



SONO NÃO-REPARADOR E COMORBIDADES ASSOCIADAS EM MULHERES COM FIBROMIALGIA

Nonrestorative sleep and comorbidities associated in women with fibromyalgia

Suelen Meira Góes^[a], Fabrício Cieslak^[b], Joice Mara Facco Stefanello^[c],
Geresa Einfeld Milano^[d], Eduardo Paiva^[e], Neiva Leite^[f]

^[a]Mestranda em Atividade Física e Saúde pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Membro do Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: su.goes@gmail.com

^[b]Mestrando em Atividade Física e Saúde pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Membro do Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: facieslak@gmail.com

^[c]Doutora, Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: joice@ufpr.br

^[d]Doutoranda em Educação Física pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Membro do Núcleo de Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: gerasamilano@hotmail.com

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

^[f]Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Líder do Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida (NQV-UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: neivaleite@gmail.com

Resumo

INTRODUÇÃO: A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor muscular difusa, fadiga e pela presença de pontos dolorosos específicos à pressão, além de outros sintomas como o sono não-reparador, ansiedade, depressão e rigidez matinal. **OBJETIVO:** Avaliar o perfil clínico de mulheres com SFM provenientes do ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas (HC) de Curitiba – PR, destacando a presença do sono não-reparador e comorbidades associadas. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, transversal e do tipo *survey*. Foram selecionadas 89 participantes, de 28 a 75 anos de idade, de forma intencional e por conveniência entre as pacientes que preencheram o protocolo de fibromialgia do ambulatório de reumatologia do HC. O instrumento abrangia questões referentes a sintomas dolorosos, percepção de sono, comorbidades, terapêutica, estilo de vida e atividades físicas programadas. Analisaram-se os dados com o teste qui-quadrado, com nível de significância $p < 0,05$. **RESULTADOS:** A prevalência de sono não-reparador foi de 76,40% das pacientes com fibromialgia. A presença das comorbidades foi analisada considerando as pacientes com sono reparador e sono não-reparador. Verificou-se que as mulheres com sono não-reparador apresentaram menor proporção de doenças neurológicas ($p = 0,0355$), maiores frequências de sintomas depressivos ($p < 0,0000$) e de ansiedade ($p = 0,047$) do que as com sono reparador. **CONCLUSÃO:** Neste estudo, três em cada quatro mulheres com SFM possuíam sono não-reparador, com maiores proporções de sintomas depressivos e ansiedade, evidenciando que a qualidade de sono prejudicada está associada a sintomas psíquicos. Há necessidade da realização de estudos prospectivos para avaliar a qualidade do sono e conduzir tratamento multidisciplinar à fibromialgia.

Palavras-chave: Dor. Qualidade do sono. Sintomas psíquicos.

Abstract

INTRODUCTION: The fibromyalgia is a syndrome characterized by diffuse muscle pain, fatigue and the presence of specific tender points on pressure, furthermore other symptoms such as non-restorative sleep, anxiety, depression and morning stiffness. **PURPOSE:** to assessing the clinical profile in women with fibromyalgia syndrome who were being treated at the Rheumatology Ambulatory Care Center at "Hospital das Clínicas" in Curitiba (PR), highlighting the presence of nonrestorative sleep and comorbidities associated. **METHODS:** The study was descriptive, transverse and survey. Among the patients who filled out the fibromyalgia protocol at the Rheumatology Ambulatory Care Center at HC for convenience and intentional way 89 participants with ages ranging from 28 to 75 years were selected. The instrument included a questionnaire regarding painful symptoms, sleep perception, comorbidities, therapeutics, lifestyle and programmed physical activities. The data were analyzed through the Test Qui-Square, with a significance level of $p < 0.05$. The restless sleep prevalence was of 76.40% patients with fibromyalgia. The presence of comorbidities was analyzed considering the patients with repairing sleep and of restless sleep. It was found that women with restless sleep presented smaller proportion of neurological diseases ($p = 0.0355$), larger frequencies of depressive symptoms ($p < 0.0000$) and of anxiety ($p = 0.047$) than the ones with repairing sleep. **CONCLUSION:** three out of four women with FMS presented restless sleep, with larger proportions of depressive symptoms and anxiety, evidencing that the sleep quality is usually harmed is associated to psychics symptoms. Prospective studies are necessary to evaluate the sleep quality and to lead a multidisciplinary treatment to the fibromyalgia.

