



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**FIBROMIALGIA: O IMPACTO DA DOENÇA NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
PORTADORES**

Leonardo Soares Vita

MANHUAÇU/MG  
2021



**LEONARDO SOARES VITA**

**FIBROMIALGIA: O IMPACTO DA DOENÇA NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
PORTADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Área de concentração: Reumatologia.

Orientador: Felipe Moura Parreira.

## **FIBROMIALGIA: O IMPACTO DA DOENÇA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES**

***Leonardo Soares Vita***

***Felipe Moura Parreira***

***Curso: Medicina Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde***

**Resumo:** A fibromialgia é considerada uma das mais recorrentes situações clínicas reumatológicas, ficando atrás somente para as osteoartrites; não é inflamatória e não é autoimune. Os indivíduos acometidos por esta patologia são em essencial as mulheres na faixa etária de 35 a 44 anos. A doença é especificada por algias musculoesqueléticas em diversas localizações do corpo; fadiga; parestesias; acúmulo de líquidos e parassonias. A fibromialgia dispõe uma extensa série de diagnósticos diferenciais, essencialmente os que acarretam dor crônica; impactando dessa forma negativamente na qualidade de vida do paciente, sejam, fisicamente, socialmente e psicologicamente. Realizou-se uma revisão bibliográfica de cunho qualitativo para desenvolver o tema proposto. O estudo teve por objetivos, identificar como a fibromialgia afeta a qualidade de vida de seus portadores; apresentar possíveis tratamentos para a fibromialgia; evidenciar terapias não medicamentosas e verificar a prioridade de atendimento aos portadores fibromiálgicos. O tratamento para a fibromialgia é um desafio para a medicina, sendo que são utilizados procedimentos com e sem a administração de medicamentos, tendo como propósito a melhoria do quadro geral do indivíduo.

**Palavras-chave:** Fibromialgia; Dor crônica; Qualidade de vida.

**Abstract:** Fibromyalgia is considered one of the most recurrent rheumatological clinical situations, second only to osteoarthritis; it is not inflammatory and it is not autoimmune. The individuals affected by this pathology are essentially women in the age group of 35 to 44 years old. The disease is specified by musculoskeletal pain in different locations on the body; fatigue; paresthesias; accumulation of fluids and parasomnias. Fibromyalgia has an extensive series of differential diagnoses, essentially those that cause chronic pain; thus negatively impacting the patient's quality of life, whether physically, socially and psychologically. A qualitative bibliographic review was carried out to develop the proposed theme. The study aimed to identify how fibromyalgia affects the quality of life of its patients; present possible treatments for fibromyalgia; evidence non-drug therapies and verify the priority of care for fibromyalgia patients. The treatment for fibromyalgia is a challenge for medicine, since procedures are used with and without the administration of medications, with the purpose of improving the general condition of the individual.

**Keywords:** Fibromyalgia; Chronic pain; Quality of life.

## 1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é considerada uma das mais recorrentes situações clínicas reumatológicas, ficando atrás somente para as osteoartrites, demonstrando referências epidemiológicas variáveis. Com extensão superior a três meses, havendo distúrbios dos componentes aferentes que conduzem aos centros nervosos impulsos que causam dor. Assumpção (2006) pontua que: “a fibromialgia é uma das desordens reumatológicas mais frequentes na população mundial, estando o Brasil em segundo lugar” (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2006, p.15).

Pesquisas apresentam que o vocábulo fibromialgia foi referido introdutoriamente no ano de 1981 por Yunus e seus assistentes; desde então, diversos parâmetros foram desenvolvidos por distintos estudiosos. Até que, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) em 1990 constituiu um comitê que elaborou os critérios para categorizar a fibromialgia, sendo utilizados até este momento.

O tratamento para a fibromialgia é um desafio para a medicina, sendo que são utilizados procedimentos com e sem a administração de medicamentos, tendo como propósito a melhoria do quadro geral do indivíduo. Ressaltando a relevância do apoio psicogênico, visto que, a FM é análoga às demais patologias crônicas, representando negativamente a vida social dos pacientes, pois, envolvem perdas em diversificados níveis: identidade profissional, isolamento social, perda do corpo ativo e saudável, impactando assim, a qualidade de vida do portador desta doença (SILVA, 2009).

Considerando o mesmo, este estudo teve por objetivo geral, identificar como a fibromialgia afeta a qualidade de vida de seus portadores. Como objetivos específicos buscaram-se: apresentar possíveis tratamentos para a fibromialgia; evidenciar terapias não medicamentosas e verificar a prioridade de atendimento aos portadores fibromiálgicos.

