



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANA ISABEL LOPES DA SILVA

***IMPACTO DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA
FIBROMIALGIA***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE REUMATOLOGIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR FERNANDO JOSÉ LOPES DOS SANTOS
DR.^a MARIA JOÃO SALVADOR DANIEL SANTOS HENRIQUES**

[MARÇO/2012]

Título: Impacto da prática de atividade física na fibromialgia – Artigo de Revisão

Autor: Ana Isabel Lopes da Silva

Orientador: Prof. Doutor Fernando José Lopes Dos Santos

Coorientadora: Maria João Salvador Daniel Santos Henriques

Afiliação: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Endereço:

Morada: Rua do Monte Alto, nº. 14 – 3080-214 – Figueira da Foz

Email: anaisab.ls@gmail.com

INDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO	7
2. EPIDEMIOLOGIA	8
3. SINTOMATOLOGIA	10
4. DIAGNÓSTICO	19
5. TRATAMENTO	22
5.1. – EXERCÍCIO FÍSICO	24
5.1.1. – EXERCÍCIO AERÓBIO	29
5.1.2. – EXERCÍCIO AQUÁTICO	34
5.1.3. – EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO E FLEXIBILIDADE MUSCULAR	37
6. CONSELHOS E NORMAS DIETÉTICAS NA FIBROMIALGIA	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
BIBLIOGRAFIA	50

RESUMO

Introdução: A Fibromialgia ocupa cada vez mais um lugar de destaque na prática clínica em todo o mundo, tendo vindo a ganhar terreno no tocante ao número de doentes fibromiálgicos que acorrem à ajuda médica.

O diagnóstico desta patologia requer uma grande capacidade de suspeição, uma vez que estamos perante doentes com particularidades especiais, pelo que a imperiosidade de uma relação médico-doente empática aqui se reveste de extrema importância.

Embora o prognóstico não seja ainda muito promissor, os resultados do efeito da atividade física na atenuação da sintomatologia têm sido encorajadores, continuando a desenvolver-se esforços no sentido de estimular a sua prática e enraizá-la nos hábitos destes doentes.

Objetivos: A presente revisão visa abordar a Fibromialgia e o impacto do exercício físico e da adoção de medidas dietéticas apropriadas na atenuação das queixas da doença, bem como explorar a supremacia de uma relação médico-doente empática na adesão do paciente ao tratamento e consequente eficácia do mesmo, procurando deste modo integrar a informação disponibilizada pelos vários autores.

Desenvolvimento: A Fibromialgia é uma entidade clínica complexa, caracterizada por dor difusa e presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente definidas, às quais se associa um conjunto vasto de sintomas que vai desde a fadiga, a perturbações do sono, disfunção cognitiva ou mesmo episódios depressivos, o que gera uma enorme incapacidade nos doentes, levando a que frequentemente o médico se veja confrontado com um leque variado de diagnósticos. A necessidade de uniformização do quadro semiológico da

Fibromialgia, devido à multiplicidade de características clínicas vigentes, levou então a que fossem criados em 1990 critérios de diagnóstico pelo Colégio Americano de Reumatologia.

Ainda que o panorama possa por vezes não parecer o mais animador, um dos meios que pode influenciar positivamente a qualidade de vida do doente fibromiálgico é a prática de exercício físico. Também os benefícios de uma dieta saudável constituem um campo em exploração, visto existirem já estudos indicativos de que determinadas normas alimentares poderão influenciar positivamente a qualidade de vida daqueles que sofrem da doença.

Conclusões: Partindo de uma abordagem holística do doente, este poderá beneficiar das estratégias terapêuticas já existentes e que deverão ser exploradas na tentativa de apaziguar as queixas decorrentes do quadro semiológico do doente fibromiálgico.

Palavras-chave:

Fibromialgia; Exercício físico; Alimentação; Exercício aeróbio; Exercício aquático; Exercícios de fortalecimento e flexibilidade muscular; Relação médico-doente.

ABSTRACT

Introduction – Fibromyalgia is increasingly occupying all over the world an outstanding position in clinical practice, especially concerning the number of fibromyalgia patients who are looking for medical help.

The diagnosis of this disease requires a large capacity of suspicion since we are dealing with patients with special peculiarities. So, the empathic relationship between the doctor and the patient is extremely important.

Although the prognostics has not been very promising yet, considering the results of the effect of physical activity in the attenuation of the symptoms, these have been very encouraging. Thus, efforts continue to be made in order to stimulate the patients' physical activity and to become a habit to them.

Objectives – This present review addresses fibromyalgia, the impact of physical exercise and the adoption of proper diet measures in mitigating the complains of the disease, as well as to investigate the supremacy of the doctor – patient's emphatic relationship. Regarding the cooperation of the patient in relation to the treatment and consequently its efficiency, I would like to integrate the information provided by the various authors.

Development – Fibromyalgia is a complex clinic entity characterized by diffuse and present tender points in anatomically defined regions, to which it is associated a wide range of symptoms, ranging from tiredness to sleep disturbances, cognitive dysfunctions and even

depressive episodes which result in an enormous incapacity of the patients and leads the doctors to be frequently faced with a wide range of diagnostics.

The need for the standardization of a clinical picture of fibromyalgia, due to the multiplicity of existing features, led to the creation of several criteria of diagnostics in 1990 by the American College of Rheumatology.

Even though the scenario might not seem very encouraging sometimes, one of the means that can influence positively the life of a patient with fibromyalgia is the practice of physical exercise. The benefits of a healthy diet are also a field to explore. Several studies in this area have already shown that some eating habits may positively influence the lives of those who suffer from this illness.

Conclusion – Bearing in mind a holistic approach of the patient, he may benefit from therapeutic strategies that already exist and which should be more explored in order to soften the arising complains of fibromyalgia patients.

Key-words:

Fibromyalgia; Physical exercise; Nourishment; Aerobics; Hydrogymnastics; Building up exercise and muscular flexibility; Doctor-patient relationship.

1. INTRODUÇÃO – DEFINIÇÃO DE FIBROMIALGIA

Proveniente do latim, a palavra *fibromialgia* remete-nos para uma condição patológica ao nível dos tecidos de suporte (“*fibro*”) e dos músculos (“*mio*”) despoletadora de dor (“*algia*”). As primeiras alusões à fibromialgia datam já de 1850, quando Robert Froriep, um anatomista alemão, descreveu pacientes com “reumatismo muscular” e “pontos endurecidos e hipersensíveis à digitopressão”. Mais tarde em 1904 Gowers, que apelidou tais alterações clínicas de fibrosite, enfatizou a sensibilidade desses pontos, concluindo que não se registavam sinais de inflamação local e/ou alterações sistémicas, identificando a existência de fadiga e de perturbações do sono como fazendo parte integrante do mesmo quadro. Em 1938, Kellgren alertou para a existência de síndromes dolorosas que tinham por base um “fenómeno irritativo” de regiões anatómicas correspondentes a fâscias, músculos e tendões, o que acabou por levar à proposta de uma nova entidade nosológica – a fibromialgia. O termo atual de fibromialgia foi então adotado a partir dos estudos desenvolvidos por Smythe e Moldofsky que, em meados da década de 1970, descreveram determinadas localizações anatómicas dolorosas em doentes fibromiálgicos, os chamados “tender points” (ou pontos sensíveis). (Bastos e Oliveira, 2003)

Reconhecida como doença pela Organização Mundial da Saúde apenas em 1990 e como doença reumática em 1992, a fibromialgia ataca maioritariamente mulheres (numa proporção de 10 mulheres/1 homem), tratando-se de uma doença crónica, caracterizada por dor generalizada, por vezes incapacitante, fadiga exacerbada, sono não retemperador e hiperestesia dolorosa. (Thompson et al 2003, Bennett 2005, Besteiro et al 2008, Escudero-Carretero et al 2010) Pode, deste modo, considerar-se a fibromialgia como uma variante de reumatismo, na medida em que envolve músculos, tendões e ligamentos, associada à predisposição sensitiva do indivíduo perante um estímulo causador de dor. Assim, esta doença

acarreta fortes alterações na qualidade de vida do portador da mesma, repercutindo-se aos mais diversos níveis, desde o desempenho profissional do doente, passando pela sua integração na sociedade e a sua relação com o outro. (Leitão 2003, Escudero-Carretero et al 2010)

É, portanto, fundamental uma abordagem holística destes doentes, no sentido da melhor e mais adequada compreensão das suas queixas e, por conseguinte, o desenvolvimento de estratégias adaptativas e terapêuticas com vista à resolução do quadro semiológico com que se apresentam ao médico.

2. EPIDEMIOLOGIA

A prevalência exata da Fibromialgia é desconhecida. Remonta já a 1981 a tentativa da sua determinação por parte de Yunus que afirmava que 30% dos indivíduos com menos de 50 anos de idade que recorriam pela primeira vez à consulta de Reumatologia padeciam da doença. Várias têm sido as tentativas de determinar um valor mais preciso da prevalência da fibromialgia, contudo ainda não se chegou a um consenso. Isto porque é difícil estabelecer uma percentagem verdadeira da prevalência desta patologia, na medida em que os estudos de populações diferem entre si, para além de que é muitíssimo provável que alguns indivíduos que têm fibromialgia e acorrem às consultas, representem a parte visível do “iceberg”, ou seja, estes estudos não abrangem os doentes que apresentam formas mais ligeiras desta mesma doença. Para além do exposto, é de referir também a primazia da componente sociocultural na epidemiologia da fibromialgia, uma vez que o modo como a dor crónica é sentida e tolerada é variável consoante as perspetivas e crenças civilizacionais. No entanto, com base nos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR – *American College of Rheumatology*) de

1990, estudos epidemiológicos apontam para uma prevalência da doença entre 2 a 4% da população geral, inflacionando esse valor para mais de 7% quando toca a pessoas com idade superior a 70 anos. (Rooks 2007)

Certezas porém é que existe um predomínio vincado da fibromialgia no sexo feminino (80-90%), com maior incidência acima dos 40 anos, embora possa atingir ambos os sexos e em todos os escalões etários podendo, ainda que seja incomum também manifestar-se em crianças, adolescentes e indivíduos mais idosos. (Bastos e Oliveira 2003, Chakrabarty et al 2007) As características demográficas e sociais associadas à presença de fibromialgia são o sexo feminino, estado civil divorciado, não ter a escolaridade obrigatória (portanto, um nível baixo de escolaridade) e ter baixos rendimentos. Já os fatores psicológicos que se relacionam com esta patologia incluem o transtorno de somatização (que se caracteriza por múltiplas queixas de sintomas físicos recorrentes, podendo ser mutáveis e prolongadas sem que uma investigação adequada revele a existência de patologia orgânica ou mecanismo fisiopatológico que expliquem a intensidade da queixa física), a ansiedade e a existência de história pessoal ou familiar de depressão. (White e Harth 2001)

Apesar de não existirem até então dados estatísticos totalmente fidedignos, uma vez que existe ainda um número não estimado de casos de fibromialgia que permanecem no anonimato (muitas vezes apenas devido à grande lacuna de informação vigente não só nos indivíduos da população geral, mas também nos profissionais de saúde), estima-se que cerca de 5-6% da população em Portugal padeça desta enfermidade, justificando 2-7% das consultas de Medicina Geral e Familiar e cerca de 15-20% de todas as consultas de Reumatologia. (Silva 2005)

3. SINTOMATOLOGIA

Caracterizada por queixas dolorosas neuromusculares difusas e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas, este quadro sindrômico pode também provocar alterações do humor e diminuição da atividade física, o que piora o quadro de dor do doente. (Leitão 2003, Bennett 2005, Escudero-Carretero et al 2010) Ainda que os seus sintomas sejam variáveis consoante a sua intensidade e possam diminuir temporariamente, agudizar ou mesmo dissipar-se até ressurgirem mais tarde, a gravidade da sintomatologia faz com que a fibromialgia possa tornar-se uma entidade clínica bastante limitativa e debilitante, mesmo quando se trata das simples atividades de vida diária. Por falta de informação, muitos médicos não são ainda capazes de reconhecer esta doença, levando a que muitos doentes não sejam diagnosticados e, embora possam aparentar estar de boa saúde, sofram em silêncio. Assim, revela-se crucial o conhecimento dos principais sintomas dos quais a fibromialgia se faz habitualmente acompanhar, como está esquematizado na Figura 1.



