

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

ALAN RICÁSSIO DA SILVA ROCHA
HORTÊNCIA MYRELLA DA SILVA GUEDES
SUHELEM RODRIGUES BARBOSA DE ARAÚJO

**EFICÁCIA DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL NO ALÍVIO DA DOR E FADIGA NA
FIBROMIALGIA**

RECIFE
2024

ALAN RICÁSSIO DA SILVA ROCHA
HORTÊNCIA MYRELLA DA SILVA GUEDES
SUHELEM RODRIGUES BARBOSA DE ARAÚJO

**EFICÁCIA DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL NO ALÍVIO DA DOR E FADIGA
NA FIBROMIALGIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Disciplina TCC II do Curso de Fisioterapia do
Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como
parte dos requisitos para conclusão do curso.

Orientador(a): Profa. Andréa Lima da Silva

RECIFE

2024

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Laís Cardoso, CRB-4/PE-1753/P.

R672e Rocha, Alan Ricássio da Silva.

Eficácia da liberação miofascial no alívio da dor e fadiga na fibromialgia / Alan Ricássio da Silva Rocha; Hortência Myrella da Silva Guedes; Suhelem Rodrigues Barbosa de Araújo. - Recife: Edição do Autor, 2024.

29 p. : il. color.

Orientador(a): Andréa Lima da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso - Centro Universitário Brasileiro – Unibra. Bacharelado em Fisioterapia, 2024.

Inclui Referências.

1. Liberação miofascial. 2. Fibromialgia. 3. Dor. 4. Fadiga. I. Guedes, Hortência Myrella da Silva. II. Araújo, Suhelem Rodrigues Barbosa de. III Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. IV. Título.

CDU: 615.8

Dedicamos este trabalho aos nossos pais e amigos que muito contribuíram nesta jornada. Sem vocês teria sido bem mais difícil do que realmente foi.

AGRADECIMENTOS

Graças dou ao meu Deus e Pai, que sempre esteve e está comigo, nos momentos em que a dificuldade, a doença, a frustração e o desejo de desistir bateram à porta, eu não teria conseguido chegar até aqui sem ti. É o SENHOR quem me sustenta e dá forças todos os dias. "Até aqui o Senhor nos ajudou". 1 Samuel (7:12). O meu mais sincero obrigada a minha mãe e melhor amiga, Edenise Rodrigues, por todo incentivo e direcionamento, por não me deixar desistir, me ajudar em cada área da minha vida e não me deixar só. És uma guerreira, inteligente, amável e incrível. Essa vitória é nossa, eu te amo! A Roberta Ferreira juntamente com José Santiago, Auricéa Ferreira e Danilo Daniel, o meu mais sincero obrigada por todo apoio, investimento e confiança. Que Deus recompense a todos com ricas bênçãos dos céus.

A minha tia Edna Rodrigues, sempre presente e disposta em ajudar. O seu apoio muito me ajudou, Deus te recompense. As minhas primas e amigas Thalita Dias, Ednys Dias e Stephanny Beatriz, vocês muito me apoiaram, e sou muito grata a Deus por poder contar com vocês. Amo vocês! As pessoas que não mediram esforços para me ajudar, Deylane obrigada por todo apoio, por me ouvir e ajudar em cada pesquisa que realizei, Bruna obrigada por ser tão paciente comigo, por me nortear em várias situações e compartilhar seu conhecimento comigo, você é incrível. Alan e Hortência, obrigada por confiarem em mim para concluir nossas jornadas juntos, amo vocês.

- *Suhelem Rodrigues*

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus, cuja graça e orientação estiveram presentes em cada etapa desta jornada acadêmica. Agradeço a mim mesmo pelo esforço, dedicação e determinação que coloquei nesta jornada. Cada obstáculo superado e cada conquista alcançada me fortaleceram e me fizeram crescer tanto como profissional quanto como pessoa. Gostaria de agradecer aos meus amigos, Deylane, Hortência e Suhelem cujo apoio, incentivo e companhia me mantiveram motivado e confiante.

Suas palavras de incentivo e compartilhamento de experiências foram verdadeiros pilares de apoio ao longo de todo o processo. Por fim, gostaria de dedicar esse trabalho a minha Mãe, e não poderia deixar de expressar minha profunda gratidão, o seu amor e sabedoria e encorajamento foram pilares essenciais que me guiaram e motivaram durante os momentos de desafios

constantes, seus sacrifícios jamais serão esquecidos, a sua força e exemplo foram minha inspiração diária. Obrigado, mãe por sempre acreditar em mim.

- *Alan Ricássio*

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer. Minha gratidão ao meu marido Denilson por ser um companheiro de vida tão motivador e parceiro, também por ser um fisioterapeuta em que posso sempre me inspirar. Agradeço aos meus irmãos Priscilla, Jordan e Francine, aos meus sobrinhos, afilhados, tios e aos meus sogros por todo incentivo e compreensão nos meus períodos de ausência.

Agradeço grandemente aos meus amigos de curso, o nosso pequeno grande grupo foi muito valente e unido, que felicidade os ter por 5 anos e espero que eu os tenha por muito tempo ainda. Meus agradecimentos aos amigos Jaqueline, Etiene, Robson e tantos outros companheiros de trabalho que ajudaram a aliviar o peso de ter que trabalhar e estudar ao mesmo tempo. E por fim, dedico este trabalho aos meus pais falecidos, a quem agradeço as bases que deram para me tornar a pessoa que sou hoje.

- *Hortência Guedes*

A nossa orientadora Prof^a. Esp. Andréa Lima da Silva, que incrível orientadora, alguém com uma presença cativante. Dotada de inteligência, carisma, profissionalismo e humildade. Agradecemos por confiar em nosso trabalho, pelo afeto e paciência, por todas as orientações e pela disponibilidade constante.

A nossa coordenadora Prof^a. Fernanda Nogueira, exemplo de profissional, genuína e amável. Sempre disponível com conselhos essenciais para a realização e conclusão de pesquisas, seja para o Prouni ou TCC. Agradecemos por toda assistência.

Ao nosso amigo e preceptor Prof. Vinicius Gomes, gratidão por toda orientação e prontidão, pela colaboração no assunto e pelos conselhos. É um profissional notável, que tornou o primeiro estágio memorável.

*“Porque o Senhor dá a sabedoria,
e da sua boca vem o
conhecimento e o entendimento.”
(Provérbios 2:6)*

RESUMO

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma condição crônica reumatológica que se destaca pela presença de dores musculoesqueléticas difusas e generalizadas. No Brasil, cerca de 2 em cada 100 indivíduos sofrem com essa doença. A terapia manual se revela uma intervenção promissora para esse grupo, uma vez que atua nos caminhos ascendentes da dor, influenciando a experiência dolorosa por meio de processos neurofisiológicos. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da liberação miofascial no alívio da dor e fadiga na fibromialgia. **Delineamento Metodológico:** Trata-se de uma revisão sistemática, com período de pesquisa entre 08 de fevereiro a 27 de março de 2024, realizada nas bases de dados: MedLine via PubMed, PeDro e Web Of Science. Com descritores: *“Myofascial release”*, *“Fibromyalgia”*, *“Pain”*, *“Fatigue”*. **Resultados:** Foram encontrados 74 artigos e após a aplicação dos devidos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 2 ensaios clínicos randomizados com amostras entre 64 a 86 participantes. Onde relatam resultados consideravelmente relevantes, com relação aos desfechos propostos por esse estudo. **Considerações Finais:** A pesquisa realizada concluiu que o programa de terapia miofascial pode ser considerado um tratamento alternativo e complementar. Contudo, até o momento não há na literatura, dentro do conhecimento geral, uma revisão abrangente dos efeitos da liberação miofascial em relação à dor e fadiga. Portanto, é imprescindível conduzir mais pesquisas futuras com um rigor metodológico aprimorado.

Palavras-Chave: Liberação miofascial; Fibromialgia; Dor; Fadiga.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic rheumatological condition that is notable for the presence of diffuse and generalized musculoskeletal pain. In Brazil, around 2 in every 100 individuals suffer from this disease. Manual therapy proves to be a promising intervention for this group, as it acts on the ascending pain pathways, influencing the painful experience through neurophysiological processes. **Objective:** To evaluate the effectiveness of myofascial release in relieving pain and fatigue in fibromyalgia. **Methodological Design:** This is a systematic review, with a research period between February 8th and March 27th, 2024, carried out in the databases: MedLine via PubMed, PeDro and Web Of Science. With descriptors: *“Myofascial release”, “Fibromyalgia”, “Pain”, “Fatigue”*. **Results:** 74 articles were found and after applying the appropriate inclusion and exclusion criteria, 2 randomized clinical trials were selected with samples ranging from 64 to 86 participants. Where they report considerably relevant results, in relation to the outcomes proposed by this study. **Final Considerations:** The research carried out concluded that the myofascial therapy program can be considered an alternative and complementary treatment. However, to date, within general knowledge, there is no comprehensive review of the effects of myofascial release in relation to pain and fatigue in the literature. Therefore, it is essential to conduct more future research with improved methodological rigor.

