

Protocolo Municipal de Atenção à Pessoa com Fibromialgia



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA
Secretaria Municipal de Saúde

Protocolo Municipal de Atenção à Pessoa com Fibromialgia

Nova Lima
2026

2026 Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima

Prefeito Municipal
João Marcelo Dieguez Pereira

Vice-prefeita Municipal
Cissa Caroline Ferreira Souza

Secretária Municipal de Saúde
Alice Neto Ferreira de Almeida

Subsecretária Executiva
Sheila Nara Ferreira

Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários
Dayanna Mary De Castro

Subsecretária de Atenção Especializada e Emergencial
Carolina De Castro Figueiredo Resende

Subsecretária de Atenção à Saúde
Karla Morais Seabra Vieira Lima

Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde
Isabel Cristina Alves

Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde
Natália Diegues Marchezini

Elaboração
Adriana Nunes de Oliveira Mendes
Dayanna Mary de Castro
Débora Fernandes Rodrigues
Diego Luiz Gomes Duarte
Edilene Pedrosa
Flávia Cristina Jácome Machado
Isa Gurgel
Liliane Lima Niquini
Patrícia Ferreira Pinto
Patrícia Lopes Silva
Renier de Moraes Torres Junior

Revisão de texto, normalização e formatação
Carolina Andrade Junqueira Lopes

APRESENTAÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma condição clínica caracterizada por dor musculoesquelética crônica e difusa, frequentemente associada a fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas e impacto significativo na qualidade de vida. Apesar de sua elevada prevalência e do importante impacto funcional e social que provoca, o diagnóstico e o manejo da fibromialgia ainda representam desafios para os serviços de saúde, especialmente na organização de fluxos assistenciais e na padronização das condutas clínicas.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa papel central no cuidado às pessoas com dor crônica, sendo responsável pelo acolhimento inicial, pela coordenação do cuidado e pelo acompanhamento longitudinal dos usuários. Dessa forma, torna-se fundamental que os profissionais da rede municipal disponham de instrumentos técnicos que orientem a identificação precoce, o diagnóstico adequado, o manejo clínico e os critérios de encaminhamento de pessoas com suspeita ou diagnóstico de fibromialgia.

O Protocolo Municipal de Atenção à Pessoa com Fibromialgia tem como objetivo organizar e qualificar a assistência prestada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Nova Lima, estabelecendo diretrizes baseadas em evidências científicas e nas recomendações de entidades nacionais e internacionais. O documento busca apoiar a prática clínica dos profissionais, promover maior resolutividade na APS e favorecer a integração entre os diferentes pontos da RAS.

Além disso, o protocolo reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa, que considere não apenas os aspectos físicos da doença, mas também suas dimensões psicológicas, sociais e funcionais. Estratégias terapêuticas não farmacológicas, educação em saúde, estímulo ao autocuidado e promoção da qualidade de vida constituem elementos essenciais no manejo da fibromialgia.

Espera-se que este documento contribua para a qualificação do cuidado, para a racionalização do uso dos serviços de saúde e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com fibromialgia no município.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões para auxiliar na avaliação da dor difusa.....	18
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ferramenta de Triagem Rápida para Fibromialgia	14
Quadro 2 – Critérios diagnósticos de Fibromialgia (Colégio Americano de Reumatologia, 2016).....	17
Quadro 3 – Índice de Dor Generalizada.....	18
Quadro 4 – Escala de Gravidade dos Sintomas.....	20
Quadro 5 – Recomendações do Colégio Americano de Medicina Esportiva para exercícios em pacientes com FM.....	25
Quadro 6 – Recomendações para Profissionais e Pacientes	27
Quadro 7 – Alimentos e seus compostos envolvidos no metabolismo energético muscular, na redução do estresse oxidativo, na modulação da inflamação e nas vias de dor.....	30
Quadro 8 – Medicamentos para Fibromialgia.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAPT	<i>Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks – American Pain Society Pain Taxonomy</i>
ACR	Colégio Americano de Reumatologia
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroides
APS	Atenção Primária à Saúde
CBD	Canabidiol
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CID-11	11ª Classificação Internacional de Doenças
DTM	Disfunção temporomandibular
ECG	Eletrocardiograma
EGS	Escala de Gravidade dos Sintomas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAN	Fator antinuclear
FM	Fibromialgia
FR	Fator reumatoide
GPCR	Receptor acoplado à proteína G
IDG	Índice de Dor Generalizada
IRSN	Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRN	Inibidores da Recaptação de Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MORs	Receptores μ -opioides
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Proteína C Reativa
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUNE	Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais
RM	Repetição Máxima

TGO	Transaminase Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmica Pirúvica
THC	Tetrahydrocannabinol
TSH	Hormônio Tireoestimulante
VHS	Velocidade de Hemossedimentação
VPP	Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 EPIDEMIOLOGIA	10
3 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA	11
4 APRESENTAÇÃO CLÍNICA	13
5 DIAGNÓSTICO	16
5.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	16
5.2 EXAMES LABORATORIAIS	21
6 TRATAMENTO	23
6.1 TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA	23
6.1.1 Educação do paciente	24
6.1.2 Atividade física	24
6.1.3 Intervenção psicossocial	27
6.1.3.1 Abordagem comportamental em grupo	28
6.1.4 Acupuntura	29
6.1.5 Abordagem nutricional	29
6.1.6 Hidroterapia	31
6.1.6.1 Critérios de Inclusão	32
6.1.7 Auriculoterapia	32
6.2 TERAPIA FARMACOLÓGICA	33
6.3 ABORDAGEM EM SAÚDE BUCAL	39
6.3.1 Equipes de saúde bucal da atenção primária	40
6.4 ABORDAGEM EM SAÚDE DO TRABALHADOR	41
7 ABORDAGEM EM REDE	43
7.1 NA APS	43
7.1.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia	44
7.1.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria (EISM)	45
7.1.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psicologia (EISM)	45
7.1.4 Critérios de Alta da Atenção Secundária para a APS	45

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICE A – EDUCAÇÃO DO PACIENTE.....	51
APÊNDICE B – FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO.....	54
APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DE ABORDAGEM	55

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma condição crônica caracterizada por dor musculoesquelética difusa, que acomete entre 2% e 4% da população, com maior prevalência entre mulheres. A doença não é classificada como inflamatória nem autoimune, embora pessoas com outras condições crônicas — especialmente doenças reumáticas — apresentem maior risco de desenvolvê-la¹.

Além da dor generalizada, a FM está frequentemente associada a uma variedade de sintomas, como fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, depressão, ansiedade e alterações cognitivas, incluindo dificuldades de memória, concentração e lentidão no processamento mental. Esses sintomas podem impactar significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes. Observa-se, também, uma elevada frequência de aspectos psicológicos associados, como afeto predominantemente negativo, neuroticismo, alexitimia e catastrofização da dor².

A FM foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sob o código M79.7, inserida na categoria de “transtornos dos tecidos moles não classificados em outra parte”. A partir de 2022, com a implementação da 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), passou a ser classificada sob o código MG30.01, na categoria de “dor crônica generalizada”³.

Apesar de ser amplamente estudada, a FM ainda representa um desafio para os profissionais de saúde, tanto no diagnóstico quanto no manejo clínico. A ausência de um tratamento etiológico específico faz com que as intervenções terapêuticas se concentrem principalmente no controle dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, abordagens terapêuticas multidisciplinares, que combinam estratégias farmacológicas e não farmacológicas, têm sido recomendadas como a forma mais eficaz de cuidado, permitindo uma abordagem mais abrangente e centrada nas necessidades do paciente⁴.

2 EPIDEMIOLOGIA

Em nível mundial, a FM é considerada o terceiro distúrbio musculoesquelético mais comum, após a lombalgia e a osteoartrite⁵. Estima-se que a condição afete entre 2% e 4% da população geral. Essa prevalência pode variar entre países, em função dos critérios diagnósticos adotados, das faixas etárias analisadas e de fatores socioculturais que influenciam a percepção e a expressão dos sintomas^{1,2,5,6}.

A FM apresenta maior prevalência no sexo feminino, com proporção aproximada de três mulheres para cada homem acometido⁵⁻⁷. Em relação à idade, a condição é mais frequentemente diagnosticada entre 30 e 50 anos, embora possa ocorrer tanto em indivíduos mais jovens quanto em pessoas idosas⁷. Em determinados grupos populacionais, a prevalência pode ser ainda mais elevada. Estudos apontam taxas de até 15,2% entre pessoas com doenças reumáticas e de 14,8% entre indivíduos com diabetes mellitus tipo 2⁸.

Pessoas com FM apresentam maior utilização de serviços de saúde quando comparadas à população sem a condição. Estima-se que o consumo médio de serviços seja aproximadamente três vezes maior, refletindo um número elevado de consultas, exames e procedimentos, além do uso frequente de analgésicos. Entre as queixas mais comuns estão dor crônica de intensidade elevada e distúrbios do sono, sintomas que repercutem negativamente no autocuidado, nas relações sociais, na vida profissional e na funcionalidade.

No contexto laboral, há relatos de redução de até 75% da produtividade no trabalho, com variações de até 200% entre casos leves e graves, o que contribui para o aumento dos custos totais associados à doença. A incapacidade laboral pode ser até sete vezes mais frequente em indivíduos com FM quando comparados a pessoas saudáveis, com perda média de três a quatro semanas de trabalho por ano devido à dor³.

Um estudo multicêntrico realizado em 2010, envolvendo países da América do Norte, Ásia e Europa, avaliou 800 pacientes com FM e observou importantes repercussões socioeconômicas da doença: 18% dos participantes relataram perda do emprego, 33% referiram despesas relacionadas à necessidade de auxílio para atividades diárias e 34% informaram ter adiado suas carreiras em decorrência dos sintomas da condição⁵.

3 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A etiologia exata da FM permanece desconhecida. No entanto, acredita-se que sua patogênese resulte da interação de múltiplos fatores, incluindo predisposição genética e fatores ambientais. Entre esses fatores destacam-se a resposta a eventos estressantes — que podem envolver aspectos cognitivos e emocionais —, a presença de doenças associadas à dor ou à inflamação crônicas e alterações na regulação do sistema nervoso^{5,9}. Em conjunto, esses elementos podem levar a modificações neuromorfológicas e a alterações na percepção e no processamento da dor⁵.

Classicamente, indivíduos com FM apresentam hiperalgesia difusa, caracterizada por resposta dolorosa exacerbada diante de estímulos dolorosos, e alodínia, definida como dor desencadeada por estímulos que normalmente não seriam dolorosos. Esses achados indicam disfunção no processamento sensorial, com intensificação da percepção dolorosa e manutenção de um quadro de dor crônica³.

A dor generalizada característica da FM é classificada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como dor nociplástica. Esse tipo de dor resulta de alterações no processamento nociceptivo no sistema nervoso, geralmente na ausência de lesão tecidual identificável que justifique a intensidade dos sintomas⁵.

Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na FM ainda não são totalmente compreendidos. Evidências sugerem aumento da atividade em áreas cerebrais relacionadas ao processamento da dor, o que pode levar à sensibilização central e à amplificação da resposta dolorosa. Estudos também apontam alterações na conectividade e na atividade cerebral associadas à antecipação da dor, além de redução da substância cinzenta em regiões envolvidas no processamento nociceptivo⁵.

Alterações bioquímicas nos neurotransmissores responsáveis pela modulação da dor também têm sido descritas. Observa-se aumento de neurotransmissores excitatórios, como a substância P e o glutamato, associado à redução de neurotransmissores inibitórios, como serotonina e norepinefrina. Esse desequilíbrio contribui para a amplificação dos estímulos dolorosos^{5,9}. Além disso, foram identificadas alterações nos sistemas endógenos de controle da dor, incluindo redução no número de receptores opioides⁵.