Figura 1 – Principais sintomas que caracterizam a fibromialgia.

A dor é o sintoma dominante, assumindo uma magnitude considerável na condição clínica do doente. (Thompson et al 2003) Por essa razão, a problemática da dor atinge uma grande parte da população mundial, deixando de ser rotulada apenas como sintoma e passando a ser considerada uma doença de direito próprio, representando, por essa razão e pela própria natureza multifatorial, um desafio terapêutico que apresenta as suas particularidades. A descrição das queixas é verdadeiramente dramática, sendo que as dores se caracterizam por assumirem um caráter polifocal ou generalizado, de localização difusa e mal caracterizada (o doente tem grande dificuldade em precisar a localização da dor), migratórias (é comum o doente referir uma dor quase excruciante por exemplo ao longo de uma perna que no dia seguinte se apresenta perfeitamente normal, tendo a dor migrado para outra região), sem quaisquer alterações locais visíveis e de ritmo “inflamatório” (dores mais intensas durante a manhã e à noite, frequentemente associadas a rigidez matinal prolongada e que agravam após o esforço, embora não sejam evidentes quaisquer sinais de inflamação). (Silva 2005, Coaccioli et al 2008) Deste modo, é a incapacidade majorante de lidar com as dores generalizadas e a impotência funcional por estas gerada que persistentemente se coaduna com uma qualidade de vida francamente débil e, por isso, muito insatisfatória e penosa para o doente. Embora não se registre limitação de movimentos, uma vez que estes apresentam amplitude normal apesar da dor, esta situação que acaba por se manifestar com sintomas tanto físicos como psicológicos, leva a que cada vez mais sejam aqueles que procuram o médico, na tentativa de apaziguar o seu tormento. Isto porque concomitantemente com a dor causada pela fibromialgia, existe toda uma panóplia de outros sintomas que se tem vindo a revelar mais e mais vasta. Um exemplo disso é a rigidez muscular e das articulações que surge na sequência da tendência para a imobilização do doente com dor. Ela é principalmente referida ao acordar ou após longos períodos de permanência na mesma posição, quer seja sentado quer seja em ortostatismo. (Bastos e Oliveira 2003, Chakrabarty et al 2007) A sensação subjetiva de

inchaço das articulações sem que haja objetividade das queixas, bem como parestesias sem achados neurológicos objetivos, são duas características importantes da fibromialgia. (Chakrabarty et al 2007) De notar que, apesar do predomínio muscular da localização das dores, os doentes não parecem sofrer de nenhuma doença nos músculos, o que é comprovado por variados estudos experimentais que investigaram esta questão, chegando-se inclusive a realizar biopsias musculares para estudos celulares e moleculares, tendo-se apenas encontrado, numa percentagem variável de doentes, ligeiras alterações de pouca significância que se revelaram insuficientes para justificar as suas queixas.

Uma das características essenciais da fibromialgia é também a existência de áreas sensíveis à digitopressão, os chamados pontos dolorosos ou “tender points”. Estes pontos dolorosos localizam-se em áreas bem identificadas sobre músculos, tendões e tecido adiposo e distribuem-se generalizada e simetricamente. A sua localização, que será detalhadamente abordada mais à frente, é ao nível occipital, cervical, do músculo trapézio, da segunda costela, do músculo supraespinhoso, do epicôndilo lateral, dos glúteos, do grande trocânter e do joelho.

Um outro sintoma muito corrente na abordagem do doente fibromiálgico são as cefaleias. Estas são referidas por mais de 50% dos doentes e caracterizam-se por dores de cabeça recorrentes assim como enxaquecas, que podem limitar a atividade diária do indivíduo. Por seu lado, as perturbações do sono constituem igualmente uma das características mais proeminentes da fibromialgia. (Wolfe et al 1990, Marcus et al 2005) Os distúrbios podem ser classificados como alterações quantitativas (insónias, constantes acordares durante a noite ou sono de curta duração), ou alterações qualitativas (sono não retemperador mesmo dormindo muitas horas). Um sono inquieto, superficial, entrecortado, pautado por despertares ao mínimo ruído, não-reparador, que faz o doente sentir-se cansado logo pela manhã, constitui o

padrão de sono típico do doente fibromiálgico. Mesmo dormindo o número de horas consideradas necessárias, os doentes com fibromialgia referem acordar ainda mais cansados do que quando se deitaram. (Bastos e Oliveira 2003, Leitão 2003) Tal facto pode ser explicado por estes doentes não atingirem o estágio mais profundo do sono. Assim, o mesmo é superficial, verificando-se constantes acordares durante a noite. Apesar de ser um dos pontos sintomatológicos mais comuns, desconhece-se ainda a razão pela qual estes doentes apresentam este distúrbio, sabendo-se no entanto que o seu padrão de sono não é exclusivo da fibromialgia e é diferente do encontrado em doentes com depressão. O estudo do sono na fibromialgia veio então revelar-se bastante proveitoso, ao detetar-se nestes doentes um padrão de sono característico, o designado sono alfa-delta. Aquando da análise dos resultados da eletroencefalografia, foram descobertas alterações ao nível da fase mais profunda do sono, ou seja, a fase repousante por excelência e que, por isso, é fundamental para o restabelecimento de toda a vitalidade orgânica e para a função muscular. Detetou-se então que existe interferência de ondas cerebrais de vigília, como se o indivíduo tivesse períodos de acordar muito curtos e dos quais não se apercebe, ao invés de estar em sono profundo. Tal evidência justifica o facto de o sono nestes doentes não ser revigorante, o que poderia explicar o carácter exponencial das suas queixas mediante a qualidade do seu repouso noturno, quanto pior o sono, mais queixosos se encontravam. Este fenómeno ganhou ainda mais consistência quando, em 1989, o Dr. Harvey Moldofsky efetuou uma experiência, que consistiu em privar de um sono restaurador indivíduos normais. O médico demonstrou que a privação da fase profunda do sono produzia uma síndrome semelhante à fibromialgia, ou seja, Moldofsky conseguiu reproduzir neles quer as queixas de dor, quer os pontos hiperálgicos musculares que são característicos desta doença. (Moldofsky et al 1975, Besteiro et al 2008)

À questão “como se sente ao acordar?” é usual obtermos como resposta que o doente acorda mais cansado do que quando se deitou. Ora, este cansaço logo pela manhã, para além das razões supracitadas, pode também ser devido ao facto de muitos músculos se manterem em estado de contração ao longo da noite, altura em que devia ocorrer o seu relaxamento que não se verifica dado que a pouca profundidade do sono é impeditiva disso mesmo. Por este motivo, a fadiga matinal pode ser derivada de um trabalho muscular noturno que não seria de esperar em condições fisiológicas mas que de facto sucede na fibromialgia, consumindo energia e promovendo esta sensação de exaustão logo ao acordar. Assim, é consensual que as modificações observadas no sono são fundamentais no desencadear das crises e na perpetuação das mesmas. Existem ainda outras perturbações do sono que podem estar presentes, designadamente a apneia do sono e as mioclonias noturnas que podem igualmente causar um sono de fraca qualidade, contribuindo para as queixas do doente e para a debilidade do seu organismo. Por conseguinte, a constante fadiga, a perda de energia e a diminuição da resistência ao exercício físico contribuem, por seu turno, para a cronicidade da doença e levam a que no dia a dia a execução de tarefas consideradas básicas conduza a pessoa à exaustão. Isto porque a fadiga da fibromialgia não é a habitual fadiga aguda que se segue a um dia de trabalho ou exercício mais exigente e que, por isso, é representativa de um mecanismo natural de proteção do organismo, alertando para a necessidade imperiosa de descanso. Pelo contrário, a fadiga do doente fibromiálgico, é uma fadiga crónica, que está presente sem que haja motivo que a justifique (esforço ou atividade mais intensa do que o habitual), o que pode revelar-se verdadeiramente aterrador para o doente que começa a equacionar tratar-se de uma situação potencialmente grave por identificar e de mau prognóstico, à qual o seu organismo já não é capaz de responder e que, deste modo, leva o indivíduo a antevê-la como eventualmente fatal. De facto, a sensação de fadiga constante é, por vezes, o que mais preocupa o doente e o faz temer pelo seu futuro. Estima-se que cerca de

80-90 % dos doentes com fibromialgia padeçam de fadiga. (Bastos e Oliveira 2003) Referida com maior intensidade pela manhã e com períodos frequentes de agudização a meio da tarde, a fadiga não alivia com o repouso como sucede noutras situações, persistindo e sendo, regularmente, referida como uma espécie de cansaço mental com grande dificuldade de concentração – “Se passasse o resto do dia tão cansada como me sinto ao levantar da cama, não conseguiria fazer a minha vida!” (Leitão 2003) Esta frase poderia constituir na perfeição o testemunho de um doente com fibromialgia, na medida em que faz transparecer a incomensurável incapacidade que é sentida no iniciar o dia.

Outras alterações também por vezes alvo de ida do doente fibromiálgico ao médico, referem-se ao trato gastro-intestinal (40 a 70% dos doentes com fibromialgia referem problemas gastrointestinais dos quais se destacam o cólon irritável, com períodos de diarreia alternados com episódios de obstipação, dores abdominais, gases e náuseas) e aos défices cognitivos (doentes relatam uma variedade de sintomas que podem ser distintos de dia para dia; estão incluídos nesses sintomas a dificuldade de concentração, perda de memória, confusão mental, irritabilidade e, em cerca de um terço dos casos, depressão). Outros sintomas comuns são as parestesias dos membros, sobretudo ao nível das extremidades (mãos e pés) mas são inconsistentes e variáveis no tempo, intolerância ao frio, sensação de xerostomia (secura da boca) e xeroftalmia (secura ocular), alergias, dismenorreia, alterações do humor, dor torácica não cardíaca, tonturas, zumbidos nos ouvidos, visão turva ou desfocada, fenómeno de Raynaud, edema subjetivo e disfunção temporo-mandibular, entre outros. (Bastos e Oliveira 2003, Chakrabarty et al 2007) Os sintomas são agravados pelo frio e humidade, sono de má qualidade e pelo stress físico ou psicológico e melhoram com o tempo quente e seco, atividade física moderada, sono adequado e com o relaxamento. (Wolfe et al 1990) Por último, mas de considerável importância, a hipersensibilidade exacerbada a

estímulos causadores de dor representa também um grande problema para os doentes com fibromialgia. Esta condição poderá estar associada ao estado depressivo e à ansiedade que habitualmente caracteriza estes doentes. Na multiplicidade dos sintomas, a intolerância e hipersensibilidade a determinados cheiros, ruídos, luzes intensas, medicamentos, alimentos e produtos de limpeza e higiene são também frequentemente referenciados.

De facto, todo este quadro conduz, muitas vezes, a distúrbios emocionais frequentemente relacionados com um sentimento de incompreensão que os doentes fibromiálgicos experimentam em relação aos que os rodeiam. Por se tratar de uma doença “invisível” mas presente, as queixas destas pessoas são, numa significativa parte dos casos, negligenciadas, o que provoca nelas uma grande angústia e falta de orientação terapêutica. Fazem de tudo para mostrar que a sua doença é real, mas na falta de evidências clínicas, o seu reconhecimento como tal torna-se algo difícil de tanger.

Efetivamente, perante a imutabilidade da situação, o apoio outrora sempre presente na vida destes doentes, acaba a pouco e pouco por se ir esvaindo, perdendo-se muitas vezes o vínculo afetivo que sempre tão importante foi para o fibromiálgico, que passa então a ser encarado como uma pessoa incapaz de ultrapassar os obstáculos e de vencer a sua doença, chegando por vezes a ser acusado de tirar partido da sua condição de doente para obter a atenção dos outros. Este quadro é frequentemente agravado pelas incontáveis consultas médicas com clínicos dotados de pouca experiência no que concerne a esta patologia e cuja intervenção terapêutica se revela a maioria das vezes ineficaz, gerando no doente um sentimento de revolta e incompreensão quando confrontado com a irresolução do seu problema. Deste modo, a fibromialgia acaba por constituir um fardo social imenso, perante o qual a Medicina não tem sabido lidar. É urgente mudar isto! A descoberta de um clínico conhecedor da sua doença, confere ao doente com fibromialgia um sentimento de confiança

indescritível, que o leva a depositar nas mãos do médico toda a sua esperança em encontrar a resposta para os seus problemas. Tal situação que concede ao doente um certo positivismo é por si só, já meio caminho andado para que este sinta um alívio das suas queixas, facto que revela que a fibromialgia apresenta um componente emocional, daí se revelar essencial que as dimensões não só clínica, mas também psicossocial e comportamental sejam consideradas para cada indivíduo.

