

SÍNDROME DA FIBROMIALGIA: TRATAMENTO EM PISCINA AQUECIDA

*Carina Corrêa Bastos*¹
*Ediléa Monteiro de Oliveira*²

RESUMO: Este artigo objetiva informar sobre as características patológicas da Síndrome da Fibromialgia (SFM), desde seus sintomas mais comuns até seu tratamento através de Hidroterapia em piscina aquecida. Esta área da fisioterapia apresenta grandes benefícios no controle desta patologia, melhorando, desta forma, a qualidade de vida desses pacientes.

A SFM é considerada uma patologia crônica de difícil tratamento, que afeta, principalmente, mulheres entre 40 e 60 anos de idade, uma faixa etária de atividade profissional produtiva. A doença é caracterizada por dores musculares difusas, presença de pontos de dolorosos chamados “tender points”, distúrbios do sono, rigidez e fadiga.^{1,6,8,13} A dor não possui origem inflamatória, não causa degeneração nem é progressiva; é crônica e sistêmica.^{1, 8}

Dentro da clínica reumatológica, a fibromialgia é a doença mais freqüente.^{7,9} Presume-se considerar que sua prevalência no Brasil seja equivalente à observada em outros países, já que não há estimativa sobre a mesma neste país.¹⁰

1. HISTÓRICO

Faz aproximadamente 150 anos que ocorreram as primeiras considerações sobre fibromialgia. Froriep relatou em 1850 que pacientes com “reumatismo” apresentavam pontos endurecidos em seus músculos, os quais eram dolorosos à pressão. Gowers, em 1904, denominou estas alterações clínicas de fibrosite.^{1,3,10} O mesmo autor deu ênfase à sensibilidade desses pontos, observando que não havia inflamação local e alterações sistêmicas. Relacionou, também, como parte do quadro, a presença de fadiga e distúrbio do sono.³

O conceito corrente de fibromialgia foi adotado a partir, principalmente, dos estudos de Smythe e Moldofsky, que, em meados da década de 1970, descreveram certas localizações

anatômicas chamadas “tender points” (pontos sensíveis), mais dolorosas em portadores da enfermidade do que em controles.³

2. EPIDEMIOLOGIA

As estimativas a respeito da prevalência da fibromialgia foram estabelecidas a partir de 1980, tendo como fonte pacientes norte americanos e europeus, variando de 2,1% na prática clínica de família, 5,7% na clínica em geral, 5 a 8 % em pacientes hospitalizados e 4 a 20% em clínica reumatológica.

Os sintomas da fibromialgia manifestam-se mais em mulheres do que em homens, geralmente afetando mulheres que se encontram numa faixa etária com atividade profissional produtiva, ou seja, quarta ou quin-

¹ Acadêmica do 4º ano de Fisioterapia e ex- monitora da disciplina Fisioterapia nas Enfermidades e Distúrbios Neurológicos.

² Orientadora e docente do curso de Fisioterapia, ministrando a disciplina Agentes Terapêuticos Biohídricos.

ta década de vida.^{8, 10, 16} No entanto, é uma enfermidade que pode, também, acometer crianças, adolescentes e idosos.^{10,16}

4. CLASSIFICAÇÃO:¹²

A classificação da Fibromialgia é feita da seguinte forma:

- a) Fibromialgia Primária
- b) Fibromialgia Secundária

A primeira apresenta quadro clínico da doença sem haver qualquer outra patologia simultaneamente, enquanto a segunda ocorre quando o paciente fibromiálgico possui outra patologia concomitante.

5. ETIOLOGIA

A etiologia da SFM ainda é desconhecida, não obstante a certeza de que esta síndrome dolorosa crônica é bastante antiga. Porém, provavelmente, da mesma forma como em outras síndromes, a etiologia deve ser multifatorial, podendo estar associada a outras patologias reumatológicas.¹⁵

6. FISIOPATOLOGIA

Acredita-se que a SFM apresenta em sua patogenia alterações nos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e sistema nervoso central.

