

Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia

Roberto Ezequiel Heymann¹, Eduardo dos Santos Paiva², Milton Helfenstein Junior³, Daniel Feldman Pollak⁴, José Eduardo Martinez⁵, José Roberto Provenza⁶, Ana Patrícia Paula⁶, Antonio Carlos Althoff⁸, Eduardo José do R. e Souza⁹, Fernando Neubarth¹⁰, Lais Verderame Lage¹¹, Marcelo Cruz Rezende¹², Marcos Renato de Assis⁸, Maria Lucia Lemos Lopes¹³, Fabio Jennings¹⁴, Rejane Leal C. da Costa Araújo¹⁵, Valéria Valim Cristo¹⁶, Evelin Diana Goldenberg Costa¹⁷, Helena Hideko S. Kaziyama¹⁸, Lin Tchia Yeng¹⁸, Marta Iamamura¹⁹, Thais Rodrigues Pato Saron²⁰, Osvaldo J. M. Nascimento²¹, Luiz Koiti Kimura²², Vilnei Mattioli Leite²³, Juliano Oliveira²⁴, Gabriela Tannus Branco de Araújo²⁴, Marcelo Cunio Machado Fonseca²⁵

Recebido em 06/10/2009. Aprovado, após revisão, em 24/11/2009. Roberto Ezequiel Heymann e Eduardo dos Santos Paiva declaram ter recebido honorários da Lilly, Janssen-Cilag, Boehringer, Apsen e Pfizer para palestras e consultoria; Milton Helfenstein Junior recebeu honorários da Pfizer e Merck Sharp para palestras e consultoria; Daniel Feldman Pollak recebeu honorários da Lilly, Pfizer e Merck Sharp; José Eduardo Martinez recebeu honorários da Sanofi Aventis para palestras e da Pfizer para palestras e consultoria; José Roberto Provenza recebeu honorários dos laboratórios Roche, Bristol, Ache e Pfizer para participar de pesquisas clínicas com novos fármacos na PUC-Campinas; Marcelo Cruz Rezende declara ter recebido honorários da Lilly-Boehringer para a participação em simpósios e da Pfizer para ser palestrante e participar de simpósios; Valério Valim Cristo declara recebimento de honorários por apresentação, conferência ou palestra pela Roche, além de financiamento para a realização de pesquisa, organização de atividade de ensino ou comparecimento a simpósios pela Lilly, Genzyme, Schering-Plough. Os demais autores declaram não haver conflitos de interesse.

