

AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA E TRATAMENTO DA SINDROME DA FIBROMIALGIA

Heberton Campos Neves Vieira de Souza
Fisioterapeuta pela Universidade Presidente Antônio Carlos, pós graduando em
traumato-ortopedia pela Universidade Castelo Branco, Mestrando em
Bioengenharia pela Universidade Vale do Paraíba.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a fibromialgia (FM) e o seu tratamento. Sendo a FM uma síndrome músculoesquelética crônica caracterizada por dores difusa, não inflamatória, com sítios dolorosos específicos pelo corpo, sensíveis á palpação (tender points); e de etiopatogenia desconhecida, que acomete principalmente o sexo feminino, em idade produtiva de trabalho, interferindo na sua qualidade de vida, pois freqüentemente estão associado a distúrbio do sono, fadiga e cefaléia crônica, distúrbios psíquicos como ansiedade e depressão além do cansaço constante e principalmente pela queixa dolorosa permanente. Não obstante o tratamento da FM tem como objetivo a melhora da qualidade de vida destes pacientes, que inclui: medicamentos analgésicos e antidepressivos, acompanhamento psicológico e fisioterapia. A fisioterapia pode contribuir muito no controle da dor, na atividade física dirigida e na melhora do padrão postural, e tem mostrado eficaz na redução dos sintomas e na melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes. Os recursos utilizados pela fisioterapia, os exercícios, terapias manuais, conscientização corporal adequada, eletrotermofoterapia, orientações e esclarecimento sobre a doença, parecem ser um componente importante do programa de reabilitação, pois um distúrbio por menor que seja pode criar desequilíbrio, instabilidade e principalmente dor generalizada, assim como um alinhamento postural incorreto que pode levar a lesões e a disfunções articulares. Assim, o tratamento não medicamentoso em complemento ao medicamentoso, pode gerar uma melhora da qualidade de vida e a permanência dessa qualidade a longo prazo.

PALAVRAS CHAVE: Tratamento, fibromialgia, reabilitação, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO:

A dor é uma experiência psicossomática que é afetada por fatores culturais, históricos, ambientais e sociais. Diferentemente das deficiências, como perda de amplitude de movimento que pode ser mensurada com instrumentos, já a dor por não possuir esses meios pode ser enganosa. A algia difusa crônica e a maior sensibilidade à dor são os principais marcadores da Patologia. O paciente relata piora do quadro doloroso mediante lesões, privação do sono, estresse emocional, exposição ao frio, dificuldade de concentração, dentre outros fatores¹.

No passado, pessoas que apresentavam dor generalizada e uma série de queixas mal definidas não eram levadas muito a sério. Por vezes problemas emocionais eram considerados como fator determinante desse quadro ou então um diagnóstico nebuloso era estabelecido. Isso porque se acreditava que houvesse o envolvimento de um processo inflamatório muscular. Gowers, no início do século XIX, citado por Kaziyama, sugeriu um termo denominado fibrosite, para nomear a síndrome dolorosa muscular regional, que portadores de patologias reumáticas apresentavam através de pontos sensíveis a palpação (tender points)². Como os investigadores descobriram que a inflamação não é um fator importante nessa condição, atualmente essa patologia passou a ser denominada de síndrome da fibromialgia (FM), assim essa denominação tornou-se mais correto e substituiu o velho termo fibrosite³.

O termo fibromialgia significa dores nos músculos e tecidos conectivos fibrosos (ligamentos e tendões). Esta condição é considerada uma síndrome porque abrange um conjunto de sinais e sintomas que podem ocorrer simultaneamente em diferentes doenças. Os sinais se referem aos achados físicos que são encontrados quando se examina o paciente, enquanto que os sintomas se relacionam às queixas relatadas durante a entrevista. A Síndrome é freqüentemente confundida e pouco entendida já que vários de seus sintomas

podem ser encontrados em outras patologias. Tal moléstia afeta principalmente músculos e seus locais de fixação nos ossos. Embora se manifeste como uma doença articular, ela não é inflamatória (artrite) e não causa deformidade nas articulações. Segundo Ferraz (1996) é uma síndrome de etiopatogenia desconhecida e consiste principalmente por apresentar uma desordem crônica mal compreendida, caracterizada por dor musculoesquelética crônica e generalizada, queixas gastrintestinais, função cognitiva reduzida, rigidez matinal e também em grande parte da população acometida está associada com a depressão. Além de apresentar um aumento do limiar doloroso conforme estudo realizado na Universidade da Flórida, pelo Dr. Roland Staud et all, em pacientes fibromiálgicos. Os pesquisadores aplicaram estímulos de calor intenso em diferentes partes das mãos dos pacientes com intervalos variando de 2 a 5 segundos entre as aplicações. Os pacientes apresentaram respostas mais intensa que persistiram durante os intervalos entre as aplicações, além de sentirem dor em áreas maiores em comparação com um grupo de pessoas saudáveis, ocorrência de fadiga e a presença de um sono não reparador que está presente em 76% a 90% dos portadores dessa síndrome. Esses resultados, segundo Martinez (1998) e Araujo (1998), representam problemas com o processamento central. A importância dada a essa patologia é consequência do grande número de portadores, estimado em de 2% da população mundial. No Brasil ainda não existe um levantamento oficial, mas estima-se que, mais de 5% da população possa desenvolver – lá²⁻⁷.

Para Mello & Marques, existe uma alteração da imagem corporal, em pacientes com FM. Tomando como base o trabalho realizado por esses autores, 93% dos pacientes apresentam dificuldades de projetar corretamente no papel os pontos tocados pelo fisioterapeuta, leva-nos a supor que as dores crônicas, os distúrbios do sono e a presença de tender points, poderiam ter modificado a própria imagem corporal e a relação com o próprio corpo⁸.

Em média, a idade do seu início varia entre 29 e 37 anos, sendo a idade de seu diagnóstico entre 34 e 57 anos e acomete preferencialmente o sexo feminino (80% a 90% dos casos). Os sintomas de dor, fadiga e distúrbios do sono tendem a instalar-se lentamente na vida adulta, no entanto, 25% dos casos

referem apresentar estes sintomas desde a infância. Não se deve esquecer que as manifestações de dor muscular são muito comuns na infância, ocorrendo em torno de 7 % dos casos atendidos no ambulatório de Pediatria Geral. Isso não quer dizer que essas crianças terão evolução para fibromialgia. No entanto, foi descrita a tendência de a fibromialgia ocorrer em mulheres de uma mesma família⁹⁻¹⁸.

O Colégio Americano de Reumatologia definiu a FM em 1990, segundo os seguintes parâmetros: dor generalizada acima e abaixo da cintura, em ambos os lados do corpo e no esqueleto axial, por um período mínimo de três meses, somados à presença de no mínimo 11 pontos dolorosos à palpação de uma série de 18 descritos (fig.1). Estes pontos devem ser pressionados com uma força de cerca de 4 Kg, que grosseiramente corresponde à pressão necessária para começar a empalidecer o leito subungueal do polegar^{9-12,19}.

