

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – UNIFOR-MG**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**  
**CAMILA BARBOSA PIRES**

**ESTUDO DO PERFIL DE PACIENTES FIBROMIÁLGICOS**  
**CADASTRADOS NA CLÍNICA ESCOLA DE SAÚDE DO UNIFOR (CLIFOR)**

**FORMIGA – MG**

**2013**

CAMILA BARBOSA PIRES

ESTUDO DO PERFIL DE PACIENTES FIBROMIÁLGICOS  
CADASTRADOS NA CLÍNICA ESCOLA SAÚDE DO UNIFOR (CLIFOR)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Ms. Andrei Pereira Pernambuco

FORMIGA – MG

2013

P667 Pires, Camila Barbosa.  
Estudo do perfil de pacientes fibromiálgicos cadastrados na clínica  
escola de saúde (CLIFOR ) / Camila Barbosa Pires. - 2013.  
44 f.

Orientador: Andrei Pereira Pernambuco.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) -  
Centro Universitário de Formiga - UNIFOR, Formiga, 2013.

1. Estudo epidemiológico. 2. Síndrome reumática. 3. Fibromialgia.  
I. Título.

CDD 616.7

Camila Barbosa Pires

ESTUDO DO PERFIL DE PACIENTES FIBROMIÁLGICOS  
CADASTRADOS NA CLÍNICA ESCOLA DE SAÚDE DO UNIFOR (CLIFOR)

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Fisioterapia, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Fisioterapia.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. MsC. Andrei Pereira Pernambuco

Orientador

---

Examinador 1

---

Examinador 2

Formiga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## RESUMO

A Fibromialgia (FM) é considerada uma síndrome reumática caracterizada por dores crônicas e difusas pelo corpo e com presença de pelo menos 11 dos 18 *tender points*, possíveis de serem palpados. Os portadores desta condição clínica comumente apresentam diversas patologias associadas e são predominantemente do sexo feminino. Esta pesquisa teve como objetivo analisar os dados epidemiológicos dos portadores de FM cadastrados nos setores de Hidroterapia, Ortopedia e Traumatologia, Geriatria e Reumatologia e Reeducação Postural da Clínica Escola de Saúde do UNIFOR (CLIFOR), no período de 2010 a 2012. A amostra foi composta inicialmente por 405 prontuários, sendo reduzidos para 35 já que somente estes possuíram diagnóstico clínico de FM. A totalidade da amostra se caracterizou por ser do sexo feminino com média de idade de 52,08 e desvio padrão  $\pm 8,89$ . Maior parte da amostra, 16 pacientes (45,71%) estavam cadastradas no setor de Ortopedia e Traumatologia. A maioria das participantes é casadas (71,42%) do total. A doença que mais estava associada aos casos de FM foi depressão que se manifestou em 42,85% das participantes. As pacientes do estudo, em grande parte relataram trabalhar em seus próprios lares (do lar) 37,14%. Ao término deste trabalho foi possível observar que, através da caracterização do perfil clínico dos pacientes com FM, é possível ajustar o tratamento oferecido às características e necessidades dos pacientes e também traçar estratégias para a promoção da saúde melhorando a qualidade de vida das pacientes.

Palavras – chave: Estudo Epidemiológico, Síndrome Reumática, Fibromialgia.

## ABSTRACT

The Fibromialgia (FM) is considered a syndrome characterized by chronic pain and diffuse body and the presence of at least 11 of 18 tender points. Holders of this clinical condition commonly have several comorbidities and are predominantly female. This research aimed to analyze the epidemiological data of FM patients registered in the sectors of Hydrotherapy, Orthopedics and Traumatology, Geriatrics and Rheumatology and postural reeducation Clinic School of Health UNIFOR (CLIFOR) in the period 2010-2012. The sample was initially composed of 405 charts, being reduced to 35 since only they possessed clinical diagnosis of FM. The whole sample was characterized as female with a mean age of  $52.08 \pm 8.89$  and standard deviation. Most of the sample, 16 patients (45.71%) were registered in the sector of Orthopaedics and Traumatology. Most participants were married (71.42%). The disease was associated with more cases of FM Depression was manifested in 42.85% of the participants. The patients in the study mostly reported working in their own homes (home) 37.14%. We conclude that, by characterizing the clinical profile of patients with FM, you can adjust the treatment to suit the nature and needs of patients and also devise strategies to promote health by improving the quality of life of patients.

