

Daniela Leandra da Silva Rosinha

## **Fibromialgia, retrospectiva e novos desafios**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014



Daniela Leandra da Silva Rosinha

## **Fibromialgia, retrospectiva e novos desafios**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

# **Fibromialgia, retrospectiva e novos desafios**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do  
Grau de mestre em Ciências farmacêuticas.

---

**Orientador (a):**

Ana Rita Castro

Porto, 2014

## **Resumo**

A fibromialgia é uma doença crónica do foro músculo-esquelético com origem ainda desconhecida. Esta doença pode apresentar vários sintomas como dor, fadiga, alterações de comportamento, ansiedade, depressão, alteração do sono, por exemplo.

O diagnóstico desta doença nem sempre é fácil porque os sintomas relatados pelos doentes são muitas vezes característicos de outras doenças, podendo levar a um diagnóstico errado.

O tratamento da doença é sintomático com objectivo de diminuir todos os sintomas para que os doentes possam ter uma qualidade de vida melhor.

São normalmente utilizados fármacos com actividade analgésica fraca ou forte consoante a intensidade da dor, antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares.

A terapia farmacológica sozinha muitas vezes não é totalmente eficaz, havendo necessidade de recorrer a terapias alternativas como a acupunctura, prática de exercício físico, terapia usando laser, entre outras.

Apesar de existirem alguns estudos sobre a fibromialgia, ainda há um longo caminho a percorrer para se entender completamente esta doença.

**Palavras-chave:** fibromialgia, terapia farmacológica, terapias alternativas.



## **Abstract**

Fibromyalgia is a chronic musculoskeletal disorders with unknown origin. This disease can have symptoms such as pain, fatigue, behavior changes, anxiety, depression, sleep disturbance, for example.

The diagnosis of this disease is not always easy because the symptoms reported by patients are often characteristic of other diseases and may lead to misdiagnosis.

Treatment of the disease is symptomatic with the aim of reducing all symptoms so that patients can have a better quality of life.

Are commonly used drugs with analgesic activity weak or strong depending on the intensity of pain, antidepressants, anxiolytics, anticonvulsants and muscle relaxants.

The pharmacological therapy alone is often not fully effective, no need to resort to alternative therapies such as acupuncture, physical exercise, using laser therapy, among others.

Although there are some studies on fibromyalgia, there is still a long way to go to fully understand this disease.

**Keywords:** fibromyalgia, drug therapy, alternative therapies.

## Índice

Índice de Figuras.....	vi
Lista de abreviaturas.....	vii
<b>I – Introdução.....</b>	<b>1</b>
2.1- Definição da doença.....	3
2.2- História da fibromialgia.....	3
2.3- Epidemiologia.....	4
2.4- Possíveis causas da fibromialgia.....	5
2.5- Fatores de risco.....	5
2.6- Sintomas.....	6
<b>III- Diagnóstico.....</b>	<b>8</b>
<b>IV- Tratamento farmacológico da fibromialgia.....</b>	<b>9</b>
4.1- Analgésicos e antipiréticos.....	11
i- Paracetamol.....	11
ii- Tramadol.....	11
iii- Paracetamol+Tramadol.....	11
4.2- Codeína.....	12
4.3- Psicofármacos.....	12
i- Antidepressivos.....	12
ii- Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.....	13
4.4- Anticovulsivantes.....	13
4.5- Relaxantes musculares.....	14
<b>V- Terapias alternativas.....</b>	<b>14</b>
5.1- Terapia a laser.....	14
5.2- Acupuntura.....	15
5.3- Acupuntura nos jovens com fibromialgia.....	16
5.4- Hidroterapia.....	17
5.5- Estimulação eléctrica.....	18
5.6- Dieta, suplementos e fitoterápicos.....	19
5.7- Influência da vitamina D na fibromialgia.....	20
5.8- Exercício na fibromialgia.....	21
5.9- Tai Chi, Yoga, exercício de relaxamento e Pilates.....	22
<b>VI- Distúrbio sexual nas mulheres com fibromialgia.....</b>	<b>22</b>

<b>VII- Gestão da fibromialgia.....</b>	<b>23</b>
<b>VIII- Prevalência da fibromialgia.....</b>	<b>24</b>
<b>IX- Qualidade de vida.....</b>	<b>25</b>
<b>X- Conclusão.....</b>	<b>26</b>
Bibliografia.....	29

## **Índice de figuras**

<b>Figura 1 – Pontos de dor.....</b>	<b>8</b>
--------------------------------------	----------

## **Lista de abreviaturas**

ACR – *American College of Reumatology*.

AINE – Anti-Inflamatório Não Esteróide.

APDF – Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia.

FDA – *Food and Drug Administration*.

FIQ – Fibromyalgia Impact Questionnaire.

FM – Fibromialgia.

FSFI – Female Sexual Function Index.

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Seretonina.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

QIF – Questionário do Impacto da Fibromialgia.

SNC – Sistema Nervoso Central.

## **I - Introdução**

No início do século XX surgiram alguns casos de indivíduos com uma dor crónica, generalizada e sem causa aparente que foi denominada por “fibrosite”. Esta patologia foi classificada como sendo uma forma de reumatismo muscular cuja causa era a inflamação do tecido fibroso que cobre os músculos. Mais tarde, em meados do mesmo século, foram propostos outros termos para denominar a doença, mas rapidamente se discordou com essa denominação pois verificou-se que não havia inflamação dos músculos e por volta de 1970 apareceu o termo fibromialgia (FM), que perdura até aos dias de hoje (Smith *et al*, 2011).

A FM é classificada como sendo uma síndrome crónica em que predomina a dor muscular geral ou então inicia-se no pescoço, região lombar e ombros passando depois para sítios mais específicos em determinadas regiões corporais denominados de pontos dolorosos, tais como, cervical, joelhos, glúteos, na segunda costela etc. Outros sintomas que acompanham esta doença são a fadiga, crises emocionais, distúrbios do sono, depressão, ansiedade e alterações na memória e concentração. Todos os sinais vão variando não sendo notórios no mesmo período do dia nem nos mesmos dias, têm maior prevalência, geralmente, pela manhã e vão-se agravando com as mudanças de clima, stress, falta de sono e atividade física, por exemplo (A.P.D.F, 2013).

Em relação ao tratamento, não há um tratamento específico para a FM, visto que é uma doença que não tem cura e a causa pela qual se manifesta não está completamente explicada. (A.P.D.F, 2013).

A terapia limita-se ao alívio dos sintomas, para tal, podem ser administrados analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, anticonvulsivantes e outros fármacos pertencentes ao grupo dos psicofármacos. Todos os grupos de fármacos referidos anteriormente são opções de primeira linha para a doença e como não existem estudos que revelem qual é o mais eficaz, cabe ao médico determinar qual é a melhor estratégia, tratando-se de uma

estratégia individual e direccionada a apenas um indivíduo específico (Riveira *et al*, 2012).

Para além do tratamento farmacológico, foram feitos estudos em pessoas em relação a tratamentos não farmacológicos e terapias alternativas para verificar se teriam algum efeito quando usadas como coadjuvantes, pois os medicamentos são essenciais, no tratamento da FM com vista a melhorar a qualidade de vida dos doentes (Vas *et al*, 2011).

Alguns exemplos de terapias alternativas sugeridas e estudadas são: acupuntura, hidroterapia e estimulação eléctrica nervosa em pontos dolorosos (Vas *et al*, 2011).

