

A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE PARA MANUTENÇÃO DA QUALIDADE VIDA DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

THE IMPORTANCE OF INTERDISCIPLINARITY TREATMENTS FOR LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

João Salviano Rosa Neto¹
Cecília Guimarães Barcelos²
Talitha Araújo Veloso Faria³

RESUMO

A Síndrome da Fibromialgia é uma doença que afeta principalmente as mulheres, e se caracteriza por intensas dores musculares crônicas, sobretudo nos membros inferiores, fadiga muscular e pode estar associada a distúrbios no sono, depressão e comprometimento cognitivo. Não se sabe ao certo sua etiopatogenia e sobre o seu tratamento não existem evidências de cura. Desse modo, para a garantia de um melhor prognóstico para aqueles que convivem com a Fibromialgia (FM) é preciso atenuar os diversos sintomas que ela acarreta. Esta revisão de literatura busca reunir os diversos estudos sobre a eficácia da abordagem farmacológica, fisioterapêutica, psicológica e clínica desses pacientes. Observou-se que a união dessas práticas, como uma abordagem interdisciplinar, é de suma importância para um melhor prognóstico e qualidade de vida aos pacientes com FM.

Palavras-chave: Síndrome da Fibromialgia, Qualidade de Vida, Prognóstico, Interdisciplinaridade

ABSTRACT

The Fibromyalgia Syndrome is a disease that affects women mainly. The characteristics of this syndrome are intense and chronic muscle pain, especially in the lower limbs, muscle fatigue, in addition to the association with sleep disorders, depression and in some cases, cognitive impairment. Besides, there aren't sure

¹ Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário Atenas. joaosrosaneto@gmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual de Goiás

³ Professora orientadora do Centro Universitário Atenas

about the origin of this syndrome, and there isn't cure for it. This way, to ensure a better prognosis for those who live daily with Fibromyalgia, it is necessary to mitigate your several symptoms, in other words, the same way there is a wide spectrum of symptoms, there is a wide range of tests to be associated to solve them. Studies demonstrate the effectiveness of the pharmacological, physiotherapeutic, psychological and clinical approach, therefore, it is important to highlight the union of these diverse practices that can be called interdisciplinarity This concerns the view of multiple professionals for the guarantee of the best quality of life for those patients.

Keywords: *Fibromyalgia Syndrome, quality life, prognosis, interdisciplinarity*

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia é uma síndrome de dores crônicas associadas a distúrbios de sono, alexitimia e outros sintomas - sem sinais inflamatórios - que impactam negativamente a qualidade de vida (QV) e o convívio social dos seus portadores, sendo a dor comprometedor da força de preensão manual e da realização trabalhos diários (HOMANN et al., 2011). A Síndrome da Fibromialgia tem prevalência de 0,2 a 6,6% na população global (MARQUES et al., 2017). No Brasil, sua prevalência foi estimada em 2% da população, dados obtidos a partir de estudo de dores crônicas (SOUZA, PERISSINOTTI, 2018).

Para atender da melhor forma os pacientes em questão, é importante ressaltar a junção de diferentes profissionais: médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos entre outros. Essa busca pela interdisciplinaridade, ou seja, a busca em diferentes áreas do conhecimento pelo que há em comum entre elas, mostra-se positiva na resolução dos problemas conforme exige a complexidade do mundo atual e condição da doença (VILELA, MENDES, 2003). Na atualidade sabe-se que o tradicional tratamento medicamentoso é indispensável e é potencializado pela associação entre as práticas não farmacológicas, como a atividade física, acupuntura, fitoterápicos, laserterapia associadas ao ultrassom, acompanhamento psicológico e práticas integrativas e complementares às

intervenções farmacológicas, constituindo um tratamento interdisciplinar, que busca atenuar o processo doloroso (BESSET et al., 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O distúrbio caracterizado por intensos quadros de dores musculares e esqueléticas por todo o corpo, ou seja, uma dor difusa e crônica, trata-se da Síndrome da Fibromialgia, que até a década de 70 não contava com o reconhecimento científico (WEIBACH, 2002). O termo Fibromialgia surgiu no ano de 1976, sendo proposto pelo fisiologista Philip Showalter Hench. Através de uma revisão o termo “Síndrome da Fibromialgia” veio à tona no trabalho de Yunus, médico que descreveu as características de alguns casos clínicos da doença, em 1981 (HEYMANN et al., 2017).