A FM não apresenta comportamento típico de doença autoimune e não é classificada como tal. Contudo, alguns pacientes podem apresentar sinais de inflamação crônica de baixo grau, possivelmente relacionados à sensibilização de neurônios envolvidos na transmissão da dor, tornando-os mais excitáveis.

Em determinados casos, também foi descrita a presença de neuropatia de pequenas fibras, condição que afeta fibras nervosas responsáveis pela transmissão de estímulos de dor, temperatura e tato. Essa alteração pode contribuir para sintomas como dor em queimação, disestesia e disfunção autonômica. Dessa forma, levanta-se a hipótese de que estímulos dolorosos periféricos possam iniciar ou reforçar processos nociplásticos, o que também pode explicar a maior prevalência da FM em pacientes com doenças reumáticas⁵.

4 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A apresentação clínica da FM é caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, frequentemente acompanhada de fadiga, distúrbios do sono e alterações cognitivas. O quadro clínico não é igual para todos os pacientes, pois há grande variabilidade quanto aos sintomas, à sua intensidade e aos fatores associados, exigindo abordagem individualizada¹⁰. As principais manifestações clínicas são:

- Dor generalizada ou em múltiplos locais com duração mínima de **três meses**:
 - Inicia-se frequentemente em regiões axiais (pescoço e ombros), progredindo para uma distribuição generalizada.
 - Queixas de mialgia, artralgia e percepção subjetiva de edema articular (sem evidência no exame físico) são comuns. Pode ser persistente ao longo do dia e ter relato de rigidez matinal, que mimetiza quadros inflamatórios sistêmicos.
 - A dor é tipicamente descrita como profunda, podendo ser acompanhada de queimação ou pontadas. É comum o paciente referir que "dói o corpo todo" ou comparar a sensação a um estado gripal permanente. Pode acontecer em repouso ou após movimento.
 - Podem estar presentes alodinia (dor a estímulos não dolorosos), hiperalgesia (resposta dolorosa exagerada), parestesias (ex.: dormência, formigamento) e disestesias (ex.: queimação, ardência, sensação de choque) sem déficit neurológico focal correspondente.
- Fadiga: sensação de exaustão física e mental não aliviada pelo repouso. Manifesta-se de forma desproporcional ao esforço, sendo agravada tanto pelo excesso de atividade quanto pela inatividade.
- Sono tipicamente não reparador ("sono leve"). O paciente frequentemente relata acordar cansado mesmo após horas de repouso.
- Queixas subjetivas de "névoa mental", caracterizadas por lapsos de memória, dificuldade de concentração, perda de atenção e lentidão no raciocínio.
- Alta prevalência de comorbidades, especialmente transtornos de ansiedade e depressão (presentes em cerca de 30% a 50% dos casos no diagnóstico). Catastrofização da dor e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) também são achados comuns.
- Mais de 50% dos pacientes apresentam enxaqueca ou cefaleia tensional crônica.

- **Disfunção Autonômica:** podem ocorrer sintomas como hipotensão ortostática, alterações na frequência cardíaca e sudorese anormal. A Síndrome do Intestino Irritável é uma comorbidade que pode estar presente, compartilhando mecanismos fisiopatológicos relacionados à desregulação do eixo cérebro-intestino e disfunção autonômica.

A Ferramenta de Triagem Rápida para FM (Quadro 1) é um questionário autoaplicável validado que possibilita o rastreamento de pacientes com dor crônica difusa, auxiliando na diferenciação entre FM e outras condições. Um escore ≥ 5 é sugestivo de FM, com sensibilidade de aproximadamente 84–90% e especificidade de cerca de 76–86%, sendo útil o para rastreio tanto em contextos de atenção primária quanto de atenção especializada^{11,12}. Também pode ser empregada para identificar a presença de FM em pacientes com doenças reumatológicas já confirmadas¹³. Não há indicação de rastreio de FM para população em geral.

Quadro 1 – Ferramenta de Triagem Rápida para Fibromialgia

Sintoma	Sim (X)
1. Tenho dor em todo o corpo.	
2. Minha dor é acompanhada por uma fadiga geral contínua e muito desagradável.	
3. Minha dor parece queimações, choques elétricos ou câibras.	
4. Minha dor vem acompanhada de outras sensações incomuns em todo o corpo, como agulhadas, formigamentos ou dormência.	
5. Minha dor está associada a outros problemas de saúde, como problemas digestivos, urinários, dores de cabeça ou pernas inquietas.	
6. Minha dor tem um impacto significativo na minha vida, especialmente no sono e na capacidade de concentração, fazendo com que eu me sinta mais lento(a) em geral.	
Pontuação: 1 (um) ponto para cada resposta “sim”.	
Pontuação total ≥ 5 pontos sugerem fibromialgia.	

Fonte: WINSLOW *et al.*, 2023¹⁰

A presença de determinados achados deve afastar a hipótese isolada de FM e motivar a investigação de outros diagnósticos alternativos ou associados¹⁵, como por exemplo:

- Padrões atípicos de dor: manifestações de dor regional ou isolada; dor de caráter puramente noturno que interrompe o sono; resposta terapêutica a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e corticosteroides, sugerindo etiologia inflamatória.
- Manifestações sistêmicas: febre, perda ponderal inexplicada ou distúrbios de coagulação e sangramentos.
- Alterações focais ao exame físico: evidência de déficit motor objetivo; sinais flogísticos articulares (edema, calor ou rubor); sensibilidade localizada em ênteses; alterações vasculares ou lesões dermatológicas.
- Elevação persistente de marcadores de fase aguda (VHS e PCR), presença de leucocitose ou trombocitose.

5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da FM deve ser realizado de forma eminentemente clínica, com base na avaliação criteriosa da história, dos sintomas e do exame físico, considerando a natureza multifatorial e a heterogeneidade da apresentação clínica. A ausência de exames complementares específicos exige abordagem diagnóstica estruturada, voltada ao reconhecimento dos padrões clínicos característicos, à aplicação de critérios validados e à exclusão de condições com manifestações semelhantes. Para fins deste protocolo, o processo diagnóstico está organizado em avaliação clínica e investigação complementar dirigida para diagnóstico diferencial.

5.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico da FM é estritamente clínico, fundamentado na história do paciente e no exame físico. A ausência de marcadores laboratoriais ou radiográficos específicos pode resultar em múltiplas consultas, com excesso de exames desnecessários e atraso diagnóstico, o que compromete a compreensão e a aceitação social da condição, além da adesão ao tratamento¹⁶. É importante destacar que a FM pode coexistir com outras patologias reumáticas, como artrite reumatoide e lúpus, o que frequentemente dificulta o manejo clínico dessas condições de base⁷.

Deve-se suspeitar de FM diante de quadros de dor crônica (duração ≥ 3 meses) sem causa orgânica ou inflamatória aparente, especialmente se acompanhados de fadiga, distúrbios do sono e alteração do humor. Diversos critérios diagnósticos foram desenvolvidos e permanecem em uso atualmente. Os critérios iniciais do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) baseavam-se na presença de dor generalizada e em múltiplos pontos dolorosos musculares específicos (*tender points*). Com as atualizações de 2010 e 2011, os pontos dolorosos foram substituídos pelo Índice de Dor Generalizada (IDG) e a Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS)¹⁰.

O ACR revisou esses critérios em 2016 (Quadro 2), que atualmente são os mais utilizados, serão os adotados neste protocolo, em razão da boa sensibilidade e especificidade demonstradas tanto em pesquisas quanto na prática clínica^{5,10,17}.

Quadro 2 – Critérios diagnósticos de Fibromialgia (Colégio Americano de Reumatologia, 2016)

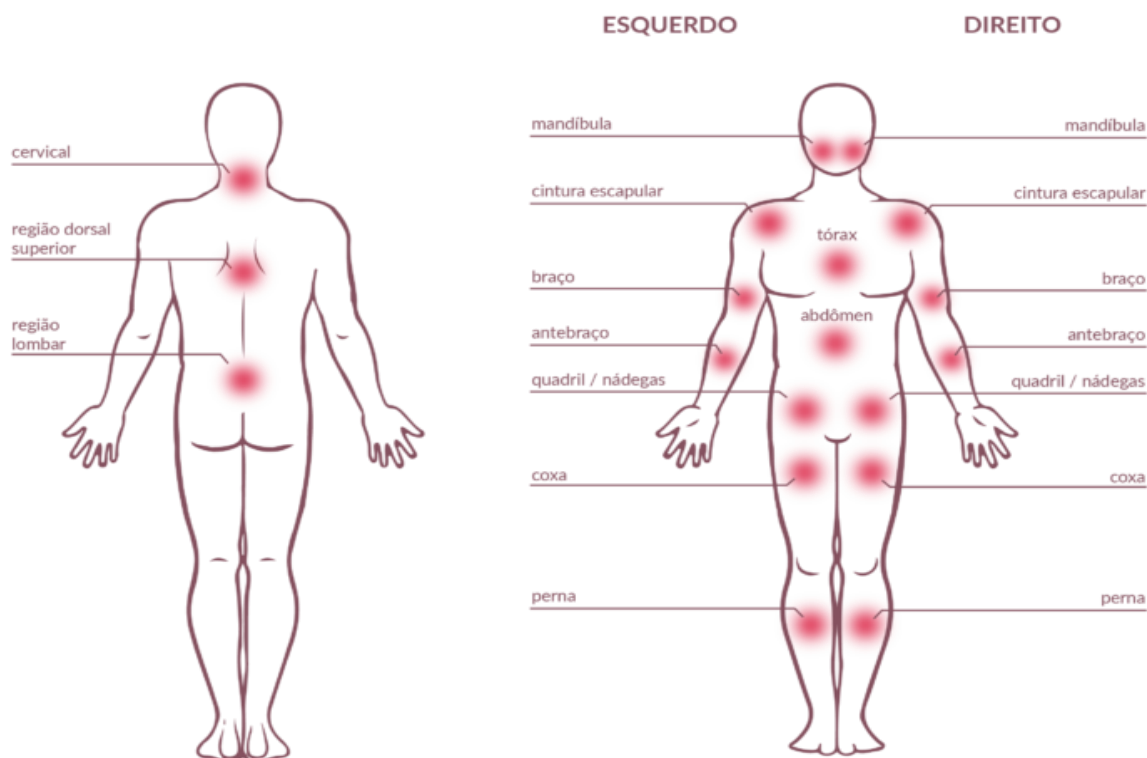
Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se todas as condições forem atendidas.
<ul style="list-style-type: none">• $IDG \geq 7$ e $EGS \geq 5$ ou• IDG de 4-6 e $EGS \geq 9$.
<ul style="list-style-type: none">• Presença de dor generalizada, definida como dor em pelo menos 4 das 5 regiões:<ul style="list-style-type: none">○ ombro/braço esquerdo;○ ombro/braço direito;○ pescoço/costas;○ quadril (nádega/trocânter) /perna esquerda;○ quadril (nádega/trocânter) /perna direita.
<ul style="list-style-type: none">• Os sintomas estão presentes há pelo menos 3 meses.
<ul style="list-style-type: none">• O diagnóstico de fibromialgia é válido independentemente de outros diagnósticos. O diagnóstico de fibromialgia não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes.

Legenda: IDG - Índice de Dor Generalizada; EGS - Escala de Gravidade dos Sintomas.

Fonte: Adaptado de WINSLOW, 2023¹⁰ e UFRGS, 2024¹⁸.

O IDG é obtido pela soma das áreas dolorosas relatadas pelo paciente nos últimos sete dias (Figura 1). A pontuação varia de 0 a 19 pontos (Quadro 3) e deve ser interpretada conforme os critérios diagnósticos descritos no Quadro 2.

Figura 1 – Regiões para auxiliar na avaliação da dor difusa



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2024¹⁸.