Assim, é igualmente importante entender que uma doença crónica como esta, implica mecanismos direcionados para a pesquisa de informação no sentido de aprender a lidar com a doença, bem como a determinação de metas a atingir, a procura de suporte emocional e, principalmente, a aprendizagem de estratégias que objetivem um plano de vida regulável sendo, por isso, imperativo a desmistificação desta doença e a motivação do doente para a sua preciosa contribuição enquanto agente ativo no tratamento.

O estabelecimento de uma relação médico-doente empática é, portanto, imprescindível. A equipa pluridisciplinar tem de revelar disponibilidade e transmitir segurança ao doente por forma a conquistá-lo e, deste modo, combater os sentimentos de desânimo e insegurança que à medida que o tempo passa, se vão apoderando do mesmo. É deveras duro enfrentar uma realidade que apesar de se tornar cada vez mais familiar para o doente, muitas vezes ainda o é desconhecida aos olhos dos clínicos. Este sentimento de descrença, motivado muitas vezes pela falta de sensibilidade por parte do clínico na abordagem das queixas do doente, é ainda mais agudizado quando o mesmo não sente poder estar no médico a fonte para o tratamento das suas maleitas. Assim, é fundamental que o médico tenha desenvolvidas as competências que o capacitem a agir considerando a pessoa como uma entidade corpórea que vive em simbiose com as suas emoções e a sua mente e em estreita relação com o mundo que a rodeia. Por outras palavras, revela-se crucial aprender a importância de interpretar a linguagem

corporal do indivíduo, bem como aprender a tirar partido da sua própria linguagem não-verbal de forma terapêutica. Isto porque a confiança do doente no médico alicerçar-se-á na atitude deste perante a sua doença, isto é, o doente fibromiálgico não vai estabelecer uma boa relação com o médico se a postura deste estiver em desacordo com o seu discurso. Na verdade, é nesta esfera da esperança e da compreensão que a relação médico-doente se solidifica sendo, a este nível, que muitas vezes os doentes conseguem obter a força que os ajuda a superar o pessimismo perante as contrariedades e a aparente não resolução das suas queixas, permitindo-lhes eliminar o medo perante a incógnita do futuro. Como A. Branco afirma: “A esperança é o farol que faz do mar uma estrada”.

4. DIAGNÓSTICO

Por diversas razões, incluindo a definição recente desta entidade, a subjetividade das queixas clínicas e a ausência de alterações laboratoriais e imagiológicas específicas, a fibromialgia ainda é vista com grande ceticismo por alguns médicos. (Thompson et al 2003) O diagnóstico correto exige sensibilidade diagnóstica e capacidade de suspeição, no entanto este conjunto de fatores condiciona grande dificuldade no estabelecimento do diagnóstico desta entidade nosológica. Deste modo, a necessidade de uniformização do quadro semiológico dos doentes com fibromialgia, devido à multiplicidade de características clínicas que os afetam, levou a que alguns autores desenvolvessem critérios de classificação e/ou diagnóstico. Assim, os critérios estabelecidos em 1990 pelo ACR constituem os comumente adotados pelas diferentes comunidades científicas e compreendem a presença de dor generalizada crónica (definida como dor que conta com pelo menos 3 meses de evolução, abrangendo a parte superior e inferior do corpo, lado direito e esquerdo, assim como o esqueleto axial – ao longo da coluna ou na parede torácica anterior) associada a dor à pressão digital em pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos, anatomicamente bem definidos, os chamados pontos fibromiálgicos ou pontos de gatilho (sistemizados na Tabela 1 e ilustrados na Figura 2) – (Wolfe et al 1990, Silva 2005, Besteiro et al 2008, Coaccioli et al 2008). A dor ao nível destes pontos não deve irradiar e a sua pesquisa deverá ser feita com uma pressão digital de 4 kg/cm^2 (assim que o leito ungueal começar a ficar esbranquiçado, a pressão exercida é a que se pretende) – para que um ponto seja considerado “positivo”, o doente deve afirmar que a palpação digital desperta “dor” e não apenas desconforto. (Okifuji et al 1997, Thompson et al 2003, Bennett 2005, Coaccioli et al 2008, Alencar et al 2009) Contudo, a maioria dos doentes tem o seu limiar de dor ao nível dos pontos dolorosos aos 2 kg/cm^2 . Ainda que a presença de 11 dos 18 pontos padronizados tenha valor para fins de classificação,

de acordo com Smythe, Buskila, & Gladman (1991), pacientes com menos de 11 pontos dolorosos podem ser considerados fibromiálgicos desde que outros sintomas e/ou sinais sugestivos estejam presentes. De facto como referido anteriormente, é também frequente a associação a outros sintomas, particularmente alterações quantitativas e qualitativas do sono, como seja sono não retemperador, fadiga crónica, distúrbios cognitivos tais como dificuldades de memória e concentração, parestesias dos membros, rigidez muscular e articular, depressão e ansiedade. (Leitão 2003)

Pontos Dolorosos		Localização
A	OCCIPITAL	Bilateral, ao nível das inserções do músculo occipital
B	CERVICAL INFERIOR	Bilateral, na face anterior dos espaços intertransversários de C5 a C7
C	TRAPÉZIO	Bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo trapézio
D	SUPRAESPINHOSO	Bilateral, na origem do músculo acima da espinha da escápula, junto do bordo interno
E	SEGUNDA COSTELA	Bilateral, externamente à segunda articulação condrocostal, no bordo superior
F	EPICÔNDILO	Bilateral, 2 cm abaixo do epicôndilo
G	GLÚTEO	Bilateral, no quadrante supero-externo da nádega
H	GRANDE TROCÂNTER	Bilateral, posterior à proeminência trocantérica
I	JOELHO	Bilateral, na almofada adiposa interna, imediatamente acima da interlinha articular

Tabela 1 – Pontos fibromiálgico e sua localização.

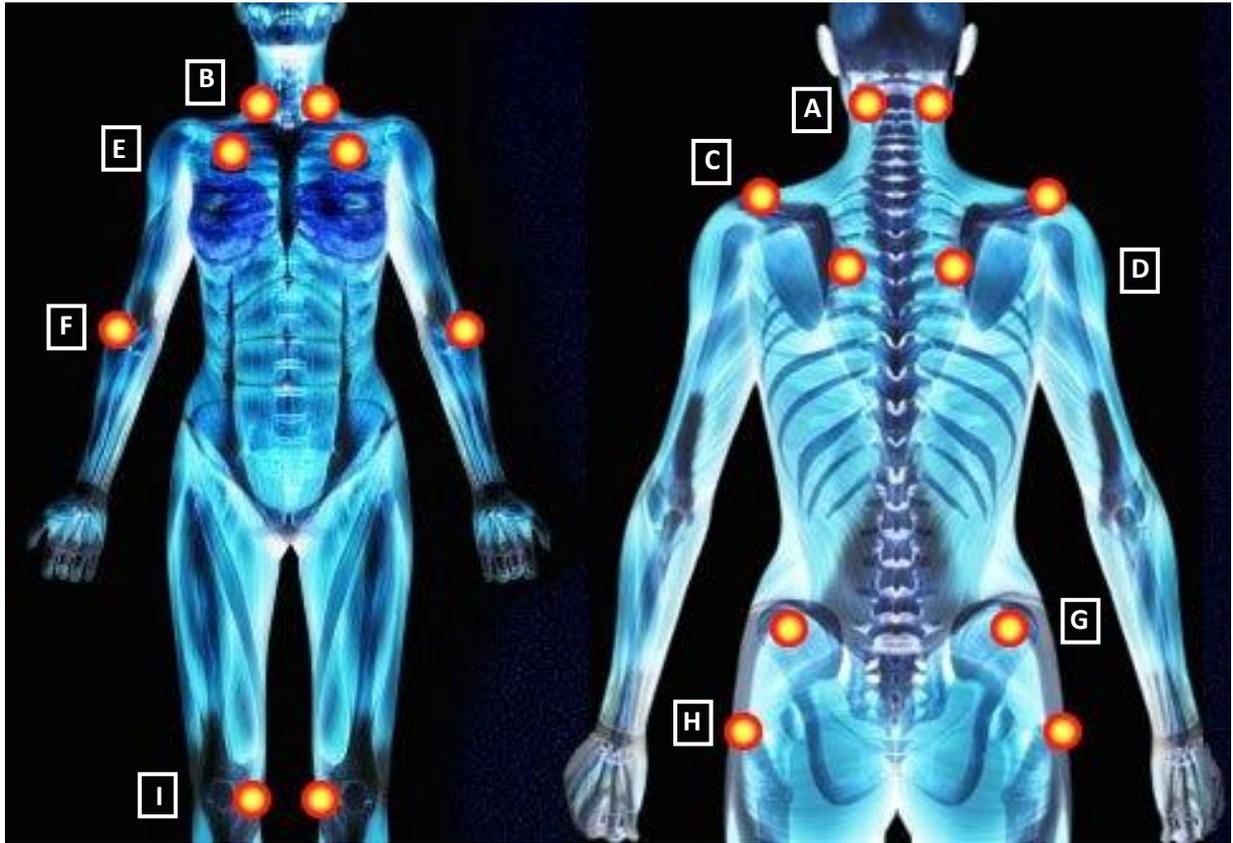


Figura 2 – Localização anatômica dos *tender points* de acordo com os critérios de classificação para a fibromialgia do *American College of Rheumatology*, 1990

5. TRATAMENTO

É na primeira consulta que o médico, experiente no diagnóstico e tratamento da fibromialgia, ensina o seu doente, descrevendo em que consiste a afeção, os fatores de agravamento, os tratamentos disponíveis e como poderá corresponsabilizar-se por eles. É neste momento que o doente deverá sentir por parte do médico uma ampla abertura de espírito no sentido de lhe responder a todas e quaisquer dúvidas, bem como de lhe dar conselhos sobre como lidar com a sua doença e com a versatilidade verificada de doente para doente.

Assim, a multifactoriedade e a multiplicidade de manifestações, a variedade de necessidades e a complexidade das preocupações dos pacientes com fibromialgia, tornam perfeitamente legítimo a que se proceda a uma abordagem terapêutica também ela multifacetada. Ainda que a abordagem dos doentes deva ser individualizada, a terapêutica deverá ser realizada por uma equipa pluridisciplinar (envolvendo regra geral médicos, fisioterapeutas, técnicos de educação física e psicólogos), em que todos os profissionais intervenientes, coordenados pelo reumatologista, devem ser conhecedores de todas as modalidades que possam ser benéficas para o controlo dos sintomas inerentes à fibromialgia. (Coaccioli et al 2008) Estes sintomas, como já referido, são variáveis de pessoa para pessoa podendo até, no mesmo indivíduo, variar ao longo do tempo, o que dificulta o tratamento. Torna-se, pois, evidente a necessidade de um leque mais alargado de opções terapêuticas eficazes no combate ao quadro semiológico destes doentes, não esquecendo que uma avaliação precisa do doente constituirá o preâmbulo para um tratamento otimizado.

Além da equipa bem estruturada, uma progressiva consciencialização e corresponsabilização do doente é imprescindível para o sucesso do tratamento e deve partir do próprio a iniciativa de assumir uma postura pró-ativa perante a sua doença, modificando

hábitos diários prejudiciais ou menos saudáveis e jamais abdicando do seu tratamento por falta de motivação ou descrença.

