

Artigo de Revisão

# Intervenções fisioterapêuticas para pacientes com fibromialgia: Atualização

*Physical Therapy for fibromyalgia patients: atualization*

Débora Fernandes de Melo Vitorino<sup>1</sup>, Gilmar Fernandes do Prado<sup>2</sup>

## RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa, de etiopatogenia ainda desconhecida. A terapêutica orienta-se fundamentalmente para o alívio dos sintomas. À medida que se amplia o conhecimento a respeito da fisiopatologia e dos mecanismos de controle da dor, novas propostas terapêuticas surgem. O objetivo deste estudo é fazer uma revisão dos diferentes métodos usados no tratamento desta síndrome já testados cientificamente.

Unitermos: Fibromialgia, Fisioterapia, Dor.

## SUMMARY

Fibromyalgia is a painful syndrome of unknown etiology. Treatment is directed to symptoms reduction. As the knowledge regarding physiopathology and pain control increases, new therapies are proposed. This paper reviews some different and tested ways of treatment of fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia, Physical therapy, Pain.

## INTRODUÇÃO

A Fibromialgia é caracterizada pela ocorrência de dor músculo esquelético generalizada, crônica, não inflamatório e sensibilidade exacerbada à palpação de pontos dolorosos chamados tender points. A etiologia é ainda desconhecida, apresentando-se de diferentes formas nos diferentes pacientes, o que leva a caracterização de uma síndrome bem mais que uma doença – Síndrome da Fibromialgia SFM)<sup>1,2,3,5</sup>.

O diagnóstico da SFM é fundamentalmente clínico, e não há evidências de anormalidades laboratoriais ou nos exames de imagens nesta síndrome, cujo diagnóstico repousa apenas nos critérios sugeridos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR)<sup>1,21,22</sup>.

A característica clínica da SFM é a presença de dor difusa, referida nos ossos, articulações, músculos e tendões. Em mais de 80% dos paci-

Trabalho realizado no Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS, Lavras - MG

1. Fisioterapeuta, Professora Adjunta do Centro Universitário de Lavras.
2. Neurologista, Professor Adjunto da UNIFESP.

Endereço para correspondência: Débora Fernandes de Melo Vitorino  
Rua Padre José Poggel, 506 - Lavras- MG Fone(35) 3694-8141- Email: deboraf@navinet.com.br

Trabalho recebido em 05/01/2004. Aprovado em 07/08/2004.

entes, a dor é acompanhada de distúrbio do sono e fadiga importante, em 50% a 80% dos pacientes, ocorrem outros sintomas como: rigidez matinal, sensação subjetiva de inchaço das extremidades, parestesias que não correspondem a nenhuma topografia, olhos e bocas secas, fenômeno de Raynaud, tonturas e palpitações. As características da dor do fibromiálgico são a base da incapacitação funcional que acompanha a doença, e são consideradas como um dos grandes stressores que afetam o ritmo de vida destes doentes <sup>2,8,16,23</sup>.

Outras síndromes disfuncionais como: enxaqueca, cólon irritável, síndrome uretral feminina e tensão pré-menstrual, ocorrem em 30% a 60% dos casos <sup>2,8</sup>.

Embora alguns autores não considerem a SFM um distúrbio psiquiátrico, ela está solidamente incluída no capítulo das doenças psicossomáticas. Em relação à fisiopatologia, parece haver um vínculo com a regulação de determinadas substâncias do Sistema Nervoso Central, como por exemplo a serotonina e a noradrenalina ( neurotransmissores envolvidos com a depressão) <sup>6</sup>. Entretanto, de acordo com KAZIYAMA (1998), a prevalência da depressão não é significativamente aumentada na SFM quando comparada com pacientes com dor crônica. Estudos feitos na clínica reumatológica não mostraram diferenças significativas entre pacientes com fibromialgia e pacientes de outras clínicas usadas como controle. O estado psicológico anormal não é requisito para que o paciente desenvolva a SFM <sup>7</sup>.

A SFM ocorre predominantemente no sexo feminino, somente de 5 a 20% dos pacientes são do sexo masculino. A idade varia de 40 a 50 anos e a média de duração do sintoma é de seis a sete anos, quando os pacientes se apresentam à clínica reumatológica <sup>7</sup>.

Apesar desta síndrome ser muito antiga, sua etiologia ainda é desconhecida, provavelmente, como em outras síndromes, deve ser multifatorial, podendo estar associada com outras doenças reumatológicas <sup>9</sup>.