O fator causal da FM não é integralmente conhecido, mas sabe-se que está associado ao Sistema Nervoso Central que desencadeia uma maior sensibilidade à percepção da dor, inclusive existem investigações quanto a genética em sua causalidade multifatorial (MOLINA; GARCÍA, 2019). Quanto a sua fisiopatologia, a melhor descrição dessa doença retrata o aparecimento dos sintomas dolorosos espontaneamente, com simetria, no sentido craniocaudal, o que descarta a possibilidade de origem por lesões periféricas e indicia sua origem no Sistema Nervoso Central. Há, ainda, evidências científicas da elevação na concentração de Substância P e de distúrbios metabólicos de Serotonina, alterações essas que implicam respectivamente em: maior sensibilidade na ativação das vias aferentes dolorosas e redução da atividade do Sistema Inibidor de Dor (RIBEIRO, PATO, 2004).

Geralmente, no primeiro momento, quem acompanha esses pacientes é o médico reumatologista, uma vez que o paciente ainda não tem o diagnóstico e seu quadro clínico é de intensas dores musculoesqueléticas (HEYMANN et al., 2010). A FM afeta principalmente o sexo feminino, com uma prevalência maior que 70% em comparação ao sexo masculino e a maioria das mulheres afetadas estão em uma faixa etária entre os 40 e 60 anos (FERREIRA et al., 2002). Supondo que cerca de 2% da população brasileira seja afetada pela FM é necessário, então, garantir um melhor atendimento a esses pacientes para propiciar melhorias na Qualidade de

Vida (QV) desse grupo, por se tratar de uma síndrome de prevalência significativa (SOUZA, PERISSINOTTI, 2018).

Em um estudo transversal foram avaliadas 45 mulheres com faixa etária entre 30 e 55 anos (exceto as que estavam em tratamento fisioterapêutico, faziam uso de recursos auxiliares da marcha e/ ou tinham doenças reumatológicas autoimunes ou relevantes comorbidades sem controle). O estudo correlacionou negativamente o nível da dor à QV (LORENA et al., 2017).

A sintomatologia da FM é ampla, sendo as queixas mais comuns: fadiga; glândulas inchadas, que refletem alodinia; sinais e sintomas musculares, como mialgias; tensão ao final da tarde ou anoitecer, que melhoram com aplicação de calor ou movimento; dores de cabeça, podendo ser elas tensionais ou do tipo enxaqueca; inchaço subclínico; anormalidades do sono; alterações cognitivas; dormência, queimação e formigamento; queixas de ordem visual e auditivas, sendo mais raras, incluindo até mesmo tonteiras e é perceptível até mesmo uma prevalência de prolapso da válvula mitral; queixas relacionadas a pele e queixas geniturinárias (WALLACE; WALLACE, 2005).

Para atender da melhor forma os pacientes em questão, é importante ressaltar a junção de diferentes profissionais, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos entre outros. Essa busca pela interdisciplinaridade, ou seja, a busca em diferentes áreas do conhecimento pelo que há em comum entre elas, mostra-se positiva na resolução dos problemas conforme exige a complexidade do mundo atual (VILELA, MENDES, 2003). Sabe-se que o tradicional tratamento medicamentoso é indispensável, mas tende a ser potencializado pela associação com práticas não farmacológicas, como a atividade física, acupuntura, fitoterápicos, laserterapia associada ao ultrassom, acompanhamento psicológico, entre outros, constituindo, assim, um tratamento interdisciplinar, de modo a atenuar o processo doloroso e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BESSET et al., 2010).