Quadro 3 – Índice de Dor Generalizada

(continua)

Área	Sim (X)
Mandíbula Direita	
Mandíbula Esquerda	
Ombro Direito	
Ombro Esquerdo	
Antebraço Direito	
Antebraço Esquerdo	
Braço Direito	
Braço esquerdo	

Quadro 3 – Índice de Dor Generalizada

(conclusão)

Área	Sim (X)
Quadril (nádega/trocânter) Direito	
Quadril (nádega/trocânter) Esquerdo	
Coxa Direita	
Coxa Esquerda	
Perna Direita	
Perna Esquerda	
Região Cervical	
Região Dorsal superior	
Região Lombar	
Região Torácica	
Região Abdominal	
Pontuação: _____	

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS, 2024¹⁸.

A EGS (Quadro 4) avalia sintomas considerados características-chave da FM, como fadiga, sintomas cognitivos e queixas somáticos, e deve ser interpretada conforme os critérios diagnósticos descritos no Quadro 2.

Quadro 4 – Escala de Gravidade dos Sintomas

Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS – escore de 0 a 12)				
a) Gravidade de sintomas (0 a 9): nos últimos 7 dias.				
	Ausente (0 pontos)	Alterações leves/ intermitentes (1 ponto)	Sintomas moderados consideráveis, frequentemente (2 pontos)	Sintomas graves, contínuos, que prejudicam a vida diária (3 pontos)
Fadiga				
Sintomas cognitivos (dificuldade de memória, concentração)				
Sono não restaurador				
Pontuação Item a: _____				
b) Sintomas com os quais o paciente se sentiu incomodado nos últimos 6 meses (0 a 3): cada sintoma presente corresponde a 1 ponto.				
Cefaleia				
Dor ou cólica abdominal				
Depressão				
Pontuação Item b: _____				
Pontuação Total (Itens a + b): _____				

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS, 2024¹⁸.

5.2 EXAMES LABORATORIAIS

Embora não sejam essenciais para o diagnóstico da FM, os exames laboratoriais podem ser realizados para descartar outras doenças que apresentem sintomas semelhantes. A investigação deve ser direcionada de acordo com os sinais e sintomas, para evitar resultados falso-positivos, que geram ansiedade e retardam o manejo adequado.

Exames a serem solicitados para diagnóstico diferencial^{14,16}:

- Hemograma completo: avaliação de anemias ou processos infecciosos/inflamatórios.
- Marcadores de fase aguda (VHS e PCR): auxiliam na exclusão de doenças inflamatórias sistêmicas (geralmente normais na FM).
- Função tireoidiana (TSH): para exclusão de hipo e hipertireoidismo.
- Glicose: exclusão de diabetes.
- Creatinina: avaliação da função renal.
- TGO, TGP e fosfatase alcalina: exclusão de lesão hepatocelular.
- Cálcio: para exclusão de hiperparatireoidismo.

Outros exames que devem ser considerados de acordo com a suspeita clínica:

- Vitamina D (25-OH), ferritina, saturação de transferrina: indicados em pacientes com fadiga proeminente ou distúrbios cognitivos.
- Vitamina B12: se houver sintomas neuropáticos ou uso de medicações que interfiram em sua absorção.
- Creatina quinase (CK): se houver suspeita objetiva de miopatia (ex.: fraqueza muscular proximal simétrica).
- Função hepática completa e eletrólitos: de acordo com a suspeita clínica.
- Testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (IST): de acordo com as recomendações de rastreio e suspeita clínica

A solicitação rotineira de fator reumatoide, FAN e anti-CCP não é recomendada, a menos que o histórico e o exame físico sejam sugestivos de doença autoimune ou que os índices inflamatórios iniciais (VHS e/ou PCR) estejam alterados. Esses testes podem ser positivos em pessoas saudáveis e apresentam baixo Valor Preditivo Positivo (VPP) em contexto de

baixa suspeita clínica de doença reumática. Exames de imagem também só devem ser solicitados diante de alterações ao exame físico.

6 TRATAMENTO

O manejo da FM deve ser multidisciplinar e centrado no paciente, com foco em estratégias não farmacológicas e apoio farmacológico de acordo com os sintomas. Os objetivos principais incluem^{10,16,19}:

- Educação e autoeficácia: empoderar o paciente por meio de informações claras sobre a condição, validando a realidade da sua dor e incentivando a autogestão do cuidado e a adesão a medidas não farmacológicas.
- Controle sintomático e funcional: reduzir a intensidade da dor crônica, a fadiga e os distúrbios do sono, visando a melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida global.
- Pactuação de metas reais: estabelecer, em decisão compartilhada, objetivos terapêuticos realistas.
 - Na dor crônica, reduções entre 30% e 50% na escala de dor são consideradas clinicamente significativas.
- Identificação e tratamento de condições coexistentes: reconhecer e tratar adequadamente condições associadas, como transtornos de ansiedade, depressão ou apneia do sono, que possam exacerbar os sintomas da FM ou dificultar a participação ativa do paciente no tratamento.
- Individualização das intervenções: ajustar as estratégias terapêuticas de acordo com o perfil predominante de sintomas (ex.: foco no sono, na dor ou na saúde mental), respeitando as preferências e o contexto socioeconômico do usuário.

6.1 TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA

As intervenções não farmacológicas constituem a base do tratamento da FM e devem ser ofertadas de forma prioritária a todos os pacientes, independentemente da intensidade dos sintomas. Essas estratégias apresentam melhor impacto na funcionalidade, na redução da dor, na qualidade do sono, na saúde mental e na qualidade de vida, especialmente quando combinadas entre si e adaptadas às necessidades individuais. A escolha das modalidades terapêuticas deve considerar o perfil clínico predominante, as preferências do paciente, a disponibilidade RAS e a viabilidade de adesão a longo prazo.

6.1.1 Educação do paciente

A educação do paciente é fundamental na abordagem da FM. Informar os pacientes sobre o diagnóstico, a fisiopatologia e as manifestações clínicas pode transmitir segurança, aumentar a satisfação, reduzir os sintomas e diminuir a procura por serviços de saúde^{5,10,12}. Essa estratégia deve incentivar o protagonismo do paciente na elaboração e execução do seu plano terapêutico, facilitando a adesão a intervenções não farmacológicas. Recomenda-se a utilização de materiais educativos escritos e instruções claras sobre as metas terapêuticas e os resultados esperados, visando fortalecer o vínculo e a eficácia do tratamento a longo prazo¹².

6.1.2 Atividade física

O treinamento aeróbico, ou exercício de resistência cardiorrespiratória, é fundamental no tratamento não farmacológico da FM. Esta modalidade promove a melhora da capacidade cardiorrespiratória e está consistentemente associada à redução da percepção de dor, atenuação da fadiga e melhora da funcionalidade e qualidade de vida. A prescrição deve ser feita considerando níveis de intensidade adequados para obter os benefícios ideais¹³. Recomenda-se começar com intensidades baixas a moderadas e progredir gradualmente, evitando sobrecarga e agravamento dos sintomas^{10,13}.

O treinamento de força inclui exercícios que exigem a aplicação de força contra uma resistência, como pesos livres, máquinas, peso corporal ou faixas elásticas. Esse tipo de exercício pode diminuir a percepção da dor, melhorar a qualidade de vida, reduzir a fadiga e aumentar a força e a capacidade funcional. Os exercícios de resistência são eficazes na redução da dor quando realizados em intensidade moderada a alta, em 1 a 2 séries de 4 a 20 repetições, duas vezes por semana, durante 8 a 12 semanas. Na prática clínica, observou-se que a introdução progressiva de exercícios de fortalecimento e com supervisão melhora a confiança do paciente em sua capacidade física, ajudando a reduzir o medo do movimento¹³.

O treinamento de flexibilidade é caracterizado por movimentos articulares em uma amplitude completa de movimento e alongamentos sustentados em posições específicas. Este tipo de exercício demonstrou reduzir a percepção da dor e melhorar a qualidade de

vida. Além disso, o alongamento ajuda a melhorar a mobilidade e pode ser particularmente benéfico em pacientes com rigidez matinal¹³.

As recomendações do Colégio Americano de Medicina Esportiva para exercícios em pacientes com FM (Quadro 5) se concentram na implementação de programas de exercícios que sejam seguros e eficazes na melhoria dos sintomas e da qualidade de vida¹³.

Quadro 5 – Recomendações do Colégio Americano de Medicina Esportiva para exercícios em pacientes com FM

(continua)

	Aeróbico	Resistência	Flexibilidade
Frequência	Comece de 1 a 2 vezes por semana, aumentando gradualmente para 2 a 3 vezes por semana.	2 a 3 vezes por semana, 48 horas de descanso entre as sessões.	2 a 3 vezes por semana.
Intensidade	Início leve, progredindo gradualmente para moderado.	Carga de 40% a 80% de uma repetição com a carga máxima (1 RM). Progredir gradualmente para 60% a 80% de 1 RM na fase concêntrica*.	Alongamento dentro dos limites da dor, até o ponto de tensão ou desconforto leve.
Tempo	Comece com 10 minutos por dia e aumente gradualmente para 30 a 60 minutos por dia, conforme sua tolerância.	Força: Aumente gradualmente, conforme sua tolerância, de 4 a 5, de 8 a 12 repetições, aumentando de 1 a 2 a 4 séries por grupo muscular, com pelo menos 2 a 3 minutos entre as séries. Resistência: 15 a 20 repetições, aumentando de 1 a 2 séries com um intervalo de descanso menor.	Mantenha cada alongamento por 10 a 30 segundos.

Quadro 5 – Recomendações do Colégio Americano de Medicina Esportiva para exercícios em pacientes com FM

(conclusão)

Tipo	Exercícios de baixo impacto (por exemplo, exercícios aquáticos, caminhada, dança e outros movimentos aeróbicos com música, natação, ciclismo).	Peso corporal, faixas de resistência, halteres, pesos de pulso/tornozelo, aparelhos de musculação. Para resistência aquática, use dispositivos para manipular a turbulência (velocidade, superfície).	Alongamentos estáticos (passivos e/ou ativos) para todos os principais grupos musculares e tendinosos. Alongamentos dinâmicos também podem ser realizados.
-------------	--	---	--

*Repetição Máxima (RM): é a quantidade máxima de peso que uma pessoa consegue levantar em um único movimento completo, com técnica correta. RM concêntrico: Refere-se especificamente à carga máxima suportada durante a fase de encurtamento do músculo (ex: o momento de levantar o peso). Para definição da repetição máxima e prescrição da progressão adequada, o paciente deverá ser avaliado pelo profissional de Educação Física da e-Multi.

Fonte: GÓMEZ TOLEDO *et al.*, 2025¹³.

A resposta ao exercício em pacientes com FM pode variar consideravelmente devido à heterogeneidade da condição. Fatores como gravidade e duração dos sintomas, nível de condicionamento físico, características psicológicas e preferências pessoais influenciam a eficácia das intervenções. Pacientes com FM podem apresentar respostas adrenérgicas atenuadas ao exercício, o que contribui para o aumento da fadiga muscular e da dor durante a atividade física. Além disso, podem sentir aumento da dor e da fadiga durante e após o exercício, especialmente após contrações concêntricas. Lidar com o medo do movimento e os comportamentos de evitação é fundamental para melhorar a adesão ao exercício. Estratégias como educação do paciente, definição de metas realistas, apoio social e a inclusão de atividades prazerosas podem ser úteis¹³. O Quadro 6 abaixo apresenta recomendações para profissionais de saúde e pacientes:

Quadro 6 – Recomendações para Profissionais e Pacientes

Plano Individualizado	Os programas de exercícios devem ser adaptados às necessidades, habilidades e preferências do paciente. Fatores como comorbidades, limitações físicas e disponibilidade de recursos devem ser considerados.
Progressão gradual	Comece com intensidades baixas e aumente gradualmente conforme tolerado.
Supervisão profissional	O envolvimento de profissionais qualificados é fundamental para instruir adequadamente o paciente e prevenir lesões.
Educação e motivação	Informe o paciente sobre os benefícios do exercício, estabeleça metas alcançáveis e incentive o autocuidado.
Monitoramento e ajuste	Use ferramentas de acompanhamento para avaliar a resposta ao exercício e ajustar o programa conforme necessário.
Intervenção multidisciplinar	A colaboração entre profissionais de saúde é essencial para abordar os múltiplos aspectos da FM.

