
PREVALÊNCIA DE HIPOTIREOIDISMO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Hypothyroidism prevalence in patients with fibromyalgia

Suelen Meira Góes¹, Neiva Leite², Fabrício Cieslak³, Eduardo Paiva⁴

¹ Educadora Física graduada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Especialista em Atividade Física e Saúde – Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Membro do Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: su.goes@gmail.com

² Médica e Educadora Física graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestre em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Líder do Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: neivaleite@gmail.com

³ Educador Físico graduado pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Especialista em Atividade Física e Saúde – Universidade Federal do Paraná (UFPR), Mestrando em Atividade Física e Saúde pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Membro do Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR – Brasil, e-mail: facieslak@gmail.com

⁴ Médico graduado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Mestre em Educação Ambulatorial e Reumatologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Membro da Unidade de Reumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: eduevicky@terra.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de hipotireoidismo em mulheres com fibromialgia (SFM), verificando a presença de comorbidades e a prática de exercícios físicos (EF). Participaram do estudo 88 mulheres com diagnóstico de SFM, entre 28 e 75 anos de idade, selecionadas por conveniência a partir das pacientes acompanhadas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas de Curitiba. Utilizou-se instrumento com validação de conteúdo, mediante entrevista semi-estruturada conduzida por um avaliador, abrangendo questões referentes ao histórico familiar, sintomas dolorosos, percepção de sono, hábitos diários e EF, comorbidades e tratamento. Todas as informações foram obtidas a partir do auto-relato das pacientes. Os dados foram analisados considerando as pacientes com hipotireoidismo e sem hipotireoidismo, com nível de significância $p < 0,05$. Nesta pesquisa, a prevalência de hipotireoidismo entre as mulheres com fibromialgia (17,05%) foi ligeiramente maior do que na população em geral (10%). As pacientes com hipotireoidismo apresentaram significativamente maior proporção de cefaléia ($p = 0,047$) e maior tendência aos distúrbios osteomusculares ($p = 0,0076$) em relação às pacientes sem o hipotireoidismo. Os sintomas de ansiedade (13,33%), depressão (53,33%) e fadiga (33,33%) foram relatados em maior proporção entre as mulheres com hipotireoidismo em comparação às mulheres sem hipotireoidismo (12,33%, 34,25%, 20,55% respectivamente), sem diferenças estatísticas entre os grupos. Verificou-se que 33,33% das mulheres com o hipotireoidismo não praticavam EF regulares e isso também ocorreu em 47,65% das pacientes sem esta comorbidade. A relação entre a SFM e disfunção tireoidiana ainda não está muito clara, evidenciando a necessidade da realização de estudos prospectivos.

Palavras-chave: Exercício físico; Fibromialgia; Hipotireoidismo.

Abstract

The objective of the study was to evaluate the prevalence of hypothyroidism in women presenting fibromyalgia (FM), verifying the presence of comorbidities and the practice of physical exercise (PE). 88 women diagnosed with FM, aged between 28 and 75 years-old, participated in the study, conveniently selected from patients attending the Rheumatology Outpatient Service of Curitiba Clinics Hospital. A content-validated instrument was used by means of a semistructured interview conducted by an evaluator, including questions regarding family medical history, painful symptoms, daily habits, PE, comorbidities and treatment. All information was obtained from the patient's report. The data were analyzed considering patients with and without hypothyroidism, at a significance level of $p < 0.05$. In this research, the prevalence of hypothyroidism among women presenting FM (17.5%) was slightly greater than that in the general population (10%). Hypothyroidism patients presented a significantly greater proportion of headaches ($p = 0.047$) and a greater tendency for osteomuscular disorders ($p = 0.0076$) compared to patients without hypothyroidism. Symptoms of anxiety (13.33%), depression (53.33%) and fatigue (33.33%) were reported more frequently among women presenting hypothyroidism compared to women without (12.33%, 34.25%, 20.55% respectively), with no statistical differences between these groups. Verification showed that 33.3% of women presenting hypothyroidism did not practice PE regularly; though, this also occurred in 47.65% of patients without this comorbidity. The relation between FM and thyroid dysfunction remains unclear, revealing the need to realize prospective studies.

Keywords: *Physical exercise; Fibromyalgia; Hypothyroidism.*

INTRODUÇÃO

A síndrome da fibromialgia (SFM) é caracterizada por dores musculoesqueléticas crônicas, generalizadas e pela presença de pontos dolorosos específicos à palpação (1). Nos últimos anos, a prevalência da SFM aumentou provavelmente em função do estabelecimento de critérios clínicos para o diagnóstico e talvez por outros fatores associados (2). Até o momento não há uma etiologia definida para o desenvolvimento da síndrome. No entanto, a associação da SFM com diversos sintomas aumentou a busca de novos parâmetros para o acompanhamento clínico e tratamento (3).