Keywords: Myofascial release; Fibromyalgia; Pain; Fatigue.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Fibromialgia.....	13
2.1.1 <i>Ascensão histórica e conceito</i>	13
2.1.2 <i>Fisiopatologia</i>	15
2.1.3 <i>Epidemiologia</i>	16
2.1.4 <i>Sinais e Sintomas.....</i>	16
2.2 Dor na Fibromialgia.....	17
2.2.1 <i>Classificação da dor</i>	17
2.2.2 <i>Tender Points</i>	18
2.3 Fadiga na Fibromialgia.....	18
2.4 Liberação Miofascial	19
2.4.1 <i>Conceito</i>	19
2.4.2 <i>Fáscia</i>	19
2.4.3 <i>Aplicabilidade da técnica</i>	19
2.4.4 <i>Indicação e Contraindicação.....</i>	20
2.4.5 <i>Benefícios.....</i>	21
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	22
3.1 Tipo de estudo, período da pesquisa, restrição linguística e temporal.....	22
3.2 Bases de dados, descritores e estratégia de busca	22
3.3 Realização das buscas e seleção dos estudos	22
3.4 Critérios de elegibilidade (PICOT).....	23
3.5 Características dos estudos incluídos e avaliação do risco de viés.....	23
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma doença crônica reumatológica caracterizada pela presença de dor musculoesquelética generalizada e difusa, bilateral no corpo, de qualificação não inflamatória e não imune (Bennett, 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a FM pode ser definida como uma condição de dor difundida, associada a distúrbios cognitivos, de humor e alterações no sono (Boerma *et al.*, 2016). Relacionando-se também a outros sintomas como hipersensibilidade à palpação em múltiplas regiões do corpo, rigidez matinal, fadiga, depressão e ansiedade (Heymann, 2010).

Cerca de 8% dos adultos se encontram nos critérios de classificação estabelecidos para o diagnóstico da FM de acordo com o *American College of Rheumatology* (ACR). A proporção de mulheres que apresentam a FM em relação aos homens é de 9:13 (Carvalho, 2001). Com prevalência variando entre 0,2 e 6,6% na população, sendo mais comum em mulheres com idades entre 20 e 50 anos (Marques *et al.*, 2017). No Brasil, 2 a cada 100 pessoas são acometidas por essa doença, que promove uma redução na qualidade de vida, estado funcional e emocional, além de uma maior necessidade de utilização do sistema de saúde (Berger, 2007).

O principal sintoma que faz o paciente procurar os serviços de saúde é a dor musculoesquelética difusa crônica (Wahner-roedler *et al.*, 2005). O tratamento interdisciplinar é recomendado para essa população, visto que no que diz respeito à fisioterapia, os tratamentos mais procurados são os de terapia manual, utilizada como intervenção para esses indivíduos, pois atua nas vias nociceptivas ascendentes modulando a experiência dolorosa por meio de mecanismos neurofisiológicos (Smith *et al.*, 2011; Fitzcharles *et al.*, 2013).

Na prática fisioterapêutica, a terapia manual definida como uma técnica administrada manualmente por um profissional treinado para fins terapêuticos, que pode incluir mobilização ou manipulação de articulações em várias direções, intensidade e velocidade, além de alongamento, massagem e técnicas de manipulação de tecidos moles, desempenhando um papel importante no tratamento de pacientes com distúrbios musculoesqueléticos (Arnold *et al.*, 2008; Carnes *et al.*, 2010). Existe uma variedade de recursos incluídos nas terapias manuais, onde destaca-se a mobilização ou liberação miofascial, que apresenta bons resultados em

pacientes com FM, pois tem efeitos clinicamente relevantes e positivos em múltiplos sintomas da doença, especialmente na dor, além de atenuar a rigidez e a fadiga, melhorando a qualidade de sono das pessoas afetadas pela FM (Yuan *et al.*, 2015). Esse conjunto de terapias manuais e/ou instrumentais tem como finalidade a redução da tensão muscular, prevenir e tratar dor miofascial, além de auxiliar no aumento da extensibilidade tecidual (Ajimsha, 2015).

A terapia de liberação miofascial melhora a percepção da dor, pois reduz a sensibilidade em pontos dolorosos, como também os níveis de ansiedade e reestabelece a qualidade do sono, sendo assim, o programa de massagem miofascial pode ser considerado como uma terapia alternativa e complementar que pode alcançar um bom progresso na redução dos sintomas desses pacientes (Castro-Sánchez *et al.*, 2011). Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da liberação miofascial no alívio da dor e fadiga na fibromialgia. No entanto não existe na literatura, dentro do conhecimento geral, um estudo que sumarie todos os efeitos da liberação miofascial no que diz respeito à dor e fadiga.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fibromialgia

2.1.1 *Ascensão histórica e Conceito*

Embora seja uma doença considerada antiga, a fibromialgia foi documentada por volta do século XX. Apesar de haver estudos anteriores a esse período que mencionam condições semelhantes, somente nas últimas três décadas ela começou a ser mais profundamente investigada e seus mecanismos, mais bem compreendidos (Wallace, 2005). Ao longo dos anos, surgiram várias denominações para descrever dores musculares crônicas. Hipócrates já se referiu a isso como "reumatismo das histéricas", ao descrever casos de mulheres com dores generalizadas associadas a distúrbios psiquiátricos marcantes naquela época (Ellis, 2024).

Em 1824, William Balfour, médico britânico, descreveu dores identificadas apenas mediante à palpação de determinadas vértebras (Domingues; Branco, 2008). Posteriormente, em 1843, Forriep foi o primeiro médico que observou pacientes com "reumatismo" descrevendo estruturas duras como nódulos, circunscritas e dolorosas ao nível dos músculos, encontradas nos seus pacientes através de massagens utilizadas no tratamento de doenças do sistema musculoesquelético (Smythe, 1989; Moreira; Carvalho, 2024; Martínez, 2003).

Já em 1989, Smythe descreveu a existência de relatos bíblicos em que foram encontradas figuras com distúrbios do sono, dores corporais e fadiga, sintomas hoje associados a esta síndrome. Porém, esses sintomas também poderiam pertencer aos mais diversos transtornos, pois naquela época não havia conhecimento sobre o assunto (Smythe, 1989). Os relatos de dor e sofrimento musculoesquelético surgiram na literatura médica europeia desde o século XVI através de Guillaume de Baillou, o físico francês, que foi o primeiro a registrar o reumatismo muscular e se referir às manifestações clínicas de dores musculares e articulares (Domingues; Branco, 2008).

Em 1904, William Gowers cunhou o termo "fibrositis" ou fibrosite, por analogia com o termo "celulite" para descrever síndromes de dor muscular regional, sugerindo inflamação do tecido muscular fibroso e possivelmente nódulos como a causa da doença, apesar da falta de suporte laboratorial para esta teoria. Raph Stockmann, seguindo o trabalho de Gowers, relatou a existência de alterações

histológicas nos nódulos, apresentando características do "reumatismo não articular" resultante da "hiperplasia inflamatória do tecido conjuntivo", atribuindo esta reação a pequenas colônias de microrganismos que invadem o tecido (Bennett, 1981).

Durante várias décadas, a terminologia "fibrosite" prevaleceu e os estudos histológicos foram suspensos. As investigações subsequentes, realizadas na primeira metade do século XX, já não conseguiram confirmar as referidas alterações inflamatórias e, assim, lançaram dúvidas sobre a sua existência (Hadler, 1986). Entre 1975 e 1977, Hugh Smythe e Harvey Moldofsky deram contribuições significativas para a definição desta síndrome ao propor o que se denomina de início dos critérios para a análise da fibromialgia, mostrando os pontos dolorosos específicos, chamados de tender points, como também as mudanças do sono profundo durante o estágio 4, rigidez matinal, dor generalizada e fadiga (Smythe; Moldofsky, 1977; Domingues; Branco, 2008).