No decorrer da graduação de Medicina ao realizar estágios em Unidade de Saúde da Família e Ambulatórios de Clínica Médica, percebeu-se a importância do conhecimento sobre a fibromialgia e o impacto negativo que esta patologia exerce sobre a vida social dos pacientes, evidenciando a necessidade da implementação de estratégias de intervenções que minimizem a dor; limitem a incapacidade funcional e promovam a qualidade de vida dos portadores fibromiálgicos.

De acordo com o exposto, apresenta-se a problemática de pesquisa: como a fibromialgia afeta a qualidade de vida de seus portadores?

Destarte, este trabalho irá permitir um aprofundamento nesta temática e conduzirá a oportunidade como fonte de pesquisa para a comunidade acadêmica.

## 2. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de pesquisas bibliográficas de obras disponíveis em livros no período de 2001 a 2021 que fizessem referências ao tema proposto, e, em artigos eletrônicos indexados nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana, Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed) e Google Scholar. Foram realizadas também, pesquisas em publicações feitas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Segundo Gil (1994, p.43), pesquisa é o recurso metódico e formal de aprimoramento do método científico, cujo propósito indispensável é encontrar respostas para problemas por intermédio do uso de procedimentos científicos.

A pesquisa teve caráter bibliográfico qualitativo que conforme Gil (2008), as pesquisas bibliográficas são embasadas em materiais já constituídos, elaborados

fundamentalmente de artigos científicos e livros.

Conforme Minayo (2001) a pesquisa qualitativa concentra-se nos motivos, significados, crenças, atitudes, aspirações e valores, equivalendo ao universo mais significativo dos processos, fenômenos e relações não devendo ser diminuídos à operacionalização de variáveis. Godoy (1995) retrata ainda que partindo de questões amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação, o estudo qualitativo pode, no entanto, ser conduzido através de diferentes caminhos.

A seleção dos artigos ocorreu a contar da aplicação das palavras-chaves: fibromialgia, dor crônica, portador fibromiálgico, desordens reumatológicas.

Frente a variedade de trabalhos localizados, efetuaram-se alguns critérios de exclusão como: a) artigos que não abordavam o tema escolhido; b) estudos desenvolvidos em animais; c) artigos de permissão limitada à assinantes.

Os critérios adotados para inclusão dos artigos foram: a) pesquisas que retrataram a qualidade de vida dos indivíduos com fibromialgia; b) estudos de revisão / experimental / original / intervenção; c) pesquisas que analisaram o tratamento de portadores fibromiálgicos; d) estudos selecionados da literatura médica portuguesa e inglesa publicados no período de 2001 a 2021.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS**

#### **3.1. Breve histórico**

Hipócrates caracterizou a fibromialgia como reumatismo das histéricas, ao narrar situações de mulheres com dor generalizada concatenada ao elemento psiquiátrico. Por falta de conhecimento científico, ao longo dos tempos foi aplicada de maneira indevida a expressão reumatismo psicogênico para especificar a fibromialgia; que indubitavelmente não é psicogênica, mas, intervém no elemento psiquiátrico, como investigado em demais situações crônicas de dor (YUNUS *et al.*, 2009).

No ano de 1816, o médico britânico Willian Balfour iniciou várias pesquisas sobre a síndrome de fibromialgia (SFM); em 1968 Traut intensificou seus estudos e abrangeu os sintomas lombalgias, cervicais, recebendo o nome de fibrosite na literatura científica.

De acordo com Jacomini e Silva (2007) a fibromialgia era denominada como fibromialsite, fibrosite, reumatismo muscular ou miofacite para designar sintomas regionais ou sistêmicos, sem especificação inflamatória, retratando sensibilidade expandida em definidos pontos do corpo e descrição de sintomas como transtorno do sono e fadiga.

Todavia, até metade do ano de 1935, os estudiosos ainda não tinham encontrado solução inflamatória específica que evidenciasse os sintomas da fibrosite; portanto, o termo foi comutado por fibromialgia. Dessa forma, a atual definição de fibromialgia foi inserida por Moldofsky e Smythe aproximadamente entre 1975 e 1977, ao especificar a existência de pontos de dor específicos (os *tender points*) e os transtornos do sono dos pacientes analisados (ARAÚJO, 2006).

O vocábulo fibromialgia foi referido introdutoriamente no ano de 1981 por Yunus e seus assistentes; desde então, diversos parâmetros foram desenvolvidos por distintos estudiosos.

Conforme o Colégio Americano de Reumatologia, a fibromialgia foi identificada como Síndrome de Dor Crônica e a partir de sua inserção no catálogo das algias crônicas, incontáveis pesquisas têm ocorrido para investigar uma compreensão maior

a respeito desta patologia, e, estas pesquisas indicam uma quantidade significativa na população global (JACOMINI; SILVA, 2007).