## TRATAMENTO

Inúmeros tratamentos têm sido propostos visando a remissão do quadro clínico. O objetivo

desses tratamentos é a "eliminação dos tender points", restauração da amplitude de movimento e força muscular normais e sem dor. Além disso, é necessário uma educação para o paciente prevenir e lidar com as recorrências e também bloquear os fatores precipitantes e/ou perpetuantes. Mas ainda há muitas divergências nos resultados de diferentes estudos, sugerindo uma análise crítica dos mesmos e uma maior preocupação com as metodologias empregadas <sup>10</sup>.

### Técnicas de relaxamento

Os métodos de tratamento não-medicamentosos para esta e outras síndromes dolorosas concentram-se na acupuntura, na hipnoterapia e nas intervenções comportamentais, tais como o relaxamento, cujos efeitos têm sido satisfatórios.

O processo de relaxamento contribui para que o paciente corrija o que está errado em suas relações com seu corpo, com outras pessoas e com suas próprias emoções. É uma oportunidade de reorganizar e reintegrar o que é percebido como desestruturado. A calma, conseqüente do relaxamento, e do bem-estar obtido podem mediar esse momento de reflexão para que o paciente redimensione o significado da dor em sua vida e reintegre a seu corpo as partes que estão doentes <sup>11</sup>.

As várias modalidades de técnicas de relaxamento se constituem em um importante meio para que o paciente obtenha:

- ✍ Regulação de seu tônus muscular;
- ✍ Liberação de uma energia, até então consumida por uma dinâmica corporal caracterizada por pontos dolorosos ou bloqueios musculares;
- ✍ Reintegração das partes doentes a sua imagem corporal, isto é, aquela representação que formou de seu corpo ao longo da vida;
- ✍ Identificação e assimilação de conteúdos que lhe possibilitem um comportamento novo e mais adaptado <sup>11</sup>.

SOUZA (2001) analisou 3 grupos de pacientes do sexo feminino, com idade entre 30 a 60 anos, comparando duas técnicas de relaxamento e um

grupo controle utilizando-se somente de medicamento. Verificou-se como resultado que, não ocorreram diferenças estatisticamente significantes na intensidade da dor quando as duas técnicas foram comparadas entre si, o que permite dizer que ambas as técnicas atuam de forma semelhante, já o grupo não tratado, melhorou de maneira significativa a intensidade da dor, como forma de controle das expectativas criadas pela participação na pesquisa.

Ainda que adquirir novos hábitos seja algo difícil de ocorrer imediatamente, é papel do terapeuta orientar e acompanhar o paciente na busca por novas atitudes e, antes de tudo, criar condições para que a psicoterapia seja um momento em que o indivíduo reflita sobre a possível origem de seu problema e como lidar com ele daí para frente <sup>11</sup>.

#### Watsu.

O Watsu é um trabalho corporal realizado em piscina aquecida, com temperatura média de 35°. É uma junção de duas palavras: Water e Shiatsu; literalmente massagem na água. A técnica nasceu nos Estados Unidos, em 1980, a partir de Harold Dull, terapeuta americano, com o Zen Shiatsu. O Watsu, realiza movimentos diversos no paciente, aliando o toque da massagem ao poder relaxante da água morna <sup>16,17,18</sup>.

O músculo esquelético representa um importante órgão na SFM, pois muitos pacientes acreditam que o músculo é responsável pela dor e rigidez que sentem. Anormalidades funcionais no músculo incluem uma diminuição na concentração de fosfato de alta energia, reduzida oxigenação muscular e fluxo sanguíneo prejudicado <sup>12</sup>.

A utilização do método Watsu como recurso hidroterapêutico em pacientes portadores de fibromialgia parece oferecer estratégias para ajudar no tratamento dos mesmos, onde a água aquecida é um meio ideal para se relaxar o corpo. Com o paciente deixando-se flutuar nos braços

do terapeuta, imerso na água que suavemente o levanta a cada inspiração, com um calor penetrante dissolvendo a tensão do corpo do paciente, capaz de atingir níveis cada vez mais profundos de relaxamento à medida que seu corpo se alonga de forma cada vez mais livre. Fluindo assim, para um estado de consciência aos quais tensão acumulada negam o acesso <sup>12</sup>.

O paciente permanece completamente passivo, e muitas vezes experimenta um relaxamento profundo a partir da sustentação pela água e o contínuo movimento rítmico. Usualmente o terapeuta estabiliza ou move um segmento do corpo através da água, resultando no alongamento de outro segmento em razão do efeito de arrasto <sup>13</sup>. O método promove um trabalho corporal em que o terapeuta conduz o paciente a uma alternância de toques e posturas, com movimentos que proporcionam alongamentos ou uma simples flutuação <sup>14</sup>.

