

# A INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA REDUÇÃO OU NO AGRAVAMENTO DOS SINTOMAS APRESENTADOS EM PACIENTES PORTADORES DE FIBROMIALGIA

**Larissa Renata Siena**

Nutricionista graduada pelo Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL. E-mail: larissa\_siena@yahoo.com.br

**Lucievelyn Marrone**

Nutricionista; Especialista em Nutrição Clínica e Saúde Coletiva e Saúde da Família; Docente do curso de Nutrição Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL. E-mail: lucievelyn@yahoo.com.br

**RESUMO:** Objetivo: verificar o impacto da alimentação sobre a fibromialgia. Métodos: foram entrevistados todos os pacientes do sexo feminino atendidos às terças-feiras, quartas-feiras e quintas-feiras no período vespertino, de janeiro a março de 2008 no CISMENPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema). Resultados: foram analisados 50 pacientes; destes 66% estavam acima do peso, depressão (86%), cansaço (80%), dor (94%) e corpo travado (96%). Verificou-se alto consumo de café em 68% dos entrevistados, baixo consumo de azeite de oliva 52% e pouco consumo de peixe. Dos entrevistados, 45% consomem pelo menos um bife por dia, a maioria dos pacientes não consome soja (78%), 84% dos pacientes não sentem diferença nas dores ao ingerir proteína animal e 96% não sentem diferença quando ingerem a proteína vegetal. Conclusões: independentemente da quantidade de carne ingerida, os pacientes não sentiram uma piora dos sintomas e não houve relatos de melhora com o consumo de proteína vegetal, porém os pacientes relataram consumir diariamente alimentos fontes de proteína animal e raramente alimentos de origem vegetal. A escolha dos alimentos e a qualidade são importantes; o alimento pode tanto amenizar quanto agravar os sintomas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fibromialgia; Alimentação; Sinais e Sintomas.

## THE INFLUENCE OF DIET ON THE REDUCTION OR WORSENING OF SYMPTOMS IN FIBROMYALGIA PATIENTS

**ABSTRACT:** Current research analyzes the impact of diet on the symptoms of fibromyalgia. Female patients, waiting for rheumatologic consultation at the CISMENPAR (Health Association of the Mid-Paranapanema Region), were interviewed between January and March 2008. Fifty people answered the questionnaire: 66% were overweight, 86% reported symptoms of depression; 80% symptoms of weakness, 94% symptoms of pain and 96% symptoms of stiffness. With regard to diet, 68% had a high ingestion of coffee; 52% reported a low ingestion of olive oil and low fish consumption. As a rule, 45% ate meat once a day; 78% didn't use soya bean; 84% didn't feel better or worse when they ate animal protein; 96% didn't feel any difference with vegetable protein ingestion. Regardless of the quantity of meat eaten, the interviewed patients didn't feel any worsening of symptoms or their improvement when eating meat. No improvement was mentioned on eating vegetable protein, even though they reported using daily a diet rich in animal protein and rarely any diet rich in vegetable protein. Choice of diet and its quality are very important and food may worsen or improve symptoms.

**KEYWORDS:** Fibromyalgia; Food; Signs and Symptom.

## INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) pode ser definida como uma síndrome dolorosa crônica, de caráter não inflamatório, de etiologia desconhecida, que se manifesta no sistema músculo-esquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004).

Segundo o Colégio Americano de Reumatologia, a definição atual da síndrome é decorrente da aplicação dos critérios de classificação que utilizam duas variáveis, como dor generalizada crônica com mais de três meses de duração, dor bilateral, acima e abaixo da cintura, axial e dor à apalpação de pelo menos 11 de 18 locais específicos do corpo conhecido como pontos dolorosos (RIBEIRO; MARINHO, 2005).

O sintoma presente em todos os pacientes é a dor difusa e crônica, que envolve o esqueleto axial e periférico, porém podem apresentar também fadiga, rigidez matinal generalizada, sono não reparador, cefaleia crônica, cólon irritável, dismenorreia, sensação de edema, intolerância a exercícios, depressão e ansiedade, sintomas depressivos, irritabilidade na bexiga e mudanças na temperatura que causam modificações temporárias na coloração da pele (RIBEIRO; MARINHO, 2005).