Salienta-se que o marco para a fibromialgia ocorreu em 1990, com a concretização de um simpósio internacional médico através do Colégio Americano de Reumatologia, e a divulgação do registro para o diagnóstico da fibromialgia, atualmente aplicado (SILVA; LAGE, 2007).

Em 1992 por intermédio da Organização Mundial da Saúde (OMS) se obteve o reconhecimento M790 na CID, da 10ª Classificação Internacional das Doenças. Em 1993, a OMS reconheceu oficialmente a fibromialgia por meio da Declaração de Copenhagen (SILVA; LAGE, 2007).

Respalhada em pesquisas, a FM foi denominada por Feldman (2001):

Doença do sistema musculoesquelético, associada a distúrbios mentais somatoformes. Estão presentes fatores como: dor crônica, difusa, lancinante pelo corpo e sensibilidade exacerbada a digitopressão em determinados pontos, (tender points). Alguns portadores apresentam adicionalmente fadiga crônica, alterações no padrão de sono, distúrbios de humor, cefaleia, dificuldade de concentração, rigidez muscular matinal de curta duração, sensação subjetiva de edema, fraqueza em atividade mínima de exercício, parestesias, fenômeno de Raynaud, depressão, fobia simples, doença do pânico e ansiedade (FELDMAN, 2001, p.22).

A SFM é especificada por algias musculoesqueléticas em diversas localizações do corpo; fadiga; parestesias; acúmulo de líquidos e parassonias (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

### 3.2. Dor

A dor sob a visão clínica é a mais clara das percepções, e, também a mais pesquisada; a despeito de ser uma ocorrência identificada facilmente, não há ainda uma universalidade em sua especificação. A própria descrição de dor pode ter diversas definições em consideração às diferenças entre protótipos científicos e culturais, e ainda, as perspectivas sob o ponto de vista da filosofia, psicologia e fisiologia, (CORTEZ; SILVA, 2011).

Para Rangé (2001), a dor é um episódio desagradável, emocional e sensitivo que pode estar concatenado a um trauma potencial ou real do tecido, mostrando-se de maneira subjetiva e distinta a cada pessoa, e sendo decomposta em duas espécies: dor crônica e dor aguda.

Quadro 1 – As espécies de dor

| DOR AGUDA   | DOR CRÔNICA   |
|---|---|
| Curta duração   | Longa duração (> 3 meses)   |
| Função de proteção e de alerta fisiológico                        | Perdeu a função de proteção e de alerta fisiológico, sendo uma doença por si só |
| Sinaliza lesão tecidual   | Separada do evento causador   |
| Desaparece quando a causa subjacente da dor foi tratada ou curada | A intensidade já se não correlaciona com o estímulo causal                      |
| Pode ser claramente localizada                                    | A causa pode não ser conhecida  |

Fonte: terra.com.br (2011).

Conforme Angerami (2004) a dor crônica vem sendo pesquisada ultimamente por uma extensa quantidade de especialistas da área da saúde como os psicólogos, médicos e fisioterapeutas na expectativa de reduzir o sofrimento dos indivíduos; contudo, vários desses estudiosos reconheceram que, constituindo uma amálgama de fatores e consequências emocionais e somáticas, a dor crônica torna-se de classe psicossomática.

A dor aguda pode ser compreendida como uma proteção do organismo e, em conformidade com Bastos *et al.* (2007), sucede no momento em que alguma coisa ameaça deteriorar os tecidos. Esta percepção de dor é essencial para a subsistência humana.

Cortez e Silva (2011) pressupõem que, a dor crônica em seu sintoma torna-se uma patologia por si só, e pela peculiaridade de um panorama intenso e doloroso, pode produzir no indivíduo a memorização da algia, gerando dessa forma, um cenário de percepção aversiva que propende a reprisar os sintomas.

A dor crônica distingue-se por múltiplas enfermidades funcionais e orgânicas, significando também um dos grandes agentes de incapacidade nas diversas áreas clínicas. Os pacientes acometidos por esta espécie de dor manifestam comprometimento social, psicológico e físico intensamente afetado, modificando profusamente a vida da pessoa; alterando diretamente a rotina do trabalho, da vida social, familiar e o lazer (FORTES,1997 apud RANGÉ, 2001).

Destarte, segundo Rangé (2001), a algia pode ser compreendida como um estado mental ou físico que tem como fator, o sofrimento, podendo ser permanente ou temporário, podendo ou não resultar em sequelas de acordo a sua constância e/ou intensidade.