Keywords: Pain. Quality of sleep. Psychological symptoms.

INTRODUÇÃO

A síndrome da fibromialgia (SFM) é caracterizada por dores músculo-esqueléticas crônicas, generalizadas e pela presença de pontos dolorosos específicos à palpação, denominados *tender points* (1, 2). A SFM ocorre geralmente em mulheres (3), sendo acompanhada de outros sintomas como: sono não-reparador, ansiedade, depressão, fadiga, rigidez matinal de curta duração e formigamento (4, 5).

Observa-se que a qualidade do sono afeta a capacidade funcional de indivíduos com fibromialgia (6), isto é, as pacientes com SFM apresentam prejuízo na execução das atividades da vida diária e nos hábitos de sono, provocando impacto negativo sobre a qualidade de vida (3, 4, 7, 8). A dificuldade de adormecer, a presença de excessivos despertares durante a noite e o sono não-reparador são as principais características nestes indivíduos (9).

O sono não-reparador é descrito como cansaço matinal e está presente em 76 à 90% das pacientes em comparação com 10 a 30% das pessoas sem a SFM, impedindo, muitas vezes, a realização de atividades físicas (10).

Além disso, a ansiedade e a depressão são apontadas como os sintomas mais frequentes em pacientes com SFM (4, 5, 11, 12). Desta forma, um ciclo vicioso pode ser estabelecido, pois os distúrbios de sono acarretam aumento da ansiedade, estresse e contraturas musculares, essas alterações acentuam a dor e geram maior possibilidade de percepção de um sono não-reparador (13).

A subjetividade clínica da SFM provocou a busca de novos parâmetros para o acompanhamento clínico e tratamento (14). Estudos da fisiopatogenia da SFM têm se concentrado nas modificações que ocorrem nos sistemas músculo-esquelético, neuroendócrino e nervoso (15), avaliando a complexa interação desses sistemas e o SNR (16). Qualquer estímulo doloroso pode ativar o sistema nervoso simpático e o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, o qual constitui o eixo regulador da reação de estresse. As reações desses sistemas estão intimamente relacionadas com a dimensão afetivo-emocional da dor, sendo que a resposta não é padronizada, variando entre os indivíduos (17).

Assim, este estudo objetivou avaliar o perfil clínico de mulheres com SFM provenientes do ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas (HC) de Curitiba, PR, destacando a presença do sono não-reparador e comorbidades associadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Modelo do estudo

Estudo descritivo, transversal e do tipo survey, com aplicação de questionários como parte da consulta médica no Ambulatório de Reumatologia do 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, sob o número CEP/HC 232-036/2005.

Sujeitos

Participaram do estudo 89 mulheres com diagnóstico de SFM realizado pela equipe médica do ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-Paraná, de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 1990, ou seja, apresentar dor musculoesquelética difusa e crônica, além de 11 dos 18 pontos padronizados chamados de *tender points* (1).

As pacientes tinham entre 28 e 75 anos de idade e foram selecionadas por conveniência no ano de 2005. O número de participantes embasou-se em evidências prévias que avaliaram a SFM com a utilização de questionários (3, 7, 9, 11, 13), o tamanho da amostra foi calculado em 78 pessoas para uma prevalência de 90% de sono não-reparador (1, 16), os dados foram submetidos ao programa WinÉpiscope 2.0, com erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Delineamento do estudo

Os dados foram coletados por intermédio de uma entrevista semiestruturada a partir de um roteiro elaborado pela equipe do ambulatório de reumatologia do HC (anexo A), a validade lógica do instrumento inferiu-se na formulação de um *checklist* com base na análise da literatura dos parâmetros e sintomas que fossem apresentados com maior frequência em pacientes com SFM. Em seguida, três profissionais da área foram convidados, um médico especialista em reumatologia (mestre), um fisioterapeuta (doutor) e um educador físico (doutor), com o intuito de revisar cuidadosamente os itens e a redação, além de sugerir as modificações necessárias para validação de conteúdo do instrumento específico para a amostra estudada.