As alterações nos mecanismos da percepção da dor podem ocorrer frente a um estímulo doloroso crônico, processo inflamatório, infeccioso ou estressante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2008b).

A FM é uma síndrome predominantemente do sexo feminino, e é nesta população que se manifesta um grande impacto na qualidade de vida (CAVALCANTE et al., 2006).

Normalmente os sintomas iniciam-se entre 25 e 65 anos e a idade média é de 49 anos (WOLFE et al., 1990).

A FM pode acometer crianças, adolescentes e idosos. A sua prevalência em idoso é alta (HEYMANN; PAIVA; MARTINEZ, 2006), porém em crianças estes sintomas podem ser diagnosticados depois de apresentarem dor no crescimento ósseo ou abuso sexual (GEDALIA et al., 2000).

O tratamento da FM tem como objetivo o alívio da dor, a melhora da qualidade do sono, a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio emocional, melhora do condicionamento físico e da fadiga (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004). Porém, o tratamento apenas medicamentoso é insuficiente para a maioria dos pacientes. Sendo assim, as terapias não medicamentosas e uma abordagem multidisciplinar têm sido utilizadas na prática clínica (HEYMANN; PAIVA; MARTINEZ, 2006).

O cuidado com a alimentação nestes pacientes é de extrema importância, para isso é necessário a redução de cafeína para ter uma melhora do sono (BARBALHO et al., 2001); redução do consumo de sal, açúcares, álcool e gorduras a fim de se evitar o sobrepeso e doenças não transmissíveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2007); aumentar a ingestão de alimentos fontes de vitaminas B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> e ácido fólico, por que em pesquisas mostrou haver deficiência destas vitaminas (PORTERO; SHIAVON, 2004); aumentar a ingestão de ácido ascórbico e potássio devido ao uso prolongado

de analgésicos (PORTERO; SHIAVON, 2004); aumentar a ingestão de cálcio e magnésio, por que estes ajudam a produzir espasmos musculares e os impulsos nervosos, importantes nas contrações musculares (SIERRA; MARGARIT, 2007) e aumentar a ingestão de alimentos fontes de triptofano por que o organismo utiliza este aminoácido para sintetizar a serotonina (SIERRA; MARGARIT, 2007).

Os objetivos do presente estudo foram verificar o impacto da alimentação e medicação sobre a fibromialgia, verificar se há relação dos sintomas com a alimentação, identificar os principais nutrientes envolvidos para a redução ou cura dos sintomas causados pela fibromialgia e identificar a relação droga/nutriente.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de pesquisa de campo realizado no CISMENPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema) na cidade de Londrina - Paraná, no período de janeiro a março de 2008. Os critérios de inclusão utilizados foram: diagnóstico de fibromialgia, sexo feminino, de qualquer faixa etária e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram entrevistados 56 pacientes, mas 6 pacientes não quiseram participar do questionário totalizando 50 pacientes.

Para a análise do diagnóstico nutricional foram utilizados dois parâmetros. Para pacientes abaixo de 59 anos foi utilizado o padrão de referência do *World Health Organization* de 1997, onde os pontos de corte variam entre baixo peso < 16 kg/m<sup>2</sup> até 18,4 kg/m<sup>2</sup>; eutrofia de 18,5 kg/m<sup>2</sup> até 24,9 kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso de 25 kg/m<sup>2</sup> até 29,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade grau I de 30 kg/m<sup>2</sup> até 34,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade grau II de 35 kg/m<sup>2</sup> até 39,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade grau III de ≥40 kg/m<sup>2</sup>, e para pacientes com idade acima de 60 anos foi utilizado a classificação pelo Lipschitz (1994) onde os pontos de corte variam de baixo peso ≤ 22 kg/m<sup>2</sup>; eutrofia de > 22 kg/m<sup>2</sup> até < 27 kg/m<sup>2</sup> e sobrepeso ≥ 27 kg/m<sup>2</sup>.

Para verificar o impacto da alimentação e medicação sobre a fibromialgia, a pesquisa de campo foi baseada em um questionário estruturado, através de entrevista individual. E para obter um diagnóstico da qualidade de vida do portador de fibromialgia relacionado à alimentação, o questionário aplicado foi complementado utilizando o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), pelo qual foi possível verificar se há alguma relação entre alimentação e fibromialgia.