A acupuntura, segundo um estudo em pacientes, demonstrou que esta técnica tem capacidade de diminuir a dor em doentes com FM. Para além da diminuição da dor, também diminui a depressão e portanto há uma melhor qualidade a nível de saúde do doente (Vas *et al*, 2011).

A hidroterapia consiste no uso de água, normalmente morna. Um estudo realizado demonstrou que, após imersão dos pacientes na água, os estímulos sensoriais competiam com os dolorosos interrompendo a dor e traduzindo-se assim num alívio da dor, relaxamento muscular, aumento dos movimentos, melhor qualidade no sono e das alterações psicológicas e melhoria da autoestima, o que leva a um aumento da qualidade de vida (Silva *et al*, 2012).

No que diz respeito a estimulação eléctrica nervosa em pontos dolorosos foram feitos ensaios em doente com FM, recebendo estimulação eléctrica (de alta frequência) nervosa transcutânea, e estas reagiram de forma muito positiva à terapêutica e verificou-se uma melhoria significativa ao nível da dor. Esta técnica de redução da dor e indução da analgesia ainda não se encontra bem compreendida, mas acredita-se que seja resultado da libertação de opióides endógenos (Carbonario *et al*, 2013).

Apesar do tratamento farmacológico ser essencial, podem ser associadas outras alternativas, apenas como formas de terapia complementar, para se obterem melhores resultados. Para o sucesso da terapia também é importante que exista uma boa relação

do doente com FM e as pessoas que a rodeiam (familiares, amigos, colegas de trabalho e com o seu médico), de forma a ser criada um ambiente que a ajude a encarar as dificuldades da doença (A.P.D.F, 2013).

## **II - Fibromialgia**

### **2.1- Definição da doença**

A FM é uma doença crónica do foro músculo-esquelético, com etiologia desconhecida e que se apresenta com o surgimento de dor muscular geral ou inicialmente com dor no pescoço, região lombar e ombros, passando depois para sítios mais específicos, denominados de pontos dolorosos (A.P.D.F, 2013).

A dor não é o único sintoma descrito, a doença provoca muitos outros sintomas, como, por exemplo, fadiga, alteração do sono, alterações cognitivas, disfunção sexual, entre outros (Smith *et al*, 2011).

A FM é denominada de doença reumática desde 1992, altura em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a classificou dessa forma (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2014).

### **2.2- História da fibromialgia**

Desde muito cedo começaram relatos sobre esta doença, mas só em 1904 é que foi proposto um termo para a designar. Foi nesta altura, pelo início do século XX, que o Sr. William Gowers, apelidou a doença de “fibrosite” como sendo um tipo de reumatismo que se acreditava que seria originado pela inflamação do músculo (Smith *et al*, 2011).

Apesar de, depois nos meados do século XX, terem sido propostos outros termos para a doença, o primeiro foi o que permaneceu durante mais tempo, usando-se para descrever então a dor generalizada e sem explicação reportada pelas pessoas (Smith *et al*, 2011).

Alguns autores começaram a achar que o termo dado pelo Sr. William Growes não era o mais adequado pois segundo estudos não havia inflamação do músculo (Smith *et al*, 2011).

Foi também nesta altura que Moldofsky e os seus colegas, descobriram que os doentes apresentavam também perturbações do sono e fadiga. Mais tarde, Hudson descobriu que havia uma predisposição familiar para o desenvolvimento da doença (Smith *et al*, 2011).

Em 1990, a ACR (*American College of Reumathology*) sugeriu vários critérios que foram publicados e seguidos para a deteção da doença, e em 2010 a ACR apresentou mais alguns critérios, acrescentados devido a outras queixas que foram sendo notadas nos doentes com FM. (A.P.D.F, 2013).

### **2.3- Epidemiologia**

A FM tem uma forte predisposição genética, e como todas as doenças com estas características, os fatores ambientais tem uma participação importante como desencadeadores da doença e das suas condições (Chong, Y., NG, B. 2009), (Smith *et al*, 2011),

Infeções víricas, traumatismos físicos, doenças autoimunes são fatores que podem proporcionar o aparecimento da doença, mas apenas 5-10% das pessoas que estão expostas apresentam FM, a maioria das pessoas que contatam com estes fatores conseguem recuperar o seu estado normal de saúde (Chong, Y., NG, B. 2009),

Segundo um estudo realizado, chegaram a conclusão que familiares em primeiro grau apresentam risco de 8 vezes superior para ter FM do que os restantes. Estes familiares são por si mais sensíveis a dor e mais propensos a ter outras doenças cujo sintoma também seja a dor, como dores de cabeça, dor crónica (síndrome do colon irritável) entre outras. Estudos sugerem que 50% do risco é genético e os outros 50% é de natureza ambiental (Smith *et al*, 2011),

## **2.4- Possíveis causas da fibromialgia**

Os estímulos que causam a dor são captados por recetores que existem em todo o corpo e chegam ao cérebro através de ligações nervosas desencadeando uma resposta ( myos, 2014).

Na FM, a dor depende inicialmente de uma agressão do doente (ossos, musculo, articulação) ou mesmo stress, assim como os outros sintomas podem estar relacionados com, ansiedade/depressão ou esforço físico. Alguns casos também surgem após uma infeção bacteriana ou viral ou a um traumatismo psicológico (A.P.D.F, 2103), (Instituto CUF, 2014).

.A duração e a intensidade são devidas a alterações no sistema de transporte dos estímulos (cérebro e espinal medula). A sensação de dor parece manter-se durante períodos de tempo longos, contudo nem sempre isso é verdade. A FM caracteriza-se por episódios de dor intervalados com períodos de estabilidade do doente, mas o SNC pode ser perturbado devido aos estímulos da dor e atuar como se a dor fosse constante. Esta perturbação pode acontecer se vários estímulos da dor acontecerem num curto intervalo de tempo, fazendo com que o SNC assuma que a dor é constante, mesmo que na realidade a dor seja apenas temporária, acabando por haver uma sensação de dor exacerbada pela perturbação do SNC ( myos, 2014).

## **2.5- Fatores de risco**

Existem muitos fatores que se pensa serem os influenciadores do desencadeamento desta doença mas os que mais se salientam são:

- Familiares que tenham tido a doença;
- Preocupação com doenças que já apresenta;
- Lesões na cervical;

- Depressão/ansiedade
  
- Alterações no sono;
  
- Alterações a nível emocional;
  
- Dor que está ligada a profissão que exerce (Portal da Saúde, 2014).

Os polimorfismos genéticos resultam em alterações no SNC nos processos serotoninérgicos e catecolaminérgicos. Estes continuam a ser estudados, pois acredita-se, segundo alguns estudos, que contribuem para o aumento do risco de FM (A.P.D.F, 2103).

## **2.6- Sintomas**

Na FM, a dor é o sintoma maioritário e é sentida no corpo todo e comparada muitas vezes com “queimaduras”, “ardor” ou “picadas”. A intensidade da dor não é igual, variando, principalmente, durante o dia, com os esforços, clima, stress, aspeto emocional e qualidade do sono. A dor é sentida em pontos específicos do corpo, quando se faz a apalpação, sendo chamados de pontos de dor (A.P.D.F, 2103), (Portal da Saúde, 2014).