1. Coordenador do Ambulatório de Fibromialgia da UNIFESP e assistente doutor da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP
 2. Professor Assistente da Disciplina de Reumatologia, UFPR. Chefe do ambulatório de fibromialgia do HC-UFPR
 3. Assistente doutor da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP
 4. Professor Adjunto da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP e chefe do Setor de reumatismos de partes moles da UNIFESP
 5. Professor titular do Departamento de Medicina da PUC-SP, doutor em Reumatologia pela UNIFESP e diretor da Faculdade de Medicina da PUC-SP
 6. Professor titular de Reumatologia da PUC-Campinas e chefe do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário da PUC-Campinas
 7. Professora orientadora da pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e chefe do centro de ambulatórios do Hospital Universitário de Brasília
 8. Membro da Sociedade Brasileira de Reumatologia
 9. Mestre em Medicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, coordenador do Programa de Residência Médica em Reumatologia e do Ambulatório de Fibromialgia da Santa Casa de Belo Horizonte
 10. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia, biênio 2007-2008
 11. Professora colaboradora da Faculdade de Medicina da USP, assistente doutora do Serviço de Reumatologia e responsável pelo ambulatório de Fibromialgia do Serviço de Reumatologia do HC-FMUSP
 12. Responsável pelo Setor de Reumatologia e Preceptor do programa de Residência em Clínica Médica da Santa Casa de Campo Grande. Ex-presidente da Sociedade de Reumatologia do Mato Grosso do Sul
 13. Professor assistente de Reumatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e mestre em Clínica Médica pela UFRGS
 14. Reumatologista com especialização em Medicina Esportiva do setor de reabilitação, procedimentos e coluna vertebral pela UNIFESP
 15. Ex-fellow da Universidade da Virgínia (EUA), mestre em Educação e Ciência e professora da UNISUL
 16. Professora adjunto do Departamento de Clínica Médica, chefe do ambulatório de fibromialgia e chefe do serviço de Reumatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo
 17. Doutora em Reumatologia pela UNIFESP, membro da Sociedade Brasileira de Reumatologia e da Sociedade Brasileira de Clínica Médica
 18. Membro da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
 19. Presidente da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, professora colaboradora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e doutora em Medicina pela FMUSP
 20. Membro da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
 21. Professor titular de Neurologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), coordenador do Departamento de Dor da Academia Brasileira de Neurologia (ABN) e do Subcomitê de Dor da European Neurological Society (ENS). Membro da Peripheral Nerve Society
 22. Doutor em Ortopedia e Traumatologia pela Faculdade de Medicina da USP, médico Assistente do Grupo de Mão e professor colaborador da FMUSP
 23. Membro da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
 24. Membro da Consultoria Axia. Bio farmacoeconomia e pesquisa em saúde
 25. Diretor executivo do Núcleo de Gestão de Pesquisas da UNIFESP, mestre em Ciências pela UNIFESP e sócio-pesquisador da Axia. Bio
- Endereço para correspondência: Roberto Ezequiel Heymann. Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2466, conj 93-94. São Paulo - SP - CEP 01402-000

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica.

Em um estudo realizado no Brasil, em Montes Claros, a fibromialgia foi a segunda doença reumatológica mais frequente, após a osteoartrite. Neste estudo, observou-se prevalência de 2,5% na população, sendo a maioria do sexo feminino, das quais 40,8% se encontravam entre 35 e 44 anos de idade.¹

Além do quadro doloroso, estes pacientes costumam queixar-se de fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos. É frequente a associação a outras comorbidades, que contribuem com o sofrimento e a piora da qualidade de vida destes pacientes. Dentre as comorbidades mais frequentes podemos citar a depressão, a ansiedade, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome miofascial, a síndrome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica.²

Os portadores da fibromialgia utilizam-se de mais terapias analgésicas e procuram os serviços médicos e de diagnóstico com maior frequência que a população normal. Dessa forma, não é de se estranhar que nos EUA seus custos de saúde anuais cheguem a U\$ 9.573,00 por paciente, representando gastos 3 a 5 vezes maiores do que a população em geral.³ Uma parcela considerável destes custos pode ser economizada quando o paciente tem seu diagnóstico realizado e é tratado corretamente, evitando exames complementares desnecessários e medicamentos inúteis para o seu tratamento.⁴

Embora seja uma doença reconhecida há muito tempo, a fibromialgia tem sido seriamente pesquisada somente há três décadas. Pouco ainda é conhecido sobre sua etiologia e patogênese. Até o momento, não existem tratamentos que sejam considerados muito eficazes.

A fibromialgia é uma síndrome primariamente pesquisada e tratada por reumatologistas principalmente por envolver um quadro crônico de dor musculoesquelética, mas frequentemente estes pacientes requerem um acompanhamento multidisciplinar com o objetivo de alcançar uma abordagem ampla e mais completa de seus sintomas e comorbidades.

Em 2004, a Sociedade Brasileira de Reumatologia publicou as primeiras diretrizes da fibromialgia, com o objetivo de direcionar o diagnóstico e o tratamento desta síndrome.⁵

O objetivo da gestão SBR 2006-2008 neste trabalho não foi somente o de atualizar as diretrizes do tratamento da fibromialgia, mas foi o de inovar, ao reunir especialistas de outras áreas médicas com conhecimento desta síndrome, para elaborarem um consenso sobre seu tratamento.

