

DR. CAIO OLIVEIRA, PHD

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

FIBROMIALGIA:

mitos, verdades
e caminhos para
viver melhor

DR. CAIO OLIVEIRA, PHD

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

FIBROMIALGIA: mitos, verdades
e caminhos para viver melhor

EDITORA PASCAL
2026

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Gláuber Tulio Fonseca Coelho

Edição de Arte: Gláuber Tulio Fonseca Coelho

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Dr. André Leonardo Demaison Medeiros Maia

Dr. Will Ribamar Mendes Almeida

Dr. Saulo José Figueiredo Mendes

Dr. Othon Carvalho Bastos Filho

Dr. Moisés dos Santos Rocha

Drª Rita de Cássia Silva de Oliveira

Dr. Raimundo José Barbosa Brandão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A663

Oliveira, Caio Marcio Barros de

A dor que ninguém vê, Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor/ Caio Marcio Barros de Oliveira. São Luís: Editora Pascal, 2026.

52 f.: il.

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN (online): 978-65-6068-235-1

ISBN (impresso): 978-65-6068-234-4

D.O.I.:

1. Fibromialgia. 2. Dor crônica. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde e bem-estar. I. Oliveira, Caio Marcio Barros de. II. Título.

CDU: 616.72-002.77

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Este livro é dedicado:
*a **Deus**, por me conceder o dom da vida;*
*aos **meus pais**, por me orientarem através do amor e do exemplo;*
*à minha amada esposa, **Lícia**, por seu amor,*
compreensão, sinceridade, cumplicidade,
apoio e incentivo desde quando nos conhecemos;
aos meus filhos, Maria Júlia, João Lucas, Cadu e Anne,
com quem aprendo a cada dia a difícil, complexa e,
ao mesmo tempo, encantadora arte de ser pai.

SOBRE O AUTOR



Dr. Caio Oliveira é uma das referências mais sólidas na medicina contemporânea voltada ao estudo e tratamento da dor no Brasil. Com uma trajetória marcada pela busca incessante da proficiência técnica e acadêmica, sua atuação une a precisão da Anestesiologia ao olhar compassivo dos Cuidados Paliativos. Sua base científica foi construída em algumas das instituições de maior prestígio do país:

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Pós-doutorado em Ciências, doutorado e mestrado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Título Superior em Anestesiologia (TSA) pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Especialista em Dor pela UNIFESP e pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Especialista em Cuidados Paliativos pelo Hospital Sírio-Libanês.

Além da prática clínica, desempenha um papel fundamental na formação de novos profissionais e na produção de conhecimento. Atualmente, é Professor Adjunto de Medicina na UFMA e atua como professor permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto. Ademais, é criador e coordenador da Liga Acadêmica de Anestesiologia da UFMA (LAAN), onde tem orientado diversos trabalhos de pesquisa, os quais são apresentados anualmente em importantes encontros científicos do país e do exterior.

Sua liderança é evidenciada por cargos de alta responsabilidade, tais como:

- **Responsável pelo Serviço de Dor** do Hospital São Domingos (São Luís-MA).
- **Preceptor da Residência em Anestesiologia** do CET Anestlife/Hospital São Domingos.
- **Sócio-fundador** da Sociedade Maranhense para o Estudo da Dor e ex-Diretor Científico da Sociedade de Anestesiologia do Estado do Maranhão.

Como pesquisador, possui uma produção bibliográfica expressiva, com mais de 45 artigos científicos publicados e centenas de citações em periódicos internacionais. Sua expertise no assunto deste livro é chancelada por uma vida dedicada à investigação clínica, incluindo estudos sobre a fisiopatologia da dor e o impacto de intervenções multidisciplinares em condições complexas como a fibromialgia.

APRESENTAÇÃO

Mensagem do Especialista

Como médico anesthesiologista, especialista em tratamento da dor e em cuidados paliativos, e professor de medicina, dediquei minha carreira a compreender os mecanismos da dor e a ensinar que o sofrimento do paciente não é irreal nem pode ser reduzido a uma explicação puramente psicológica. Se você recebeu o diagnóstico de fibromialgia, saiba que sua dor tem bases neurofisiológicas reconhecidas. Estamos diante de uma condição complexa e tratável, embora o plano terapêutico precise ser individualizado. Este livro foi elaborado para transformar a névoa da incerteza em conhecimento sólido, ajudando você a se tornar participante ativo do próprio cuidado. O conhecimento é, em si, uma ferramenta terapêutica poderosa.

Nesse caminho, ouvi muitas frases diferentes das minhas inúmeras pacientes:

“Acordo cansada, mesmo tendo dormido a noite inteira”.

“Já não uso sutiã e calça jeans há muito tempo, porque me incomoda”.

“Não tenho ânimo para nada!”

“Tenho a sensação de que minhas mãos amanhecem inchadas”.

“O pessoal do meu serviço acha que estou fazendo ‘corpo mole’ para trabalhar”.

“Não consigo ter relação com meu marido, porque sinto dor”.

“Meu casamento está acabando”.

“Até minha mãe não acredita que estou sentindo dor todos os dias!”

“Eu me sinto muito triste, com vontade de chorar à toa”.

“Não consigo me concentrar nos meus estudos”.

“Tenho andado muito esquecida, principalmente nomes de pessoas”.

“Já aconteceu de eu ir à cozinha e esquecer o que tinha para fazer”.

Se você se identificou com alguma das frases acima, convido você a continuar sua leitura. Você poderá compreender melhor o cerne de um problema que afeta não apenas você, mas milhões de pessoas em todo o mundo.

Boa proveito!

PREFÁCIO

Ao longo de minha trajetória como docente da Universidade Federal de São Paulo, tive o privilégio de acompanhar a formação de muitos médicos, pesquisadores e especialistas dedicados ao estudo e ao tratamento da dor. Entre eles, o Dr. Caio Marcio Barros de Oliveira ocupa um lugar especial, não apenas pela extensão do caminho acadêmico que percorremos juntos, mas sobretudo pelas qualidades humanas e profissionais que sempre demonstrou.

Conheci Dr. Caio Marcio durante sua formação na UNIFESP, instituição na qual realizou residência médica em Anestesiologia e aprofundou seus estudos na área da Dor. Desde os primeiros anos, destacou-se como um aluno aplicado, estudioso, responsável e comprometido com cada atividade que lhe era confiada. Sua inteligência e curiosidade científica vinham acompanhadas de características igualmente importantes para a prática médica: respeito, gentileza, integridade e sensibilidade diante do sofrimento humano.

Nossa convivência prolongou-se por diferentes etapas de sua vida profissional e acadêmica. Tive a satisfação de orientá-lo em sua especialização em Dor, em seu mestrado e em seu doutorado, além de acompanhar sua trajetória de Pós-doutorado na UNIFESP. Foram anos de aprendizado, investigação e trabalho conjunto, marcados pela elaboração de projetos, discussão de resultados, preparação de manuscritos e apresentação de trabalhos em congressos nacionais e internacionais.

Desde suas primeiras pesquisas sobre analgesia e dor pós-operatória, Dr. Caio demonstrou a disposição de compreender a dor para além de sua manifestação imediata. Seus estudos abordaram temas como analgesia preemptiva, uso da cetamina e da lidocaína intravenosa, citocinas inflamatórias, dor neuropática e diferentes estratégias para o controle da dor. Essa trajetória revela uma característica constante em sua carreira: a busca por integrar conhecimento científico, experiência clínica e cuidado individualizado.

Com o passar dos anos, acompanhei com alegria a consolidação de sua atuação como anestesiológista, especialista em Dor, pesquisador e professor universitário. Dr. Caio Marcio levou para sua prática profissional os princípios que orientaram sua formação: rigor científico, responsabilidade, atualização permanente e respeito pelo paciente. Também assumiu o compromisso de formar novos médicos e pesquisadores, compartilhando o conhecimento adquirido e estimulando em seus alunos a mesma curiosidade que sempre marcou sua própria caminhada.

Este livro, “A Dor que Ninguém Vê - Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor”, é uma consequência natural dessa trajetória. A fibromialgia representa um dos grandes desafios da Medicina da Dor. Trata-se de uma condição complexa, caracterizada não apenas pela dor difusa, mas também por fadiga, alterações do sono, dificuldades cognitivas e importantes repercussões emocionais, familiares, sociais e profissionais. Embora seus sintomas sejam reais e possam ser profundamente incapacitantes, muitos pacientes ainda enfrentam descrédito, preconceito e demora até receberem um diagnóstico adequado.

Ao escolher a expressão “a dor que ninguém vê”, o autor traduz uma experiência relatada diariamente por pessoas com fibromialgia: o sofrimento que não aparece nos exames convencionais e que, muitas vezes, não é compreendido nem mesmo por familiares, colegas de trabalho ou profissionais de saúde. A ausência de uma lesão facilmente demonstrável não torna essa dor menos legítima. Ao contrário, exige do médico conhecimento atua-

lizado, escuta cuidadosa e capacidade de compreender a complexidade dos mecanismos envolvidos no processamento e na modulação da dor.

Nesta obra, Dr. Caio apresenta a fibromialgia em linguagem clara e acessível, sem abandonar a necessária fundamentação científica. O leitor encontrará explicações sobre sensibilização central, modulação descendente da dor, sono, fadiga, alterações cognitivas e outros mecanismos estudados na atualidade. Encontrará também uma análise dos mitos que ainda cercam a síndrome, das possibilidades diagnósticas e terapêuticas e da importância de uma abordagem multidisciplinar.

Um dos méritos do livro é demonstrar que o tratamento da fibromialgia não deve se limitar à prescrição de medicamentos. Educação, atividade física progressiva, acompanhamento psicológico, sono adequado, alimentação equilibrada, apoio social e participação ativa do paciente constituem partes fundamentais do cuidado. Não existe uma fórmula única aplicável a todos, mas existem caminhos seguros que podem reduzir sintomas, recuperar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida.

O texto também reconhece as dimensões social e econômica da doença e aborda os avanços no reconhecimento dos direitos das pessoas com fibromialgia. Essa perspectiva amplia a discussão e recorda que cuidar da dor significa cuidar da pessoa em sua totalidade, considerando seu corpo, suas emoções, suas relações, sua capacidade de trabalhar e seus projetos de vida.

Tenho especial satisfação em apresentar uma obra escrita por alguém cuja formação acompanhei tão de perto. O aluno dedicado tornou-se médico experiente, professor, pesquisador e formador de novas gerações. Permaneceu, contudo, fiel às qualidades que sempre o distinguiram: seriedade, respeito, gentileza, responsabilidade e compromisso com o conhecimento.

Espero que este livro ajude pacientes e familiares a compreenderem melhor a fibromialgia e ofereça aos profissionais de saúde uma visão mais humana e integrada da síndrome. Acima de tudo, espero que suas páginas contribuam para substituir o preconceito pela compreensão, a insegurança pelo conhecimento e o isolamento pela possibilidade de cuidado.

Ao Dr. Caio Marcio Barros de Oliveira, registro minha satisfação por sua trajetória e meus cumprimentos pela iniciativa. Aos leitores, desejo que encontrem nesta obra informação confiável, acolhimento e esperança para construir caminhos possíveis de vida, mesmo diante da dor.