A fadiga é sentida por cerca de 90% das pessoas com FM, ocorrendo com maior frequência de manhã (myos, 2014). Este sintoma, é a maior preocupação do doente pois limita-lhe as atividades e não é do tipo aguda como quando se faz algum trabalho de maior esforço. Na FM, para além de não ter causa aparente, não há melhoria com o repouso. Isto pode ser prejudicial a nível psicológico pois o doente que não esteja bem informado pode achar que tem alguma doença de maior gravidade ( myos, 2014).

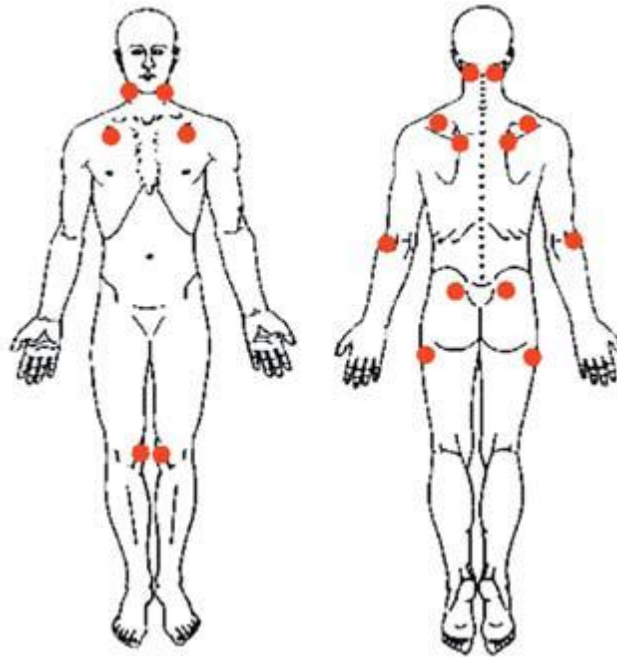
Os distúrbios do sono também são muito sentidos e apesar de estes doentes dormirem as horas que são necessárias, acordam mais cansados do que quando se deitam ( myos, 2014).

Através da realização de eletroencefalogramas, revelaram que na fase mais profunda do sono (fase de repouso essencial) havia interferências como se o doente acordasse várias vezes e não se apercebesse, acabando por ter um sono que se traduz numa recuperação deficiente ( myos, 2014).

A rigidez matinal acompanha estes doentes e pode ser prolongada durante o dia se permanecerem muito tempo na mesma posição (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

São sentidas perturbações a nível cognitivo (falta de memória e de concentração) e a nível gastrointestinal (40-70% dos doentes) e dores de cabeça (A.P.D.F, 2103), (Portal da Saúde, 2014).

Embora em número mais pequeno também foram relatadas alguma hipersensibilidade aos cheiros, luzes, ruído e produtos químicos e outros sintomas como dormência e formigueiro nas extremidades, ansiedade, alergias, visão turva ou desfocada. Estes últimos sintomas são muitas vezes agravados por fatores internos e externos ( myos, 2014).



**Figura 1:** Pontos de dor. Fonte: Kneebone, W. *et al.* (2010).

### III- Diagnóstico

Os primeiros critérios para o diagnóstico da FM surgiram em 1990 pela ACR (*American College of Rheumatology*) e incluíam a dor músculo-esquelética generalizada segundo os pontos dolorosos, onde os pacientes apresentavam pelo menos 11 pontos de dor dos 18 estabelecidos. Foi importante, na época, mas não se conseguia descobrir a origem deste sintoma (A.P.D.F, 2103), ( myos, 2014), (Portal da Saúde, 2014).

Em 2010 a ACR propôs outros critérios de diagnóstico e estes já referenciavam não só a dor mas problemas de sono, fadiga, alterações a nível cognitivo. Com estes novos critérios os autores reconhecem que os sintomas vão variando ao longo do tempo (A.P.D.F, 2103), ( myos, 2014), (Portal da Saúde, 2014).

Muitas vezes o diagnóstico não é feito inicialmente e segundo um estudo realizado na América, 46% dos doentes foram consultados 3 a 6 vezes antes de chegarem a uma conclusão que os confrontava com a possibilidade de terem FM (A.P.D.F, 2103), (Portal da Saúde, 2014).

Para que seja considerado que uma determinada pessoa padeça de FM, para além dos sintomas referidos, tem de ser consideradas outras queixas referidas pelo doente, como por exemplo pernas irrequietas e sensibilidade para alguns produtos químicos (A.P.D.F, 2103), (Portal da Saúde, 2014).

Os sintomas com o tempo e stress tendem a piorar e são muitas vezes atribuídos como sendo característicos de outras doenças, por isso é de extrema importância que se realize uma análise cuidada e detalhada para garantir que os sintomas não são relativos a outra doença. Podem ser necessários diversos exames e consultas de especialidades até serem descartadas outras possíveis doenças (A.P.D.F, 2103), (Portal da Saúde, 2014).

Em Portugal, os critérios usados para o diagnóstico são a presença de dor pelo corpo todo, numa duração mínima de 3 meses, pelo menos em 12 dos 18 pontos quando se realiza a palpação, e pelo menos dois dos sintomas seguintes: fadiga, alteração dos sono, dor de cabeça, perturbações emocionais (Instituto CUF, 2014).

#### **IV-Tratamento farmacológico da fibromialgia**

Não existe cura para esta doença, pelo que o tratamento farmacológico é um tratamento sintomático, visando os sintomas característicos de forma a possibilitar que as pessoas com FM tenham a melhor qualidade de vida possível (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2014).

Quem sofre de FM relata muito frequentemente os episódios de dor. A dor é um problema que em muitas patologias é um desafio para que se encontre o tratamento adequado. Sendo um grande problema, a OMS defendeu o uso de analgésicos e opióides. Como a dor é um sintoma difícil de avaliar, sendo completamente impossível saber o limite e resistência à dor, de uma pessoa relativamente a uma outra, tornando-se difícil perceber o real nível de dor de forma a poder-se dar a melhor terapêutica para cada caso. Devido à dificuldade de compreender a verdadeira dor como uma escala, e devido às singularidades de cada indivíduo, é estritamente necessário que cada caso seja estudado como um indivíduo isolado e que a terapêutica lhe seja adequada a si,

deixando-se de parte qualquer ideia de que uma só opção de tratamento seja adequada para todos os pacientes com FM ( Pergolizzi, J. *et al.* 2012).

Segundo diretrizes da Liga Europeia Contra o Reumatismo, recomenda-se o uso de analgésicos como o paracetamol e passar para tramadol quando o primeiro já não é eficaz (A.P.D.F, 2103).

Mas como na fibromialgia não é só a dor que existe como sintoma, apesar de ser o principal, recorre-se ao uso de muitos outros fármacos ( Pergolizzi, J. *et al.* 2012).

O tratamento da FM passa pelo uso de anti-inflamatórios, analgésicos, antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares, entre outros, que podem ser específicos para as condições individuais de determinados doentes com FM ( Riveira, J. *et al.* (2012).

Como analgésico são muito usados o paracetamol, tramadol, codeína, mas também são usados alguns antidepressivos como a venlafaxina, sertralina e ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (benzodiazepinas), anticonvulsivantes (pregabalina) e relaxantes musculares (Chong, Y., NG, B. 2009), (Riveira, J. *et al.* (2012).