Os pontos citados estão localizados a seguir:

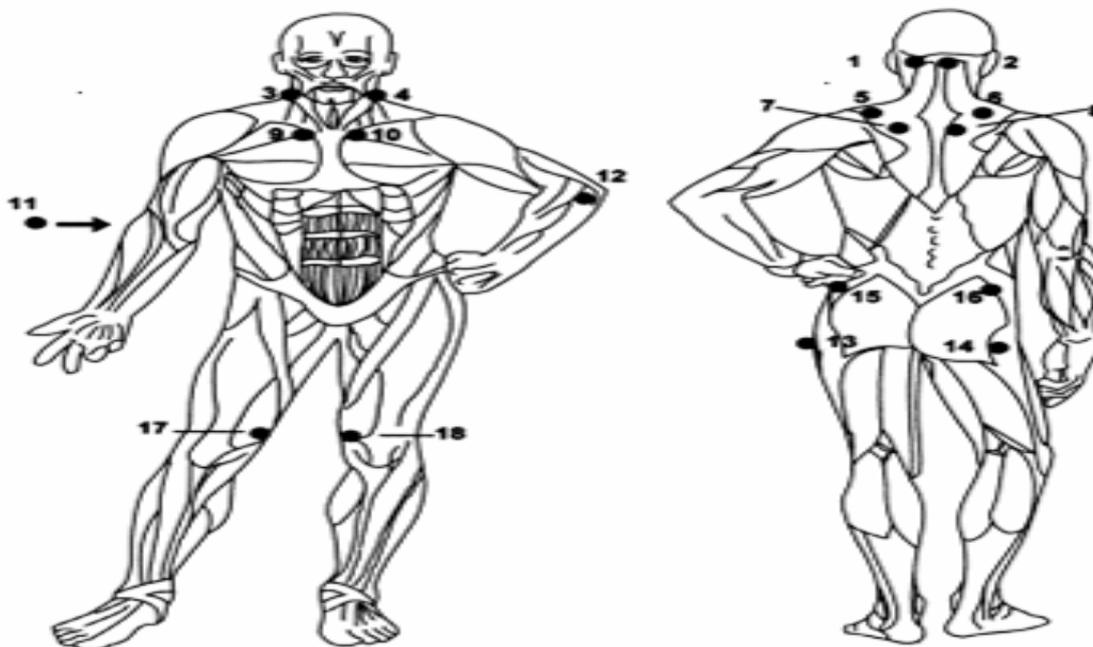


Fig. 1 – Mapeamento dos pontos dolorosos mais frequentes.

- 1, 2 - Occipital - inserção do músculo occipital ;
- 3, 4 - Cervical baixa - face anterior no espaço intertransverso de C5-C7;
- 5, 6 - Trapézio - ponto médio da borda superior;

- 7, 8 - Supraespinhoso - acima da borda medial da espinha da escápula;
- 9, 10 - Segunda costela - junção da segunda costochondral;
- 11, 12 - Epicôndilo lateral - a 2 cm do epicôndilo;
- 13, 14 - Grande trocanter - posterior à proeminência trocantérica;
- 15, 16 - Gluteos - quadrante lateral e superior das nádegas;
- 17, 18 - Joelho - região medial próxima à linha do joelho.

No entanto a FM podem prejudicar a qualidade de vida e o desempenho profissional, motivos que plenamente justificam que o paciente seja levado a sério em suas queixas. Como não existem exames complementares que por si só confirmem o diagnóstico, a experiência clínica do profissional que avalia o paciente com a síndrome é fundamental para o sucesso do tratamento.

O tratamento fisioterapêutico da FM requer uma boa colaboração por parte do paciente, mudanças de hábitos de vidas, a prática de exercícios físicos e o uso correto de medicamentos se for assim orientado pelo médico assistente. O acompanhamento de uma equipe interdisciplinar é essencial. A fisioterapia tem uma importante função na redução da dor, no reequilíbrio das forças e tensões e na melhora da qualidade de vida desses pacientes^{4,10,19}.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Sintomas e sinais apresentados por portadores da síndrome da fibromialgia, se correlacionam com diversas áreas da medicina, sendo a doença corretamente definida como síndrome de dor e dolorimento à palpação, sendo a dor generalizada e associada a rigidez articular, fadiga e distúrbios do sono^{11,19,20}. Essas alterações, consideradas manifestações universais nos portadores da enfermidade, ocorrem na grande maioria dos pacientes, mas nem sempre se manifestam simultaneamente no mesmo portador.

De uma forma global a porção mais significativa dos pacientes o início dos sintomas ocorre no formato insidioso e a algia pode ser relatada como

queimação, peso, exaustão do local acometido. A dor ocorre de forma ampla e difusa na maioria dos casos, freqüentemente se inicia na região cervical e ombros. Ao procurar uma ajuda especializada, apresentando dor em apenas um ou em poucos pontos, com freqüência é observado na avaliação a queixa dolorosa em outros locais anteriormente não relatados²⁰.

Igualmente, há possibilidade de uma alteração com o meio por parte desses pacientes, pois os mesmos não conseguem localizar ou as localiza com grande dificuldade. Tem-se a impressão que ela se inicia nos músculos, hora nas articulações, nos ossos e existem relatos de dor no sistema nervoso periférico; Sendo as localizações mais comumente relatadas as dores no esqueleto axial e nas cinturas articulares, ocorrendo às vezes nos membros²¹⁻²⁴.

Ocorre dores ao nível da porção anterior do tórax, fato que as vezes leva pacientes aos serviços de urgência cardiológica, e há pacientes que apresentam dor articular difusa, sobretudo pela manhã. Diferindo da rigidez matinal em portadores de artrite reumatóide, na fibromialgia ela é de curta duração, acontecendo geralmente por períodos inferiores a 15 minutos. Acontece, portanto ampla variação na localização da dor, cuja intensidade é de moderada a forte, na maioria dos pacientes. Quando utilizada a escala visual analógica de dor (EVA), vê-se a queixa de dor mais intensa em pacientes fibromiálgicos em relação a pacientes com artrite reumatóide.

A fadiga é alteração que ocorre em quase todos os pacientes, sendo mais notada pela manhã e no fim da tarde, e os pacientes a referem como física e psíquica, sendo a sensação correntemente relatada como um cansaço extremo. Parece que as atividades físicas e intelectuais agravam essa fadiga, além de incentivar queixas concomitantes de astenia, mal-estar geral, desinteresse por sexo e fraqueza muscular. A intensidade da fadiga e da astenia pode ser considerada como um bom parâmetro para se avaliar tanto a melhora clínica quanto a eficácia do tratamento²².