Profa. Dra. Rioko Kimiko Sakata

Professora Associada do Departamento de Anestesiologia, Dor e Medicina Intensiva da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

SUMÁRIO

Sobre o Autor	5
APRESENTAÇÃO	6
PREFÁCIO	7
Introdução	11
A Luta por Visibilidade e Compreensão	
Capítulo 1	14
O que é a Fibromialgia?	
2.1. Sensibilização central: quando o volume da dor está travado no máximo	15
2.2. O cérebro que não freia: falha da modulação descendente da dor	15
2.3. Neuroinflamação e micróglia: o sistema imune do cérebro entra em cena	16
2.4. Mitocôndrias cansadas, músculos esgotados.....	16
2.5. Neurotransmissores, genes e o diálogo com o ambiente	16
2.6. Sono, cognição e o “nevoeiro” da fibromialgia	17
2.7. Um cérebro em estado de emergência.....	17
Capítulo 2	18
Mitos Comuns sobre a Fibromialgia	
3.1. Mito 1 – “É tudo psicológico”	19
3.2. Mito 2 – “É rara”	20
3.3. Mito 3 – “Não tem como diagnosticar”	20
3.4. Mito 4 – “Não tem tratamento eficaz”	21
Capítulo 3	24
O Diagnóstico na Era da Biologia Molecular: Em Busca de Assinaturas Visíveis	
4.1. O Cérebro sob a Lente: O que a Neuroimagem Revela	25
4.2. O Eco Químico da Dor: Metabolômica e Proteômica.....	25
4.3. A Conexão Intestino-Cérebro: O Microbioma como Peça-Chave	25
4.4. A Herança da Dor: O Fator Genético.....	26
4.5. Rumo a um Diagnóstico Integrado	26
Capítulo 4	27
A Farmacologia da Dor: Ajustando o Volume do Sistema Nervoso	
Capítulo 5	30
Para Além dos Comprimidos: Reaprendendo a Viver no Próprio Corpo	
6.1. Pilar 1: Educação – O Conhecimento que Liberta	31
6.2. Pilar 2: Exercício Físico – O Movimento que Cura	31
6.3. Pilar 3: Terapias Psicológicas – Reconfigurando a Relação com a Dor	32
Capítulo 6	33
O Impacto Além do Corpo: A Dimensão Social e Econômica da Fibromialgia	

Capítulo 7	36
A Fibromialgia e a Lei: O Reconhecimento da Fibromialgia no Brasil e no Maranhão	
8.1. O Despertar Nacional.....	37
8.2. O Pioneirismo Maranhense	37
8.3. A Medicina e a Lei de Mãos Dadas.....	38
Capítulo 8	40
O Futuro do Cuidado: Horizontes da Pesquisa e Novas Esperanças	
Capítulo 9	42
Dez Dicas Práticas para Melhorar os Sintomas Principais	
10.1. Higiene do sono e ambiente adequado.....	43
10.2. Atenção plena (mindfulness) e meditação guiada	43
10.3. Microbiota intestinal: o que já sabemos e o que ainda está em estudo.....	44
10.4. Terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou terapia de aceitação e compromisso (ACT, do inglês Acceptance and Commitment Therapy).....	44
10.5. Alimentação equilibrada e identificação de gatilhos.....	45
10.6. Gerenciamento de energia com pacing (ritmo de atividades).....	45
10.7. Terapias Corporais: Massagem, Alongamento Suave e Yoga.....	45
10.8. Apoio Social e Comunidade.....	46
10.9. Monitoramento Consistente e Ajuste do Plano Terapêutico.....	46
Conclusão.....	48
Reconstruindo a Vida: Uma Peça de Cada Vez	
Referências bibliográficas	50

Introdução

A Luta por Visibilidade e Compreensão

A DOR QUE NINGUÉM VÊ
Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Durante décadas, a fibromialgia foi tratada como uma doença invisível — uma dor que se espalha pelo corpo sem deixar “marcas”, uma fadiga que não cede com o descanso, um cansaço mental que não aparece em nenhum laudo. Para muitos pacientes, e também para não poucos médicos, isso parecia um paradoxo: como alguém pode estar “tão mal” se nenhum exame mostra lesão, inflamação ou alteração estrutural clara?

Por trás dessa pergunta, ergueu-se um muro de desconfiança. De um lado, o paciente, tentando explicar um sofrimento difuso, difícil de colocar em palavras. Do outro, o profissional de saúde, armado de exames impecáveis, concluindo — ainda que não diga abertamente — “não encontro nada”. Entre um e outro, frases que muitos pacientes com fibromialgia conhecem de cor: “isso é psicológico”, “você está somatizando”, “talvez seja apenas estresse”.

Por muito tempo, esse preconceito se apoiou em uma limitação técnica: não havia imagem, biópsia ou marcador laboratorial que apontasse para um “defeito” inquestionável. Mas a dor não é menos real por não deixar cicatriz visível. A dor é, antes de tudo, um fenômeno de processamento: nasce na interação entre estímulos do corpo e a forma como o sistema nervoso os interpreta, amplifica ou inibe. Hoje sabemos que, na fibromialgia, o problema principal não está em músculos “estragados”, mas em um sistema nervoso que perdeu a capacidade de filtrar adequadamente os sinais.

Diversas revisões recentes descrevem a fibromialgia como uma síndrome de dor crônica caracterizada por dor musculoesquelética difusa, fadiga, sono não reparador, alterações cognitivas — a chamada névoa cognitiva (“fibro fog”) — e sintomas somáticos associados, como hipersensibilidade à luz, ao som, ao toque e à temperatura. Essa combinação não atinge apenas o corpo: compromete a capacidade de trabalhar, estudar, cuidar da casa, manter relações sociais e preservar um senso mínimo de identidade (“quem eu era antes da dor, e quem eu consigo ser agora?”).

Do ponto de vista epidemiológico, a fibromialgia está longe de ser rara. Revisões de base populacional apontam prevalência global na faixa de 2–8%, com predomínio em mulheres e impacto expressivo na qualidade de vida e nos custos em saúde. Outras séries estimam prevalências em torno de 2–3%, com variação conforme os critérios diagnósticos e os métodos de estudo. Em qualquer cenário, estamos falando de milhões de pessoas. A maior parte dos casos ocorre em mulheres entre 30 e 60 anos, mas a síndrome também acomete homens, pessoas idosas, crianças e adolescentes, incluindo as formas de fibromialgia juvenil [1].

O que torna a fibromialgia particularmente cruel é a combinação entre sofrimento intenso e ausência de “provas visíveis”. Esse hiato alimenta o estigma. Uma metassíntese qualitativa recente sobre estigma em fibromialgia mostra que a invisibilidade dos sintomas, o longo tempo até o diagnóstico e estereótipos de gênero — sobretudo contra mulheres — são fontes centrais de descrédito e julgamento moral. Pacientes relatam precisar “provar” a dor, esconder sintomas para evitar rótulos de preguiça ou fragilidade, ou se isolar para não ouvir, de novo, que “é coisa da sua cabeça”. Esse processo corrói dignidade, mina a confiança nos profissionais de saúde e agrava o sofrimento.

Compreender a fibromialgia hoje exige um novo mapa. Em vez de procurar apenas inflamação visível, superamos a falsa fronteira entre “orgânico” e “psicológico” e passamos a reconhecer a síndrome como um distúrbio complexo da modulação da dor. A sensibilização central e a menor eficiência dos mecanismos inibitórios descendentes estão entre os achados mais consistentes; alterações neuroimunes, monoaminérgicas, metabólicas e mitocondriais também são investigadas, com diferentes graus de evidência.

Esse novo paradigma não surgiu de uma epifania isolada, mas de décadas de pesquisa. Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (American College of Rheumatology, ACR) propôs critérios centrados em dor difusa e pontos dolorosos específicos (“tender points”), marco importante para legitimar a condição. Nas décadas seguintes, a clínica mostrou que a contagem rígida de pontos era insuficiente: muitos pacientes ficavam de fora, apesar de apresentarem o mesmo padrão de dor e fadiga. A partir de 2010/2011 e, depois, em 2016, os critérios passaram a incorporar a distribuição da dor e os sintomas associados, medidos pelo Índice de Dor Generalizada (WPI, do inglês Widespread Pain Index) e pela Escala de Gravidade dos Sintomas (SSS, do inglês Symptom Severity Scale).

Em paralelo, a Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) passou a reconhecer a dor crônica primária como uma entidade própria, reforçando a ideia de que fibromialgia não é “apenas um sintoma” de outra doença, mas uma condição com fisiopatologia própria.

Hoje, com a ajuda da ressonância magnética funcional, da tomografia por emissão de pósitrons (PET), de estudos de conectividade e de análises moleculares avançadas — as chamadas ciências ômicas —, podemos afirmar com mais segurança: a dor da fibromialgia é real e se relaciona a alterações no processamento e na modulação dos sinais pelo sistema nervoso.

“A dor é real, ainda que não seja visível.”

Essa frase resume o cerne da luta por visibilidade. Tornar a fibromialgia “visível” não significa produzir um exame milagroso, mas reconhecer, na escuta clínica e na ciência, que aquilo que não aparece na radiografia ainda assim pode devastar uma vida. Significa substituir desconfiança por curiosidade, julgamento por cuidado.

Ao longo deste livro, o convite é esse: caminhar com os pacientes por esse território complexo — entre mecanismos moleculares e histórias de vida, entre gráficos de neuroimagem e relatos de cansaço ao subir um lance de escadas. Vamos desmontar mitos, esclarecer verdades, apresentar a ciência mais recente e, sobretudo, recolocar o paciente no centro da conversa.

Se você vive uma dor que não “aparece” nos exames, ou se atende pessoas cujo sofrimento parece não caber em nenhum laudo, saiba: vocês não estão sozinhos. A ciência está, sim, alcançando essas dores. E este livro pretende ser uma ponte entre a vulnerabilidade humana e o conhecimento técnico — para que a dor seja compreendida, o cuidado se torne disponível e a vida, ainda que ferida, possa ser reconstruída.



Capítulo 1

O que é a Fibromialgia?

A DOR QUE NINGUÉM VÊ
Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Imagine o corpo como uma orquestra. Em um organismo saudável, cada instrumento — músculos, nervos, glândulas, emoções — toca em relativa harmonia, coordenado pelo maestro do sistema nervoso central. A dor, nesse contexto, é como o solo de um violino: entra quando há lesão, sobe de volume quando é preciso proteger um tecido, se silencia à medida que a cicatrização se completa.

Na fibromialgia, o maestro perde o compasso. Mesmo sem lesões estruturais evidentes, a orquestra toca em volume máximo. Estímulos que, em outras pessoas, seriam percebidos como neutros — uma roupa mais apertada, um toque leve, uma mudança de temperatura — passam a ser interpretados como agressões. O que era ruído de fundo transforma-se em alarme constante.

2.1. Sensibilização central: quando o volume da dor está travado no máximo

Esse fenômeno de sensibilização central é um aumento anômalo da excitabilidade de neurônios ao longo das vias de dor, desde a medula espinhal até áreas corticais envolvidas na percepção e na emoção. Revisões recentes descrevem a sensibilização central como um marco fisiopatológico da fibromialgia, responsável por hiperalgesia (dor exagerada frente a estímulos dolorosos) e alodinia (dor desencadeada por estímulos que não deveriam doer) [1] [2].

