

# Aplicação dos critérios de classificação para pacientes com hipótese de fibromialgia

## *Application of classification criteria for patients with Fibromyalgia assumption*

Eduardo Foschini Miranda<sup>1</sup>; Marcos Rogério Freixo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, Especialista em Fisiologia do Exercício – EPM/Unifesp

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, Mestre em Fisiologia do Exercício – Unifesp

### Endereço para correspondência

Eduardo Foschini Miranda  
R. Sete de Setembro, 524 – Vila Suíssa  
09422-000 – Ribeirão Pires – SP [Brasil]  
foschinimedu@hotmail.com

### Resumo

A fibromialgia e/ou síndrome fibromiálgica (SFM) é um quadro clínico de origem desconhecida, predominante no sexo feminino, que se caracteriza por dor generalizada, incapacitante e crônica, além da presença física de alguns pontos (*tender points*). Objetivou-se neste estudo verificar se os pacientes considerados fibromiálgicos foram classificados de acordo com os critérios elaborados pelo Colégio Americano de Reumatologia 1990, assim como analisar os recursos fisioterapêuticos utilizados nesses pacientes. Foram avaliadas 20 mulheres com diagnóstico médico de fibromialgia, das quais 15 (75%) tiveram seu diagnóstico confirmado, segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, e cinco (25%) apresentaram sintomas semelhantes aos da fibromialgia, mascarando seu verdadeiro diagnóstico. Concluímos com este estudo que das cinco pacientes classificadas como fibromiálgicas não possuem os critérios elaborados pelo Colégio Americano de Reumatologia, assim como os recursos fisioterapêuticos utilizados mostraram-se satisfatórios em apenas seis pacientes, duas mulheres não tinham verdadeiramente o diagnóstico de fibromialgia.

**Descritores:** Fisioterapia e diagnóstico; Fibromialgia; Prevalência.

### Abstract

Fibromyalgia and/or fibromyalgia syndrome (FMS) is a clinical condition of unknown origin, has a preference for females, is characterized by widespread pain, debilitating, chronic, and physical presence of a few points (*tender points*). The objectives of this study are whether patients classified as fibromyalgia are within the criteria established by the American College of Rheumatology 1990, as well as physical therapy resources used in these patients. We evaluated 20 patients diagnosed with fibromyalgia. Of these, 15 women (75%) had the diagnosis confirmed according to the criteria of the American College of Rheumatology, and that five women (25%) had symptoms similar to those of fibromyalgia masking their true diagnosis. We conclude from this study that five of the patients classified as fibromyalgia does not have the criteria developed by the American College of Rheumatology, as well as physical therapy resources used were satisfactory in only six patients. Since, two patients did not really have a diagnosis of fibromyalgia.

**Key words:** Diagnosis and therapy; Fibromyalgia; Prevalence.

## Introdução

A fibromialgia e/ou síndrome fibromiálgica (SFM) é um quadro clínico de origem desconhecida predominante no sexo feminino. Caracteriza-se por dor generalizada, incapacitante e crônica, em conjunto com a presença física de alguns pontos previamente definidos em que a pressão moderada desencadeia dor, sendo estes denominados de *tender points* da fibromialgia<sup>1</sup>. Além disso, ela é caracterizada por profunda fadiga e distúrbio do sono<sup>2</sup>.

A SFM afeta aproximadamente 6 milhões de pessoas nos Estados Unidos, correspondendo acima de 6% dos pacientes. Os pacientes classificados com essa doença possuem entre 20 e 50 anos de idade, mas a incidência desse mal aumenta com a idade. Aproximadamente 8% dos adultos se encontram nos critérios de classificação estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) para o diagnóstico de fibromialgia. A proporção de mulheres que apresentam a SFM em relação aos homens é de 9:1<sup>3</sup>.

Segundo Nampiaparampil e Shmerling<sup>4</sup>, demonstraram em seu estudo que os pacientes com fibromialgia visitaram aproximadamente 10 clínicas por ano, com uma hospitalização a cada 3 anos e mais de \$2.000,00 gastos em remédios.

Os pacientes com essa doença apresentam a capacidade física e a aeróbia reduzidas, estando esta última em níveis similares ou abaixo àquela de mulheres sedentárias. As incapacidades em realizar as atividades cotidianas podem afetar toda a dimensão da vida dessas pessoas, incluindo o papel social, o trabalho e o lazer que, por sua vez, podem causar um impacto em seu relacionamento com a sociedade<sup>5</sup>.