Key - words: Epidemiological Study, Rheumatic Syndrom, Fibromyalgia.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Localização dos <i>Tender Points</i> .....	13
GRÁFICO 1 - Distribuição dos indivíduos segundo faixa etária.....	25
GRÁFICO 2 - Percentual de pacientes com FM nas áreas pesquisadas.....	26
GRÁFICO 3 – Percentual de pacientes portadores de FM segundo variável estado civil.....	27
GRÁFICO 4 – Percentual de pacientes portadores de fibromialgia segundo variável profissão.....	28

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Patologias associadas a FM.....	29
TABELA 2 – Distribuição dos pacientes com FM.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR – Colégio Americano de Reumatologia

CLIFOR – Clínica Escola de Saúde do UNIFOR

EUA – Estados Unidos da América

FM – Fibromialgia

GH – Hormônio do Crescimento

Kgf – Quilograma força

Ms – Mestre

NA – Noradrenalina

OMS – Organização Mundial de Saúde

SFM – Síndrome Fibromiálgica

SNC – Sistema Nervoso Central

SP – Substância P

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

UNIFOR-MG – Centro Universitário de Formiga – Minas Gerais

5 – HT – Serotonina

WHOQOL – Questionário para avaliação de qualidade de vida dos portadores de fibromialgia

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	14
2.1 A Fibromialgia .....	14
2.2 Aspectos históricos da fibromialgia .....	15
2.3 Dados Epidemiológicos.....	15
2.4 Etiopatogenia .....	16
2.5 Manifestações clínicas .....	17
2.6 Formas de Diagnóstico .....	18
2.7 O impacto da fibromialgia na percepção da qualidade de vida dos pacientes .	19
2.8 Tratamento farmacológico e não farmacológico da Fibromialgia .....	20
3 CLÍNICA ESCOLA DE SAÚDE DO UNIFOR-MG (CLIFOR) .....	22
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Delimitação .....	23
4.2 Tipo de estudo .....	23
4.3 Amostra.....	23
4.3.1 Critérios de Inclusão .....	24
4.3.2 Critérios de Exclusão .....	24
4.4 Instrumentos .....	24
4.5 Procedimentos .....	24
4.6 Análise e tratamento dos dados.....	25
4.7 Considerações Éticas .....	25
5 RESULTADOS .....	26
6 DISCUSSÃO .....	30

CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE – A CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISA.....	39
APÊNDICE – B TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO .....	40
APÊNDICE – C FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	41
APÊNDICE - D DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM FM.....	42
ANEXO – A FICHA DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA – HIDROTERAPIA.....	42
ANEXO – B FICHA DE AVALIAÇÃO ESTÁGIO DE GERIATRIA .....	49
ANEXO – C FICHA DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA TRAUMATO - ORTOPÉDICA.....	55

## 1 INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) pode ser considerada uma síndrome reumática, caracterizada por dores crônicas generalizadas e presença de pelo menos 11 dos 18 *tender points* estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia. Os indivíduos portadores desta doença, geralmente apresentam sinais, sintomas e patologias associadas como: alterações no padrão do sono, depressão, fadiga, ansiedade, parestesia nos membros, distúrbios intestinais, dentre outros. Sua etiologia é desconhecida, porém acredita-se que ela origina-se por alterações neuroimunoendócrinas (HOMANN, 2011).

Esta condição clínica acomete predominantemente o gênero feminino, com faixa etária entre 30 e 55 anos. Seu diagnóstico é basicamente clínico, através do exame físico e da anamnese detalhada, observando-se dores difusas associadas à palpação digital de 18 possíveis pontos dolorosos, denominados *tender points*. A aplicação de escalas que avaliam o índice da dor e a gravidade dos sintomas, também pode ser utilizada como forma de diagnóstico (WOLFE et al., 2010; SANTOS; KRUEL, 2009).