Helman (2009) elucida que, causas de classes sensoriais são capazes de fomentar uma piora na intensidade da dor, e esta piora pode acontecer de maneira involuntária pela pessoa, por meio de suas crenças e seu comportamento concernente à patologia, e, ainda por ganhos secundários que podem suceder de maneira também involuntária. A pessoa acometida por uma dor concentra boa parte dos pensamentos somente na dor, gerando uma intensificação nas áreas afetadas, ocasionando um acréscimo emocional associado ao estado doloroso, sendo capaz de desenvolver transformações psicológicas.

Segundo Cortez e Silva (2011, p. 69): "o estado emocional pode estimular circuitos facilitadores para a transmissão de sinais dolorosos, funcionando como ampliadores da dor". Os ganhos secundários podem acontecer na proporção em que a pessoa expõe sua reclamação, passando a obter cuidados individualizados através de terceiros, havendo dessa forma, uma compensação, ou seja, uma atenção obtida. Esta compensação pode se tornar muito negativa na proporção em que a pessoa devido a dor, priva-se da qualidade de vida, chegando à depressão.

### **3.3. Epidemiologia**

A etiologia da fibromialgia ainda é desconhecida, não é inflamatória e não é autoimune. Pesquisas realizadas na Europa e nos Estados Unidos indicam que é a segunda patologia mais habitual, sua prevalência excede 10% de consultas reumatológicas.

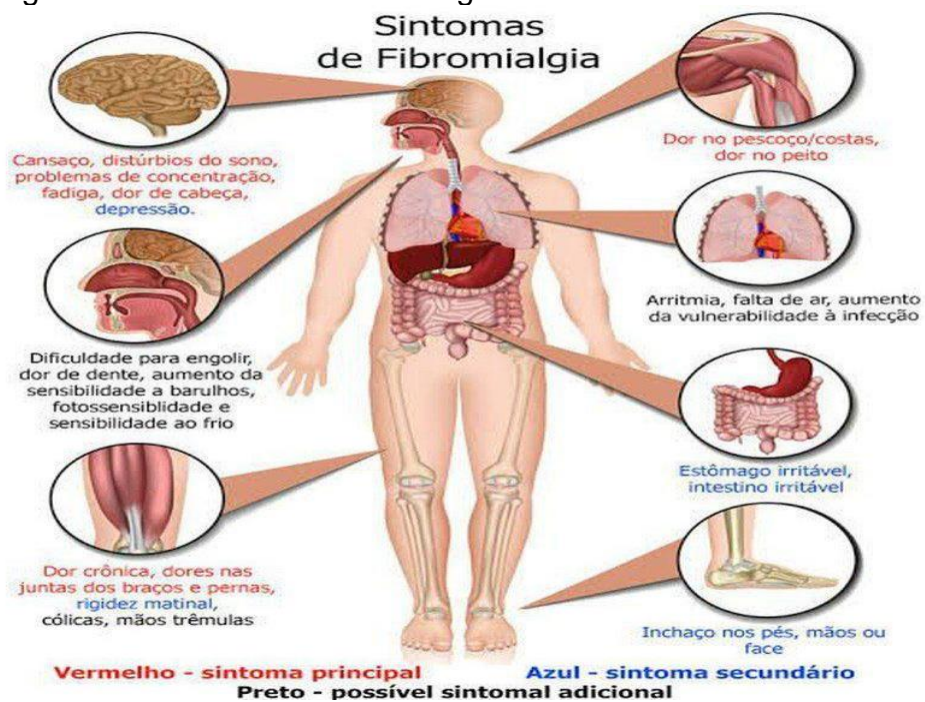
Na população brasileira até 2,5% dos indivíduos são acometidos por esta patologia, em quaisquer grupos culturais, étnicos, e, idades, predominando em essencial as mulheres na faixa etária de 35 a 44 anos, alcançando um total de 40,8% da população (SENNA *et al.*, 2004).

Evidencia-se que informações epidemiológicas populacionais atingem níveis superiores a 46,5%. Na situação específica da fibromialgia estima-se uma presença de 1 e 4%, colocando-se como a segunda doença reumatológica mais frequente. O efeito da FM na qualidade de vida das pessoas e na aptidão funcional de cada um é consideravelmente grande (JACOMINI; SILVA, 2007).

### 3.4. Diagnóstico

A maioria dos pacientes com fibromialgia reclama de rigidez muscular, transtornos de sono, dor posterior a algum esforço físico, fadiga, além de dor prolixa em musculatura esquelética, ansiedade, desatenção, sintomas depressivos, deficiência de memória, vertigens, tonturas, enxaqueca ou cefaleia tensional, parestesias, síndrome das pernas inquietas, sintomas relacionados com síndrome do intestino irritável, entre vários sintomas não associados ao aparelho locomotor (HELFENSTEIN; FELDMAN, 2002).