O diagnóstico clínico da SFM se baseia exclusivamente em dados subjetivos, como a qualidade do sono e a dor que o paciente refere desencadeada mediante a palpação dos *tender points* da fibromialgia. Como a alteração na qualidade do sono e a dor podem ser encontradas em outras doenças, muitos pacientes recebem o diagnóstico de fibromialgia sem, de fato, apresentarem essa patologia. Em 1990, o Colégio Americano de

Reumatologia estabeleceu critérios para a classificação em fibromialgia, sendo eles<sup>6</sup>:

- História de dor generalizada: define-se dor generalizada como aquela que aparece em um paciente que refere dor em um hemicorpo direito e esquerdo, acima e abaixo da cintura. Ainda deve existir dor no esqueleto axial (coluna cervical, coluna dorsal e lombar).
- Dor à palpação digital em 11 ou mais dos 18 *tender points*:
  - Occipital: bilateral, nas inserções dos músculos suboccipitais;
  - Cervical: bilateral, anteriormente aos espaços transversos de C5 – C7;
  - Trapézio: bilateral, no ponto médio da borda superior do músculo trapézio;
  - Supraespinhoso: bilateral, em sua origem, acima da linha escapular na borda medial;
  - Segunda costela: bilateral, na segunda união intercostal, a 3 cm da borda do esterno;
  - Epicôndilo lateral: bilateral, 2 cm abaixo dos epicôndilos;
  - Glúteo: bilateral, no quadrante súpero-lateral do glúteo;
  - Trocanter maior: bilateral, atrás da proeminência do trocanter maior;
  - Patela: bilateral, próximo à linha articular medial;

A palpação digital deve ser feita com uma pressão de aproximadamente 4 kgf/cm<sup>2</sup> <sup>(1)</sup>.

Mclean e Claw<sup>7</sup> sugerem que aproximadamente de 10% a 11% da população têm sintomas de fibromialgia. A dor crônica regional é encontrada em 20% a 25% das populações. Ambas as dores, difusa e regional, acontecem tanto em homens quanto em mulheres.

A evolução da fibromialgia pode ser classificada como uma doença crônica de curto ou longo prazo, dependendo do estado de saúde das pacientes. A SFM foi relatada por ser mais comum em pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico do que na população geral, desses doentes 25% apresentam 11 ou mais *tender points*. A

presença de tal doença, entretanto, não está relacionada à atividade ou aos danos provocados por Lupus nesses pacientes<sup>8</sup>.

O tratamento para a fibromialgia ainda é controverso, inúmeras técnicas e recursos fisioterapêuticos podem ser utilizados com o intuito de diminuição do quadro algico. A crioterapia é um recurso fisioterapêutico também utilizado para analgesia<sup>9</sup>.

Bassan et al. relataram um caso de fibromialgia juvenil, em que o paciente se queixava de forte dor na coluna lombar. Os autores utilizaram a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), aplicada no local da dor mais intensa, associada à injeção de anestésico, e relataram que houve diminuição da dor e melhora da função.

Delineou-se um interesse maior dos autores desta pesquisa em analisar se todas as pacientes com diagnóstico médico de SFM estão classificadas de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, já que existem vários indivíduos diagnosticados como fibromiálgicos sem apresentarem essa doença.

Este estudo é de extrema importância, pois auxiliará na detecção desse problema, direcionando de maneira mais adequada o diagnóstico e o tratamento fisioterapêutico de pacientes realmente portadores de SFM.

Assim, os objetivos neste trabalho são verificar se os pacientes considerados fibromiálgicos foram classificados de acordo com os critérios elaborados pelo Colégio Americano de Reumatologia 1990, assim como os recursos fisioterapêuticos utilizados nesses pacientes.

## Materiais e métodos

Este estudo foi realizado em uma Clínica Ortopédica do ABC Paulista, no Estado de São Paulo, após aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário Nove de Julho (Processo nº 107258/2006 TCC).

