

## APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE *ISOSTRETCHING* EM MULHERES COM SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

**Carolina Luana de Melo<sup>1</sup>, Maria Emilia Bortolini<sup>2</sup>, Christian Lorenzo de Aguiar Marchi<sup>3</sup>, Ana Ligia Oliveira<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI/ Acadêmica de Fisioterapia, carol\_luana@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI / Acadêmica de Fisioterapia, mariaemiliabortolini@hotmail.com

Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI/ Docente do Curso de Fisioterapia, profchristian@univali.br

<sup>3</sup>Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI / Docente do Curso de Fisioterapia, analigia@univali.br

<sup>4</sup>Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI / Docente do Curso de Fisioterapia, analigia@univali.br

Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI  
Rua Uruguai, 458 – Centro  
Caixa Postal 360 - CEP 88302-202  
Itajaí - SC

**Resumo-** Este trabalho buscou identificar qual o efeito de um programa de exercícios de alongamento global em grupo, em mulheres com diagnóstico de Síndrome de Fibromialgia (SFM). Foram tratadas/cuidadas de 7 (sete) mulheres com diagnóstico de SFM, através do método *Isostretching*. Os resultados foram expressos por análises qualitativas, onde o dito e o não dito foram entendidos, discutidos e analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). As mulheres que participaram desta proposta tiveram melhoras, nas suas queixas de dor, na percepção corporal, na qualidade de vida. Com conseqüente melhora da postura e da imagem corporal. Ao final deste estudo, pode-se afirmar: 1º o tratamento/cuidado em grupo apresenta resultados importantes, proporcionando às pacientes as trocar de suas vivências e dividir suas angústias; 2º a técnica do *Isostretching* favorece a melhora da postura e da imagem corporal destas pacientes trabalhando na globalidade e da integralidade do ser em sofrimento; 3º há uma conflituosa relação entre o profissional da saúde e as pacientes, a qual é geradora de uma dificuldade na adesão aos tratamentos, principalmente ao suscitar uma co-responsabilidade do paciente.

**Palavras-chave:** Alongamento global, Fisioterapia, Síndrome de Fibromialgia.

**Área do Conhecimento:** 4.08.00.00-8 Fisioterapia e Terapia Ocupacional

### Introdução

A Síndrome de Fibromialgia (SFM) é definida como uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória. O diagnóstico é caracterizado por dor generalizada, com distribuição em todo o esqueleto axial por um período mínimo de três meses, e sensibilidade dolorosa exacerbada à palpação em pontos dolorosos (*trigger points*), sendo relatado em pelo menos 11 dos 18 pontos descritos. Outros sintomas são comumente relatados, tais como fadiga, distúrbio do sono, rigidez muscular e articular, cefaléia, Fenômeno de Raynaud, síndrome do cólon irritável, assim como a presença de distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão (CHAITOW, 2002; ACR, 1990).

Embora seus portadores possuam diversos sinais e sintomas, a queixa álgica é o sintoma

mais referido. Esta dor é capaz de levar o indivíduo a um decréscimo na atividade laborativa, adotar atitudes antálgicas que levam a alterações posturais, que por sua vez modificam a imagem corporal (MARQUES, MELLO, 1995; PROVENZA et al., 2004).

Tendo em vista a sintomatologia dos pacientes, em conjunto com suas alterações posturais e musculares, e as novas perspectivas de tratamento que visam uma co-responsabilidade do paciente em relação a sua melhora, elegemos o método *Isostretching* realizado em grupo, pois esta abordagem possibilita uma interação e uma troca de experiências vividas entre as participantes, como objeto de estudo em nossa pesquisa.

O método *Isostretching*, criado na França, por Bernard Redondo em 1974, é um método que visa bloquear as compensações posturais, através de

contrações musculares dos sistemas antagonistas. É composto por uma parte de fortalecimento e outra de alongamento muscular, possui o objetivo de preparar e proteger a musculatura de retrações ou relaxamentos que possam gerar compensações, dores ou deformidades posturais (REDONDO, 2001; MACEDO, GUSSO, 2004).