A entrevista das pacientes foi de forma semiestruturada, tomando-se o devido cuidado na formulação das questões baseadas no roteiro, sem jargões ou palavras técnicas, evitando a forma direta da pergunta e somente um avaliador (médico) realizou a entrevista, para evitar a discordância interavaliadores na aplicação do instrumento. O objetivo do instrumento foi gerar banco de dados traçando o perfil clínico das pacientes com SFM. Os dados proporcionaram uma riqueza de informações pela abrangência das questões formuladas na entrevista, que abordavam o histórico familiar, os sintomas dolorosos, a percepção de sono reparador ou não-reparador, as comorbidades, os hábitos diários, o tratamento farmacológico e não-farmacológico, o tempo e a eficácia do tratamento.

Portanto, para esta pesquisa foram extraídas as informações referentes aos aspectos do sono e aos outros sintomas ou comorbidades relacionadas. Por se tratar de uma entrevista semiestruturada, todas as informações do protocolo foram obtidas a partir do autorrelato das pacientes diagnosticadas

com SFM. Deste modo, os questionários específicos validados para a avaliação do sono não foram utilizados, pois o objetivo da coleta dos dados foi identificar os aspectos gerais das pacientes com SFM, destacando as informações relacionadas ao autorrelato do sono reparador e não-reparador.

Para testar a fidedignidade do instrumento selecionaram-se 33 participantes para avaliação da reprodutibilidade (teste-reteste), o questionário indicou uma moderada estabilidade para o coeficiente de correlação intraclassa ($R = 0,68$).

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

Para melhor apresentação dos dados, dividiram-se as pacientes em dois grupos de acordo com a presença ou não do sono não-reparador, conforme a sensação referida pelas pacientes: Grupo SNR: 68 mulheres que possuíam SNR, e Grupo SR: 21 mulheres que não possuíam sono reparador (SR).

O sono não-reparador foi observado em 76,40% das pacientes com fibromialgia ($n = 68$) que apresentaram média de idade de $51,19 \pm 10,79$ anos. O sono reparador representou 23,60% das participantes ($n = 21$) e com média de idade de $50,19 \pm 9,71$ anos, sem diferença estatisticamente significativa. A maioria das pacientes era casada e trabalhavam fora de casa, respectivamente, tanto no grupo SNR (67,65%; 54,41%) quanto no SR (66,67%; 71,43%). Quanto ao tempo de tratamento, grande parte das pacientes de ambos os grupos possuía um acompanhamento superior a um ano no ambulatório de reumatologia (SNR=83,82% e SR=95,24%).

Os grupos não diferiram quanto ao número de mulheres que realizaram tratamento farmacológico para a dor, depressão e sono. O tratamento não farmacológico era realizado em 37% do grupo SNR e 33% do grupo SR, sem diferença estatística (Tabela 1). Dentre estes, a fisioterapia apresenta 27% das pacientes com SNR e 14% nas com SR. No grupo SR 19% das pacientes realizam terapia ocupacional.

Os fármacos utilizados pelos grupos no tratamento foram semelhantes, exceto para a terapêutica medicamentosa antidepressiva que foi maior no grupo SNR. Para a dor, o medicamento mais utilizado foi o paracetamol em 67,65% no grupo SNR e em 52,38% no SR. Quanto ao tratamento para a depressão, a fluoxetina foi o medicamento mais utilizado no grupo SNR, apresentando-se em 30,88% e em proporção maior do que 4,76% do grupo SR ($c^2=5,88$; $p=0,0153$). No tratamento para o sono, os mais utilizados foram os tricíclicos de baixa concentração (d" 50mg), aproximadamente em 52% no grupo SNR e 67% no grupo SR.

TABELA 1 - Distribuição percentual dos tratamentos utilizados nos grupo SNR e SR

Grupos	SONO NÃO REPARADOR				SONO REPARADOR			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
TRATAMENTO	N	%	N	%	N	%	N	%
Dor	59	86,76	9	13,24	19	90,48	2	9,52
Depressão	27	39,71	41	60,29	6	28,57	15	1,43
Sono	46	67,65	22	32,35	15	71,43	6	8,57
Não - farmacológico	25	36,76	42	63,24	7	33,33	14	6,67

Os grupos não diferiram quanto às proporções de comorbidades nos sistemas: cardiovascular, osteomuscular, endócrino e distúrbios psiquiátricos (Tabela 2). O grupo SR apresentou significativamente mais distúrbios neurológicos do que o SNR ($\chi^2=4,42$; $p=0,035$). Dentre os distúrbios endócrinos, o hipotireoidismo foi o mais comum ocorrendo em 17,65% no SNR e 14,29% no SR, sem diferenças entre os grupos. A artrose foi o distúrbio osteomuscular mais citado pelas pacientes, sendo em 20,59% no SNR e 19,05% no SR.