A QV diz respeito à união de fatores que fazem parte das condições e características do estilo de vida do indivíduo e está relacionada, também, a satisfação pessoal, felicidade e saúde, portanto, é uma visão integral do indivíduo acerca de sua percepção no ambiente que o cerca (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Essa abordagem multimodal tem se mostrado eficiente

para o sucesso nas propostas terapêuticas diante dessa perspectiva da integralidade. Nesse sentido, a Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006 pelo o Ministério da Saúde (MS) passou a ser regulamentada e explorada visando o cuidado holístico do paciente, podendo ser aplicado nesse contexto da FM seja em unidades de saúde públicas ou privadas (Brasil, 2006; BRAZ, et al., 2011; MORALES, et al., 2019; KUREBAYASHI, et al. 2016). Essas práticas dizem respeito à uma ampla gama de recursos que objetivam atender às necessidades humanas em sua integralidade e envolvem a Medicina Tradicional Chinesa, acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo, Crenoterapia e a Medicina Antroposófica, reconhecidos pelas autoridades em saúde no Brasil (Brasil, 2006).

Diagnóstico

A FM tem como principal característica a dor, que se apresenta de uma forma complexa e subjetiva, sendo difícil até mesmo para aqueles que são acometidos pela síndrome definir objetivamente tudo o que estão sentindo. Devido a sua difícil avaliação, os métodos utilizados para o diagnóstico envolvem o questionamento verbal, a escala analógica visual e a escala categórica numérica e índices não verbais para avaliação da dor (FERREIRA et al., 2002).

Assim, é de suma importância que o diagnóstico da FM seja rápido e preciso, a fim de evitar um desgaste ainda maior do paciente e também para que seja dado início ao seu tratamento. Ademais, é necessário que o paciente esteja consciente sobre sua doença e que seu tratamento não será para a cura, mas para amenizar as dores e os desconfortos causados pela síndrome. Dessa forma, cabe ao especialista avaliar e tratar não somente a dor, como também a fadiga, os distúrbios do sono, as variações do humor e os demais sintomas relatados (HEYMANN et al., 2010).

A grande dúvida sobre o diagnóstico da FM começa pelo questionamento se o seu diagnóstico seria ou não de exclusão. O Colégio Americano de Reumatologia (CAR) publicou três importantes documentos que servem como guia mundial para o diagnóstico da Fibromialgia e respondem a essa questão

(HEYMANN et al., 2017). O primeiro foi publicado em 1990 e suas demais publicações foram atualizações divulgadas em 2010 e 2016, constituindo o Critério Diagnóstico da doença. De acordo com a publicação da década de 90, pelo CAR, foi garantida uma alta sensibilidade e especificidade na detecção dessa síndrome e, assim, houve a indicação de que a doença não deveria ser analisada por mera exclusão e sim isolada ou associada a outras doenças. Porém como a Fibromialgia está intimamente ligada a uma subjetividade própria de cada paciente, revisões foram necessárias na diretriz diagnóstica. (WOLFE, et al., 1990).

Segundo Costa (2005), a primeira publicação desse critério leva em consideração principalmente os pontos dolorosos, ou “tender points”, cujos nomes são: occipitais; trapézios; coluna cervical; supra espinhosos; segundos espaços intercostais; epicôndilos laterais; glúteos; grandes trocânteres; interlinha medial dos joelhos, de forma bilateral. No protocolo clássico, esses “tender points” foram citados como mecanismo de descrição da FM, um paciente com dor em 11 dos 18 sítios dolorosos citados previamente teria, possivelmente, o diagnóstico da doença. Entretanto, não foi unânime a aceitação desses critérios clássicos, uma vez que houve uma grande valorização da dor e um desprezo pelos outros sintomas. Além disso, questionou-se a precisão médica em reconhecer essas dores como características da FM ou de outras doenças (COSTA, 2005).

Buscou-se, em 2010, contemplar os outros sintomas e excluir os pontos dolorosos. Nesse sentido, devido à ausência marcadores laboratoriais ou de imagens, cabe ao médico com sua experiência diagnosticar a FM - sem deixar de estar atento aos indivíduos cuja clínica exige uma avaliação diferencial. Nesse documento, destaca-se a abordagem de dois importantes novos índices na avaliação mais assertiva da dor, que são o de Dor Generalizada (0-19) e o de Severidade dos Sintomas (0-12) (HEYMANN, et al., 2017).