No nível microscópico, estudos apontam para:

- Aumento da transmissão excitatória mediada por glutamato e ativação de receptores NMDA.
- Elevação de neuropeptídeos pronociceptivos, como a substância P e o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP).
- Neuroplasticidade mal-adaptativa em regiões como ínsula, cíngulo anterior, tálamo e córtex pré-frontal, reforçando circuitos de dor.

Na prática, isso significa um cérebro que responde demais. Testes sensoriais mostram que pessoas com fibromialgia têm limiares de dor mais baixos e exibem somação temporal exagerada — cada estímulo nocivo repetido aumenta a dor de forma desproporcional. A hipersensibilidade não se limita à dor: muitos pacientes relatam intolerância a ruídos, luzes intensas, cheiros ou calor, o que reflete uma hiperreatividade global do sistema de processamento sensorial.

2.2. O cérebro que não freia: falha da modulação descendente da dor

O sistema nervoso saudável dispõe de um conjunto de “freios” — o sistema modulador descendente da dor — que ajusta, a partir do tronco encefálico e de regiões corticais, quanto do sinal nociceptivo será percebido como dor. Essa rede envolve estruturas como o córtex pré-frontal, o córtex cingulado anterior, a substância cinzenta periaquedutal, o bulbo rostroventromedial e núcleos noradrenérgicos e serotoninérgicos. Serotonina, noradrenalina, dopamina e opioides endógenos participam da inibição ou da facilitação da transmissão da dor na medula espinhal.

Na fibromialgia, múltiplos estudos demonstram comprometimento desse sistema. Pacientes podem apresentar menor eficiência da modulação condicionada da dor, medi-



da experimentalmente relacionada à capacidade inibitória descendente. A neuroimagem funcional também identifica alterações de conectividade entre a substância cinzenta periaquedutal, a amígdala e o hipotálamo, reforçando o papel da desregulação descendente na manutenção da dor crônica [1].

Resumindo: o cérebro não apenas recebe mais estímulos dolorosos; ele inibe menos. A equação pende para o lado da amplificação.

2.3. Neuroinflamação e micróglia: o sistema imune do cérebro entra em cena

Outro mecanismo em investigação é a neuroinflamação de baixo grau. Estudos com PET e outras técnicas identificaram, em grupos de pacientes, sinais compatíveis com maior atividade de micróglia e astrócitos em áreas relacionadas ao processamento da dor. Essas células podem liberar citocinas e quimiocinas capazes de aumentar a excitabilidade neuronal e contribuir para a sensibilização central.

De forma simplificada, é como se as “células de limpeza e defesa” do cérebro passassem a agir em modo de inflamação crônica, mantendo os circuitos de dor em estado de alerta.

2.4. Mitocôndrias cansadas, músculos esgotados

A fadiga intensa é um dos sintomas mais incapacitantes da fibromialgia. Alguns estudos identificaram alterações mitocondriais e bioenergéticas no músculo esquelético e no sistema nervoso central, associadas à gravidade dos sintomas. Esses achados são promissores, mas ainda não constituem um marcador diagnóstico nem explicam, isoladamente, toda a fadiga.

Esses resultados ajudam a compreender por que tarefas simples — tomar banho, cozinhar ou caminhar algumas quadras — podem exigir esforço desproporcional. Não há, necessariamente, lesão muscular visível; o cansaço resulta da interação entre dor, sono não reparador, descondicionamento, alterações autonômicas e possíveis mudanças bioenergéticas.

2.5. Neurotransmissores, genes e o diálogo com o ambiente

A fibromialgia também se associa a alterações em sistemas monoaminérgicos. Estudos descrevem mudanças na atividade de vias que utilizam serotonina, noradrenalina e dopamina, neurotransmissores envolvidos no humor, no sono e na modulação da dor.

No nível genético, variantes em genes envolvidos na modulação dopaminérgica, nas vias descendentes e na sinalização glutamatérgica foram associadas à vulnerabilidade para a síndrome, embora nenhum “gene da fibromialgia” isolado tenha sido identificado. Essas associações não determinam o destino de uma pessoa: interação com experiências de vida, infecções, traumas e estresse prolongado na forma como o sistema nervoso processa e memoriza a dor.

2.6. Sono, cognição e o “nevoeiro” da fibromialgia

O sono não reparador é mais do que um coadjuvante. Distúrbios do sono podem anteceder o aparecimento da dor difusa e predizer sua persistência, em uma relação bidirecional: dormir mal aumenta a dor, e a dor piora o sono. Alterações no padrão alternante cíclico (CAP) e na continuidade do sono não REM associam-se a maior intensidade de dor e fadiga.

No campo cognitivo, metanálises indicam que a disfunção cognitiva — incluindo prejuízos de memória verbal, memória visual e memória de trabalho — é um componente importante e frequentemente subestimado da síndrome. Esses déficits dificultam organizar tarefas, lembrar compromissos e tomar decisões. Muitos pacientes descrevem a névoa cognitiva (“fibro fog”) como um dos sintomas mais angustiantes, por vezes mais perturbador do que a própria dor.

2.7. Um cérebro em estado de emergência

Quando reunimos esses elementos — sensibilização central, menor eficiência da modulação descendente, alterações neuroimunes e monoaminérgicas, possíveis mudanças bioenergéticas e distúrbios do sono —, emerge o quadro de um sistema nervoso persistentemente sensibilizado.

Esse estado ajuda a compreender por que a fibromialgia frequentemente coexiste com ansiedade, sintomas depressivos, síndrome do intestino irritável, cefaleias e hipersensibilidade sensorial. Essas condições não são um único problema, mas podem compartilhar mecanismos, fatores de risco e influências recíprocas.

“A fibromialgia não é dor imaginada; é dor processada de maneira alterada por um sistema nervoso sensibilizado.”

Essa formulação desloca a narrativa: da suspeita de exagero para o reconhecimento de evidências de processamento alterado da dor. E abre espaço para algo fundamental: a possibilidade de modular esses circuitos.

Se a neuroplasticidade permitiu que o sistema aprendesse a amplificar a dor, ela também permite construir caminhos para modulá-la. É aí que entram educação em dor, movimento graduado, exercícios, técnicas psicológicas e, quando necessário, medicamentos — temas que retomaremos mais adiante.



Capítulo 2

Mitos Comuns sobre a Fibromialgia

A DOR QUE NINGUÉM VÊ
Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Do ponto de vista social, poucas condições médicas carregam tantos mitos quanto a fibromialgia. A combinação entre sintomas subjetivos, exames físicos frequentemente normais e exames complementares “limpos” produziu, ao longo de décadas, um terreno fértil para desinformação.

Quando uma doença não deforma articulações, não aparece em radiografias e não deixa marcadores inflamatórios gritantes, é tentador colocá-la no campo do “emocional” ou do “exagero”. Mas aquilo que os exames não mostram pode estar gritando nas sinapses, nos circuitos cerebrais e na vida cotidiana do paciente.

A seguir, vamos desmontar alguns dos mitos mais persistentes — com ciência, mas também com o cuidado de quem escuta histórias todos os dias.

3.1. Mito 1 – “É tudo psicológico”

Durante muitos anos, a fibromialgia foi classificada como um diagnóstico de exclusão, frequentemente associado a ansiedade, depressão ou “personalidade histriônica”. Se não havia artrite, não havia lúpus, não havia outra explicação “orgânica” clara, restava o rótulo de “psicossomático”.

Hoje sabemos que essa leitura é simplista e injusta. Estudos neurobiológicos mostram, de forma consistente, que o cérebro de pessoas com fibromialgia não funciona da mesma maneira que o de indivíduos saudáveis quando exposto a estímulos dolorosos.

Há:

- aumento da atividade em regiões envolvidas na dimensão afetiva da dor (como córtex cingulado anterior e ínsula);
- alterações em áreas moduladoras (como PAG, córtex pré-frontal e estruturas límbicas);
- evidências de sensibilização central e falha de vias inibitórias descendentes [1].

Além disso, neurotransmissores relacionados à depressão (serotonina, noradrenalina, dopamina) e à dor (glutamato, substância P) encontram-se alterados, sugerindo um terreno neuroquímico propício à amplificação da dor.

Em outras palavras: o sofrimento emocional pode intensificar a dor, mas não a inventa. A fibromialgia é entendida como uma condição de dor nociplástica, na qual há alterações no processamento e na modulação dos sinais nociceptivos, em interação com fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Fatores emocionais e cognitivos são importantes moduladores da dor, mas não constituem sua causa única. Isso tem implicações práticas:

- Para o médico, significa abandonar frases como “isso é da sua cabeça” e substituí-las por “seu sistema nervoso está em modo de alerta permanente — vamos trabalhar para ajudá-lo a se acalmar”.
- Para o paciente, significa poder dizer: “minha dor é real, mesmo quando ninguém a vê”.



Verdade: a dor da fibromialgia é real e decorre de mecanismos objetivos no sistema nervoso.

3.2. Mito 2 – “É rara”

Outro equívoco comum é imaginar a fibromialgia como uma espécie de curiosidade médica, uma síndrome exótica que aparece em casos isolados.

As evidências apontam o contrário. Revisões epidemiológicas recentes indicam que a fibromialgia é uma das síndromes de dor crônica mais frequentes, com prevalência global estimada entre 2 e 8%, forte predominância em mulheres e impacto expressivo na participação laboral e na qualidade de vida. Em algumas coortes, cerca de metade dos pacientes relata dificuldade para manter o trabalho, e uma proporção significativa fica desempregada em poucos meses após o diagnóstico [3].

Além disso:

- A síndrome acomete todas as classes sociais, de trabalhadoras domésticas a executivos.
- Foi descrita em homens em proporção maior do que se imaginava inicialmente, conforme os critérios diagnósticos foram se tornando menos dependentes dos tender points (que tendem a ser mais positivos em mulheres).
- Há formas juvenis em crianças e adolescentes, com impacto relevante em desempenho escolar e social.

Se a fibromialgia não aparece com mais frequência nas estatísticas, é menos por ser rara e mais por ser subdiagnosticada. Muitos pacientes demoram anos até receber um nome para o que sentem, peregrinando por diferentes especialidades. Nesse intervalo, somam-se ao sofrimento físico o desgaste emocional de não ser acreditado.

Verdade: a fibromialgia é frequente — o que é raro, infelizmente, é o diagnóstico rápido e empático.

3.3. Mito 3 – “Não tem como diagnosticar”

“Fibromialgia é diagnóstico de exclusão” — quantas vezes essa frase já foi repetida? E, no entanto, ela não reflete o que sabemos hoje.

Desde 1990, existem critérios formais para classificar e estudar a fibromialgia. Os critérios do ACR de 1990 baseavam-se em dois eixos: dor musculoesquelética difusa por pelo menos três meses e dor à palpação em 11 de 18 pontos dolorosos específicos. Isso representou um avanço, mas também trouxe limitações importantes, sobretudo na prática clínica: a contagem de pontos varia entre examinadores e não captura bem sintomas como fadiga, sono não reparador e névoa cognitiva.