O alongamento ajuda a manter ou melhorar a flexibilidade, relaxar os músculos que estão contraídos e rígidos, diminuindo a dor. O método Watsu quando bem aplicado, obtém-se melhora do sono e diminuição da dor, que parece ser a queixa principal na SFM. Os pacientes que persistem no tratamento mostram uma melhor qualidade de vida <sup>14</sup>.

#### Treinamento Cardiovascular e Fortalecimento Muscular.

Sabbag (2000) <sup>15</sup> submeteu a teste ergométrico (TE), 13 pacientes do sexo feminino com uma média de idade de 48,9 anos, portadores de SFM há mais de 5 anos e sedentárias há mais de 2 anos. Os critérios de interrupção do TE foram cansaço físico e dor. Utilizou também uma escala visual para avaliação subjetiva da dor muscular no final de cada exame.

Grande porcentagem das fibromiálgicas interrompeu o TE no tempo zero por dor muscular limitante (32%). Quinze por cento apresentaram pouca dor, 23%, moderada, 15%, severa e 15% terminaram o exame sem dor. Os escores mantiveram-se os mesmos em 69,2% das pacientes no

terceiro mês e em 46,2% no sexto mês de treinamento cardiovascular supervisionado, em maiores cargas de esforço; 15,4% obtiveram diminuição da algia no 3º e 6º meses; 15,4% pioraram na segunda avaliação e 28,4%, na terceira<sup>15</sup>.

A partir do 3º mês de treinamento cardiovascular supervisionado, as portadoras de Fibromialgia apresentaram maior tolerância à dor muscular e ao esforço, melhora da capacidade funcional cardiovascular e muscular periférica<sup>15</sup>.

A quantidade de dor experimentada está relacionada ao nível de condição física, e pacientes com fibromialgia são geralmente física e aerobicamente mal condicionados<sup>12</sup>. Além disso, estudos do fluxo sanguíneo no músculo demonstraram que os músculos e outros tecidos em pacientes com SFM sofriam de hipóxia. A falta de habilidade para contrair eficientemente o músculo sugere uma falta de habilidade para executar de forma adequada uma determinada tarefa<sup>12</sup>.

Pacientes com SFM geralmente tornam-se mal-condicionados como resultado da limitação dos seus exercícios em função da dor ou da fadiga. A redução do estágio 4 do sono, temporariamente aumentaria a fadiga, o que por sua vez reduz a vontade de se exercitar; por outro lado, a falta de exercício reduz a quantidade de sono reparador. Ambos, a diminuição da onda lenta do sono e a inatividade reduzem a liberação do hormônio de crescimento com provável repercussão sobre a síntese de proteínas<sup>12,16</sup>.

Atra (1993), preconiza exercícios para melhorar a performance cardiovascular em pacientes com fibromialgia. McCain, em 1990, avaliou 42 pacientes com fibromialgia num programa de 20 semanas divididos em dois grupos: 1) treinamento para melhora do desempenho cardiovascular e 2) exercícios simples de alongamento muscular. Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, houve nítida tendência para melhora dos índices de dor no grupo em tratamento cardiovascular. A carga física deve ser progressiva, para não provocar lesões mecânicas<sup>16</sup>.

Biofeedback. MINHOTO (1999) selecionou 28 pacientes que preenchiam os critérios diagnósticos para fibromialgia. As pacientes foram avaliadas no início e final do estudo. A avaliação constituía-se de questionário de sono, exame físico do pontos dolorosos. Foram investigados os níveis de ansiedade e depressão por meio de escalas de auto-avaliação e realizadas polissonografia e eletroencefalografia digital com análise quantitativa do sono noturno.

De acordo com o treinamento recebido as pacientes foram separadas em três grupos: biofeedback por eletromiografia (EMG-BFB), biofeedback por eletroencefalografia (EEG-BFB) e placebo- biofeedback (p-BFB). Observou-se nos grupos EMG-BFB e EEG-BFB, uma diminuição da sintomatologia dolorosa, tanto em relação ao número de pontos quanto ao limiar médio de dor. Por meio da polissonografia, constatou-se uma melhora dos padrões do sono no grupo EMG-BFB, no que se refere à eficiência do sono, à latência do sono, à latência REM, à porcentagem do estágio 1 e ao número de microdespertares. O grupo EEG-BFB permaneceu sem alterações dos parâmetros do sono na polissonografia. O grupo p-BFB não apresentou alteração em nenhum dos parâmetros avaliados<sup>22</sup>.

O biofeedback mostra-se eficaz na sintomatologia dolorosa da fibromialgia, e na melhora do padrão do sono<sup>22</sup>.

