

A Atuação Fisioterapêutica na Fibromialgia

Tammy Negreiros Gouvêa¹

Tammygouvea_@hotmail.com

Dayana Priscila Maia Mejia²

Pós-graduação em Fisioterapia em Reabilitação na Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual- Faculdade Ávila

Resumo

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa caracterizada por dor muscular difusa que está associada à hipersensibilidade dolorosa de áreas musculares sensíveis à digitopressão. Essa síndrome afeta, predominantemente, mulheres com idade entre 40 e 55 anos e está associada a fadiga generalizada, distúrbios do sono, rigidez matinal, dispneia, ansiedade, depressão, entre outros sintomas. A fibromialgia foi classificada em 1990 pelo Colégio Americano de Reumatologia durante um simpósio médico internacional. Na ocasião foi idealizada a publicação de um protocolo para o diagnóstico desta síndrome. Antes de sua identificação, as queixas de seus sintomas não eram diagnosticadas como sendo as de uma doença física, estando mais ligada a distúrbios de ordem psicológica. Após esta data, vários critérios foram adotados mundialmente para o diagnóstico específico da doença. Seu diagnóstico é difícil, pois é confundido com diversas outras patologias. Vários estudos têm sido desenvolvidos visando à busca de tratamentos mais eficazes para o controle dos sintomas oriundos da SFM, sendo eles medicamentosos, psicológicos e fisiátricos. Dentre as pesquisas sobre tratamento fisiátrico, denominadas como terapias físicas, as mais citadas são a acupuntura, a massagem, a estimulação transcutânea (eletroterapia), termoterapia, a cinesioterapia, o biofeedback entre outros.

Palavras-chave: Fibromialgia; Síndrome; Fisioterapia; Tratamento.

1. Introdução

A síndrome da fibromialgia (SMF) é uma condição não inflamatória, que é caracterizada por dores musculoesqueléticas generalizadas em conjunto com um grande número de áreas específicas do corpo que são hipersensíveis e doloridas ao toque e uma grande variedade de sintomas associados. A síndrome da fibromialgia é muito mais comum em mulheres do que em homens, sendo de duas a cinco vezes mais comum do que a artrite reumatoide. Ela ocorre em diferentes faixas etárias, desde a fase da pré-adolescência até em mulheres pós-menopausa (HALLEGUA DS, WALLACE DJ, 2005).

O termo fibromialgia foi criado para expor várias condições desta síndrome. Fibro é derivado do latim, e significa ligamentos, tendões, tecido fibroso. O radical mio, que vem do grego, significa tecido muscular. Ainda do grego, algos significa dor e ia uma condição. Portanto, fibromialgia significa uma condição dolorosa que provém de tendões, ligamentos e músculos (PRANDO, M.A.; ROGATTO, G.P, 2008).

Sendo atualmente uma síndrome de grande incidência, representada por 5 a 8% da população geral e responsável por 25% das consultas nos ambulatórios de reumatologia. Nos ambulatórios de ortopedia as queixas dolorosas músculo-esqueléticas representam 26% dos casos novos atendidos, onde 55 a 88% preenchem critérios de fibromialgia (SILVA, 1997).

¹Pós Graduanda em Fisioterapia em Reabilitação na Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual

² Graduada em fisioterapia, especialista em metodologia do ensino superior; mestrado em bioética e direito em saúde.

Manifesta-se predominantemente em mulheres em faixa etária produtiva, no entanto, pode acometer crianças, adolescentes e idosos. Apesar de acometer muitas pessoas em todo o mundo, pois sua prevalência é de 2%, sua fisiopatologia ainda é tão incerta e multicausal quanto a sua etiologia. Fatores sociais, emocionais, familiares, aliados a uma característica de maior resposta aos estímulos dolorosos, o baixo nível de condicionamento cardiovascular e desempenho muscular são as hipóteses mais plausíveis (RIBERTO M, PATO TR, 2004).

Segundo Weidebach, a fibromialgia, que anteriormente era denominada de fibrosite, não era uma doença muito bem definida clinicamente antes da década de 1970, quando foram publicados os primeiros achados que deram margem para pesquisas mais aprofundadas sobre o assunto. Contrariamente ao que se pensava no passado, ela não consiste de uma doença inflamatória nem gera comprometimentos articulares ou causa deformidades. Contudo, considerando seu caráter crônico, a fibromialgia causa impacto negativo qualidade de vida de seus portadores.

Encontrar alternativas efetivas de tratamento que minimizem o impacto da fibromialgia sobre a qualidade de vida dos pacientes é fundamental para o sistema de saúde. Ao abordar a questão das limitações funcionais decorrentes da fibromialgia e suas consequências sobre a qualidade de vida, torna-se necessário ampliar a perspectiva do impacto dos sintomas, pois as áreas afetadas se tornam tão importantes quanto a doença em si (RUOF J, HULSEMAN J, STUCKIG, 1999).

2.0 História

Historicamente, a fibromialgia, ou condições muito similares, tem sido apresentada por séculos sob vários nomes, incluindo o mais insatisfatório: “fibrosite” (CHAITOW, 2002).