Figura 1 – Sintomas da fibromialgia



Fonte: medicinamitoseverdades.com.br (2010).

A algia crônica difundida, contudo, é o indício cardinal. Elas podem exibir peculiaridade migratória constantemente em resposta ao esgotamento emocional e físico biomecânico ou a traumas. (CROFT; SCHOLLUM; SILMAN, 2001).

Embora de baixa exatidão diagnóstica, para serem examinados métodos classificatórios, as disfunções do sono sucedem em aproximadamente 100% dos pacientes com FM sendo muito variáveis.

Os portadores desta patologia são definidos fundamentalmente por distúrbios do sono, que ocasionam reações adversas como deficiência cognitiva, fadiga matinal; demasiados despertares no decorrer da noite e fadiga, que podem fomentar distúrbios psiquiátricos.

O diagnóstico da fibromialgia é basicamente clínico, não existindo variações laboratoriais características (HELFENSTEIN; FELDMAN, 2002).



O Colégio Americano de Reumatologia no ano de 1990 desenvolveu orientações para facilitar avaliações clínicas que são utilizados por vários profissionais para o diagnóstico de FM. Estas orientações são: dor prolixa (bilateral, em cima e embaixo do tronco, arremetendo o esqueleto axial, três meses no mínimo); identificação de onze pontos sensíveis ao tato, os intitulados *tender points*. Os *tender points* são indicados como, pontos de acentuada sensibilidade em tecidos moles, sendo retratados dezoito *tender points* na literatura, em contraste com os *trigger points* (pontos gatilho) da síndrome dolorida miofascial (COSTA *et al.*, 2005; CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Figura 2 – Pares de *tender points*



Fonte: Fibromialgia, Escola Educação Sintomas (2002).

O Colégio Americano de Reumatologia desenvolveu os critérios de 2010, aplicando o índice de dor generalizada (IDG) e a escala de gravidade dos sintomas (EGS). A classificação da fibromialgia considera três condições:

- ✓ Sintomas presentes e constantes no mínimo por três meses;
- ✓ Não existir demais agentes que elucide os sintomas;
- ✓ IDG  $\geq 7$  e EGS  $\geq 5$ , ou IDG 3-6 e EGS  $\geq 9$ .

Quadro 2 – Classificação da fibromialgia - Diagnóstico

| ACR 2010         | ACR 2010         |
|------------------|------------------|
| IDG > OU: 7      | IDG > OU: 3 A 6  |
| E                | E                |
| EGS $\geq$ OU: 5 | EGS $\geq$ OU: 9 |

Fonte: Health e Medicine (2016).

A fibromialgia dispõe uma extensa série de diagnósticos diferenciais, em essencial os que acarretam dor crônica, conforme o quadro abaixo:

Quadro 3 – Diagnósticos diferenciais da fibromialgia

## Fibromialgia - Diagnóstico Diferencial

| Diagnósticos diferenciais  | Diagnósticos diferenciais   |
|--|---|
| <p><b>FIBROMIALGIA</b></p> <p>SÍNDROME MIOFASCIAL<br/>HIPOTIREOIDISMO<br/>ARTRITE REUMATÓIDE<br/>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO<br/>SÍNDROME DE SJÖGREN<br/>POLIMIOSITE<br/>POLIMIALGIA REUMÁTICA<br/>HIPERPARATIREOIDISMO<br/>ESPONDILOARTRITES<br/>DOR MIOFASCIAL</p> | <p><b>FIBROMIALGIA</b></p> <p>ESCLEROSE MÚLTIPLA<br/>LERDORT - Litigio<br/>DEPRESSÃO E ANSIEDADE<br/>DOR MIOFASCIAL<br/>PARANEOPLASIA<br/><small>Ca broncocelesticos<br/>Linfoma<br/>Hipernefroma</small><br/>INFECÇÕES: HCV<br/>DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D E OSTEOMALÁCIA<br/>DOENÇA DE PARKINSON<br/>ANEMIA...</p> |

Fonte: Health e Medicine (2016).

Determinadas situações de dor crônica são delongadas a obter um diagnóstico preciso, passando inúmeras vezes por diversas consultas médicas sem o devido retorno, onde se ouve ser unicamente psicológico, e que, o paciente não consta com nenhuma patologia, aumentando assim o maior sofrimento do indivíduo (PENIDO; RANGÉ, 2007).