Fonte: GÓMEZ TOLEDO *et al.*, 2025¹³.

6.1.3 Intervenção psicossocial

Como a FM é uma condição dolorosa, frequentemente subdiagnosticada, com respostas variáveis às diferentes opções terapêuticas, é comum que os pacientes intensifiquem a percepção dos sintomas, apresentem ruminação (preocupação constante com a dor) e sintam frustração, o que afeta negativamente tanto o prognóstico quanto à adesão ao tratamento. Por isso, uma equipe multidisciplinar que inclua suporte em saúde mental é essencial⁵.

A abordagem psicossocial tem como objetivo avaliar criticamente pensamentos recorrentes relacionados à dor, a evitação de experiências dolorosas e os efeitos desses pensamentos. Essa abordagem direciona-se, sobretudo, às crenças fortemente arraigadas sobre comportamentos que poderiam piorar ou melhorar a dor, promovendo, em vez disso, o desenvolvimento de comportamentos voltados para a realização de objetivos alinhados aos valores e à qualidade de vida do indivíduo¹².

O *mindfulness* é outra técnica recomendada, com benefícios demonstrados na melhora da qualidade do sono e na redução da ansiedade e da depressão. Essa técnica é baseada na aceitação da própria condição, pensamentos e sofrimento sem julgamento. É igualmente relevante abordar as condições psiquiátricas coexistentes, já que se estima que aproximadamente 60% dos pacientes com FM apresentem ansiedade generalizada, 30% apresentem sintomas depressivos no momento do diagnóstico e até 74% desenvolvam depressão ao longo do curso da doença⁵.

6.1.3.1 Abordagem comportamental em grupo

Considerando que a experiência dolorosa é singular e influenciada por fatores cognitivos, emocionais e socioculturais, a linha de cuidado da FM deve contemplar uma abordagem interdisciplinar e centrada na pessoa. As crenças, interpretações e expectativas individuais podem amplificar ou atenuar a percepção da dor, tornando fundamental a inclusão de estratégias psicoterapêuticas baseadas em evidências.

Ao longo do processo terapêutico, o paciente é estimulado a desenvolver auto-observação e reflexão crítica, aprendendo a avaliar as evidências de seus pensamentos e a construir interpretações mais realistas e funcionais. Essa mudança cognitiva repercute diretamente na resposta emocional e comportamental frente à dor, contribuindo para a redução da incapacidade, para a melhora da autoestima, para a diminuição de sintomas ansiosos e depressivos e para o fortalecimento da autonomia.

A reorganização do foco atencional e a modificação de crenças disfuncionais possibilitam maior adesão ao plano terapêutico, melhor manejo medicamentoso, quando indicado, e retomada progressiva das atividades cotidianas e do convívio social.

A intervenção grupal deve ser estruturada, voltada para pacientes com dor crônica. Sugere-se organizar em ciclos de aproximadamente 10 a 12 encontros semanais, com duração média de 1h30min cada, contemplando grupos de tamanho reduzido para favorecer vínculo, troca de experiências e participação ativa. O foco central é o fortalecimento da autoeficácia, entendida como a crença do indivíduo em sua capacidade de manejar a dor e manter suas atividades, mesmo diante das limitações impostas pela FM²⁰.

O conteúdo programático da abordagem psicossocial em grupo inclui:

- Identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais relacionados à dor.
- Redução de padrões de má adaptação e evitação.
- Treino de estratégias de desvio atencional e regulação emocional.
- Planejamento de atividades e mudança comportamental gradual.
- Uso de diário de dor para registro de sintomas, gatilhos e estratégias utilizadas.
- Desenvolvimento de metas realistas e progressivas.

6.1.4 Acupuntura

A acupuntura, incluindo a eletroacupuntura, é recomendada como terapia complementar para o manejo da dor e rigidez na FM, especialmente no curto prazo e seus benefícios a longo prazo dependem de tratamento de manutenção. Seus efeitos biológicos estão relacionados à modulação de sistemas antinociceptivos opioides endógenos e à influência em neurotransmissores como serotonina e substância P.

Embora evidências demonstrem melhora no bem-estar global, na insônia e nos sintomas depressivos, as revisões sistemáticas indicam resultados inconsistentes quando a técnica é comparada à acupuntura simulada (placebo). Dessa forma, a intervenção pode ser considerada como parte de uma abordagem multidisciplinar, respeitando a disponibilidade da rede e a preferência do paciente, considerando que os seus efeitos imediatos e prolongados não se restringem à redução da dor, podendo incluir a diminuição de sintomas como insônia e depressão, além da promoção de melhora no bem-estar dos pacientes^{10,15,21}.

6.1.5 Abordagem nutricional

O papel das intervenções nutricionais no manejo dos sintomas gastrointestinais em pacientes com FM tem sido evidenciado em estudos recentes. A alimentação exerce um papel complementar importante no manejo dos sintomas, especialmente da dor crônica e da inflamação, impactando a qualidade de vida.

Os alimentos e seus compostos podem contribuir para a atenuação da dor, da fadiga, da inflamação e de sintomas neuropsiquiátricos. Compostos como curcumina, coenzima Q10, ácido alfa-lipóico, carnitina, vitaminas do complexo B, vitaminas antioxidantes, vitamina D e minerais, como magnésio e ferro (Quadro 7), atuam principalmente na melhora do metabolismo energético muscular, na redução do estresse oxidativo, na modulação da inflamação e na influência sobre as vias de dor central e periférica.

Além disso, polifenóis e carotenoides, presentes em dietas ricas em vegetais, frutas, sementes e especiarias, demonstram efeitos antinociceptivos e anti-inflamatórios em modelos pré-clínicos e alguns estudos clínicos²².

Quadro 7 – Alimentos e seus compostos envolvidos no metabolismo energético muscular, na redução do estresse oxidativo, na modulação da inflamação e nas vias de dor

Composto	Alimentos Fonte
Curcumina	Cúrcuma (açafraão-da-terra), curry.
Coenzima Q10	Carnes (especialmente vísceras), peixes (sardinha, atum), oleaginosas.
Ácido alfa-lipoico	Espinafre, brócolis, tomate, vísceras.
Carnitina	Carnes vermelhas, frango, peixes, leite e derivados.
Vitaminas do complexo B	Cereais integrais, carnes, ovos, leite, vegetais verde-escuros, leguminosas.
Vitaminas antioxidantes	Frutas cítricas, acerola, oleaginosas, cenoura, abóbora, vegetais verde-escuros.
Vitamina D	Peixes gordurosos, gema de ovo, fígado; síntese pela exposição solar.
Magnésio	Vegetais verde-escuros, leguminosas, oleaginosas, sementes, cereais integrais.
Ferro	Carnes, fígado, leguminosas e vegetais verde-escuros.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Padrões alimentares ricos nestes compostos podem contribuir para a modulação da inflamação, do estresse oxidativo e, possivelmente, do eixo intestino–cérebro, também envolvido na fisiopatologia da doença. Nesse contexto, tem sido destacada a possível participação da microbiota intestinal na síndrome.

Evidências indicam que desequilíbrios na microbiota (disbiose) podem contribuir para a fisiopatologia da FM ao afetar a comunicação intestino–cérebro, a permeabilidade intestinal e o processamento central da dor. Pacientes com FM apresentam alterações específicas na composição bacteriana, incluindo redução de bactérias benéficas, como *Bifidobacterium*, envolvidas na produção de GABA, e aumento de espécies associadas à inflamação, o que pode favorecer um estado de hiperexcitabilidade nociceptiva.

Além disso, mudanças em bactérias produtoras de ácidos graxos de cadeia curta podem comprometer a integridade da barreira intestinal. Estudos recentes sugerem que a modulação da microbiota pode melhorar dor, fadiga e sono, reforçando o potencial da microbiota intestinal como alvo terapêutico promissor no manejo da FM²².

Considerando o exposto, é essencial que os profissionais de saúde adotem estratégias, como o estímulo ao consumo de vegetais, de modo a garantir bom aporte de fibras, nutrientes e compostos bioativos atuantes no manejo dos sintomas da FM. A inclusão diária de frutas, legumes, verduras, grãos integrais e oleaginosas (castanhas, nozes, amêndoas etc) é importante para garantir a oferta de componentes protetores e faz parte da estratégia nutricional na FM.

6.1.6 Hidroterapia

O exercício aquático aproveita as propriedades físicas da água, como flutuabilidade e resistência, para reduzir o impacto nas articulações e facilitar o movimento. Uma revisão sistemática constatou que o treinamento aeróbico aquático e o treinamento de força melhoram a dor, a fadiga, o impacto da FM, a depressão, a função física e a saúde mental, sem diferenças significativas entre eles. Para pacientes com sobrepeso ou osteoartrite, o exercício aquático pode ser especialmente benéfico, pois reduz o estresse articular e pode melhorar a adesão a um programa de exercícios¹³.

O serviço de hidroterapia será oferecido como recurso terapêutico complementar à reabilitação fisioterapêutica convencional. Para tanto, é necessário que o paciente esteja frequente em reabilitação em ambulatório ou domicílio, ou tenha realizado o tratamento nos últimos 03 meses comprovados por relatório do técnico responsável. A inclusão na

hidroterapia é precedida de diagnóstico, indicação médica (ortopedista, reumatologista e neurologista) com relatório específico e/ou indicação fisioterápica.

A partir da avaliação fisioterápica realizada no CER III/ FAENOL, o paciente com indicação para iniciar a hidroterapia será inserido no MÓDULO DE 4 MESES oferecido pelo serviço. O módulo deverá ocorrer na frequência de 2 sessões por semana, a fim de favorecer a efetividade e os benefícios duradouros dos exercícios terapêuticos realizados no meio aquáticos²³.

As sessões poderão ocorrer em grupos de até 4 pacientes, com duração de 40 minutos cada, duas vezes por semana, durante 4 meses.

6.1.6.1 Critérios de Inclusão

O paciente indicado à hidroterapia deverá preencher os seguintes requisitos:

- residir em Nova Lima;
- estar inserido e frequente em serviço de reabilitação fisioterapêutica convencional ou domiciliar, ou ter realizado reabilitação convencional nos últimos 03 meses (apresentar relatório do fisioterapeuta responsável pela última reabilitação, justificando a necessidade deste tratamento).

OBS: Em situações que o paciente não preencha os critérios descritos, torna-se necessário iniciar a reabilitação convencional para posterior encaminhamento para hidroterapia.

6.1.7 Auriculoterapia

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) considera a orelha um microssistema de reflexologia capaz de influenciar vísceras, órgãos, músculos e ossos quando estimulada. A auriculoterapia tem sido proposta como tratamento integrativo, especialmente em casos de mialgias, sendo citada na literatura mesmo antes do mapeamento preciso das localizações corporais. A estimulação dos acupontos auriculares, mediada pelo sistema nervoso, pode reduzir desordens em diferentes regiões corporais²¹.

A auriculoterapia é recomendada como uma prática integrativa adjuvante no manejo da dor crônica, apresentando-se como uma intervenção de baixo custo, segura e de fácil implementação na APS²⁴. A técnica pode promover a redução da intensidade dolorosa e a melhora na funcionalidade física.

No entanto, seus benefícios clínicos devem ser interpretados como complementares, não devendo substituir modalidades terapêuticas de maior robustez científica, como o exercício aeróbico, as intervenções psicossociais e o tratamento farmacológico otimizado.