Em 1968, Traut definiu fibrosite como uma síndrome de dor músculo-esquelética generalizada acompanhada de fadiga, sono ruim e hipersensibilidade à palpação de certos pontos, localizados na inserção de músculos e tendões (CHAITOW, 2002).

Na década de 70, Moldofsky promoveu avanços científicos com os primeiros relatos de distúrbios do sono e dos achados polissonográficos em relação à patologia. Ressalta-se ainda, que o termo tender point foi referido por tal pesquisador na mesma época (CHAITOW, 2002).

A fibromialgia foi classificada em 1990 pelo Colégio Americano de Reumatologia durante um simpósio médico internacional. Na ocasião foi idealizada a publicação de um protocolo para o diagnóstico desta síndrome. Antes de sua identificação, as queixas de seus sintomas não eram diagnosticadas como sendo as de uma doença física, estando mais ligada a distúrbios de ordem psicológica. Após esta data, vários critérios foram adotados mundialmente para o diagnóstico específico da doença.

3.0 Etiologia

Há ainda muita controvérsia sobre a natureza exata da síndrome da fibromialgia, e estudiosos ainda questionam se a fibromialgia seria uma doença orgânica causada por anormalidades bioquímicas ou por aspectos imunológicos patológicos. Algumas teorias atuais sugerem que a síndrome da fibromialgia é uma condição predisposta geneticamente onde há desregulação neuro-hormonal e também do sistema nervoso autônomo; esta pode ser desencadeada por infecção viral, um evento traumático, ou estresse (GOODMAN CC, 2010).

Sua patogenia, ainda não está bem esclarecida, vários estudos levam a evidências de que, alguns fatores interagem para o aparecimento da SFM, como: predisposição genética, disfunção neuroendócrina, doença de Lyme, Epstein-Barr, infecção pelo parvovirus, HIV, hepatite C, condições externas de estresse e/ou trauma físico, distúrbio de ansiedade/depressão, estado psicológico alterado que caracteriza sua personalidade como

indivíduos perfeccionista, descondicionalismo físico e distúrbio do sono (CHAITOW, L, 2002). Estes fatores provocariam uma disfunção no sistema nervoso central em regular ou modular a resposta dolorosa em nível medular e cerebral, com aumento de estímulos nociceptivos e neurovasculares, oriundos do sistema músculo esquelético (GONÇALVES DIAS, 2003).

Chaitow (2002) relata que as mudanças ocorridas no tecido muscular envolvido na origem da FM são iniciadas por predominância simpática localizada, juntamente com mudanças na concentração de íons hidrogênio e no equilíbrio de cálcio e sódio; associado à vasoconstricção, hipóxia e isquemia. A dor seria o resultado dessas disfunções levando à espasmos musculares e contrações fortes, que se encontram nos feixes musculares junto à estimulação vaso motora e no músculo, intensificando-as uma nas outras e criando um círculo vicioso de impulsos.

Alguns estudos referentes ao fluxo sanguíneo no músculo afetado pela fibromialgia revelaram que nestes tecidos ocorre hipóxia. Essa microcirculação anormal e déficits de energia são os pré-requisitos para a evolução de áreas localizadas de estresse miofascial e hiper-reatividade neural (isto é, pontos-gatilho) e, como indicado, uma das questões chave a serem respondidas em qualquer caso está derivando de pontos-gatilho miofasciais uma vez que eles podem muito bem ser mais facilmente modificados, do que os complexos desequilíbrios que estão produzindo, contribuindo ou mantendo a condição primária da FM (CHAITOW, 2002).

4.0 Diagnóstico

O diagnóstico dessa síndrome é eminentemente clínico, não havendo alterações laboratoriais específicas. As provas de atividades inflamatórias são normais, bem como os exames de imagem.

Frequentemente mal diagnosticada a síndrome da fibromialgia é muitas vezes confundida com uma das seguintes características: hipotireoidismo, deficiência do hormônio do crescimento adulto, polimialgia reumática/artrite de células gigantes, artrites reumatóides soronegativas, polimiosite/dermatomiosite, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome da dor miofascial, miopatia metabólica, doença de Lyme, neuroses (depressão e ansiedade), câncer metastático, síndrome de fadiga crônica, disfunção na articulação temporomandibular, doenças discais, mialgias por efeito colateral de medicações, infecções parasitárias (GOODMAN CC, 2010).

Devemos ter cuidado em diferenciar os tender points da Fibromialgia dos trigger points (pontos gatilhos) presentes na Síndrome Dolorosa Miofascial. A palpação dos primeiros produz dor localizada não irradiada, portanto não ocorre dor em locais proximais ou distais às áreas examinadas, não havendo endurecimento ou contratura nítida dos pontos. Os trigger points, por sua vez, apresentam, caracteristicamente, dor referida e sua irradiação pode ser previsível e anatomicamente mapeada, seguindo um padrão estereotipado (SIMMONS, 1988).

A síndrome da fibromialgia tem semelhanças surpreendentes com a síndrome de fadiga crônica, com um misto de sobreposição de sintomas (cerca de 70%) que têm algum denominador biológico comum. Os critérios diagnósticos para a síndrome de fadiga crônica incidem sobre a fadiga, enquanto os critérios para síndrome da fibromialgia centra-se na dor, os dois mais proeminentes sintomas dessas síndromes. Estudos tem mostrado que a síndrome de fadiga crônica e a síndrome da fibromialgia são caracterizadas mais por semelhanças do que por diferenças e envolvem tanto o sistema nervoso central quanto o periférico, bem como os próprios tecidos corporais (AMERICAN ASSOCIATION CFS, 2003).

