquirir consciência de sua postura, organizar o sistema do corpo humano e melhorar sua função neuromotora.

O Sr.(a) terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas; terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência; terá salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade, além de disponibilidade de assistência no HC-FMUSP, por eventuais danos à saúde.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dr. Manoel Jacobsen Teixeira Tel: (11) 3069-6401

Psicol. Paula Stal de Campos Maia Tel: (11) 8331-7331

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo III

ENTREVISTA

Data: ___/___/___

Doente: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Sexo: F Tel: _____

Ocupação: _____ Grau de Instrução: _____ Cor: _____

Fale como tem sido sua dor:

Em escala numérica de 0 a 10, como avalia a intensidade da sua dor?

Sente limitação física por causa da dor?

Como é o seu sono?

Qual é seu tratamento de rotina no ambulatório? Já sentiu melhora?

Medicamentos (e há quanto tempo):

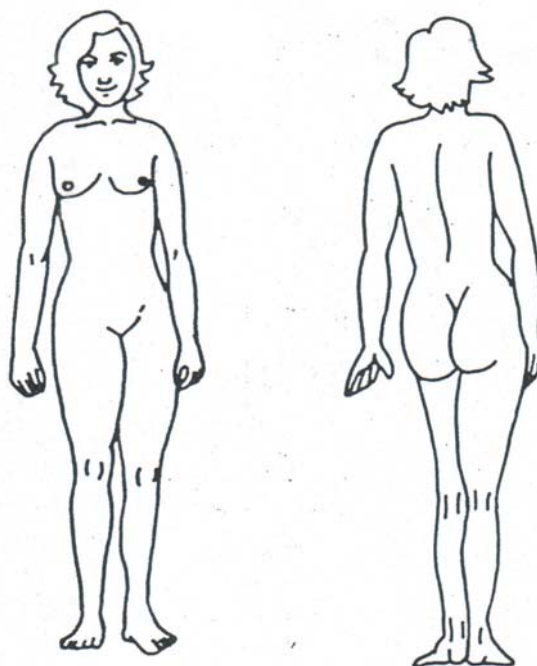
Há algo importante que queira relatar a seu respeito ou da sua saúde?

O que espera do tratamento comigo? O que obteve do tratamento?

Anexo IV

GRÁFICO DE SINTOMAS

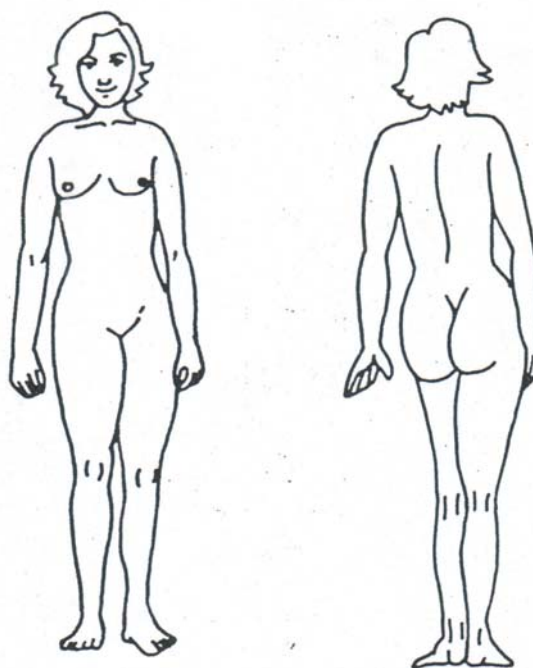
Frequentemente as pessoas queixam-se de dores que reaparecem nas mesmas regiões do corpo. Se você tiver dor, mostre nesta figura, pintando as áreas correspondentes.



Anexo V

GRÁFICO DE APRECIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO

Determinadas áreas em você podem ser menos apreciadas do que outras. Se houver regiões em seu corpo de que não goste, pinte no desenho abaixo as áreas correspondentes.



10. REFERÊNCIAS

- Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Alexander RW, Triana-Alexander M. Psychiatric diagnosis in patients with fibromyalgia is related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arth Rheum*. 1996; 39:436.
- Ameida, AT, Adda C, Reimão R. Fibromyalgia, Insomnia and Depression. *Neurobiologia. Rev Neurol Psiquiat Neurocir*.1998; 61: 71-7.
- Atra E, Pollak DF, Martinez JE. Fibromialgia: etiopatogenia e terapêutica. *Rev Bras Reumatol* .1993; 33: 61-4.
- Bacharelard G. *O ar e os sonhos: ensaio sobre a imaginação do movimento*. São Paulo: Martins Fontes; 2001. p. 6.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84, 191-215.
- Bennett RM. Chronic Widespread Pain and the Fibromyalgia Construct. *SIG on Rheum Pain Newsletter – January*; 1999. p. 2-7.
- Bennett RM, Clark SR, Campbell SM. Low levels of somato-medienne C in patients with fibromyalgia syndrome: A possible link between sleep and muscle pain. *Arthr Rheum*. 1992; 35: 113-6.
- Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L - An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Dis*. 2007 8:27.
- Bienfait M. *As bases da fisiologia da terapia manual*. São Paulo: Summus; 2000. p.21-41.
- Bigelow MASL. *Fibromyalgia: simple relief through movement*. New York: Wiley; 2000. p. 21-93.
- Burskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. *Sem Arth Rheum*. 2000; 30: 47-51.
- Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 11-5.