Reconhecendo essas falhas, o ACR publicou, em 2010/2011, critérios revisados que abandonaram a contagem de tender points e passaram a considerar:

- o Widespread Pain Index (WPI) — número de regiões corporais com dor nas últimas semanas, variando de 0 a 19;

- a Symptom Severity Scale (SSS) — que avalia fadiga, sono não reparador e sintomas cognitivos/somáticos.

Em 2016, uma nova revisão consolidou o modelo atual, definindo critérios combinados de WPI e SSS, exigindo dor em ao menos quatro de cinco regiões, sintomas em intensidade estável por pelo menos três meses e, ponto crucial, explicitando que a fibromialgia pode ser diagnosticada mesmo na presença de outras doenças crônicas relevantes.

Em paralelo, a classificação de dor crônica da IASP para a CID-11 introduziu o conceito de dor crônica primária, categoria na qual se insere a fibromialgia: quadros de dor que não são adequadamente explicados por outro processo patológico e que se acompanham de sofrimento emocional e/ou prejuízo funcional significativos.

O resultado de tudo isso é que, hoje:

- o diagnóstico de fibromialgia é positivo, baseado em critérios próprios, e não um “resto” depois de excluir todas as outras hipóteses;
- Os exames laboratoriais e de imagem são úteis para avaliar diagnósticos diferenciais e comorbidades, como artrite reumatoide, lúpus e hipotireoidismo. Resultados normais não invalidam o diagnóstico de fibromialgia, que permanece clínico;
- a chave continua sendo a boa clínica: ouvir a história, mapear a dor, entender o sono, a fadiga, a cognição, o impacto na vida.

Pesquisas em andamento buscam biomarcadores moleculares (perfis de microRNA, assinaturas metabólicas, alterações em citocinas) e padrões de conectividade cerebral que, no futuro, possam complementar o diagnóstico. Mas, até lá, o estetoscópio mais importante continua sendo o tempo de consulta — e a disposição de levar o relato do paciente a sério.

Verdade: a fibromialgia tem critérios diagnósticos bem definidos e reconhecidos internacionalmente; o diagnóstico é clínico, não imaginário.

3.4. Mito 4 – “Não tem tratamento eficaz”

Talvez este seja o mito mais paralisante de todos. Ele nasce, em parte, de uma verdade incômoda: não há cura definitiva para a fibromialgia, e nenhum medicamento isolado resolve, de forma robusta, todos os sintomas na maioria dos pacientes.

Contudo, a ausência de cura definitiva não significa ausência de opções terapêuticas.

Revisões recentes convergem para uma mensagem clara: a fibromialgia responde melhor a planos de cuidado multimodais, que combinam:

Educação em dor e em doença

A educação em saúde — abordando mecanismos, prognóstico e o papel do sono, do estresse e do movimento — é parte fundamental do tratamento. Programas estruturados podem reduzir a catastrofização e a ansiedade, além de favorecer a adesão a outras modalidades terapêuticas.

Um dos principais consensos atuais é que a educação deve ser o primeiro passo do manejo, abrindo espaço para que o paciente se torne protagonista do próprio cuidado.



Exercício físico graduado

Atividade aeróbica de baixo impacto, fortalecimento leve e, quando possível, exercícios em água têm evidência consistente de melhora em dor, capacidade funcional e qualidade de vida. O objetivo não é “treinar como antes da doença”, mas reconstruir, passo a passo, a confiança no próprio corpo e recalibrar o sistema de dor.

Terapias mente–corpo e intervenções psicológicas

Terapias cognitivo-comportamentais, atenção plena (mindfulness), meditação, relaxamento e biofeedback (biofeedback) podem ajudar a modular a relação entre dor, emoção e comportamento.

Entre as abordagens mente–corpo, a ioga tem se destacado: estudos apontam melhora em rigidez, dor crônica, sono, fadiga e sintomas depressivos em pacientes com fibromialgia, integrando movimento, respiração e atenção plena [4].

Tratamento farmacológico racional

Na esfera medicamentosa, o efeito médio é modesto, mas clinicamente relevante para alguns pacientes. Pregabalina, duloxetina e milnaciprano têm aprovação formal em determinados países para o tratamento da fibromialgia. Uma parcela dos pacientes alcança redução significativa da dor, enquanto os efeitos sobre fadiga, sono e função física variam; eventos adversos também podem limitar o uso.

Antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina em baixas doses, podem ajudar na dor e no sono. Gabapentinóides, como pregabalina e gabapentina, reduzem a excitabilidade neuronal e podem beneficiar sintomas selecionados.

O consenso atual é que a farmacoterapia deve ser adjuvante, integrada a estratégias não farmacológicas, e individualizada conforme o perfil de sintomas (dor predominante, insônia, depressão, fadiga, etc.).

Mais importante do que listar remédios é lembrar que:

- o objetivo do tratamento não é “zerar a dor”, mas reduzir sua intensidade e seu impacto, recuperar função e ampliar a sensação de controle;
- pequenas melhoras, quando somadas — dormir um pouco melhor, conseguir caminhar um pouco mais, aprender a manejar picos de dor — produzem, ao longo de meses, mudanças significativas na vida real;
- o paciente não é um receptor passivo de intervenções; é coautor do plano terapêutico.

Verdade: a fibromialgia tem tratamento. Quanto mais o paciente compreende a sua condição e participa ativamente das escolhas, melhores tendem a ser os resultados.

Conclusão do capítulo

A medicina comete, de tempos em tempos, um mesmo erro em roupagens diferentes: negar aquilo que não compreende. Com a fibromialgia, esse erro custou caro. Custou anos de descrédito, diagnósticos tardios, tratamentos incompletos, relações médico–paciente rompidas.

Os mitos que cercam a fibromialgia — “é psicológico”, “é rara”, “não dá para diagnosticar”, “nada funciona” — não são apenas incorreções conceituais. São barreiras concretas entre o paciente e o cuidado:

- Cada vez que alguém diz “isso é coisa da sua cabeça”, um tratamento deixa de começar.
- Cada vez que alguém repete “não tem jeito mesmo”, uma esperança se apaga.
- Cada vez que se ignora o estigma e a invisibilidade, reforça-se a solidão de quem sofre.

Desfazer mitos é mais do que atualizar informações; é devolver dignidade. É, de certo modo, o primeiro gesto terapêutico: reconhecer o sofrimento, dar-lhe um nome, situá-lo em uma história que faça sentido biológico e humano.

É justamente aí que começa o verdadeiro tratamento da fibromialgia: quando o paciente volta a ser acreditado — por quem cuida dele e por ele mesmo.



Capítulo 3

O Diagnóstico na Era da Biologia Molecular: Em Busca de Assinaturas Visíveis

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Se o diagnóstico da fibromialgia por tanto tempo foi um ato de fé — acreditar na dor que não se vê —, hoje ele se assemelha mais a um trabalho de detetive. Um detetive que, em vez de impressões digitais, procura por assinaturas. Assinaturas moleculares, elétricas, metabólicas, que possam, finalmente, tornar o invisível, visível.

A busca por um biomarcador — um exame de sangue, uma imagem cerebral ou um perfil genético que identifique a fibromialgia — é uma área ativa da pesquisa em dor. A complexidade e a heterogeneidade da síndrome desafiam respostas simples. Até o momento, nenhum biomarcador isolado foi validado para uso diagnóstico rotineiro.

4.1. O Cérebro sob a Lente: O que a Neuroimagem Revela

Imagine poder observar como o cérebro processa a dor. Estudos com ressonância magnética funcional (RMf) e tomografia por emissão de pósitrons (PET) comparam padrões de estrutura, atividade e conectividade entre grupos de pessoas com fibromialgia e grupos de controle. Esses resultados ajudam a compreender mecanismos, mas ainda não permitem diagnosticar um indivíduo por meio de uma imagem.

Estudos de grupo identificaram diferenças em áreas relacionadas à modulação da dor, como o córtex cingulado anterior e o córtex pré-frontal. Alguns trabalhos também descreveram diferenças de volume de substância cinzenta associadas à duração da dor e a outros fatores. Esses achados não significam que o cérebro esteja simplesmente “encolhendo” e não são específicos o bastante para uso diagnóstico individual [1].

Além da estrutura, a função também pode estar alterada. Estudos de conectividade funcional — isto é, da comunicação entre diferentes áreas cerebrais — descrevem maior acoplamento entre a rede de modo padrão e a ínsula, região envolvida no processamento da dor. Em termos simples, mesmo em repouso o cérebro pode permanecer mais atento aos sinais corporais e dolorosos [2].

4.2. O Eco Químico da Dor: Metabolômica e Proteômica

Se o cérebro é o centro de comando, o sangue e outros fluidos corporais são os rios que carregam as mensagens químicas da doença. A metabolômica, que estuda o conjunto de pequenas moléculas (metabólitos) em uma amostra biológica, tem revelado pistas importantes.

Alguns estudos identificaram alterações no metabolismo de aminoácidos neuroativos e lipídios em pessoas com fibromialgia. Concentrações mais altas de glutamato, neurotransmissor excitatório, foram observadas em regiões como a ínsula e associadas a limiares de dor mais baixos [1]. Esses achados apoiam a hipótese de maior excitabilidade em circuitos relacionados à dor.

Outra assinatura em estudo envolve os microRNAs (miRNAs), pequenas moléculas de RNA que regulam a expressão gênica. Perfis distintos foram descritos no soro e na saliva de pessoas com fibromialgia [5]. A aplicação diagnóstica, porém, permanece experimental e depende de validação em populações maiores.

4.3. A Conexão Intestino-Cérebro: O Microbioma como Peça-Chave

Uma das descobertas mais instigantes da medicina recente é a de que convivemos com trilhões de microrganismos no intestino. Esse ecossistema — o microbioma intestinal



— interage com o sistema nervoso, a imunidade e o metabolismo, e sua possível relação com a dor vem sendo investigada.

Em 2019, um estudo publicado na revista *Pain* identificou diferenças na composição da microbiota intestinal de pessoas com fibromialgia em comparação com controles saudáveis [6]. Em 2025, um estudo experimental mostrou que o transplante de microbiota de pacientes para camundongos livres de germes induziu comportamentos compatíveis com dor e alterações imunometabólicas; a microbiota de controles saudáveis produziu resultados diferentes [7]. Esses achados em modelo animal não demonstram, por si sós, eficácia terapêutica em seres humanos.

“Esses achados sugerem que a microbiota pode participar da modulação da dor, mas ainda não definem um tratamento clínico estabelecido.”

Se a disbiose contribui para a dor em parte dos pacientes, estratégias voltadas à microbiota poderão, no futuro, complementar o cuidado. Probióticos, prebióticos e transplante de microbiota fecal continuam em investigação; resultados preliminares não justificam seu uso rotineiro fora de protocolos clínicos ou de pesquisa [7].

4.4. A Herança da Dor: O Fator Genético

A ocorrência de fibromialgia em diferentes pessoas da mesma família sugere um componente hereditário. Estudos indicam risco aumentado entre parentes de primeiro grau, embora a magnitude varie conforme a população e os critérios utilizados [1].

Não existe um “gene da fibromialgia”, mas combinações de variantes podem contribuir para a vulnerabilidade. Entre as vias estudadas estão os sistemas serotoninérgico e dopaminérgico e os canais iônicos que regulam a excitabilidade neuronal. Variantes do gene COMT, por exemplo, foram associadas à sensibilidade à dor em alguns estudos, mas as associações genéticas não estabelecem causalidade isolada [2].