O uso de anti-inflamatórios é aconselhado, mesmo sabendo que os anti-inflamatórios não trazem nenhuma melhoria directa nos doentes com FM, sabendo-se que a FM não é uma doença do foro inflamatório, acaba por ser utilizado porque muitos doentes com FM tem outras doenças associadas, sendo por vezes doenças tratáveis com os anti-inflamatórios tomados, acabando por agir indirectamente na FM e na melhoria do doente. Os anti-inflamatórios são usados porque são eficazes em dores de origem articular ou óssea, como casos de tendinites ou artroses, aliviadas com esta medicação, que caso não fossem tratadas desta forma poderiam levar a maiores e severas crises de FM ( myos, 2014).

#### **4.1- Analgésicos e antipiréticos.**

##### **i- Paracetamol**

Este fármaco pertence ao grupo dos analgésicos e antipiréticos (Graham, G., Scott, F. (2005)).

A sua ação consiste na inibição da Cox periférica não tendo ação anti-inflamatória. Atua de uma maneira mais fraca inibindo a cascata do ácido araquidónico, impedindo assim a síntese de prostaglandinas (mediadores celulares) que são responsáveis pelo aparecimento da dor (Graham, G., Scott, F. (2005), (Guimarães, F. *et al.* 2006).

##### **ii- Tramadol**

Este é um analgésico de ação central muito usado e com papel importante na dor crónica pois pode ser usado por longos períodos de tempo demonstrando eficácia e não provocando obstipação, uma das queixas dos pacientes que usam outros fármacos (Guimarães, F. *et al.* 2006).

##### **iii- Paracetamol + tramadol**

O paracetamol e o tramadol são habitualmente combinados para uma melhor taxa de sucesso no alívio dos sintomas da FM. A associação destes dois fármacos tem uma taxa de resultados satisfatórios bastante aceitável e encorajadora de ser mais recomendada em doentes com FM (Pergolizzi, J. *et al.* 2012).

Para além da melhoria dos resultados desta associação, comparativamente ao uso isolado de cada um deles, esta combinação é vantajosa pelo facto muitos dos AINEs provocarem alguns efeitos adversos quando são utilizados por longos períodos de tempo, tornando-se ainda mais vantajoso usar-se analgésicos em combinação com outro agente, neste caso o tramadol, reduzindo-se a toxicidade (Pergolizzi, J. *et al.* 2012).

## **4.2- Codeína**

A codeína é um derivado do ópio tal como a morfina, que tem um poder mais acentuado do que a codeína, e atua também como um analgésico, de menor potência (Guimarães, F. *et al.* 2006).

Apesar de ser um derivado do ópio ainda é prescrito por alguns médicos para doentes com FM (Guimarães, F. *et al.* 2006).

Esta molécula após ser absorvida é sujeita a diversas transformações, até ser transformada em metabolitos inativos, antes de ser, praticamente, completamente eliminada através da urina. A eliminação não é completa pelo facto de uma percentagem ser desmetilada em morfina. (Guimarães, F. *et al.* 2006).

A codeína foi inicialmente uma molécula bastante utilizada como antitússico, em doses baixas, em pessoas que não sofram de nenhuma patologia, mas acabou por ser descoberta a sua influência no alívio da dor e passou a ser uma mais valia em doentes com FM, contudo é uma molécula que esta a ver a sua utilização a decair ao longo dos anos (Guimarães, F. *et al.* 2006).

## **4.3- Psicofármacos**

Vários psicofármacos são usados em doentes com FM, como os casos dos antidepressivos e ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (Carmona, M. *et al.* 2011.)

### **i- Antidepressivos:**

Um dos antidepressivos usados é a sertralina, fazendo parte do grupo de antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS). A sertralina surgiu pela necessidade de haver um fármaco com algumas características melhoradas (início de ação mais rápido, bem tolerado, eficaz nos casos que havia resistência aos antidepressivos clássicos). Apesar de melhora das características mencionadas, aconselha-se alguns cuidados aquando da interrupção da toma. Não é aconselhada a

interrupção abrupta, tendo que se iniciar com a redução da dose por semana, como em todos os fármacos indutores de habituação pelo SNC, e depois por dia até a suspensão (Guimarães, F. *et al.* 2006).

Os antidepressivos são usados mesmo quando não existe depressão porque tem ação analgésica e facilitam o adormecer (Guimarães, F. *et al.* 2006).

Quando só se pretende a analgesia, recorre-se a fármacos inibidores da recaptção da serotonina como por exemplo a venlafaxina ou a sertralina (Guimarães, F. *et al.* 2006), (Carmona, M. *et al.* 2011).

Alguns doentes têm receio em usar esta classe de medicamentos com receio de poderem ficar dependentes (Guimarães, F. *et al.* 2006).

Os mais usados são os derivados da amitriptilina (ADT<sup>®</sup>) que são analgésicos e aliviam a fadiga (Guimarães, F. *et al.* 2006), (Carmona, M. *et al.* 2011).

## **ii- Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos:**

Este grupo de medicamentos é usado em diversas patologias e tem como finalidade tratar a ansiedade, indução do sono ou mesmo a manutenção dele (Guimarães, F. *et al.* 2006),

Na FM os mais usados são as benzodiazepinas que exercem ação ansiolítica e sedativa. Atuam como ansiolíticos no controlo da ansiedade e como sedativos na medida que permitem que a pessoa adormeça mais facilmente, durma mais tempo e permite uma diminuição dos episódios de despertar durante a noite (Guimarães, F. *et al.* 2006).

## **4.4- Anticonvulsivantes:**

Um anticonvulsivante muito usado é a pregabalina conhecido pelo nome comercial Lyrica<sup>®</sup>. Em 2007 foi aprovado pela FDA (Food and Drug Administration) para tratar a FM. Mostrou ser eficaz na diminuição da dor, da fadiga e melhoria do sono. Os estudos

mostraram que a dose diária recomendada é de 300-450mg. Como todos os fármacos, este também tem os seus efeitos secundários, provoca xerostomia, visão turva e sonolência. Todos estes efeitos parecem estar relacionados com a dose ( Tawadros, A. *et al.* 2013).

#### **4.5- Relaxantes musculares**

Apesar destes terem uma ação analgésica fraca, proporciona algum alívio aos doentes pois atua relaxando as fibras musculares que se encontram na maior parte contraídas. O problema do uso destes fármacos são os efeitos adversos (boca seca, dor de cabeça, sonolência etc.). Estes efeitos podem ser controlados se for iniciado o tratamento com doses baixas e depois forem aumentando progressivamente até atingirem a dose ideal. Apesar do efeito adverso de sonolência, pode ser bom se o fármaco for tomado a noite melhorando a qualidade do sono ( Tawadros, A. *et al.* 2013).

### **V- Terapias alternativas**

Existem diversas terapias alternativas que são usadas, com resultados ainda pouco estudados, em doente com FM. Entre as terapias alternativas destacam-se: terapia a laser, acupunctura, hidroterapia, estimulação eléctrica e dieta, suplementos e fitoterápicos (Braz, A. *et al.* 2011), (Vas *et al.*, 2011).

#### **5.1- Terapia a laser**

A terapia usando laser foi demonstrada como sendo uma terapêutica complementar e que mostra o alívio da dor, reflectindo-se directamente na vida do paciente com FM (Kneebone, W. *et al.* 2010).

Há vários efeitos que surgem com o uso de laser e fototerapia. A fotobiomodulação provoca alterações na oxidação/redução nas mitocôndrias que origina um aumento do ATP. A fototerapia aumenta o metabolismo das células, aumenta o seu crescimento, aumenta a resposta anti-inflamatória e a produção de endorfinas. As endorfinas conforme o nome indica, *endo* (interno) e *morfina* (analgésico) são neurotransmissores e quando são transportadas pelo sangue comunicam com as células e provocam uma sensação de prazer (Kneebone, W. *et al.* 2010).