#### Considerações Finais.

De acordo com estudos relatados, o tratamento da fibromialgia deve ser multidisciplinar e inclui o controle da dor e da fadiga, a melhora do padrão do sono, o controle das anormalidades do humor, a melhora de funções orgânicas e a reintegração psicossocial.

Baseado em evidências clínicas, ALARCÓN & BRADLEY (1998) relatam estudos envolvendo pacientes com fibromialgia e indicam que o tratamento para esses pacientes é uma combinação de técnicas e medicamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Kaziyama HHS, Yeng LT, Teixeira MJ, Piagge FD. Síndrome fibromiálgica. *Rev Med* 2001; 80:111-27.
- 2- Haun MVA, Ferraz MB, Pollak D.F. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromiálgica, em uma população brasileira. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39 (2): 221-230.
- 3- Mello M, & Marques AP. A imagem corporal representada pelos fibromiálgicos: um estudo preliminar. *Rev Fisioter Univ São Paulo* 1995; 2(2): 87-93.
- 4- Liphaut BL, Campos LMMA, Silva CAAS, Kiss MHBK. Síndrome da fibromiálgica em crianças e adolescentes. Estudo clínico de 34 casos. *Rev Bras Reumatol* 2001;41(2): 71-74.
- 5- Ali HM. Fibromyalgia. *Physiotherapy* 2001;87(3):140-145.
- 6- Navarro CA & Reis HN. Fibromiálgica e desordem temporomandibular: relato de caso clínico. *Rev. Serviço ATM* 2002; 2 (2):45.
- 7- Kaziyama HHS. Fibromiálgica x síndrome dolorosa miofascial. *Acta Ortop Bras* 1998; 6(3): 133- 137..
- 8- Souza SS. Trabalho aeróbio em piscina terapêutico: Uma proposta de tratamento no diagnóstico da fibromiálgica. Tese apresentada a Universidade Bandeirante de São Paulo para a obtenção do título de fisioterapeuta, São Paulo, 1999.
- 9- Sande LAP, Parizzoto NA, Castro CES. Síndrome dolorosa miofascial- Artigo de revisão. *Rev Bras Fisiot* 1999, 4(1):1-9.
- 10- Souza LPM, Forgiore MCR, Alves VLR. Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crônica e fibromiálgica- uma proposta. *Acta fisiátrica* 2000;7 (2):56-60.
- 11- BATES A, AHNSON N. Exercícios aquáticos terapêuticos. São Paulo, Manole, 1996.
- 12- Skinner AT. Duffield: exercícios na água. 3ª ed. São Paulo, Editora Manole, 1985.
- 13- Sabbag LMS, Dourado MP, Yasbek PJR, Novo NF, Kaziyama NHS, Myaza MH, Battistella LR. Estudo ergométrico evolutivo de portadores de fibromiálgica primária em programa de treinamento cardiovascular supervisionado. *Acta Fisiátrica* 2000; 7(2): 29-34.
- 14- Atra E, Pollak DF, Martinez JE. Fibromiálgica: etiopatogenia e terapêutica. Sociedade Brasileira de Reumatologia 2002: Mar/abr:01-10.
- 15- Portnoi AG. Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromiálgica. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em psicologia. São Paulo, 2001.
- 16- Borges RM & Parizzoto NA. Análise dos efeitos fisiológicos em pacientes com estresse submetidos à técnica Watsu. *Fisioterapia Brasil* 2001;2(1):33-40.
- 17- Marques AP, Mendonça LLF, Cossermelli W. Alongamento muscular em pacientes com fibromiálgica a partir de trabalho de reeducação postural global (RPG). *Revista Brasileira de Reumatologia* 1994; São Paulo, 34(5):234-242.
- 18- Martinez JE. Aspectos psicológicos em mulheres com fibromiálgica. *Revista Brasileira de Reumatologia* 1992; São Paulo,32(2):51-60.
- 19- Souza LPM. A utilização da técnicas de relaxamento no tratamento de pacientes com diagnóstico de fibromiálgica. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo, 2001.
- 20- Minhoto GR. Eficácia do Biofeedback como terapêutica na fibromiálgica. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 1999.
- 21- Estefani GA, Arice MC. Diagnóstico diferencial e a fisioterapia na fibromiálgica e síndrome miofascial. *Fisioterapia em movimento* 2001/2002; 14(2):47-51.
- 22- Alarcón GS, Bradley LA. Advances in the Treatment of fibromyalgia: Current Status and Future Directions. *The American Journal of the Medical Sciences* 1998; 315(6):397-404.