METODOLOGIA

Os temas revisados foram divididos em três categorias: 1) importância do diagnóstico da fibromialgia com recomendações gerais; 2) tratamento medicamentoso; 3) modalidades terapêuticas não medicamentosas. Os graus de recomendação e os níveis de evidência científica utilizados foram os do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira.⁶

A metodologia utilizada foi a do Sistema BASCE,⁷ método organizacional desenvolvido pela consultoria Axia.Bio com o objetivo de minimizar desvios e direcionamentos dos resultados sendo baseada em critérios científicos já estabelecidos pela literatura. O sistema BASCE propõe uma abordagem sistemática para adaptação de diretrizes (*guidelines*) e consensos produzidos em diferentes cenários, observando a resposta de questões relevantes ao cenário local, por meio da apresentação de resultados de forma explícita e transparente, para que o material produzido tenha qualidade e validade científica local através de:

Busca ampla e sistemática na literatura médica por diretrizes (*guidelines*) e consensos referentes a determinada doença; Avaliação estruturada destes, com participação de quatro ou mais especialistas locais que fazem a Seleção do material a ser utilizado, com base em pontuações; Grupo de Consenso e revisão externa com outros oito ou mais especialistas locais; Estruturação de material adaptado para a realidade local.

Este processo foi dividido em duas etapas.

Primeira etapa: Preparação das questões que seriam deliberadas pelo grupo do consenso

Para tal foi realizada pesquisa bibliográfica em bancos de dados das diretrizes (*guidelines*), metanálises e revisões sistemáticas sobre fibromialgia.

A busca de literatura no portal Pubmed ocorreu através da seguinte estratégia de busca: (“fibromyalgia” [MeSH Terms] OR “fibromyalgia”[All Fields]) AND systematic[sb] AND (“1”[PDAT] : “2008/06/13”[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]), sendo encontrados 109 trabalhos, dos quais 24 demonstraram ser publicações que atendiam aos objetivos da busca e, posteriormente, foram capturados no seu formato de texto completo (*full text*). Foram selecionados 15 trabalhos, na sua maioria metanálises, e também diretrizes (*guidelines*).⁸⁻²²

Na biblioteca Cochrane, o termo “fibromyalgia” retornou um artigo na sessão de metanálises completas.²³ Na parte de protocolos, foram observados dois projetos que ainda não estavam finalizados.

Nos portais NICE (National Institute of Clinical Excellence) e OASIS, a digitação da palavra “fibromialgia”, não resultou em artigos. No portal DARE, foram encontrados dois resumos relevantes de revisões sistemáticas. Na National Guideline Clearinghouse, a busca por “fibromialgia” demonstrou 17 itens, sendo quatro diretrizes de interesse.^{9,24-26}

Um grupo de seis especialistas em reumatologia, considerados estudiosos e pesquisadores em fibromialgia (Grupo I), por indicação da Sociedade Brasileira de Reumatologia, avaliou as diretrizes (*guidelines*) obtidas na pesquisa utilizando um instrumento próprio para este tipo de pontuação.²⁷ A incorporação dos *guidelines* internacionais na discussão local foi avaliada a partir do critério estabelecido pela AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation), que permite a avaliação e a comparação entre diferentes diretrizes (*guidelines*), permitindo, assim, a utilização dos melhores critérios de cada um. O AGREE é uma ferramenta genérica, podendo ser aplicada a qualquer patologia, incluindo aspectos diagnósticos, promoção da saúde, tratamento e outras intervenções.