A partir desta realidade, o objetivo deste estudo foi aplicar a técnica de *Isostretching* em grupo, nas mulheres portadoras de SFM e identificar quais as suas manifestações corporais e comportamentais.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, assistencial, de caráter exploratório. A pesquisa está de acordo com a resolução 196/96 de pesquisa com seres humanos, a identidade e o sigilo dos dados foram preservados. O nome das pacientes participantes do estudo foi atribuído a um nome de flor e após o término do estudo os resultados foram socializados ao grupo. A pesquisa aconteceu do mês de agosto a novembro do ano de 2007. Nas dependências do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí. Por questões organizacionais, a metodologia deste estudo foi dividida em etapas, a saber:

### 1-Identificando as Pacientes:

As pacientes que fizeram parte da pesquisa vieram encaminhadas do ambulatório do curso de Medicina, da Universidade do Vale do Itajaí. Após tomarem ciência da pesquisa e consentirem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Aceitaram participar da pesquisa 7 (sete) mulheres com diagnóstico de SFM, onde posteriormente foram identificadas com pseudônimos de flores, para a preservação de sua imagem.

### 2-Avaliando as Pacientes:

O processo terapêutico proposto neste estudo foi construído pelas pesquisadoras, inicialmente realizou-se uma entrevista semi-direta que envolveu uma escuta e uma observação do que foi dito através das palavras e da comunicação não-verbal.

### 3-Colocando em Prática o Método de Educação e Promoção de Saúde:

Após a entrevista, foi feita uma vivência em grupo onde as pacientes foram apresentadas umas as outras. A partir disso foi elaborada uma aula, abordando as principais manifestações do grupo. Logo após esta aula, deram-se início as atividades práticas, onde as pacientes realizaram o método *Isostretching* com frequência de 2 vezes por semana, com duração média de 60 minutos cada aula. As aulas foram planejadas para que acontecessem na seguinte seqüência: 10 (dez) minutos iniciais com exercícios de aquecimento; 40 (quarenta) minutos com atividades de

alongamento global conforme a técnica de *Isostretching*; e 10 minutos finais de exercícios de relaxamento.

### 4-Analisando os Dados Coletados:

A cada sessão realizada as pesquisadoras tinham um diário de campo, além disso, a partir do momento em que as pacientes chegavam todas as sessões foram gravadas, em um gravador digital, transcritas e codificadas conforme propõe Bardin (1977) na análise do conteúdo. Após a codificação criou-se em 5 (cinco) categorias, contemplando os resultados apresentados.

## Discussão

A seguir são apresentadas as cinco categorias que emergiram a partir do estudo:

### 1. Compreendendo a SFM como Doença:

Nesta categoria, confirmamos os achados clínicos elucidados na revisão de literatura, tais como a dor como limitante do processo de melhora, a percepção corporal deficitária, a turbulenta relação familiar e a falta de comprometimento em relação ao seu tratamento, ilustrado pelas seguintes falas:

*“Tá doendo tudo, as pernas, tudo, tudo”* (Hortência).

*“Eu tenho uma filha dependente química[...] Não posso ficar saindo para me tratar a todo o momento”* (Copo de Leite).

*“Tenho que fazer porque meu médico mandou”* (Hortência).

### 2. Relacionando a Percepção Corporal e a SFM:

De acordo com Cailliet (1998), a postura tem total relação com a emoção da pessoa, pois ela corresponde a “uma representação somática das emoções internas”; uma exteriorização postural dos sentimentos anteriores.

No caso das pacientes com SFM, este conceito pode ser perfeitamente comprovado, pois são pacientes que apresentam alterações emocionais importantes como depressão e ansiedade características da síndrome, que interferem diretamente na postura adotada por elas. Predominantemente, a postura encontrada em nossas pesquisadas foi retroversão pélvica, retificação de coluna lombar, hipercifose da coluna dorsal, ombros rodados internamente e retificação com anteriorização da coluna cervical.

Struyf (1995) define este padrão postural como postura do achatamento. Nesta imagem as massas parecem perder altura, não havendo suavidade na expressão corporal e sim uma notável postura em rigidez.

Esta postura rígida impõe dificuldades na realização dos exercícios, pois na maioria das vezes, essa rigidez é geradora de dor. Demonstrado nesta fala, dita após um exercício

proprioceptivo de retro e ântero versão pélvica: *“Ah, quando eu era moça isso não era nada, agora to dura, dói, dói muito”* (Copo de Leite).