Seu diagnóstico é decorrente da aplicação dos critérios diagnósticos da patologia, desenvolvidos pelo American College of Rheumatology (ACR) em 1990, que utilizam duas

variáveis:

Dor disseminada com mais de três meses de duração;

A dor é considerada disseminada quando apresentar: Dor no hemi corpo direito e esquerdo, dor acima e abaixo da altura do punho. E se, em adição, apresentar dor no esqueleto axial: Coluna Cervical, Torácica e Lombar.

Dor à palpação de pelo menos 11 de 18 locais específicos do corpo (os pontos dolorosos chamados tender points): Região occipital: bilateralmente, nos espaços intertransversos de C5 aC7; Músculo trapézio: bilateralmente, no ponto médio da borda superior; Músculo supra – espinhoso: bilateralmente nas origens e acima da espinha escapular e da borda medial da escápula; 1/3 inferior do músculo esternocleidomastóideo, bilateralmente; segunda costela: bilateralmente, no 2º espaço intercostal e articulação condrocostal; epicôndilo lateral: bilateralmente, dois cm abaixo dos epicôndilos; região glútea: bilateralmente, nos quadrantes superiores laterais e abaixo do músculo piriforme; trocânter maior: bilateralmente, posterior à proeminência trocântérica; joelho: bilateralmente, nas interlinhas mediais e no local de inserção dos músculos da pata de ganso.

A palpação digital deve ser feita com a força de aproximadamente 4 Kg/cm², que corresponde à pressão necessária para empalidecer o leito subungueal do polegar ou através do dolorímetro referido pelo paciente (CHAITOW, 2002).

5.0 Sinais e Sintomas

As principais características da síndrome da fibromialgia incluem dor generalizada com duração superior a três meses e uma variedade de locais doloridos e espalhados em todos os clientes. Os sintomas musculoesqueléticos mais frequentemente relatados são: dores, rigidez, edemas nos tecidos moles, pontos dolorosos, e espasmos musculares ou nódulos. Os sintomas de fadiga, rigidez matinal, distúrbios do sono e o despertar com indisposição podem também estar presentes, mas não são necessários para o diagnóstico (LEVENTHAL L, BOUALI H, 2003).

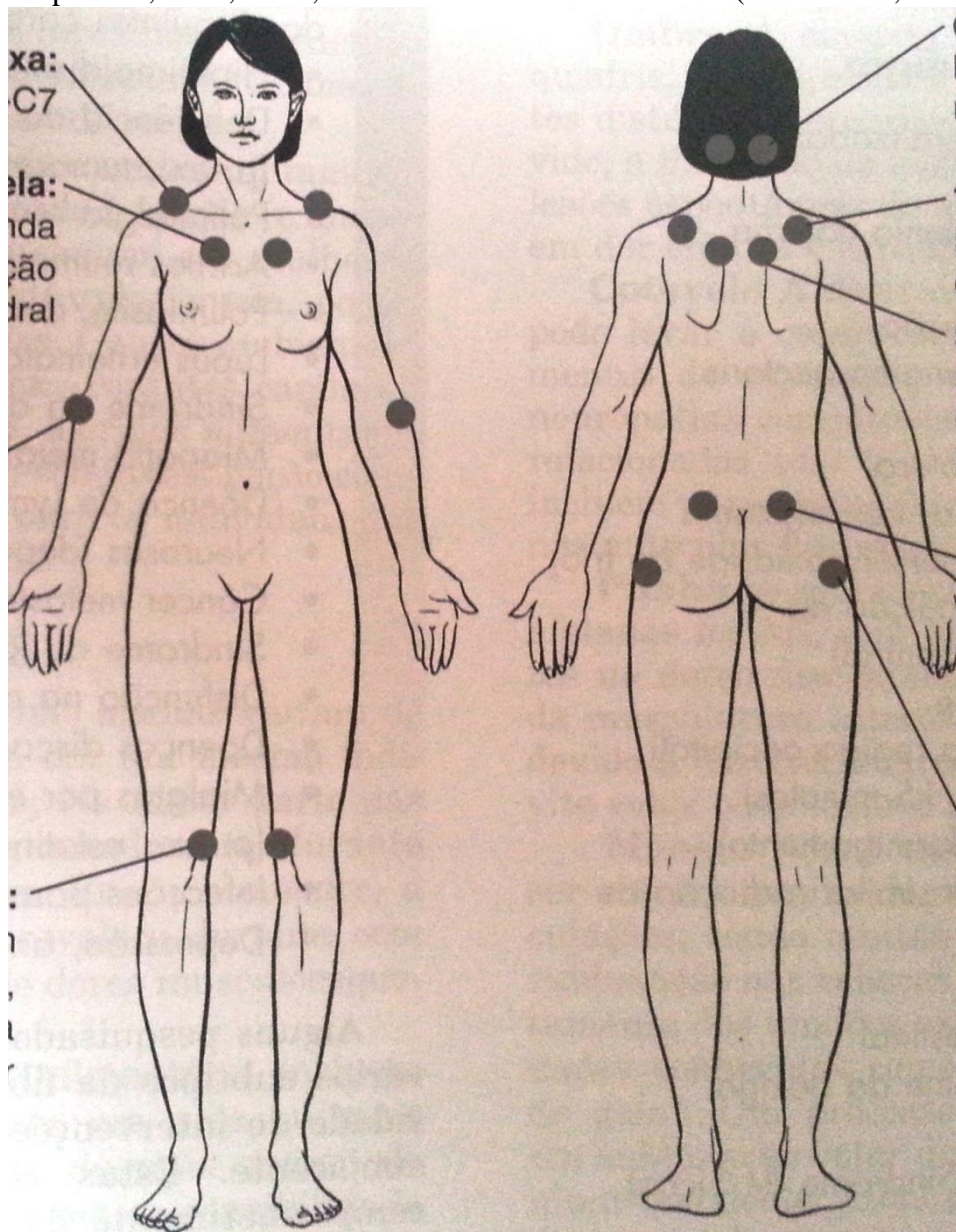
São sinais e sintomas clínicos da síndrome da fibromialgia: mialgia (contínua e generalizada), fadiga (mental e física), distúrbios do sono, mioclonia noturna, bruxismo noturno, pontos dolorosos a palpação, dor torácica simulando angina pectoris, tendinite, bursite, desregulação de temperatura, dispneia, tontura, síncope, cefaleia (dor latejante na região occipital), rigidez matinal (mais de 15 minutos), parestesia (dormência e formigamento), lombalgia mecânica com similar radiação de ciatalgia, edema subjetivo, sintomas de irritação intestinal, urgência urinária, síndrome da bexiga irritável, secura dos olhos/boca, depressão, ansiedade, dificuldades cognitivas (perda da memória de curto prazo), síndrome pré-menstrual e ganho de peso devido à inatividade física, dor e fadiga (GOODMAN CC, 2010).