A metodologia proposta pelo AGREE avalia tanto a qualidade do enunciado como a qualidade de alguns aspectos intrínsecos às recomendações, dividida em seis domínios: Âmbito e finalidade (objetivo global da norma de orientação); Envolvimento das partes (representação de todas as partes interessadas e potenciais utilizadores), Rigor do desenvolvimento (processo de coleta de evidências utilizado e formulação das recomendações); Clareza e apresentação (linguagem e formato), Aplicabilidade (aplicação das recomendações em termos organizacionais, comportamentais e de custos) e Independência editorial (isenção das recomendações e reconhecimento de conflitos de interesse).

Com base neste método de avaliação, foram escolhidas as diretrizes (*guidelines*) que alcançaram um percentual maior ou igual a 51% em todos os domínios.^{8,25,26} Essas diretrizes (*guidelines*) selecionadas serviram de base para que se elaborasse um questionário inicial para a construção do consenso. Esse questionário inicial foi então avaliado e modificado pelos integrantes do Grupo I. Outras metanálises e revisões sistemáticas que não passaram pelo método AGREE também foram avaliadas pelos especialistas do Grupo I, que decidiram pela sua incorporação ou não na lista de recomendações a serem questionadas.

Os especialistas do Grupo I foram alertados de que as recomendações deveriam ser elaboradas de acordo com seu grau de recomendação e aplicabilidade no Brasil.

Uma vez concluída a elaboração desse questionário pelo Grupo I, passamos à segunda etapa do projeto, ou seja, a votação dessas recomendações.

Segunda etapa: Votação

A segunda etapa consistiu na reunião entre médicos de várias especialidades que estudam e tratam a fibromialgia, com a finalidade de votarem na sua concordância ou não com as afirmações elaboradas pelo Grupo I. Essas afirmações reproduzem os achados obtidos nos estudos consultados na primeira fase. Para isso, formou-se o Grupo II, constituído pelos integrantes do Grupo I acrescidos de especialistas selecionados por suas respectivas sociedades médicas, levando-se em conta sua experiência e reconhecimento no tratamento da doença em avaliação. O Grupo II foi formado por 30 especialistas provenientes das seguintes sociedades: Sociedade Brasileira de Reumatologia, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Academia Brasileira de Neurologia e Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação.

A votação das afirmações elaboradas foi eletrônica, e os participantes não foram identificados individualmente, aparecendo somente o resultado do grupo. No momento da votação, todos os especialistas foram alertados que as recomendações deveriam ser avaliadas de acordo com seu grau de recomendação e aplicabilidade no Brasil.

Todas as recomendações foram votadas como SIM ou NÃO, sendo que seguindo a metodologia BASCE,⁷ somente aquelas que tiveram uma votação SIM ou NÃO igual ou superior a 70% do grupo foram consideradas consensuais. As afirmações que não obtiveram consenso na primeira votação foram motivo de argumentações entre um especialista favorável e outro contrário. Após o término desse debate, foi realizada nova votação. As questões que, após a segunda votação, não atingiram o percentual estabelecido foram consideradas como não tendo alcançado consenso e, portanto, não foram incluídas nas recomendações desse Consenso Brasileiro.

Dessa forma, as práticas aqui recomendadas foram aquelas que obtiveram pelo menos 70% de consenso, e as não recomendadas foram aquelas em que pelo menos 70% dos especialistas concordaram em não as recomendar. As que não obtiveram consenso foram aquelas em que não houve pelo menos 70% de concordância em recomendá-las ou não.

Como documentação, a reunião de consenso foi filmada e também documentada por meio de voto eletrônico.

CAPTAÇÃO DE RECURSOS

A Sociedade Brasileira de Reumatologia contratou os serviços da empresa Axia.Bio para a captação de recursos, condução

técnica do consenso e estruturação das reuniões do consenso brasileiro para o tratamento da fibromialgia.