Foram realizados alguns estudos usando a terapia com laser, mas de diferentes tipos, e num dos estudos, onde o tipo de laser era de baixa intensidade, os resultados mostraram alívio da dor, traduzindo-se na melhoria do sono. Num outro estudo, o laser usado foi de CO<sub>2</sub>, e em 846 pacientes, dois terços relataram diminuição da dor e aumento da mobilidade. Por fim, um estudo, usando laser de GaAs durante duas semanas, demonstrou diminuição da dor, diminuição da rigidez matinal e menor número de espasmos musculares (Kneebone, W. *et al.* 2010).

Este tipo de terapia tem de ser feita com cuidado e com um tempo de tratamento curto, de cerca de 20-30 segundos por cada ponto de dor. Antes de repetir esta terapia é fundamental avaliar o resultado, que pode ser imediato ou não (Kneebone, W. *et al.* 2010).

A terapia a laser é relativamente económica e segura, podendo o aparelho ser adquirido e o tratamento ser realizado em casa, pelo próprio doente, com as devidas precauções e cuidados que cada tratamento implica (Kneebone, W. *et al.* 2010).

## **5.2- Acupuntura**

Esta técnica surgiu há milhares de anos na China onde se pensava que a saúde era fruto de um balanço de energias e quando acontecia o desequilíbrio desse balanço, aparecia a doença (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

Na acupuntura tradicional chinesa, o profissional que a efetua esta técnica utiliza agulhas da espessura de um fio de cabelo e são inseridas ao longo do corpo em sítios

específicos de tratamento provocando ao doente uma espécie de dormência (Braz, A. *et al.* 2011), (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

Existem outras variantes da acupuntura tais como a eletroacupuntura e a moxabustão. A moxabustão é conjugada com a acupuntura tradicional usando uma erva (*Artemisa vulgaris*) onde é aplicada diretamente na pele ou recorrendo as agulhas e depois essa área é queimada para aquecer e haver um maior fluxo de sangue (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

Há várias hipóteses propostas para explicar os mecanismos pelos quais a acupuntura provoca um efeito analgésico. Este efeito é complexo e pensa-se que surge devido a interações entre vários fatores como neuroquímicos, psicológicos e fisiológicos (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

Segundo estudos realizados recorrendo a acupuntura, esta demonstrou um alívio ligeiro da dor nos doentes com FM. Apesar destes resultados e de ser considerada uma terapia relativamente segura não é isenta de efeitos adversos e tem de se ter precauções relativas a isso antes de se recomendar a sua prática (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

### **5.3- Acupuntura nos jovens com fibromialgia**

A FM nos jovens é normalmente tratada com exercício físico, medicamentos e psicoterapia e não é alvo de muitos estudos (Dias, M. *et al.* 2011), (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

Através de um estudo piloto de duração de 12 semanas descobriu-se que crianças e jovens tinham menos dor quando praticavam exercício. Os jovens que participaram neste estudo tinham idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos e antes de se fazer o estudo foi explicado que a acupuntura baseava-se no uso de seringas esterilizadas e descartáveis e tinham que realizar esta terapia semanalmente. O início do tratamento consistiu na aplicação de agulhas nos pontos menos dolorosos e depois foram aumentando o número de agulhas por sessão (Dias, M. *et al.* 2011).

Os pacientes que estavam muito ansiosos iniciaram o tratamento com uma vertente da acupuntura que não usa agulhas, trata-se de electroestimulação, consistindo no uso de corrente elétrica (Dias, M. *et al.* 2011).

É de salientar que dos 13 pacientes submetidos neste estudo, só um era do sexo masculino. Desses 13, 7 tiveram melhorias em todos os parâmetros que foram estudados, 4 tiveram melhorias em dois parâmetros e apenas 1 em um parâmetro. Embora 8 diziam ter dor ao final da última semana, 7 deles passaram de dor generalizada para localizada. No final, 2 já não apresentavam dor, 9 apresentavam dor local e 2 dor geral (Dias, M. *et al.* 2011).

Este estudo demonstrou que a acupuntura era bem aceite, bem tolerado e benéfico para alguns dos doentes (Dias, M. *et al.* 2011).

Não foram notados quaisquer efeitos adversos, pelo que esta prática, muito devido à sensação de relaxamento notada nos doentes que passaram por esta terapêutica alternativa, esta pode ser aplicada como uma prática para ajudar a terapia da FM nos jovens (Dias, M. *et al.* 2011).

#### **5.4- Hidroterapia**

A hidroterapia, conforme o nome indica, é uma terapia com uso de água. A água é o meio de tratamento e quando em contato com o corpo ocorrem várias modificações começando no sistema nervoso, passando para o sistema circulatório e por fim o calor corporal, regulando-o (Silva, K. *et al.* 2012).

Para praticar esta terapia, a água é aquecida a uma temperatura de 32 ou 33°C, onde posteriormente as pessoas vão realizar exercícios. Durante a atividade, os estímulos sensoriais vão competir com os dolorosos e ocorre uma cessação da dor. Um estudo realizado teve como objetivo a verificação da melhoria dos sintomas característicos da FM. Neste estudo participaram 30 mulheres na faixa dos 35-65 anos que foram avaliadas antes e depois das sessões de hidroterapia recorrendo ao uso de questionários. Um dos questionários usado foi o QIF (Questionário do Impacto da Fibromialgia) onde

tinha várias questões relacionadas com capacidade funcional, bem-estar, situação profissional, sintomas físicos, e alterações a nível psicológico. O outro questionário estava relacionado com a qualidade do sono (Silva, K. *et al.* 2012).

Os resultados obtidos para esta prática traduziram-se no alívio da dor, diminuição dos espasmos, melhoria dos movimentos, relaxamento muscular, aumento da resistência e melhoria na auto-estima. Tudo isto foi possível porque ao ser praticado exercício na água diminui-se a dificuldade relativamente ao praticado no solo (Silva, K. *et al.* 2012).

Em relação ao resultado obtido na qualidade do sono pode estar relacionado com um aumento da serotonina (regula o sono e o apetite) produzida devido ao exercício físico na água. O aumento desta substância leva ao aumento da produção de melatonina que tem como função regular o sono e a sua qualidade (Silva, K. *et al.* 2012).

### **5.5- Estimulação elétrica**

Foram feitos ensaios referentes ao tratamento complementar com estimulação elétrica nervosa em pontos dolorosos e as pessoas que receberam esta estimulação elétrica (de alta frequência) nervosa transcutânea demonstraram um melhoramento a nível da dor. Os mecanismos que provocam a indução da analgesia nesta técnica ainda não são completamente conhecidos, atribuindo-se o resultado à libertação de opióides endógenos (Carbonario *et al.*, 2013).

Neste mesmo estudo sugerem uma associação entre a estimulação elétrica e exercícios aeróbicos para a dor, fadiga e ansiedade, referindo que a associação seria benéfica para a melhoria dos sintomas e para a melhoria do estado geral do doente com FM. (Carbonario *et al.*, 2013).

## 5.6- Dieta, suplementos e fitoterápicos

Os benefícios da alimentação nos sintomas de doenças reumatológicas foram estudados para verificarem se ocorria alguma alteração (Braz, A. *et al.* 2011).