Os pacientes fibromiálgicos possuem um limiar de dor mais baixo que se comparado com um indivíduo normal. Frequentemente sentem dor como resposta à estímulos que normalmente não causam dor, isto é, há uma hipersensibilidade à dor, sendo que nenhuma lesão de tecido ou alguma outra provável causa patológica são detectadas através dos testes laboratoriais de rotina (BATES; HANSON,1998).

De acordo com diversas teorias, mudança no humor e na maneira de pensar são comuns na Fibromialgia, muitos indivíduos sentem-se desanimados embora apenas 25% estejam verdadeiramente deprimidos. Alguns deles também manifestam ansiedade. Por estes motivos estudos sugerem haver relação entre a FM e algumas formas de depressão e de ansiedades crônicas. É importante lembrar que pessoas com outras patologias também podem sentir depressão quando enfrentam dificuldades para amenizar seus sintomas (CHAITOW, 2002).

Os sintomas são agravados pelo frio, estresse, exercícios em excesso, sedentarismo, atividade física (incluindo “alongamentos exagerados”), e podem ser aliviados através da aplicação de calor, descanso, exercício físico, incluindo alongamentos suaves (GOODMAN CC, 2010).

Pontos não dolorosos de controle (como região medial e anterior da coxa) foram incluídos na análise por alguns clínicos. Estes pontos de controle podem ser úteis na distinção entre a síndrome da fibromialgia das reações do chamado reumatismo psicogênico, no qual os pontos dolorosos podem estar presentes em todos os lugares. No entanto, as evidências sugerem que os indivíduos com síndrome da fibromialgia podem ter um baixo limiar de dor generalizado durante a palpação e os pontos de controle também podem estar sensíveis ou dolorosos na ocasião. Existe também um aumento da sensibilidade aos estímulos sensoriais, tais como estímulos de pressão, calor, ruído, odores e luzes muito brilhantes (CLAUW D, 2003).



Locais anatômicos dos pontos dolorosos associados com a fibromialgia. Fonte: GOODMAN CC, SNYDER TEK: Diagnóstico Diferencial em Fisioterapia. 4ª ed. brasileira, Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2010.

Os distúrbios do sono no período em que há movimentos lentos dos olhos, conhecida como fase 4 (necessária para a cicatrização dos tecidos musculares), como: apneia do sono, insônia, interrupções constantes do sono, mioclonia noturna (movimentos involuntários anormais dos

braços e pernas) e bruxismo (ranger dos dentes) promovem nos clientes com síndrome da fibromialgia a sensação de cansaço e indisposição pela manhã, como se estes não tivessem ido dormir na noite anterior (GOODMAN CC, 2010).

O Colégio Americano de Reumatismo (CAR) criou a ferramenta padrão de diagnóstico utilizado atualmente, embora isto seja controverso, como mencionado. A presença de dor corporal generalizada, um número pré-estipulado de pontos dolorosos e a presença de sintomas associados são essenciais no processo do diagnóstico porque muitas outras doenças e problemas podem aparecer com dor, sensibilidade, e alguns dos sintomas comumente associados a síndrome da fibromialgia. Várias outras condições reumatológicas tratáveis podem causar dor generalizada semelhante e podem ser confundidas com a síndrome da fibromialgia (GOODMAN CC, 2010).