Os distúrbios do sono são freqüentes na maior parte dos pacientes praticamente em 100% dos relatos e são bastante variados, podendo ser uma dificuldade de conciliar o sono; em outros, predomina uma insônia

terminal. Muitos relatam a presença de um sono superficial, despertando ao mínimo ruído no ambiente, mas certos pacientes dizem que têm um sono mais profundo e dormem a noite toda, embora acordem mais cansados do que antes de se deitar²³.

Alterações comumente relatadas por pacientes é a presença de edema articular, ainda que ao exame físico jamais indique tais alterações. Assim, tal queixa pode induzir ao erro no diagnóstico, podendo ser a patologia diagnosticada como artrite reumatóide e outras doenças. Outro relato é o de parestesia. Os pacientes referem-se à presença de parestesias até nos membros não relacionados aos locais dolorosos, que por vezes é relatada até na face e na língua. De modo geral, a parestesia é sentida nas extremidades e muitas vezes confundida com quadros de compressões nervosas periféricas, como as síndromes do túnel do carpo e tarso.

Cefaléia é outra queixa clínica comum e pode ocorrer como hemicrânica (enxaqueca), dor na nuca, na região frontal, periorbitária ou mesmo holocraniana. Alguns pacientes sentem um “peso na cabeça”; outros se queixam de que é como se a cabeça estivesse “oca”. Nos pacientes em que há predomínio de cefaléia, são freqüentes os relatos de visitas a serviços de neurologia, sendo que muitos se submetem os exames eletroencefalográficos e tomografia computadorizada.

Zumbido e tonteiras são alterações freqüentes, sendo está última caracteristicamente timopática, isto é, relacionada às variações do humor, e o paciente relata! “Uma sensação de que vai sumir”. Tonteiras e zumbidos são causas comuns de consultas em ambulatórios de otorrinolaringologia, e muitos pacientes se submetem os testes vestibulares, curvas de tolerância à glicose para investigação de possível hiperglicemia ou estudos radiológicos da coluna cervical, para identificação de possível compressão nervosa. Todos esses exames seriam dispensáveis, se o paciente fosse interrogado sobre os demais sintomas da doença.

Depressão, ansiedade e irritabilidade são queixas observadas na maioria dos pacientes na primeira consulta. Como ocorre com os distúrbios do

sono, nessa primeira entrevista muitos pacientes negam que sintam deprimidos, mas na seqüência do tratamento percebem que antes se sentiam de fato deprimidos e só não haviam percebido a sintomatologia devido à evolução extremamente lenta da enfermidade> o mesmo acontece com a irritabilidade: muitos pacientes relatam que não se irritam e consegue se “controlar”¹⁸.

Quanto ao aparelho digestivo, as queixas mais comuns referem-se a alterações do hábito intestinal, variando de constipação intestinal (maioria dos pacientes) à diarreia , sendo que alguns intercalam períodos de constipação e de diarreia .Não são também incomuns as queixas de náuseas , vômitos , dor epigástrica e flatulência. Os diagnósticos gatroenterológicos são de cólon irritável , gastrite nervosa e hérnia de hiato.

Há relatos de fenômenos de Raynaud em portadores de fibromialgia, mas se trata , na verdade , muito mais de uma queixa subjetiva de cianose , não ocorrendo alterações compatíveis com a presença de fenômeno de ranaud verdadeiro. Entretanto várias outras alterações podem ainda ser encontradas “hipersensibilidades alimentar”, reações alérgicas a medicamentos, sinusites crônicas, disúria, urticária, prurido, disfunção temporomandibular, síndrome de dismenorréia primária etc²⁹.

Ao exame clínico, o paciente parecerá bem, sem doença sistêmica ou anormalidade articular. Embora se queixe de edema, não há sinusite óbvia. Naturalmente, a fibromialgia pode se associar a qualquer doença sistêmica, e a presença de uma artrite reumatóide ou uma osteoartrite não irá invalidar o seu diagnóstico. Sendo assim, quando há queixa de fraqueza muscular, o exame físico evidenciará uma força normal, anão ser pela dor de esforço o paciente não consiga evidenciar toda a sua força muscular.As patologias não evidenciaram déficits neurológicos, restando assim apenas a possibilidade de pontos gatilhos ou pontos dolorosos , que podem ser apenas um, poucos ou múltiplos e generalizados. Cumpre-se que o ciente com toda a constelação de sintomas da doença pode, ao exame clínico, não apresentar pontos gatilhos (trigger points) referenciados pelo Colégio Americano de Reumatologia. Nesses casos, com

freqüência, há dor muscular difusa a palpação dos vários grupos musculares e não se deve excluir o diagnóstico de fibromialgia^{10,19,20,21}.

Contudo as dificuldades de um diagnostico preciso se torna muito complicado e acaba por passar despercebido em algumas avaliações, o paciente assim vai progressivamente cristalizando a patologia.

DIAGNÓSTICO

A fibromialgia tem o seu diagnostico puramente clínico, não havendo exames completos que favoreçam sua realização. A consideração do quadro doloroso é importante, porém devem ser considerados outros acometimentos como: - Distúrbios do sono, fadiga, rigidez articular, sendo o diagnostico reforçado na presença de algumas dentre as várias manifestações clínicas da doença¹⁹.

Para a pesquisa dos pontos padronizados deve-se manter o paciente sentado sobre a mesa de exame, questionando-o sobre a sensação dolorosa, após a pesquisa de cada ponto padronizado, um a um, bilateralmente em cada região anatômica, no sentido crânio-cudal.

Recomenda-se o uso comparativo de pontos, ditos controles, como o leito ungueal do polegar, ponto médio na face dorsal do antebraço, fronte, terço médio do terceiro metatarso, que, supostamente, correspondem a locais menos dolorosos que os pontos padronizados.

O uso de dolorímetro ou algômetro, dispositivo que determina a intensidade de pressão por área, fornece dados mais objetivos, importantes em estudos controlados. Na rotina clínica, a pesquisa dos pontos dolorosos por meio de digitopressão é comparável à avaliação feita com o dolorímetro em termos da positividade dos pontos, no entanto não fornecem dados quanto ao limiar de pressão a partir do qual um ponto pode ser considerado positivo⁹⁻²⁰.

Na fibromialgia o limiar doloroso médio dos pontos padronizados, assim como dos pontos controle é mais baixo que em outras doenças reumáticas.