TABELA 2 - Distribuição percentual das co-morbidades encontradas nos grupos SNR e SR

Grupos	SONO NÃO REPARADOR				SONO REPARADOR			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Osteomuscular	24	35,29	42	61,76	12	57,14	9	49,86
Cardiovascular	30	44,78	35	52,24	12	54,55	10	45,45
Endócrino	24	35,29	42	64,71	7	33,33	14	66,67
Psiquiátrico	18	26,47	48	73,53	7	33,33	14	66,67
Gastrointestinal	15	22,39	50	74,63	5	22,73	17	77,27
Neurológico	3	4,41	63	95,59	4	19,05*	17	80,95
Respiratório	6	8,96	59	88,06	1	4,55	21	95,45
Geniturinário	3	4,48	62	92,54	0	0	22	100

* $\chi^2 = 4,42$; $p = 0,035$

Na Tabela 3 são apresentadas as distribuições percentuais dos sintomas nas pacientes dos dois grupos. O grupo SNR relatou maior proporção de sintomas de ansiedade ($\chi^2=3,94$; $p=0,047$) e depressão ($\chi^2=14,909$; $p=0,001$) do que o grupo SR. Apesar de existir uma tendência de maior frequência de cefaleia ($\chi^2=2,94$; $p=0,0862$) e fadiga ($\chi^2=3,12$; $p=0,0773$) no SNR em relação ao SR, não houve diferenças entre os grupos.

TABELA 3 - Distribuição percentual dos sintomas encontrados nos grupos SNR e SR

Grupos	SONO NÃO REPARADOR				SONO REPARADOR			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cefaléia	14	20,9	53	79,1	1	4,76	20	95,24
Apnéia do sono	0	0	67	100	0	0	21	100
Fadiga	19	28,36	48	71,64	2	9,52	19	90,48
Ansiedade	11	16,42*	56	83,58	0	0	21	100
Parestesias	13	19,4	54	80,6	1	4,76	20	95,24
Depressão	35	52,24**	32	47,76	1	4,76	20	95,24

* - $\chi^2 = 3,94$; $p = 0,047$

** - $\chi^2 = 14,909$; $p = 0,001$

Com relação aos hábitos de vida, como o etilismo, tabagismo e a prática de atividades físicas, os grupos não diferiram entre si (Tabela 4).

TABELA 4 - Distribuição percentual dos hábitos de vida encontrados nos grupos SNR e SR

Grupos	SONO NÃO REPARADOR					SONO REPARADOR				
	SIM		NÃO			SIM		NÃO		
	N	%	N	N	%	N	%	N	N	%
HÁBITOS DE VIDA										
Tabagismo	9	13,43	56		83,58	3	14,29	17		80,95
Etilismo	7	10,45	57		85,07	1	4,76	19		90,48
AFP ¹	31	46,27	36		53,73	11	52,38	10		47,62

¹ Atividade Física Programada

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas recentes apontam a presença de sono não-reparador em pacientes com SFM, com uma frequência de 76 a 90% (18-20). Roizenblatt et al. com o objetivo de caracterizar os padrões eletrencefalográficos do sono alfa e sua associação com manifestações de dor e distúrbios do sono em pacientes com fibromialgia, observaram que o sono não reparador foi referido por 70% das pacientes com SFM e por nenhuma das controle (21). Outro estudo verificou, ao realizada a avaliação da qualidade do sono, que 86,67% apresentava sono não reparador, sendo que 60% delas tinham interrupções do sono, 40% acordavam cansadas e 20% demoravam a dormir (22).

Nesta pesquisa, a maioria das pacientes (76,40%) apresentou a percepção de sono não-reparador e este, possui uma grande relação com a intensidade de dor e fadiga, sendo que quanto pior a noite de sono maior a intensidade desses sintomas (6, 19).

Alguns pesquisadores mostram que o uso de tricíclicos, como a amitriptilina e ciclobenzaprina, apresenta melhoria na qualidade do sono de pacientes com SFM (23, 24). O medicamento mais utilizado no tratamento para o sono neste estudo foram os tricíclicos de baixa concentração (d" 50 mg).