Essa síndrome afeta com maior frequência indivíduos do sexo feminino, ocorrendo em 89% dos casos com idade entre 30 a 50 anos, mas não deixando livres homens, indivíduos mais novos e pessoas mais idosas (4, 5). Além das dores crônicas, a SFM é acompanhada de outros sintomas, como a fadiga, rigidez matinal de curta duração, sono não-reparador, formigamento e distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão (1).

A presença de hipotireoidismo tem sido relatada em mulheres com SFM (6, 7). Há evidências de que a maioria dos casos de fibromialgia está associada com dificuldades na produção tireoidiana (8) ou na utilização do que ela produz (9). Autores têm relatado, ainda, as duas disfunções ao mesmo tempo, o que aumenta a chance do aparecimento de hipotireoidismo em pacientes com fibromialgia (10).

O hipotireoidismo está associado a um estado clínico resultante de quantidade insuficiente de hormônios circulantes da tireóide para suprir uma função orgânica normal. Os sintomas que podem ser observados são: dores musculares e nas articulações, fadiga, fraqueza, pele seca, dores de cabeça e menorrágia, além da depressão e mudança de personalidade (11). O tratamento da SFM está voltado para a redução dos sintomas, por meio de intervenções medicamentosas e de exercícios físicos (EF) (12). Entretanto, a relação entre a SFM e disfunção tireoidiana ainda não está muito clara (13).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar prevalência de hipotireoidismo em mulheres com síndrome da fibromialgia (SFM) provenientes do ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas de Curitiba, verificando o índice de prática de exercício físico (EF).

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo descritivo, transversal e do tipo *survey*, com aplicação de questionários (Anexo), como parte da consulta médica no Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná, do município de Curitiba (PR).

O protocolo de pesquisa foi delineado conforme as diretrizes propostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, registrado sob o número CEP/HC: 1469.137/2007-06.

Sujeitos

Foram estudadas 88 mulheres com diagnóstico de SFM, entre 28 e 75 anos de idade, selecionadas de forma não-aleatória e por conveniência, ou seja, mulheres que participaram da pesquisa por interesse próprio e eram acompanhadas no Ambulatório de Reumatologia do HC. O cálculo amostral foi efetuado pelo programa WinEpiscope 2.0 para uma prevalência de 10% (14,15), com erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, estabelecendo um número mínimo de 71 participantes.

Material

Os dados foram coletados por intermédio de um instrumento elaborado pela equipe do ambulatório de reumatologia do HC e com validação de conteúdo por três profissionais da área. Aplicou-se, mediante entrevista semi-estruturada, com somente um avaliador, abrangendo questões referentes ao histórico familiar, sintomas dolorosos, percepção de sono, hábitos diários e EF, comorbidades, tratamento farmacológico e não-farmacológico, tempo e eficácia do tratamento. Todas as informações foram obtidas a partir do auto-relato das pacientes. O coeficiente de correlação intraclasse do instrumento indicou um coeficiente de boa fidedignidade ($R=0,68$).

Tratamento estatístico

Os dados não-paramétricos foram descritos em percentuais. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para verificar as diferenças nas proporções entre os grupos, considerando um nível de significância $p < 0,05$. Os dados foram analisados no programa *Statistica*, versão 6.0.

RESULTADOS

A prevalência de hipotireoidismo foi em 17,05% ($n=15$) das pacientes com fibromialgia e apresentaram média de idade de $51,47 \pm 10,29$ anos. A partir da obtenção da prevalência de hipotireoidismo nas pacientes com SFM, a amostra foi dividida em dois grupos: com e sem hipotireoidismo. A maioria das pacientes era casada e trabalhava fora de casa, respectivamente, tanto no Grupo “Com Hipotireoidismo” (60%; 73,33%) quanto no “Sem Hipotireoidismo” (68,49%; 73,97%). No tempo de tratamento, as pacientes de ambos os grupos estavam há mais de um ano sendo acompanhadas no ambulatório de reumatologia do HC (“Com Hipotireoidismo” 93,33%; $n=14$ e “Sem Hipotireoidismo” 84,93%; $n=62$).