A presença de 11 dos 18 pontos padronizados tem valor para fins de

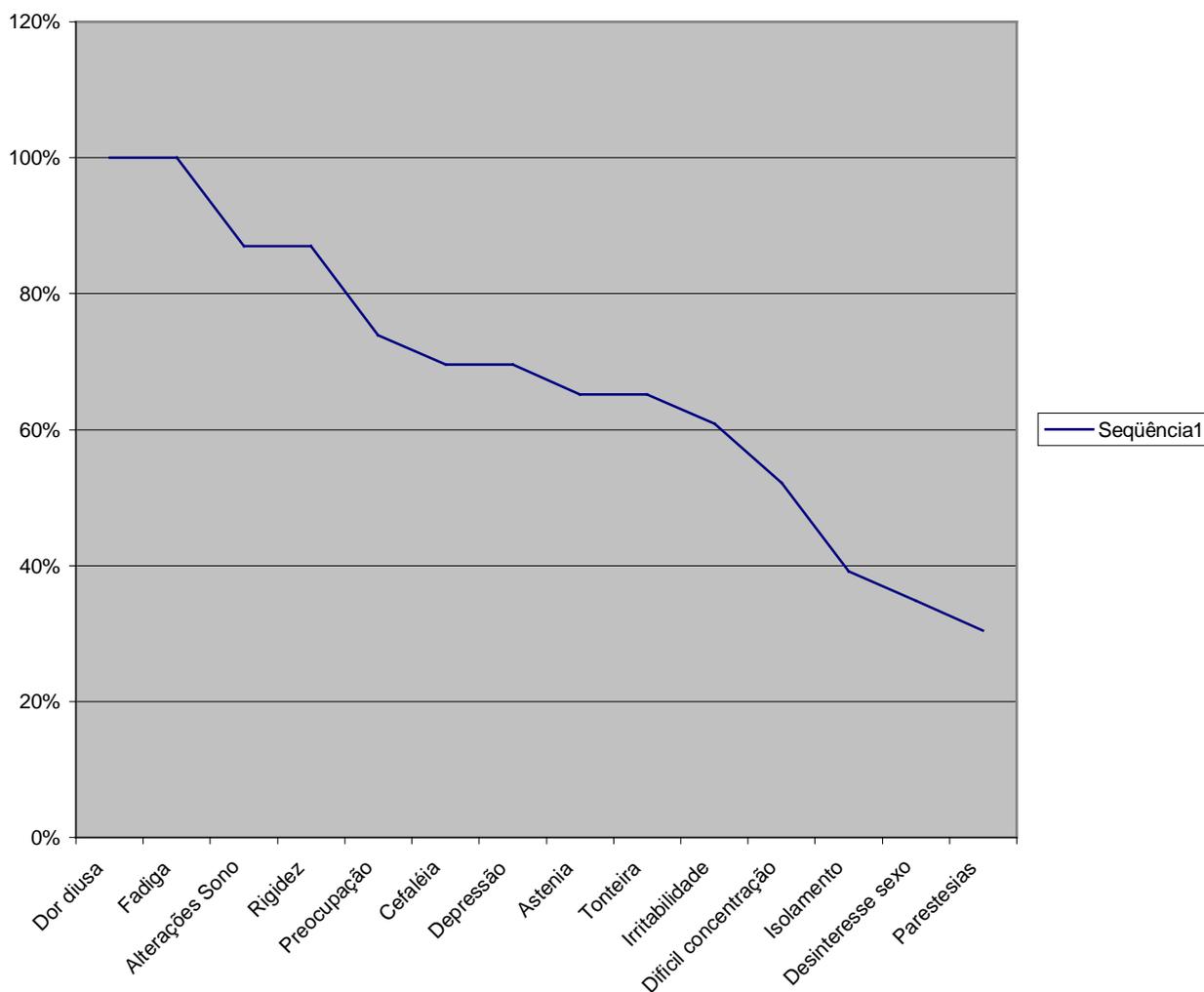
classificação, entretanto, em casos individuais, pacientes com menos de 11 pontos dolorosos poderiam ser considerados fibromiálgicos desde que outros sintomas e sinais sugestivos estivessem presentes.

Outros achados do exame físico incluem o espasmo muscular localizado, referidos como nódulos, a sensibilidade cutânea ao pregoamento (alodínia) ou dermatografismo, após compressão local. A sensibilidade ao frio também pode estar presente e manifestar-se como "cutis marmorata" em especial nos membros inferiores.

Os exames laboratoriais e o estudo radiológico são normais e, mesmo quando alterados, não excluem o diagnóstico de fibromialgia, uma vez que esta pode ocorrer em associação a artropatias inflamatórias, a síndromes cervicais ou lombares, a colagenoses sistêmicas, à síndrome de Lyme e a tireoidopatias. Cerca de 10% dos pacientes apresentam positividade do FAN em baixos títulos.

Segundo pesquisa realizada na UFMG, 1995, pelo serviço de reumatologia da faculdade de medicina as manifestações clínicas mais comumente observadas são apresentadas abaixo no gráfico 1-1.

Gráfico 1-1. Alterações mais freqüentes observadas em pacientes fibromiálgicos. Consulta inicial.



O SONO E A FIBROMIALGIA

O sono está geralmente prejudicado na fibromialgia e isso pode acarretar fadiga durante o dia, além de outros sintomas. O mesmo é fundamental para o bem-estar do indivíduo e para o funcionamento adequado de seu organismo. O sono não pode ser encarado apenas como o repouso do organismo, ao contrário disto, é neste período em que ocorre a produção de uma série de substâncias vitais para a saúde. Dentre essas substâncias destacam-se produtos envolvidos na manutenção do sono, na integridade do tecido muscular, nas vias de transmissão da dor e numa série de processos que resultam no equilíbrio do organismo. Portanto, dormir é necessário²³⁻²⁵.

A estrutura do sono é estudada por meio do registro do sono noturno, que se denomina Polissonografia. O sono é dividido em dois tipos: Denomina-se sono REM (Rapid Eye Movements) o estágio do sono no qual ocorre a maior parte dos sonhos e observa-se o maior relaxamento possível da musculatura. O Sono não REM, por sua vez é dividido em 4 estágios. No estágio 1 a pessoa apresenta um sono mais superficial, sendo que no estágio 2 consolida-se o sono propriamente dito. Os estágios 3 e 4 correspondem ao sono profundo. Assim sendo, durante uma noite normal de sono a pessoa apresenta-se no estágio 1 em 5 a 10% do tempo total de sono, no estágio 2 em 45 a 55%, nos estágios 3 e 4 em 18 a 22% e no sono REM em 20 a 25% do tempo total de sono. Além disso, é importante saber que durante uma mesma noite de sono a pessoa se encontra em diferentes estágios do sono diversas vezes. O ciclo de sono corresponde a um período de 90 a 120 minutos no qual a pessoa se encontra nos estágios do sono não REM e em seguida passa para o sono REM. Um segundo ciclo se inicia quando a pessoa volta para o sono não REM e assim as mudanças de estágios do sono vão ocorrendo de forma a constituir 4 a 6 ciclos de sono por noite. Durante a primeira metade da noite os estágios 3 e 4 do sono não REM são predominantes nos ciclos de sono. Na segunda metade da noite o sono REM passa a predominar sobre o sono não REM^{4,23}.