Além das alterações posturais, pacientes com SFM têm uma imagem corporal distorcida de si mesmas, entendendo que seu corpo é aquele que sofre com as dores e dificuldades para movimentação.

A imagem corporal representa todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua seu próprio corpo, é influenciada por fatores sensoriais, processo de desenvolvimento e aspectos psico-dinâmicos (TAVARES, 2003).

Este entendimento dificulta a adoção de uma postura equilibrada devido à influência dos estados emocionais e dos conflitos psíquicos sempre presentes. Um corpo que só experiencia dor, não é capaz de perceber novas sensações, prazerosas ou não, porém diferentes da dor. Torna-se demonstrado por esta fala, dita após a realização de um relaxamento: *“Fiquei tonta e com dor aqui”* (Hortência).

Durante nossas sessões conseguimos identificar que o fator de maior limitação para a percepção corporal e seu aprimoramento encontrava-se na queixa algíca. O déficit de percepção e a distorção da imagem corporal, destas mulheres acabam influenciando na realização de uma correção postural adequada e na percepção da sua evolução.

### 3. Compreendendo o papel do Profissional de Saúde enquanto Cuidador na SFM:

Relação profissional da saúde-paciente é uma relação cuja prioridade é a prevenção, promoção, proteção ou recuperação da saúde. Possui como característica principal a aplicação de técnicas, conhecimentos e habilidades pelo profissional em favor do paciente (GOMES, 2003). O primeiro conflito pode ocorrer durante a investigação inicial, quando não há a identificação de uma patologia orgânica, a conclusão do profissional, costuma ser: *“você não tem nada”*... *“está tudo na sua cabeça”* (LIPOWSK, 1988).

Este tipo de observação geralmente desencadeia revolta e descrédito. Quando isso ocorre, o paciente costuma achar que o profissional é incompetente, inexperiente ou desinteressado, e que deve procurar outro profissional. As pacientes acabam realizando um grande percurso, passando de profissional em profissional, até chegar ao seu diagnóstico. Algumas enfrentam o descaso dos profissionais.

*“E hoje os médicos só querem dar drogas pra gente, parecem que não tem mais aquele compromisso com a gente... um deles me deu um remédio e me disse para agora tomar e ser feliz”* (Margarida).

Observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre

os profissionais e os pacientes, que possibilite uma maior interação e qualidade na relação.

### 4. Transferindo a responsabilidade pelo Tratamento/Cuidado na SFM

Em nosso estudo, assim como no estudo de Oliveira (2006), as pacientes sempre tinham alguém ou algo para justificar o aumento ou a permanência das suas queixas. As transferências de responsabilidade mais evidentes e citadas foram as transferências para os profissionais da saúde e seus tratamentos.

*“Aquele médico não me deu nada, nem remédio, só mandou pra cá (fisioterapia), como que eu melhora assim? Se eu não tomar remédio a dor não passa”* (Rosa).

Outro fato que nos chamou a atenção foi a transferência dos sintomas a outras patologias. Todas relataram possuir patologias associadas. Quando sentiam algum desconforto, elas atribuíam suas queixas a patologia associada e não a SFM.

*“Eu tenho uma hérnia aqui, em L5, S1, é por isso que não consigo fazer a de agachar direito”* (Violeta).

Provenza, et al (2004), relatam que geralmente os portadores de SFM têm dificuldades em localizar a dor, em especificar se é muscular, óssea, articular ou se é da SFM ou de alguma patologia associada.

Ao serem tratadas sem a exigência de serem responsáveis pela sua evolução, as pacientes acreditam estarem melhorando. Porém, ao cessar a intervenção as queixas retornam neste ciclo o culpado sempre será o cuidador e não o doente.

*“Só fico boa é na piscina, porque lá eu não faço esforço, não faço nada, as meninas que cuidam de mim e pronto, lá sim eu melhora”* (Cravo).

### 5. Resistindo ao Tratamento/Cuidado proposto para a SFM:

Logo na primeira sessão com o *Isostretching*, verificamos que a adesão ao tratamento/cuidado por parte delas seria difícil, pois percebemos certos olhares mistos de surpresa e decepção. As pacientes já vêm com uma prévia idéia de que o único tratamento fisioterápico que realmente funciona é a hidroterapia.