6.0 Tratamento

O tratamento atual está voltado, principalmente, para a redução dos sintomas. A Fisioterapia tem um importante papel na melhora do controle da dor e no aumento ou manutenção das habilidades funcionais do paciente em casa ou no trabalho, assim como na redução de outros sintomas que lhe causam sofrimento.

A fisioterapia como outro método de tratamento não deve ser somente um meio de alívio da dor, mas também de restauração da função e de estilos de vida funcionais, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos com fibromialgia. É importante que o indivíduo seja um elemento ativo em seu tratamento e que metas mútuas sejam estabelecidas entre o fisioterapeuta e o indivíduo logo no início do tratamento (CHAITOW, 2002).

A abordagem de tratamento mais difundida para a fibromialgia envolve o uso de vários agentes farmacológicos (CHAITOW, 2002).

6.1 Acupuntura

Outro recurso terapêutico é a acupuntura, que de forma geral, apresenta excelentes resultados no tratamento da dor. Um dos principais especialistas no uso da acupuntura para alívio da dor, afirma que a acupuntura é o tratamento escolhido para lidar com a síndrome da dor miofascial ou com problemas de ponto-gatilho. O autor declara que a dor da fibromialgia - parecia ser causada por alguma substância nociva ainda não identificada na circulação, dando origem à hiperatividade neural dos pontos sensíveis e dos pontos-gatilhos – tem um curso prolongado e por meio da acupuntura suprimir esta hiperatividade neural por períodos curtos (BALDRY, 2007).

6.2 Atividade Física

No tratamento da fibromialgia, a inserção da atividade física é fundamental. O exercício pode melhorar a disposição, o sono, auxiliar as respostas ao estresse e, após algum tempo, diminuir a sensação de dor. As evidências sugerem, até o momento, que as atividades aeróbias e sessões de alongamento são benéficas, com leve superioridade das atividades aeróbias, pois seu efeito terapêutico influencia vários aspectos da fibromialgia, tais como, melhora das alterações isquêmicas e metabólicas nos tender points, além de aumentar os níveis de endorfinas e melhorar o estado mental e o padrão de sono (GOODMAN CC, SNYDER TEK).

6.3 Exercícios Terapêuticos

O fisioterapeuta utiliza o exercício terapêutico para promover a atividade adequada e o controle da dor, tendo como principal meta a recuperação da função. Além disso, outra meta da fisioterapia deve ser o papel educativo, para que os ganhos da intervenção possam permanecer em longo prazo e os pacientes consigam se tornar menos dependentes dos cuidados de saúde. Incentivam-se estilos de vida mais participativos e funcionais que contribuam no restabelecimento físico e emocional do paciente. A chave para um tratamento bem sucedido é manter o delicado equilíbrio entre uma abordagem excessivamente vigorosa, que exacerba os sintomas, e a inatividade que leva a hipertrofia por desuso, que por sua vez agrava os sintomas. A aplicação de estresse no colágeno dentro de seus limites fisiológicos é um estímulo importante para a remodelagem dos tecidos conjuntivos. Isso também influencia o alinhamento e a formação do colágeno. Assim, no processo de reabilitação dessa paciente, o estímulo ótimo ou estresse do colágeno precisa ser aplicado sob a forma de um programa de exercícios para estressar as fibras de colágeno sem sobrecarregá-las (MONCUR C, 2002). Os autores sugerem que o protocolo inclua aquecimento em água profunda, exercícios de fortalecimento, chutes estacionários, alongamento, exercícios para MMSS, natação ou nado assistido. Quando os pacientes acreditam que qualquer tipo de carga piora seus pontos doloridos, exercícios sem sustentação de carga, como nadar ou pedalar bicicleta ergométrica são ideais (MUELLER MJ, MALLUF KS, 2002).

6.3.1 Hidroterapia

Alguns autores descrevem um protocolo de hidroterapia para a síndrome da fibromialgia com o objetivo de condicionamento geral, alongamento e fortalecimento de grupos musculares específicos (NICHOLS DS, GLENN TM, 1994).

Atualmente, a fisioterapia aquática vem sendo indicada e utilizada em programas de reabilitação multidisciplinares através de métodos específicos, como o Watsu (BIASOLI, MACHADO, 2006).

O Watsu, trabalho corporal global aquático, utiliza os efeitos fisiológicos da imersão em água aquecida, com intuito de alcançar níveis profundos de relaxamento, uma vez que a técnica alonga as estruturas moles do corpo através de movimentos contínuos, alternados e rítmicos (DULL, 2001).

6.3.2 Alongamentos

O objetivo dos alongamentos são relaxar e aumentar a flexibilidade dos músculos. O alongamento não deve ser doloroso, apenas deve-se sentir o ganho de comprimento do músculo.

6.4 Terapias Manuais

Técnicas de mobilização de tecidos moles são aplicadas dentro da amplitude fisiológica para estimular a remodelagem dos tecidos (HERTLING H, KESSLER RM, 1996). Técnicas manuais que poderiam ser experimentadas (de acordo com a tolerância do paciente) são a massagem, liberação miofascial e técnicas de compressão dos pontos doloridos. A paciente deve aprender as técnicas de auto tratamento com dispositivos como uma bola de tênis para auxiliar as técnicas de massagem com atrito (MONCUR C, 2002).