### 3.5. Fibromialgia e qualidade de vida

Chiarello (2005) evidencia que a dor intensa da fibromialgia afeta nas atividades diárias, inclusive no trabalho, minimizando a qualidade de vida dos indivíduos. Visto que, a FM de modo geral acomete indivíduos em faixa etária produtiva, isto é, faixa em que ainda laboram, cuidam de outras pessoas e de si próprio; quando afetados pela patologia, estes indivíduos realizam tarefas cotidianas com maior esforço.

Santos (2006) elucida a qualidade de vida como contentamento nos cenários culturais, físicos, socioeconômicos e psíquicos, deste modo como na definição de saúde, o protótipo biopsicossocial entende a melhoria de qualidade de vida em pessoas afetadas por doenças ou síndromes.

[...] a fibromialgia causa um impacto negativo na qualidade de vida de pacientes em idade produtiva de trabalho. Isso porque, além da dor, os sintomas de fadiga e fraqueza subjetiva causam perda da função levando à incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, à queda da renda familiar, refletindo na qualidade de vida dessas pessoas (WHITE *et al.* Apud SANTOS, 2006, p.318).

Na fibromialgia a dor surge por elementos como alterações de humor ao rememorar momentos dolorosos; transtornos cognitivos, comportamentais e depressão; transtornos do sono; fadiga, uma vez que, a dor e a fadiga reduzem na elaboração de atividades diárias (WOLFE, 2010).

Segundo Hidalgo (2013):

Pessoas diagnosticadas com fibromialgia caracterizam-se por apresentar sensibilidade exagerada no corpo, normalmente relatam dificuldade em relacionar a característica e localização da dor, na maioria das vezes são inúmeras áreas dolorosas. Frequentemente apresentam também alguns sintomas associados, como fadiga, dor de cabeça, adormecimento das mãos e pés, alterações do sono,

comprometimento das capacidades e habilidades físicas, especialmente redução nas tarefas diárias e força muscular reduzida (HIDALGO, 2013, p.9).

Não há evidências na literatura científicas que a fibromialgia tenham causas ocupacionais. Na hipótese de fadiga ou dor de alta intensidade, o egresso laborativo por reduzido intervalo de tempo pode ser levado em consideração (BOOCOCK et al., 2007).

Portanto, a rogativa contínua de afastamentos provisórios mediante litígio tem sido considerada no ato judicial, podendo resultar em somente um egresso constante do indivíduo. Porém no Brasil, não existe um estudo sistemático de processos judiciais na intenção de mensurar a quantidade de episódios ou a proporção econômica desse caso ao sistema previdenciário.

Pessoas com dor crônica tencionam a capacidade de permanência da sintomatologia de dor quando estão abrangidos em processos litigiosos. Nos Estados Unidos, aproximadamente 15% dos pacientes têm direito à um benefício por incapacidade em consequência de seus sinais e sintomas (BOOCOCK et al., 2007).

### 3.6. Possíveis tratamentos para a fibromialgia

O tratamento conforme Silva (2009) é um desafio para a medicina, necessitando utilizar procedimentos farmacológicos e não farmacológicos com o intuito de evolução geral no quadro do paciente. Entretanto é essencial informar ao indivíduo uma visão geral da patologia, incluindo sintomas e possibilidades de tratamentos, advertindo para prováveis efeitos colaterais terapêuticos e a privação de cura.

Quadro 4 – Tratamento da fibromialgia



Fonte: Health e Medicine (2016).

Havendo grande relevância também, a orientação à família do portador da FM, para que a mesma obtenha conhecimentos sobre a nova realidade, na intenção de auxiliar na melhoria da qualidade de vida deste paciente. Visto que, a fibromialgia inicialmente gera compaixão, e no decorrer do tempo, a dor que é imperceptível aos demais, se torna incomodativa, acarretando estímulos que discriminam o portador, ascendendo comportamentos de ameaça, podendo ocasionar a carência emocional de amigos e familiares neste paciente gerando a depressão (CORTEZ; SILVA, 2011).

Silva (2009) explana que, dos procedimentos farmacológicos utilizados na maior parte dos portadores, nenhum fármaco age eficazmente proporcionando alívio dos diversos sintomas e sinais, existindo inúmeras dúvidas no que concerne ao:

- Medicamento inicial optado;
- Tempo de uso;
- Doses ideais preconizadas;
- Resultados a médio e longo prazo;
- Efeitos colaterais, assim como a dependência dos medicamentos utilizados.

Visto que de acordo com Silva (2009), a combinação dos aspectos farmacológicos ou não, deve ser elaborado conforme as peculiaridades e intensidade dos sintomas, sendo relevante considerar o contexto biopsicossocial que abrange a situação da patologia.