Durante os estágios 1 e 2 do sono não REM o cérebro encontra-se em importante atividade. O sono profundo, ou seja, os estágios 3 e 4 do sono, são responsáveis pela característica restauradora do sono, ou seja, promovem descanso, disposição e energia para o organismo. Alguns sonhos podem ocorrer durante o sono profundo assim como a produção de substâncias relacionadas com a integridade dos músculos e nervos. Os estágios 3 e 4 do sono são também conhecidos como sono de ondas lentas ou sono delta, porque nestes estágios ocorre predomínio de uma onda lenta que tem este nome. O sono REM é assim chamado porque é neste estágio em que ocorrem os movimentos oculares rápidos que se relacionam com a maior parte dos sonhos. Apesar do relaxamento muscular, neste estágio do sono ocorre uma intensa atividade cerebral, tanto em termos de raciocínio como no que se refere à produção de diversas substâncias fundamentais para a vida, como hormônios e neurotransmissores.

Deve-se ainda ressaltar que o sistema imunológico também é influenciado pelo sono profundo e sono REM. Portanto dormir bem ajuda na defesa do organismo contra processos infecciosos.

Na fibromialgia ocorrem diversos distúrbios na estrutura do sono levando ao sono não restaurador. A pessoa acorda como se não tivesse dormido, rígida, com dores no corpo e indisposta. Dentre os principais distúrbios do sono observa-se a diminuição na qualidade do sono profundo decorrente de ondas alfa de alta frequência que se sobrepõem às ondas lentas, constituindo o padrão alfa / delta do sono. Foram feitos alguns estudos quanto a possibilidade de se modificar o padrão alfa / delta do sono. Concluiu-se que, na maior parte das vezes, esse padrão pouco se altera com o tratamento. No entanto outros aspectos do sono melhoram, como a sua eficiência e a quantidade de sono profundo durante a noite. O paciente, portanto, melhora de suas queixas de sono superficial, mas mantém uma predisposição a apresentar distúrbios do sono. Nesse sentido, os pacientes com fibromialgia devem ter em mente alguns cuidados para dormir melhor²⁵.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A terapêutica em condições dolorosas crônicas deve ter um enfoque multidisciplinar no sentido de se promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Para o tratamento de dor, analgésicos são freqüentemente prescritos. Aspirina e antiinflamatórios não esteroidais os quais inibem a síntese de prostaglandina no sistema nervoso central (SNC) e, assim, provavelmente interagem com a temperatura corporal e com o ritmo vigília / sono. O efeito, no sono, da aspirina é variável; Pode haver diminuição do sono de ondas lentas e também pode ocorrer aumento do número de despertares e do tempo de vigília após o dormir. Os analgésicos e antiinflamatórios não hormonais tem sido as drogas mais utilizadas em portadores da síndrome a despeito de que não há evidências de inflamação tecidual, mesmo assim são prescritos para controle da

dor, sendo, entretanto, pouco efetivos na fibromialgia, principalmente a longo termo.

Os antidepressivos também são comumente utilizados no tratamento o uso de antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, em baixas doses, promove melhora do sono, da fadiga ao acordar e diminuição do número dos pontos dolorosos em adultos com fibromialgia. Em um estudo duplo-cego e com inversão do tratamento (*crossover*) de amitriptilina e placebo, foram avaliados 22 pacientes com fibromialgia quanto à resposta clínica e às alterações do registro polissonográfico. Houve uma melhora clínica de 27% após o tratamento com amitriptilina. Nos dados da polissonografia, observou-se um aumento de estágio 2 do sono, não havendo nenhuma outra mudança. Somente dois dos pacientes deste estudo obtiveram melhora da alteração de intrusão de ondas alfa no sono não REM . Tendo em vista os efeitos colaterais com o uso crônico da amitriptilina, a ciclobenzaprina vem ocupando um local de destaque no arsenal médico para a abordagem da fibromialgia. Essa droga corresponde a um derivado tricíclico que nas doses de 10 a 40 mg ao dia tem se mostrado eficaz no tratamento da fibromialgia, tanto isoladamente, quanto em associação com outras drogas, como ibuprofen e fluoxetina. Essa substância provoca melhora do quadro doloroso (pontos dolorosos e limiar médio de dor) e da qualidade do sono. Por sua vez, acabam por realizar a diminuição da fadiga no início da noite e aumento do tempo total de sono.

Inibidores de recaptção de serotonina mostraram resultados controversos. São, portanto, indicados na fibromialgia quando outras medicações apresentaram resposta precária ou muitos efeitos colaterais. A administração de fluoxetina em associação com a amitriptilina apresenta resultados melhores do que cada um desses fármacos isoladamente.

A venlafaxina, um antidepressivo inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina, mostrou ser uma medicação eficaz no tratamento da sintomatologia da fibromialgia, principalmente nos pacientes que apresentam transtornos depressivos ou ansiosos (DWIGHT et al., 1998).

O consumo de hipnóticos é alto e, nos pacientes com doenças reumatológicas, 15 a 70% deles fazem uso destas medicações regularmente na busca de alívio para seus sintomas.

As medicações benzodiazepínicas alteram a arquitetura do sono, promovendo aumento de estágio 2 do sono não REM à custa de uma diminuição dos estágios profundos do sono (EISEN et al., 1993). A administração da associação de tenoxicam e bromazepam parecem ser mais eficaz que o uso isolado de cada um. O uso de zopiclone, uma ciclopirrolona, no tratamento de fibromialgia, tem-se mostrado eficaz em pacientes que se queixam de distúrbios do sono e sintomas diurnos (DREWES et al., 1991). O tratamento com zolpidem a curto prazo, por sua vez, promove melhora do sono e da disposição diurna, mas não afeta o quadro doloroso. Outros hipnóticos têm sido estudados, como o imidazopiridina, que mostrou melhorar o sono, diminuindo o cansaço diurno, mas não foi eficaz para o tratamento da dor.