6.2 TERAPIA FARMACOLÓGICA

A farmacoterapia deve ser entendida como parte de uma abordagem multimodal, sendo indicada para pacientes com sintomas moderados a graves ou que não obtiveram resposta satisfatória às medidas não farmacológicas. É fundamental pactuar expectativas: os medicamentos possuem eficácia modesta (geralmente em menos de 50% dos pacientes) e raramente eliminam a dor por completo, visando, principalmente, à melhora funcional. As medicações mais comumente utilizadas e estudadas para FM são antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina e nortriptilina), relaxantes musculares (por exemplo, ciclobenzaprina), inibidores da recaptção de serotonina-norepinefrina (ISRN) (por exemplo, duloxetina) e ligantes alfa-2 (por exemplo, pregabalina e gabapentina)^{10,19}.

A escolha da medicação deve ser feita de acordo com as diferentes manifestações clínicas da condição ou comorbidades associadas. Não há evidências de que um medicamento tenha maior eficácia clínica do que outro para todos os pacientes com FM¹⁹. Recomenda-se iniciar o tratamento com um único fármaco, em dose baixa, realizando aumento gradual até alcançar a posologia recomendada. O medicamento deve ser mantido por, no mínimo, três meses, a fim de garantir um teste terapêutico adequado, salvo em situações em que os efeitos adversos se tornam intoleráveis. Se houver resposta clínica satisfatória, o tratamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses. Alguns pacientes podem permanecer com essa medicação indefinidamente, especialmente quando contribuir também para o tratamento de outras condições coexistentes, enquanto outros podem ter a dose reduzida gradualmente. Nos casos em que não se observa resposta após um teste terapêutico adequado, é necessário avaliar a adesão ao uso do medicamento, verificar se as medidas não farmacológicas foram

devidamente otimizadas e descartar a presença de outras condições que possam demandar intervenções adicionais¹⁰.

A avaliação do sucesso terapêutico na FM deve ser multidimensional, ponderando expectativas realistas e priorizando o ganho de funcionalidade sobre a remissão completa da dor. Além disso, os sintomas costumam flutuar ao longo do tempo e podem piorar temporariamente à medida que os pacientes aumentam a atividade física. Embora o alívio sintomático possa ocorrer precocemente com doses baixas das medicações, uma melhora clínica significativa requer meses de intervenção.

Considera-se o quadro refratário quando há persistência ou agravamento dos sintomas após um teste terapêutico adequado (de um a três meses), que inclua otimização farmacológica e adesão a medidas não farmacológicas. Diante da falha terapêutica, na reavaliação clínica, deve-se investigar^{10,16}:

- Barreiras à adesão ou ao aumento gradual da dose até as doses terapêuticas: presença de efeitos colaterais limitantes (relatado por relatados por 40% dos pacientes para descontinuar o tratamento), dificuldades de acesso ou baixa aceitabilidade das terapias.
- Eficácia: a falta de eficácia foi relatada por 23% dos pacientes como causa para interromper a medicação. Deve-se verificar se houve algum benefício com a medicação ou se ela foi completamente ineficaz. Avaliar também se há discrepâncias entre a percepção da dor e o alcance de metas funcionais (ex.: melhora na mobilidade apesar da dor estável).
- Fatores de Exacerbação: manejo inadequado de comorbidades (como apneia do sono e transtornos de humor) e a coexistência de dor nociceptiva periférica (osteoartrite, tendinopatias), que podem exigir abordagens específicas concomitantes.
- Adesão a intervenções não farmacológicas: deve verificar a compreensão do paciente sobre a importância das intervenções farmacológicas e suas experiências com atividade física, abordagem psicossocial e higiene do sono.

Na ocorrência de falha terapêutica ou intolerância a efeitos adversos, a substituição do fármaco deve ser orientada pelos sintomas predominantes e pelo mecanismo de ação da classe de medicamento já testada. Recomenda-se a transição para uma monoterapia alternativa (ex.: substituição de tricíclicos por IRSN e/ou ligantes alfa-2). A suspensão do

fármaco em doses moderadas a altas deve ser gradual para prevenir síndromes de abstinência.

A terapia combinada é uma alternativa para pacientes com resposta parcial e boa tolerabilidade ao regime atual, visando a combinação de múltiplos mecanismos de ação. Diversas combinações podem ser eficazes e a associação de diferentes classes em doses submáximas é uma estratégia comum para otimizar a analgesia e tratar comorbidades distintas simultaneamente. A seleção dos agentes deve ser personalizada, considerando-se a disponibilidade na rede, o custo-efetividade e a ausência de interações medicamentosas que os contraindiquem²⁵.

Embora não existam dados suficientes para apoiar o uso rotineiro de qualquer combinação medicamentosa específica na FM, alguns exemplos foram testados e podem ser alternativas com boas respostas²⁵:

- Uma dose baixa de um ISRS (por exemplo, fluoxetina) ou ISRN (por exemplo, duloxetina) pela manhã, associada a uma dose baixa de um tricíclico (por exemplo amitriptilina) à noite.
- Uma dose baixa de um ISRN (por exemplo, duloxetina), pela manhã associada a uma dose baixa de um ligante alfa-2 (por exemplo, gabapetina) à noite.

Esse protocolo trará os principais fármacos estudados para o tratamento da FM (Quadro 8), com destaque para os estão disponíveis na Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (REMUME - Nova Lima) ou Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Desta forma, sugerimos a seguinte abordagem farmacológica^{10,16,19,26}:

- **Amitriptilina:**
 - Iniciar com uma dose baixa de amitriptilina (10mg) administrada de 1 a 3 horas antes de dormir, aumentando a dose conforme tolerância e resposta terapêutica. Na REMUME de Nova Lima está disponível na formulação de 25mg, podendo ser partida ao meio para iniciar o tratamento.
 - As doses de amitriptilina estudadas na FM foram de 25 a 50mg, frequentemente administradas em dose única ao deitar-se.

- Espera-se melhora em sintomas como dor, fadiga, distúrbios do sono, humor deprimido e na qualidade de vida em cerca de 25% a 45% dos pacientes.
- Em pacientes que respondem à medicação, mantemos a menor dose que produza uma resposta significativa por pelo menos 12 meses. Alguns pacientes podem permanecer com essa medicação indefinidamente, enquanto outros podem ter a dose reduzida gradualmente.
- **Nortriptilina:**
 - Embora a amitriptilina seja o tricíclico mais estudado na FM, a nortriptilina surge como uma alternativa terapêutica, especialmente para pacientes com menor tolerância a efeitos adversos. Apesar de as evidências em ensaios clínicos serem mais restritas, dados comparativos sugerem uma eficácia clínica equivalente no controle dos sintomas. A principal vantagem da nortriptilina é apresentar menor incidência de sedação, hipotensão postural e manifestações anticolinérgicas quando comparada à amitriptilina.
 - Dosagem inicial de 10 a 25mg/dia na hora de dormir. Aumentar 10 a 25mg a cada 7 dias, até 100mg/dia se necessário e conforme tolerância.
- **Ciclobenzaprina:**
 - A estrutura molecular da ciclobenzaprina é semelhante a outros tricíclicos (diferença de uma ligação dupla) e no modo de ação na FM, embora não seja usada para tratar a depressão. Não há evidências que estabeleçam a superioridade terapêutica de um fármaco sobre o outro, dessa forma a escolha deve ser considerada pelo perfil de tolerabilidade do paciente e pela disponibilidade na REMUME.
 - Iniciar com uma dose baixa (5 a 10mg) cerca de 1 hora antes da hora de dormir e aumentar conforme tolerado, chegando a 10mg a 40mg/dia divididos em 1 a 3 vezes, se necessário. No entanto, geralmente limitamos a dose a 10 a 20mg a noite devido à sedação mais acentuada.
- **Pregabalina:**
 - Em pacientes com distúrbio do sono significativo, pode ser considerada como terapia inicial. Pode atuar na dor e na melhora do sono, fadiga e qualidade de vida.
 - Iniciar com dose de 25 a 50mg ao deitar-se, aumentando em 25 a 50mg a cada duas a quatro semanas, seja em dose única à noite ou dividida em duas doses, conforme tolerado.

- A posologia recomendada de pregabalina em ensaios clínicos é de 300 a 450mg por dia. Alguns pacientes podem responder a doses mais baixas e não precisarem de aumento adicional.
- **Gabapentina:**
 - A pregabalina e a gabapentina têm mecanismos de ação semelhantes, no entanto, as evidências sobre a eficácia da gabapentina são limitadas. Dessa forma, a medicação pode ser indicada nos casos em que o custo dificultarem a prescrição de pregabalina, uma vez que a gabapentina está disponível na CEAF para pacientes com “Dor crônica intratável” (CID-10, R52.1) ou “Outra dor crônica” (CID-10, R52.2).
 - Em pacientes com distúrbio do sono significativo, pode ser considerada como terapia inicial. Pode atuar na dor e na melhora do sono, fadiga e qualidade de vida.
 - Iniciar com uma dose de 300mg ao deitar-se, aumentando a dose a cada duas a quatro semanas. A dose recomendada é de 1200 a 2400mg por dia (geralmente em doses divididas, tomadas de uma a três vezes ao dia), mas alguns pacientes podem responder a doses mais baixas.
- **Duloxetina:**
 - Estudos sugerem que a duloxetina oferece maior alívio da dor em comparação com o placebo e outros antidepressivos, como sertralina, paroxetina, fluoxetina e bupropiona.
 - Iniciar com 30 mg/dia, administrada pela manhã com alimentos, podendo ser aumentada, conforme tolerado. A dose média eficaz em ensaios clínicos de FM tem sido de 60 mg/dia.
- **Fluoxetina:**
 - Pode ser útil no tratamento da FM, mas os dados que apoiam seu uso são limitados. O uso de ISRS pode ser indicado para pacientes que não podem usar outros medicamentos com maior evidência ou para condições coexistentes.
 - Iniciar 20mg/dia e aumentar gradualmente conforme resposta e tolerância até 80mg/dia. Tomar 1 vez ao dia, frequentemente pela manhã.

Quadro 8 – Medicamentos para Fibromialgia

Medicamento	Benefícios Potenciais	Dose Inicial	Dose Recomendada	Efeitos Adversos
Amitriptilina Disponível na REMUME (25mg)	Redução da dor.	10mg/noite	25 a 50mg/noite	Boca seca; constipação; tontura; visão turva; hipotensão; retenção urinária; sonolência; prolongamento do intervalo ECG*; ganho de peso.
Nortriptilina Disponível na REMUME (10mg, 25mg e 50mg)	Redução de dor.	10 a 25mg/noite	Até 100mg/noite	Semelhantes à amitriptilina.
Ciclobenzaprina	Redução da dor.	5 a 10mg/noite	10 a 40mg/dia em 1 a 3 doses divididas (geralmente 10 a 20mg/noite)	Sonolência; convulsão; arritmias; confusão; boca seca; constipação; retenção urinária.
Pregabalina	Redução da dor. Redução da fadiga. Melhora do sono. Melhora da qualidade de vida.	25 a 50mg/noite	Até 450mg/dia, à noite ou dividida em duas doses.	Tontura; sonolência; boca seca; visão turva.
Gabapentina Disponível na CEAF (300mg e 400mg)	Redução da dor. Redução da fadiga. Melhora do sono. Melhora da qualidade de vida.	300mg/noite	1200 a 2400mg/ (geralmente tomadas de uma a três vezes ao dia).	Semelhantes à pregabalina.
Duloxetina	Redução da dor.	20 a 30mg/manhã	60mg/manhã	Náuseas; boca seca; sonolência; fadiga; constipação; diminuição do apetite
Fluoxetina Disponível na REMUME (20mg)	Melhora de humor.	20mg/manhã	20 a 80mg/dia	Redução do apetite; náusea; diarreia; constipação; boca seca; insônia; sedação; agitação; tremores; cefaleia; tontura; disfunção sexual.