O trabalho seguiu a Resolução 196/96, que normatizou a pesquisa com seres humanos. Os pacientes foram informados sobre as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e que sua colaboração foi de forma anônima, e o acesso e análise dos dados coletados se fez apenas pelo pesquisados e orientador.

Esta pesquisa passou pelo Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina (BIOISCAL)

e foi aprovado em dezembro de 2007.

### 3 RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 50 pacientes do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 55 a 64 anos. A maioria dos pacientes apresentou sobrepeso (32%), porém foi visto que 26% apresentavam obesidade grau I.

Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes neste estudo estão descritos na tabela 1.

Sobre a questão dos pacientes se sentirem bem, o estudo mostrou que 76% dos pacientes não se sentiram bem nenhum dia, porém 44% não faltaram ao trabalho; por outro lado 18% faltaram ao trabalho pelo menos 1 dia no mês. Destes pacientes estudados, a maioria correspondendo a 80%, relatou que a fibromialgia interferiu na capacidade de realizar o serviço.

**Tabela 1** Frequência de sinais e sintomas presentes na avaliação dos 50 pacientes com fibromialgia

SINAIS E SINTOMAS	N (%)
Cansaço	40 (80%)
Dor	47 (94%)
Depressão ou desânimo	43 (86%)
Nervosismo ou ansiedade	45 (90%)
Rigidez ou corpo travado	48 (96%)

Sobre a alimentação foi possível observar que há uma alta ingestão de cafeína, 68% ingerem de 1 a 3 vezes por dia; baixo consumo de azeite de oliva extra virgem (20%) e 52% dos pacientes não utilizam nenhum tipo de azeite; baixa ingestão de peixe (32%), porém este alimento era preparado e consumido frito (43%).

A ingestão de proteína animal e proteína vegetal estão sendo muito discutida, por isso esta pergunta foi introduzida na pesquisa. Os resultados podem ser vistos nas tabelas 2, 3 e 4.

**Tabela 2** Ingestão de proteína animal e proteína vegetal na redução ou no agravamento dos sintomas pelos 50 pacientes entrevistados

ALIMENTO	INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS
PTN/animal	Não sentiram nada (84%)
PTN/vegetal	Não sentiram nada (96%)

**Tabela 3** Ingestão de proteína animal pelos 50 pacientes entrevistados

PROTEÍNA ANIMAL			
ALIMENTO	QUANTIDADE	N	(%) INGERIDA
Peixe	2 vezes por mês	16	(32%)
Bife	1 bife ao dia	26	(45%)
Visceras	1 vez por mês	18	(37%)
Ovos	1 a 2 vezes por semana	14	(29%)
Carne magra	Todos os dias	28	(56%)

**Tabela 4** Ingestão de proteína vegetal pelos 50 pacientes entrevistados

PROTEÍNA VEGETAL			
ALIMENTO	QUANTIDADE	N	(%) INGERIDA
Feijão	Todos os dias	43	(86%)
Lentilha	Não ingerem	44	(88%)
Ervilha	Não ingerem	34	(68%)
Grão de bico	Não ingerem	43	(86%)
Soja	Não ingerem	39	(78%)
Arroz integral	Não ingerem	46	(94%)

### 4 DISCUSSÃO

Para que se tenha um diagnóstico correto da FM deve-se ficar atento a vários distúrbios como síndrome da bexiga irritada (aumento da frequência de micções e disúria), problemas ginecológicos (cólicas menstruais e relações sexuais dolorosas), tonturas (relacionada à falta de condicionamento físico e aos efeitos colaterais de determinadas medicações) e intolerância ao frio (contrações dos vasos sanguíneos nas extremidades).