Apesar da maioria dos pacientes continuar a referir dor crónica, uma abordagem correta e responsabilizadora do próprio doente, pode ser vantajosa na melhoria da função e da qualidade de vida de muitos deles. Isto porque o envolvimento ativo do doente, quer na escolha, quer na realização das diferentes modalidades terapêuticas utilizadas no controlo da sua doença, torna-o mais colaborante e recetivo ao tratamento aumentando, assim, a eficácia do mesmo. Por outras palavras, podemos afirmar que a fibromialgia é o tipo de doença em cuja terapêutica o próprio doente deve ser incentivado a abandonar a atitude passiva normalmente adotada e assumir o protagonismo, que permitirá cultivar uma postura combativa perante as contrariedades que a sua doença lhe impõe.

Burckhardt *et al* observou que a eficácia do tratamento destes doentes era superior naqueles que tinham previamente participado num programa de educação para o seu problema, sendo que os pacientes com fibromialgia consideravam ser capazes de combater os seus problemas desde que devidamente informados acerca da forma correta de agir. (Burckhardt et al 1994) Por seu lado, também outros autores têm sugerido que os pacientes com fibromialgia devem ser envolvidos em tudo o que concerne à sua doença de forma a desenvolverem estratégias de *coping* que lhes permita uma intervenção mais cooperante no seu processo de tratamento, incluindo o reconhecimento de situações stressantes e a sua gestão, adoção de padrões de sono adequados e de uma alimentação regrada, técnicas de conservação de energia (desenvolvimento de um ritmo de vida equilibrado, de acordo com os níveis de energia disponíveis e respeitando o tempo necessário de recuperação após um esforço) (Kelly et al 2005) e de controlo da dor, bem como uso consciencioso de medicação e

manutenção de uma boa condição física. (Nies 1992, Sherman 1992, Silverman 1994, Bennett e McCain 1995, Kelly et al 2005)

Pelo exposto, o doente deve começar pela adoção de medidas terapêuticas básicas, que passam muitas vezes despercebidas mas que assumem um papel de grande importância no controlo da sintomatologia do doente. Delas fazem parte as medidas dietéticas, no sentido da correção de eventuais desvios do peso corporal em relação ao desejável, evitando álcool e dietas ricas em gorduras e pobres em vegetais; a higiene do sono, idealmente com um mínimo de 8-9 horas de sono por noite, respeitando a hora do deitar e do acordar por forma à adoção de uma rotina que favoreça um normal padrão de sono; e, por último mas não menos importante, a prática regular de exercício físico (atividade muscular aeróbia como caminhadas, marcha, natação, etc).

5.1. EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício físico é uma atividade de baixo custo, cujos benefícios na saúde são desde há muito reconhecidos, demonstrando ser eficaz na diminuição da dor, da fadiga e de outros sintomas da fibromialgia. (Leitão 2003, Shapiro et al 2005, Coaccioli et al 2008) Na verdade, muitos foram já os ensaios clínicos realizados sobre os efeitos da prática de atividade física nos indivíduos com fibromialgia, tendo-se verificado fortes evidências da sua utilidade na atenuação desde quadro sindromático. Os benefícios terapêuticos do exercício nos indivíduos com fibromialgia foram reconhecidos pela primeira vez há vinte anos, aquando de um estudo randomizado que submeteu os doentes a vinte semanas de exercícios de alta intensidade, resultando em altos progressos na aptidão física, limiar de dor dos pontos fibromiálgicos e uma melhoria generalizada superior quando comparados com os pacientes sujeitos apenas a

treinos de flexibilidade. (McCain 1986, McCain et al 1988) Posteriormente, também as vantagens dos exercícios aeróbios (Gowans et al 1999, Gowans et al 2001, Jentoft et al 2001, Gowans et al 2002, Schachter et al 2003) e de fortalecimento muscular (Jones et al 2002) foram confirmadas em ensaios clínicos no âmbito da doença em estudo. Exercícios em piscina são igualmente bem tolerados e particularmente úteis na suavização das queixas dos indivíduos. (Mannerkorpi et al 2000, Jentoft et al 2001, Mannerkorpi et al 2002)

Deste modo, grandes progressos têm sido feitos a partir das pesquisas realizadas desde que as *guidelines* para o diagnóstico da fibromialgia foram estabelecidas em 1990, sendo que até à data do artigo (1997) as duas medidas consideradas mais importantes para o controlo dos sintomas da fibromialgia a longo prazo eram a educação do doente para a sua doença e a prática de atividade física. (Kisnich-Shriwise 1997, Cedraschi et al 2004) Com efeito, a educação é um componente essencial para que o doente saiba lidar com a sua doença e assim mantenha uma boa qualidade de vida. Isto pode ser conseguido através de leituras e materiais informativos no âmbito da doença, grupos de discussão e ainda demonstrações. (Goldenberg et al 2004) Não obstante, alguns clínicos defendem que a tomada de conhecimento do diagnóstico da fibromialgia tem um efeito adverso na evolução dos doentes. (Ehrlich 2003) Um estudo desenhado para avaliar se o diagnóstico da fibromialgia altera a situação clínica dos pacientes, demonstra haver significativa melhoria na saúde e menos sintomatologia três anos após a doença ter sido diagnosticada. Acrescenta ainda não ter havido aumento significativo na percentagem de pacientes alegando incapacidade após o diagnóstico. (White et al 2002)

Assim, concluiu-se que o exercício físico, devidamente supervisionado, não só apresenta vantagens na redução da dor e do número de pontos hipersensíveis, como também revela ter impacto positivo nos sintomas depressivos e na qualidade de vida dos doentes que na sua

maioria, dado o seu estado de imobilização a que se sujeitam como mecanismo de defesa antiálgico, apresentam uma deficiente condição física com limitação da força e da flexibilidade muscular. (Leitão 2003) Na verdade, como sentem grande alívio quando se deitam, a maioria destes doentes tende a passar horas a fio, em algumas situações mesmo dias, deitados na cama, na tentativa infrutífera de que as dores desapareçam. Porém, esta é uma atitude que leva à imobilização e, portanto, à redução da força e flexibilidade dos músculos levando, frequentemente, ao agravamento dos sintomas aquando da retoma do doente à sua vida diária. (Leitão 2003) Um dos pioneiros na investigação da relação entre a dor e a prática de exercício físico foi Moldofsky que demonstrou que a privação do sono diminuía significativamente o limiar de dor em indivíduos sedentários, facto não verificado em indivíduos com hábitos de treino. (Besteiro et al 2008) Além disso, os doentes fibromiálgicos exibem caracteristicamente uma diminuição da sua aptidão cardiorrespiratória (Valim 2006), pelo que aliada à propensão para a inatividade muscular, leva a um gradual declínio de função. Isto porque a dor e a fadiga exacerbada levam a que muitos doentes se coíbam a desempenhar determinadas atividades devido ao medo de agravar as suas queixas, limitando-se assim ao sedentarismo. (Yunus et al 2002) Tal facto justifica que a maioria dos pacientes fibromiálgicos apresente uma má condição física, resultando num aumento da necessidade de energia para que os músculos desempenhem determinado tipo de exercício, o que conduz inevitavelmente a um aumento da fadiga. Por este motivo, a prática regular de atividade física adaptada à capacidade do doente deve ser encorajada, visto estar provado ser uma excelente medida terapêutica a médio e longo prazo. A prática de exercício físico além de melhorar a capacidade cardiorrespiratória, atua sobre o sistema músculo-esquelético promovendo a resistência muscular, aumentando a força e incrementando a mobilidade de grupos musculares que habitualmente se encontram em contração prolongada. Deste modo, o doente irá experimentar uma melhoria progressiva da sua condição física, sentindo-se mais saudável e

bem-disposto. (Adams e Sim 2005, Shapiro et al 2005) Com efeito, o exercício físico ao induzir a vasodilatação periférica, alivia o stress, a depressão e a fadiga, melhorando simultaneamente a qualidade do sono e, deste modo, promovendo alterações positivas a nível cardiovascular. (Duda et al 1988, Geus et al 1990, Arcos et al 2011, Vierck 2012)

Todavia, como referido anteriormente, os músculos dos doentes com fibromialgia encontram-se debilitados e, por isso, mais sensíveis ao esforço e ao movimento, facto esse que pode estar associado a uma maior facilidade em sofrer pequenas lesões traumáticas que, por sua vez, acarretarão novas crises de fibromialgia. Por esse motivo, a prática de exercício físico nestes doentes pode comportar alguns riscos pelo que o tipo de exercício físico deve ser personalizado, dependendo não apenas da intensidade da sintomatologia e metas a atingir, mas também da vontade do doente sendo, por isso, importante o médico incentivar o mesmo mostrando-lhe que o exercício aeróbio individualizado é fulcral para alcançar uma boa forma física e, por conseguinte, os objetivos propostos. (Adams e Sim 2005, Coaccioli et al 2008) Para tal, há que ter em conta a idade do doente, a presença de patologia concomitante e as limitações do seu sistema locomotor que possam sofrer agravamento com determinado tipo de exercícios. Efetivamente, o doente pode experienciar um agravamento da intensidade das suas queixas, particularmente nos primeiros dois meses, contudo é transitório uma vez que corresponde à adaptação do organismo, outrora habituado a imobilidade, à prática de exercício físico. Assim, na prescrição de exercício a estes doentes, existem regras básicas de segurança que devem ser seguidas (Leitão 2003), sendo a intensidade do mesmo aumentada progressivamente com o passar da adaptação fisiológica ao treino, respeitando o limiar de dor do indivíduo. (Adams e Sim 2005)

Regras básicas de segurança a ter em conta na prescrição de exercício na fibromialgia

- 1. O programa de exercício é individualizado para cada doente, dependendo da sua condição física, das suas necessidades especiais e das suas preferências. Utilizar atividades físicas que correspondam aos gostos do doente, facilita o seu empenho na prossecução do protocolo proposto.*
- 2. O ideal é que o doente possa ser acompanhado por familiar ou amigo, com necessidade ou interesse em praticar exercício físico, com quem estabelecerá um compromisso de assiduidade que dificultará o seu abandono do protocolo.*
- 3. Cada período de exercício físico deve ser precedido por uma fase de progressivo aquecimento ósseo e muscular e terminado em decrescendo de esforço e ritmo. Idealmente, o doente deverá fazer uma banho quente e/ou massagem manual, após o exercício.*
- 4. O programa de exercício estabelecido deve limitar-se rigorosamente às atividades que o doente consiga fazer sem desencadear dor particularmente durante os primeiros tempos. Os aumentos de atividade devem ser muito pequenos e introduzidos muito lenta e progressivamente.*
- 5. Nos dias «maus», é aceitável que o doente não consiga cumprir o seu programa habitual. Deve ser reduzida a intensidade do exercício, mas não a sua frequência e duração.*
- 6. Medicamentos antiálgicos (analgésicos, antiinflamatórios) podem ser utilizados 30 a 60 minutos antes do início do exercício, para evitar o aparecimento ou agravamento da dor.*
- 7. Se a dor persistir, apesar de seguidas as recomendações anteriores, o exercício deve ser suspenso até a intensidade da dor se reduzir para um valor estimado em 25% do original. O programa de exercícios de um doente com fibromialgia deve incluir exercícios para fortalecer os músculos, para aumentar a capacidade aeróbica (resistência ao esforço) e para melhorar a flexibilidade. Estes diferentes tipos de exercícios não têm que ser realizados em cada sessão podendo ser programados em sequência ou em combinações variáveis, de acordo com a capacidade do doente para os executar.*

Tabela 2 – Segundo Leitão R (2003).