Como a dor muscular é o primeiro sintoma da Fibromialgia, pensou-se no sistema musculoesquelético como causa primária da síndrome.¹¹

Estudos realizados sobre o metabolismo muscular de pacientes fibromiálgicos, realizados através da espectroscopia de ressonância magnética P-31 (uma técnica não-invasiva de determinação de quaisquer alterações de metabólitos), demonstraram que esses pacientes fibromiálgicos, quando comparados aos indivíduos controles, apresentavam níveis mais reduzidos de fosfocreatinina e adenosina-trifosfato, além de níveis mais altos de adenosina-difosfato; ambos indicam um estado bioenergético anormal.

Histologicamente, foram identificadas anormalidades na estrutura do músculo de pacientes com Fibromialgia, como fibras atrofiadas e fibras elásticas ou reticulares que não são vistas no tecido muscular normal. Vale também ressaltar, alterações funcionais que incluem redução na concentração de fosfato de alta energia, diminuição na oxigenação muscular e fluxo sanguíneo prejudicado.³

O microtrauma muscular pode ser a causa de dor musculoesquelética, rigidez e fadiga muscular. Existe uma alta concentração de receptores de dor no ponto de união músculo-tendão. Na presença de neurotransmissores, como a serotonina, essas fibras musculares tornam-se hipersensíveis a estímulos repetitivos, transmitin-

do, então, dor a um baixo nível de esforço.²

A condição física influencia na quantidade de dor experimentada devido ao microtrauma. Os pacientes fibromiálgicos são, geralmente, fisicamente mal condicionados.²

Os fibromiálgicos apresentam uma ineficiente contração muscular por terem em seu organismo níveis reduzidos de fosfoserina.²

Uma outra alteração sistêmica no paciente fibromiálgico apresenta-se no sistema neuroendócrino. O distúrbio funcional nesse sistema é caracterizado por uma perturbação da resposta ao estresse, provocada por uma desordem da resposta ao estresse, causada por modificação dos padrões de liberação de corticotropina, tireotropina e hormônio do crescimento. As alterações nos níveis desses hormônios contribuiriam para afetar os sintomas fibromiálgicos. O hormônio do crescimento reduzido na Fibromialgia produz como consequência uma baixa reparação tecidual muscular ao microtrauma e um aumento na transmissão nociceptiva das fibras nervosas periféricas aos neurônios do corno dorsal da medula espinal.¹⁰

Pode ser observada uma perda sólida dos estágios 3 e 4 do sono não – REM em pacientes com SFM.¹¹

Alguns pacientes relatam ter sono “leve”, acordando ao mínimo ruído no ambiente, porém, outros afirmam ter “bom

sono”, dormindo a noite toda, embora acordem mais cansados do que antes de se deitarem. ⁴

Acredita-se que muitos neurotransmissores químicos são responsáveis pela transmissão da dor e de outros sintomas da SFM através do SNC. A substância P atua na transmissão da dor, enquanto a serotonina, norepinefrina, dopamina e outros transmissores químicos atuam inibindo a redução ou modulação dos efeitos dos impulsos nociceptivos provenientes do SNC. ¹²

Estudos comprovaram que pacientes com SFM possuem três vezes o nível normal de substância P (mediador químico que inicia o processo de dor) no fluido espinhal. Níveis normais da substância P, junto com a serotonina, diminuem ou mantêm normal a percepção da dor, enquanto que a substância P sozinha tende a ampliar o sinal da dor, de forma que seja percebida pelo cérebro muita dor. ²

7. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da SFM deve ser feito através de uma eficiente anamnese e um minucioso exame físico. ⁵

Deve-se pesquisar, no exame clínico, os 18 “tender points” (pontos sensíveis, que ocorrem em músculos ou na junção miotendinosa) elaborados pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) em 1990, para que se obtenha um diagnóstico fiel. Segundo o ACR, a SFM

pode ser diagnosticada por uma história de dor difusa em pelo menos 11 dos 18 tender points especificados em tecido muscular. ^{5,12}

Este diagnóstico é feito através da palpação digital com uma força aproximada de 4kg de pressão. Deve ser realizada uma palpação bilateral com pressão dos polegares (a unha do polegar do examinador deve empalidecer), devendo produzir dor nos tender points. Estes devem estar presentes por pelo menos 3 meses. ¹²

8. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

São várias as características clínicas da SFM, sendo que uma das mais notórias é a dor difusa, persistente por um período superior a 3 meses, percebida como profunda e, geralmente, localizando-se em músculos e proeminências ósseas. Ela inicia-se, freqüentemente, na nuca, pescoço e ombros, espalhando-se, posteriormente, para outras áreas do corpo. ¹⁰ A dor pode mani-

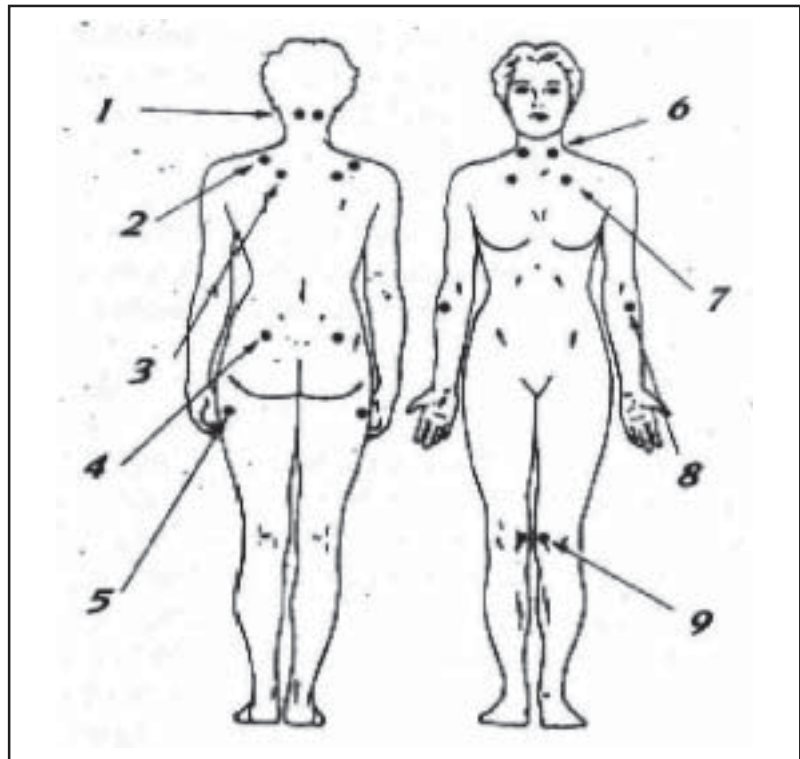


Figura 1- Pontos sensíveis de dor associados a SFM

- 1: região occipital, 2: borda médio-superior do trapézio,
- 3: músculo supra-espinhoso, 4: quadrante superior externo do glúteo,
- 5: grande trocater, 6: região equivalente entre os espaços vertebrais de C5-C7,
- 7: junção da 2ª costela, 8: 2 cm abaixo do epicôndilo lateral e
- 9: borda medial do joelho.

Fonte: ⁵

festar-se como queimação, sensação de peso, contusão, pontada e / ou rigidez.^{5,10}

Outro sintoma da fibromialgia que está presente em cerca de 90% das pessoas afetadas é fadiga muscular, com redução da resistência aos exercícios ou cansaço semelhante ao de gripe ou perda de sono.^{5,10}

O distúrbio do sono também acomete os fibromiálgicos, sendo que em uns, ele manifesta-se como dificuldade de conciliar o sono; em outros, predomina uma insônia terminal como, também, despertares ao mínimo ruído, sono não reparador, em que o paciente acorda pela manhã mais cansado do que antes de se deitar.

A rigidez articular é notada pelo aumento da resistência ao movimento articular ao final da amplitude de movimento (ADM), sendo pior pela manhã.¹⁰

O edema é outra característica clínica que está presente em cerca de 50% dos pacientes, podendo ser articular ou não.^{5,10}

Outra queixa clínica é cefaléia, que pode ocorrer como enxaqueca, dor na nuca, na região frontal, periorbitária ou holocraniana. Zumbido e tonteira também são alterações comuns, sendo esta última relacionada às variações de humor.^{5,10}

Existem, também, modificações digestivas (síndrome do cólon irritável), dismenorréia, disúria, ansiedade, irritabilidade e depressão que estão presentes na

maioria dos pacientes com SFM, podendo muitas vezes levar a um diagnóstico errado, devido à similaridade com outras doenças.¹⁰

Os sintomas são normalmente agravados pelo frio, tempo úmido, sono interrompido, fadiga, estresse mental ou uso excessivo do músculo afetado.