Além dos distúrbios apresentados acima, os pacientes podem apresentar distúrbio do sono pelo qual não conseguem entrar em um sono profundo, por isso deve-se evitar o uso de estimulantes como cafeína e a nicotina, situações de estresse emocional e físico, próximo a hora de deitar. Deve-se também adquirir hábitos como dormir cedo, em local tranquilo e em horários regulares (ANTONIO, 2001; HAUN et al., 2001). Além disso, pode ocorrer a síndrome do cólon irritável, e esta síndrome afeta em torno de 32% a 50% dos pacientes com FM e é mais comum no sexo feminino (PAIVA, 2008). A síndrome do cólon irritável é a manifestação gastroenterológica mais observada nos pacientes com FM. É caracterizada pela presença de desconforto abdominal, geralmente no abdômen inferior que melhora com a evacuação, podendo piorar com a ingestão de alimentos (HEYMANN; PAIVA; MARTINEZ,

2006).

Muitas pessoas manifestam sintomas psicológicos e físicos na FM, assim esta é considerada uma doença de mente e do corpo e apresenta variações de pessoa para pessoa (RIBEIRO; MARINHO, 2005). Os sintomas de depressão são muito comuns na FM e muitas vezes pioram a qualidade de vida destes pacientes. Alguns estudos mostram que 50 a 60% dos pacientes com FM apresentam, apresentavam ou apresentarão depressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2008a).

Existem vários tipos de tratamento como o tratamento não farmacológico (exercícios aeróbicos; *Yoga* e acompanhamento psiquiátrico); tratamento farmacológico (antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina, analgésicos, antiinflamatórios e benzodiazepínicos). Além destes tratamentos, o cuidado com a alimentação é de extrema importância. Deve haver uma maior ingestão de alimentos fontes de ômega 3 e ômega 6, porque estes desempenham a capacidade de se transformar em substâncias biologicamente mais ativas, com funções especiais no equilíbrio homeostático e em componente estrutural das membranas celulares e do tecido cerebral e nervoso (TAKAHASHI, 2007); além disso, removem os triglicerídeos da circulação, reduzindo os níveis plasmáticos por inibição da VLDL (lipoproteínas de muita baixa densidade), tem efeito antiinflamatório e atuam sobre a aterosclerose e trombose (MAGNONI; STEFANUTO; KOVACS, 2007).

A coenzima Q10 é um antioxidante que atua em sinergismo com as vitaminas E e C, é biossintetizada no corpo humano, porém pode ser suprida através da alimentação como a carne de vaca, sardinha, espinafre e amendoim. A coenzima Q10 atua também na resposta imunológica, aumentando a produção de anticorpos, linfócitos T e estimula a fagocitose (SILVA; MURA, 2007).

Alimentos naturais, hortaliças e legumes, menor quantidade de proteína animal e maior quantidade de proteína vegetal, associados ao consumo de grandes quantidades de frutas, proporcionam um estado mais saudável aos tecidos (PORTERO; SCHIAVON, 2004).

De acordo com a literatura, uma dieta vegetariana sem o consumo de carne animal e com predominância de alimentos crus reduz os sintomas da fibromialgia. Além disso, uma alimentação rica em proteína vegetal pode reduzir os casos de mortes por infarto e outras doenças cardiovasculares, além de reduzir os níveis de pressão arterial, provocar redução da incidência de obesidade e diminuição da incidência de perda óssea em mulheres após a menopausa (SLYWITCH, 2008).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com todos os parâmetros analisados, foi possível concluir que o tratamento farmacológico é de suma importância, porém é necessário que haja concomitantemente o tratamento não farmacológico.

Uma alimentação correta, adequada nas quantidades e na qualidade são fatores importantes no tratamento destes pacientes. Alimentos naturais, maior consumo de alimentos antioxidantes e antiinflamatórios ajudam na melhora dos sin-

tomas e a redução da quantidade de sal, óleo, gorduras, cafeína, melhora a qualidade de sono e diminui o ganho de peso, elementos importantes da dor na fibromialgia.

Conceitos como alimentação saudável já são consagrados na literatura como fatores importantes para o equilíbrio do indivíduo. Estudos recentes têm demonstrado que diferentes dietas atuam em diversas doenças na melhora dos sintomas, como, por exemplo, na fibromialgia. Como este estudo, mais estudos devem ser realizados nesta área para que a comunidade científica venha contribuir para melhor ao diagnosticar, prevenir e tratar esta patologia.

## REFERÊNCIAS

ANTÔNIO, S. F. Fibromialgia: Como diagnosticar & Tratar. *Revista Brasileira de Medicina* v. 58, n. 12, p. 215-224, dez. 2001.