TRATAMENTO E AVALIAÇÃO NÃO MEDICAMENTOSO

EFEITOS BENÉFICOS DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS

Todas as pessoas precisam fazer alguma forma de exercício para manter um condicionamento físico compatível com as atividades que exerce. Na fibromialgia os exercícios são particularmente úteis. No entanto nota-se que muitas pessoas com fibromialgia ficam desencorajadas a fazer atividades físicas, poupando os movimentos nos locais dolorosos por temerem um agravamento de seus sintomas. Esse raciocínio é errôneo pois, por meio de exercícios físicos, pode-se promover um relaxamento nos locais de dor, bem como uma melhora dos sintomas e da qualidade de vida. Os exercícios físicos na fibromialgia, além de promover um melhor condicionamento cardiovascular, atuam sobre o sistema musculoesquelético, ou seja, favorecem a mobilidade de grupos musculares que se encontram em contração prolongada, promovem o alongamento de tendões, melhoram o equilíbrio durante a marcha, enfim, faz a pessoa sentir-se

melhor e mais saudável. É importante esclarecer algumas características dos programas de exercício físico para a fibromialgia. Uma delas é a característica aeróbica, ou seja, os movimentos não podem ser extenuantes porque isso prejudica o metabolismo das fibras musculares e favorece o acúmulo de substâncias que levam à dor. Portanto, trabalhos científicos são favoráveis a exercícios leves, progressivos, em pequena quantidade, mas que sejam realizados diariamente, de modos criteriosos, regulares e obedecendo a uma seqüência programada de forma personalizada²¹⁻²⁸.

O limite do que pode ser feito é determinado pela própria pessoa e é influenciado pela idade, presença de doenças concomitantes e limitações do sistema locomotor, que se agravam com algum movimento específico.

Alem disso, de acordo com as pesquisas os exercícios devem ser praticados no período da manhã, mas os cuidados com a postura devem ser tomados durante todo o dia, no sentido de prevenir sobrecargas e esforços repetitivos. Deve-se ressaltar ainda que a pessoa que pratica exercícios físicos torna-se mais disposta: observa-se melhora do humor, das expectativas e uma postura mental mais positiva, isso sem falar na melhora da auto-estima³.

EFEITOS MALÉFICOS DA FALTA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Pessoas ditas sedentárias, ou seja, aquelas que não se exercitam, apresentam algumas das conseqüências observadas em pacientes que passam longos períodos acamados. É descrita uma tendência à perda do condicionamento muscular, à perda de massa óssea e ao ganho de peso com o passar da idade. Por esse motivo a pessoa com fibromialgia que é sedentária cansa-se mais fácil e apresenta mais sintomas de dor e sono não reparador. As conseqüências são a má postura, a queda no seu desempenho, as atividades diárias parecem mais difíceis de serem efetuadas e a pessoa fica desanimada e angustiada a se ver em tal condição. Deve-se, portanto procurar uma saída nesse círculo vicioso de inatividade, dor e angústia. O que estiver ao alcance do paciente com fibromialgia é válido. Deve-se começar por algum ponto, ou seja,

melhorar a dor, o condicionamento físico ou a postura mental. Como fazer exercícios é uma medida saudável e seus benefícios duradouros, comece hoje mesmo, com pelo menos uma caminhada diária de 15 minutos. O começo é sempre um desafio.

ORIENTAÇÕES GERAIS

É a parte mais importante do tratamento. A fibromialgia não deve ser encarada como uma doença que não necessita de tratamento, mas sim como uma condição clínica que requer controle. Isso porque, na pessoa predisposta, suas manifestações ocorrem ao longo da vida, na dependência de uma gama de fatores físicos e emocionais. Nesse contexto, as manifestações devem ser tratadas na direta proporção de sua gravidade.

De uma forma geral a abordagem da fibromialgia repousa em quatro pilares a saber:

- Exercícios para alongamento e fortalecimento muscular, assim como para condicionamento cardiorespiratório;
- Técnicas de relaxamento para prevenir espasmos musculares;
- Hábitos saudáveis para melhorar a qualidade de vida e reduzir o estresse;
- Medicamentos para o controle da dor e dos distúrbios do sono.

Exercícios

Exercícios físicos regulares melhoram o tônus muscular, melhoram a sensação de dor e os distúrbios do sono. Isso porque umas séries de substâncias são liberadas durante exercícios de baixo impacto de alongamento e fortalecimento muscular, em especial as endorfinas (analgésicas) e somatostatina (promove o trofismo muscular).

Relaxamento

Devem-se balancear os períodos de trabalho e lazer, vigília e sono. O relaxamento, não apenas físico, mas também mental é importante na abordagem da fibromialgia. Isso porque se busca quebrar um círculo vicioso constituído por dor, estresse, depressões e distúrbios do sono.

Educação e hábitos saudáveis

Os pacientes com fibromialgia devem ter conhecimento pleno de sua condição clínica, uma vez que ela se caracteriza por recidivas intermitentes dos sintomas de dor e fadiga. Dessa forma os sintomas podem ser tratados assim que se manifestam com medidas não medicamentosas e se necessário, com o uso de medicamentos. No sentido de prevenir as manifestações de dor e de depressão, os pacientes com fibromialgia devem buscar hábitos saudáveis e regulares em termos de alimentação, lazer e sono.

Quando necessários devem ser prescritos pelo médico. Isso porque em cada recidiva a fibromialgia podem se manifestar de forma diferente, necessitando de diferente abordagem medicamentosa algumas citadas anteriormente.

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

Para uma boa avaliação utiliza-se a história clínica onde são obtidos dados gerais do paciente e o exame físico. Como o principal sintoma é a dor, é importante que esta seja avaliada inicialmente e acompanhada ao longo do tratamento. Um protocolo usado no ambulatório de Fibromialgia que é composto dos seguintes itens:

- Anamnese;
- Avaliação da dor - escala analógica visual de dor, Questionário de dor da McGill e dolorimetria;
- Avaliação da flexibilidade,³³⁻³⁴

- Testes de Schober, Stibor e 3o dedo-chão;
- Avaliação das cadeias musculares;
- Considerando as cinco cadeias musculares propostas por Souchart: respiratória, posterior, antero-interna da bacia, anterior do braço, antero-interna do ombro;
- Avaliação do Impacto da Fibromialgia;
- Fibromyalgia Impac Measurement (FIC) e agora o SF-36, ambos avaliam a qualidade de vida do fibromiálgico.

A fibromialgia permanece ainda voltada às manifestações clínicas, com medidas farmacológicas e não farmacológicas. O tratamento é sempre proposto após realização de avaliação cuidadosa e procura-se preservar a globalidade. O tratamento tem como objetivos o alívio da dor, Restauração da amplitude de movimento e a flexibilidade, a melhora da qualidade do sono, a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio emocional, a melhora do condicionamento físico e da fadiga, o tratamento específico de desordens associadas, Promover trabalho educativo - Além disso é importante uma educação do paciente de modo a prevenir e lidar com as possíveis crises e também bloquear os fatores perpetuantes ou precipitantes. Inicialmente, educar e informar o paciente e os seus familiares, proporcionando-lhes o máximo de informações sobre a síndrome e assegurando-lhes que seus sintomas são reais. A atitude do paciente é um fator determinante na evolução da doença. Por isso, procuramos fazer com que este assuma uma atitude positiva frente às propostas terapêuticas e seus sintomas²⁹⁻³¹.