Apesar do benefício temporário dos analgésicos comuns no controle da dor, estes geralmente são empregados (25), neste estudo não foi diferente, observou-se que o paracetamol foi o mais utilizado pelas pacientes e os analgésicos opioides foram pouco empregados. Esses últimos devem ser utilizados com extrema cautela devido à incidência de efeitos colaterais e a possibilidade de dependência (25).

As pacientes do grupo SR (67%) utilizavam antidepressivos tricíclicos, desta forma esta medicação pode ter atuado como um fator de confusão, uma vez que o estudo foi baseado no autorrelato. É provável que as mulheres tenham referido sono reparador, exatamente devido à utilização dessa droga, de modo que, o agente tricíclico quando empregado no tratamento apresenta melhora da função global, da dor e da qualidade do sono (26). Estes resultados podem ser associados ao uso de outras medicações para o tratamento dos distúrbios neurológicos que podem influenciar positivamente a qualidade de sono do Grupo SR, já que este grupo apresentou maior frequência de distúrbios neurológicos.

Dentre as principais alterações do padrão do sono, observa-se a diminuição na qualidade do sono profundo, porém esse padrão pouco se altera com um tratamento farmacológico. Mesmo com a melhora da eficiência e da quantidade de sono profundo, pessoas com SFM mantêm uma predisposição a apresentar distúrbios do sono (27).

Independente de alterações na qualidade do sono, a SFM pode ser associada ao hipotireoidismo, no estudo de Freire et al. (28), dos 166 indivíduos com diagnóstico prévio de SFM avaliados, o hormônio estimulador da tireoide (TSH) estava elevado em 21,1% dos pacientes. Nos resultados desta pesquisa, o hipotireoidismo foi o distúrbio endócrino que mais ocorreu em ambos os grupo, 17,65% no do sono não-reparador e 14,29% no do sono reparador.

Os distúrbios psicológicos estão fortemente associados SFM e parecem estar envolvidos em sua etiopatogenia além do seu envolvimento com o sono não-reparador, pois qualidade de sono ruim pode acarretar aumento da ansiedade, estresse e contraturas musculares e essas alterações acentuam a

dor e geram maior possibilidade de percepção de um SNR (13). Em estudo conduzido por Affleck (19), observou-se que em uma amostra de 120 pessoas com fibromialgia 88,3% dos pacientes apresentavam distúrbio do sono, sendo que, 87,5% queixaram possuir ansiedade e 39,2% diziam ter sintomas depressivos. No estudo de Ferro et al. (6), os resultados indicaram a prevalência de 98% distúrbios do sono em indivíduos com SFM, além disso, foram encontradas relações significativas entre qualidade de sono e depressão, porém não foi observado o mesmo com a ansiedade.

Conforme Helfenstein e Feldman (29), cerca de 20% das pessoas com SFM apresentavam depressão e cerca de 50% apresentaram sintomas depressivos em algum período da vida. Em pesquisa realizada por Ercolani (30), encontrou-se uma prevalência de depressão de 49% entre pacientes com SFM. Da mesma forma, Martinez et al. (7), traçou o perfil psicológico de pacientes brasileiras com SFM, observando que 63,8% das pacientes apresentavam desordens psicológicas, sendo que 80% das mesmas sofriam de depressão. Na pesquisa de Costa (29), a prevalência de depressão entre pacientes com SFM varia de 29% a 71%.

Neste estudo, 52,24% das pacientes com sono não-reparador apresentavam sintomas depressivos e em maior proporção do que as mulheres com o sono reparador ($p < 0,001$). A presença destes sintomas em quase metade das pacientes, provavelmente esteja relacionada às dificuldades encontradas em conviver com as dores crônicas e problemas psíquicos, estabelecendo um ciclo vicioso (19).

Os efeitos benéficos dos antidepressivos tricíclicos como a fluoxetina são relacionados à capacidade de inibição da recaptção da serotonina e a redução da depressão, ao incremento do sono e mostram-se também eficazes na redução da dor, apresentando melhora clínica da paciente (2). Pouco menos de um terço das pacientes avaliadas que faziam tratamento para a depressão do grupo SNR utilizavam fluoxetina (30,88%), proporção significativamente maior do que as mulheres do grupo SR ($p = 0,0153$).