O uso do termo fibromialgia, que é uma palavra decorrente do latim *fibro*: tecidofibroso que está presente na fáscia, nos ligamentos e tendões; do grego *mio*: tecido muscular; *algos*: dor; e *ia*: condição. Teve origem em 1981, quando Muhammad Yunus propôs sua adoção com o propósito de substituir o antigo fibrosite (Valentine, 1947; Yunus, 1981). Desde então, diversos critérios diagnósticos foram desenvolvidos por inúmeros grupos de pesquisadores para auxiliar na busca e identificação da doença, culminando na organização de um simpósio médico internacional organizado pelo ACR e na divulgação de um protocolo para o diagnóstico da fibromialgia em 1990 (Wolfe *et al.*, 1990).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) admitiu esse protocolo de 1990, quando o incluiu na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), com o código M79.7, pois foi categorizado como um desarranjo dos tecidos moles (Direção Geral de Saúde, 2024; Romeyke *et al.*, 2017). Com base nas mudanças e avanços na Medicina e Tecnologia desde 1990, a CID-11 foi lançada em 2018. As ferramentas eletrônicas foram facilitadas para que os profissionais pudessem registrar os problemas com mais eficiência. A nova classificação possui 55 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte, em comparação com os 14.400 da CID-10. Na CID-11, a fibromialgia foi classificada com o código MG30.01 e está incluída no grupo de doenças responsáveis pela dor crônica (World Health Organization, 2018).

A Declaração de Copenhague de 1992 reconheceu oficialmente a

fibromialgia como uma doença reumática, desta forma os pacientes com fibromialgia já não são considerados hipocondríacos (Quintner, 1992; Gremillion, 1998; Latorre-Santiago; Torres-Lacomba, 2017). Visto que, de acordo com os critérios estabelecidos pelo *North American College of Rheumatology* e validados para o contexto brasileiro em 1998, o termo FM é definido como uma síndrome de dor crônica descrita pela ocorrência generalizada de queixas dolorosas e pela existência de pontos dolorosos à palpação em áreas específicas do corpo (Haun; Ferraz; Pollak, 1999; Wolfe, 1990).

2.1.2 Fisiopatologia

Embora seja uma condição reumatológica bem estudada, o modo pelo qual a fibromialgia é desencadeada não é totalmente compreendido (Sarzi-Puttini *et al.*, 2012). Várias hipóteses foram propostas na literatura ao longo dos anos, tentando explicar os mecanismos envolvidos no desenvolvimento e progressão desta doença (Coaccioli *et al.*, 2008; Goldenberg *et al.*, 2008). Distúrbios no processamento da dor, problemas de sono, alterações no sistema imunológico, problemas neuroendócrinos, bem como a implicação de fatores genéticos, psicológicos, emocionais e ambientais na causa desta doença fazem parte de algumas teorias que explicam a sua origem (Chakrabarty; Zoorob, 2007).

A causa pode estar relacionada aos mecanismos centrais que modulam e amplificam a percepção da dor no desenvolvimento da Fibromialgia. Existe um modelo fisiopatológico que combina diversas teorias já publicadas, sugerindo que o principal motivo é uma alteração em um mecanismo central de controle da dor, que pode resultar de um desequilíbrio nos neurotransmissores. Essa disfunção neuro-hormonal pode envolver uma escassez de neurotransmissores inibitórios em níveis espinhais ou supra-espinhais, como serotonina, encefalina, norepinefrina ou um aumento na atividade de neurotransmissores excitatórios, tais como substância P, glutamato, bradicinina e outros peptídeos (Junior; Goldenfum; Siena, 2012).

É possível que ambas as condições citadas estejam presentes, levando em conta que as disfunções podem ter uma base genética acionadas por eventos estressantes não específicos, como infecções virais, estresse psicológico ou traumas físicos. No entanto, alterações em apenas um destes componentes não explicam a variedade de sintomas associados à fibromialgia. Acredita-se que a expressão e evolução da fibromialgia dependa dos efeitos combinados entre os

múltiplos fatores mencionados acima, esses levam ao desenvolvimento da dor, bem como dos demais sintomas que são específicos do complexo quadro clínico da fibromialgia (Carvalho *et al.*, 2008; Coaccioli *et al.*, 2008).

2.1.3 Epidemiologia

Os dados epidemiológicos que demonstram a prevalência da FM são conflitantes e escassos devido às diferenças regionais, sintomas e critérios diagnósticos (Wolfe *et al.*, 2013). A FM é uma síndrome comum que ocorre em todas as populações do mundo, com frequência global de 2 a 5%. Afetando principalmente mulheres numa proporção de 7:1 (Wolfe *et al.*, 2011; Jones *et al.*, 2015).

A incidência de FM em homens foi de 6,88 casos por 1.000 pessoas e em mulheres de 11,28 casos por 1.000 pessoas. Estudos epidemiológicos de base populacional relatam prevalência de 2% a 4% entre pessoas com diagnóstico de FM (Queiroz, 2013). No Brasil, esses estudos de base demonstram que 2,5% das pessoas são diagnosticadas com FM, com elevada proporção de mulheres 12:1, a maioria delas de meia-idade ≥ 40 - 60 anos (Senna *et al.*, 2004).

2.1.4 Sinais e sintomas

Assim como acontece em certas doenças, os primeiros sinais e sintomas da FM podem surgir quando indivíduos com predisposição genética são expostos a alguns fatores ambientais desencadeantes. Estes fatores têm o potencial de estimular as manifestações clínicas da doença (Bonfim *et al.*, 2018). A maioria das exposições ambientais que são descritas como gatilhos da FM podem ser consideradas como "estressores", tais como traumas físicos, infecções, estresse emocional, desequilíbrios hormonais e ativação do sistema imunológico, podendo, em certos casos, gerar distúrbios autoimunes (Grodman *et al.*, 2011). Esses estressores podem estar associados a níveis intensos de dor, restrição física, impacto no estilo de vida e problemas emocionais, além de resultar em menor atividade física (Fronreira, 2013).

Além da dor e da fadiga, outros sintomas estão presentes nos pacientes com FM, como rigidez muscular e articular; fenômeno de raynaud; sensação de edema nas mãos; xerostomia (falta de salivação); síndrome do intestino irritável; tontura; síndrome da perna inquietada; dor torácica atípica e taquicardia, que afetam de 20 a 70% dos pacientes com FM (Clauw, 2015; Heymann *et al.*, 2017). A disfunção

temporomandibular afeta 75% dos pacientes, enquanto a dor de cabeça afeta 76% dos pacientes. Alterações de humor são avaliadas em até 70% dos indivíduos e a depressão ocorre em 30% dos casos (Heymann *et al.*, 2017).

O diagnóstico da fibromialgia é predominantemente clínico, dependendo de uma avaliação detalhada da história médica e um exame físico minucioso. Geralmente, são realizados exames adicionais, como análises de sangue ou exames de imagem, para descartar outras condições médicas que possam apresentar sintomas semelhantes aos da fibromialgia. É comum observar a associação da fibromialgia com outras condições, como hipotireoidismo, osteoartrite e artrite reumatoide, o que destaca a importância de uma abordagem holística no diagnóstico (Weidmann, 2021).

À medida que a compreensão da fibromialgia se aprofunda, torna-se evidente que sintomas como distúrbios do sono e do humor, anteriormente considerados comocausas da dor, são na verdade consequências da dor crônica e da ativação persistente de um sistema de estresse. Embora esses problemas não sejam diretamente responsáveis pela dor, eles desempenham um papel significativo na intensificação do quadro de dor em pacientes com fibromialgia. Portanto, devem ser cuidadosamente considerados e abordados durante o processo de tratamento para melhor gerenciar a condição e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Reumatologia, 2016).

2.2 Dor da fibromialgia

2.2.3 Classificação da dor

A dor é o principal sintoma presente em todo o corpo, sendo variável e podendo agravar-se durante crises, devido ao estresse, à falta de sono e às variações climáticas. Pessoas com fibromialgia também podem experimentar sensações de queimação, formigamento e edema em certas partes do corpo (Reumatocare, 2020). Sua classificação na FM pode ocorrer de acordo com a origem: periférica, central, visceral ou somática. E quanto à duração e à natureza da condição física, pode ser categorizada como neuropática, nociplástica, nociceptiva ou mista (Manzanares; Julian; Carrascosa, 2006).

Acredita-se que no contexto da fibromialgia, o sistema nervoso central desempenhe um papel significativo na manutenção da dor e de outros sintomas. Esta condição pode ser uma comorbidade que contribui para o surgimento de outras enfermidades orgânicas e psicológicas, como osteoartrite, lúpus, artrite reumatoide,

depressão, ansiedade, enxaqueca, dor miofascial, disfunção temporomandibular e espondilite anquilosante (Dionísio; Salermo; Padilha, 2020; Almeida, 2020).