*“Hoje (primeira sessão), eu trouxe roupa para entrar na piscina, porque o médico me encaminhou pra hidroterapia”* (Hortência).

Essa concepção surge em decorrência do encaminhamento de outros profissionais, muitas vezes por desconhecer outras formas de tratamento, e da mídia, onde as pacientes costumam buscar informações ao descobrirem a SFM.

Para Pierin (2001), o processo de adesão ao tratamento sofre interferência de fatores diversos, tais como influência do meio ambiente,

características dos usuários e do profissional de saúde. Dentre os fatores dos profissionais de saúde: falta de preparo, inabilidade para educar em relação ao cuidado, o curto tempo das consultas e a descontinuidade na assistência.

Porém não são todas as pacientes que compartilham a idéia de que apenas a hidroterapia funciona. Participaram do nosso grupo algumas mulheres em especial que acreditavam que tudo é válido para auxiliar no tratamento da SFM, desde que a paciente realmente esteja disposta a melhorar.

*“Eu nunca fiz na piscina, até então eu fui encaminhada pra hidro e vim parar aqui. Eu gostaria de continuar porque pra mim o alongamento tá dando bons resultados e eu me sinto melhor”* (Margarida).

A paciente Margarida, coincidentemente, foi a que mais sentiu benefícios através do método *Isostretching*. As demais pacientes, apesar de não demonstrarem falas a respeito de suas evoluções, pelo fato de não perceberem sua melhora, também apresentaram considerável melhora em vários aspectos.

## Conclusão

A técnica do *Isostretching* proporcionou uma melhora no quadro sintomático das nossas pacientes, houve mudanças nos hábitos posturais, comportamentais e até mesmo emocionais. A postura de achatamento foi substituída por uma postura mais confiante, caracterizada pelo corpo mais aberto, pronto para o enfrentamento dos problemas, com o olhar no horizonte.

A relação profissional da saúde-paciente mostrou-se uma relação muito conflituosa. Através das falas, entendemos que esse conflito se deve em razão do desconhecimento ou mesmo do descrédito nos relatos das pacientes.

Como sugestão para elaboração de técnicas para o tratamento dessas pacientes deve-se realizar um trabalho global, incluindo a melhora da postura, do comprimento m. e da consciência corporal. Além disso, um tratamento em grupo deve ser preconizado para que haja troca de experiências vividas. E uma relação de confiança deve ser estabelecida, pois se torna mais fácil a adesão e a colaboração ao que for proposto.

## Referências

- AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. **Arthritis and Rheumatism**, Copenhagen (Consensus Document), 33: 160-172, 1990.

- CAILLIET, R. **Lombalgias - Síndromes Dolorosas**. 3ªed. São Paulo: Manole, 1998.

- CHAITOW, L. **Síndrome da fibromialgia: um guia para o tratamento**. Barueri (SP): Manole, 2002.

- GOMES J. C. M. Bases éticas do relacionamento médico-paciente. In: URBAN C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

- LIPOWSK Z. J. Somatization: the concept and its clinical application. **Am J Psych**, 1988.

- MACEDO, A. C. B.; GUSSO, F. R. Análise comparativa do alongamento do grupo muscular isquiotibial pelo método estático e pelo método *isostretching*. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 17, n. 3, p. 27-35, jul/set, 2004.

- MARQUES, A. P.; MELLO, M. A imagem corporal representada pelos fibromiálgicos: um estudo preliminar. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. São Paulo, 1995.

- OLIVEIRA, A. L. Proposta interdisciplinar no tratamento/cuidado de mulheres com síndrome da fibromialgia. 2006. 173f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2006**.

- PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F. et al. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

- PROVENZA, J. R. et al. Fibromialgia. Projeto Diretrizes: **Sociedade Brasileira de Reumatologia**. 2004.

- REDONDO, B. **Isostretching: A ginástica da coluna**. Piracicaba (SP): Chiron, 2001.

- STRUYF, D. G. **Cadeias musculares: o método GDS**. São Paulo: Summus Editorial, 1995.

- TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. Barueri (SP): Manole, 2003.