5.1.1. EXERCÍCIO AERÓBIO

Efetivamente, ao estudo de McCain *et al* (McCain et al 1988) que demonstrou melhorias nos sintomas da fibromialgia com o exercício aeróbio supervisionado, seguiram-se uma série de ensaios clínicos randomizados relatando os benefícios que poderiam advir das várias formas de exercício físico baseado em programas nesta população de doentes. (Burckhardt et al 1994, Martin et al 1996, Richards e Scott 2002, Valim et al 2003) Assim, num estudo que submeteu mulheres com fibromialgia a um programa individualizado de exercícios de moderada intensidade a realizar em casa, concluiu que após 12 semanas este programa se revelou eficaz, melhorando significativamente o estado de saúde destas mulheres, particularmente naquelas que apresentavam um descondicionamento físico mais acentuado, o que pode ser explicado pela maior adesão destas ao plano terapêutico. Mais ainda se acrescenta que os resultados do referido estudo indicam que para atingir uma melhoria global da condição clínica dos doentes, poderá ser necessário um tempo adicional de três meses, enquanto que os progressos no abrandamento da dor ao nível da metade superior do corpo (pescoço, ombros, peito) poderão ser demonstrados 12 semanas após o início da atividade física, mantendo-se os benefícios observados nove meses após o começo do programa, ao passo que a redução da dor ao nível da metade inferior do corpo não foi significativa. Este estudo concluiu assim que este programa de exercícios de fácil execução em casa e baixo custo, apresentavam potencial para melhorar expressivamente a saúde do doente fibromiálgico, contrariando o medo que muitos pacientes referem de que o exercício físico piore a sua dor. (Costa et al 2005) Efetivamente, repercussões positivas ao nível do bem-estar integral dos doentes foram registadas em alguns estudos (Gowans et al 2001, Richards e Scott 2002), ao passo que noutros não (Martin et al 1996, Van et al 2002, Schachter et al 2003). Enquanto uns têm demonstrado melhorias das queixas dos doentes por volta das 8-12

semanas de exercício físico, outros apenas denotam benefícios significativos apenas aos 6-12 meses após o início do respetivo estudo. (Gowans et al 2001)

Regra geral, nos indivíduos com fibromialgia está indicado o trabalho físico aeróbio de baixo impacto e de intensidade suficiente para melhorar a capacidade aeróbia do indivíduo (Gowans et al 2001, Busch et al 2002), uma vez que apresenta mais vantagens relativamente ao anaeróbio, porque corresponde a todo o trabalho que é realizado sem défice de oxigénio, tendo como finalidade o aumento da capacidade de captação do mesmo. (Sá 2004) Já o trabalho anaeróbio leva à acumulação de ácido láctico nos tecidos musculares e, conseqüentemente, ao aparecimento de dor. É pois recomendado um programa de exercício físico aeróbio de baixo impacto, e de reduzida carga (marcha, bicicleta estática, hidroginástica em piscina de água aquecida), 30 minutos, numa frequência de 3 a 4 vezes por semana, uma vez que irá melhorar a aptidão física, a postura e a flexibilidade, bem como melhorar o fluxo sanguíneo para os músculos, contribuindo para uma sensação de bem-estar geral. (Adams e Sim 2005) Para isso deve existir aprendizagem dos exercícios direcionados para uma adequada oxigenação do músculo dorido, a qual poderá ser conseguida através de técnicas de respiração como as inspirações profundas localizadas sectorialmente, expirações mais prolongadas que as inspirações, movimentos leves e de amplitude nula, alongamentos em ortostatismo ou em decúbito dorsal seguidos de enrolamentos ventrais (a chamada “posição fetal”), extensões e relaxamentos variados.

De entre as várias opções de atividades aeróbicas, a mais indicada para aos doentes fibromiálgicos é a marcha, pela facilidade de ajustamento da intensidade e duração da carga. (Sá 2004) Preferencialmente executada ao ar livre com o mínimo de poluição possível (jardins públicos, à beira-mar, à beira-rio, por exemplo), é fundamental que a seguir à prática de qualquer atividade física, ainda que se trate de marcha de baixa intensidade e/ou duração,

se proceda à realização de exercícios de relaxamento devidamente orientados – “O ideal é realizar esta atividade durante 30 minutos na maior parte dos dias da semana. No entanto estão descritos programas de 2 a 3 vezes por semana, durante 4 a 5 meses, com resultados favoráveis. O ideal é que o doente com fibromialgia nunca deixe de fazer um qualquer tipo de atividade aeróbia, não precisando os exercícios de ser contínuos, podendo ser divididos em vários períodos de menor duração, a realizar ao longo do dia” (Leitão 2003). De facto, uma progressão contínua e ajustada é a chave. Um indivíduo com dor, que apresenta uma má condição física pode precisar de começar por um nível de exercício muito baixo e ir aumentando a sua intensidade/duração de forma gradual. Os pacientes devem partir de um nível de exercício imediatamente abaixo das suas capacidades e gradualmente ir aumentando a duração e intensidade do mesmo até atingirem uma intensidade moderada de 20-30 minutos, 2 a 3 vezes por semana. (Busch et al 2007) Além disso, não é necessário avaliar a frequência cardíaca durante o exercício físico para determinar qual a intensidade ideal. Os pacientes devem realizar atividade física numa intensidade que lhes permita falar fluentemente com outra pessoa. (Rooks 2008) Por seu lado, Bennett e McCain defendem como *guidelines* para a prática de exercício aeróbio em doentes com fibromialgia uma periodicidade de 3 vezes por semana, com uma pulsação de 85% do valor normal da frequência cardíaca (para a maioria dos adultos é de 120-150 batimentos por minuto) e com uma duração de 40 minutos. (Bennett e McCain 1995)

Já Sherman relata que pacientes com fibromialgia que padecem de dor e apresentam uma má condição física necessitam de partir de um nível muito baixo de exercício físico que constitui uma fase de adaptação, treinando por períodos muito curtos de 5 minutos por dia, após a qual vão aumentando progressivamente o número de sessões ou o tempo de cada sessão (um minuto a mais em cada treino), até atingir os 30 ou 40 minutos de exercício 3-4

vezes por semana. O aumento da velocidade do treino deverá ocorrer por passos rápidos à medida que o paciente mantém a sua própria mecânica corporal. (Sherman 1992) Um programa de treino deve durar no mínimo 4 semanas e os doentes devem ser informados de que poderão experimentar alguns períodos de dor e fadiga que, caso mantenham a intensidade de exercício adequada, se desvanecem, retornando aos níveis basais dentro das primeiras semanas de treino. (Busch et al 2007, Rooks 2008)

Embora Nichols e Glenn não tenham chegado a evidências conclusivas acerca dos benefícios do trabalho aeróbio nos sintomas da fibromialgia (Nichols e Glenn 1994), Granges *et al* descobriu que a prática regular de exercício físico, ao invés de drogas ou de abordagens específicas de fisioterapia, apresenta uma forte correlação com a atenuação dos sintomas fibromiálgicos. (Granges et al 1994) Burckhardt *et al* recomenda a utilização do *Fibromyalgia Impact Questionnaire* que consiste num precioso instrumento de avaliação da condição física, dor, depressão, ansiedade, fadiga, cansaço matinal, rigidez, problemas profissionais e bem-estar geral do doente, possibilitando definir uma orientação terapêutica. (Burckhardt et al 1994) É um instrumento composto por 10 itens e pode ser concluído em cerca de 10 minutos. Este questionário foi traduzido em várias línguas e a sua validade tem-se mantido. (Burckhardt et al 1991)

Além do exposto, é também de assinalar que o exercício aeróbio conduz à libertação de mais endorfina, neurotransmissor cuja denominação deriva das palavras “endo” (interno) e “morfina” (analgésico), uma vez que provoca uma sensação de relaxamento, prazer, bem-estar, entre outros efeitos (Tabela 3).

Principais efeitos das endorfinas
Melhoram a memória
Melhoram o estado de espírito (promove o bom-humor)
Aumentam a resistência
Aumentam a disposição física e mental
Melhoram o sistema imunológico
Bloqueiam as lesões dos vasos sanguíneos
Têm efeito antienvelhecimento, pois removem superóxidos (radicais livres)
Aliviam as dores

Tabela 3 – Principais efeitos das endorfinas no organismo.

De facto, estudos confirmam que uma combinação sustentada a longo prazo de exercício aeróbio, fortalecimento e flexibilidade muscular, melhora substancialmente o estado físico e psicológico do doente com fibromialgia, repercutindo-se ao nível da sua qualidade de vida e da sua saúde em geral. (Sañudo et al 2011) As atividades físicas aeróbias como caminhar, nadar e exercícios em piscina aquecida são as melhores opções. (Carville et al 2008) Além disso, os resultados divulgados revelam-se bastante animadores, demonstrando que a prescrição de exercício aeróbio constitui um tratamento eficaz que conduz a uma melhoria global das queixas dos doentes com fibromialgia, entre as quais a diminuição do número de pontos dolorosos (que pode perdurar por 12 meses). (Richards e Scott DL 2002)

5.1.2. EXERCÍCIO AQUÁTICO

A hidroterapia é uma abordagem terapêutica abrangente que faz uso de exercícios aquáticos para ajudar na reabilitação de variadas patologias. A fibromialgia é uma delas, tirando partido das propriedades ideais da água para alcançar objetivos terapêuticos num ambiente seguro. Os exercícios em meio aquático podem ser particularmente vantajosos para aqueles que apresentam má condição física e/ou níveis elevados de dor ou ansiedade. (Busch et al 2009) De facto, os exercícios dentro de água (como os levados a cabo na hidroginástica ou na natação) são habitualmente praticados em água aquecida entre os 33 – 36°C, sendo vivamente recomendados no tratamento dos doentes fibromiálgicos. (Bastos e Oliveira 2003) Com efeito, são já muitos os benefícios relatados desta medida terapêutica, nomeadamente ao nível da promoção do relaxamento e da qualidade do sono, da minimização dos espasmos musculares e da dor e simultaneamente da estimulação do dinamismo muscular e melhoria da aptidão física. Deste modo, os exercícios efetuados em meio aquático promovem a qualidade de vida do doente (quer no domínio físico e emocional, quer no domínio social), melhorando substancialmente as queixas de ansiedade e depressão muitas vezes relacionadas também com a dispneia que afirmam sentir. (Ide et al 2008)

Em contexto aquático o indivíduo usufrui de um meio sadio e que comporta menos riscos para a reabilitação comparativamente com o desgaste e o impacto produzido no trabalho físico no solo. Contam-se com alguns estudos realizados, que a hidroterapia em piscina é vantajosa. Em indivíduos com fibromialgia, visto os movimentos na água serem mais lentos devido às suas propriedades físicas que para além dos benefícios da imersão em água aquecida possibilitam uma maior mobilidade das estruturas articulares, vai-se promover alongamentos eficientes, favorecendo um estado de relaxamento total que proporcionará o alívio sintomático dos doentes. (Bastos e Oliveira 2003)

Recentemente uma série de ensaios clínicos e revisões sistemáticas avaliaram a eficácia dos programas de exercício realizado em água morna na fibromialgia, chegando à conclusão de que existem fortes evidências do benefício da hidroterapia no tratamento desta patologia. (McVeigh et al 2008)

Apesar de vários terem sido os estudos que apoiam o recurso à hidroterapia como opção terapêutica para a fibromialgia, ainda não se chegou à conclusão do programa de exercícios adequado, nomeadamente no que toca ao tipo, frequência, intensidade e duração do mesmo. (Perraton et al 2009) Um estudo que se dedicou à avaliação dos programas de exercício que fazem parte da hidroterapia, indicou que uma sessão com 30-60 minutos de duração é suficiente para promover mudanças positivas significativas nos sintomas da fibromialgia, demonstrando que os programas com uma duração relativamente curta (4-6 semanas), apesar de tudo podem também apresentar alguns resultados satisfatórios. Embora uma prescrição de exercício de 2 vezes por semana seja inferior ao que se preconiza como ideal no que diz respeito à prática de atividade física, os resultados deste estudo revelam ainda que a hidroterapia 2 vezes por semanas é tão eficaz como a prática de uma frequência superior. (Egger et al 2001) Por fim, o mesmo estudo defende ser razoável considerar um valor de 60-80% da frequência cardíaca máxima um nível de intensidade de exercício moderado. Este achado é consistente com a análise de Cochrane sobre a eficácia dos exercícios no geral para a fibromialgia. (Busch et al 2007)

Assim, a terapia dentro de água é vivamente recomendada por ser uma atividade aeróbia benéfica, em particular para aqueles que sofrem de fibromialgia, podendo ser melhorada através de uma cuidadosa supervisão e incentivo ao empenhamento do doente no seu tratamento, no sentido de tornar esta atividade um hábito a manter ao longo da vida. (Bennett e McCain 1995)

No que diz respeito à natação em concreto, será mais vantajoso caso o doente saiba realizar o processo de respiração aquática, o que lhe permitirá reduzir o esforço. Isto porque com mergulho e elevada apneia, o esforço orgânico é francamente diminuído, podendo tirar o máximo partido da submersão em meio aquático. A intensidade na carga e a sua duração estão dependentes da performance física do indivíduo, devendo ser sempre tido em consideração que não é benéfico para um doente fibromiálgico ser incluído numa turma de pessoas saudáveis, na medida em que a orientação conjunta não permitirá o controlo e doseamento individual exigido nestes doentes que, desta forma, poderão ser levados a cometer exageros, o que conduzirá a uma exacerbação da sua fadiga, agravamento dos seus sintomas e conseqüente abandono da atividade.