As medicações empregadas para o tratamento da fibromialgia, geralmente são analgésicos, anti-inflamatórios, ansiolíticos e antidepressivos tricíclicos. A administração medicamentosa deve abarcar duração, dose, periodicidade específica; desta forma, as atividades físicas aos portadores de FM também devem ser descritas (SILVA, 2009).

No procedimento não farmacológico é muito indicada a realização de atividades físicas, pois, estas proporcionam a sensação de autocontrole e bem estar, aliviando tensões e dores, as mais utilizadas são: alongamentos, remo, treinamento de força, caminhadas, bicicleta, hidroginástica, natação, RPG, entre tantos outros (MARQUES, 2002).

A princípio, as atividades físicas produzem o incremento dos sintomas, sobretudo a fadiga e a dor, todavia, com a prática contínua, os desconfortos amenizam, e, as vantagens surgem a partir da 8ª e 10ª semana posterior ao início das atividades realizadas e aumentam gradativamente até a 20ª semana, sobrepondo ao incômodo anterior (VALIM, 2003).

Como os programas terapêuticos para os portadores fibromiálgicos devem ser individualizados, podem ainda ser indicados conforme a intensidade da patologia, as terapias alternativas como tratamentos homeopáticos, terapias ortomoleculares, cromoterapia, cristais, hipnose, florais de Bach, além da acupuntura, entre tantos outros (CARVILLE *et al.*, 2008).

### **3.7. Prioridade de atendimento aos portadores de fibromialgia**

De acordo com Penido e Rangé (2007) não existem radiografias, nenhum exame ou teste laboratorial investigativo que detecte a fibromialgia, diante disso, a delonga para alcançar o diagnóstico está associada à carência de informações concernentes a FM, ocasionando períodos duradouros de sofrimento psíquico e físico, de onde surgem questionamentos e dúvidas sendo exteriorizados pela família e pelo portador.

Família e pessoas próximas ao paciente explicitam o sofrimento, na busca incessante de profissionais e de alternativas, até se chegar ao diagnóstico para amenizar o quadro (PENIDO; RANGÉ, 2007).

Segundo Silva (2005) a prioridade de atendimento ao paciente fibromiálgico é questionada, visto que, os exames laboratoriais e as queixas feitas pelo portador nos consultórios vêm sendo transpostas. Menciona-se ainda que, existe uma incoerência sobre o crescimento da responsabilidade imputada ao paciente pela doença, assim como pela prevenção da mesma.

No ano de 2019 o Congresso Nacional divulgou o PL nº 1093/2019 dispondo do atendimento prioritário a indivíduos portadores de fibromialgia. Uma vez que, a FM pode apresentar situações severas de dor chegando a incapacitar o indivíduo de suas atividades laborais de forma temporária ou permanente, de acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011).

#### **4. CONCLUSÃO**

A fibromialgia requer uma abordagem multidisciplinar e individual com a associação de tratamento medicamentoso e não medicamentoso; pois, por ser esta patologia caracterizada por cenários de dor crônica musculoesquelética, relacionada a diversos sintomas vem a ser confundida com tantas outras patologias reumáticas ou não.

Quanto à prioridade de atendimento, em 2019 o Congresso Nacional divulgou o PL nº 1093/2019 dispondo do atendimento prioritário a indivíduos portadores de fibromialgia.

A maior parte dos pacientes no princípio do tratamento relata a mesma situação, de não conseguir efetuar tarefas diárias e a grande complexidade sobre as habilidades funcionais, o que, por consequência suscita a ansiedade, depressão e a falta de incentivo para os cuidados adequados.

Respondendo a problemática, a fibromialgia é geradora de impacto restritivo na qualidade de vida dos portadores desta, abrangendo aspectos sociais, físicos e emocionais.

Embasado nas pesquisas, constata-se que a fibromialgia influencia extremamente a rotina diária dos indivíduos, afetando a sua qualidade de vida.

Por meio desse estudo foi possível perceber a falta de conhecimento existente sobre a FM, que anterior ao diagnóstico é vista como uma doença muitas vezes inexistente, representando a não identificação da síndrome sob diversos aspectos.

A falta de exames laboratoriais que evidenciem a existência da fibromialgia corrobora por não identificá-la como uma patologia legítima, assegurando somente o que é passível de validação diagnóstica através da tecnologia.

#### **5. REFERÊNCIAS**

ANGERAMI, C. A. *et al.* **Psicossomática e a psicologia da dor.** Pioneira Thomson Learning. São Paulo, 2004.