A dor crônica, ao contrário da aguda, não atua como um mecanismo de defesa do corpo, podendo causar prejuízos tanto físicos quanto mentais. Pode-se dizer que a dor é crônica quando persiste por mais de seis meses ou está relacionada as condições de saúde de longa duração. Nesse contexto, a fibromialgia é uma doença caracterizada pela presença de dor crônica, podendo prejudicar significativamente as atividades diárias dos indivíduos. É importante salientar que a avaliação da dor crônica deve ser abrangente, levando em consideração diversos fatores, como intensidade, localização, fatores que a aliviam, fatores que a pioram, entre outros (Mazo, 2018).

2.2.4 *Tender Points*

A FM traz várias expressões sistêmicas, sendo a principal delas a dor muscular generalizada em pontos anatomicamente pré-determinados, conhecidos como tender points (TP). Os TP são fundamentais para o diagnóstico clínico de pacientes com fibromialgia (Keskindag; Karaaziz, 2017; Clauw, 2015). Em 2010, o ACR aprovou novos critérios provisórios para o diagnóstico da fibromialgia baseados em um estudo multicêntrico com 829 pacientes. Esses critérios são considerados preliminares porque foram obtidos a partir da revisão dos relatos dos pacientes (Wolfe *et al.*, 2010).

Os TP deixaram de ser um elemento essencial na definição da doença e foram introduzidos dois novos instrumentos de avaliação da dor como o Índice de Dor Generalizada (Widespread Pain Index), e a Escala de Gravidade dos Sintomas (Symptom Severity), ambos baseados nos níveis de sintomas relatados pelos pacientes como a dor, fadiga, sono, sintomas cognitivos e somáticos. Essas novas escalas permitiram um aumento na precisão diagnóstica (90,8%) em comparação com os critérios do ACR de 1990 (Wolfe *et al.*, 2010).

2.3 **Fadiga na fibromialgia**

Marcada por cansaço e uma notável falta de energia, que pode se agravar com atividade física ou mental, mas não é aliviada com descanso (Choy, 2015). A fadiga é um sintoma satélite que acarreta grandes prejuízos na qualidade de vida e na produtividade do trabalho dos pacientes que sofrem de fibromialgia (Reumatocare, 2020). Aproximadamente 80% dos indivíduos com essa condição

enfrentam problemas relacionados ao sono e fadiga. Os distúrbios do sono são caracterizados pela dificuldade em atingir a fase REM, que é considerada revitalizante (Choy, 2015).

A exaustão é tida particularmente como intensa pela manhã e frequentemente se agrava com o menor esforço físico, podendo ser debilitante (Jay; Barkin, 2015). Os níveis de fadiga entre os portadores dessa doença costumam ser consideravelmente mais altos do que entre aqueles com Artrite Reumatoide ou Osteoartrite. No entanto, não há consenso sobre o que determina a fadiga nesses pacientes. Três hipóteses têm sido levantadas: a dor crônica ativa o sistema neuroendócrino de estresse, há alterações no sono e a presença de depressão (Finotti, 2016)

2.4 Liberação miofascial

2.4.1 Conceito

A Liberação Miofascial é um procedimento relaxante realizado por fisioterapeutas e massoterapeutas por meio da massagem. Essa técnica consiste na aplicação de pressão em determinados pontos do corpo humano, com o objetivo de liberar os músculos e o tecido conectivo presentes em todo o corpo. Ela abrange a manipulação dos tecidos musculares, a fim de alterar a fáscia, recuperar a elasticidade e flexibilidade dos músculos, eliminando possíveis dores crônicas ou agudas (Carballo *et al.*, 2022).

2.4.2 Fáscia

A fáscia é uma fina camada de tecido conectivo, localizada logo abaixo da pele, que possui uma grande resistência e elasticidade, assemelha-se a uma capa que envolve e protege os músculos do corpo, permitindo um movimento suave. Conforme os movimentos do corpo, a fáscia pode sofrer lesões que prejudicam e podem impedir o funcionamento muscular, causando dor e desconforto. Ela pode ser manipulada de forma mecânica, por meio de alongamentos, provocando um relaxamento. A manipulação desse tecido conectivo faz com que as fibras se distendam, permitindo que os músculos que estavam tensos ganhem mais espaço. Antes do músculo atingir seu alongamento total, a fáscia fica em um estado de tensão que a impede de oscilar, quando ocorre a liberação o músculo relaxa e atinge seu comprimento natural, recuperando seu movimento e força externamente (Fraga, 2015).

2.4.3 Aplicabilidade da técnica

A manipulação das faixas de tensão na fáscia muscular ocorre através da aplicação manual de pressão sobre os pontos de tensão, com o objetivo de liberar possíveis restrições presentes nos músculos, resultando em uma remodelação do tecido conjuntivo (Ancioto, 2012). Sendo assim a LM pode ser aplicada com ou sem o uso de instrumentos. Os métodos manuais incluem técnicas como fricção, compressão e deslizamento. Esse tipo de tratamento consiste em aplicar pressão de forma lenta e constante em áreas específicas do corpo (Oliveira, Pereira, Felicio, 2019). Já a mobilização de tecidos moles com auxílio de instrumentos, conhecida como técnica de Glaston, usa ferramentas de aço inoxidável para quebrar nós ou tecidos cicatriciais que causam "aderências musculares" na fáscia, promovendo a recuperação da amplitude de movimento, aumento da circulação e redução da dor (Quiropraxia, 2020).

2.4.4 Indicação e contraindicação

Essa técnica é recomendada para pessoas que possuem algum fator que causa lesão muscular e, conseqüentemente, enfraquecimento da fáscia. O corpo humano é composto por 70% de líquidos, o que já indica a possibilidade de mutação. Portanto, o uso inadequado da musculatura, hábitos posturais inadequados, treinamentos intensos, estresse, problemas emocionais, entre outros, são os principais responsáveis pela pressão nos nervos e músculos. Essa pressão resulta na formação de nódulos, chamados de pontos gatilhos ou "trigger points" (Maria, 2024). Esses pontos acumulam toxinas, resultando frequentemente em dor e dificuldades na realização dos movimentos, podendo se agravar e se tornar problemas maiores ou crônicos. Os pontos gatilhos prejudicam o funcionamento correto do sistema musculoesquelético e da coordenação motora. Além disso, podem reduzir a força muscular e a flexibilidade, resultando em treinamento deficiente e desconfortos em geral (User, 2024).

Alguns exemplos de situações em que a Liberação Miofascial pode ser indicada são: dor muscular, lesões musculares, distensões, entorses, tensão crônica, limitações de movimento e rigidez muscular, dores de cabeça tensionais, síndrome do túnel do carpo, distúrbios temporomandibulares, fibromialgia, dor lombar, ponto-gatilho miofascial, lesões esportivas, e síndrome de dor miofascial. A liberação

miofascial é geralmente eficaz e segura, mas há algumas situações em que esta técnica não é recomendada como em feridas abertas na área tratada, infecções de pele, trombose venosa profunda, fraturas recentes, doença grave do tecido conjuntivo e certas condições médicas subjacentes que podem afetar a cura, como diabetes não controlada. O fisioterapeuta deve avaliar individualmente cada caso, considerando a saúde global do paciente (Toshiro, 2023).

2.4.5 Benefícios

O uso regular da liberação miofascial pode melhorar a saúde física e mental e a coordenação dos movimentos, pois o processo dessa prática melhora a qualidade de vida por interferir positivamente no relaxamento dos músculos do corpo. Melhorias na amplitude de movimento e na consciência corporal podem ser observadas através da manipulação manual, tanto superficial quanto profunda, com ou sem ferramentas; apoiar a execução de movimentos; reduzir o uso excessivo e a tensão muscular e articular; relaxar e ativar os músculos; melhorar a circulação sanguínea e respiratória; garantir mudanças físicas e emocionais graduais; relaxar seus músculos; liberar o ácido láctico; ajudar na regeneração muscular e prevenir dores e lesões, trazendo conforto, leveza e bem-estar (Simões, 2020).

E tudo isso acontece por meio de um fenômeno científico chamado histerese, que facilita a capacidade de determinados corpos de reter os resultados dos estímulos mesmo quando eles não são mais aplicados. Portanto, a liberação miofascial proporciona benefícios além da aplicação da técnica e não apenas quando ela é realizada (User, 2024).

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo, período da pesquisa, restrição linguística e temporal

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática, baseada no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), e sua pesquisa bibliográfica foi realizada no período de 08 de fevereiro de 2024 a 27 de março de 2024. Não foi adicionada restrição temporal nem linguística a fim de evitar viés de publicação.