Por seu turno, a hidroginástica é uma boa atividade para melhorar a condição física o doente, contudo deve ser realizada com bastante moderação uma vez que os exercícios dentro de água, ainda que de reduzida amplitude, provocam uma carga orgânica três vezes superior quando comparados com os exercícios fora dela. Na verdade, para um doente com fibromialgia a carga executada é demasiada, solicitando vários grupos musculares, o que culmina num cansaço desmedido. Deste modo, há que saber tirar o melhor partido da hidroginástica, tendo o cuidado da mesma ser realizada com movimentos descontraídos e sem amplitude, com imersão completa num contexto de momento recreativo (imaginar subir escadas, pedalar, movimentos circulares com o corpo, alongamentos, tentar apanhar objetos no fundo, espreguiçar-se dentro de água). (Sá 2004)

Em suma, a hidroterapia em piscina devidamente aquecida é das atividades mais benéficas para os fibromiálgicos, visto haver falta de força concêntrica e os movimentos serem mais lentos por se realizarem dentro de água e devido a algumas propriedades físicas da mesma, reduzindo assim o risco de pequenos traumatismos. (Bastos e Oliveira 2003) Por

outro lado, esta forma de terapia incrementa substancialmente a tolerância do indivíduo à atividade física, bem como o seu nível de resistência que vai contribuir para uma melhor performance física que, quanto melhor mais irá atenuar a intensidade dos sintomas (dor, dispneia, rigidez articular, fraqueza muscular), incrementar a coordenação motora e melhorar a autoestima do doente fibromiálgico, pelo que a hidroterapia constitui um recurso que deve ser valorizado quando se pretende solucionar as queixas dos doentes que sofrem de fibromialgia. (Bastos e Oliveira 2003, Sá 2004, Barros et al 2008; Ide et al 2008)

5.1.3. EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO E FLEXIBILIDADE MUSCULAR

É consensual que os doentes com fibromialgia apresentam uma força muscular consideravelmente reduzida pela evicção da atividade física como forma de impedir o surgimento ou agravamento das suas dores. Posto isto facilmente se percebe que essa força muscular deficiente irá ter como consequência o aumento da incapacidade de realização das atividades diárias. Torna-se assim prioritário melhorar a condição muscular destes indivíduos, uma vez que estão já documentadas as vantagens dos doentes que apresentam uma melhor condição física, no que diz respeito à diminuição da frequência e intensidade das crises. Preconiza-se pois a utilização de máquinas de fortalecimento muscular, para braços, pernas e abdominais, como sendo as mais adequadas de modo a prevenir a possível incapacidade de preensão de objetos (halteres, por exemplo), de que muitos dos doentes se queixam e, em simultâneo, permitir uma maior tolerabilidade ao exercício, uma vez que possibilita a realização de pausas entre repetições sem, contudo, comprometer a eficácia do treino. (Leitão 2003)

Concomitantemente à força muscular reduzida, os doentes fibromiálgicos descrevem igualmente grande dificuldade no relaxamento dos músculos, o que os impede de realizar muitas das suas atividades de vida diárias. Simples gestos como pentear, vestir, despir, calçar, atar os atacadores, segurar uma esferográfica, podem tornar-se numa batalha diária difícil de superar. Deste modo, torna-se imperioso melhorar a flexibilidade muscular e minimizar a dor durante a realização destas e das demais atividades. Por esse motivo, e respeitando sempre as características individuais de cada um, durante os exercícios cada músculo deve ser estirado até ao ponto em que, sem que se sinta dor, surja uma certa resistência ao movimento, mantendo essa posição alguns segundos, de forma a facilitar o relaxamento progressivo da massa muscular. Idealmente, antes do início de cada treino é fundamental proceder ao aquecimento dos músculos e tendões que visa preparar o indivíduo física e psicologicamente para a prática de exercício físico e prevenir lesões preparando o organismo para o treino. O principal objetivo do aquecimento é aumentar a temperatura corporal, resultando em vários benefícios, nomeadamente no aumento da taxa metabólica, favorecimento da circulação sanguínea, aumento da quantidade de oxigénio disponível nos músculos, aumento da velocidade de transmissão do impulso nervoso, aumento da velocidade e da força de contração muscular e melhoria da coordenação motora.

Pontualmente podem-se registar queixas de alguns doentes que referem fadiga extrema ou mesmo dor após a realização dos exercícios, nesse caso terá de ser averiguada se a intensidade e/ou duração dos exercícios não superam a capacidade do indivíduo e se o plano de treino está a ser executado de forma consciente, fazendo o uso correto das indicações dadas, de modo a que possa ser vantajoso para a condição do fibromiálgico. (Leitão 2003)

De acordo com Busch *et al.*, exercícios de fortalecimento devem ser realizados 2-3 vezes por semana, com um mínimo de 8-12 repetições de cada exercício, definindo como intensidade máxima 40-60% do seu peso. (Busch et al 2008)

De sublinhar os resultados de um estudo cujo objetivo primordial consistiu na avaliação da eficácia a longo prazo de um programa combinado de exercícios aeróbios, de fortalecimento e de flexibilidade em mulheres com fibromialgia. Os resultados revelaram que, após 24 semanas de exercícios de intensidade moderada praticados numa frequência de 2 vezes por semana, se registou uma melhoria da saúde, nomeadamente da qualidade de vida. Pelo contrário, pacientes que receberam tratamento que não abrangia a prática de exercício físico, não mostraram qualquer melhoria. (Sañudo et al 2011)

Em suma, um regime de treino individualizado e dirigido ao fortalecimento e flexibilidade muscular surge como mais uma estratégia de intervenção no tratamento da fibromialgia, promovendo a qualidade de vida dos doentes acometidos.

6. CONSELHOS E NORMAS DIETÉTICAS NA FIBROMIALGIA

Como aliado ao exercício físico deverá estar sempre uma boa alimentação, mostra-se oportunamente profícuo abordar esta dicotomia no contexto da fibromialgia. Posto isto, impõe-se de imediato a pergunta: De que forma uma alimentação saudável contribui para o atenuar do quadro sintomático dos doentes com fibromialgia? Esta é uma questão pertinente e cuja resposta cada vez mais se impõe fundamental alcançar. Embora a evidência científica ainda não tenha sido provada, o facto de alguns alimentos poderem beneficiar a maioria dos doentes com esta patologia, ganha cada vez mais força. Assim, por se tratar de uma temática que requer mais e mais investigação, continuam a ser desenvolvidos estudos neste âmbito sabendo-se, porém, que défices nutricionais podem estar na base do agravamento dos sintomas desta doença. De facto, tudo indica que uma dieta saudável e variada é de especial importância na prevenção do agravamento das queixas que se coadunam com a fibromialgia, bem como na prevenção do excesso de peso, na medida em que seguindo as normas de uma boa alimentação, o doente sentir-se-á também ele mais saudável, causando-lhe uma agradável sensação de bem-estar físico e psicológico. (Shapiro et al 2005, Neumann et al 2008) Mais se acrescenta que o stress oxidativo (aumento na produção de radicais livres, que causa danos celulares) é sempre mais elevado nos doentes com fibromialgia comparativamente ao resto da população, pensando-se poder ter um papel determinante na instalação desta patologia.

Sendo assim, que relação existirá entre o stress oxidativo e os sintomas da fibromialgia? Na verdade, a peroxidação lipídica reflete a produção intracelular de espécies reativas de oxigénio (ROS - *reactive oxygen species*) que por sua vez estão envolvidas na etiologia de um dos principais sintomas desta doença: a dor. Por outro lado, a peroxidação lipídica está também associada a uma característica típica da fibromialgia, a fadiga, verificando-se uma interessante correlação com este sintoma, tendo já sido demonstrado níveis elevados de

peroxidação lipídica presentes no Síndrome de fadiga crônica, uma doença com alta taxa de comorbilidades em comum com a doença em estudo. (Cordero et al 2011)

Curiosamente foram observadas correlações entre os níveis de antioxidantes quer no plasma quer no soro e o nível de dor estimado pela escala visual analógica da dor, bem como o grau de rigidez matinal dos doentes. (Altindag e Celik 2006, Sendur et al 2009) Por seu turno, a peroxidação lipídica no soro revelou alto grau de correlação com o nível de depressão presente nos pacientes com fibromialgia, o que demonstra a relação entre os oxidantes/antioxidantes e os sintomas da doença. (Cordero 2011)

Também os estudos relacionados com a Coenzima Q10 (CoQ10) a partir de experiências *in vitro* com células mononucleares de sangue periférico de pacientes com fibromialgia, têm assumido um papel importante seja devido à sua função antioxidante, seja para reduzir os níveis de ROS, induzindo a degradação mitocondrial seletiva conhecida por mitofagia. (Cordero et al 2010) Estes estudos podem fornecer informações fundamentais acerca do potencial benéfico obtido em pacientes com fibromialgia após a administração de CoQ10 que, juntamente com Gingko biloba, mostrou num estudo piloto uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes. (Lister 2002) Também a fadiga, um dos sintomas mais marcantes da doença, foi atenuada através do tratamento com CoQ10 em modelos animais e humanos, após o exercício físico. (De notar que os peixes como a sardinha, a cavala, o arenque e a truta têm alta concentração de CoQ10. Por outro lado, também a carne de vaca, o frango e o borrego se apresentam como alimentos com potencial em CoQ10. Apesar das carnes apresentarem maior concentração de CoQ10, há frutas e legumes que têm igualmente quantidades significativas, particularmente o espinafre, a couve-flor e as laranjas) No entanto, no caso da fibromialgia ainda não há nenhum ensaio clínico duplamente cego nem com placebo que permita demonstrar os possíveis benefícios da CoQ10. Embora o impacto do

stress oxidativo na fisiopatologia da fibromialgia seja um facto aceite, o seu papel na doença ainda não está completamente esclarecido, estando por determinar qual o mecanismo pelo qual os níveis altos de radicais livres, os baixos níveis de antioxidantes ou ambos os processos em simultâneo podem ter efeitos no agravamento dos sintomas da fibromialgia. Deste modo, é fundamental a realização de mais estudos controlados sobre o efeito terapêutico dos antioxidantes. (Cordero 2011)

Já as vitaminas A, E e C são conhecidas pela sua poderosa função antioxidante não-enzimática (Sies et al 1992, Nazıroğlu et al 2004), sendo que a A e a E são vitaminas lipossolúveis essenciais. Elas quebram as cadeias de radicais livres, reagindo com estes e convertendo-os numa forma de pouca ou nenhuma toxicidade para o organismo, sendo por isso consideradas a primeira linha de defesa contra a peroxidação lipídica. (McDowell 1989, Packer e Landvik 1990) Por sua vez, a vitamina C é a principal vitamina hidrossolúvel que além de destruir os radicais livres, também transforma a vitamina E na sua forma ativa. O magnésio (Mg) é um oligoelemento que desempenha um papel considerável na síntese de ATP e é essencial para o adequado metabolismo do músculo. (Romano e Stiller 1994) Nos últimos anos, os níveis séricos de magnésio foram pesquisados para analisar a etiopatogenia dos pacientes com fibromialgia. (Sendur et al 2008) Todavia, na literatura existem poucos estudos que investigam o papel das vitaminas antioxidantes e do magnésio na etiopatogenia desta doença, sendo os poucos resultados algo controversos. (Eisinger et al 1997, Sendur et al 2008, Akkuş et al 2009) Prescott *et al.* (Prescott et al 1992) e Rosborg *et al.* (Rosborg et al 2007) relataram que os níveis séricos de magnésio em pacientes com fibromialgia foram normais. Em contraste, Sendur *et al.* (Sendur et al 2008) afirmou que os níveis de magnésio no plasma de pacientes com a doença foram menores comparativamente com os valores do grupo controlo. Noutro estudo de Eisinger *et al.* (Eisinger et al 1994), o nível de magnésio no

eritrócito foi um pouco inferior em doentes com fibromialgia. Para apoiar essa hipótese, também Abraão e Flechas (Abraham e Flechas 1992) constataram que a deficiência de magnésio desempenhava um possível papel no mecanismo da dor na fibromialgia, relacionando-o com a produção de ATP. Por sua vez, a associação entre os níveis de magnésio sérico e os parâmetros clínicos que caracterizam a fibromialgia (grau de dor, número de *tender points*, capacidade funcional, duração da doença, rigidez matinal) foi investigada apenas por Sendur *et al.* que não detetou qualquer relação entre o magnésio e os parâmetros supracitados. (Sendur et al 2008)