De acordo com a Classificação dos Critérios do Colégio Americano de Reumatologia de

1990, para ser classificado como fibromiálgicos os pacientes devem ter dor difusa em ambos os lados do corpo, acima e abaixo do quadril. Além disso, devem apresentar dor no esqueleto axial (coluna cervical, dorsal e lombar) e presença de 11 dos 18 *tender points* à palpação digital<sup>6</sup>. Foram avaliados os prontuários e selecionados os pacientes com diagnóstico médico de fibromialgia, também analisaram-se os recursos eletroterapêuticos e fototerapêuticos, utilizados para o tratamento de janeiro de 2003 a janeiro de 2005. Nesse período, avaliaram-se aproximadamente 5 mil pacientes, sendo 20 diagnosticados como fibromiálgicos.

Participaram deste estudo 20 voluntárias que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1), sendo depois avaliadas (Anexo 2) individualmente pelo pesquisador. Os dados colhidos foram comparados e descritos neste trabalho.

### Critérios de inclusão das participantes:

- 1 ser do sexo feminino;
- 2 apresentar diagnóstico médico de fibromialgia;
- 3 ter idade entre 20 e 72 anos;
- 4 estar de acordo com os Critérios do Colégio Americano de Reumatologia;

### Critérios de exclusão dos voluntários:

- 1 ser do sexo masculino;
- 2 não apresentar diagnóstico médico de fibromialgia;
- 3 ter idade inferior a 20 e superior a 72 anos;
- 4 não se classificar nos Critérios do Colégio Americano de Reumatologia;

## Análise estatística

Os resultados foram expressos em média, desvio-padrão, mediana e seus valores mínimo e máximo. As diferenças entre os grupos para o número de *tender points* foram analisadas pelo teste "t" Student e o nível significativo foi  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

Neste estudo, foram selecionados de uma Clínica Ortopédica do ABC Paulista, com base nos critérios de inclusão vinte ( $n = 20$ ) mulheres com diagnóstico médico de fibromialgia, no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2005. Dessas, 15 mulheres (75%) tiveram seu diagnóstico confirmado segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, cinco participantes (25%) apresentavam sintomas semelhantes aos da fibromialgia, mascarando seu verdadeiro diagnóstico.

Durante a avaliação física das pacientes, foram obtidas informações sobre queixa principal, doenças associadas e os antecedentes familiares e suas respectivas porcentagens de incidência nessas pacientes, apresentadas a seguir:

### 1) Queixa principal

Desse item da avaliação, apuraram-se os seguintes resultados: dor lombar irradiando para membros inferiores (5%); dor cervical e de membros superiores (30%); dor cervical e ombros (10%); dor na região dorsal e lombar baixa (20%); dor cervical (15%) e por fim dor nos ombros e lombar baixa (20%).

### 2) Doenças associadas

As comorbidades apresentadas foram: hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito (20%); depressão (15%); síndrome do pânico (5%); hipertensão arterial sistêmica e depressão (10%); hipertensão arterial sistêmica (5%); hipercolesterolemia (10%), e sem a presença de doenças associadas (35%).

### 3) Antecedentes familiares

De 20 pacientes avaliadas, identificaram-se os seguintes antecedentes familiares: sem antecedentes familiares (70%); osteoartrose de joelho (15%); artrite reumatoide (5%); gota (5%) e fibromialgia (5%).

A média de idade das pacientes diagnosticadas como fibromiálgicas era de  $39 \pm 8$  anos, mostravam 7,5 (5 – 10) de intensidade da dor,

em média  $4 \pm 1$  das pacientes apresentavam queixa principal durante a avaliação física e doenças associadas.

Na Tabela 1, podem-se visualizar os resultados referentes à avaliação das pacientes com diagnóstico confirmado de fibromialgia.

Utilizaram-se os seguintes recursos fisioterapêuticos: ondas curtas (OC), Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), ultrassom (US), *laser* (LA), infravermelho (IV) e cinesioterapia, não sendo descrito o método cinesioterapêutico utilizado. Desses recursos utilizados para as pacientes com diagnóstico de SFM, foi usada a conduta fisioterapêutica com a seguinte ordem de aplicação: TENS, OC, IV, obtendo resultados satisfatórios para a terapia e cinesioterapia, em quatro pacientes (26,7%), e TENS, US, IV e cinesioterapia, em três (20%).

As pacientes apresentaram pouca melhora com as condutas fisioterapêuticas, a seguir: TENS, OC e cinesioterapia utilizados em duas voluntárias (13,3%), e TENS, US e cinesioterapia, em uma (6,7%).

Não mostraram resultados satisfatórios para a terapia, as seguintes condutas: TENS, OC, IV usadas em três pacientes (20%), e TENS, US e cinesioterapia, em duas (13,3%).