Por fim, em 2016, houve a última atualização desse protocolo, devido a uma persistência na falta de clareza nas definições de 2010. Com essa revisão se deu a eliminação do critério das dores locais (a exemplo: membro crônico atípico, síndromes dolorosas, desordem crônica da articulação temporomandibular e síndrome da dor pélvica crônica) em detrimento da dor generalizada na definição da

Fibromialgia, isso sem excluir o uso da consideração dos sítios dolorosos (ABLIN, WOLFE, 2017).

Tratamento

Não é somente a dor que é protagonista na Fibromialgia. Devido à sua etiologia multifatorial e as suas manifestações clínicas variáveis, outros sintomas mostram-se importantes, porém subdiagnosticados, sendo eles principalmente: queixas de sono e a alexitimia (AVILA et al. 2014). Assim, a partir do diagnóstico, que é clínico, a interdisciplinaridade tende a beneficiar o tratamento da doença, já que busca uma maior integração de resultados oferecido na QV por diferentes profissionais aos pacientes. Partindo dos conceitos de Vilela e Mendes (2003), é possível compreender a interdisciplinaridade como uma interação entre duas ou mais disciplinas no qual cada uma das disciplinas em contato é modificada e passa a depender uma(s) da(s) outra(s), tem-se que o que se busca nessa interação é complementação entre suas metodologias de intervenção para um melhor resultado.

A fim de garantir a melhor QV para aquele que convive com a Fibromialgia, o Consenso Brasileiro para Tratamento de Fibromialgia ressalta que o tratamento dessa condição exige uma gama interdisciplinar de ações, que incluem abordagem farmacológica e também a não farmacológica (HEYMANN et al., 2017).

Tratamento farmacológico

Ao abordar o tratamento medicamentoso da FM se propõe algumas classes farmacológicas, começando pelo tricíclico amitriptilina, que é um antidepressivo, cujo uso é aconselhável por se tratar de um fármaco considerado de baixo custo e de alta eficácia. Ele atua impedindo que a noradrenalina e a serotonina sejam recaptadas, o que provoca nos sistemas moduladores descendentes, a analgesia central, melhorando a qualidade do sono, diminuindo as dores e a fadiga. Desse modo a dose diária sugerida ao paciente é de até 50 mg antes de dormir. Como efeito colateral tem-se o ganho de peso, a sonolência e possíveis alterações do nível de consciência (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

Outro fármaco de mesma classe é a ciclobenzaprina, porém que não possui efeito antidepressivo e é recomendado em doses menores de 1mg a 4mg, também no período noturno, podendo levar o paciente a ter melhoras no seu sono e seus efeitos colaterais assemelham-se aos da amitriptilina (JUNIOR; ALMEIDA, 2018). Dados mostram que cerca de 20 a 30% dos adultos acometidos pela FM fazem uso desses medicamentos, demonstrando sua restrita eficiência, o que associado aos efeitos colaterais tornam a adesão a esse tipo de tratamento mais difícil (PEREA, 2003).

Uma outra classe que atua impedindo que a noradrenalina e a serotonina sejam recaptadas, são os inibidores duais que também atuam nas vias inibitórias descendentes. A duloxetina, com dose diária de 60 mg, é o fármaco mais recomendado por apresentar melhor tolerância que os tricíclicos, especialmente para casos em que há associação de depressão e de ansiedade. Semelhante a duloxetina tem-se o milnaciprano, que também é um inibidor dual, porém esse fármaco é mais utilizado naqueles pacientes que se queixam de dificuldades cognitivas (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