A genética, aqui, não é destino, mas vulnerabilidade. Infecções, traumas físicos ou emocionais e estresse prolongado podem interagir com essa predisposição e contribuir para o início ou a persistência dos sintomas.

4.5. Rumo a um Diagnóstico Integrado

É improvável que um único biomarcador explique toda a fibromialgia, dada a heterogeneidade da síndrome. O futuro do diagnóstico poderá envolver painéis que combinem dados clínicos, neuroimagem, perfis metabolômicos, microbiota e marcadores genéticos. Por enquanto, esses painéis permanecem no campo da pesquisa.

Enquanto esse futuro não chega, o diagnóstico continua clínico, baseado na história, no exame e em critérios bem estabelecidos. A pesquisa de biomarcadores ajuda a esclarecer mecanismos e a combater o estigma, mas ainda não substitui a avaliação médica individual.

A dor da fibromialgia pode não ser visível a olho nu, mas deixa sinais mensuráveis em estudos de grupo. A ciência está aprendendo a interpretá-los sem confundir achados de pesquisa com testes diagnósticos já disponíveis.

Capítulo 4

A Farmacologia da Dor: Ajustando o Volume do Sistema Nervos

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Para um paciente que vive com dor crônica, a pergunta “que remédio eu tomo?” é, muitas vezes, a mais urgente. Ela carrega a esperança de um alívio rápido, de uma solução que possa ser engolida com um copo d’água. No universo da fibromialgia, a resposta a essa pergunta é complexa e, para muitos, inicialmente decepcionante. Não existe uma “bala de prata”. Nenhum medicamento, isoladamente, cura a fibromialgia ou elimina todos os seus sintomas.

O objetivo da farmacoterapia é reduzir o impacto dos sintomas ao modular a forma como o sistema nervoso processa a dor. Os medicamentos podem ajustar a atividade de neurotransmissores, reduzir a excitabilidade neuronal e apoiar os mecanismos inibitórios da dor.

Atualmente, apenas três medicamentos têm aprovação formal da Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos para o tratamento da fibromialgia: a pregabalina, a duloxetina e o milnaciprano. É importante notar que, no Brasil e em outros países, as aprovações podem variar, mas esses três fármacos formam a base da terapia medicamentosa moderna.

- **Pregabalina e gabapentina:** esses gabapentinóides ligam-se a subunidades de canais de cálcio nos neurônios e reduzem a liberação de neurotransmissores excitatórios, como glutamato e substância P. Em termos práticos, diminuem a excitabilidade neuronal. Podem aliviar a dor e, em alguns pacientes, melhorar o sono.
- **Duloxetina e milnaciprano:** ambos são inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN). Esses neurotransmissores participam das vias descendentes de inibição da dor, que podem apresentar menor eficiência na fibromialgia. Ao aumentar sua disponibilidade no sistema nervoso, esses medicamentos podem reforçar a analgesia endógena. A duloxetina também pode ser útil quando dor e depressão coexistem.

O desafio é que o benefício desses medicamentos é modesto. Em ensaios clínicos, eles promovem uma redução significativa da dor (geralmente definida como uma queda de 30% a 50% na escala de dor) em apenas cerca de um terço dos pacientes, e os efeitos sobre a fadiga e a função cognitiva são ainda mais limitados [1]. Além disso, os efeitos colaterais — tontura, sonolência, náuseas, ganho de peso — são comuns e, muitas vezes, limitam o uso.

Outros medicamentos, como a amitriptilina em baixas doses e a ciclobenzaprina, são utilizados fora das indicações formalmente aprovadas em bula — uso off-label — sobretudo para sono e dor noturna. A decisão deve considerar benefícios, riscos, comorbidades e preferências do paciente.

“O tratamento medicamentoso na fibromialgia não é uma receita de bolo, mas uma alfaiataria.”

O consenso atual aponta para uma abordagem individualizada. O médico, junto com o paciente, precisa identificar os sintomas-alvo. É a dor que mais incapacita? É a insônia que destrói o dia seguinte? É a fadiga que impede qualquer atividade? É a ansiedade que alimenta o ciclo da dor? Para cada perfil, uma combinação diferente de medicamentos pode ser tentada, sempre como parte de um plano maior que inclui, fundamentalmente, as abordagens não farmacológicas.

Analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteroides costumam ter benefício limitado quando usados isoladamente, pois a dor da fibromialgia não decorre principalmente de inflamação periférica. Opioides não são recomendados para uso crônico rotineiro devido aos riscos de dependência, eventos adversos e hiperalgesia induzida por opioides. Eventuais exceções, como o tramadol em situações selecionadas, exigem avaliação individual e acompanhamento médico.

A farmacologia da fibromialgia continua em evolução. O sistema endocanabinoide é uma das áreas em estudo. Revisões sobre cannabis medicinal, contendo tetraidrocanabinol (THC) e/ou canabidiol (CBD), descrevem possíveis benefícios para dor, sono e qualidade de vida, mas a certeza da evidência é limitada pela heterogeneidade e pela qualidade dos estudos [8] [9]. O uso deve observar a legislação, os riscos, as contraindicações e o acompanhamento de profissional habilitado.

No fim das contas, os medicamentos atuam como coadjuvantes. Ao reduzir a dor ou melhorar o sono, podem facilitar a adesão a estratégias fundamentais, como educação em saúde, exercício e autocuidado.



Capítulo 5

Para Além dos Comprimidos: Reaprendendo a Viver no Próprio Corpo

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Se os medicamentos podem, na melhor das hipóteses, abaixar o volume da dor, são as terapias não farmacológicas que ensinam o paciente a se tornar o maestro de sua própria orquestra. Elas representam a mudança de uma postura passiva — “o que o médico pode fazer por mim?” — para uma ativa — “o que eu posso fazer por mim?”. Essa mudança de perspectiva não é apenas uma frase de efeito; é a pedra angular do tratamento moderno da fibromialgia.

As evidências científicas mais robustas hoje não apontam para uma pílula milagrosa, mas para uma combinação de três pilares: educação, exercício físico e terapia psicológica.

6.1. Pilar 1: Educação – O Conhecimento que Liberta

O primeiro passo para tratar a fibromialgia é entendê-la. Por anos, o desconhecimento alimentou o medo e a catastrofização. O paciente sentia uma dor difusa e pensava: “deve ser algo terrível, um câncer não diagnosticado, uma doença degenerativa”. O médico não encontrava nada nos exames e pensava: “deve ser psicológico”. A educação em neurociência da dor quebra esse ciclo.

Compreender que a dor decorre principalmente de alterações no processamento do sistema nervoso, e não de lesões estruturais nos músculos, reduz o medo. Quando o paciente percebe que o movimento gradual é seguro, tende a recuperar a confiança no corpo e a participar mais ativamente do tratamento.

6.2. Pilar 2: Exercício Físico – O Movimento que Cura

Este talvez seja o pilar mais desafiador. Quando cada movimento dói, a tendência natural é restringir a atividade. Na fibromialgia, porém, o repouso prolongado pode aumentar o descondicionamento, a rigidez e a fadiga. O exercício não é apenas condicionamento físico; quando individualizado e progressivo, também pode ajudar a modular a dor.

O exercício físico é, de longe, a intervenção com o mais alto nível de evidência para a fibromialgia. Mas não se trata de qualquer exercício. A chave é a **gradação**. Começar devagar, muito devagar, e progredir lentamente, respeitando os limites do corpo, mas desafiando-os gentilmente.

- Exercícios aeróbicos: caminhada, ciclismo, natação e hidroginástica estão entre as opções mais estudadas. Revisões sistemáticas mostram melhora média de qualidade de vida, dor e função física [10] [11]. A meta não é correr uma maratona, mas encontrar uma atividade tolerável, iniciar com baixa intensidade e progredir de forma gradual, respeitando sintomas, preferências e condições clínicas.
- **Fortalecimento Muscular:** Exercícios de resistência com pesos leves ou faixas elásticas ajudam a combater a perda muscular e a melhorar a capacidade funcional. Músculos mais fortes dão melhor suporte às articulações e melhoram a eficiência do movimento, gastando menos energia.
- **Alongamento e flexibilidade:** práticas como tai chi e ioga combinam movimento suave, respiração e atenção plena. Uma revisão sistemática de 2025 sobre ioga na fibromialgia identificou melhora de dor, fadiga, humor e estratégias de enfrentamento, embora os estudos variem em qualidade e formato [4]. A prática pode auxiliar na retomada gradual e segura do movimento.



O exercício funciona por múltiplos mecanismos: libera endorfinas (nossos analgésicos naturais), melhora a qualidade do sono, regula neurotransmissores, reduz a inflamação de baixo grau e, talvez o mais importante, ajuda a recalibrar o sistema nervoso, mostrando-lhe que o movimento não é uma ameaça.

6.3. Pilar 3: Terapias Psicológicas – Reconfigurando a Relação com a Dor

Se a fibromialgia não é “tudo psicológico”, o componente psicológico é, sem dúvida, fundamental no seu manejo. Terapias como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) não visam curar a dor, mas sim mudar a *relação* do paciente com ela.

A TCC parte do princípio de que pensamentos, sentimentos e comportamentos estão interligados. Um pensamento catastrófico (“essa dor nunca vai passar, minha vida acabou”) pode levar à desesperança e à inatividade, que por sua vez aumentam a incapacidade e reforçam o pensamento inicial. A TCC ajuda a identificar esses padrões e a substituí-los por respostas mais adaptativas. Também ensina relaxamento, manejo do estresse e pacing — dosagem da atividade para evitar a alternância entre excesso de esforço e exaustão.

Outras abordagens, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e o Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), também têm mostrado grande utilidade. Elas ensinam o paciente a observar a dor sem julgamento, a aceitar sua presença sem se identificar com ela, e a focar sua energia em ações e valores que são importantes para sua vida, apesar da dor.

“Não se trata de lutar contra a dor, mas de aprender a dançar com ela.”

Esses três pilares — educação, exercício e terapia — não são itens de um cardápio do qual se escolhe um ou outro. Eles são os pés de um tripé que sustenta o tratamento. Quando integrados, eles criam uma sinergia poderosa, permitindo que o paciente, pouco a pouco, retome o controle de sua vida, reconstrua a confiança em seu corpo e encontre um novo equilíbrio. É um trabalho lento, que exige paciência e persistência, mas é o caminho mais seguro para transformar o ruído ensurdecedor da dor em uma música que, mesmo com notas dissonantes, ainda permite viver.

Capítulo 6

O Impacto Além do Corpo: A Dimensão Social e Econômica da Fibromialgia

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

A dor da fibromialgia não reverbera apenas nos nervos e músculos. Ela ecoa para fora, abalando as fundações da vida de uma pessoa: seu trabalho, suas finanças, suas relações sociais, seu lugar no mundo. Se a batalha interna é contra um sistema nervoso desregulado, a batalha externa é contra um mundo que muitas vezes não está preparado para compreender uma incapacidade invisível.