Para as pacientes com diagnóstico de SFM confirmado, sem verdadeiramente apresentarem essa doença, foram utilizadas as seguintes condutas fisioterapêuticas: TENS, OC e cinesioterapia obtendo resultados satisfatórios para a terapia em duas participantes (40%), e TENS, US e cinesioterapia, em uma (20%).

As voluntárias mostraram pouca melhora com as seguintes condutas fisioterapêuticas: TENS, OC, IV e cinesioterapia usadas em uma paciente (20%).

Não apresentou resultados satisfatórios para a terapia, a seguinte conduta: TENS, US, LA e cinesioterapia, aplicada em uma mulher (20%).

Os resultados encontrados durante as avaliações das pacientes com diagnóstico de SFM mencionados acima, são discutidos e comparados com outros artigos descritos na literatura.

**Tabela 1: Avaliação das pacientes com diagnóstico confirmado X pacientes não fibromiálgicas**

Variáveis	Fibromiálgicas ( $\bar{X} \pm DP$ )	Não fibromiálgicas ( $\bar{X} \pm DP$ )
Número <i>Tender points</i>	14 $\pm$ 2*	8 $\pm$ 1
Dor generalizada	12 $\pm$ 3	4 $\pm$ 1
Dor esqueleto axial	11 $\pm$ 4	3 $\pm$ 2
Distúrbio do sono	14 $\pm$ 1	5 $\pm$ 1

Definição das abreviaturas:  $\bar{X}$  (média) e DP (desvio-padrão); \*  $p < 0,05$

## Discussão

Existem muitos indivíduos diagnosticados como fibromiálgicos sem verdadeiramente apresentarem essa doença. Como pudemos comprovar, com este estudo, em que cinco pacientes foram diagnosticadas e tratadas sem, na verdade, serem portadoras da SFM.

Atualmente, tem aumentado o número de pessoas diagnosticadas incorretamente e, em consequência, tratadas de maneira inadequada, tanto de forma medicamentosa quanto fisioterapêutica.

Dor crônica difusa é um sintoma da fibromialgia comum na população, em geral do sexo feminino<sup>11</sup>. Segundo Topbas et al.<sup>12</sup>, a prevalência da SFM, na Turquia, é de 3,6%, baseado na idade de mulheres entre 20 e 64 anos. Foram realizadas nesse estudo entrevistas com 1.930 participantes, 296 apresentaram teste positivo para dor crônica difusa musculoesquelética e, dessas pacientes selecionadas, 70 casos de fibromialgia foram confirmados de acordo com os critérios do ACR de 1990. A avaliação consistia em questões sobre a distribuição, duração da dor, palpação digital dos 18 *tender points* especificados pelo Colégio Americano de Reumatologia. Observaram-se maior prevalência em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e a menor, naquelas de 20 a 29 anos. Esses resultados confirmam os dados obtidos neste estudo, em que a SFM prevaleceu também em mulheres com idade média de 39 anos.

Thune<sup>13</sup> realizou um estudo semelhante, comparando a prevalência de fibromialgia em pacientes com Psoríase em 1.269 pacientes, dos quais 335 apresentavam sintomas musculoesqueléticos, 33% das mulheres *versus* 18,5% dos homens, desses voluntários, 105 (93 mulheres e

12 homens) foram classificados como fibromiálgicos pelos critérios do ACR, de 1990, correspondendo a 8,3% de todos os participantes e a 13% de prevalência em relação a todos os avaliados.

Em outro estudo realizado, Gallagher et al.<sup>14</sup> demonstraram que, na Ucrânia, a incidência de casos de SFM era de um para 100 mil pacientes, aumentando para 35 por 100 mil pacientes, em contraste com a incidência de sintomas de fadiga de 1.503 por esse mesmo número de indivíduos, equivalente 1,5% por ano. Todos os diagnósticos e sintomas são mais comuns em mulheres do que em homens. Nesse estudo, selecionaram-se, para a avaliação por meio dos critérios do ACR de 1990, 1.092 pacientes, dos quais 972 eram fibromiálgicos, a maior incidência nessa região.