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 dor. As automassagens são um procedimento simples que os pacientes podem aprender facilmente a trabalhar nos seus próprios músculos para tentar alcançar a

redução da dor e o relaxamento. Da mesma forma, outra pessoa pode ser treinada para executar as massagens.

6.4.1 Massagem

A massagem pode ajudar na diminuição da dor da fibromialgia por vários mecanismos, incluindo relaxamento muscular, melhora da circulação e oxigenação, remoção de escórias musculares e aumento da flexibilidade muscular.

Esta pode ser feita com as seguintes técnicas: 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 ligeiramente erguidos e apertados em uma sequência rítmica lenta) e fricção (a massagem que penetra profundamente no músculo e usa movimentos circulares lentos com as pontas dos dedos ou do polegar).

6.4.2 Liberação Miofascial

A liberação miofascial é muitas vezes feita como uma massagem ou alongamento mais profundo, dando a sensação de relaxamento ao paciente. Esta causa um aumento na temperatura local devido ao movimento das mãos, o que promove maior aporte sanguíneo (causando relaxamento) e se a fáscia estiver totalmente livre melhora a amplitude de movimento.

6.4.3 Técnicas de compressão

Esta técnica terapêutica manual requer o uso das mãos ou dos dedos e pode ser aplicada em forma de palpação plana ou de palpação em pinça. O profissional pode utilizar os dedos, as articulações dos dedos, os cotovelos ou uma combinação de todos eles para aplicar a pressão. A técnica é executada da seguinte maneira: utilize os polegares ou os outros dedos de uma ou das duas mãos para aplicar a pressão firme, movendo-se para dentro em direção ao centro. Quando sentir resistência dos tecidos, pare e espere até a resistência se dissipar. Nesse ponto, o profissional pode sentir uma lenta perda de resistência ou uma sensação de “derretimento” no tecido sob os dedos. O profissional deve então continuar com pressão firme adicional, de novo para dentro em direção ao centro. Quando encontrar nova resistência, deve parar e esperar mantendo a pressão firme, repetindo esse ciclo diversas vezes. No final, ou se consegue um relaxamento adicional do tecido ou não se consegue mais avançar. O músculo deve ser mantido em uma posição relaxada, mas não muito encurtado. A intensidade da pressão aplicada varia, e pode se iniciar com algumas dezenas de gramas, chegando a cerca de 900 g. O profissional deve sempre se guiar pela tolerância do paciente à dor, e o paciente deve sempre comunicar suas sensações. Em geral aplicamos essa técnica durante pelo menos 30 segundos, chegando até a 2 minutos por vez. O tratamento final relaxará os sarcômeros contraídos dos nódulos da área do ponto-gatilho miofascial (SIMONS DG, 1984; TRAVELL JG, 1999).

6.4.4 Quiropraxia

Em um estudo de Blunt *et al.*, foi avaliada a efetividade da quiropraxia – uma técnica de terapia manual – no tratamento de pacientes com fibromialgia. Os autores constataram que os

pacientes obtiveram aumento da mobilidade, flexibilidade e melhora da dor. Resultados semelhantes podem ser observados no estudo de Hainset *al.*, que utilizou a mesma técnica e constatou, além da melhora da dor, a melhora da qualidade do sono e do nível de fadiga.

6.5 Eletroterapia

A eletroterapia, ou seja, a utilização de corrente elétrica com finalidade terapêutica, é bastante utilizada na reabilitação dos doentes com dor. Os geradores de correntes dispõem de recursos para controle de diversos parâmetros de estimulação que variam em relação aos tipos, formas, larguras de pulso, frequência, intensidade, polaridade e somação de correntes com a finalidade de promover diversos efeitos fisiológicos. A eletroterapia promove analgesia porque melhora a circulação local e exerce ativação do sistema supressor de dor, retarda a miotrofia, mantém o trofismo muscular e é um método de treinamento proprioceptivo e sinestésico. Ela inclui estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), excitação elétrica funcional, terapia de interferência, e iontoforese. Muitos pacientes respondem favoravelmente à eletroterapia (KITCHEN, BAZIN, 1998).

As modalidades eletroterapêuticas, como biofeedback, têm sido incluídas como parte de uma estratégia de intervenção para pacientes com síndrome da fibromialgia. Ferracioliet *al* constataram que pacientes que completaram um programa de treinamento com biofeedback por eletromiografia apresentam diminuição significativa da dor e da rigidez matinal e nos pontos doloridos.

6.6 Termoterapia

A termoterapia pode ser realizada por adição ou subtração do calor. A termoterapia por adição consiste no emprego do calor superficial, por condução (ex.: parafina, compressa quente) ou convecção (ex.: infravermelho, forno de Bier) e profundo, por conversão (ex.: ondas curtas, microondas e ultra-som). Os efeitos fisiológicos da termoterapia por adição incluem vasodilatação, melhora do metabolismo e da circulação local, aumento da extensibilidade dos tecidos moles, relaxamento muscular, analgesia e redução da rigidez articular (KITCHEN; BAZIN, 1998).