*ECG basal é recomendado para pacientes com mais de 50 anos.

Fonte: WINSLOW et al., 2023¹⁰, Uptodate 202¹⁹, Stahl²⁶.

Outras medicações, embora comumente usadas, não possuem evidências e não devem ser usadas de rotina ou sem outras indicações para além da FM^{10,16,19,26,37}.

- **Analgésicos comuns:**

- Apesar de ser amplamente utilizado, não há evidência suficiente para determinar o benefício nessa condição. Podem ser usadas como adjuvante sintomático em crises agudas nociceptivas sobrepostas, como por exemplo inflamação tecidual.

- **Anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e Glicocorticóides:**

- Não são recomendados para FM devido à falta de evidências de melhoria dos resultados em comparação com o placebo.

- **Opióides:**

- Geralmente não são recomendados para pacientes com FM, pois não atuam na sensibilização central e apresentam riscos significativos de dependência e outros efeitos adversos.

- **Naltrexona:**

- Alguns estudos sugerem que Naltrexona em baixas doses podem apresentar algum potencial, porém a qualidade da evidência permanece baixa, e mais estudos são necessários. Dessa forma, não deve ser recomendada para tratamento de FM.

- **Canabinóides:**

- As evidências para uso de compostos a base de tetrahydrocannabinol (THC) e o canabidiol (CBD) ainda são limitadas. Os canabinóides não são recomendados como tratamento de primeira linha para FM devido à evidência limitada de benefício e riscos bem documentados. Limitações metodológicas, falta de estudos longitudinais e preocupações com segurança impedem a recomendação para uso rotineiro.

6.3 ABORDAGEM EM SAÚDE BUCAL

O acolhimento das demandas de saúde bucal dos pacientes com FM apresenta desafios específicos, uma vez que as manifestações orofaciais da síndrome podem se sobrepor ou agravar queixas iniciais²⁸⁻³¹.

6.3.1 Equipes de saúde bucal da atenção primária

Visando às melhores práticas das equipes de saúde bucal da APS, com ênfase no acolhimento humanizado e no manejo interdisciplinar, é fundamental compreender a diversidade das manifestações orofaciais. Dentre elas, destacam-se:

- Dor orofacial: frequentemente associada à disfunção temporomandibular e a quadros de cefaleia e sintomas otológicos^{29,32}.
- Disfunção temporomandibular (DTM): dor e disfunção na articulação temporomandibular e nos músculos mastigatórios, com sintomas como dor facial, limitação da abertura bucal, ruídos articulares, cefaleia e dor miofascial^{30,33}.
- Xerostomia: sensação de boca seca decorrente da redução do fluxo salivar, podendo estar relacionada à própria síndrome ou ao uso de medicamentos^{28,34}.
- Glossodinia: sensação de queimação na língua ou mucosa oral, na ausência de alterações clínicas evidentes³⁵.
- Disgeusia: alteração do paladar, frequentemente descrita como gosto metálico ou amargo³⁴.
- Redução do limiar de dor: caracterizada por hipersensibilidade ao toque e à pressão durante procedimentos odontológicos^{28,31}.
- Bruxismo: hábito parafuncional de apertar ou ranger os dentes, geralmente durante o sono, podendo resultar em desgaste dentário, dor muscular e cefaleia³³.

Essas manifestações podem se sobrepor a outras condições clínicas, dificultando o diagnóstico e o manejo adequados, além de poderem ser exacerbadas por intervenções odontológicas. A hipersensibilidade à dor e a ansiedade frequentemente associadas a esses pacientes tornam o atendimento mais desafiador, exigindo abordagens individualizadas e humanizadas²⁸⁻³¹.

A anamnese detalhada é fundamental para a adequada condução clínica, devendo contemplar o histórico da doença, a presença de comorbidades, o uso de medicamentos, as condições orofaciais atuais e pregressas, bem como os hábitos do paciente. Essa etapa deve ser seguida por avaliação clínica criteriosa, incluindo exames intra e extraorais e, quando indicado, exames complementares^{28,33}.

O exame clínico deve incluir:

- Histórico da FM e comorbidades associadas.
- Queixas orofaciais atuais e pregressas.
- Avaliação da intensidade e frequência da dor.
- Uso de medicamentos.
- Hábitos orais (como onicofagia).

O exame físico deve contemplar:

- Inspeção da face e pescoço.
- Avaliação da musculatura mastigatória (palpação).
- Avaliação da amplitude de movimento da mandíbula.
- Avaliação da articulação temporomandibular.
- Exame da mucosa oral (incluindo sinais de xerostomia e lesões).
- Exame periodontal (inflamação, sangramento).
- Avaliação da oclusão dentária.

O manejo da FM é complexo e deve ser conduzido de forma multidisciplinar. O cirurgião-dentista inserido na atenção primária deve atuar de maneira integrada com a equipe de saúde, priorizando abordagens conservadoras, com foco em procedimentos não invasivos e reversíveis.

Essa conduta visa à prevenção de cárie e doença periodontal por meio da promoção de hábitos de higiene bucal adequados, além do manejo da dor orofacial e da xerostomia, reduzindo a necessidade de intervenções mais invasivas^{36,43}.

6.4 ABORDAGEM EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Embora a FM não seja uma condição clínica causada pelo trabalho e não integre a lista específica de notificação compulsória, em alguns casos pode haver impacto da doença nas atividades laborais. Pacientes relatam que os sintomas afetam a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho.

Contudo, a avaliação da incapacidade é particularmente desafiadora, uma vez que a dor é uma sensação subjetiva e, na FM, não pode ser compreendida dentro de um modelo clássico de doença com dano tecidual. Ainda assim, a condição pode acarretar afastamentos do trabalho e prejuízos funcionais importantes⁽³⁹⁾.

Pacientes com diagnóstico de fibromialgia podem apresentar agravamento da sintomatologia ao realizar atividades inseridas em sistemas produtivos rígidos, com ritmo acelerado e elevada exigência temporal, como ocorre em linhas de montagem. Não estão definidos, até o momento, os limites biomecânicos, ou mesmo os critérios de redução, modificação ou limitação motora dos trabalhadores com esta síndrome⁽⁴⁰⁾.

No entanto, há indicações de que o trabalhador possa manter suas atividades laborais com ajustes no ritmo, na produtividade e na organização do processo de trabalho. Na maioria dos casos, é positivo buscar alternativas que preservem a atividade laboral, sempre com atenção à individualização da avaliação e à análise de cada situação concreta.

Portanto, deve-se observar a Norma Regulamentadora 17, que estabelece diretrizes e requisitos para adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, com o objetivo de proporcionar conforto, segurança, saúde e desempenho eficiente no trabalho⁽⁴¹⁾.

As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário dos postos de trabalho, ao trabalho com máquinas, equipamentos e ferramentas manuais, às condições de conforto no ambiente de trabalho e à própria organização do trabalho.

Caso, durante a anamnese, o profissional de saúde identifique a presença de riscos relevantes no ambiente laboral — sejam eles de natureza individual ou coletiva — recomenda-se o encaminhamento da situação à Divisão de Saúde do Trabalhador, vinculada ao Departamento de Vigilância em Saúde, para que, quando pertinente, seja realizada a Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho, com inspeção e análise das condições de trabalho e dos fatores de risco presente, bem como definição de estratégias de intervenção e acompanhamento, conforme a necessidade identificada.

7 ABORDAGEM EM REDE

A abordagem da FM deve ser estruturada em rede, de forma articulada entre os diferentes pontos de atenção do sistema de saúde, garantindo cuidado longitudinal, integral e centrado na pessoa. Considerando o caráter crônico, multifatorial e frequentemente incapacitante da condição, o manejo deve priorizar a coordenação do cuidado pela APS, com apoio matricial, integração multiprofissional e fluxos bem definidos para os demais níveis de atenção, conforme a complexidade clínica e as necessidades identificadas (ver Apêndice B – Fluxograma de diagnóstico e Apêndice C – Fluxograma de abordagem).

A linha de cuidado deve contemplar acolhimento, confirmação diagnóstica, estratificação da gravidade, elaboração de plano terapêutico singular, acompanhamento contínuo e reavaliações periódicas, assegurando a articulação entre ações de promoção da saúde, reabilitação, saúde mental, práticas integrativas, assistência farmacêutica, saúde bucal e saúde do trabalhador. O encaminhamento para atenção especializada deve ocorrer de forma criteriosa, nos casos de dúvida diagnóstica, refratariedade terapêutica, presença de comorbidades complexas ou necessidade de intervenções específicas não disponíveis na APS.

7.1 NA APS

O manejo dos usuários com FM deve ocorrer prioritariamente na APS, com foco no acompanhamento multidisciplinar e no fortalecimento do tratamento não medicamentoso como pilar do cuidado, estimulando mudanças comportamentais, estratégias de enfrentamento dos problemas do cotidiano, adesão a um estilo de vida saudável e prática de atividade física de acordo com a preferência e a possibilidade de cada cidadão. É essencial respeitar os aspectos culturais da pessoa, da família e da comunidade em que está inserida, considerando a realidade, os limites e a capacidade funcional de cada indivíduo.

- **Acolhimento – porta de entrada**
 - Usuário comparece à UBS com queixa de dor difusa e crônica (>3 meses), associada à fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas, sintomas ansiosos ou depressivos.

- Acolhimento e escuta qualificada pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Agendamento de consulta médica na APS.
- **Avaliação médica**
 - Confirmação diagnóstica conforme tópicos 4 e 5 do protocolo;
 - Abordagem conforme tópico 6 deste protocolo, incluindo demais necessidades e recomendações de intervenções conforme idade, sexo, ciclo de vida e comorbidades.
 - Elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) com a equipe multiprofissional e o paciente para os casos mais complexos.
- **Encaminhamento para atenção secundária³⁶**
 - O manejo dos pacientes pode e deve ser realizado principalmente no contexto da APS.
 - O encaminhamento para a atenção secundária deve ser realizado em caso de incerteza diagnóstica ou dificuldade no controle dos sintomas, após tratamento clínico otimizado.
 - Casos de dúvida no diagnóstico ou manejo podem ser discutidos no Telessaúde de antes de ser encaminhado, evitando encaminhamentos desnecessários.

7.1.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia³⁶

O encaminhamento para a Reumatologia deve ocorrer de forma criteriosa, como estratégia de apoio diagnóstico e terapêutico nos casos em que a complexidade clínica ultrapasse a capacidade resolutive da APS. Sempre que possível, recomenda-se discussão prévia com o Telessaúde, a fim de qualificar a tomada de decisão, fortalecer a coordenação do cuidado e evitar encaminhamentos desnecessários.

- Suspeita de doença articular inflamatória ou outras condições reumatológicas.
- Dúvida diagnóstica após adequada avaliação e discussão com Telessaúde.
- Ausência de resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por pelo menos 6 meses.
- Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de FM (localidade de dor, com características clínicas e tempo de evolução, fadiga, alterações do sono, associação com sintomas cognitivos e quais, outros sinais e sintomas relevantes);
- paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não), se afirmativo, especificar quais são os medicamentos em uso;
- tratamento em uso ou já realizado para FM: medidas não farmacológicas (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados, com dose, posologia e resposta à medicação.
- Registro de discussão com Telessaúde, se realizada.

7.1.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria (EISM)

O encaminhamento para a Psiquiatria (EISM) deve ser considerado quando os sintomas psíquicos associados à FM apresentarem maior gravidade, complexidade ou refratariedade ao manejo inicial realizado na APS. A atuação especializada tem como objetivo qualificar o diagnóstico diferencial, otimizar o tratamento medicamentoso e psicoterapêutico e apoiar a equipe de referência na condução compartilhada dos casos com maior impacto funcional e sofrimento mental³⁷.