Turk et al.<sup>15</sup> avaliaram 233 mulheres com diagnóstico de SFM por intermédio dos critérios do ACR de 1990. Em geral, as participantes desse estudo tinham entre 43 e 79 anos, e apresentavam sintomas, cuja duração média era de 10 anos, de dor na região lombar após uma determinada atividade, em contraste com a maioria das pessoas com fibromialgia que atribuem esse sintoma a um evento traumático, como acidentes automobilísticos e lesão no trabalho.

Nesta pesquisa, também foi percebido que mulheres com SFM relatam dor na região lombar irradiando para os membros inferiores, dor na região dorsal e lombar baixa e nos ombros e lombar baixa, não correlacionando a dor a um evento específico ou a um traumático.

Todos esses estudos obtiveram resultados parecidos, sendo a população feminina a mais afetada pela SFM com média de idade semelhante, como foi observado neste trabalho. Existem mulheres com sintomas parecidos com a SFM,

diagnosticadas incorretamente como portadoras dessa doença, e para que seu tratamento seja feito de maneira adequada é de extrema importância um diagnóstico correto. Será que elas não são portadoras de Síndrome Dolorosa Miofascial? Vale salientar que para confirmar essa hipótese seria necessário utilizar bandas tensas, e pontos-gatilhos (*Trigger Points*); porém, não foi esse o objetivo neste estudo, mas apenas ressaltar a importância de um diagnóstico preciso.

Segundo Luedtke et al.<sup>16</sup>, um programa multidisciplinar de tratamento para SFM é o ideal, com uma equipe composta por médicos reumatologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Além disso, sendo necessária uma orientação educacional para os pacientes entenderem a doença e sessões de fisioterapia focadas nos benefícios de um programa de atividade física, com alongamentos e exercícios aeróbios. A fisioterapia objetiva a diminuição da dor para que suas atividades diárias se tornem mais funcionais. Os exercícios devem ser iniciados na sua rotina e progressivamente ter sua carga aumentada para melhorar a resistência desses pacientes. Adams et al.<sup>17</sup> relataram que a evidência de intervenção de vários tipos de exercícios na SFM, vem sendo descrita há vários anos, porém seus benefícios e indicações ainda não foram comprovados. Programas de fortalecimento, resistência e alongamento muscular devem ser testados em várias combinações. Há mais benefícios quando se incorpora ao programa os exercícios aeróbios. Em um estudo canadense randomizado com pacientes SFM, mostra-se que o grupo que pratica exercícios (n= 27), de fortalecimento e aeróbios na piscina obteve uma melhora significativamente melhor em relação ao controle (n= 24), que praticou somente caminhada durante sete semanas. As diferenças também foram percebidas no grupo que pratica exercícios em relação à ansiedade.

Burckhardt et al.<sup>18</sup> referiram que a educação dos pacientes fibromiálgicos reduz a ansiedade, incentiva a adesão ao tratamento, além disso, re-

força a atenção sobre os sintomas; melhorando dessa forma sua qualidade de vida.

Nesta clínica ortopédica, não eram descritas nas fichas de avaliações as técnicas cinesioterapêuticas utilizadas no tratamento das pacientes. No entanto, sabe-se que as técnicas de fortalecimento muscular, alongamento, exercícios aeróbios e a incorporação de uma equipe multidisciplinar no tratamento desses pacientes, bem como a educação sobre a doença minimizam a ansiedade e estimula a adesão dos portadores de SFM ao tratamento. É de extrema importância que as técnicas cinesioterapêuticas e eletroterapêuticas sejam descritas na ficha de evolução de cada paciente, para que, em estudos retrospectivos, obtenham-se todas as informações necessárias sobre o tratamento, e assim se possa avaliar a eficácia de tais técnicas.

Santen et al.<sup>19</sup> descreveram que o treinamento com eletromiografia *biofeedback* está sendo usado para tratar dor crônica musculoesquelética. Esse tratamento reduz a concentração plasmática de acetilcolina e betaendorfina durante o treinamento, com liberação de substâncias opioides e neuroendócrinas causadoras de benefícios como a diminuição da intensidade da dor, da rigidez matinal e do número de *tender points* nos pacientes fibromiálgicos.

Segundo Morris et al.<sup>20</sup>, a hidroterapia é considerada o exercício ideal para SFM, pois a água aquecida diminui o cansaço e a tensão muscular. Já um programa de caminhada, embora de fácil realização, não é o suficiente para o treinamento desses pacientes. Uma modalidade não tradicional de exercício é a yoga, que combina fortalecimento muscular, técnicas de respiração, alongamento e relaxamento, sendo esta técnica bem aceita pelos pacientes.