Na Tabela 1 são apresentadas as distribuições percentuais dos sintomas nas pacientes dos dois grupos. O grupo “Com Hipotireoidismo” relatou maior proporção de sintomas de ansiedade e depressão e fadiga do que o grupo “Sem Hipotireoidismo”, sem diferenças estatísticas. Dentre anormalidades no sono, a sensação de sono não-reparador foi o mais comum, ocorrendo em 80% ($n=12$) no “CH” e 73,97% ($n=54$) no “SH”, sem diferenças entre os grupos. As pacientes com hipotireoidismo relataram maior proporção de cefaléia ($c2 = 3,99$; $p = 0,046$).

TABELA 1 - Distribuição percentual dos sintomas encontrados nos grupos

	COM HIPOTIREOIDISMO				SEM HIPOTIREOIDISMO			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
<i>Sintomas</i>	n	%	n	%	n	%	Não	%
Cefaléia *	5	33,33	10	66,67	9	12,33	63	86,30
Apnéia	0	0,00	15	100,00	0	0,00	72	98,63
SNR	12	80,00	3	20,00	54	73,97	18	24,66
Fadiga	5	33,33	10	66,67	15	20,55	57	78,08
Ansiedade	2	13,33	13	86,67	9	12,33	63	86,30
Parestesia	2	13,33	13	86,67	11	15,07	61	83,56
Dor Miofascial	3	20,00	12	80,00	6	8,22	66	90,41
Depressão	8	53,33	7	46,67	25	34,25	47	64,38

*p<0,05

Quanto às proporções de comorbidades nos sistemas cardiovascular, osteomuscular, endócrino e distúrbios psiquiátricos, os grupos não diferiram (Tabela 2). Os distúrbios osteomusculares foram apresentados com maior tendência nas pacientes sem Hipotireoidismo ($c2 = 3,27$; $p = 0,0076$) quando comparadas com as mulheres com hipotireoidismo.

TABELA 2 - Distribuição percentual das comorbidades encontradas nos grupos

	COM HIPOTIREOIDISMO				SEM HIPOTIREOIDISMO			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
<i>Distúrbios</i>	n	%	n	%	n	%	Não	%
Psiquiátricos	6	40	9	60	18	24,66	55	75,34
Neurológicos	2	13,33	13	86,67	3	4,11	70	95,89
Osteomusculares*	3	20	12	80	33	45,21	40	54,79

*p<0,05

Os grupos não diferiram quanto ao número de mulheres que realizaram tratamento farmacológico para a dor, depressão, sono e não-farmacológico (Tabela 3). No tratamento não-farmacológico, a fisioterapia apresenta 20% ($n=3$) das pacientes com hipotireoidismo e a terapia ocupacional 13,33% ($n=2$), já no grupo sem Hipotireoidismo foi de 24,66% ($n=18$) e 9,59% ($n=7$) respectivamente. Foi verificado, também, que a maioria das mulheres, de ambos os grupos, não praticavam EF, sendo 33,33% com o hipotireoidismo e 47,65% sem esta comorbidade, não diferindo entre os grupos. Os fármacos utilizados pelos grupos no tratamento foram semelhantes. Para a dor, o medicamento mais utilizado foi o paracetamol em 73,33% ($n=11$) no Grupo "Com Hipotireoidismo" e em 61,64% ($n=45$) no "Sem Hipotireoidismo". Quanto ao tratamento para a depressão, a fluoxetina foi o medicamento mais utilizado no Grupo "Com Hipotireoidismo", apresentando-se em 33,33% ($n=5$) e em 23,29% ($n=17$) no Grupo "Sem Hipotireoidismo". No tratamento para o sono, os mais utilizados foram os tricíclicos de baixa concentração (d' 50 mg), aproximadamente em 46,67% ($n=7$) no grupo com hipotireoidismo e 56,16% ($n=41$) no sem hipotireoidismo.

TABELA 3 - Distribuição percentual dos tratamentos utilizados nos grupos

	COM HIPOTIREOIDISMO				SEM HIPOTIREOIDISMO			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
<i>Tratamentos</i>	n	%	n	%	n	%	Não	%
Dor	14	93,33	1	6,67	64	87,67	4	5,48
Depressão	8	53,33	7	46,67	25	34,25	48	65,75
Sono	12	80	0	0	47	64,38	26	35,62
Não farmacológico	6	40	9	60	25	34,25	48	65,75