A pregabalina e a gabapentina são dois fármacos anticonvulsivantes muito utilizados e apesar de possuírem similaridade estrutural com o neurotransmissor gama-aminobutírico (GABA), não possuem ação nessa via, mas sim na via de canais de cálcio voltagem dependentes. Os dois fármacos possuem bastante aceitabilidade, mas não há um consenso no estabelecimento da dose diária recomendada (JUNIOR; ALMEIDA, 2018). Também em relação a esses dois medicamentos houve relatos de vertigem e sonolência em alguns usuários (OLMO, 2018). A imprecisão no estabelecimento das doses dificulta as aderências dos pacientes, além do fato deles perceberem alterações significativas vinculadas ao seu uso (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

Na FM não é comum a prescrição de anti-inflamatórios não hormonais e de analgésicos comuns, por possuírem uma ação relativamente curta. Uma exceção é o acetaminofeno, pois recentemente foi descoberto que o seu uso atua no sistema canabinóide endógeno melhorando a alimentação, o sono e aliviando um pouco das dores dos pacientes (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

Os medicamentos da classe dos canabinóides foram propostos no tratamento da FM por atuarem na regulação do processamento da dor e do estresse crônico. Nessa classe farmacológica tem-se a nabilona (uso diário de 0,5mg a 1mg) e o dronabinol (7,5mg ao dia) que podem levar a melhoras nos quadros de depressão e de ansiedade. Esses medicamentos apesar de sua eficácia podem ter o consumo interrompido por seu efeito psicotrópico (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

Existem, ainda, evidências científicas de que o consumo de 3mg a 5mg de melatonina na hora de dormir promoveu melhora, não só da qualidade do sono, como também da depressão, ansiedade e diminuição do número de pontos dolorosos. Isso pode ser vinculado ao fato de que na Fibromialgia ocorre uma dessincronização da secreção de melatonina durante 24 horas, como já demonstrado em estudos com mulheres com a síndrome, nas quais se evidenciou uma ruptura do eixo imune-pineal levando a alterações do tônus simpático: alterações de sono, dor e estresse crônicos (GHISLENI et al., 2015). Ademais, o consumo da melatonina em associação com a amitriptilina tem demonstrado ser mais eficiente do que o uso isolado da amitriptilina. Outro fármaco similar a melatonina, a agomelatina, também demonstrou alívio das dores, depressão e ansiedade, no entanto não se mostrou eficiente na melhora do sono (JUNIOR; ALMEIDA, 2018).

A metodologia clínica clássica de uso isolado dos fármacos caiu em desuso à medida que ela implica em importantes efeitos colaterais, por esses medicamentos, e pouca eficiência quando não vinculados ao estímulo de mudança de hábitos cotidianos. Desse modo, cabe ressaltar que tratamento farmacológico isolado não é suficiente e necessita da complementação das diversas áreas que beneficiam a saúde de modo geral, desde a alimentação, passando pela atividade física até o cuidado com a saúde mental e, dessa forma, oferecer uma maior gama de possibilidades terapêuticas para a síndrome em questão (BRAZ et al., 2011).

Tratamento não farmacológico e práticas integrativas e complementares

Em busca da melhoria da QV, capacidade funcional e do alívio dos principais sintomas dolorosos e da queixa da má qualidade do sono entre os

pacientes com FM, pesquisadores encontraram benefícios significativos na atividade física. Apesar de parecer algo contraditório, o tratamento desses pacientes sensíveis à dor, sujeitos a fadiga e rigidez é o exercício físico e o gasto energético. Nos pacientes que foram submetidos à técnica da hidrocinestoterapia observou-se melhoria do sono e na capacidade funcional (SILVA, 2012).

Pacientes do sexo feminino com diagnóstico de Fibromialgia, que foram submetidas a uma pesquisa que buscou avaliar os efeitos de exercícios físicos combinados sobre o sono, parâmetros metabólicos e inflamatórios, passaram a dormir mais rapidamente ao se deitarem, bem como a acordar mais cedo e permanecerem menos tempo na cama após a prática da atividade física (HOMANN et al., 2017). Tudo isso ressalta a importância de incitar o exercício físico sob supervisão para quem convive com essa síndrome e evitar sua evasão dessas atividades e, com isso, garantir a progressão do seu bem estar, respeitando seus limites (GONÇALVES, 2018).