Alguns autores afirmam que as atividades físicas apresentam-se como promotores na diminuição do impacto dos sintomas da SFM, sendo que, as de baixa intensidade, ou aquelas em que o paciente é capaz de identificar o limite de seu esforço e dor, parecem ser as mais efetivas (31). Esta pesquisa observou que aproximadamente a metade das pacientes relatou fazer algum tipo de atividade física programada, porém sem diferenças entre os grupos.

Evidências relatam que a utilização de recursos fisioterapêuticos no tratamento da SFM indicam melhoria da dor, da capacidade funcional, da fadiga e do sono, mesmo com intervenção a curto prazo (31, 32). Os dados desta investigação demonstraram que a fisioterapia foi utilizada como recurso não-medicamentoso em 27% das pacientes com sono não-reparador e em 14% nas com sono reparador. Alguns autores sugeriram que o sono não-reparador pode levar à diminuição da atividade física e à dificuldade em realizar tarefas diárias. Isto levaria a um aumento do estresse, ansiedade e tensões musculares, acarretando maior clínica dolorosa e sono não-reparador (18).

A principal limitação deste estudo foi a utilização da avaliação do sono em função do autorrelato, contudo existem outros métodos mais precisos na avaliação da qualidade do sono, como a actímetria, no entanto a aplicação em uma consulta ambulatorial desse procedimento torna-se inviável.

Observou-se neste estudo que mais de dois terços das mulheres com SFM possuíam sono não-reparador e estas apresentaram maiores proporções de sintomas depressivos e ansiedade. Diante destes resultados encontrados e considerando as limitações do presente estudo, ressalta-se a necessidade da realização de estudos prospectivos para avaliar a qualidade do sono e conduzir tratamento multidisciplinar, visando redução dos sintomas dolorosos, sono não-reparador e comorbidades que acompanham a SFM especialmente com uma amostra de maior representatividade, grupo controle assintomático ou com outras condições.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Gondenberg, 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):160-72.

2. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. *J Musculoskelet Pain*. 1994; 2:5-18.
3. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(2):47-54.
4. Havermark AM, Langius-Eklöf A. Long-term follow up of a physical therapy programme for patients with fibromyalgia syndrome. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(3):315-22.
5. Arnold L, Keck P, Welge J. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics*. 2000;41(2):104-13.
6. Ferro CV, Ide MR, Streit MV. Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia. *Fisioter Mov*. 2008;21(1):33-8.
7. Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa KM, Cevasco G, Pedreira IS, et al. 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):312-6.
8. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):24-31.
9. Dauvilliers Y, Touchon J. Le sommeil du fibromyalgique: revue des données cliniques et poligraphiques. *Neurophysiol Clin*. 2001;31(1):18-33.
10. Costa SRMR, Pedreira Neto MS, Tavares Neto J, Kubuak I, Dourado MS, Araújo AC, et al. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(2):64-70.
11. Kurtze N, Gundersen KT, Svebak S. Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of fibromyalgia patients: the significance of anxiety and depression. *Br J Med Psychol*. 1999;72(4):471-84.
12. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(3):317-24.
13. Hyypä MT, Kronholm E. Nocturnal motor activity in fibromyalgia patients with poor sleep quality. *J Psychosom Res*. 1995;39(1):85-91.
14. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scan J Med Sci Sports*. 2006;16(suppl.1):3-63.
15. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA, et al. A prevalência da fibromialgia: uma revisão de bibliografia. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):40-8.
16. Mañez I, Fenollosa A, Martínez-Azucena A, Salazar A. Calidad del sueño, dolor y depresión em fibromialgia. *Rev Soc Esp del Dolor*. 2005;12(8):491-500.
17. Jeschonneck M, Grohmann G, Hein G, Sprott H. Abnormal microcirculation and temperature in skin above tender points in patients with fibromyalgia. *Rheumatology*. 2000;39(8):917-21.
18. Liphaut BL, Campos LMMA, Silva CAA, Kiss MHB. Síndrome da Fibromialgia em crianças e adolescentes: estudo clínico de 34 casos. *Rev Bras Reumatol*. 2001;41(2):71-4.
19. Affleck G, Urrows S, Tennen H, Higgins P, Abeles M. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*. 1996;68(2/3):363-68.