3.2 Bases de dados, descritores e estratégia de busca

O levantamento bibliográfico foi realizado através das bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed, *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) e *Web of Science* via Periódicos CAPES. Foram utilizados descritores do Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), e do Medical Subjects Headings (MeSH): “*Myofascial release*”, “*Fibromyalgia*”, “*Pain*”, “*Fatigue*”, na estratégia de busca foram combinados com o operador booleano “AND”, demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia de busca

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
MedLine/PubMed	("myofascial release") AND (fibromyalgia) ("myofascial release") AND (fibromyalgia) AND (pain) AND (fatigue)
PEDro	myofascial release * fibromyalgia
Web of Science (Via Periódicos CAPES)	("myofascial release") AND (fibromyalgia)

Fonte: autoria própria.

3.3 Realização das buscas e seleção dos estudos

A etapa de pré-seleção e identificação dos estudos foi realizada por três pesquisadores de forma independente, assegurando um rigor científico. A seleção dos estudos encontrados na busca eletrônica e manual foram previamente analisados e selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade, por meio de uma triagem, excluindo artigos duplicados e por não estarem conforme o tema, submetidos a uma leitura primeiramente pelo título e posteriormente pelo resumo e texto na íntegra.

3.4 Critérios de elegibilidade (PICOT)

Para atingir o objetivo proposto, foi elaborada uma pergunta com base na

estratégia (*Patient Intervention Comparison Outcome*) PICOT: Qual a eficácia da liberação miofascial no alívio da dor e fadiga em adultos com fibromialgia?

O presente estudo inclui um grupo de estudos experimentais, como ensaios clínicos randomizados, seguindo o modelo do PICOT (população, intervenção, controle, desfecho e tipo de estudo). A população incluída foram pacientes com fibromialgia, a intervenção escolhida foi a liberação miofascial, com os seguintes desfechos: dor e fadiga. O tipo de estudo foi ensaio clínico randomizado, conforme mostra o **Quadro 2** abaixo.

Quadro 2 – Critérios de elegibilidade PICOT

ACRÔNIMO	CRITÉRIOS	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P	População	Pacientes com fibromialgia	Pacientes que além da fibromialgia, apresentassem outra doença reumatológica associada
I	Intervenção	Liberação miofascial	-
C	Controle/comparação	-	-
O	Outcome/Desfecho	Alívio da dor e fadiga	-
T/S	Tipo de estudo	Ensaios Clínicos Randomizados	-

Fonte: autoria própria.

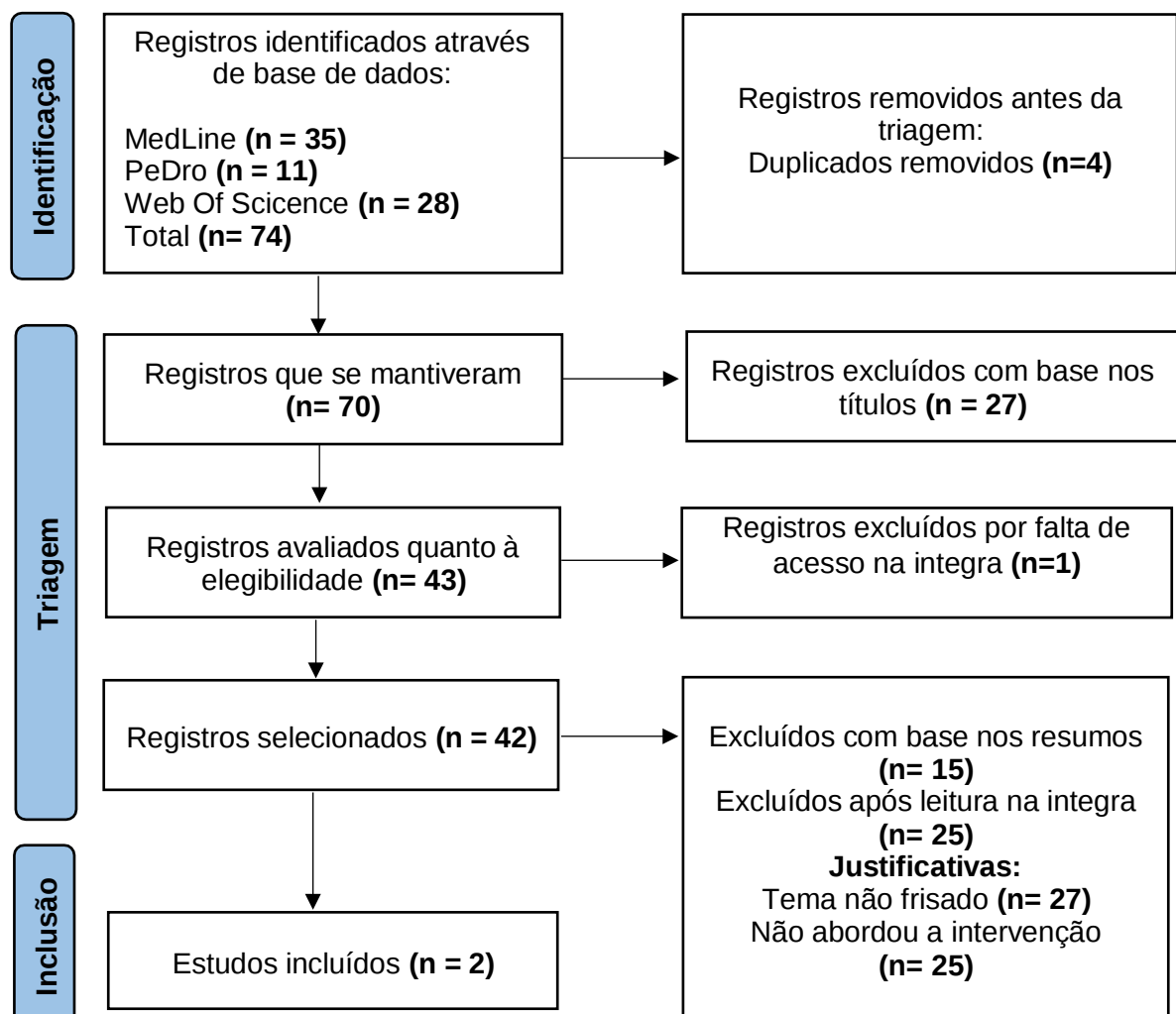
3.5 Características dos estudos incluídos e avaliação do risco de viés

Para a presente revisão, foram coletadas as seguintes características: autor/data, tipo de estudo, população, grupos e amostras, tratamento do grupo controle, tratamento do grupo intervenção, tempo, duração e frequência da intervenção. A avaliação do risco de viés dos estudos foi realizada usando a ferramenta Cochrane de risco de viés para ensaios clínicos randomizados.

4 RESULTADOS

A estratégia de busca eletrônica resultou em 74 artigos nas bases de dados, distribuídos da seguinte maneira: MedLine/PubMed (35), Web of Science (28) e PEDro (11), com um total de 4 duplicados removidos antes da triagem, seguiu-se com 70 artigos para triagem, sendo excluídos 27 artigos após a leitura do título, por não estarem em conformidade com o tema, totalizando 43 artigos que se mantiveram, sendo 1 artigo excluído por falta de acesso na íntegra, 42 artigos foram avaliados quanto à elegibilidade, onde 15 artigos foram excluídos após a leitura do resumo, por não estarem de acordo com os critérios de inclusão, destes 25 artigos não apresentavam a intervenção da liberação miofascial, dos quais restaram 2 artigos que seguiram para a leitura completa, onde foram selecionados para esta revisão, estando conforme os critérios de elegibilidade, conforme demonstrado na **figura 1**

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos para revisão sistemática



A organização e tabulação dos dados extraídos dos 2 artigos estão descritos nos quadros 3 e 4 de acordo com as seguintes características: autor, população de estudo, tipo de estudo, controle, intervenção (Quadro 3), desfechos, métodos de avaliação e resultados (Quadro 4) e avaliação do risco de viés (Quadro 5). De acordo com o quadro 3, quanto ao ano de publicação, os estudos presentes são dos anos de 2011. Os estudos foram desenvolvidos na Espanha e em relação ao delineamento, são considerados como ensaios clínicos randomizado.