O custo da fibromialgia não pode ser medido apenas em escalas de dor. Ele é medido em dias de trabalho perdidos, em promoções recusadas, em carreiras abandonadas. É medido em contas médicas que se acumulam, em tratamentos não cobertos pelos planos de saúde, em uma busca incessante por alívio que drena recursos financeiros e emocionais. A carga econômica da fibromialgia é imensa, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

Uma revisão sistemática de 2022 estimou ampla variação nos custos diretos anuais por paciente: de US\$ 1.750 a US\$ 35.920 nos Estados Unidos e de US\$ 1.250 a US\$ 8.504 na Europa [3]. Esses valores incluem consultas, exames, medicamentos e hospitalizações. Os custos indiretos, relacionados à perda de produtividade e à incapacidade, podem ser ainda maiores. As estimativas variam entre países, sistemas de saúde e métodos de cálculo [3].

“A fibromialgia não rouba apenas a saúde; ela rouba a segurança financeira e a identidade profissional.”

Para muitos, o impacto no trabalho é uma das consequências mais difíceis da doença. Dor, fadiga e névoa cognitiva podem comprometer regularidade, concentração e desempenho. Um estudo de 2025 mostrou que essas dificuldades frequentemente aparecem antes do diagnóstico formal, com repercussões sobre autoestima e perspectivas profissionais [12]. As taxas de desemprego e incapacidade variam entre populações, mas indicam carga ocupacional relevante [13].

Conseguir um benefício por incapacidade é, em si, outra batalha. Como provar a um perito, em uma consulta de quinze minutos, uma incapacidade que não aparece em uma radiografia? O paciente precisa documentar meticulosamente não apenas seus sintomas, mas como eles limitam sua capacidade de realizar tarefas básicas do dia a dia — ficar sentado por longos períodos, levantar um peso moderado, manter a concentração em uma tarefa complexa. É um processo exaustivo e, muitas vezes, humilhante.

A carga não é apenas individual. Um estudo dinamarquês de 2024 mostrou que o fardo da doença se estende aos cônjuges, que muitas vezes assumem o papel de cuidadores, sofrem com o estresse e também têm sua própria saúde e produtividade afetadas [14]. A fibromialgia se torna uma condição familiar, alterando dinâmicas, planos e sonhos.

Socialmente, a invisibilidade da doença leva ao isolamento. O amigo que para de convidar para sair porque você cancela com frequência. O familiar que, com a melhor das intenções, diz “mas você parece tão bem!”. Cada um desses pequenos cortes sociais aprofunda a ferida do estigma. O paciente aprende a usar uma máscara, a sorrir quando está com dor, a esconder a fadiga para não ser julgado como “preguiçoso” ou “fraco”.

Reconhecer a dimensão socioeconômica da fibromialgia é crucial para um cuidado verdadeiramente integral. Significa que o tratamento não pode se limitar ao consultório médico. Ele precisa envolver o apoio de assistentes sociais, a adaptação do ambiente de trabalho, a criação de políticas públicas que reconheçam a fibromialgia como

uma causa legítima de incapacidade e a educação da sociedade para que a empatia substitua o julgamento.

Tratar a fibromialgia é também lutar por um mundo onde a dor invisível tenha um lugar visível, onde o valor de uma pessoa não seja medido por sua produtividade e onde o cuidado se estenda para além do corpo, alcançando a vida em todas as suas complexas dimensões.



Capítulo 7

A Fibromialgia e a Lei: O Reconhecimento da Fibromialgia no Brasil e no Maranhão

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

8.1. O Despertar Nacional

A mudança de paradigma no Brasil ganhou força com a Lei Federal nº 14.705, sancionada em outubro de 2023 [15]. A norma estabeleceu diretrizes para o atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas com fibromialgia, síndrome da fadiga crônica e síndrome de dor regional complexa. Reconheceu a necessidade de abordagem multidisciplinar, com participação de diferentes profissionais e acesso a modalidades terapêuticas reconhecidas.

Mas o verdadeiro divisor de águas ocorreu em julho de 2025, com a sanção da Lei Federal nº 15.176 [16]. Esta nova legislação não apenas instituiu um programa nacional de proteção dos direitos da pessoa com fibromialgia, mas trouxe uma inovação profunda: a possibilidade de equiparação da pessoa com fibromialgia à condição de pessoa com deficiência. A lei entrou em vigor em janeiro de 2026, e seus efeitos já começam a se fazer sentir.

Esta equiparação não é automática. Ela exige uma avaliação biopsicossocial por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, nos moldes do Estatuto da Pessoa com Deficiência — a Lei nº 13.146/2015 [17]. Isso significa que o Estado brasileiro passou a entender a deficiência não apenas como uma falha biológica, mas como o resultado da interação entre os impedimentos do corpo e as barreiras da sociedade. Para um paciente com fibromialgia, a dor crônica e a fadiga são os impedimentos; a falta de adaptação no ambiente de trabalho e a incompreensão social são as barreiras.

O programa nacional criado pela Lei nº 15.176/2025 estabeleceu diretrizes abrangentes: atendimento multidisciplinar; participação da comunidade na implantação e avaliação das políticas; disseminação de informações sobre a doença; incentivo à formação e capacitação de profissionais especializados; estímulo à inserção dos pacientes no mercado de trabalho; e fomento à pesquisa científica com estudos epidemiológicos para dimensionar a real magnitude da fibromialgia no país. A lei também autorizou o Poder Executivo a promover estudos para a elaboração de um cadastro único das pessoas acometidas, contendo informações sobre suas condições de saúde, acompanhamentos clínicos e mecanismos de proteção social.

Os efeitos práticos dessa mudança dependem de avaliação individual e do preenchimento dos critérios previstos em cada política pública. A equiparação pode permitir o acesso a benefícios como aposentadoria da pessoa com deficiência e Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), quando atendidos os requisitos legais, funcionais e socioeconômicos [18]. Mais do que uma promessa automática, a mudança representa o Estado reconhecendo que a dor e as limitações funcionais precisam ser avaliadas com seriedade.

8.2. O Pioneirismo Maranhense

Enquanto o governo federal desenhava suas diretrizes, o Estado do Maranhão já vinha construindo uma rede de proteção robusta para seus cidadãos com fibromialgia. A legislação maranhense sobre o tema revela uma compreensão profunda das necessidades diárias de quem vive com a síndrome — e, em muitos aspectos, antecipou-se à legislação federal.

A jornada legislativa no Estado ganhou contornos definidos com a Lei Estadual nº 11.177, de novembro de 2019 [19]. Esta norma estabeleceu diretrizes estaduais para ações informativas e paliativas, focando na conscientização e no acolhimento. A lei determinou a realização de campanhas de divulgação sobre as características da doença e seus sin-



tomas, veiculadas em formatos acessíveis e com linguagem de fácil entendimento, inclusive nas escolas, para combater o bullying e o estigma que tantas vezes acompanham o diagnóstico. Instituiu o dia 12 de maio como o Dia Estadual da Fibromialgia e previu a criação de um Cadastro Estadual de Portadores, em parceria com universidades maranhenses, essencial para o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em dados epidemiológicos reais. A lei também determinou que hospitais públicos designassem data e local para encontros mensais entre associações e pacientes, promovendo o acolhimento e a orientação coletiva. Além disso, previu o acesso, pela Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados (FEME), a medicamentos indicados conforme protocolos e avaliação clínica.

Dois anos depois, o Maranhão deu um passo audacioso. A Lei Estadual nº 11.543/2021 [20] reconheceu formalmente as pessoas com fibromialgia como possuidoras de impedimentos de longo prazo de natureza física que podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade. Mais do que isso, assegurou-lhes os mesmos direitos e garantias das pessoas com deficiência no âmbito estadual. Foi um reconhecimento legal da “deficiência invisível” muito antes da legislação federal de 2025 — um gesto de vanguarda que colocou o Maranhão na linha de frente da proteção social.

A praticidade do dia a dia também foi contemplada. A Lei Estadual nº 11.778/2022 [21] garantiu o atendimento preferencial em empresas comerciais que recebem pagamentos de contas, incluindo as pessoas com fibromialgia nas filas já destinadas a idosos, gestantes e pessoas com deficiência. A mesma lei assegurou o direito de estacionar em vagas especiais, reconhecendo que, para alguém com fadiga crônica e dores generalizadas, o simples ato de ficar em pé numa fila ou caminhar longas distâncias num estacionamento pode ser excruciante. O descumprimento da norma sujeita os estabelecimentos a advertência e, em caso de reincidência, a multa de R\$ 5.000,00.

Mais recentemente, a Lei Estadual nº 12.556, de maio de 2025 [22], trouxe um alívio burocrático imensurável. A norma estabeleceu que o laudo médico pericial que atesta a fibromialgia passa a ter validade permanente no Maranhão, sem necessidade de revalidação periódica. O laudo pode ser emitido por profissionais da rede pública ou privada, observando a regulamentação do Conselho Federal de Medicina, e é válido para a obtenção de benefícios estaduais e aposentadoria por incapacidade junto ao Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Maranhão (IPREV). Como bem observou o autor da proposta, o deputado Neto Evangelista, a lei “garante dignidade e segurança jurídica às pessoas com fibromialgia, evitando que sejam submetidas, repetidamente, a novos exames e avaliações médicas para comprovar uma condição crônica e irreversível.” É o fim da peregrinação exaustiva para provar, ano após ano, que a dor ainda está lá.

8.3. A Medicina e a Lei de Mãos Dadas

Como médicos, aprendemos que nosso trabalho não termina quando o diagnóstico é feito ou a prescrição é realizada. O cuidado integral busca restaurar função, autonomia e sentido de vida, reconhecendo os limites da biologia e da farmacologia. Na CID-10, a fibromialgia é identificada pelo código M79.7; na CID-11, integra o agrupamento de dor crônica generalizada (MG30.01). Seus sintomas — dor musculoesquelética generalizada, fadiga, sono não reparador e alterações cognitivas — podem ser incapacitantes mesmo quando exames complementares não mostram alterações específicas [1].

No entanto, onde a medicina encontra seus limites, a sociedade e a lei podem intervir. O arcabouço legal construído no Brasil e, de forma exemplar, no Maranhão, não fará a dor

desaparecer magicamente. Mas ele remove o peso do estigma, alivia a carga financeira e simplifica a burocracia. Ele transforma a dor invisível em um direito visível.

Quando o Estado reconhece a fibromialgia, ele está dizendo aos pacientes que eles não estão imaginando coisas, que eles não estão sozinhos e que a sociedade está disposta a adaptar-se para incluí-los. E, muitas vezes, esse reconhecimento é o remédio mais poderoso que podemos oferecer.

Quadro Resumo da Legislação

Legislação	Ano	Principais Disposições
Lei Federal nº 14.705	2023	Diretrizes para atendimento integral no SUS: equipe multidisciplinar, exames, assistência farmacêutica e modalidades terapêuticas.
Lei Federal nº 15.176	2025	Programa nacional de proteção; possibilidade de equiparação à pessoa com deficiência mediante avaliação biopsicossocial; cadastro único.
Lei Estadual/MA nº 11.177	2019	Diretrizes estaduais para ações informativas e paliativas; Dia Estadual da Fibromialgia (12 de maio); cadastro estadual; acesso a medicações via FEME.
Lei Estadual/MA nº 11.543	2021	Reconhecimento dos portadores de fibromialgia como pessoas com deficiência no âmbito do Maranhão.
Lei Estadual/MA nº 11.778	2022	Atendimento preferencial em estabelecimentos comerciais; vagas especiais de estacionamento; multa por descumprimento.
Lei Estadual/MA nº 12.556	2025	Validade permanente do laudo médico de fibromialgia; válido para benefícios estaduais e aposentadoria pelo IPREV.