O tratamento é proposto em função da sintomatologia apresentada:

- Dor localizada (tender points) - laser, TENS, Massoterapia, Acupuntura;
- Dores musculoesqueléticas, cefaléia crônica, rigidez matinal, Fadiga - Programa de condicionamento físico;
- parestesia – Exercícios globais e exercícios de alongamento;

- Programas de exercícios e treinamento físico - Bicicleta ergonômica, treinamento cardiovascular, exercícios de flexibilidade, exercícios aeróbicos, alongamento e caminhada.

RECURSOS TERAPÊUTICOS MANUAIS

Há várias técnicas terapêuticas manuais, como por exemplo, a massoterapia, no tratamento da fibromialgia. A massagem pode ajudar na diminuição da dor através da melhora da circulação e oxigenação, remoção de escórias musculares e aumento da flexibilidade muscular. Várias técnicas de massagem incluem: Deslizamento, passar as palmas das mãos e os dedos firmemente sobre os músculos em um movimento rítmico lento; Amassamento, quando os músculos são pressionados entre os dedos e o polegar e ligeiramente erguidos e apertados em uma seqüência rítmica lenta; Fricção, a massagem que penetra profundamente no músculo e usa movimentos circulares lentos com as pontas dos dedos ou do polegar.

A liberação miofascial, a terapia dos pontos-gatilhos, e as terapias craniosacrais são exemplos de técnicas especializadas para ajudar no alívio da dor em fibromialgia e em outras condições que causam dor³³.

As auto-massagens são um procedimento simples que os pacientes podem aprender facilmente a trabalhar nos próprios músculos para tentar alcançar a redução da dor e o relaxamento. Da mesma forma, um cônjuge ou outra pessoa pode ser treinado para executar as massagens terapêuticas.

Na Europa foi desenvolvida a técnica neuromuscular (TNM), referente a um método de tratamento e avaliação que objetiva produzir modificações no tecido disfuncional, encorajando a restauração da normalidade, focalizando principalmente desativar centros de atividade reflexogênicas (tais como pontos-gatilho). A TNM pode ser aplicada genérica ou localmente e em variedade de posições (sentado, deitado, etc). Este tratamento é realizado incluindo técnica de alongamento, pressão, contrapressão, tração, liberação

miofascial, liberação de pontos-gatilho, além da técnica de autodigito pressão com o polegar.

Para muitos pacientes, as medidas de dor indicarão máximo alívio da dor somente depois que os pacientes se submetem a um tratamento efetivo do tecido mole e de manipulação da coluna vertebral. O tratamento de tecido mole tem que soltar os músculos hipertônicos e adesões fasciais e dissensibilizar os pontos gatilho miofasciais. Quando o tratamento de tecido mole é efetivo, os níveis de dor do paciente fibromiálgicos normalmente se deslocam em direção ao nível normal, pois ocorre desativação dos pontos-gatilho o que auxilia o músculo a retornar-se a um estado normal³³⁻³⁵.

É importante que o tratamento de tecido mole não exacerbe a dor do paciente. A força deve ser reduzida dependendo de quão excessivamente sensível à pressão for o paciente. A maioria dos pacientes se beneficia de manipulação vertebral tanto quanto de tratamento de tecido mole. A facilitação reduz a resistência à transmissão de sinais nociceptivos da periferia ao tronco cerebral e ao cérebro através dos tratos espinotalâmicos, além de reduzir o limiar de ativação dos neurônios simpáticos pré-gangliônicos e neurônios motores alfa de um segmento envolvido, possivelmente induzindo vasoconstrição periférica e encurtamento das fibras musculares da unidade motora. Dois estudos controlados mostraram que manipulação vertebral (combinada com manipulação paravertebral de tecido mole) aumentou o “bem estar” de pacientes com Síndrome Fibromiálgica.

A administração quiroprática esteja potencialmente associada com métodos adicionais úteis, incluindo massagem no tecido mole e “borrifadas e alongamento.

A medicina osteopática da qual o Strain/counterstrain, uma forma de liberação posicional, e a técnica de energia muscular devia ter conduzido muitos estudos envolvendo a Síndrome Fibromiálgica, num destes estudos dos doze pacientes integrados 14% obtiveram seus pontos sensíveis menos sensíveis e 34% não responderam bem, mas estes através de imagem termográfica mostraram que seus pontos sensíveis ficaram espalhados e as AVD's e sintomas

gerais de dor melhoraram significativamente^{4,20}. Para o equilíbrio e controle a mão deveria estar aberta, as pontas dos dedos fornecendo apoio como uma “ponte” em que a palma está curvada para permitir a passagem livre do polegar em direção a uma das pontas dos dedos, de forma que ele se move no sentido de se distanciar do corpo do operador. Tratamento básico de Lief para a coluna vertebral (TNM): colocar o paciente em posição prona com um travesseiro de espessura média debaixo do abdome para prevenir o arqueamento indevido da área lombossacral, a testa descansa em um apoio com fenda para a cabeça ou para o rosto (aparato típico das macas próprias para massagem)³³⁻³⁵. Toda a coluna do occipício ao sacro inclusive a área glútea, é levemente lubrificada com óleo ou creme.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos a partir do presente estudo que pacientes com Fibromialgia podem ser altamente beneficiados com a Terapia Manual, exercícios físicos, orientações, conhecimento da patologia, e mudança de hábitos. Visto que são alternativas de tratamento de fácil aplicação e livre de efeitos colaterais, desde que aplicada corretamente. Sua utilização concomitante com os demais recursos é de grande valia para o alívio dos sintomas apresentados pelos pacientes.

Contudo vale lembrar a extrema importância da equipe multidisciplinar no acompanhamento dos pacientes fibromiálgicos, o que irá proporcionar uma significativa melhora no quadro geral da doença e principalmente, melhora da dor, pois é a maior queixa dos pacientes e conseqüentemente irá resultar na almejada melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ADLER, S.S., BECKERS, D., BUCK. M. Membro superior. **PNF in practice: An illustred guial** 1 nd ed. São Paulo: Manole 1999; 103-36.

BERBER, J. S., Kupek E. (2005): **Prevalência De Depressão E Sua Relação Com A Qualidade De Vida Em Pacientes Com Síndrome Da Fibromialgia**; Rev Bras Reumatol, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr.

CARVALHO, M.A.P., REGO R.R. **Fibromialgia. In: Moreira C. Reumatologia Diagnóstico e tratamento**, 2nd ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica 2001; 247-60.

DANTAS, E. H; PEREIRA, S. A. M; ARAGÃO, J. C; OTA A.H. **Perda da flexibilidade no idoso**. Fit & Perfom J.v.1, n.3,p.12-20, maio/jun.2002.