O tratamento não farmacológico para as dores na FM pode incluir também o uso do laser e do ultrassom. A união dessas técnicas se baseia na laserterapia como normalizador do limiar da dor, o que ocorre por meio de uma modulação enzimática por bioestimulação fótica que leva a maior produção de ATP, resultando em benefícios na ação analgésica e anti-inflamatória. A terapia com ultrassom de similar, ocasiona a abertura de canais favoráveis a mesma ação anti-inflamatória e analgésica (DE AQUINO et al., 2018).

No âmbito da nutrição pode-se dizer que o tipo de alimento que os portadores dessa síndrome consomem no seu dia a dia pode ser considerado fator de melhora ou piora nos seus sintomas. Pacientes que têm em seus hábitos alimentares uma ingestão maior de alimentos ricos em gordura, sal, álcool e açúcar tendem a ser mais afetados pelos sintomas da síndrome do que aqueles que consomem diariamente fibras, vegetais, verduras, legumes e grande quantidade de água (SIENA, MARRONE, 2018). Além disso, o consumo diário de alguns micronutrientes como o cálcio e o magnésio para regular espasmos musculares e impulsos nervosos. O consumo de alimentos que possuem triptofano deve ser estimulado pela importância deles para a produção da serotonina, importante no tratamento da SFM. (BATISTA et al., 2016).

A cafeína é usada no tratamento da dor por sua ação antinociceptiva através do bloqueio de receptores de adenosina (TAVARES; SAKATA, 2012). Em contrapartida, é preciso que ocorra a redução ou a exclusão do consumo desses produtos, pois estão relacionados com a perda de sono (MARTINEZ; BEVILACQUA; SACOMAN, 2015).

Ainda sobre nutrição, a ingestão de alimentos antioxidantes, como frutas vermelhas, açafrão, mamão e abacaxi diminuem os processos inflamatórios da FM, pois esses alimentos ajudam no controle de radicais livres que são os responsáveis pelo processo inflamatório (NESELLO; WACHHOLZ, 2018).

Outro fator que complementa o tratamento dos pacientes com FM é o acompanhamento por psicólogos. A literatura indica melhoras na percepção do indivíduo em relação a sua doença e seu tratamento em geral, quando fazem terapia. Esse cuidado tem impacto direto em comportamentos adaptativos, melhoria na sua autoestima e em relação às suas expectativas futuras, o que compõe peça chave para a QV dos pacientes (ZANCANARO, VERNIZE, ZANCANARO, 2009).

Quanto à Medicina Alternativa e às Práticas Integrativas e Complementares, muito solicitadas atualmente, é necessário ressaltar que existe uma necessidade de mais ensaios científicos para garantia de sua eficácia na FM e que elas envolvem uma amplitude de recursos reconhecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRAZ, et al., 2011; Brasil, 2006). Os estudos randomizados já demonstraram, por exemplo, redução nos níveis de estresse pelo uso da fórmula Gan Mai Da Zao (GMDZ), da fitoterapia chinesa, em relação ao grupo controle, beneficiando a QV desse grupo estudado (KUREBAYASHI et al, 2016).

A respeito da avaliação dessas práticas direcionadas ao grupo de pacientes com diagnóstico de FM, obtiveram-se importantes resultados que evidenciam seus possíveis benefícios. É o caso da pesquisa de Morales et al (2019), um estudo transversal e observacional, em que se demonstrou que a terapia com Shiatsu, parte da Medicina Tradicional Chinesa, seria capaz de reduzir o quadro algico e o impacto da FM na QV desses pacientes.

No âmbito da medicina alternativa e práticas integrativas para o tratamento da FM, o método mais recomendado é da milenar prática da acupuntura (BRAZ, 2011). A acupuntura promove redução de processos inflamatórios, liberação

de opióides endógenos e redução da ansiedade e seu benefício está na produção de adenosina a partir do ATP, nucleosídeo que é responsável pelos efeitos analgésicos nos pacientes (JUNIOR, ALMEIDA, 2018).