Quadro 3 – Características dos estudos incluídos

Autor (data)	Tipo de Estudo	População	Grupos e amostras	Tratamento do grupo intervenção	Tratamento do grupo controle	Tempo, duração, frequência
Castro - Sánchez <i>et al.</i> (2011 ^a)	Ensaio Clínico randomizado e controlado por placebo	Pacientes com fibromialgia com idade entre 40 e 65 anos	86 pacientes	Protocolo de terapia miofascial	Tratamento sham com ondas curtas e ultrassom	2 vezes por semana Durante 20 semanas 40 sessões
Castro - Sánchez <i>et al.</i> (2011 ^b)	Ensaio clínico randomizado controlado	Pacientes com fibromialgia com idade entre 18 e 65 anos	64 pacientes	Massagem terapia de liberação miofascial	Protocolo sham de magnetoterapia desconectada	1 vez por semana Durante 20 semanas 20 sessões

Fonte: autoria própria.

De acordo com os artigos, os dados foram coletados no início do estudo, seis meses e um ano após a última sessão da intervenção correspondente, utilizando o Questionário McGill de Dor (MPQ), a Escala Visual Analógica (EVA) e o Questionário de Impacto da Fibromialgia de 10 itens.

Quadro 4 – Resultados dos estudos incluídos

Autor (data)	Desfechos	Métodos de avaliação	Resultados	Informações estatísticas
Castro - Sánchez <i>et al.</i> , (2011 ^a)	Dor e Fadiga	Questionário McGill de Dor (MPQ), e a versão em espanhol do Questionário de Impacto da Fibromialgia de 10 itens	Melhora significativamente as dimensões dolorosa, sensorial e afetiva, aliviando a sensação de fadiga	P < 0,05
Castro - Sánchez <i>et al.</i> , (2011 ^b)	Dor	Escala Visual Analógica (EVA), algômetro de pressão (Wagner FPI 10-USA)	Reduz a sensibilidade à dor em pontos dolorosos, melhorando a percepção da dor	P < 0,05

Fonte: autoria própria.

No ensaio clínico de Castro-Sanchez *et al.* (2011^a), 94 participantes foram selecionados e separados em dois grupos, todos com idades entre 40 e 65 anos. Inicialmente, havia 47 indivíduos no grupo do placebo e 47 no grupo experimental. No entanto, ao longo do experimento, 8 participantes desistiram devido a questões de saúde, mudança de residência, problemas pessoais ou início de novos tratamentos farmacológicos. Dessa forma, continuaram no estudo 45 participantes no grupo experimental e 41 no grupo do placebo, totalizando 86 participantes. Os resultados sugerem que as técnicas de liberação miofascial podem ser uma terapia complementar para sintomas como dor e fadiga em pacientes com fibromialgia. Um ano após a intervenção, as únicas melhorias significativas foram nos pontos dolorosos na segunda costela esquerda e no músculo glúteo esquerdo, dimensão afetiva, número de dias de bem-estar e gravidade clínica.

Já no segundo ensaio clínico de Castro-Sánchez, *et al.* (2011^b), a liberação miofascial foi usada com o objetivo de alívio da dor nos indivíduos com FM, obtendo resposta satisfatória no grupo experimental de 32 pacientes, o que o estudo também nos apresenta também é que apesar dos resultados positivos no alívio da dor, não foram encontrados dados que sustentassem que a liberação miofascial isolada tenha impacto na melhora dos aspectos psicoemocionais correlacionados a FM, mas que se abordados de maneira multimodal fatores como ansiedade e estresse que estão diretamente ligados as propriedades mecânicas do tecido conjuntivo serão reduzidos e fenômenos como aprisionamento fascial que desencadeiam pontos dolorosos serão amplamente diminuídos, impactando positivamente na qualidade de vida desses indivíduos.

Embora o número de estudos não tenha sido suficiente para a maioria das comparações, a possibilidade de viés de publicação para duas comparações foi avaliada pela ferramenta da colaboração Cochrane.

Quadro 5 – Análise de risco de viés

Autor e ano	Castro-Sánchez, (2011 ^a)	Castro-Sánchez, (2011 ^b)
Geração da sequência aleatória		
Ocultação de alocação		
Cegamento de participantes e profissionais		
Cegamento de avaliadores de desfecho		

 = Baixo risco de viés /  alto risco de viés /  = risco de viés incerto

5 DISCUSSÃO

Castro-Sanchez, *et al.* (2011^a), apresentou a liberação miofascial como uma terapia que proporciona melhoria significativa na dor, duração do sono, ansiedade e no papel físico dos pacientes. Nesse estudo, foi aplicado um protocolo mais intensivo de LM que não conseguiu alcançar uma melhora na estabilidade postural que era um dos desfechos a serem avaliados. Porém, foi encontrada uma melhora significativa na fadiga, cansaço ao caminhar, rigidez e no número de dias de bem-estar, que ocorreu logo após a aplicação da terapia. Onde um protocolo mais prolongado poderia apresentar benefícios maiores e mais duradouros em termos de dor e fadiga.

Ainda assim Castro-Sanchez, *et al.* (2011^a), observou que após a realização de um programa semanal de terapia de liberação miofascial de 20 semanas, os pacientes com fibromialgia apresentaram uma diminuição significativa da dor de acordo com os resultados obtidos na algometria de pressão e no questionário de dor de McGill. De acordo com as variáveis sociodemográficas, ou seja, idade, profissão, nível acadêmico e duração anterior do transtorno, esses pontos não apresentam influências sobre a intensidade do impacto da fibromialgia como aferido pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia.

Ekici, *et al.* (2009), utilizaram o Questionário de Impacto da Fibromialgia em seu estudo para avaliar os resultados da terapia de drenagem linfática associada a massagem do tecido conjuntivo, onde foi constatado melhorias significativas em menos itens em comparação ao estudo de Castro-Sanchez, *et al.* (2011^a). Apesar de terem analisado uma amostra de mulheres durante apenas três semanas, a persistência dos efeitos relatados não foi devidamente documentada.

Em seu segundo estudo Castro-Sanchez, *et al.* (2011^b), constata que a terapia de liberação miofascial quando aplicada durante 20 semanas apresenta uma melhora significativa em relação à dor. Esse protocolo demonstrou uma redução da sensibilidade à dor em pontos sensíveis, principalmente na região da cervical, dos músculos glúteos e trocânter maior. Entretanto, o foco do protocolo não era apenas a dor, mas também a ansiedade, depressão, qualidade do sono e qualidade de vida. Onde o autor sugere que a presença da depressão pode facilitar o aparecimento dos pontos-gatilhos ativos e vice-versa. Por outro lado, segundo Blackburn-Munro (2004), a dor e a depressão podem estar conectadas à sensibilização central, uma

vez que a persistência da dor crônica e da depressão pode indicar um mecanismo patogênico comum relacionado a alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

No entanto, Liptan (2010) levantou a possibilidade de que a dor ou disfunção fascial relacionada à fibromialgia pode ser resultado de uma tensão crônica na fáscia, decorrente de uma resposta comprometida de cicatrização devido à estimulação inadequada do hormônio de crescimento. Isso pode resultar em inflamação, levando assim à dor difusa e à sensibilização central observadas na fibromialgia. Considerando como alternativa de tratamento utilização de terapias manuais focalizadas na fáscia. Seguindo essa linha de raciocínio, Findley, Chaudhry (2015) discutem a transmissão de forças para a fáscia durante a contração muscular, destacando que um excesso de tensão na fáscia pode se manifestar em forma de dor. O mesmo autor menciona que, após essa análise, o tipo de treinamento realizado pode ter como objetivo tanto a musculatura quanto a fáscia.

Wigers, Finset (2007), conduziram um estudo onde aplicaram uma combinação de terapia miofascial com exercício aeróbico como tratamento para dor miofascial em um programa de reabilitação multidimensional para pacientes com dor crônica generalizada, concluindo que a aplicação de uma intervenção adequada o mais precocemente possível é imprescindível para evitar a dor recorrente. Por outro lado, autores como Worrel *et al.* (2001) empregaram uma abordagem multimodal, compreendendo medidas físicas, educacionais e farmacológicas em pacientes que apresentaram diferenças significativas em 9 dos 13 itens do Questionário de Impacto da Fibromialgia, destacando ao mesmo tempo que a presença de depressão é um fator chave que influencia o questionário.