ARAÚJO, R. L. Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 46(1), 56-60, 2006.

ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L. A.; SANTOS, A. M. B.; PEREIRA, C. A. B; LAGE, L. V.; MARQUES, A. P. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**, 2006.

BASTOS, D. F. *et al.* Dor. **Rev. SBP.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://pepsic/bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S1516085820070001007](http://pepsic/bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1516085820070001007) Acesso em: 12 de abr. 2021.

BOOCOCK, M. G.; McNAIR, P. J.; LARMER, P. J.; ARMSTRONG, B.; COLLIER, J.; SIMMONDS, M. *et al.* Interventions for the prevention and management of neck/upper

extremity musculoskeletal conditions: a systematic review. **Occup Environ Med.** 2007, 64:291-303.

BRASIL. **Lei 1.093/2019.** Possibilita a prioridade de atendimento prioritário a portadores de fibromialgia. Câmara dos Deputados, Brasília, DF. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=871ADDDE798F7FB3B6C025A1D2655B64.proposicoesWebExterno2?codteor=1800550&file name=Avulso+-PL+1093/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=871ADDDE798F7FB3B6C025A1D2655B64.proposicoesWebExterno2?codteor=1800550&file name=Avulso+-PL+1093/2019) > Acesso em: 22 de abr. 2021.

CARVILLE, S. F. *et al.* Evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. **Ann Rheum Dis** 2008; 67(4): 536-41.

CAVALCANTE, A. *et al.* A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.46, n.1, p.40-48, jan./fev. 2006.

CHIARELLO, B.; DRIUSSO, P.; RADL, A. L. M. **Fisioterapia reumatológica.** 1ª ed. São Paulo: Manole, 2006.

CORTEZ C. M.; SILVA, D. **Fisiologia aplicada à psicologia.** APX Com. Visual Ltda. Rio de Janeiro, 2011.

COSTA, S. R. M. R. *et al.* Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.45, n.2, p.64-70, mar./abr. 2005.

CROFT, P.; SCHOLLUM, J.; SILMAN, A. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. **BMJ.** 2001; 309:696-9.

FELDMAN, D. **Prevalência da Síndrome da fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos (LER).** 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang>. Acesso março de 2021.

GIL. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, 1995.

HELFENSTEIN JÚNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.58, n. 3, 2012.

HELFENSTEIN, M.; FELDMAN, D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. **Rev Bras Reumatol.** 2002; 42:8-14.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e doença.** Tradução: Ane Rose Bolner 5ª edição. p.177. Artemed. Porto Alegre, 2009.

HIDALGO, D. C. **Atualização em fibromialgia**. Medicina legal de Costa Rica. Costa Rica, v.30, n.1, 2013.

JACOMINI, L. C. L.; SILVA, N. A. Disautonomia: um conceito emergente na síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 47(5), 354-361, 2007.

YUNUS, M. B. Primary fibromyalgia (fibrosites): clinical study of 50 patients with normal control. 2009. In PROVENZA Jr; PAIVA, E; HEYMANN, R. E. Manifestações Clínicas. In: Heymann. **Fibromialgia e Síndrome Miofascial**. São Paulo: Legnar, p.31-42. Disponível em: <http://www.scielo.org/php/index.php>. Acesso março de 2021.

MARQUES, A. P.; Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Revista Bras. de Reumatologia**, São Paulo, v.46, n.1, p.24-31, jan./fev.2002.

MINAYO, M. (org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PENIDO, M. A.; RANGÉ, B. Treinamento em habilidades sociais no tratamento da dor crônica. In: ANGELOTTI, G. (Org). **Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.107-131, 2007.

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. Artmed: Porto Alegre, 2001. Cap. 33 p. 542 e 543.

SANTOS, A. M. B. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**, v.10, p.317-324, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbfis/v10n3/31951.pdf> > Acesso em: 12 de mar. 2021.

SENNA, E. R.; DE BARROS, A. L.; SILVA, E. O.; COSTA, I. F.; PEREIRA, L. V.; CICONELLI, R. M. *et al*. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the copcord approach. **J Rheumatol** 2004; 31(3): 594-7.

SILVA, J. L. **Fibromialgia: caracterização e tratamento**. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang>. Acesso em: 23 de mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia: Interface com o Trabalho**. [online]. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/orientacoes-ao-paciente/fibromialgia-interface-com-o-trabalho/>. Publicação: 18/04/11. Acesso em: 09 de abr. 2021.

VALIM, V. Aerobic fitness in fibromyalgia. **Jornal of Rheumatology**. Toronto, 2003.

WOLFE, F. C. D. The American College of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis Care Res** (Hoboken), 2010, p.600-10.