As reações generalizadas incluem o aumento do fluxo sanguíneo no hemicorpo contralateral, a sedação, o relaxamento, a modificação da sudorese e a modificação das propriedades viscoelásticas teciduais. Tais procedimentos proporcionam bem estar e facilitam a execução da cinesioterapia. É indicado no tratamento de processos inflamatórios localizados e rigidez articular dentre outros (KITCHEN; BAZIN, 1998).

A crioterapia consiste na utilização do frio para o tratamento da dor gerada por afecções músculo-esqueléticas traumáticas e/ou inflamatórias, principalmente agudas, para a redução do edema e indução de relaxamento muscular quando o calor superficial não é eficaz. O frio pode ser aplicado como em compressas, bolsas com agentes frios e aerossóis refrigerantes. Bolsas refrigeradas contendo água ou gel, gelo picado ou gelo “mole” (mistura congelada de três partes de água com uma parte de álcool) são amplamente utilizados. A crioterapia deve ser realizada com a duração de 10 a 30 minutos, uma ou várias vezes o dia. É indicada quando é objetivado o efeito analgésico (PEDRINELLI, 1990).

Ela pode ser útil em dores de fibromialgia, que são mais crônicas, reduzindo a dor e a tensão muscular. Os banhos de contraste, usando calor e frio também podem ser úteis em pacientes com fibromialgia. Os recursos fisioterapêuticos utilizados são, em sua maioria, eficientes em curto prazo, estando sua utilização mais voltada para o auxílio do tratamento da fibromialgia. Porém, associados a programas de exercícios podem contribuir para a melhora da sintomatologia dos fibromiálgicos (MARQUES, 2002).

6.7 Orientações ao paciente

A orientação é fundamental para o sucesso do tratamento da síndrome da fibromialgia. Isso inclui orientação tanto do paciente quanto de sua família. Freundlich e Leventhal recomendam enfaticamente que a abordagem inicial do tratamento deve incluir orientação do paciente e assegurar dois principais aspectos. Primeiro, a paciente precisa ser informada que a síndrome da fibromialgia não é uma doença mental e, segundo, não é uma doença rara. Além disso, o fisioterapeuta deve assegurar ao paciente que não é uma doença deformante nem potencialmente fatal, embora muitas vezes se torne uma condição crônica, o que exige que a paciente seja a principal gestora de sua doença.

7.0 Metodologia

Este estudo foi realizado através do levantamento de revisão bibliográfica. Para este trabalho foram utilizados livros do acervo da biblioteca da Universidade Paulista – UNIP, campus Manaus, livros de acervo pessoal, artigos baixados na internet através do site da Scielo, artigos de revisão e artigos originais sobre o assunto abordado neste trabalho.

8.0 Resultados e Discussão

A fibromialgia pode ser definida como uma síndrome dolorosa músculo-esquelética crônica, não inflamatória, de etiopatogenia desconhecida, caracterizada pela presença de dor difusa pelo corpo e sensibilidade exacerbada à palpação de determinados pontos dolorosos (tender points); associado à fadiga crônica, distúrbio do sono e humor, e outras manifestações (SETTE, 2002).

O diagnóstico de fibromialgia requer experiência clínica, uma boa anamnese e adequada exclusão de doenças que apresentam sinais e sintomas semelhantes e que requerem abordagens terapêuticas diferenciadas.

Os resultados de estudos sobre o treinamento com exercícios para síndrome da fibromialgia mostram que as pessoas que se exercitam apresentam melhoras em algumas variáveis, como capacidade de trabalho, resistência física, limiar algico dos pontos doloridos e indicadores de estresse psicológico (MOFFAT M, ROSEN E, SMITH SR, 2007).

9.0 Conclusão

Fibromialgia é uma síndrome reumática de etiologia desconhecida, que acomete predominantemente mulheres, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, além de sítios anatômicos específicos dolorosos à palpação, chamados de tender points. Frequentemente estão associados outros sintomas, como a fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal e distúrbios psicológicos, como a ansiedade e depressão (Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, 1990).

Não devemos deixar de falar que o tratamento deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, englobando médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, entre outros.

A abordagem a esta doença requer avaliação médica e tratamento, como parte da estratégia de intervenção para fibromialgia. Os terapeutas devem encaminhar os clientes suspeitos de possuir fibromialgia para um posterior acompanhamento médico (GOODMAN CC, 2010).

Devido sua etiologia ainda ser desconhecida, o tratamento da fibromialgia é baseado no alívio da dor e de seus sintomas.

A fisioterapia pode vir a auxiliar no tratamento da fibromialgia, promovendo a melhora da dor e do impacto dos outros sintomas, restabelecendo a capacidade física, mantendo a funcionalidade e promovendo a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

O processo de reabilitação geralmente é prolongado e dependente da educação e da responsabilidade do paciente e do desenvolvimento de parceria entre fisioterapeuta- paciente baseada na confiança mútua. Em longo prazo, a conduta não reside apenas no tratamento dos PG, mas na identificação e modificação dos fatores contribuintes, visto que estes estão relacionados aos aspectos biopsicossociais dos pacientes.

Referências Bibliográficas

American Association for Chronic Fatigue Syndrome: **CFS Conference Highlights: The merging of two syndromes**, Fibromyalgia Network 61:4-70, 2003.