9. TRATAMENTO

A SFM requer um tratamento multiprofissional, envolvendo médicos, fisioterapeutas, educadores físicos e psicólogos.

Além desta equipe bem estruturada, a participação mais relevante e imprescindível para o sucesso do tratamento é a do próprio paciente, que deve assumir uma postura ativa frente à sua patologia, modificando seus hábitos diários e nunca desistindo de seu tratamento.⁵

O tratamento clínico geralmente envolve tricíclicos de ação predominantemente serotoninérgico, como a amitriptilina, imipramina e alguns antidepressivos. Após a melhora do quadro, deve-se manter uma posologia de controle.¹⁰

10. HIDROTERAPIA EM PISCINA AQUECIDA

Um dos recursos da fisioterapia que vem sendo utilizado no combate à Fibromialgia é a Hidroterapia, ou seja, “uma abordagem terapêutica abrangente que utiliza os exercícios aquáticos para ajudar na reabilitação de

várias patologias”². As propriedades da água são ideais para alcançar objetivos terapêuticos em um ambiente seguro e efetivo.

Notou-se, através de estudos realizados, que a Hidroterapia em piscina é vantajosa para pacientes fibromiálgicos, pois os movimentos na água são mais lentos, devido a algumas propriedades físicas da mesma. Estas dão suporte às estruturas corporais e permitem maior mobilidade das mesmas, levando desta forma, a alongamentos eficientes, além dos benefícios da imersão do paciente em água aquecida, que deve estar em torno de 33-36°, favorecendo, assim, o relaxamento muscular global. Estes efeitos proporcionam grande alívio dos sintomas da SFM.²

A piscina fornece um meio sadio e menos arriscado para a reabilitação pois reduz o desgaste e o impacto visto nos exercícios em solo.¹⁴

As propriedades físicas da água provocam alguns efeitos no corpo, tais como:¹⁴

- **Densidade relativa**, responsável pela capacidade do corpo em flutuar ou não na água, diminuindo assim o impacto dos exercícios sobre as articulações, que geralmente são dolorosas nos pacientes fibromiálgicos;
- **Pressão hidrostática**, que em conjunto com a densidade relativa, cria uma compressão sobre todos os sistemas do organismo, inclusive

o cardiovascular, fazendo com que o sangue seja desviado das extremidades e vasos abdominais para os grandes vasos do tórax e do coração, acelerando, desta forma, a circulação e, conseqüentemente, aumentando a oxigenação muscular e fluxo sangüíneo prejudicados nos pacientes com fibromialgia;

· **Flutuação** (empuxo), propriedade que dá sustentação ao peso corporal pela diminuição da sobrecarga nos membros inferiores (proporcionalmente à profundidade da piscina), facilitando ao paciente portador dessa síndrome, executar movimentos com mais facilidade, já que a água apresenta aumento de resistência ao movimento articular no fim de sua amplitude;

· **Viscosidade**, propriedade importante pois seus efeitos irão dar resistência aos exercícios, contribuindo, desta forma, para o fortalecimento da musculatura dos pacientes fibromiálgicos, pois eles apresentam uma ineficiente contração muscular e baixa resistência aos exercícios;

Quando realizados com maior velocidade, devido à viscosidade da água, os exercícios irão tornar o fluxo turbulento, que irá estimular a propriocepção articular, exigindo esforço e modula-

ção do movimento dentro de sua amplitude articular.

§ **Temperatura da água** deve estar entre 33-36 ° C, a fim de possibilitar um relaxamento muscular adequado ao fibromiálgico melhorando, desta forma, sua qualidade do sono, já que ele apresenta sono não reparador na maioria dos casos.

O tratamento para SFM no meio aquático consiste em alongamento, fortalecimento e relaxamento muscular.