Num primeiro estudo, os pacientes selecionados receberam ácido ascórbico e brócolos e com o consumo destes dois alimentos verificou-se uma diminuição da dor. Outros pacientes restringiram a sua dieta unicamente a vegetais mas apesar dos bons resultados, foram por um curto período de tempo (Braz, A. *et al.* 2011).

Nos EUA, a 5-adenosil-L-metionina é um suplemento alimentar muito usado como antidepressivo, analgésico e anti-inflamatório. Este demonstrou uma melhoria a nível da rigidez muscular matinal, na fadiga e na dor quando se encontravam os doentes em repouso mas, este suplemento alimentar não foi bem aceite devido a efeitos adversos que surgiram e pela não alteração dos pontos dolorosos que são uma das maiores causas do mau estar das pessoas com FM (Braz, A. *et al.* 2011).

Os fitoterápicos são produtos a base de plantas usados para tratar patologias e/ou sintomas. Algumas plantas foram estudadas tais como a *Chorella pyrenoidosa*, *Hypericum perforatum* e o *Panax ginseng* e todas elas têm efeito benéfico em doentes com FM (Braz, A. *et al.* 2011).

A *Chorella* é uma alga verde que tem sido estudada para ser usada na hipertensão e na FM, mostrando ser eficaz na redução da dor e dos pontos dolorosos (Braz, A. *et al.* 2011).

O *Hypericum perforatum* é uma planta com flores que apresenta propriedades antibacterianas, antidepressivas e anti-inflamatórias. É comumente conhecida como “erva de São João”. Devido às suas propriedades também mostrou ser eficaz no alívio dos sintomas da FM. Apesar disto, tem de se ter em atenção que esta planta possui diversas interações quando consumida com medicamentos (Braz, A. *et al.* 2011).

O *Panax ginseng* é muito utilizado na medicina Oriental para aliviar as dores e a fadiga. Recentemente começou a ser usado na Europa devido aos seus efeitos nos diversos órgãos do corpo humano e foi então estudado o seu efeito em pessoas com FM.

Segundo os dados obtidos do estudo realizado para esta substância, revelaram uma melhoria na dor e fadiga e comparado com a amitriptilina (fármaco de eleição) revelou ser menos eficaz na melhoria da ansiedade. Embora bem tolerado são necessários mais estudos (Braz, A. *et al.* 2011), (OMS, 2014), (Tachjian, A. *et al.* 2010).

Apesar de em todos os estudos terem demonstrado que a utilização de suplementos e produtos fitoterápicos são eficazes estes não são isentos de risco nem de efeitos adversos (Braz, A. *et al.* 2011), (OMS, 2014).

### **5.7- Influência da vitamina D na fibromialgia**

Estudos de FM e de dor na parte músculo-esquelética de origem não específica descobriram que têm em comum um baixo nível de vitamina D. A vitamina D é essencial para a regulação do sistema imunológico e foi considerado um fator significativo para algumas doenças autoimunes (Bhatty, S. *et al.* 2010).

Há deficiência de vitamina D quando a exposição solar não é suficiente pois os alimentos consumidos não são suficientes para manter os valores recomendados. Esta vitamina tem um papel importante na dor dos doentes com FM (Bhatty, S. *et al.* 2010).

Os valores de vitamina D devem ser quantificados e considerados no diagnóstico da doença pois 80% dos doentes analisados no estudo apresentaram défice de vitamina D no organismo ( Bhatty, S. *et al.* 2010).

Apesar do tamanho da amostra ter sido pequeno, os números são muito assustadores e torna-se por isso importante a verificação dos fatores que contribuem para a deficiência de vitamina D (Bhatty, S. *et al.* 2010).

## 5.8- Exercício na fibromialgia

Muitos estudos têm sido feitos para avaliar o exercício físico envolvendo aeróbica (bicicleta estática, hidroginástica, andar), flexibilidade e força, podendo ser feitos na água ou não. Dados recentes mostram que o exercício aeróbico diminui a dor, a depressão e a fadiga e aumenta a qualidade da saúde e a aptidão a nível físico. Na maioria das vezes a combinação de vários exercícios mostravam ser uma mais-valia na melhoria dos sintomas da doença (Busch, A. *et al.* 2011).

Os doentes com FM, como tem muitas dores, possuem pouca flexibilidade estando assim mais comprometidos e são mais sensíveis. No início podem ter um agravamento dos sintomas mas com o seguimento do plano de exercício apresentam melhorias. Contudo, antes de poderem iniciar a prática de exercício algumas regras tem de ser seguidas. O programa é diferente para cada pessoa, tudo depende da condição física em que se encontra, das necessidades especiais e do que gostam. É importante que o exercício seja acompanhado por algum familiar ou amigo que também pratique exercício, para o doente tenha o máximo de assiduidade. Só podem ser feitas atividades que o doente é capaz de realizar sem demasiado esforço, e então, desde que o exercício seja bem compreendido e executado de forma correcta pode-se, e deve-se, aumentar o grau de dificuldade de forma lenta e gradual. Caso seja necessário, podem ser usados analgésicos antes do exercício, mas caso o exercício provoque dor no doente deve-se cessar a prática de exercício até que a dor desapareça (Busch, A. *et al.* 2011).

Apesar de todos os benefícios, é necessário ter em atenção os efeitos adversos que podem ocorrer. A prática de exercício não é feita por si só, é realizada em conjunto com a medicação, programas de educação, gestão do stress, técnicas de relaxamento, entre outras (myos, 2014).

### **5.9- Tai chi, Yoga, exercícios de relaxamento e Pilates.**

Tai chi é uma técnica das artes marciais chinesas relacionada com a meditação e a promoção de saúde oferecendo sensação de equilíbrio e tranquilidade (Busch, A. *et al.* 2011).

Yoga e Pilates consistem em programas com diversos exercícios que visam tornar o corpo mais forte. Os objetivos principal destas técnicas são a meditação para alcançar um estado de calma e o fortalecimento dos músculos importante para enfrentar as atividades do dia-a-dia respetivamente. (Sociedade Portuguesa de Pilates, 2014)

Todas as técnicas descritas abrangem elementos físicos, emocionais, psicossociais e comportamentos que podem ser benéficos para o doente. No yoga, usaram-se técnicas de respiração e exercícios na água para além dos exercícios característicos desta prática e mostrou haver melhorias na dor. Assim com nas outras técnicas estudadas, a diminuição da dor é o resultado principal. Todas elas são importantes na FM pois interferem de forma positiva nos sintomas mais mencionados (Busch, A. *et al.* 2011).

## **VI- Disfunção sexual nas mulheres com fibromialgia**

A sexualidade faz parte da vida e da qualidade de vida. As doenças crónicas contribuem para uma diminuição da sexualidade, mas este campo ainda é pouco estudado porque grande parte dos doentes que sofrem desta patologia possuem alguns receios de falar da disfunção sexual com os médicos, acabando por encobrir um pormenor que pode ter um grande impacto nos hábitos de vida e no bem-estar do doente e de quem os rodeia (Srikuea, R. *et al.* 2013).

Um estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e utilizou-se o FSFI (Female Sexual Function Index) através de um questionário com várias perguntas sobre diversos domínios (Srikuea, R. *et al.* 2013).

Foram avaliadas 163 mulheres, com uma média de 40,4 anos, e destas, 18,4% (30 mulheres em estudo) apresentaram disfunção sexual. Conclui-se também que as

pacientes com FM e esclerose múltipla são as que apresentam valores mais elevados de disfunção sexual (Srikuea, R. *et al.* 2013).