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos recentes têm encontrado maior proporção de hipotireoidismo em pacientes com SFM quando comparadas com a população em geral (7, 16). Neste estudo, a prevalência de hipotireoidismo também foi maior do que em pacientes sem essa comorbidade (17,05%). Soy et al. (16) detectaram em 31% das 65 pacientes com o diagnóstico da doença de auto-imunidade da tireóide a SFM, fato também salientado por Cakir et al. (17), onde 8,8% das pacientes apresentaram doenças na tireóide. No estudo de Freire et al. (7), dentre os 166 indivíduos com diagnósticos prévios de SFM, 35 (21,1%) apresentaram concentrações elevadas de TSH, indicando associação com hipotireoidismo, pois alterações na função tireoideana como menor secreção de TSH, T3 e T4 podem ser apresentadas em pacientes com SFM (6). Até o momento, poucos dados relacionados a disfunções tireoideanas em pacientes com SFM foram publicados. Neste estudo, observou-se a presença de comorbidades endócrinas, principalmente a presença de hipotireoidismo em mulheres com fibromialgia (17,05%), fatores fisiologicamente associados.

Sintomas presentes na SFM, como dor muscular, fadiga, diminuição da capacidade física e intolerância ao frio, são semelhantes aos sintomas presentes em diversas disfunções endócrinas, como o hipotireoidismo. Por outro lado, doenças da tireóide são comumente encontradas e podem ser prontamente identificadas e controladas (6, 7, 17). Sintomas como dores de cabeça são muito frequentes em pacientes com hipotireoidismo (18). Nesta pesquisa, observou-se que 33,33% das pacientes com SFM que apresentavam hipotireoidismo relataram ter cefaléia.

O hipotireoidismo está classicamente associado a distúrbios do humor, como ansiedade, depressão e alterações cognitivas (19), além de outros sintomas característicos da SFM, como as dores musculares (7) e a fraqueza muscular (20). Neste estudo, pode-se observar que as mulheres com hipotireoidismo relataram grande proporção de sintomas de ansiedade (13,33%), depressão (53,33%) e fadiga (33,33%).

Apesar de a literatura referir-se favorável às atividades físicas programadas (4, 14, 21), verifica-se, neste trabalho, que a maioria das mulheres com SFM não praticavam EF, (33,33% das pacientes com o hipotireoidismo e 47,65% sem essa comorbidade).

Nesta pesquisa, a prevalência de hipotireoidismo entre as mulheres com fibromialgia foi ligeiramente maior do que na população em geral, entre 1 a 10% (14, 15). Houve também indicadores de que grande parte das pacientes com SFM e hipotireoidismo não tem o hábito da prática de atividades físicas programadas, o que ser devido aos seus sintomas similares, como depressão e fadiga, relatados em grande proporção, neste trabalho.

Uma das limitações deste estudo foi a obtenção das informações a partir do auto-relato das pacientes, assim, para uma melhor abordagem do diagnóstico e posterior tratamento dos pacientes, há necessidade de se considerar a presença de disfunção tireoideana nos pacientes com SFM. Desta forma, a participação de equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com SFM fortalece a orientação para um melhor controle dos sintomas. A relação entre a SFM e disfunção tireoideana ainda não está muito clara, portanto, evidencia-se a necessidade da realização de estudos prospectivos investigando a associação do hipotireoidismo com SFM e a influência destes na prática de EF.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Gendenberg DL, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-172.
2. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA, Marques AP. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):40-48.
3. Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa KM, Cevasco G, Pedreira IS, Machado LAM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study”. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(6):312-316.
4. Marques AP, Matsutani LA, Ferreira EAG, Mendonça LLF. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(1):42-48.
5. Harrison TR. *Medicina Interna.* Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006.
6. Neeck G, Riedel W. Thyroid function in patients with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol.* 1992;19(7):1120-1122.
7. Freire M, Teodoro RB, Oliveira LB, Cunha SFC, Ferreira BP, Borges M de F. Concomitância de fibromialgia em pacientes portadores de hipotireoidismo e de alterações tireoideanas em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46 (1):11-15.
8. Lowe JC. Thyroid status of 38 fibromyalgia patients: implications for the etiology of fibromyalgia. *Clin Bull Myofascial Ther.* 1997;2(1):6-41.
9. Lowe JC, Eichelberger J, Manso G, Peterson K. Improvement in euthyroid fibromyalgia patients treated with T3 triiodothyronine. *J Myofascial Ther.* 1994;1(2):16-27.
10. Garrison RL, Breeding PC. A metabolic basis for fibromyalgia and its related disorders: the possible role of resistance to thyroid hormone. *Med Hypotheses.* 2003;61(2):182-189.
11. Khurram IM, Choudhry KS, Muhammad K, Islam N. Clinical presentation of hypothyroidism: a case control analysis. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2003;15(1):45-49.
12. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scan J Med Sci Sports.* 2006;(16 Suppl 1):3-63.
13. Pamuk ON, Cakir N. The frequency of thyroid antibodies in fibromyalgia patients and their relationship with symptoms. *Clin Rheumatol.* 2007;26(1):55-59.
14. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Bates D, Clark F, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the wickham survey. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1977;7(6):481-493.
15. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway C. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Inter Med.* 2000;160(4):526-534.
16. Soy M, Guldiken S, Arıkan E. Frequency of rheumatic diseases in patients with autoimmune thyroid disease. *Rheumatol Int.* 2007;27(6):575-577.
17. Cakir M, Samanci N, Balci N, Balci MK. Musculoskeletal manifestations in patients with thyroid disease. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2003;59(2):162-167.
18. Jatene FB, Cutait R, Nobre MRC, Bernardo WM. Projeto Diretrizes. In: *Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Hipotireoidismo.* São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2005. p. 161-171.