Exercícios de alongamento são aqueles de flexibilidade realizados a fim de aumentar a ADM de uma articulação ou de uma série de articulações, já que pacientes fibromiálgicos apresentam, na maioria das vezes, limitação na ADM.⁹

No fortalecimento, são recrutados a força e resistência muscular, tão diminuídos nesses pacientes. A contração muscular pode ser produzida de maneira estática ou dinâmica, sendo específica para os músculos envolvidos. O meio líquido oferece maior resistência que o ar, dando apoio às estruturas instáveis ou em restabelecimento.

A resistência muscular refere-se à quantidade de vezes que o paciente pode levantar ou movimentar uma quantidade submáxima.

Já o relaxamento, “é um esforço consciente para eliminar tensão muscular”², p.10

Dentre as formas de relaxamento, encontra-se a

flutuação, na qual o simples benefício da leveza do corpo sentida na água aquecida já é suficiente para aliviar as articulações doloridas e facilitar o relaxamento das mesmas.²

A hidroterapia em piscina com água aquecida visa promover o alívio da dor, diminuir a rigidez articular e espasmos musculares, promover um relaxamento muscular, aumentar a amplitude de movimento, incrementar a coordenação motora e melhorar a auto-estima do paciente fibromiálgico.

Por todos esses motivos, justifica-se a importância das propriedades físicas da água no tratamento de pacientes portadores de SFM, proporcionando-lhes, assim, alívio dos dolorosos sintomas, além de dar-lhes outra perspectiva de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARICE, M. C., ESTEFANI, G. A. de. Diagnóstico Diferencial e a Fisioterapia na fibromialgia e Síndrome Miofascial. **Fisioterapia em Movimento**, São Paulo, v.14, n.2, p.47 – 51, out/mar. 2001/2002.

BATES, A., HANSON, N. **Exercícios Aquáticos Terapêuticos**. São Paulo: Manole, 1998

CAILLET, R. **Doenças dos Tecidos Moles**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CARVALHO, M. **Noções Práticas de Reumatologia**. São Paulo: Helf, 1998.

FRAGA, R. DE O ; SCOTTON, A . S. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Medicina**, Minas Gerais, v.57, p.45-48, dez, 2000.

GASHU, B. M ; MARQUES, A .P. Efeito da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (tens) sobre os Tender Points dos Pacientes Fibromiálgicos: Estudo Preliminar. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v.2, n.2, p.57-62, 1997.

HEYMANN, R. **Estudo duplo cego, controlado e randomizado de amitriptilina, nortriptilina e placebo em pacientes com fibromialgia: Análise de instrumento de medida**. 1997. Tese (Doutorado) Universidade Federal da São Paulo, São Paulo, 1997.

JÚNIOR, E. A de B, SETTE, C. J, VALLADA, R. **Tratamento Fisioterapêutico na Fibromialgia**. Fisioterapia Brasil, São Paulo, v.3, n.5, p.281-284, set/ out. 2002.

KISNER, C ; COLBY, L . A . **Exercícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas**. 3.ed. São Paulo: Manole, 1998.

KNOPLICH, J. **Enfermidades da coluna vertebral**. 3ed. São Paulo: Robe Editorial, 2003 .

MARQUES, A . P. **Treinamento Fisioterapêutico na Fibromialgia (FM)**. Disponível em: <<http://www.dornascostas.com.Br>>. Acesso em : 23 abr. 2003.

MAURIZIO, S ; ROGERS, J . **Reconizing na treating fibromyalgia**. *Nurse Practice*, United States.v.22, n.12, p.18-33, 1997.

NASCIMENTO, F. A Q; PAIVA, A P C. **Hidrocinesioterapia no tratamento da Síndrome da Fibromilgia (SFM)**. Belém: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Belém, 2000.

NEGRIZOLO, J.R.A **Utilização do Método Watsu com recurso Hidroterapêutico na Síndrome da Fibromialgia (SFM)**. Disponível em : <<http://fisioterapia.com.br>>. Acesso em: 01 fev. 2003.

NERY, C. **Reabilitação na Fibromialgia: Medicina Física e Reabilitação** , São Paulo, n.2, p.97-100, 1999.

WEINSTENIN, S .L ; BUCKWALTER, J . **A Ortopedia de Turek: Princípios e sua aplicação**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2000.