Os recursos provenientes para a realização deste consenso foram obtidos dos laboratórios Mantecorp Indústria Química e Farmacêutica Ltda., Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda., Ap-sen Farmacêutica S/A e Laboratórios Pfizer Ltda. Cada uma dessas empresas contribuiu com uma cota igual, referente a ¼ dos custos. A captação dos recursos ficou a cargo da empresa Axia.Bio, que contactou e se reuniu com os responsáveis dessas empresas. O nome dos especialistas envolvidos neste trabalho foi mantido em sigilo, e qualquer contato dessas empresas com médicos participantes do consenso foi proibido. Dessa forma, pudemos garantir a isenção dos nossos resultados.

RESULTADOS

Foram votadas 74 questões, atingindo-se consenso em 68 (92%) destas. Somente seis (8%) questões não obtiveram consenso.

Diagnóstico e recomendações gerais

A fibromialgia deve ser reconhecida como um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias,⁸ (grau de recomendação D, nível de evidência IV).

O diagnóstico da fibromialgia é exclusivamente clínico e eventuais exames subsidiários podem ser solicitados apenas para diagnóstico diferencial (grau de recomendação D) (Grupo I). O diagnóstico deve ser confirmado logo ao início do tratamento, para que possamos esclarecer ao paciente o que é verdadeiro e o que é falso (grau de recomendação D).²⁵ A orientação ao paciente é fator crítico para o controle ideal da fibromialgia (grau de recomendação B).²⁵ Como parte inicial do tratamento, devemos fornecer aos pacientes informações básicas sobre a fibromialgia e suas opções de tratamento, orientando-os sobre controle da dor e programas de autocontrole (grau de recomendação A).²⁵

A completa compreensão da fibromialgia requer uma avaliação abrangente da dor, da função e do contexto psicossocial (grau de recomendação D, nível de evidência IV).⁸ Além da dor, é importante avaliar a gravidade dos outros sintomas como fadiga, distúrbios do sono, do humor, da cognição e o impacto destes sobre a qualidade de vida do paciente (grau de recomendação D).²⁵ Houve consenso que a fibromialgia não justifica afastamento do trabalho (grau de recomendação D) (Grupo I-SBR).

A estratégia para o tratamento ideal da fibromialgia requer uma abordagem multidisciplinar com a combinação de moda-

lidades de tratamentos não farmacológico e farmacológico. O tratamento deve ser elaborado, em discussão com o paciente, de acordo com a intensidade da sua dor, funcionalidade e suas características, (grau de recomendação A),^{8,25} sendo importante também levar em consideração suas questões biopsicossociais, (grau de recomendação D) (Grupo I-SBR) e culturais (grau de recomendação D).²⁶

A dor crônica é um estado de saúde persistente que modifica a vida. O objetivo do seu tratamento é o controle e não sua eliminação (grau de recomendação D).²⁶

Tratamento medicamentoso

Dentre os compostos tricíclicos, a amitriptilina, e entre os relaxantes musculares, a ciclobenzaprina reduzem a dor e frequentemente melhoram a capacidade funcional estando, portanto, recomendadas para o tratamento da fibromialgia (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).⁸ A nortriptilina foi recomendada pelo grupo para o tratamento da fibromialgia, ao contrário da imipramina e da clomipramina que não foram recomendadas (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

Entre os inibidores seletivos de recaptção da serotonina, houve consenso de que a fluoxetina em altas doses (acima de 40 mg) também reduz a dor e frequentemente melhora a capacidade funcional sendo também recomendada para o tratamento da fibromialgia (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).⁸ O uso de inibidores da recaptção da serotonina, como a fluoxetina, em combinação com tricíclicos também está recomendado no tratamento da fibromialgia (grau de recomendação B).²⁵ O uso isolado dos demais inibidores de recaptção da serotonina, como a sertralina, a paroxetina, o citalopram e o escitalopram, não foi recomendado (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

Dentre os antidepressivos que bloqueiam a recaptção da serotonina e da noradrenalina, a duloxetina e o milnaciprano foram recomendados por reduzirem a dor e frequentemente melhorarem a capacidade funcional dos pacientes com fibromialgia (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).⁸ Não houve consenso quanto à utilização da venlafaxina em pacientes com fibromialgia (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