Segundo os resultados obtidos pode-se afirmar que as doenças reumáticas interferem na função sexual. A dor, a fadiga, rigidez muscular podem estar na primeira linha para o desinteresse sexual. Os medicamentos usados (ISRS e os tricíclicos), a baixa autoestima e a depressão também podem contribuir para a diminuição da libido (Srikuea, R. *et al.* 2013).

## **VII- Gestão da fibromialgia**

É uma doença muito difícil e requer o acompanhamento de vários profissionais de saúde. Estas pessoas estão muito vulneráveis ao isolamento social, depressão, perda de funções e torna-se importante a ajuda de todos os profissionais de saúde, amigos e familiares para uma melhor gestão da doença (A.P.D.F, 2103).

A nível da educação, quando o diagnóstico é feito, é importante o diálogo com o paciente sobre a doença e os tratamentos que vai realizar. Uma adesão à terapêutica para um melhor progresso e o envolvimento do doente com atitude positiva é importante (A.P.D.F, 2103).

No campo psicológico, a atenção também deve ser máxima pois a depressão e a ansiedade ocorrem nesta doença com alguma frequência e quando não são detetadas e tratadas atempadamente, ocorre, de forma visível, uma diminuição do bem-estar do doente o que acaba por se traduzir num retrocesso do tratamento efetivo da doença (A.P.D.F, 2103),

Em relação a prática de exercício físico que é tão mencionada, esta melhora a qualidade do sono e a fadiga. O exercício aeróbico é o mais adequado para estas pessoas e tem de ser feito de forma leve, pelo menos no início. Os doentes que de alguma forma se encontram mais condicionados, devem começar com poucos minutos e depois ir aumentando consoante a sua tolerância e bem-estar (A.P.D.F, 2103).

A hidroterapia pode ser um começo pois como se realiza na água, torna o treino mais leve devido a diminuição da força gravitacional e geralmente é bem aceite pelos doentes (Silva, K. *et al.* 2012).

### **VIII- Prevalência da fibromialgia**

Foi realizado um estudo em 5 países Europeus (Portugal, Espanha, França, Alemanha e Itália) segundo dois questionários específicos em que um avaliou a dor individualmente e outro a dor e fadiga em conjunto para atribuir a prevalência de FM. Para além disto, também foram registadas as características sociodemográficas dos doentes (sexo, idade, estado civil, profissão, domicílio e nível de escolaridade) (Branco, J. *et al.* 2009).

Os doentes que em ambos os questionários tiveram classificação positiva, foram outra vez examinados para confirmar a existência ou não de FM. Para se concluir se estavam perante um caso de FM para além destes questionários tinham de ser cumpridos os critérios da ACR (Branco, J. *et al.* 2009).

Os resultados para Portugal foram 3,7%, Espanha 2,3%, França foram de 1,4%, Alemanha 3,2% e Itália 3,6%. As diferenças entre os países podem ser devidas aos critérios de classificação e diagnóstico (Branco, J. *et al.* 2009).

Um estudo descrito pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia indica que para Portugal a prevalência da doença situa-se entre 2 a 5,8%. Neste estudo apenas se guiaram pelas normas da ACR. Constatou-se também que com a idade a prevalência da doença aumenta significativamente, referindo ainda que o sexo feminino é mais atingida que o sexo masculino. Assim, estimaram que em Portugal existam cerca de 300.00 adultos com FM. (Sociedade Portuguesa de Reumatologia,2014).

Como é uma doença crónica de origem desconhecida e com poucos estudos concretos a este nível, os resultados dos estudos referidos anteriormente variam significativamente entre si, não só pelos critérios utilizados nos estudos, como também, pelo facto de os valores propostos serem estimados (Sociedade Portuguesa de Reumatologia,2014).

## **IX- Qualidade de vida**

Estudos mostram que as pessoas com FM mostram ter menos qualidade de vida do que quando são comparadas com pessoas saudáveis ou que tenham outra doença reumática. Os fatores que têm mais impacto na qualidade de vida são avaliados segundo o questionário FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) que aborda questões sobre a disfunção física, alterações psicológicas e situação profissional. Quanto maior for a pontuação nos diferentes itens, maior é o impacto na qualidade de vida (Castro, A. *et al.* (2012), ( Letieri, R. *et al.* 2013).

No que diz respeito a dor, é um grande desafio a sua medição pois é classificada como sendo uma experiência sensorial e emocional. Num estudo envolvendo mulheres, mediu-se a percepção da intensidade de dor em diferentes ciclos do dia. A taxa de dor pela manhã, assim como a ansiedade e a depressão, é maior. A determinação da intensidade de dor é importante, pois segundo a literatura mostra que os doentes têm medo da dor no futuro provocando assim uma baixa autoestima porque questionam-se se serão capazes ou não de realizar determinadas tarefas (Martinez, J. *et al.* 2008).

Estes pensamentos não ajudam em nada os doentes com FM porque foi verificado que fatores comportamentais (pensamentos negativos e imobilidade num local por longos períodos de tempo), emocionais e ambientais (diminuição da temperatura, aumento da humidade) contribuem para uma instabilidade da dor (Martinez, J. *et al.* 2008).

Os sintomas regra geral contribuem para a incapacidade de realizar atividades tanto físicas como sociais tornando estas pessoas muitas vezes excluídas também por falta de apoios (Tawadros, A. *et al.* 2013).

A família dos doentes com FM é sobrecarregada pela dificuldade destes realizarem até as mais simples tarefas em casa o que para eles é mais um motivo para se sentirem desanimados. A incapacidade nas tarefas também é sentida no local de trabalho podendo refletir-se num impacto negativo a nível financeiro e social (Tawadros, A. *et al.* 2013).

Para as pessoas que ainda frequentam a escola/universidade há um grande retrocesso na conclusão pois a doença impossibilita a permanência durante muito tempo no mesmo local e na mesma posição assim como as dificuldades na concentração (Tawadros, A. *et al.* 2013).

Em suma, para que a qualidade de vida destes pacientes seja melhorada, é importante que se realize o diagnóstico atempadamente e se inicie o tratamento farmacológico que pode ser completado com terapias alternativas mais adequadas para que sejam menos notórios todos os efeitos negativos da FM (Martinez, J. *et al.* 2008), (Tawadros, A. *et al.* 2013).

## **X- Conclusão**

A FM é uma doença reumática crônica presente em número bastante elevado em todos os países, que apresenta vários sintomas como, a dor difusa pelo corpo, fadiga, alterações a nível comportamental, ansiedade, depressão, dificuldades a nível cognitivo, rigidez muscular, alterações no sono, entre outras. Apesar de existirem diversos estudos sobre a FM, e serem os seus sintomas bem conhecidos, ainda não se chegou ao consenso de qual a sua origem (A.P.D.F, 2013).

Como não existe cura para esta patologia, o tratamento dos sintomas é a única alternativa. Para o tratamento são usados várias classes de fármacos como os analgésicos, analgésicos opióides, antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e os relaxantes musculares (Riveira et al, 2012).

Os analgésicos são usados para tratar a dor, assim como os analgésicos opióides que são tratamento de segunda linha quando a dor já não se consegue controlar unicamente com os analgésicos de potência mais fraca (Graham, G., Scott, F. (2005), (Guimarães, F. et al. 2006).

Os antidepressivos como o nome indica são utilizados para tratar a depressão mas, no caso da FM são usados para tratar a dificuldade em adormecer ou de manter o sono

durante longos períodos de tempo durante a noite e/ ou depressão se esta existir (Guimarães, F. et al. 2006).