7.1.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psicologia (EISM)

O encaminhamento para a Psicologia (EISM) deve ser considerado quando os sintomas psíquicos associados à FM apresentarem maior gravidade, complexidade ou refratariedade ao manejo inicial realizado na intervenção psicossocial realizada pela equipe e-Multi. Os casos devem ser discutidos em matriciamento entre as equipes, para definição da melhor abordagem disponível.

7.1.4 Critérios de Alta da Atenção Secundária para a APS

A alta do acompanhamento na atenção secundária deve ser realizada mediante o alcance das metas terapêuticas propostas ou quando o cuidado deste nível de atenção não agregar benefícios adicionais ao manejo que pode ser feito na APS. A alta do especialista focal não significa alta do tratamento, que deve continuar sendo realizado e otimizado na APS.

A alta pressupõe a definição de um plano terapêutico de manutenção. Para que a continuidade do cuidado seja garantida adequadamente na APS, o contrarreferenciamento deve refletir o que foi realizado na atenção secundária. Ele precisa fornecer segurança para que o profissional da APS mantenha ou ajuste o tratamento sem a necessidade de um novo encaminhamento imediato. Diante de necessidades futuras, poderá ser feito novos matriciamento ou encaminhamento, garantindo a continuidade e a integralidade da assistência dentro da RAS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de alta da atenção secundária:

- Alcance de metas funcionais e controle satisfatório da dor (ainda que residual) por meio de um esquema terapêutico otimizado.
- Exclusão de artropatias inflamatórias, doenças autoimunes ou outras condições reumatológicas que exijam acompanhamento conjunto com especialidade focal.
- Estabilização de quadros psiquiátricos graves ou distúrbios do sono que anteriormente impediam o manejo clínico exclusivo pela APS.

Conteúdo descritivo mínimo que a contrarreferência para a APS deve ter:

- Confirmação do diagnóstico de fibromialgia e/ou registro de exclusão de outras patologias reumatológicas ou psiquiátricas suspeitadas na ocasião do referenciamento ou durante o compartilhamento do cuidado.
- Plano terapêutico de manutenção: relação dos medicamentos em uso, incluindo doses, posologia e tempo previsto de uso na dose atual.
- Breve relato das medicações testadas que falharam (por ineficácia ou intolerância) para evitar a reintrodução desnecessária de fármacos ineficazes na APS.
- Orientações sobre possíveis ajustes ou troca de medicamentos em caso de flutuações dos sintomas ou efeitos colaterais comuns do esquema atual.

- Metas funcionais atingidas: descrição do status funcional atual do paciente (ex: melhora no padrão do sono, retorno a atividades físicas ou laborais) para servir de parâmetro comparativo no monitoramento pela APS.
- Critérios específicos que justificariam uma nova consulta com o especialista focal.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Rheumatology. Fibromyalgia [Internet]. Atlanta: American College of Rheumatology; 2025 [citado 2025 set 9]. Disponível em: <https://rheumatology.org/patients/fibromyalgia>
2. Galvez-Sánchez CM, Reyes del Paso GA. Diagnostic criteria for fibromyalgia: critical review and future perspectives. *J Clin Med*. 2020;9(4):1219. doi:10.3390/jcm9041219.
3. Almanza APMC, Cruz DS, Oliveira-Júnior SA, Martinez PF. Etiologia e fisiopatologia da fibromialgia. *HSJ*. 2023;13(3):3-9. doi:10.21876/rchsci.v13i3.1420. Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/1420
4. Dumont MF, Dias RS, Veiga RMP, Araujo IMCS, Silva KMF, Andrade MC, *et al*. Manejo da fibromialgia: uma revisão de literatura. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(9):31-40. doi:10.36557/2674-8169.2024v6n9p31-40.
5. Ulloa P, Cruz JF, Migueles DR, Zamorano PS. Fibromialgia: puesta al día y revisión de literatura. *Rev Med Maule*. 2024;39(2):89-99. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1578276>
6. Oliveira L, Monteiro EAB, Lisboa W. Percepção de pacientes com fibromialgia sobre diagnóstico, convívio e impacto psicológico da doença. *BrJP*. 2025;8:e20250031. doi:10.63231/2595-0118.20250031. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/P7xJYnKKr393t6bSfq7WDTk/?lang=pt>
7. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Fibromialgia e doenças articulares inflamatórias [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia; 2022 [citado 2025 set 5]. Disponível em: <https://reumatologia.org.br>
8. Cereceda-Muriel C, Valdés-Silva M, Chacón-Pérez D, Concha-Valdebenito D. Efectos de la terapia manual en personas con fibromialgia: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Investig Innov Cienc Salud*. 2024;6(2):219-247. doi:10.46634/riics.273. Disponível em: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2665-20562024000200219
9. Santos NPF, Borges GC. O impacto do treinamento aquático aeróbico no tratamento farmacológico de mulheres com fibromialgia. *Perquirere*. 2024;21(1):241-252. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/article/view/3174/3144>
10. Winslow BT, Vandal C, Dang L. Fibromyalgia: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2023;107(2):137-144. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0200/fibromyalgia.html>
11. Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atendimento em fibromialgia em adultos na atenção primária à saúde [Internet]. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2025 [citado 2025 set 5]. Disponível em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/8146849b081fe26d8adac9e89467fa149c6508c2.pdf>
12. Jones EA, Asaad F, Patel N, Jain E, Abd-Elseyed A. Management of fibromyalgia: an update. *Biomedicines*. 2024;12(6):1266. doi:10.3390/biomedicines12061266. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11201510/>

13. Gómez Toledo N, Smith Plaza R, Levenier González M. Efectividad y beneficios del ejercicio físico en pacientes con fibromialgia: una revisión bibliográfica. *Rehabil Integr.* 2025;18(1):9-18. doi:10.51230/ri.v18i1.97. Disponível em: <https://www.rehabilitacionintegral.cl/index.php/RI/article/view/97/88>
14. Goldenberg DL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. In: Schur PH, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado 2026 fev 10]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>
15. Pereira HSS, Nunes MS, Ribeiro CJN, Ribeiro MCO. Efeitos da acupuntura na fibromialgia: revisão integrativa. *BrJP.* 2021;4(1):68-71. doi:10.5935/2595-0118.20210010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/QB4DPVxhSRpfpv9PxpqPZbVs/?lang=pt>
16. DynaMed. Fibromyalgia [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2026 [citado 2026 mar 30]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/fibromyalgia>
17. Souza PEA, Silva AP, Pereira RG, Gonçalves GG, Pereira TCC, Amorim MF, *et al.* Avanços na abordagem terapêutica da fibromialgia: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2022;11(14):e272111436292. doi:10.33448/rsd-v11i14.36292. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36292>
18. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS-UFRGS. Quando suspeitar e como realizar a investigação de fibromialgia? [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2 dez. 2024. Disponível em: <https://telessauders.ufrgs.br/perguntas/quando-suspeitar-e-como-realizar-a-investigacao-de-fibromialgia>
19. Goldenberg DL, Kaplan M. Fibromyalgia: treatment in adults. In: Wallace DJ, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025 [citado 2026 abr 13]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/fibromyalgia-treatment-in-adults>
20. Shpaner M, Kelly C, Lieberman G, Perelman H, Davis M, Keefe FJ, *et al.* Unlearning chronic pain: a randomized controlled trial to investigate changes in intrinsic brain connectivity following cognitive behavioral therapy. *Neuroimage Clin.* 2014;5:365-376. doi:10.1016/j.nicl.2014.07.008.
21. Deare JC, Zheng Z, Xue CCL, Liu JP, Shang J, Scott SW, *et al.* Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD007070. doi:10.1002/14651858.CD007070.pub2.
22. Antonelli A, Bianchi M, Fear EJ, Giorgi L, Rossi L. Management of fibromyalgia: novel nutraceutical therapies beyond traditional pharmaceuticals. *Nutrients.* 2025;17(3):530. doi:10.3390/nu17030530.
23. Larsson A, Palstam A, Löfgren M, Ernberg M. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther.* 2015;17:161. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4489359/pdf/13075_2015_Article_679.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Universidade Federal de Santa Catarina. Guia de auriculoterapia para dor crônica baseado em evidências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2026 abr 9]. 36 p.

- Disponível em: https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2023/06/Guia-dor_cronica_final.pdf-26_06_2023.pdf
25. Kang JH, Choi SE, Park DJ, Lee SS. Disentangling diagnosis and management of fibromyalgia. *J Rheum Dis.* 2022;29(1):4-13. doi:10.4078/jrd.2022.29.1.4.
 26. Stahl SM. Fundamentos de psicofarmacologia de Stahl: guia de prescrição [recurso eletrônico]. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
 27. Hsu M, Shah A, Jordan A, Gold MS, Hill KP. Therapeutic use of cannabis and cannabinoids: a review. *JAMA.* 2026;335(4):345-359. doi:10.1001/jama.2025.19433.
 28. Jeon Y. Fibromyalgia: practical considerations for oral health care providers. *J Dent Anesth Pain Med.* 2020;20(5):263-269. doi:10.17245/jdapm.2020.20.5.263.
 29. de Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Orofacial pain and fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(4):292-298.
 30. Plesh O, Wolfe F, Lane N. The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders. *J Rheumatol.* 1996;23(11):1948-1952.
 31. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions. *Semin Arthritis Rheum.* 2008;37(6):339-352.
 32. Balasubramaniam R, Klasser GD, Delcanho R. Trigeminal autonomic cephalalgias and orofacial pain. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):681-700.
 33. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2020.
 34. Scully C. Oral symptoms in systemic disease. *Br Dent J.* 2000;188(6):307-316.
 35. Zakrzewska JM. Burning mouth syndrome (glossodynia). *BMJ Clin Evid.* 2013;2013:1301.
 36. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Protocolos de regulação ambulatorial: reumatologia adulto [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2022 [citado 2026 abr 13]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>
 37. Arnold LM. Management of psychiatric comorbidity in fibromyalgia. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8(3):241-245. doi:10.1007/s11920-006-0030-2.
 38. Goldenberg DL. Patient education: fibromyalgia (beyond the basics). In: Wallace DJ, editor; Case SM, deputy editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025 [citado 2026 abr 16]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/fibromyalgia-beyond-the-basics>.
 39. Cordeiro RA. Assessment of workers with fibromyalgia: what should occupational physicians know? *Rev Bras Med Trab.* 2023;21(2):e2022870. doi:10.47626/1679-4435-2022-870.
 40. Helfenstein Junior M, Goldenfum MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(3):358-365.
 41. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 17: Ergonomia [Internet]. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [citado 2026 abr 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/>

APÊNDICE A – EDUCAÇÃO DO PACIENTE

1. O que é a Fibromialgia?

É uma síndrome de dor crônica caracterizada por dor muscular generalizada e sensibilidade aumentada em diversas partes do corpo. A causa da fibromialgia ainda não é bem conhecida, mas sabe-se que diversos fatores físicos ou emocionais podem desempenhar um papel no desencadeamento dos sintomas.

A fibromialgia é uma doença real, e sua dor não é "coisa da sua cabeça". Mas é importante entender que ela não se deve a uma infecção não diagnosticada ou persistente e que os sintomas não representem os "estágios iniciais" de uma condição mais grave, que ainda não está diagnosticada. Assim, nem sempre é necessária uma busca incessante por alterações que apareçam em um exame.

O diagnóstico é clínico, através da avaliação dos sintomas e do exame físico. Exames laboratoriais e de imagem são úteis apenas para excluir outras doenças que o médico tenha suspeitado. Não há alterações em exames que levem ao diagnóstico da fibromialgia ou que excluam a doença. Dessa forma, fazer vários exames, desde os mais comuns aos mais complexos, na maioria das vezes, não ajuda a entender o quadro.