A moclobemida, um antidepressivo inibidor da MAO, foi recomendada no tratamento da fibromialgia por reduzir a dor e frequentemente melhorar a capacidade funcional dos pacientes com fibromialgia (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).⁸

Não houve consenso quanto à utilização da trazodona em pacientes com fibromialgia (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

A dose de todos os antidepressivos deve ser individualizada e qualquer mudança de humor concomitante tratada (grau de recomendação D).²⁵

O medicamento antiparkinsoniano pramipexol também foi recomendado para o tratamento da fibromialgia para reduzir a dor (grau de recomendação A, nível de evidência Ib),⁸ sendo especialmente indicado na presença de distúrbios do sono como a síndrome das pernas inquietas (grau de recomendação A).²⁵

Analgésicos simples e os opiáceos leves também podem ser considerados para o tratamento da fibromialgia, ao contrário dos opiáceos potentes que não foram recomendados (grau de recomendação D, nível de evidência IV).⁸ O tramadol foi recomendado para o tratamento da dor na fibromialgia (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).⁸ Sua associação ao paracetamol foi considerada efetiva no tratamento da fibromialgia (grau de recomendação B).²⁵

A tropisetrona também foi recomendada para o tratamento da dor da fibromialgia (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).⁸

Dentre os neuromoduladores, a gabapentina (grau de recomendação A)²² e a pregabalina foram recomendadas. Esta última foi considerada eficaz em reduzir a dor dos pacientes com fibromialgia (grau de recomendação A, nível de evidência Ib).⁸ Por outro lado, o topiramato, não foi recomendado (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

Os corticosteroides não devem ser empregados (grau de recomendação D, nível de evidência IV).⁸ Os anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados como medicação de primeira linha nos pacientes com fibromialgia (grau de recomendação A).²⁵

A zopiclona e o zolpidem foram recomendados para o tratamento dos distúrbios do sono da fibromialgia (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

Não foram recomendados para uso na fibromialgia o clonazepam, a tinazidina e o alprazolam (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

Tratamento não medicamentoso

Os pacientes com fibromialgia devem ser orientados a realizarem exercícios musculoesqueléticos pelo menos duas vezes por semana (grau de recomendação B).²⁵ Programas individualizados de exercícios aeróbicos podem ser benéficos para alguns pacientes (grau de recomendação C, nível de evidência IIB),⁸ que devem ser orientados a realizar exercícios aeróbicos mode-

radamente intensos (60%-75% da frequência cardíaca máxima ajustada para a idade [210 menos a idade do paciente]) duas a três vezes por semana (grau de recomendação A),²⁵ atingindo o ponto de resistência leve, não o ponto de dor, evitando, dessa forma, a dor induzida pelo exercício. Isso é especialmente importante no subgrupo de indivíduos com hiper mobilidade articular (grau de evidência B).²⁵ O programa de exercícios deve ter início em um nível logo abaixo da capacidade aeróbica do paciente e progredir em frequência, duração ou intensidade assim que seu nível de condicionamento e força aumentar. A progressão dos exercícios deve ser lenta e gradual (grau de recomendação D)²⁵ e se deve, sempre, encorajar os pacientes a dar continuidade para manter os ganhos induzidos pelos exercícios (grau de recomendação B).²⁵

Programas individualizados de alongamento (grau de recomendação D) (Grupo I SBR) ou de fortalecimento muscular também podem ser benéficos para alguns pacientes com fibromialgia (grau de recomendação C, nível de evidência IIB).⁸

Outras terapias, como reabilitação e fisioterapia ou relaxamento, podem ser utilizadas no tratamento da fibromialgia, dependendo das necessidades de cada paciente (grau de recomendação C, nível de evidência IIB).⁸