Na classe dos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos as benzodiazepinas são muito usadas para tratamento da ansiedade e tratamento das alterações do sono, assim como os antidepressivos. Como referido anteriormente, ajudam o doente a adormecer e mante-lo a dormir pois diminuem o despertar nocturno (Guimarães, F. et al. 2006),

Os anticonvulsivantes também fazem parte do tratamento da FM e mostram ser eficazes na diminuição da dor e da fadiga assim como uma melhoria na qualidade do sono ( Tawadros, A. et al. 2013).

Os relaxantes musculares apesar de terem uma acção analgésica fraca, diminuem significativamente a dor pois atuam nas fibras musculares que se encontram na maioria das vezes contraídas e provocam o seu relaxamento ( Tawadros, A. et al. 2013).

Para além de todos os fármacos usados para o tratamento da FM, podem ser associadas ao tratamento terapias alternativas para ajudar no alívio dos sintomas. Fazem parte destas terapias a hidroterapia, terapia recorrendo a laser, acupunctura, suplementos fitoterápicos, exercício físico e técnicas de relaxamento (Vas et al, 2011).

A hidroterapia consiste na realização de exercícios na água e mostrou resultados no que diz respeito a diminuição da dor, aumento do relaxamento muscular, facilidade dos movimento e consequente aumento do bem-estar (Silva, K. et al. 2012).

A terapia usando laser, a acupunctura, as técnicas de relaxamentos, o consumo de suplementos fitoterápicos e a prática de exercício físico adequado quando realizadas por um período de tempo mostram ser eficazes no alívio da dor (Braz, A. et al. 2011), (Busch, A. et al. 2011), (Urruela, M., Almazor, M. 2012).

Para que os doentes tenham uma qualidade de vida melhor, torna-se necessário a detecção e um diagnóstico rápidos e corretos para que o impacto negativo da doença na qualidade de vida dos doentes seja o menor possível (Martinez, J. et al. 2008), (Tawadros, A. et al. 2013).

Em suma, apesar de todos os estudos realizados com sucesso para a terapia farmacológica e não farmacológica, ainda existem muitos outros aspetos para descobrir a cerca desta doença de origem desconhecida. Para além disto vários estudos estão ainda a ser realizados envolvendo novos fármacos, contendo imunoglobulina, Hormona do crescimento, vitaminas, entre outros, para o tratamento da doença (A.P.D.F, 2103).

## **Bibliografia**

A.P.D.F- Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia. [Em linha]. Disponível em <<http://www.apdf.com.pt/>>. [Consultado em 10/11/2013].

Bhatty, S. *et al.* (2010). Vitamin D deficiency in fibromyalgia. *Journal of Pakistan Medical Association*, 60 (11), pp. 1-3.

Branco, J. *et al.* (2009). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five european countries. *Elsevier*. pp, 448-453.

Braz, A. *et al.* (2011). Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51 (3), pp. 269-282.

Busch, A. *et al.* (2011). Exercise therapy for fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 15, pp. 358-367.

Carbonario, F. *et al.* (2013). Effectiveness of high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation at tender point as adjuvant therapy for patients with fibromyalgia. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49(2), pp. 197-204.

Carmona, M. *et al.* (2011.) Psicofármacos. *In: Prontuário terapêutico*. Editora INFARMED, pp. 97-130.

Castro, A. *et al.* (2012). Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre prevalência, semelhanças e diferenças de gênero. *Medical Research*, 14 (1), pp. 11-21.

Chong, Y., NG, B. (2009). Clinical Aspects and Management of Fibromyalgia Syndrome. *Annals Academy of Medicine*, 38, pp. 967-973.

Dias, M. *et al.* (2011). Acupuncture in adolescents with juvenile fibromyalgia. *Revista Paulista Pediátrica*, 30 (1), pp. 6-12.

Graham, G., Scott, F. (2005). Mechanism of action of paracetamol. *American Journal of Therapeutics*, 12, pp. 46-55.

Guimarães, F. *et al.* (2006). Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes. *In* : Osswald,W., Moura, D. (Ed) *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. 5ª edição. Porto, Porto Editora, pp. 69-79.

Guimarães, F. *et al.* (2006). Antidepressores. *In* : Matos, M. *et al.* (Ed). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. 5ª edição. Porto, Porto Editora, pp. 99-108.

Instituto CUF. [Em linha]. Disponível em <http://www.cufportoinstituto.pt/SDT/Fibromialgia/1464>. [Consultado em 24/08/2014].

Kneebone, W. *et al.* (2010). Laser therapy in the management of fibromyalgia. *Practical Pain Management*, pp. 73-75.

Letieri, R. *et al.* (2013). Dor, qualidade de vida, autoperceção de saúde e depressão de pacientes com fibromialgia, tratados com hidrocinesioterapia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 53 (6), pp. 494-500.

Martinez, J. *et al.* (2008). Fibromyalgia patients quality of life and pain intensity variation. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (6), pp. 325-328.

myos- Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica. [Em linha]. Disponível em <http://www.myos.com.pt>. [Consultado em 24/08/2014].

myos- Manual prático para o doente com fibromialgia parte I e II. [Em linha]. Disponível em <http://www.myos.com.pt/publicacoes.aspx?id=2>. [Consultado em 24/08/2014].

OMS -Organização Mundial de Saúde. Monographs on selected medicinal plants [Em linha]. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/1999/9241545178.pdf>. [Consultado em 10/09/2014].

Pergolizzi, J. *et al.* (2012). Tramadol/paracetamol fixed-dose combination in the treatment of moderate to severe pain. *Journal of Pain Research*, 5, pp. 327-346.

Portal da Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+reumaticas/fibromialgia.htm>. [Consultado em 02/09/2014].

Riveira, J. *et al.* (2012). Drug prescription strategies in the treatment of patients with fibromyalgia. *Reumatología Clínica*, 8(4), pp. 184-188.

Silva, K. *et al.* (2012). Effect of hydrotherapy on quality of life, functional capacity and sleep quality in patients with fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 52(6), pp. 846-857

Srikuea, R. *et al.* (2013). Association of fibromyalgia with altered skeletal muscle characteristics which may contribute to postexertional fatigue in postmenopausal women. *American College of Rheumatology*, 65 (2), pp. 519-528.

Smith, S. *et al.* (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician Journal*, 14, pp. 217-245.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia. [Em linha]. Disponível em <http://www.spreumatologia.pt/doencas/fibromialgia/classificacao-pela-oms/63>. [Consultado em 02/09/2014].

SPN- Sociedade Portuguesa de Pilates. [Em linha]. Disponível em <http://spn.eco-gaia.net/?q=node/105>. [Consultado em 10/09/2014].

Tachjian ,A. *et al.* (2010). Use of herbal products and potential interactions in patients with cardiovascular diseases. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(6), pp.515-525.

Tawadros, A. *et al.* (2013). Quality of life in patients with fibromyalgia. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 1, pp. 1-17.

Urruela, M., Almazor, M. (2012). Acupuncture in the treatment of rheumatic diseases. *Current Rheumatology Reports*, 14 (6), pp. 589-597.

Vas, J. *et al.* (2011). Effects of acupuncture on patients with fibromyalgia: study protocol of a multicentre randomized controlled trial. [Em linha]. Disponível em <<http://www.trialsjournal.com/content/12/1/59>>. [Consultado em 12/07/2014].