Capítulo 8

O Futuro do Cuidado: Horizontes da Pesquisa e Novas Esperanças

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Onde a ciência da fibromialgia estará nas próximas décadas? Se o passado foi marcado pela invisibilidade e pelo estigma, o presente traz maior reconhecimento de seus mecanismos, e o futuro sugere cuidado mais personalizado. A pesquisa avança, mas precisa distinguir resultados promissores de intervenções já validadas para a prática.

Uma área em estudo é a neuromodulação não invasiva. Como a fibromialgia envolve alterações em circuitos de processamento e modulação da dor, técnicas como a estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) e a estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) procuram modular a excitabilidade desses circuitos.

A EMTr utiliza um campo magnético para induzir corrente elétrica em regiões cerebrais específicas. Revisões indicam que sessões repetidas podem reduzir a dor e melhorar o humor em parte dos pacientes, embora protocolos e duração dos efeitos ainda variem [23]. A ETCC aplica corrente elétrica de baixa intensidade por eletrodos no couro cabeludo. Um ensaio clínico de 2025 sugeriu benefício da ETCC domiciliar quando combinada com exercício e educação, em comparação com estimulação simulada [24]. Essas técnicas exigem seleção adequada e acompanhamento profissional.

A relação entre o eixo intestino-cérebro e a dor também é investigada. Estudos em modelos animais sugerem que a microbiota pode participar da modulação da dor [7]. Probióticos, dietas personalizadas e transplante de microbiota fecal continuam experimentais na fibromialgia e não substituem as abordagens terapêuticas estabelecidas.

A terapêutica digital é outra frente em desenvolvimento. Aplicativos, dispositivos vestíveis e realidade virtual podem apoiar atenção plena, sono, atividade física e exposição gradual ao movimento. A utilidade clínica depende de validação, privacidade, acessibilidade e integração com o cuidado. Uma inovação só é relevante se não transformar o custo em nova barreira ao tratamento [25].

Na farmacologia, investigam-se alvos mais específicos, como vias neuroimunes e receptores envolvidos na sensibilização central. A farmacogenômica também poderá contribuir para a personalização da prescrição. Revisões de 2026 reforçam que esses caminhos são promissores, mas precisam ser confirmados em estudos clínicos antes de serem incorporados à prática rotineira [26].

“O futuro do tratamento da fibromialgia é menos sobre encontrar uma cura única e mais sobre construir uma caixa de ferramentas personalizada.”

Para cada paciente, essa caixa de ferramentas será diferente. Alguns responderão melhor à neuromodulação, outros à modulação da microbiota, outros a uma combinação de ioga e terapia digital. O papel do médico do futuro será o de um “arquiteto de cuidados”, que, junto com o paciente, seleciona e combina as melhores ferramentas disponíveis, com base no perfil biológico, psicológico e social de cada indivíduo. Essa arquitetura será especialmente importante quando a fibromialgia coexistir com condições complexas, como o câncer, pois a sobreposição de dor, fadiga e alterações do sono exige distinguir sintomas da doença, efeitos do tratamento e manifestações da fibromialgia em um plano integrado [27].

O progresso não depende de uma única descoberta, mas da convergência de diferentes abordagens. A ciência continua investigando circuitos cerebrais, microbiota, fatores genéticos e experiências de vida, com o objetivo de oferecer tratamentos mais eficazes, seguros e humanizados.



Capítulo 9

Dez Dicas Práticas para Melhorar os Sintomas Principais

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Depois de explorar a ciência da fibromialgia, é hora de traduzir o conhecimento em ações concretas. Este capítulo apresenta dez estratégias práticas que podem ajudar no manejo da dor, da fadiga, do sono não reparador, da névoa cognitiva e das alterações emocionais. Não são uma “cura”, mas ferramentas a serem combinadas e adaptadas ao contexto de cada pessoa, de preferência em diálogo com a equipe de saúde.

Exercício físico estruturado: comece devagar e progrida lentamente

O exercício aeróbico de baixo impacto está entre as intervenções não farmacológicas com melhor evidência na fibromialgia [10] [11]. Caminhada, natação, bicicleta estacionária e dança são opções possíveis. O princípio é começar com baixa intensidade e progredir lentamente (“start low, go slow”), conforme a tolerância. Duração, frequência e intensidade devem ser individualizadas, com orientação profissional quando necessário.

Por que funciona? A prática regular pode melhorar condicionamento, sono, humor e confiança no corpo, além de modular mecanismos relacionados à dor. Os benefícios costumam surgir gradualmente e variam entre as pessoas.

Dica prática: escolha uma atividade tolerável, registre a evolução e reserve um horário possível para se exercitar. A consistência importa mais do que a intensidade.

10.1. Higiene do sono e ambiente adequado

O sono não reparador mantém relação bidirecional com a fibromialgia: dormir mal pode intensificar a dor, e a dor pode fragmentar o sono. Melhorar hábitos e investigar distúrbios associados faz parte do cuidado.

- Mantenha um horário consistente de sono, mesmo nos fins de semana (deitar e acordar no mesmo horário).
- Mantenha o quarto escuro, silencioso e em temperatura confortável, geralmente mais fresca.
- Evite telas (celular, computador, TV) pelo menos uma hora antes de dormir.
- Considere usar cortinas blackout, máquinas de ruído branco ou tampões de ouvido.
- Limite cafeína após as 14h e álcool à noite (apesar de induzir sono, prejudica sua qualidade).

A melhora do sono pode reduzir a dor e a fadiga em alguns pacientes [1]. Se as medidas comportamentais não forem suficientes, converse com seu médico sobre a investigação de apneia, síndrome das pernas inquietas, insônia e outras causas. Medicamentos e suplementos devem ser individualizados; evite a automedicação.

Dica prática: um diário do sono ou um dispositivo vestível pode ajudar a observar padrões, mas não substitui a avaliação clínica nem diagnostica distúrbios do sono.

10.2. Atenção plena (mindfulness) e meditação guiada

A atenção plena não elimina a dor, mas pode mudar a relação com ela. Estudos sugerem redução da dor percebida e melhora da regulação emocional em parte dos partici-



pantes [4]. Comece com poucos minutos de prática guiada e aumente gradualmente, se for confortável.

Aplicativos e gravações de meditação podem facilitar a prática em casa. O benefício depende da regularidade, da preferência individual e da integração com outras estratégias de cuidado.

Dica prática: escolha um horário compatível com sua rotina e comece com uma meditação curta. Consistência é mais importante do que duração.

10.3. Microbiota intestinal: o que já sabemos e o que ainda está em estudo

Estudos identificaram associações entre fibromialgia, composição da microbiota e metabólitos intestinais [7]. A relevância clínica dessas diferenças e as melhores formas de intervenção ainda estão em investigação. Estratégias gerais de alimentação saudável podem apoiar a saúde intestinal:

- Aumentar a ingestão de fibras solúveis (aveia, maçã, cenoura, brócolis) para aumentar bactérias benéficas.
- Consumir alimentos fermentados como iogurte grego, kefir, chucrute e kimchi.
- Considere suplementos probióticos somente após orientação profissional, especialmente se houver doença gastrointestinal, imunossupressão ou uso de múltiplos medicamentos.
- Reduzir alimentos ultraprocessados, açúcares refinados e gorduras saturadas, que favorecem bactérias prejudiciais.
- Mantenha hidratação adequada às suas necessidades e às orientações da equipe de saúde.

As evidências clínicas para probióticos e transplante de microbiota na fibromialgia ainda são preliminares. Essas estratégias não devem substituir tratamentos estabelecidos nem ser realizadas fora de acompanhamento adequado [7].

Dica prática: Comece adicionando uma porção de alimento fermentado à sua dieta diária e aumente gradualmente a ingestão de fibras para evitar desconforto gastrointestinal.

10.4. Terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou terapia de aceitação e compromisso (ACT, do inglês Acceptance and Commitment Therapy)

A dor crônica frequentemente vem acompanhada de padrões de pensamento negativos (“nunca vou melhorar”), catastrofização (“isso vai piorar”) e evitação de atividades. A TCC ajuda a identificar e modificar esses padrões, enquanto a ACT ensina a aceitar a dor e viver uma vida significativa apesar dela.

A TCC pode contribuir para reduzir o impacto da dor e melhorar funcionalidade, sono e estratégias de enfrentamento [1]. Procure um psicólogo com experiência em dor crônica, quando possível.

Dica prática: a terapia pode ser presencial ou remota, conforme acesso, preferência e indicação clínica. O mais importante é contar com um profissional qualificado e uma abordagem baseada em evidências.

10.5. Alimentação equilibrada e identificação de gatilhos

Não existe uma “dieta para fibromialgia”. Uma alimentação equilibrada pode apoiar a saúde geral, enquanto possíveis gatilhos individuais devem ser avaliados com cuidado. Priorize variedade e regularidade:

- Peixes ricos em ômega-3 (salmão, sardinha, atum) 2–3 vezes por semana.
- Frutas e vegetais coloridos, ricos em antioxidantes (mirtilo, morango, espinafre, brócolis).
- Grãos integrais em vez de refinados.
- Reduzir açúcar refinado, alimentos processados e excesso de cafeína.

Algumas pessoas relatam piora com determinados alimentos, mas isso não significa que glúten ou laticínios devam ser retirados por todos. Use um diário alimentar por período limitado e evite dietas restritivas sem orientação de nutricionista ou médico.

Dica prática: Não tente mudar tudo de uma vez. Implemente mudanças gradualmente, uma por semana, para tornar sustentável.

10.6. Gerenciamento de energia com pacing (ritmo de atividades)

A fadiga da fibromialgia pode ser desproporcional ao esforço. O pacing — alternar atividades e pausas de modo planejado — pode ajudar a evitar ciclos de excesso de esforço e exaustão. A distribuição deve ser flexível e adaptada à rotina.

Por exemplo, em vez de concentrar toda a limpeza em um dia, distribua os cômodos ao longo da semana. No trabalho, pausas programadas podem ajudar, mas o intervalo ideal varia. A técnica Pomodoro pode ser adaptada, sem necessidade de seguir rigidamente a divisão de 50 minutos de atividade por 10 de descanso.

Estudos sobre automanejo sugerem que a dosagem consistente das atividades pode reduzir crises de fadiga e melhorar a previsibilidade da rotina. A resposta individual, contudo, varia.

Dica prática: use um cronômetro ou aplicativo se isso ajudar. Planeje o dia com antecedência e reserve as tarefas prioritárias para os períodos em que costuma ter mais energia.

10.7. Terapias Corporais: Massagem, Alongamento Suave e Yoga

Terapias corporais podem reduzir tensão muscular e ampliar consciência corporal. A ioga apresenta evidências de benefício para dor, fadiga e função em parte dos pacientes [4]. A prática deve ser suave, progressiva e adaptada às limitações individuais.



Massagem terapêutica com pressão suave a moderada pode proporcionar alívio temporário para algumas pessoas; pressão excessiva pode agravar os sintomas. A frequência deve respeitar tolerância, preferência e orientação profissional.