- Cerqueira-Leite AC, Pereira MEC. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. *Psyché*. 2003; 7: 97-106.
- Dailey PA, Bishop GD, Russerl IJ, Fletcher EM. Psychological stress and the fibrositis / fibromyalgia syndrome. *J Rheum*. 1990; 17: 1380-5.
- Damásio A. *O erro de Descartes*. São Paulo: Cia das Letras; 1996. p. 112-16.
- Deale A, Husain K, Chalder T, Wessely S. Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome: a 5-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 2038-42.
- Dorsch F, Häcker H, Kurt-Hermann S. *Dicionário de psicologia Dorsch*. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 49-50; 235-6.
- Encyclopedia Britannica*. Chicago: Benton W Publisher; 1963. v.3 p. 382-84; v.5 p. 938; v.17 p. 524.
- Fassbender K, Samborsky W, Kellner M, Muller W, Lautenbacher S. Tender Points, depressive and functional symptoms: comparison between fibromyalgia and mayor depression. *Clin Rheumatol*. 1997; 16: 76-9.
- Fischer AA. New development in diagnosis of myofascial pain and fibromyalgia. *Phys Med Rehabil*. 1997; 8: 1-21.
- Feitis R. *Ida Rolf fala sobre Rolfing® e realidade física*. São Paulo: Summus; 1986. p. 15-40.
- Feldenkrais M. *Consciência pelo movimento*. São Paulo: Summus; 1977. p. 55-61.
- Feldenkrais M. *O poder da autotransformação*. São Paulo: Summus; 1994. p. 45-52; 65-72; 93-8; 142-4.

Field T, Diego M, Cullen C, Hernandez-Reif M, Sunshine W, Douglas S. Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. *J Clin Rheumatol*. 2002; 8: 72-76.

Figueiró JAB. Saúde mental em dor crônica. In: Reimão R, Gagliardi RJ, Spina-frança A, organizadores, *Temas de neurologia*. São Paulo: Frôntis Editorial; 1999. p. 81-6.

Figueiró JAB. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: Figueiró JAB, organizador, *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo, Summus.1999, p.140-58.

Fransen J, Russel IJ. What is fibromyalgia? In: *The fibromyalgia help book*, Saint Paul: Smith House; 1996. p. 7-15.

Frutuoso JT, Cruz RM. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Avaliação psicológica*; 2004. v.3, N.2, p.107-14.

Guerrini IA. Novos instrumentos para a saúde. *J UNESP*. São Paulo: *Universidade Estadual Paulista*; 2006; 208: p. 2.

Geenen R, Jacobs JW. Fibromyalgia: diagnosis, pathogenesis, and treatment. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2001; 14: 533-9.

Hales RE, Clonginger CRBJF. Somatiform disorder. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association; 1994. p. 445.

Helpfenstein M Jr. *Prevalência da síndrome da fibromialgia em doentes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos (LER)* [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1997. p. 184.

IASP. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986; 2: S1 - S226.

Ismael JC. *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*. São Paulo: TA Queiroz; 2002. p. 17-23.

Jones KD, Adams D, Winters-Stone K, Burckhardt CS. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005). *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4:67.

Kadi F, Thornell L. Work-related fibromyalgia: pathological mechanisms. *J Musculoskeletal Pain*. 1998; (suppl 2): 1.

Konig K. *O desenvolvimento dos sentidos e a experiência corporal*. São Paulo: ABMA; 2000. p. 5-38.

Lautenbacher S, Rolman GB - Possible deficiencies of pain modulation in fibromyalgia. *Clin J Pain*. 1997; 13: 189-99.

Lin TY, Teixeira MJ, Fischer AA, Barbosa HFG, Imamura ST, Mattar Jr R. Work-related musculoskeletal disorders. *Phys Med Rehabil Clin North Am*. 1997; 83: 113-18.

Maitland J, Sultan J. *Definition and principles of Rolfing®*. In: Rolf Lines, Spring: Rolf Institute Press; 1992. p.16-20.

McCain GA. Fibromyalgia and myofascial pain syndromes. In: Wall PD, Melzack R, *Textbook of Pain*, 3rd ed, New York: Churchill Livingstone; 1994. p.475-93.

Mendes A, Menegatti JA. *Rolfing®* como agente preventivo de lesões em atletas. *Mundo Saúde*; 1998. p. 22.