20. Riberto M. Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não-traumática [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
21. Roizenblatt S, Benedito-Silva AA, Tufik S, Moldofsky H. Características do sono alfa na fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(1):15-24.
22. Bressan LR, Matsutani LA, Assumpção A, Marques AP, Cabral CMN. Efeitos do alongamento muscular e condicionamento físico no tratamento fisioterápico de pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(2):88-93.
23. Costa EDGMM. Tratamento da fibromialgia com acupuntura: estudo prospectivo, randomizado e controlado [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
24. Harrison TR. Medicina interna. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006.
25. Antonio SF. Fibromialgia. *Rev Bras Med Esporte.* 2001;58(Supl 1):215-24.
26. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Care Res.* 2004;51(1):9-13.
27. Provenza JR, Pollack DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfestein M, Heymann R, et al. Projeto Diretrizes. In: Sociedade Brasileira de Reumatologia. Fibromialgia. São Paulo: Associação Médico Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004. p. 1-13.
28. Freire M, Teodoro RB, Oliveira LB, Cunha SFC, Ferreira BP, Borges MF. Concomitância de fibromialgia em pacientes portadores de hipotireoidismo e de alterações tireoideanas em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):11-5.
29. Helfenstein M, Feldmen D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(1):8-14.
30. Ercolani M, Trombini G, Chattat R, Cervini C, Piergiacomi G, Salaffi F, et al. Fibromyalgia syndrome: depression and abnormal illness behavior. *Psychother Psychosom.* 1994;61(3/4):178-86.
31. 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):42-8.
32. Gashu BM, Marques AP. Efeito da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) sobre os tender points dos pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar. *Rev Bras Fisioter.* 1997;21(2):57-62.

Recebido: 21/05/2008

Received: 05/21/2008

Aprovado: 08/04/2009

Approved: 04/08/2009

Revisado: 21/09/2009

Reviewed: 09/21/2009

ANEXO A

PROTOCOLO DE FIBROMIALGIA

História familiar:

- 1 – Doenças psiquiátricas: 1a – Qual?
- 2 – FMG (fibromialgia): Comorbidades:
- 3 – Doença psiquiátrica: 3a – Qual?
- 4 – Doença osteomuscular: 4a – Qual?
- 5 – Doença cardiovascular:
- 6 – Doença gastrointestinal:
- 7 – Doença respiratória:
- 8 – Doença do aparelho genito-urinário:
- 9 – Doença neurológica: 9a – Qual?
- 10 – Doença endocrinológica: 10a – Qual?
- 11 – HCV:
- 12 – Outras:

Vícios:

- 13 – Tabagismo: 13a – Quantos cigarros por dia? 13b – Há quanto tempo?
- 14 – Etilismo:
- 15 – Drogadição:
- 16 – Atividade física programada (minutos por semana):
- 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:
- 19 – Faz tratamento:

Tratamento farmacológico atual:

- 20a – SONO: Tricíclicos em doses baixas = ou < 50 mg.
- 20b – SONO: Ciclobenzaprina.
- 20c – SONO: Benzodiazepínicos.
- 20d – SONO: Trazodona (donarem) < 100
- 20e – SONO: Zolpidem.
- 20f – DOR: Paracetamol.
- 20g – DOR: Dipirona.
- 20h – DOR: AINH.
- 20i – DOR: Codeína.
- 20j – DOR: Tramadol.
- 20l – DOR: Combinação de opioide e não opioide.
- 20m – ANTIDEPRESSIVOS: Tricíclicos > 50 mg.

- 20n – ANTIDEPRESSIVOS: Trazodona > 100.
- 20o – ANTIDEPRESSIVOS: Fluoxetina ou SSRI.
- 20p – ANTIDEPRESSIVOS: Outros.
- 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”):
- 23a – Último FIQ C:
- 23b – Último FIQ N:
- 24 – Faz tratamento não farmacológico?
- 24a – FST (fisioterapia).
- 24b – Acompanhamento psicológico.
- 24c – Terapia ocupacional.
- 24d – Exercício aquático.

Sintomas:

- 25a – Cefaleia.
- 25b – Distúrbio do sono: apneia do sono.
- 25c – Distúrbio do sono: síndrome das pernas inquietas.
- 25d – Distúrbio do sono: 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.
- 26 – Tempo de acompanhamento no ambulatório de reumatologia (A para < 1 ano; B para 1 – 5 anos e C para > 5 anos):