BALDRY, P. E. **Acupuntura, Pontos-gatilho e dor musculoesquelética: enfoque científico da acupuntura para ser usado por médicos e fisioterapeutas no diagnóstico e controle da dor de ponto-gatilho miofascial**. São Paulo, Ed. Roca, 2007.

BATES, Andrea; HANSON, Norm. **Exercício aquático terapêutico**. São Paulo: Manole, 1998.

BLUNT KL, RAJWANI MH, GUERRIERO RC: **The effectiveness of chiropractic management of fibromyalgia patients: a pilot study**. J ManipulativePhysiolTher 20: 389-399, 1997.

CHAITOW, L. **Síndrome da fibromialgia: um guia para tratamento**. 1ª ed. brasileira, São Paulo: Editora Manole, 2002.

CLAUW D: **Fibromyalgia: Correctingthemisconceptions**, J MusculoskeletalMed20(10):467-472, 2003.

DULL, Harold. **Watsu – exercícios para o corpo na água**. Summus: São Paulo, 2001.

FERRACCIOLI G, GHIERELI L, SCITA F. **EMG- biofeedback training in fibromyalgiasyndrome**. J Rheumatol. 1987; 14:820-825.

GOODMAN CC, SNYDER TEK: **Diagnóstico Diferencial em Fisioterapia**. 4ª ed. brasileira, Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2010.

GONÇALVES DIAS, et al. **Melhora da qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos tratados com hidroterapia**. Rev.Fisioterapia Brasil, 2003.

HAINS G, HAINS F: **A combined ischemic compression and spinal manipulation in the treatment of fibromyalgia: a preliminary estimate of dose and efficacy**. J Manipulative PhysiolTher 23: 225-230, 2000.

HALLEGUA DS, WALLACE DJ: **Managing fibromyalgia: a comprehensive approach**, J Musculoskel Med 22(8):382-390, 2005.

HERTLING H, KESSLER RM. **Manegement of common Musculoskeletal Disorders: Physical Therapy Principles and Methods** 3rd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott; 1996.

KITCHEN, S.; BAZIN, S. **Eletroterapia de Clayton**. Tradução Fernando Gomes do Nascimento. São Paulo: Manole, 1998.

LEVENTHAL L, BOUALI H: **Fibromyalgia: 20 clinicalpearls**, J MusculoskeletalMed20(2):59-65, 2003.

MARTINEZ JE, FILHO LSB, KOBOKAWA KM, CEVASCO G, PEDREIRA IS, MACHADO LAM. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com fibromialgia através do “Medical OutcomeSurvey 36 Item Short-formStudy”**. Rev Bras Reumatol 1999;39(6):312-6.

MONCUR C. **Fibromyalgia syndrome In: HCS 12.2.1 Orthopaedic Interventions for Selected Disorders.** Orthopaedic Section, APTA, Inc, 2002.

MUELLER MJ, MALLUF KS. **Tissue adaptation to physical stress: a Proposed “physical stress theory” guide to physical therapist practice, education, and research.** PhysTher. 2002;82:383-403.

MARQUES, Amélia Pascoal, MENDONÇA, Laís Lage Furtado; COSSERMELLI, Wilson. **Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG).** Revista Brasileira de Reumatologia, v.34, n.5. p.232-234, set/out,1994.

NICHOLS DS, GLENN TM. **Effects of aerobic exercise on pain perception, affect, and level of disability in individuals with fibromyalgia.** PhysTher. 1994;74:327-332.

RIBERTO M, PATO TR. **Fisiopatologia da fibromialgia.** Acta Fisiatr2004;11(2):78-81.

RUOF J, HULSEMANN J, STUCKI G: **Evaluation of costs in rheumatic diseases: a literature review.** Curr Opin Rheumatol 11: 104-111, 1999.

SANTOS AMB, ASSUMPCÃO A, MATSUTANI LA, PEREIRA CAB, LAGE LV, MARQUES AP. **Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia.** RevBrasFisioter2006;10(3):317-24.

PEDRINELLI, Antonio. **Os efeitos da crioterapia: uma revisão na literatura.** 1990. - Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

PRANDO, M.A.; ROGATTO, G.P. **Influência de uma sessão de exercício em esteira sobre a sintomatologia e a intensidade dolorosa de portadoras de fibromialgia.** Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd94/fibromia.htm>. Acesso em: 15 março. 2013.

SILVA, L.C; ABREU, A.C; PELEGRINO, P.S; COELHO, O.S. **O Valor da contagem de pontos dolorosos no diagnóstico clínico da fibromialgia .**Rev. Bras. Reumatol, v.37,1997.

SIMONS, D.G. **Myofascial pain syndrome: where are we? Where are we going?** Arch Phys Med Rehabil, v.69, p.202-212, 1988.

WEIDEBACH, W.F.S. **Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico.** Revista Associação Médica Brasileira, 2002, v.48, n.4, p.291-292.

WOLFE F, SMYTHE HA, YUNUS MB, BENNETT RM, BOMBARDIER C, GOLDENBERG DL: The American College of Rheumatology 1990. **Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee.** Arthritis Rheum 33: 160-172, 1990.