Dica prática: procure instrutores qualificados e informe sobre a fibromialgia e seus limites. Aulas presenciais ou remotas podem ser adaptadas, desde que permitam progressão segura.

10.8. Apoio Social e Comunidade

O isolamento agrava a fibromialgia. Manter conexões sociais, mesmo que adaptadas à sua capacidade funcional, é crucial. Grupos de apoio — presenciais ou online — permitem compartilhar experiências, aprender estratégias de outros pacientes e reduzir o isolamento.

Estudos mostram que pacientes com forte apoio social relatam menor intensidade de dor e melhor qualidade de vida [12]. Não subestime o poder de conversar com alguém que realmente entende o que você está passando.

Dica prática: procure associações de pacientes e grupos de apoio presenciais ou on-line com moderação responsável. Proteja seus dados pessoais e confirme orientações de saúde com profissionais qualificados.

10.9. Monitoramento Consistente e Ajuste do Plano Terapêutico

Por fim, consistência e ajuste são fundamentais. O Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ) ou sua versão revisada (FIQR) pode ajudar a acompanhar a evolução quando usado de forma periódica e interpretado no contexto clínico. Um diário de sintomas, atividades e fatores de melhora ou piora também pode ser útil.

Compartilhe essas informações com sua equipe de saúde. O que funciona para uma pessoa pode não funcionar para outra. O objetivo é encontrar uma combinação de intervenções adequada ao seu caso e ajustá-la com segurança ao longo do tempo.

O acompanhamento sistemático de sintomas e função pode facilitar decisões compartilhadas e tornar mais visíveis mudanças que, no cotidiano, passam despercebidas [1].

Dica prática: use um aplicativo ou caderno para registrar dor, fadiga, qualidade do sono, atividade física, estresse e humor. Revise os dados periodicamente, sem transformar o monitoramento em fonte adicional de ansiedade.

Resumo das Dez Dicas

Dica	Frequência	Benefício Principal	Evidência
Exercício estruturado	3–5 vezes/semana	Pode reduzir dor e fadiga	Forte [10] [11]
Higiene do sono	Diária	Pode melhorar sono e fadiga	Forte [1]
Atenção plena	Diária, conforme tolerância	Pode reduzir o impacto da dor	Moderada [1]
Saúde intestinal	Diária	Apoia a saúde geral	Emergente [6] [7]
TCC/ACT	Conforme plano terapêutico	Melhora enfrentamento e função	Forte [1]
Alimentação equilibrada	Diária	Apoia saúde e bem-estar	Moderada
Pacing	Diária	Ajuda a dosar esforço e descanso	Moderada [1]
loga e alongamento	2–3 vezes/semana	Pode melhorar dor e função	Moderada [4]
Apoio social	Regular	Pode melhorar qualidade de vida	Moderada [12]
Monitoramento	Periódico	Orienta ajustes compartilhados	Moderada [1]

A chave é combinar consistência e personalização. Não tente implementar as dez estratégias de uma vez. Comece com duas ou três que mais ressoem com suas necessidades, mantenha-as por algumas semanas, avalie o progresso e acrescente outras gradualmente. Cada pessoa é única, e o cuidado é um processo contínuo de aprendizagem e adaptação.



Conclusão

Reconstruindo a Vida: Uma Peça de Cada Vez

A DOR QUE NINGUÉM VÊ

Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

Chegamos ao fim desta jornada pelo complexo território da fibromialgia. Começamos com a história de uma doença envolta em sombras, descrédito e invisibilidade. Uma dor que não tinha lugar nos livros de medicina tradicionais, um sofrimento que não cabia nos laudos de exames. Ao longo destes capítulos, tentamos trazer luz a essas sombras, substituindo mitos por ciência, desconfiança por compreensão e desesperança por um roteiro de possibilidades.

Se há uma mensagem central que este livro busca transmitir, é esta: a fibromialgia é uma condição clínica real, com mecanismos complexos e opções de tratamento. O caminho do cuidado não é uma linha reta nem uma estrada fácil. É a construção, passo a passo, de uma nova forma de viver.

As peças dessa construção são diversas. Há a peça da **validação**, o momento em que o paciente ouve, talvez pela primeira vez, “eu acredito na sua dor”. Há a peça do **conhecimento**, quando se entende que o inimigo não é o próprio corpo, mas um sistema nervoso em estado de alerta. Há a peça do **movimento**, a redescoberta de que o corpo foi feito para se mover e que o exercício, quando feito com sabedoria, é um poderoso remédio. Há a peça da **mente**, o aprendizado de que é possível mudar a relação com a dor, mesmo que ela não desapareça completamente. E há a peça dos **medicamentos**, coadjuvantes que podem abrir uma janela de alívio para que todo o resto do trabalho possa ser feito.

A história de cada paciente com fibromialgia é única, mas os temas são universais: a perda, a luta por dignidade, a busca por sentido e a resiliência do espírito humano. O objetivo do cuidado não é apenas reduzir um número em uma escala de dor, mas ajudar a pessoa a reescrever sua própria história, uma história na qual a dor não é mais a protagonista, mas um personagem secundário, por vezes ruidoso, mas que já não dita o enredo principal.

Para os pacientes e suas famílias, esperamos que este livro tenha servido como um mapa e um abraço. Um mapa para navegar as complexidades da doença com mais informação e confiança. E um abraço para dizer que vocês não estão sozinhos nesta jornada.

Para os profissionais de saúde, esperamos que este livro seja um convite à curiosidade e à empatia. Um lembrete de que, por trás dos critérios diagnósticos e dos algoritmos de tratamento, há uma pessoa tentando reconstruir sua vida. E que o instrumento mais poderoso que temos em nosso arsenal terapêutico continua sendo a capacidade de ouvir, de acreditar e de caminhar ao lado de quem sofre.

A ciência continuará a avançar, nos trazendo ferramentas cada vez mais sofisticadas. Mas a essência do cuidado permanecerá a mesma: a aliança entre quem cuida e quem é cuidado, unidos no propósito de restaurar a função, resgatar a esperança e devolver a vida à vida.

Referências bibliográficas

A DOR QUE NINGUÉM VÊ
Fibromialgia: mitos, verdades e caminhos para viver melhor

- [1] Bhargava J, Goldin J. Fibromyalgia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540974/>
- [2] Siafakas N, et al. Pathogenetic and clinical aspects of fibromyalgia: one year in review 2026. Clin Exp Rheumatol. 2026;44(6):1120-1130.
- [3] D'Onghia M, Ciaffi J, Lisi C, et al. The economic burden of fibromyalgia: A systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2022;57:152098. doi:10.1016/j.semarthrit.2022.152098
- [4] Durusoy E, Ünal E. The role of yoga as mind-body exercise in fibromyalgia management: A systematic review. Complement Ther Med. 2025;95:103290. doi:10.1016/j.ctim.2025.103290
- [5] Barakat L, et al. MiRNAs as Potential Biomarkers for The Diagnosis of Fibromyalgia. AJBAS. 2025.
- [6] Clos-Garcia M, et al. Gut microbiome and serum metabolome analyses identify molecular biomarkers and altered glutamate metabolism in fibromyalgia. EBioMedicine. 2019;46:499-511. doi:10.1016/j.ebiom.2019.07.031
- [7] Cai W, Haddad M, Haddad R, et al. The gut microbiota promotes pain in fibromyalgia. Neuron. 2025;113(13). doi:10.1016/j.neuron.2025.03.032
- [8] Strand NH, et al. Cannabis for the Treatment of Fibromyalgia: A Systematic Review. PMC. 2023. doi:10.7759/cureus.38979
- [9] David P, et al. Is Medical Cannabis a Solution for Controlling Fibromyalgia? Mayo Clin Proc. 2024;99(5):848-849. doi:10.1016/j.mayocp.2024.02.013
- [10] Bidonde J, et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6(6):CD012700. doi:10.1002/14651858.CD012700
- [11] Wang T, et al. Effects of exercise on pain, fatigue, and quality of life in people with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Med (Lausanne). 2026;13:1782714. doi:10.3389/fmed.2026.1782714
- [12] Stevens MJ, et al. 'A little bit of support really, that's all I was looking for': The impact of fibromyalgia on work. Musculoskeletal Care. 2025. doi:10.1002/msc.1963
- [13] International SOS. Fibromyalgia in Workforce Health. Disponível em: <https://www.internationalsos.com/insights/fibromyalgia-in-workforce-health>
- [14] Amris K, et al. Health inequities and societal costs for patients with fibromyalgia and their spouses: a nationwide matched cohort study. RMD Open. 2024;10(1):e003904. doi:10.1136/rmdopen-2023-003904
- [15] BRASIL. Lei nº 14.705, de 25 de outubro de 2023. Estabelece diretrizes para o atendimento prestado pelo SUS às pessoas acometidas por Síndrome de Fibromialgia. Diário Oficial da União, 26 out. 2023.
- [16] BRASIL. Lei nº 15.176, de 23 de julho de 2025. Altera a Lei nº 14.705/2023, para prever programa nacional de proteção dos direitos da pessoa acometida por Síndrome de Fibromialgia. Diário Oficial da União, 24 jul. 2025.
- [17] BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, 7 jul. 2015.
- [18] GUIMARÃES, C. M. Fibromialgia como deficiência: Lei 15.176/25. Migalhas de Peso, 13 jan. 2026. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/447647/fibromialgia-como-deficiencia-lei-15-176-25>
- [19] MARANHÃO. Lei Estadual nº 11.177, de 26 de novembro de 2019. Estabelece as Diretrizes Estaduais para as Ações Informativas e Paliativas sobre a Fibromialgia. Diário Oficial do Estado, 27 nov. 2019.
- [20] MARANHÃO. Lei Estadual nº 11.543, de 22 de setembro de 2021. Reconhece os Portadores de Fibromialgia como pessoas com Deficiência no âmbito do Estado do Maranhão. Diário Oficial do Estado, 24 set. 2021.
- [21] MARANHÃO. Lei Estadual nº 11.778, de 27 de junho de 2022. Dispõe sobre o atendimento preferencial às pessoas com fibromialgia. Diário Oficial do Estado, 2022.
- [22] MARANHÃO. Lei Estadual nº 12.556, de 5 de maio de 2025. Estabelece a validade por tempo indeterminado do laudo médico pericial que atesta a Síndrome de Fibromialgia. Diário Oficial do Estado, 2025.
- [23] da Silva Lapa JD, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for fibromyalgia. Pain Rep. 2025;10(1):e1189. doi:10.1097/PR9.0000000000001189
- [24] Caumo W, et al. Home-Based Transcranial Direct Current Stimulation vs Sham for Fibromyalgia: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2025;8(3):e251055. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.1055



- [25] FM Aware. Fibromyalgia: the Economic Burden. 2020. Disponível em: <https://www.fmaware.org/fibromyalgia-the-economic-burden/>
- [26] Sarzi-Puttini P, et al. Therapeutic advances in fibromyalgia: one year in review 2026. Clin Exp Rheumatol. 2026;44(6):1131-1142.
- [27] Cioeta M, et al. Fibromyalgia in cancer patients: a systematic review and clinical implications for integrated care. Front Pain Res (Lausanne). 2026;7:1851474. doi:10.3389/fpain.2026.1851474