DIAS, K.S.G., RIBEIRO, D.M., SOUZA, F.M., SILVA, A.T., JÚNIOR, P.D.P. **Melhora da qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos tratados com hidroterapia**.Fisioterapia Brasil 2003; 4: 320-5.

DINIZ M. (2004): **Corrida Dentro D'água Reduz Efeitos Da Fibromilaiga**; Jornal da paulista Ano 17 – nº 189 Abril de 2004.

FERREIRA, E.A.G., MARQUES, A.P., MATSUTANI L.A., VASCONCELLOS, E.G., MENDONÇA, L.L.F. **Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia**. Rev Bras Reumatol 2002; 41(2): 104-10.

GASHU, B.M; MARQUES, A.P; FERREIRA, E.A.G; MATSUTANI, L.A. **Eficácia da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e dos exercícios de alongamento no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida de paciente com fibromialgia**. Rev. de Fisioter. Univ. São Paulo, v. 8,n.2,p. 57-4, ago/dez.2001.

HALL, C.M., LORI, T.B. Dor. **Exercício terapêutico: Na busca da função** 1 nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2001; 147-66.

HELFENSTEIN, M., FELDMAN, D. **Síndrome da fibromialgia: Características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais**. Rev Bras Reumatol, 2002; 42(1): 8-14.

KAZIYAMA, H.H.S., LIN, T.Y., TEIXEIRA, M.J., PIAGGE, F.D. **Síndrome Fibromiálgica**. Rev Med São Paulo.2001; 80(1): 111-27.

KLERMAN, E.B, GOLDENBERG, D.L, BROWN, E.N, MALISZEWSKI, A.M, ADLER, G.K. **Circadian Rhythms of Women with Fibromyalgia**. The journal of clinical Endocrinology & Metabolism 2001; 86(3).

LIPHAUS, B.L, CAMPOS, L.M.M.A, SILVA, C.A.A, KISS, M.H.B. **Síndrome da fibromialgia em crianças e adolescentes: Estudo clínico de 34 casos**. Rev Bras Reumatol 2001;41(2): 71-4.

LOUREIRO, M., BELLOTO, E., CRISTMANN, R.M., *et al.* **Prevalência de fibromialgia em pacientes infectados com o vírus da hepatite C.** Rev Bras Reumatol 2002; 42(1): 37-40.

MARQUES, A.P, MATSUTANI, L. A, FERREIRA, E.A.G, MENDONÇA, L,L,F. **A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão da literatura.** Rev Bras Reumatol 2002; 42(1): 42-8.

MARTINEZ , J. E. *et al.* (1998): **COMPARAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA E DOR MIOFACIAL**; Acta Fisiatrica 5(3): 150-63.

MARTINEZ, E. M., FERRAZ, M. B. (1996): **Fibromialgia e dor Miofacial: Extremos de uma Mesma Afecção?**, Revista Brasileira de Reumatologia - vol. 36 – nº. 4 – Jul/Ago.

MARTINEZ, J. E., XAVIER F. M. O., ANDRE M. A. ; RAMALHO M. V. (2001): **Avaliação De Parâmetros Clínicos De Pacientes Com Fibromialgia Após 5 Anos De Evolução**; Acta Fisiatrica, Brasil, 8(2): 71-74.

MARTINEZ, J.E., FILHO, I.S.B., KUBOKAWA, K.M., Cenasco G, Pedreira IS, Machado LAM. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short-form Study”.** Rev Bras Reumatol 1999; 39(6): 312-6.

MELLO, M, MARQUES, A.M. **A imagem corporal representada pelos fibromialgicos: um estudo preliminar.** Rev Fisioter Univ São Paulo 1995;2(2): 87-93. nº. 1 –Jan/Fev.

NOGUEIRA, C. H., LAURETTI, G. R., COSTA ,R. M. N. (2005): **Avaliação Duplamente Encoberta Da Hipnose Em Fibromialgia**; São Paulo Méd J. 2005; 123(Suppl):14 **Ocupacional**; Revista Brasileira de Reumatologia - vol. 42 – nº. 5 – Set/Out. **Pacientes Sobre A Fibromialgia**; Revista Brasileira de Reumatologia - vol. 42.

PEREA D. C. B. N. M. (2003): **Fibromialgia: Epidemiologia, Diagnóstico, Fisiopatologia E Tratamento Fisioterápico**; Fisioterapia Brasil 4(4): 282-8.
PRENTICE, W.E. **Resistência deficiente e mobilidade deficiente. In: Voight ML. Técnicas em reabilitação musculoesquelética**, 1 nd ed. Porto Alegre: Artmed 2003; 75-90.

PROVENZA, J.R., MORITA, D.M, HANAOKA, N,M,, *et al.* **Spect cerebral em pacientes com fibromialgia.** Rev Bras Reumatologia 2002; 42(1): 25-8.
REUMATOLOGIA S. R. (2005): **FIBROMIALGIA**; Revista AMRIGS, Porto Alegre, 49(3): 202-11, Jul/Set.

RIBEIRO, S. L., PROIETTI, F. A. (2005): **Fibromialgia E Estresse Infecioso: Possíveis Associações Entre A Síndrome De Fibromialgia E Infecções**

@RGUMENTANDUM

REVISTA ELETRÔNICA DAS FACULDADES SUDAMÉRICA
ISSN 2178-4388

Viróticas Crônicas; Revista Brasileira de Reumatologia - vol. 45 – nº. 1 – Jan/Fev.

RIBERT, M., PATO, P. R. (2005): **FISIOPATOLOGIA DA FIBROMIALGIA;** ACTA FISIATR 2004; 11(2): 78-81.

RIBERTO, M, BATTISTELLA L.R. **Comorbidades em fibromialgia.** Ver. Bras. Reumatol 2002; 42(1): 1-6.

ROIZENBLATT, S. et al. (2002): **Características Do Sono Alfa Na Fibromialgia;** Revista Brasileira de Reumatologia - vol. 42 – nº. 1 – Jan/Fev.

SÁNCHEZ M. A. T. (2005): **FIBROMIALGIA;** Colombia Médica Vol. 36 Nº 4, 2005 (Octubre-Diciembre).

SETTE C.J., VALLADA R, JÚNIOR E.A.B. **Tratamento fisioterapêutico na Fibromialgia.** Fisioterapia Brasil 2002;3(5): 281-4.

SILVA, L. C., ABREU A. C., et al. (1997): **O Valor Da Contagem Dos Pontos Dolorosos No Diagnóstico Clínico Da Fibromialgia;** Revista Brasileira de Reumatologia - vol. 37 – nº. 6 – Nov/Dez.

TEIXEIRA, M.J. **Fisiopatologia dos pontos-gatilho e da dor miofascial.** In: I. O. T. Do Hospital das Clínicas, FMUSP, 1995, São Paulo.