Vitorino et al.<sup>21</sup> relataram que as técnicas de relaxamento como a acupuntura e a hipnoterapia têm efeitos satisfatórios nas pacientes fibromiálgicas. A utilização do método Watsu como recurso hidroterapêutico em mulheres fibromiálgicas oferece estratégias para ajudar no tratamento, sendo uma delas a água aquecida, meio ideal para relaxar o corpo. Durante a re-

visão dos prontuários das pacientes com SFM, verificou-se que não foi mencionada a realização de atividade física ou de alguma outra técnica de tratamento, por exemplo, a acupuntura. Nessas pacientes diagnosticadas como fibromiálgicas, não se utilizaram técnicas de tratamento na piscina terapêutica. Sabe-se, como já descrito, que há muitos estudos relatando os benefícios dos princípios físicos da água como a temperatura, na diminuição da tensão muscular, e da viscosidade, no fortalecimento dos músculos, com isso diminuindo os sintomas apresentados pelas pacientes com SFM.

Segundo Marques et al.<sup>22</sup>, os exercícios terapêuticos melhoram o desempenho físico dessas pacientes e são benéficos, principalmente quando os limites de dor e esforço são respeitados. A TENS foi utilizada com o intuito de diminuir a sensibilidade dolorosa dos *tender points* e associada a um programa de exercícios de alongamento muscular proporcionou melhora significativa da dor. A crioterapia também foi um recurso utilizado para promover analgesia, sendo essa técnica pouco comum. Nesse mesmo estudo, usou-se uma técnica de crioterapia não muito frequente, em que se realizou a aplicação de crioterapia no corpo todo, e não somente em um segmento corporal, com o auxílio de uma câmara fechada durante 90 minutos. Os autores ressaltaram a importância da crioterapia como coadjuvante no tratamento da SFM, dada sua eficácia em curto prazo.

Não há estudos mencionando a eficácia e a indicação de eletroterapia por meio de OC, US e da fototerapia LA e IV, no tratamento da SFM; entretanto, existem estudos indicando que a TENS é eficaz para diminuir a sensibilidade dolorosa dos *tender points*, assim como a crioterapia também foi um recurso utilizado para promover analgesia nos pacientes com SFM, já descrito acima.

Esses estudos mostram a importância da fisioterapia em pacientes com fibromialgia e que o tratamento, depende do recurso fisioterapêutico utilizado para alcançar melhora significativa ao paciente.

## Conclusão

Concluimos, com este estudo, que cinco das pacientes classificadas como fibromiálgicas não possuem os critérios elaborados pelo Colégio Americano de Reumatologia, e os recursos fisioterapêuticos, nelas utilizados, mostraram-se satisfatórios em apenas seis mulheres; além disso, duas pacientes não possuem verdadeiramente o diagnóstico de fibromialgia. Sugerimos que sejam realizados novos estudos sobre esse tema.

## Referências

1. Andreu JL, Sanz J. La fibromialgia y su diagnóstico. Rev Clin Esp. 2005;205(7):303-6.
2. Carvalho MA, Rego RR. Fibromialgia. In: Carvalho MA, Moreira C. Reumatologia: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Medsi, 2001, p. 247-60.
3. Ignachewski LER, Semeghini TA, Junior JRG. Aspectos fisiopatológicos e neuroendócrinos da síndrome de fibromialgia. Saúde Rev. 2004;6(12):55-8.
4. Nampiaparampil DE, Shmerling RH. A review of fibromyalgia. Am J Manag Care. 2004;10(11):794-800.
5. Mannerkorpi K. Exercise in fibromyalgia. Curr Op Rheumat. 2005;17(1):190-4.
6. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College Of Rheumatology 1990 Criteria For The Classification Of Fibromyalgia. Arthritis and rheumatism. 1990;33(2):160-72.
7. Mclean SA, Claw DJ. Biomedical models of fibromyalgia. Disab and Rehab. 2005;27 (12):659-65.
8. Akkasilpa S, Goldman D, Magder LS et al. Number of fibromyalgia tender points is associated with health status in patients with Systemic Lupus Erythematosus. The J Rheumatol. 2005;32(1):48-50.
9. Kitchen S, Bazin S: Eletroterapia de Clayton, 10ª ed, São Paulo: Editora Manole, 1998.
10. Bassan H, Niv D, Jourgenson U, Wientroub S, Spierer Z: Localized fibromyalgia in a child. Paediatr Anaesth. 1995;5:263-5.
11. Ribeiro LS, Proietti FA. Fibromialgia e estresse infeccioso: possíveis associações entre a Síndrome Fibromialgia e Infecções Viróticas Crônicas. Rev Bras Reumatol. 2005;45(1):20-9.