Menses S. Pheripheral mechanisms of muscle nociception and local muscle pain. *J Musculoskeletal Pain*. 1993; 1: 133-70.

Menses S. Nociception from skeletal muscle pain in relation to clinical muscle pain. *Pain*. 1993; 54: 241-89.

Moldofsky H. Sleep, neuroimmune and neuroendocrine functions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Adv Neuroimmunol.* 1995; 5: 39-56.

Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe HA. Musculoskeletal symptoms and non REM deep sleep disturbance in patients with fibrositis syndrome and healthy subjects. *Phys Med.* 1975; 37: 341-51.

Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele.* São Paulo: Summus; 1988. p. 194-218.

Moraes WA. *Salutogênese e autocultivo: uma abordagem interdisciplinar - sanidade, educação e qualidade de vida.* Rio de Janeiro: Instituto Gaia; 2006. p. 9-30.

Moss-Morris R, Sharon C, Tobin R, Baldi JC. A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. *J Health Psychol.* 2005; 10; 245-59.

Myers TW. *Trilhos anatômicos: meridianos miofasciais para terapeutas manuais e do movimento.* Barueri: Manole; 2003. p. 221-44.

Motta RC. *Avaliação da imagem corporal durante o processo de Rolfing®.* [Dissertação], Campinas: UNICAMP; 2003. p. 35-80.

Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. *Applied Linear Statistical Models.* 4th ed. Illinois: Richard D. Irwing; 1996. p.1408.

Penna L. *Corpo sofrido e mal amado; as experiências da mulher com o próprio corpo.* São Paulo: Summus; 1990. p. 29-44; 221-22.

Portnoi AG. *Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia.* [Tese] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1999. p. 251.

Prado P. *Contribuições do pensamento e obra de Ida P. Rolf para o trabalho com postura em psicologia*. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992. p. 30-88.

Prado P. *Estudo exploratório da dimensão psicobiológica do Método Rolfing® de Integração Estrutural: criação, desenvolvimento e avaliação de questionários*. [Tese] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2006. p. 15-23.

Rao SG, Gendreau JF, Kranzier JD. Understanding the fibromyalgia syndrome. *Psychopharmacol Bull.* 2007; 40: 24-67.

Reimão R. Insônia na classificação internacional dos distúrbios do sono. In: Reimão R, organizador, *Sono, sonhos e seus distúrbios*. São Paulo: Frôntis Editorial; 1999. p.17-23.

Rolf IP. *Rolfing®: a integração das estruturas humanas*. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 15-29; 67-84; 137-88; 253-61.

Rossini SRG, Reimão R. Chronic insomnia in fibromyalgia patients: psychological and adaptative aspects. *Rev Bras de Reumatol.* 2002; 42: 285-88.

Rossini SRG, Reimão R, Qualyle JM, Lucia MCD. Correlações entre diagnóstico adaptativo e sintomas de depressão em pacientes com insônia crônica. In: Barreira AA, Galiardi R, Reimão R, organizadores, *Avanços em Neurologia*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2005. p. 286.

Rossini SRG, Reimão R. Aspectos psicológicos da insônia In: Reimão R, organizador, *Medicina do sono*. São Paulo: Lemos Editorial; 1999. p. 49-58.

Schilder P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 235-64.

Schmidt P. *A arte de interrogar e outros textos selecionados*. São Paulo: Organon; 2004. p. 15-43.

Tavares MCGCF. *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole; 2003. p. 34-68.

Teixeira MJ. *Dor – Síndrome Dolorosa Miofascial e Dor Musculoesquelética*. Teixeira MJ, Yeng LT, Kaziyama HHS, organizadores. São Paulo: Rocca, 2006. p.15; 120-34.

Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, Starz TW. Pain, disability and physical, and affective factors in the pain behaviors of chronic pain patients. *J Rheum*. 1996; 23: 1255-62.

Uveges JM, Parker JC, Smarr KL, McGowan JF, Lyon MG, Irving WS, Meyer AA, Buckelew SP, Morgan RK, Delmonico RL, Hewewtt JE, Kay DR. Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress and sleep disturbance. *Arth Rheum*. 1990; 33: 1279-83.

van Middendorp H, Lumley MA, Jacobs JW, van Doornen LJ, Bijlsma JW, Geenen R. Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *J Psychosom Res*. 2008; 64: 159-67.

van Koulik S, van Lankveld W, Kraaimaat FW, van Helmond T, Vedder A, van Hoorn H, Cats H, van Riel PL, Evers AW. Tailored cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: Two cases studies. *Patient Educ Couns*, 2008.

Verbunt JA, Pernot DHFM, Smeets RJEM. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and quality of life outcomes*; 2008. p. 6-8.

Weiner WJ, Goetz CG. *Neurologia para o não-especialista: fundamentos básicos da neurologia contemporânea*. 4ª ed. São Paulo: Santos ISBN; 2003. p. 276-81.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Herbert I. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arth Rheum*. 1995; 38: 19.

Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994; 8: 811.