19. Oliveira MC, Pereira Filho AA, Schuch T, Mendonça WL. Sinais e sintomas sugestivos de depressão em adultos com hipotireoidismo primário. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001;45(6):570-575.
20. Reuters VS, Buescu A, Reis FAA, Almeida CP, Teixeira PFS, Costa AJL, et al. Avaliação clínica e da função muscular em pacientes com hipotireoidismo subclínico. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006;50(3):523-531.
21. Konrad LM. Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Recebido: 01/10/2007

Received: 10/01/2007

Aprovado: 17/03/2008

Approved: 03/17/2008

ANEXO

PROTOCOLO DE FIBROMIALGIA

História familiar:

1. Doenças psiquiátricas:
 - a) Qual?
2. FMG (fibromialgia):

Comorbidades:

3. Doença psiquiátrica:
 - a) Qual?
4. Doença osteomulcular:
 - a) Qual?
5. Doença cardiovascular:
6. Doença gastrintestinal:
7. Doença respiratória:
8. Doença do aparelho geniturinário:
9. Doença neurológica:
 - a) Qual?
10. Doença endocrinológica:
 - a) Qual?
11. HCV:
12. Outras:

Hábitos:

13. Tabagismo:
 - a) Quantos cigarros por dia?
 - b) Há quanto tempo?
14. Etilismo:
15. Outros tipos de drogas:

Características da Fibromialgia:

17. Tempo de início dos sintomas (A para < 2 anos; B para 2 – 5 anos e C para > 6 anos):
18. Preenche critérios: *tender points* e dor generalizada por mais de 3 meses:

Tratamento farmacológico:

19. Faz tratamento:
Tratamento farmacológico atual:
* SONO:
 - a) Tricíclicos em doses baixas = ou < 50 mg.
 - b) Ciclobenzaprina.
 - c) Benzodiazepínicos.
 - d) Trazodona (donarem) < 100
 - e) Zolpidem.

*** DOR:**

- f) Paracetamol.
- g) Dipirona.
- h) AINH.
- i) Codeína.
- j) Tramadol.
- l) Combinação de opióide e não opióide.

*** ANTIDEPRESSIVOS:**

- m) Tricíclicos > 50 mg.
- n) Trazodona > 100.
- o) Fluoxetina ou SSRI.
- p) Outros (quais).
- 21. Tempo de tratamento (A para < 1 ano; B para 1 – 5 anos e C para > 5 anos):
- 22. Eficácia do tratamento (A para “Boa, atualmente assintomático”, B para “Regular, com limitações” e C para “Ruim, com impossibilidade de trabalhar e realizar atividades diárias”):

FIQ:

- 23a. Último FIQ C:
- 23b. Último FIQ N:

Tratamento não-farmacológico:

- 24. Faz tratamento não-farmacológico?
- 24a. FST (fisioterapia).
- 24b. Acompanhamento psicológico.
- 24c. Terapia ocupacional.
- 24d. Exercício aquático.
- 24e. Atividade física programada (minutos por semana):

Sintomas:

- 25a. Cefaléia.
- 25b. Distúrbio do sono: apnéia do sono.
- 25c. : síndrome das pernas inquietas.
- 25d. : sono não-reparador.
- 25e. Fadiga.
- 25f. Ansiedade.
- 25g. Parestesias.
- 25h. Síndrome do intestino irritável.
- 25i. Bexiga irritável.
- 25j. Dor miofacial – *Trigger points*.
- 25l. Sintomas depressivos.
- 25m. Outros (quais).

Tempo de acompanhamento no ambulatório de Reumatologia:

- 26a – < 1 ano
- 26b – 1 – 5 anos
- 26c – > 5 anos