A terapia cognitivo-comportamental é benéfica para alguns pacientes com fibromialgia (grau de recomendação D, nível de evidência IV).⁸ O suporte psicoterápico também pode ser utilizado no tratamento da fibromialgia, dependendo das necessidades de cada paciente (grau de recomendação C, nível de evidência IIB).⁸

Não houve consenso sobre a indicação de tratamentos com acompanhamento clínico como a balneoterapia (grau de recomendação A)²⁵ ou acupuntura (grau de recomendação C).²⁵

Houve consenso em não recomendar a hipnoterapia, o *biofeedback*, a manipulação quiroprática e a massagem terapêutica para o alívio da dor na fibromialgia (grau de recomendação B).²⁵

Outras terapias, como pilates, RPG (reeducação postural global) e o tratamento homeopático, não foram recomendadas para o tratamento da fibromialgia (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

Não existem evidências científicas de que terapias alternativas, como chás, terapias ortomoleculares, cristais, cromoterapia e florais de Bach, entre outros, sejam eficazes (grau de recomendação D) (Grupo I SBR). Não há, também, evidências científicas de que infiltrações de pontos dolorosos da fibromialgia sejam eficazes (grau de recomendação D) (Grupo I SBR).

REFERÊNCIAS

REFERENCES

1. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM *et al.* Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol* 2004; 31(3):594-7.
2. Provenza JR, Paiva E, Heymann RE. Manifestações Clínicas. In: Heymann RE, coordenador. *Fibromialgia e Síndrome Miofascial*. São Paulo: Legnar, 2006, pp. 31-42.
3. Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract* 2007; 61(9):1498-508.

4. Annemans L, Wessely S, Spaepen E, Caelkelbergh K, Caubère JP, Le Lay K *et al.* Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2008; 58(3):895-902.
5. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R *et al.* Diretrizes da Fibromialgia - Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2004. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/052.pdf.
6. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: introdução. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/texto_introdutorio.pdf
7. Axia.Bio Farmacoeconomia e pesquisa em saúde. Disponível em: www.axia.bio.br.
8. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D *et al.* EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008; 67(4):536-41.
9. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292(19):2388-95.
10. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2000; 15(9):659-66.
11. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2004; 51(1):9-13.
12. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006; 174(11):1589-94.
13. Thomas E, Blotman F. Are antidepressants effective in fibromyalgia? *Joint Bone Spine* 2002; 69(6):531-3.
14. Jacobs JW, Geenen R. Are antidepressant drugs efficacious in the treatment of fibromyalgia? *West J Med* 2001; 175(5):314.
15. Mayhew E, Ernst E. Acupuncture for fibromyalgia--a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46(5):801-4.
16. Perrot S, Javier RM, Marty M, Le Jeune C, Laroche F; CEDR (Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie France), French Rheumatological Society, Pain Study Section. Is there any evidence to support the use of anti-depressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology (Oxford)* 2008; 47(8):1117-23.
17. Mannerkorpi K, Iversen. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17(4):629-47.
18. Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17(4):667-83.
19. Jung AC, Staiger T, Sullivan M. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors for the management of chronic pain. *J Gen Intern Med* 1997; 12(6):384-9.
20. Sim J, Adams N. Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clin J Pain* 2002; 18(5):324-36.
21. Mannerkorpi K, Henriksson C. Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21(3):513-34.
22. Crofford LJ. Pain management in fibromyalgia. *Curr Opin Rheum* 2008; 20(3):246-250.
23. Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003786. DOI: 10.1002/14651858.CD003786.pub2.
24. University of Texas, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Fibromyalgia treatment guideline. Austin (TX): University of Texas, School of Nursing; 2005. 13 p.
25. Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowans S, Kugel P *et al.* Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. *APS Clinical Practice Guidelines Series*, No 4. Glenview, IL: American Pain Society; 2005.
26. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of chronic pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007. 87 p.
27. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual. Saf. Health Care* 2003; 12;18-23.