De acordo com Salvador, Silva, Zirbes (2005), os pacientes com fibromialgia têm dificuldade em tolerar exercícios físicos, relatando fraqueza muscular e dor intensa de forma individual. Isso os impede de realizar tarefas do dia a dia, o que leva a uma piora na qualidade de vida, impacto na carreira profissional e agravamento da saúde geral. Dito isto, Strobel; Wild; Müller, (1998); Worrel, *et al.* (2001) destacam a importância da motivação e do reforço por meio da educação em saúde, para diminuir a dor física e aprimorar a percepção da qualidade de vida. A importância da utilização de métodos não invasivos, como a liberação miofascial, para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com essa

síndrome é destacada pelos estudos revisados. Contudo, assim como a técnica da LM é relevante, também há uma limitação significativa em relação aos estudos disponíveis, pois muitas pesquisas têm um número reduzido de participantes, o que acarreta em resultados limitados. Embora muitos profissionais utilizem tais técnicas, a escassez de estudos suficientes compromete a validação da importância da mesma. Apesar da prática se apresentar de forma relevante, as maneiras que esses resultados são alcançados necessitam de uma comprovação científica que sustente sua efetividade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia de liberação miofascial pode ser considerada uma terapia alternativa e complementar que alcança melhorias nos sintomas da fibromialgia. O presente estudo mostrou que a aplicação da liberação miofascial contribui no alívio da dor e fadiga em pacientes que sofrem com fibromialgia. As pesquisas avaliadas concluíram que o programa de terapia miofascial foi visto como um tratamento alternativo e complementar, onde teve como finalidade a melhora dos pacientes, reduzindo os sintomas.

É essencial contar com condutas específicas para esses indivíduos, pois a diversidade de sintomas dificulta a identificação exata da origem da FM, transformando-a em uma condição sem cura definitiva, incerta e sujeita a alterações. Apesar da falta de uma solução permanente, os tratamentos de curto e longo prazo têm demonstrado avanços notáveis nos sintomas da fibromialgia, permitindo que os pacientes mantenham uma vida ativa e de qualidade.

Adotar abordagens fisioterapêuticas direcionadas a esse grupo é imprescindível, uma vez que novos conhecimentos sobre técnicas, conceitos, métodos e tecnologias estão constantemente surgindo, ampliando as possibilidades de intervenção fisioterapêutica em adultos com fibromialgia. Assim, a necessidade de conduzir estudos futuros com mais participantes, protocolos mais prolongados e maior rigor metodológico torna-se evidente.

REFERÊNCIAS

- AJIMSHA, M. S.; AL-MUDAHKA, N. R.; AL-MADZHAR, J. A. Effectiveness of myofascial release: Systematic review of randomized controlled trials. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 19, n. 1, p. 102–112, jan. 2015.
- ALMEIDA C. Fibromialgia causa dor no corpo todo, é crônica e demanda paciente ativo. VivaBem. UOL. Set. 2020 Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/doencas-de-a-z/fibromialgia-causa-dor-no-corpo-todo-e-cronica-e-demanda-paciente-ativo.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2024.
- ANCIOTO C. N. *et al.* Artigo Original. Ter Man, v. 10, n. 50, p. 486–490, 2012. Disponível em: <<https://cienciadotreinamento.com.br>>. Acesso em: 03 abr. 2024
- ARNOLD, L. M. *et al.* Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. **Patient Education and Counseling**, v. 73, n. 1, p. 114–120, out. 2008.
- BENNETT, R. M. Fibrositis: misnomer for a common rheumatic disorder. **The Western Journal of Medicine**, v. 134, n. 5, p. 405–413, maio 1981.
- BENNETT, R. M. Pain management in fibromyalgia. **Pain Management**, v. 6, n. 4, p. 313–316, jul. 2016.
- BERGER, A. *et al.* Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. **International Journal of Clinical Practice**, v. 61, n. 9, p. 1498–1508, jul. 2007.
- BLACKBURN-MUNRO, G. Hypothalamo-pituitary-adrenal axis dysfunction as a contributory factor to chronic pain and depression. **Current Pain and Headache Reports**, v. 8, n. 2, p. 116–124, abr. 2004.
- BOERMA, T. *et al.* Revising the ICD: explaining the WHO approach. **The Lancet**, v. 388, n. 10059, p. 2476–2477, nov. 2016.
- BONFIM, D. *et al.* Fibromialgia em uma visão dualista da psicanálise? / Fibromyalgia in a dualist view of psychoanalysis? **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 11–18, 17 set. 2018. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/475>>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- CARBALLO, F. P. *et al.* Efeitos agudos da liberação miofascial sobre a flexibilidade na cadeia posterior em homens e mulheres praticantes de exercício físico regular. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e83111032465, jul. 2022.
- CARNES, D. *et al.* Adverse events and manual therapy: A systematic review. **Manual Therapy**, v. 15, n. 4, p. 355–363, ago. 2010.

CARVALHO M.A, Rego R.R. Fibromialgia. In: Carvalho MA, Moreira C. **Reumatologia: diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. São Paulo: Medsi, p. 247-60, 2001.

CARVALHO, L. S. C. *et al.* May genetic factors in fibromyalgia help to identify patients with differentially altered frequencies of immune cells? **Clinical & Experimental Immunology**, v. 154, n. 3, p. 346–352, out. 2008.

CASTRO-SÁNCHEZ, A. M. *et al.* Benefits of Massage-Myofascial Release Therapy on Pain, Anxiety, Quality of Sleep, Depression, and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2011, p. 1–9, 2011.

CASTRO-SÁNCHEZ, A. M. *et al.* Effects of myofascial release techniques on pain, physical function, and postural stability in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. **Clinical Rehabilitation**, v. 25, n. 9, p. 800–813, jun. 2011.

CHAKRABARTY, S.; ZOOROB, R. Fibromyalgia. **American Family Physician**, v. 76, n. 2, p. 247–254, jul. 2007.

CHOY, E. H. S. The role of sleep in pain and fibromyalgia. **Nature Reviews Rheumatology**, v. 11, n. 9, p. 513–520, abr. 2015.

CLAUW, D. J. Fibromyalgia and Related Conditions. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 90, n. 5, p. 680–692, maio 2015.

COACCIOLI, S. *et al.* Fibromyalgia: Nosography and Therapeutic Perspectives. **Pain Practice**, v. 8, n. 3, p. 190–201, maio 2008.

DIONÍSIO, G. H.; SALERMO, V. Y.; PADILHA, A. Central sensitization and beliefs among patients with chronic pain in a primary health care unit. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 3, n. 1, mar. 2020.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Norma nº 017/2016 de 27/12/2016 atualizada a 13/07/2017**. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172016-de-27122016.aspx>>. Acesso em: fev. 2024.

DOMINGUES, M. E.; BRANCO, J. C. Viver com Fibromialgia - A visão da Doente e do Médico. 1ª Edição portuguesa, Lisboa, **Gradiva Publicações**, p. 15–23, 2008.

EKICI, G. *et al.* Comparison of Manual Lymph Drainage Therapy and Connective Tissue Massage in Women With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 32, n. 2, p. 127–133, fev. 2009.

ELLIS, L. **Etiology, Diagnosis and Treatment of Fibromyalgia: A Practical and Effective Approach**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=3b0c488188fa78c778782189f6c7064078550c9d>>. Acesso em: mar. 2024.

FINDLEY, T. W.; CHAUDHRY, H. C. Findley & Chaudhry's response to Sharkey. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 19, n. 3, p. 392–393, jul. 2015.

FINOTTI L. Fibromialgia: por que os pacientes se tornam fadigados? nov. 2016. Disponível em: <<https://www.drleandrofinotti.com.br/artigo/fibromialgia-por-que-os-pacientes-se-tornam-fadigados/60>>. Acesso em: 4 abr. 2024.

FITZCHARLES, M.-A. *et al.* 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. **Pain research & management**, v. 18, n. 3, p. 119–26, 2013.

FRAGA, B. S. Auto-liberação miofascial no treinamento físico: revisão deliteratura. **lume.ufrgs.br**, fev. 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/133529>> Acesso em: mar. 2024.

FRONTEIRA, I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos Observational **Studies in the Era of Evidence Based Medicine: Short Review on their Relevance, Taxonomy and Designs**. Abril. 2013. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e3bf/80229b253117b0cb6376fa17a1bec87839e2.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2024.

GOLDENBERG, D. L. *et al.*, Understanding fibromyalgia and its related disorders. **Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry**, v. 10, n. 2, p. 133–44, 2008.

GREMILLION, R. B. Fibromyalgia. **The Physician and Sportsmedicine**, v. 26, n. 4, p. 55–65, abr. 1998.

GRODMAN, I. *et al.* Understanding fibromyalgia and its resultant disability. **The Israel Medical Association journal: IMAJ**, v. 13, n. 12, p. 769–772, 1 dez. 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22332450/>>. Acesso em: 27 mar. 2024.