12. Topbas M, Cakirbay H, Gulec H. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol.* 2005;34:140-4.
13. Thune O. The prevalence of fibromyalgia among patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2005;85:33-7.
14. Gallagher AM, Thomas JM, Hamilton WT, White PD. Incidence of fatigue symptoms and diagnoses presenting in UK primary care from 1990 to 2001. *J R Soc Med.* 2004;97:571-5.
15. Turk DC, Robinson JP, Burwinkle T. Prevalence of fear pain and activity in patients with Fibromyalgia Syndrome. *J Pain.* 2004;5(9):483-90.
16. Luedtke CA, Thompson JM, Postier A, Neubauer BL, Drach S, Newell L. A description of a brief multidisciplinary treatment program for Fibromyalgia. *Pain Mang Nurse.* 2005;6(2):76-80.
17. Adams N, Sim J. Rehabilitation approaches in fibromyalgia. *Disab and Rehabil.* 2005;27(12):711-23.
18. Burckhardt CS, Hedenberg L, Bjelle A. A randomised controlled clinical trial of education. *J Rheumatol.* 1994;21:714-20.
19. Santen VM, Bolwijn P, Verstappen Fet al. A randomized clinical trial comparing fitness and biofeedback training. *J Rheumatol.* 2002;29:575-81.
20. Morris CR, Bowen L, Morris AJ. Integrative therapy for Fibromyalgia: possible strategies for an individualized treatment program. *South Med J.* 2005;98(2):177- 83.
21. Vitorino DFM, Prado GF. Intervenções fisioterapêuticas para pacientes com fibromialgia: atualização. *Rev Neuroc.* 2004;13(3):152-6.
22. 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.

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este trabalho tem o intuito de pesquisar a existência de FIBROMIALGIA em pacientes que realizam tratamento de fisioterapia e possuem o diagnóstico médico de Fibromialgia.

Fibromialgia é uma doença de origem desconhecida e é caracterizada por dor generalizada, junto com a presença de alguns pontos dolorosos no corpo inteiro chamados de *tender points*.

Esta pesquisa consiste na revisão do prontuário médico das pacientes com diagnóstico de Fibromialgia no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2005. As pacientes participantes deste estudo serão avaliadas individualmente, questionadas sobre as características da doença e será palpado os *tender points* de todas as pacientes.

As participantes terão acesso a todas as informações sobre os procedimentos da avaliação e do estudo, liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Declaro que depois de esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consento em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Para mais informação procure Comitê de Ética tel: 3665-9089 ou o pesquisador Eduardo F. Miranda tel: 7108-6617.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Participante

## Avaliação de Pacientes Fibromiálgicas

Nome: \_\_\_\_\_  
 N° identidade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_  
 Cep: \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_

- 1 Queixa principal: \_\_\_\_\_
- 2 Intensidade da dor: \_\_\_\_\_
- 3 Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_
- 4 Doenças Associadas: \_\_\_\_\_
- 5 Melhorou com o tratamento realizado: \_\_\_\_\_
- 6 *Tender Points*:

Direita                      Esquerda

Inserção músculo suboccipital \_\_\_\_\_  
 Espaços transversos de C<sub>5</sub>-C<sub>7</sub> \_\_\_\_\_  
 Ponto médio fibras superiores do trapézio \_\_\_\_\_  
 Junção costondral da 2° costela anterior \_\_\_\_\_  
 Origem músculo supraespinhal \_\_\_\_\_  
 Epicôndilo lateral \_\_\_\_\_  
 Quadrante superolateral do glúteo \_\_\_\_\_  
 Abaixo trocanter maior \_\_\_\_\_  
 Borda medial do joelho \_\_\_\_\_

- 7 Dor difusa por mais de 3 meses acima e abaixo da cintura e bilateral. S ( ) N ( )
- 8 Dor na coluna. S ( ) N ( )
- 9 Distúrbio do sono. S ( ) N ( )

### ANEXO 2