Por seu lado, também a obesidade parece exercer influência na evolução da fibromialgia, nomeadamente no que diz respeito à sua relação com marcadores inflamatórios (particularmente Interleucina-6 e Proteína C-Reativa), bem como com os distúrbios do sono, encontrando-se por isso em estudo o seu papel na progressão dos sintomas da fibromialgia. (Yunus et al 2002, Okifuji et al 2009, Okifuji et al 2010)

Deste modo, um ponto-chave a ter em conta é a importância da educação nutricional. Esta inclui a evicção do consumo de cafeína, álcool e nicotina de forma a restaurar os padrões de sono (promovendo uma noite descansada e retemperadora) e a melhorar os níveis de energia. (Robbins et al 1990, Silverman 1994, Kelly et al 2005) Já os hidratos de carbono aumentam a produção de serotonina de forma natural quando não associados à ingestão de proteínas. (Kelly et al 2005) Apesar do açúcar também aumentar os níveis de serotonina, os hidratos de carbono aumentam a mesma por períodos mais longos de tempo. Quanto aos suplementos nutricionais, aconselham-se o suplemento de cálcio e magnésio (numa dose de 1-1,5 mg diárias para tomar à noite), vitaminas do complexo B ou um bom suplemento multivitaminado. (Kelly et al 2005)

Por seu lado, os autores de um estudo cujo objetivo foi testar se a dieta vegetariana teria influência positiva ao nível dos sintomas da fibromialgia, escolheram aleatoriamente trinta doentes fibromiálgicos que não eram vegetarianos e se dispuseram a fazer uma modificação dietética passando a seguir uma dieta vegetariana pura em que os alimentos constituintes eram maioritariamente crus. A dieta consistiu em frutas cruas, saladas, sumo de cenoura, tubérculos, cereais, nozes, sementes e sumo de cevada desidratada. Os resultados dos sintomas da fibromialgia foram avaliados por vários parâmetros, nomeadamente: ingestão dietética, *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*, *SF-36 Health Survey* (consiste numa pesquisa composta por oito escalas – vitalidade, capacidade funcional, dor, aspetos físicos, aspetos sociais, aspetos emocionais, saúde mental e uma avaliação comparativa entre as condições de saúde atuais e de há um ano atrás), um estudo da qualidade de vida (QOLS) e avaliações do desempenho físico. Em dezoito indivíduos foram constatadas melhorias significativas na qualidade do sono, nas dores do ombro quer em repouso quer em movimento, na flexibilidade corporal e nos testes de caminhadas de 6 minutos. Dezanove dos trinta indivíduos foram classificados como *responders*, com uma melhoria significativa em todos os parâmetros avaliados, em analogia com aqueles a quem não se registou qualquer melhoria, ou seja, os *non-responders*. Os autores concluíram que através de modificações dietéticas como a adoção de um regime vegetariano com alimentos na sua maioria crus, os doentes podem ser ajudados no sentido da atenuação dos sintomas da fibromialgia. (Donaldson et al 2001)

Os efeitos da dieta vegetariana na fibromialgia foram também testados por outros dois investigadores. Num pequeno estudo que contou apenas com dez pacientes, Hostmark *et al.* (Hostmark et al 1993) concluiu que uma dieta vegetariana de três semanas produzia uma melhoria no bem-estar geral dos doentes. Esse bem-estar traduzido em bons resultados nos

estudos da qualidade de vida, FIQ e *SF-36 Health Survey* foi também observado no estudo referido anteriormente. Por seu lado, Kaartinen *et al.* (Kaartinen et al 2000) serviu-se de uma dieta vegetariana pura num estudo de três meses não-randomizado, relatando diminuição da dor e da rigidez matinal. Contudo, este regime dietético foi difícil de manter, tendo os sujeitos abandonado o estudo. Com o regresso aos hábitos dietéticos prévios dos doentes verificou-se o retorno dos sintomas, mostrando ainda mais claramente a associação entre a dieta e a fibromialgia. Porém, são necessários mais estudos nesta área para tecer inferências acerca das vantagens de uma intervenção a nível dietético nos doentes com esta patologia.

Em suma, apesar da carência de estudos nesta área, alguns dos agentes mencionados poderão vir a revelar-se úteis no futuro, acreditando-se que sintomas fibromiálgicos como a dor, a fadiga, entre outros, poderão ser minorados através da adoção de um estilo de vida saudável e de um regime alimentar ajustado às necessidades do indivíduo fibromiálgico. (Shapiro et al 2005) Uma vez mais se reafirma o papel de destaque exercido pela dimensão humanista do médico como suporte do doente nesta atribulada odisseia, que novamente se vê confrontado com alguma incerteza quanto aos benefícios de determinados alimentos para a melhoria dos seus sintomas. Tal como afirmou Hadler (2003) conhecido pelas posições controversas em relação à fibromialgia, [“o destino infeliz” do doente com fibromialgia resulta não apenas da intensidade dos sintomas ou dos fatores psicossociais que impedem a resolução dos seus problemas, mas também das próprias ações terapêuticas convencionais que, com as suas promessas de esclarecimento e ajuda, protagonizaram afinal uma função iatrogénica].

7. Considerações Finais

É cada vez mais frequente nos dias de hoje o surgimento de novos casos ou de casos até então por diagnosticar de fibromialgia. De facto, o seu reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde como doença reumática denunciou uma certa emancipação desta entidade clínica que desde então tem sido responsável por um número cada vez maior de doentes que recorrem ao médico com queixas que se coadunam com o quadro semiológico da fibromialgia.

Por se tratar de uma doença de difícil diagnóstico, não é raro os doentes fibromiálgicos serem reconhecidos como tal após já terem passado por uma longa caminhada que contou com inúmeras consultas médicas e tentativas vãs de detetar algo nos resultados dos exames a que os doentes são muitas vezes submetidos, em boa parte devido à pouca experiência de alguns clínicos neste campo.

É, por isso, um tema polémico e desafiante, sobre o qual muito ainda há a investigar. Muitos estudos têm sido levados a cabo no sentido de um diagnóstico mais célere e eficaz, bem como nas intervenções terapêuticas mais ajustadas no sentido da minimização das consequências da fibromialgia, possibilitando ao doente a retoma às suas atividades diárias, domésticas e profissionais, o mais rapidamente possível. Para isso uma abordagem transdisciplinar e biopsicossocial do doente revela-se fundamental. Uma vez que a doença pode alterar o ambiente familiar, social e profissional, é importante que haja uma comunicação objetiva e assertiva junto das pessoas que diariamente lidam com o doente, para que possa haver um sinergismo em termos de cooperação e compreensão da situação clínica do indivíduo acometido. Deste modo, é essencial demonstrar a necessidade de adotar um estilo de vida saudável, que pode ser conseguido com a prática de atividade física associada a

medidas dietéticas para uma alimentação saudável, de forma a levar o doente a aceitar melhor a sua doença e a aprender a lidar com ela de forma pró-ativa, adotando uma atitude positiva. O riso é um conhecido agente redutor de dor, na medida em que, tal como o exercício físico, também eleva os níveis de serotonina no cérebro, levando à redução da dor. Assim, uma atitude otimista procurando estar próximo daqueles que façam o doente rir e sentir-se bem, é uma excelente estratégia para combater a dor. Para além disso, um treino específico diferenciado que tenha em consideração os limites do doente e que seja executado de forma consciente é particularmente útil no combate às queixas dos doentes fibromiálgicos. Como afirma Jamil Natour, reumatologista da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) – “Pouquíssimos atletas desenvolvem fibromialgia”. Todavia muitos dos indivíduos fibromiálgicos são desencorajados por amigos e família a praticar atividade física por receio de um possível agravamento da sua condição clínica. É por isso importante banir estes raciocínios erróneos, uma vez que através do exercício físico o indivíduo promove não só um relaxamento global, como também a melhoria dos seus sintomas, na medida em que o treino atua no sistema músculo-esquelético favorecendo a mobilidade dos diversos grupos musculares que se encontram em contração prolongada, possibilitando o alongamento de tendões e melhorando o equilíbrio durante a marcha. Assim, os resultados apontam para que um programa de exercícios aeróbios conjugados com técnicas de relaxamento progressivo contribuam quer para atenuar a ansiedade e depressão do paciente quer para promover uma noite reparadora de sono, tendo deste modo um impacto positivo na qualidade de vida dos fibromiálgicos. (Arcos et al 2011)

O programa de treino deve obedecer a um roteiro pré-estabelecido e personalizado, de acordo com as características particulares do doente, designadamente o grau de lesão, o acometimento físico e a evolução da doença. Reunidas estas condições o indivíduo estará apto

a superar o compromisso físico a que se sujeitou até então, reduzir danos físicos, fomentar a recuperação da sua capacidade funcional, ultrapassando os mitos associados à prática de exercício físico na fibromialgia e promovendo uma visão otimista e uma atitude emancipadora no que diz respeito à sua reabilitação.

Outro aspeto a merecer atenção é a alimentação do doente com fibromialgia. "Vivemos numa altura em que há um fundamentalismo relativamente à silhueta, mas os casos de obesidade aumentam a cada dia", afirma o psiquiatra Carlos Mota Cardoso. De facto, uma alimentação regrada é a base para que o organismo possa funcionar bem. Particularmente na fibromialgia é crucial adotar um regime dietético saudável, evitando a tendência para a obesidade a que estes indivíduos estão mais expostos, devido à sua passividade no dia a dia como meio de defesa contra as dores. O excesso de peso seria altamente nefasto nestes doentes, uma vez que funcionaria como uma espécie de “incentivo” ao sedentarismo pelo agravamento da capacidade de mobilização. Que somos aquilo que comemos é um axioma irrefutável, já Hipócrates, pai da Medicina, divulgou a ideia há mais de 2500 anos, acrescentando "Que o vosso alimento seja o vosso primeiro medicamento". Efetivamente são inegáveis os benefícios da adoção de um estilo de vida saudável e de um regime alimentar ajustado às necessidades do indivíduo fibromiálgico, tendo-se chegado à conclusão que determinados alimentos auxiliam no alívio da sintomatologia destes doentes, promovendo uma qualidade de vida melhor e prolongada, a partir dos ganhos terapêuticos.

É também de ressaltar a importância de uma relação médico-doente exímia. Sem ela todo o processo de adaptação à doença e de estimulação de um papel ativo no seu tratamento poderão estar comprometidos. Uma relação médico-doente empática em que impere uma atmosfera de confiança e respeito mútuos, é meio caminho andado para a adesão do doente às medidas terapêuticas sugeridas pelo médico, bem como para o sucesso das mesmas. Muitas

vezes o doente chega à consulta desanimado, sem perspectivas de resolução dos seus sintomas, experienciando uma sensação incontrolável de impotência perante um futuro que adivinha pouco promissor. É aí que o médico, de forma holística e fazendo uso concomitante da sua inteligência interpessoal, se torna no seu maior aliado e o pilar que alicerça a sua muitas vezes já ténue esperança no combate a esta intempérie que assolou a sua vida.

Por último, de notar que o Professor Dr. Bouic, coautor do livro *“The Immune System Cure”*, defende que a fibromialgia é uma condição curável - "É necessário assumir a responsabilidade da sua cura, procure apoio profissional e as terapias adequadas e não encare a sua doença como uma maldição mas antes como uma ótima oportunidade de crescimento pessoal e de autotransformação". Salienta ainda não ser tarefa fácil, mas ser indispensável para a cura, defendendo que existem várias causas para esta doença, logo também existem várias curas. Remata assinalando que "O que funciona para uma pessoa pode não funcionar para outra devido à individualidade bioquímica. Não desista. O dom mais importante é o poder da fé no processo de cura e fé em si próprio para curar".