Sintomas Principais: dor generalizada (ou "difusa"), crônica e persistente. Ela pode ser percebida como "profunda" e ser acompanhada de queimação ou pontadas. Pode haver também a sensação de dor a estímulos que habitualmente não seriam dolorosos, dormência ou formigamento. É comum sentir fadiga intensa, sono que não descansa, sensação de "confusão mental" (dificuldade de memória ou concentração), dores de cabeça, entre outros. Muitos pacientes com fibromialgia sentem que suas articulações estão inchadas ou rígidas, mesmo não haja inflamação visível nas articulações.

A fibromialgia não é uma doença inflamatória ou autoimune: diferente da artrite, a fibromialgia não causa danos permanentes às articulações ou músculos, e não causa deformidades.

2. Pilares do Tratamento

O tratamento funciona melhor quando você combina diferentes estratégias. O objetivo principal não é apenas reduzir a dor, mas melhorar sua qualidade de vida e função. É

fundamental que você e os profissionais de saúde que te acompanham estabeleçam metas reais para alcançar. Na maioria das vezes os sintomas não vão melhorar por completo, por melhor que seja o tratamento, mas é possível viver melhor e ter mais funcionalidade.

O tratamento não farmacológico é o mais importante e com maior potencial de alívio sobre os sintomas. Para alguns pacientes pode ser necessário o apoio do uso de medicamentos, sempre mantendo a abordagem não farmacológica.

2.1 Atividade Física

O exercício é a intervenção mais eficaz para melhorar a dor e o humor a longo prazo.

Comece devagar: natação, caminhada e ciclismo são ótimas opções. Sentir um aumento da dor no início é uma adaptação normal do corpo, e tende a melhorar com o tempo.

Meta: o ideal é atingir 30 minutos de atividade, três vezes por semana.

Outras atividades como Tai Chi e Ioga podem contribuir para fortalecer os músculos e reduzir o estresse.

2.2 Higiene do Sono

Como o sono ruim piora a dor, tratar distúrbios como apneia ou insônia é prioridade. Procure manter horários regulares e um ambiente escuro e silencioso.

2.3 Medicação

Geralmente, os analgésicos comuns (como dipirona e paracetamol) não auxiliam a melhora da dor da fibromialgia. Os anti-inflamatórios (como por exemplo o ibuprofeno), os corticoides (como por exemplo a prednisona) e os opioides (por exemplo codeína ou tramadol) atuam em mecanismos diferentes e não são úteis para a fibromialgia.

Alguns antidepressivos, anticonvulsivantes e relaxantes musculares, são geralmente os medicamentos mais usados para melhorar o sono, o humor e diminuir a sensibilidade nervosa, quando necessária a intervenção farmacológica. No entanto, uma medicação mais eficaz para todos os casos. A escolha vai depender de quais são os sintomas predominantes. Em alguns casos pode ser necessário combinar mais de uma medicação.

2.4 Cuidado com a Mente

As intervenções psicossociais ajudam a mudar a forma como o cérebro processa o estresse e a dor, quebrando o ciclo de sofrimento.

As abordagens em grupos ou individuais são importantes para controle dos sintomas.

3. Convivência com a fibromialgia

Atualmente, não existe cura para a fibromialgia. O tratamento se concentrará em minimizar o impacto da doença em sua vida, melhorar a qualidade de vida e aliviar os sintomas.

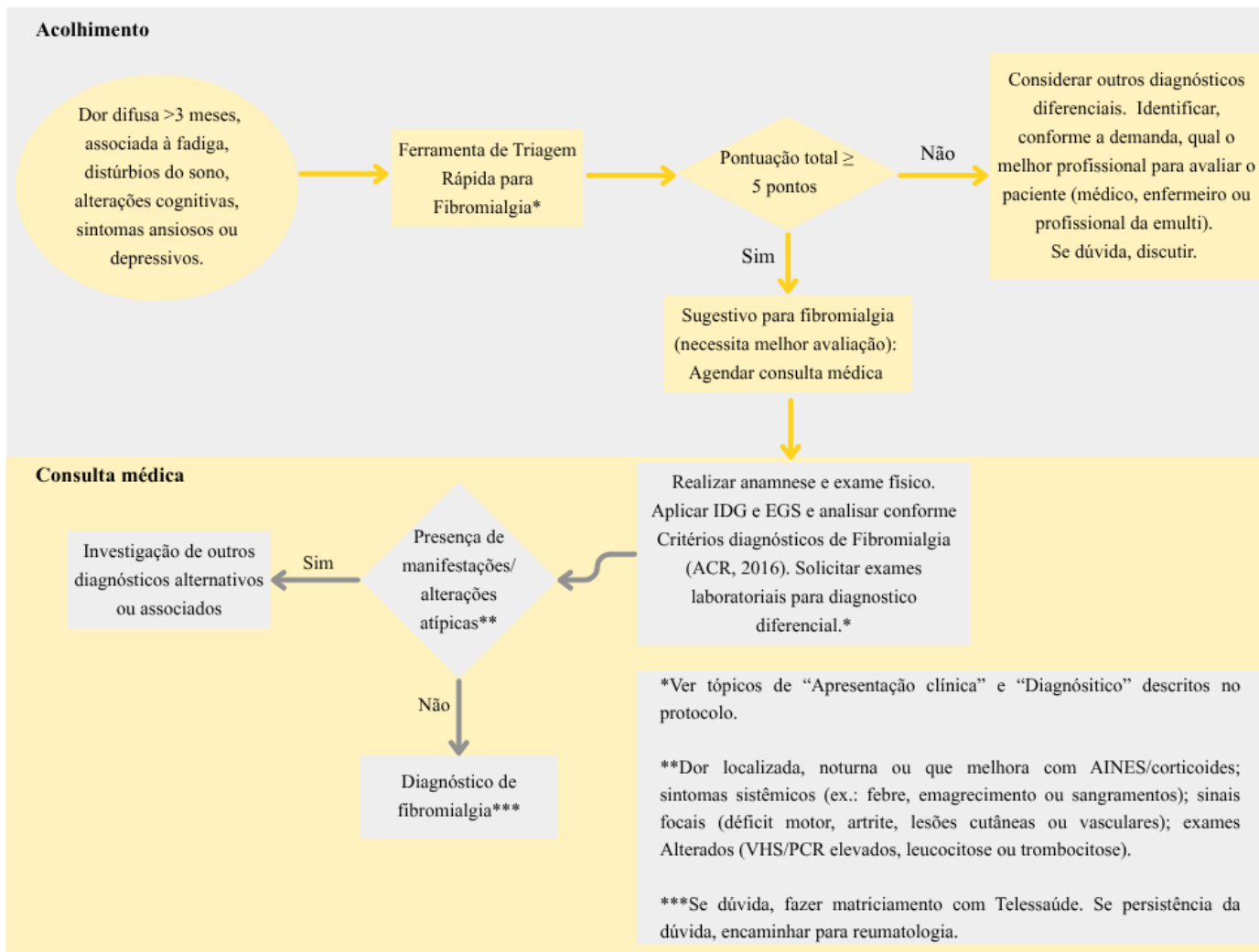
Mantenha-se ativo: evite o repouso absoluto. A inatividade física pode aumentar a rigidez e a sensibilidade.

Equilibre o ritmo: aprenda a alternar períodos de atividade com repouso. Não tente fazer tudo nos dias em que se sente bem. E nos dias que se sente mal, tente fazer o que for possível.

Desmistifique a doença: entender que a dor não significa que esteja apresentando uma doença mais grave ou que possa levá-lo à morte pode ajudar a reduzir o medo e a ansiedade.

Lembre-se: a fibromialgia varia de pessoa para pessoa. O grau em que ela impacta o dia a dia de uma pessoa varia, e a situação de cada um é única. Com o suporte da equipe de saúde e sua participação ativa, é possível levar uma vida produtiva e satisfatória.

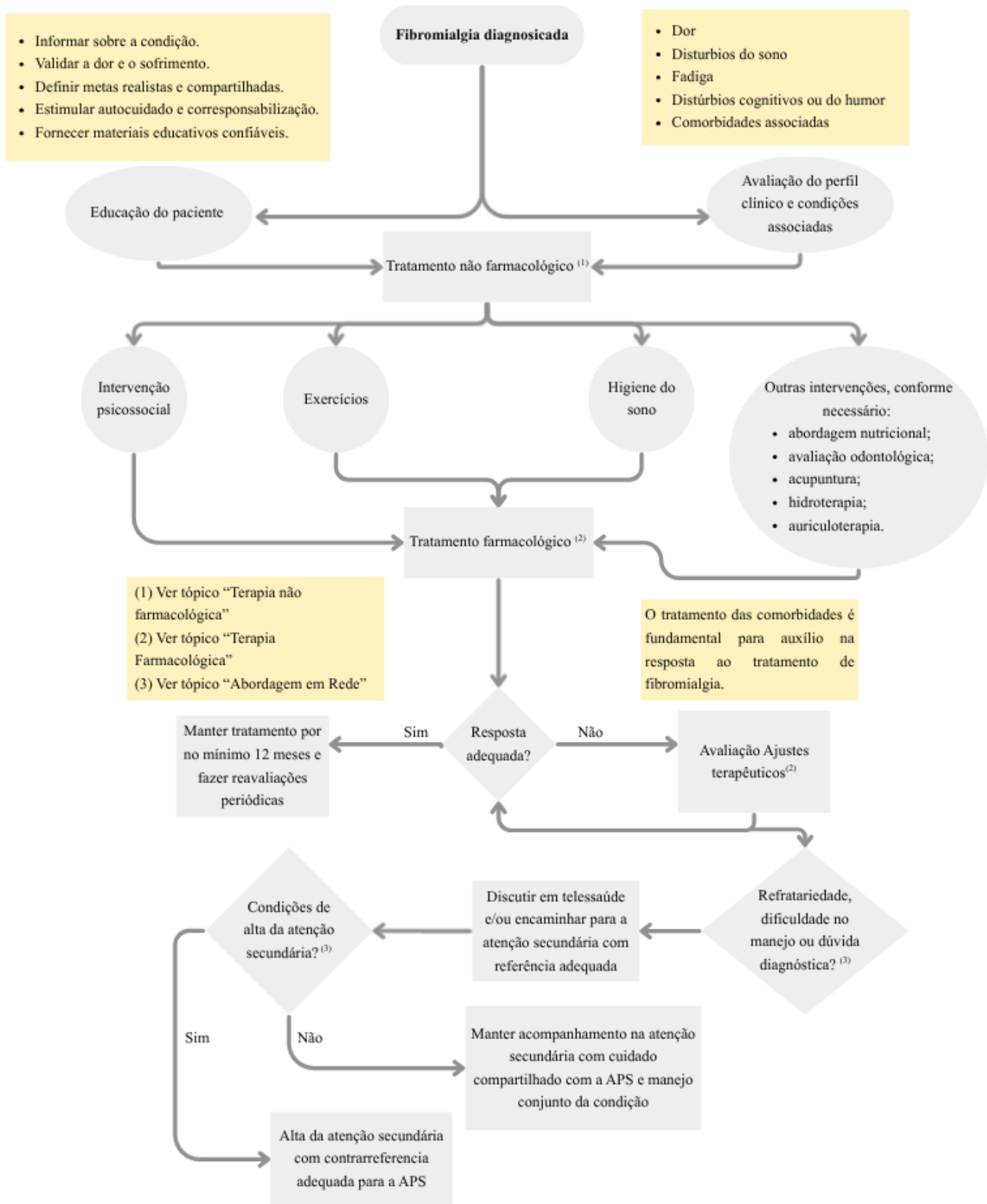
APÊNDICE B – FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO



Legenda: ACR - Colégio Americano de Reumatologia; AINES - anti-inflamatórios não esteroides; EGS - Escala de Gravidade dos Sintomas; IDG - Índice de Dor Generalizada.

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DE ABORDAGEM



Fonte: Elaborado pela autora.