De modo geral, são necessárias mais avaliações empíricas das Práticas Integrativas e Complementares, para confirmar a hipótese de seus benefícios, com o objetivo de avaliar de maneira mais precisa a duração do seu efeito analgésico nessa avaliação integral dos indivíduos. (MORALES, et al., 2019; KUREBAYASHI, et al. 2016).

CONCLUSÃO

Essa revisão de literatura procurou demonstrar a eficácia da intervenção interdisciplinar na melhora da QV de pacientes com FM, alcançada por meio do acompanhamento clínico, prescrição de fármacos, acompanhamentos nutricional e psicológico, prática regular de exercícios físicos e emprego de práticas integrativas.

Mesmo diante de uma síndrome com diagnóstico subjetivo, amplo espectro de acometimentos e cura ainda inexistente, o prognóstico e a QV do paciente tendem a melhorar com a integração de diferentes métodos de tratamento.

REFERÊNCIAS

ABLIN, Jacob N.; WOLFE, Frederick. **A Comparative Evaluation of the 2011 and 2016 Criteria for Fibromyalgia**. The Journal of rheumatology 2017; 44 (8): 1271-1276.

AMARAL, Juliana et al. **Fibromyalgia Treatment: A New and Efficient Proposal of Technology and Methodological - A Case Report**. J Nov Physiother 2018; 8 (1): 379.

AVILA, Lazslo A. et al. **Caracterização dos padrões de dor, sono e alexitimia em pacientes com fibromialgia atendidos em um centro terciário brasileiro**. Rev Bras Reumatol 2014; 54(5): 409–413.

BATISTA, Emanuelle et al. **Avaliação da ingestão alimentar e qualidade de vida de mulheres com fibromialgia**. Rev Bras Reumatol 2016; 56(2): 105-110.

BERBER, Joana de Souza Santos; EMIL, Kupek; BERBER, Saulo Caíres.

Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol. 2005; 45(2): 47-54.

BESSET, Vera Lopes et al. **Um nome para a dor: fibromialgia.** Revista Mal-estar e Subjetividade 2010; 10(4): 1245-1269.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRAZ, Alessandra et al. **Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia.** Rev Bras Reumatol. 2011; 51 (3): 269-282.

CARDOSO, Fábio et al. **Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia.** Rev Bras de Reumatol 2011; 51(4): 338-50

DA COSTA, Sérgio Ricardo Matos Rodrigues. **Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil.** Rev. Bras. Reumatol. 2005 mar/abr; 45(2): 64-70.

DE SOUZA, Juliana Barcellos; PERISSINOTTI, Dirce Maria Navas. **A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira.** BrJP 2018 oct; 1 (4): 45-348.

FERREIRA, Elizabeth et al. **Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia.** Rev Bras Reumatol. 2002 mar/abr: 42 (2): 103-110.

GHISLENI, Eduarda Chiesa et al. **Secreção de melatonina durante o período de 24 horas em pacientes com Fibromialgia.** Clin Biomed Res 2015; 35 (Supl.). AO 3872

GONÇALVES, Alexandre. Exercício físico e fibromialgia: em busca da melhor prescrição para maior adesão. **RPBeCS** 2018; 5 (9): 27-30.

HEYMANN, Roberto Ezequiel; et.al. **Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia.** Rev Bras Reumatol 2010; 5(1): 56-66.

HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. **Novas Diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia.** Rev. Bras. Reumatol 2017; 57(2): 467 – 476.

HOMANN, Diogo et al. **Avaliação da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia: métodos diretos e autorrelatados.** Rev bras Cineantropom. Desempenho Hum 2011; 13(4): p.291-298.

HOMANN, Diogo; et al. **Efeitos de um programa de exercícios físicos combinados sobre características de sono, parâmetros metabólicos e inflamatórios em mulheres com Fibromialgia.** Tese (Doutorado em Educação Física)-Programa de PósGraduação em Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

JÚNIOR, José Oswaldo de Oliveira; ALMEIDA, Mauro Brito. **O tratamento atual da fibromialgia.** BrJP 2018 jul/set; 1 (3): 255-262.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato et al. **Fitoterapia chinesa para redução de estresse, ansiedade e melhoria de qualidade de vida: ensaio clínico randomizado.** Rev. esc. enferm. USP 2016 oct; 50 (5): 853-860.