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham GE, Flechas JD (1992) Management of fibromyalgia: rationale for the use of magnesium and malic acid. *J NutrMed* 3:49-59.
2. Adams N, Sim J (2005) Rehabilitation approaches in fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation* 27(12): 711-723.
3. Akkuş S et al (2009) Levels of lipid peroxidation, nitric oxide, and antioxidant vitamins in plasma of patients with fibromyalgia. *Cell Biochem Funct* 27:181-185.
4. Alencar JF et al (2009) Aspectos relevantes no diagnóstico de DORT e fibromialgia. *Rev Bras Fisioter* 13(1):52-58.
5. Altindag O, Celik H (2006) Total antioxidant capacity and the severity of the pain in patients with fibromyalgia. *Redox Rep* 11:131-5.
6. Arcos CI et al (2011) Effects of aerobic exercise program and relaxation techniques on anxiety, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Med Clin (Barc)* 137(9):398-401.
7. Barros CG et al (2008) Resultados da hidroterapia em quatro pacientes com diagnóstico de fibromialgia avaliados pelo questionário “Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQ). *Anuário da Produção acadêmica docente*. 2: 99-105.
8. Bastos CC, Oliveira EM (2003) Síndrome da fibromialgia: tratamento em piscina aquecida. *Lato & Sensu* 4: 3-5.

9. Bennett R (2005) The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol* 23:154-162.
10. Bennett RM, McCain G (1995) Coping successfully with fibromyalgia. *Patient Care* 29(5):29-39.
11. Besteiro J et al (2008) Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 8: 411-427.
12. Burckhardt CS et al (1991) The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 18:728-733.
13. Burckhardt CS et al (1994) A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 21:714-720.
14. Busch A et al (2002) Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD003786.
15. Busch AJ et al (2007) Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. CD003786.
16. Busch AJ et al (2008) Exercise for fibromyalgia: a systematic review. *J Rheumatol* 35:1130-1144.
17. Busch AJ et al (2009) Fibromyalgia treatment: the role of exercise and physical activity. *Int J Clin Rheumatol* 4:343-380.

18. Carville SF et al (2008) Evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 67:536-541.
19. Cedraschi C et al (2004) Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self-management. *Ann Rheum Dis* 63:290-6.
20. Chakrabarty S et al (2007) Fibromyalgia. *Am Fam Physician* 76:247-254.
21. Coaccioli S et al (2008) Fibromyalgia: Nosography and Therapeutic Perspectives. *Pain Practice* 8: 190-201.
22. Cordero MD et al (2011) Mitochondrial dysfunction in fibromyalgia and its implication in the pathogenesis of disease. *Med Clin (Barc)* 136:252-6.
23. Cordero MD (2011) Oxidative Stress in Fibromyalgia: Pathophysiology and Clinical Implications. *Reumatol Clin* 7(5):281-283.
24. Cordero MD et al (2010) Mitochondrial dysfunction and mitophagy activation in blood mononuclear cells of fibromyalgia patients: implications in the pathogenesis of the disease. *Arthritis Res Ther.* 12:R17.
25. Costa D et al (2005) A randomized clinical trial of an individualized home-based exercise programme for women with fibromyalgia. *Rheumatology* 44:1422-1427.
26. Donaldson M et al (2001) Fibromyalgia syndrome improved using a mostly raw vegetarian diet: An observational study. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 1-7.

27. Duda J et al (1988) The effects of physical activity level and acute exercise on heart rate and subjective response to a psychological stressor. *International Journal of Sport Psychology* 19:119-133.
28. Egger G et al (2001) Developing national physical activity guidelines for Australians. *Aust N Z J Public Health* 25(6):561-563.
29. Ehrlich GE (2003) Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheumatol.* 30:1666-1667.
30. Eisinger J et al (1994) Selenium and magnesium status in fibromyalgia. *Magnes Res* 7:285-288.
31. Eisinger J et al (1997) Reactive oxygen species, antioxidant status and fibromyalgia. *J Musculoskelet Pain* 5(4):5-15.
32. Escudero-Carretero MJ et al (2010) Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin* 6(1):16-22.
33. Geus EJ et al (1990) Existing and training induced differences in aerobic fitness: their relationship to physiological response patterns during different types of stress. *Psychophysiology* 27:457-478.
34. Goldenberg DL et al (2004) Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 292:2388-95.
35. Gowans SE et al (1999) A randomized controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care Res.* 12:120-128.
36. Gowans SE et al (2001) Effect of a randomized, controlled trial of exercise on mood and physical function in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 45:519-529.

37. Gowans SE et al (2001) Effect of a randomized, controlled trial of exercise on mood and physical function in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 45:519-529.
38. Gowans SE et al (2002) Measuring exercise-induced mood changes in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 47:603-609.
39. Granges G et al (1994) Fibromyalgia syndrome: assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol* 21:523-529.
40. Hostmark AT et al (1993) Reduced plasma fibrinogen, serum peroxides, lipids, and apolipoproteins after a 3-week vegetarian diet. *Plant Foods Hum Nutr* 43:55-61.
41. Ide MR et al (2008) Effect of aquatic respiratory exercise-based program in patients with fibromyalgia. *International Journal of Rheumatic Diseases* 11: 131-140.
42. Jentoft ES et al (2001) Effects of pool-based and land-based aerobic exercise on women with fibromyalgia/chronic widespread muscle pain. *Arthritis Rheum.* 45:42-47.
43. Jones KD et al (2002) A randomized controlled trial of muscle strengthening versus flexibility training in fibromyalgia. *J Rheumatol.* 29:1041-1048.
44. Kaartinen K et al (2000) Vegan diet alleviates fibromyalgia symptoms. *Scand J Rheumatol* 29:308-313.
45. Kelly J et al (2005) Taking charge of fibromyalgia: A self-management program for your fibromyalgia syndrome. 5th ed. Fibromyalgia Educ Systems Inc.
46. Kisnich-Shriwise S (1997) Fibromyalgia Syndrome: An Overview. *Physical Therapy* 77: 68-75.

47. Leitão R (2003) A Fibromialgia - Manual prático para o doente – I Parte. *Jornal do Instituto Português de Reumatologia*. 21-30.
48. Lister RE (2002) An open, pilot study to evaluate the potential benefits of coenzyme Q10 combined with Ginkgo biloba extract in fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res* 30:195-9.
49. Mannerkorpi K et al (2000) Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome: a prospective, randomized study. *J Rheumatol*. 27:2473-2481.
50. Mannerkorpi K et al (2002) Six and 24-month follow-up of pool exercise therapy and education for patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*. 31:306-310.
51. Marcus DA et al (2005) Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol* 24:595-601.
52. Martin L et al (1996) An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol* 23:1050-3.
53. McCain GA (1986) Role of physical fitness training in the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Am JMed*. 81:73-77.
54. McCain GA et al (1988) A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 31:1135-1141.
55. McDowell LR (1989) In: McDowell LR (ed) *Vitamins in animal nutrition—comparative aspects to human nutrition: vitamin A*. Academic, London. 10–52; 93-131.

56. McVeigh JG et al (2008) The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Rheumatol Int.* 29:119-130.
57. Moldofsky H et al (1975) Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with “fibrositis syndrome” and healthy subjects. *Psychosom Med* 37:341-351.
58. Nazıroğlu M et al (2004) Moderate exercise with dietary vitamin C and E combination protects streptozotocin-induced oxidative damage to the blood and improves fetal outcomes in pregnant rats. *Clin Chem Lab Med* 42:511–517.
59. Neumann L et al (2008) A cross-sectional study of the relationship between body mass index and clinical characteristics, tenderness measures, quality of life, and physical functioning in fibromyalgia patients. *Clin Rheumatol* 27:1543-1547.
60. Nichols DS, Glenn TM (1994) Effect of aerobic exercise on pain perception, affect, and level of disability in individuals with fibromyalgia. *PhysTher* 74:327-332.
61. Nies KM (1992) Treatment of the fibromyalgia syndrome. *The Journal of Musculoskeletal Medicine* 9:20-26.
62. Okifuji A et al (1997) A standardized manual tender point survey – Development and determination of a threshold point for the identification of positive tender points in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 24:377-383.
63. Okifuji A et al (2009) Evaluating obesity in fibromyalgia: neuroendocrine biomarkers, symptoms, and functions. *Clin Rheumatol* 28:475-478.
64. Okifuji A et al (2010) Relationship Between Fibromyalgia and Obesity in Pain, Function, Mood, and Sleep. *The Journal of Pain* 11: 1329-1337.

65. Packer L, Landvik S (1990) Vitamin E in biological systems. In: Emerit I, Packer L, Auclair C (eds) Antioxidants in therapy and preventive medicine. Plenum Pres. 93–103.
66. Perraton L et al (2009) Components of effective randomized controlled trials of hydrotherapy programs for fibromyalgia syndrome: A systematic review. *Journal of Pain Research* 2: 165–173.
67. Prescott E et al (1992) Red blood cell magnesium and fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 94(31):154.
68. Richards SC, Scott DL (2002) Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomized controlled trial. *BMJ* 325:1-4.
69. Robbins JM et al (1990) Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome. *Int J Psychiatry Med* 20:49-63.
70. Romano TJ, Stiller JW (1994) Magnesium deficiency in fibromyalgia syndrome. *J Nutr Med* 4:165–167.
71. Rooks DS (2007) Fibromyalgia treatment update. *Curr Opin Rheumatol* 19:111–7.
72. Rooks DS (2008) Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise. *Curr Opin Rheumatol* 20:208-212.
73. Rosborg I et al (2007) Trace element pattern in patients with fibromyalgia. *Sci Total Environ* 385(1–3):20-27.
74. Sá FM (2004) Fibromialgia e Exercício Físico. *Revista da Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia* 1: 43-53.

75. Sañudo B et al (2011) Effects of a prolonged exercise programme on key health outcomes in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 43: 521-526.
76. Schachter CL et al (2003) Effects of short versus long bouts of aerobic exercise in sedentary women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Phys Ther.*83:340-358.
77. Sendur OF et al (2008) The relationship between serum trace element levels and clinical parameters in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int* 28:1117–1121.
78. Sendur OF et al (2009) Serum antioxidants and nitric oxide levels in fibromyalgia: a controlled study. *Rheumatol Int.*29:629-633.
79. Shapiro JR et al (2005) A pilot study of the effects of behavioral weight loss treatment on fibromyalgia symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 59: 275-282.
80. Sherman C (1992) Managing fibromyalgia with exercise. *The Physician and Sportsmedicine* 20(10):166-172.
81. Sies H et al (1992) Antioxidant functions of vitamins: vitamins E and C, B-carotene, and other carotenoids. *Ann NY Acad Sci* 669:7–20.
82. Silva JA (2005) *Reumatologia Prática*. 2ª ed. Diagnóstico, Lda.
83. Silverman SL (1994) Using drugs effectively in the treatment of fibromyalgia. *The Journal of Musculoskeletal Medicine*. 11(12):29-34.
84. Thompson D et al (2003) Fibromyalgia: An Overview. *Current Psychiatry Reports* 5:211-217.

85. Valim V (2006) Benefícios dos Exercícios Físicos na Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 46: 49-55.
86. Valim V et al (2003) Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol* 30:1060-9.
87. Van SM et al (2002) A randomized clinical trial comparing fitness and biofeedback training versus basic treatment in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 29:575-581.
88. Vierck CJ (2012) A Mechanism-Based Approach to Prevention of and Therapy for Fibromyalgia. *Pain Research and Treatment*. 1-12.
89. White KP et al (2002) Does the label “fibromyalgia” alter health status, function, and health service utilization? *Arthritis Rheum.* 47:260-265.
90. White KP, Harth M (2001) Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep* 5:320-9.
91. Wolfe F et al (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia - Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33:160-172.
92. Yunus MB et al (2002) Relationship between bodymass index and fibromyalgia features. *Scand J Rheumatol* 31:27-31.