HADLER, N. M. A critical reappraisal of the fibrositis concept. **The American Journal of Medicine**, v. 81, n. 3, p. 26–30, set. 1986.

HAUN, M. V. A.; FERRAZ, M. B.; POLLAK, D. F. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da Fibromialgia, em uma população brasileira. **Rev. bras. reumatol**, p. 221–30, 1999.

HEYMANN, R. E. *et al.* Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 50, p. 56–66, fev. 2010.

HEYMANN, R. E. *et al.* New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. **Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)**, v. 57, p. 467–476, 2017.

JAY, G. W.; BARKIN, R. L. Fibromyalgia. **Disease-a-Month**, v. 61, n. 3, p. 66–111, mar. 2015.

JONES, G. T. *et al.* The Prevalence of Fibromyalgia in the General Population: A Comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and Modified 2010 Classification Criteria. **Arthritis & Rheumatology**, v. 67, n. 2, p. 568–575, jan. 2015.

JUNIOR, M. H.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358–365, maio 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300018>>

KESKINDAG, B.; KARAAZIZ, M. The association between pain and sleep in fibromyalgia. **Saudi Medical Journal**, v. 38, n. 5, p. 465–475, maio 2017.

LATORRE-SANTIAGO, D.; TORRES-LACOMBA, M. Fibromyalgia and therapeutic exercise. Qualitative systematic review. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del deporte**, v. 17, n. 65, p. 183–204, mar 2017.

LIPTAN, G. L. Fascia: A missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, v. 14, n. 1, p. 3–12, jan. 2010.

MANZANARES, J.; JULIAN, M.; CARRASCOSA, A. Role of the Cannabinoid System in Pain Control and Therapeutic Implications for the Management of Acute and Chronic Pain Episodes. **Current Neuropharmacology**, v. 4, n. 3, p. 239–257, jul. 2006.

MARIA, F.S. **Liberação e Integração Miofascial Um pouco da história desta terapia!** Disponível em: <<https://rsaude.com.br/foz-do-iguacu/materia/liberacao-e-integracao-miofascial-um-pouco-da-historia-desta-terapia/10955>>. Acesso em: 11 mar. 2024.

MARQUES, A. P. *et al.* A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 4, p. 356–363, jul. 2017.

MARTÍNEZ, M. O.A. Fisiopatología y terapéutica de la fibromialgia. **Offarm:farmacia y sociedad**, v. 22, n. 1 (ENE), p. 86–96, 2003.

MAZO S.J.P.; GERS, M. IMPLICACIONES DEL DOLOR CRÓNICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON FIBROMIALGIA. *Psicologia em Estudo*, Journal article, v. 23, p. 81–91, 24 abr. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/TF6PKxcrS5M9stvNftKjcmk/#>>. 03 abr. 2024.

MOREIRA, C.; CARVALHO, M. A. P. **Noções práticas de reumatologia - v.1.** Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-642130>>. Acesso em: fev. 2024

OLIVEIRA, A. P. M.; PEREIRA, K. P.; FELICIO, L. R. Evidências da técnica de liberação miofascial no tratamento fisioterapêutico: revisão sistemática. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v. 7, n. 1, jul. 2019.

QUEIROZ, L. P. Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia. **Current Pain and Headache Reports**, v. 17, n. 8, jun. 2013.

QUINTNER, J. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. **The Lancet**, v. 340, n. 8827, p. 1103, out. 1992.

QUIROPAXIA, C. **Mobilização de tecidos macios assistidos por instrumentos (TÉCNICA GRASTON)**. 2020. Disponível em: <<https://curitibaquiropaxia.com.br/mobilizacao-de-tecidos-macios-assistidos-por-instrumentos-tecnica-graston/>>. Acesso em: fev. 2024.

REUMATOCARE. **Fibromialgia**. 2020. Disponível em: <<https://www.reumatocare.com.br/fibromialgia.html>>. Acesso em: 03 abr. 2024.

REUMATOLOGIA, S. B. DE. **Fibromialgia – Definição, Sintomas e Porque Acontece**. 2016. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/orientacoes-ao-paciente/fibromialgia-definicao-sintomas-e-porque-acontece>>.

ROMEYKE, T. *et al.* Severe forms of fibromyalgia with acute exacerbation of pain: costs, comorbidities, and length of stay in inpatient care. **ClinicoEconomics and Outcomes Research**, v. 9, p. 317–325, jun. 2017.

SALVADOR, J.P.; SILVA, Q.F.; ZIRBES, M.C.G.M. Hidrocinesioterapia no tratamento de mulheres com fibromialgia: estudo de caso. **Fisioter Pesqui**, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2005.

SARZI-PUTTINI, P. *et al.* Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 30, n. 6 Suppl 74, p. 143–151, 2012.

SENNA, R.E. *et al.* Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **PubMed**, v. 31, n. 3, p. 594–7, mar. 2004.

SIMÕES, P.A. **Liberção miofascial: o que é fáscia e benefícios das manobras para soltá-la**. 2020. Disponível em: <https://ge.globo.com/eu-atleta/saude/post/2020/02/09/liberacao-miofascial-o-que-e-fascia-e-beneficios-das-manobras-para-solta-la.ghtml>. Acesso em: jan. 2024.

SMITH, H. S.; HARRIS, R.; CLAUW, D. Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. **Pain Physician**, v. 14, n. 2, p. E217-245, mar. 2011.

SMYTHE, H. A.; MOLDOFSKY, H. Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome. **Bulletin on the Rheumatic Diseases**, v. 28, n. 1, p. 928–931, 1977.

SMYTHE, H. Fibrositis syndrome: a historical perspective. **The Journal of Rheumatology. Supplement**, v. 19, p. 2–6, nov. 1989.

STROBEL, E. S.; WILD, J.; MÜLLER, W. [Interdisciplinary group therapy for fibromyalgia]. **Zeitschrift Fur Rheumatologie**, v. 57, n. 2, p. 89–94, abr. 1998.

TOSHIRO. **Liberação Miofascial: Benefícios, Funcionamento e Indicações**. Julh. 2023 Disponível em: <<https://institutohishinuma.com.br/liberacao-miofascial-beneficios-funcionamento/>>. Acesso em: 2 abr. 2024.

USER, S. **Brígnol Massoterapia - Liberação Miofascial**. Disponível em: <<https://brignolmassoterapia.com.br/massagens-desportivas/liberacao-miofascial>>. Acesso em: fev. 2024.

VALENTINE, M. Aetiology of fibrositis; a review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 6, n. 4, p. 241–250, 1 dez. 1947. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18900066/>>. Acesso em: 03 abr. 2024.

WAHNER-ROEDLER, D. L. *et al.* Use of Complementary and Alternative Medical Therapies by Patients Referred to a Fibromyalgia Treatment Program at a Tertiary Care Center. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 80, n. 1, p. 55–60, jan. 2005.

WALLACE, D. J.; M.D, D. J. C. Fibromyalgia and Other Central Pain Syndromes. **Lippincott Williams & Wilkins**, v. 1, n. 1, p. 17-28, abr. 2005.

WEIDMANN, D. R. **Compreendendo a Fibromialgia**. mai. 2021.: Disponível em: <<https://www.reumatologistaondrina.com.br/post/compreendendo-a-fibromialgia>>. Acesso em: 28 mar. 2024.

WIGERS, S. H.; FINSET, A. Rehabilitation of chronic myofascial pain disorders. **Tidsskrift for Den Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke**, v. 127, n. 5, p. 604–608, mar. 2007.

WOLFE, F. *et al.* Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. **The Journal of Rheumatology**, v. 38, n. 6, p. 1113–1122, fev. 2011.

WOLFE, F. *et al.* The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. **Arthritis and rheumatism**, v. 33, n. 2, p. 160–72, 1990.

WOLFE, F. *et al.* The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. **Arthritis Care & Research**, v. 62, n. 5, p. 600–610, fev. 2010.

WOLFE, F.; WALITT, B. Culture, science and the changing nature of fibromyalgia. **Nature Reviews Rheumatology**, v. 9, n. 12, p. 751–755, dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of Diseases (ICD)**. Disponível em: <<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>>. 2018.

WORREL, L. M. *et al.* Treating Fibromyalgia With a Brief Interdisciplinary Program:

Initial Outcomes and Predictors of Response. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 76, n. 4, p. 384–390, abr. 2001.

YUAN, S. L. K.; MATSUTANI, L. A.; MARQUES, A. P. Effectiveness of different styles of massage therapy in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. **Manual Therapy**, v. 20, n. 2, p. 257–264, abr. 2015.

YUNUS, M. *et al.* Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 11, n. 1, p. 151–171, ago. 1981.