DE LORENA, Suélem Barros et al. **Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia.** Rev dor [online] 2016; 17(1): 8-11.

MARQUES, Amelia Pacqual et al. **A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura.** Rev Bras Reumatol 2017; 57(4): 356–363.

MARTINEZ, José Eduardo; BEVILACQUA, Juliana Morini; SACOMAN, Débora Laena Barroso. **Influência Do Tipo De Alimentação Na Evolução Dos Sintomas Apresentados Em Pacientes Com Fibromialgia.** Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba, 2015; 17(2): 69-72.

MOLINA, Francisco Manuel Caballero; GARCÍA, Ainara Bernal. **Tratamiento integral de la fibromialgia: el ejercicio físico en mujeres adultas.** Revista Española de Educación Física y Deportes 2019: 427: 71-100.

MORALES, Karina de Oliveira et al. O uso da técnica manual Shiatsu no alívio dos sintomas decorrentes da Fibromialgia. Unisanta Health Science 2019; 3 (1): 1-17.

NESELLO, Luciane Angela Nottar; WACHHOLZ, Luana Bertamoni. **Impacto da educação nutricional no tratamento da síndrome de fibromialgia.** 2018; 10(1): 155-166

OLMO, Rodrigo Díaz, **A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial of pregabalin in the treatment of patients with fibromialgia.** J Rheumatol 2008 Mar; 35: 5021.

PEREA, Daniela Cristina Bianchini Nogueira Moreno. **Fibromialgia: epidemiologia, diagnóstico, fisiopatologia e tratamento fisioterápico.** Fisioterapia Brasil 2003 jul/ago; 4(4): 282-288.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo 2012; 26 (2): 241-250.

PROVENZA, J. R. **Fibromialgia**. Rev. Bras. Reumatol 2004; 44(6): 443-449.

ROBERTO, Marcelo; PATO, Thais Rodrigues. **Fisiopatologia da Fibromialgia**. ACTA FISIATR 2004; 11(2): 78-81.

SANTOS, A. M. B et al. **Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia**. Ver bras Fisioter 2006; 10 (3): 317-324.

SIERRA, Larissa Renata; MARRONE, Lucievelyn. **A influência da alimentação na redução ou no agravamento dos sintomas apresentados em pacientes portadores de fibromialgia**. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa* 2018; 25(48-49): 13-19

SILVA, Kyara Morgana Oliveira Moura et. al. **Efeito da hidrocinestoterapia sobre qualidade de vida, capacidade funcional e qualidade do sono em pacientes com fibromialgia**. Rev Bras Reumatol 2012 nov/dez; 52(6): 851-857.

TAVARES, Cristiane; SAKATA, Rioko Kimiko. **Cafeína para o Tratamento de Dor**. Rev Bras Anesthesiol 2012; 62: 3: 387-401.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2003; 11(4); 525-531.

WALLACE, D.; WALLACE, J. **Tudo sobre Fibromialgia: Guia para Pacientes e seu familiares**. Imago. Rio de Janeiro(RJ);2005.

WEIBACH, Wagner Felipe de Souza. **Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico**. Rev. Associação Médica Brasileira 2002; 48(4):275-296.

WOLFE, Frederick. **The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic**. Annals of the Rheumatic Diseases 1997; 56(4): 268 - 271.

WOLFE, Frederick et al . **The American College Of Rheumatology 1990 Criteria For The Classification Of Fibromyalgia**. Arthritis and Rheumatism 1990; 33,(2): 160 - 172.

ZANCANARO, Flávia Letícia; VERNIZE, Alessandro; ZANCANARO, Ana Paula. **Análise da qualidade de vida através do tratamento fisioterápico e acompanhamento psicológico em paciente portador de fibromialgia: estudo de caso**, 2009.