BARBALHO, A. et al. The influence of tobacco, alcohol and black coffee in the quality of sleep at people from different regions of Brazil. In: VIII LATIN AMERICAN SLEEP CONGRESS, 7, 2001; SÃO PAULO CONGRESS OF SLEEP MEDICINE, 1, 2001. *Anais...* São Paulo, SP: [S. n.], 2001.

CAVALCANTE, A. B. et al. A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n. 1, p. 40-48, jan./fev. 2006.

GEDALIA, A. et al. Fibromyalgia Syndrome: experience in a pediatric rheumatology clinic. *Clin. Exp. Rheumatology*, v. 18, n. 3, p. 415-419, jun. 2000.

HAUN, M. V. A. et al. Fibromialgia. *Revista Sinopse de Reumatologia*, v. 3, n. 1, p. 4-8, abr. 2001.

HEYMANN, R. E.; PAIVA, E. S.; MARTINEZ, J. E. *Fibromialgia e Síndrome Miofascial*. São Paulo, SP: Legnar, 2006.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.

MAGNONI, D.; STEFANUTO, A.; KOVACS, C. *Nutrição Ambulatorial em Cardiologia*. São Paulo, SP: Sarvier, 2007.

PAIVA, E. S. *Diagnóstico da Fibromialgia associada à Síndrome do Intestino Irritável (SII)*. Disponível em: <[http://www.segmentofarma.com.br/arquivos/Fibromialgia1\\_SII\\_GN-1F9H.pdf](http://www.segmentofarma.com.br/arquivos/Fibromialgia1_SII_GN-1F9H.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2008.

PORTERO, K. C. C.; SHIAVON, A. V. Aspectos fisiopatológicos e nutricionais da fibromialgia. *Revista Nutrição em Pauta*, v. 12, n. 64, p. 35-40, jan./fev. 2004.

RIBEIRO, K. L.; MARINHO, I. S. F. Fibromialgia e Atividade Física. *Fitness & Performance Journal*, v. 4, n. 5, p. 208-287, ago. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA - SBR. **Fibromialgia**. [S. l.]: SBR, mar. 2004. (Projeto Diretrizes).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA - SBR. **Depressão e fibromialgia: qual a relação?** Disponível em: <[http://www.fibromialgia.com.br/novosite/index.php?modulo=pacientes\\_outros\\_editais&id\\_mat=3](http://www.fibromialgia.com.br/novosite/index.php?modulo=pacientes_outros_editais&id_mat=3)>. Acesso em: 9 jul. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA - SBR. **Dieta**. Disponível em: <[http://www.fibromialgia.com.br/novosite/index.php?modulo=pacientes\\_artigos&id\\_mat\\_mat=11&id\\_mat=10](http://www.fibromialgia.com.br/novosite/index.php?modulo=pacientes_artigos&id_mat_mat=11&id_mat=10)>. Acesso em: 15 set. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA - SBR. **Patogenia**. Disponível em: <[http://www.fibromialgia.com.br/novosite/index.php?modulo=medicos\\_artigos&id\\_mat=23](http://www.fibromialgia.com.br/novosite/index.php?modulo=medicos_artigos&id_mat=23)>. Acesso em: 14 set. 2008.

SIERRA, C.; MARGARIT, M. I. B. **Alimentación em Fibromialgia**. Barcelona: AFIBROM, 2007.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. A. P. **Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia**. São Paulo, SP: Roca, 2007.

SLYWITCH E. O Vegetarianismo e sua saúde. Disponível em: <<http://www.svb.org.br/ribeirao/materia.php?id=453>>. Acesso em: 11 out. 2008.

TAKAHASHI NS. **Importância dos ácidos graxos essenciais**. 2007. Disponível em: <[http://www.infobibos.com/Artigos/2007\\_3/acidosgraxos/index.htm](http://www.infobibos.com/Artigos/2007_3/acidosgraxos/index.htm)>. Acesso em: 14 out. 2008.

WOLFE, F. et al. The American College of Rheumatology 1190 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. **Arthritis Rheum.**, v. 33. n. 2, p. 160-172, feb. 1990.

Recebido em: 26 Abril 2010  
Aceito em: 22 Setembro 2010