O tratamento para a FM consiste na associação de fármacos antidepressivos e neuromoduladores que atuam de forma a induzir o aumento de neurotransmissores que diminuem a dor e também na realização de exercícios físicos, orientado por profissionais capacitados, como a caminhada e a hidroginástica, que auxiliam no controle dos distúrbios associados, acupuntura, massagens, *tai-chi-chuan*, educação em saúde, entre outros. A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é também outra alternativa de tratamento não farmacológico; esta permite que os indivíduos entendam sobre a patologia que são portadores e ainda ajuda-os a enfrentar os sintomas característicos da doença, possibilitando uma melhor qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Pode-se observar um déficit na qualidade de vida em grande parte dos indivíduos com FM, por isso é necessário que os profissionais de saúde atuem na promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde desses pacientes ajudando-os na formulação de estratégias para melhorar as atitudes perante as próprias dores, além de entenderem melhor a patologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Para que a promoção de saúde desses pacientes seja efetiva os profissionais podem contar com os estudos epidemiológicos que permitem a formulação de estratégias que visam a melhora da qualidade de vida, possibilitando uma análise da ocorrência, distribuição e progressão de problemas de saúde de forma generalizada (BRAGAGNOLO, 2005).

Diante de tantas considerações o estudo justifica-se pela possibilidade de conhecer melhor o perfil clínico dos pacientes com FM que são atendidos na Clínica Escola de Saúde do UNIFOR (CLIFOR) e dessa forma, ajustar o tratamento oferecido às características e necessidades dos pacientes. Além do mais o estudo pode ser relevante para a CLIFOR no sentido de levantar dados epidemiológicos importantes para a criação de estratégias de promoção de saúde que irão influenciar na qualidade de vida de seus pacientes e de toda a comunidade formiguense acometida pela FM.

Este estudo teve como objetivo, analisar os dados epidemiológicos dos portadores de FM, através de prontuários de pacientes cadastrados nos setores de Hidroterapia, Ortopedia e Traumatologia, Geriatria e Reumatologia e Reeducação Postural da CLIFOR no período de 2010 a 2012, através da ficha de avaliação dos pacientes, analisar e discriminar por ano a porcentagem de pacientes atendidos com FM através dos prontuários das áreas pesquisadas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A Fibromialgia

A fibromialgia (FM) é por muitos considerada uma síndrome reumática de condição dolorosa generalizada e crônica, com etiologia desconhecida. Caracteriza-se também pela presença de múltiplas regiões musculoesqueléticas dolorosas, que podem ser denominadas *tender points* (BASTOS; OLIVEIRA, 2003; CAVALCANTE et al., 2006; IGNACHEWSKI; SEMEGHINI; JUNIOR, 2004).

Os *tender points* são áreas supersensíveis à palpação, e podem estar situados no músculo, na junção miotendínea, coxim adiposo ou região da bursa articular. Os principais pontos são localizados no suboccipital, cervical baixa, trapézio, supra-espinhoso, costochondral, epicôndilo lateral, glúteo médio, trocânter maior e joelho medial. (IGNACHEWSKI; SEMEGHINI; JUNIOR, 2004).

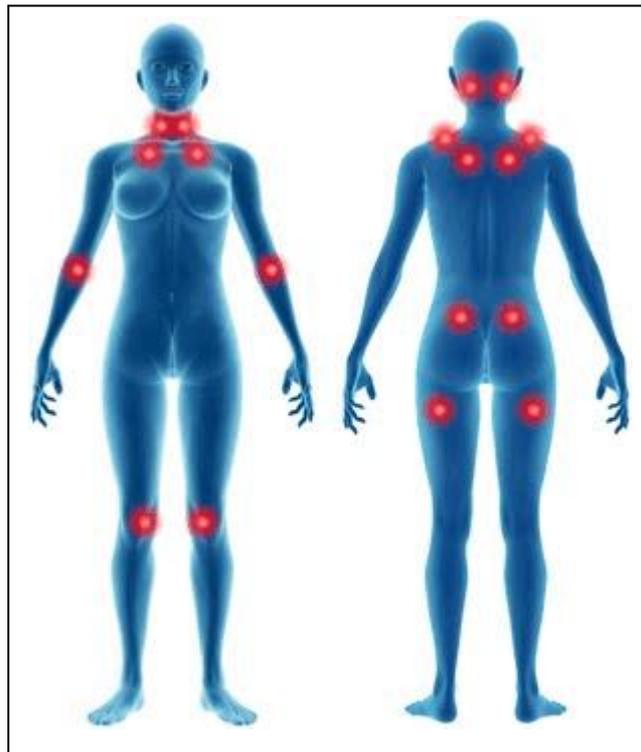


Figura 1 – Localização dos Tender Points.  
Fonte: Fibromyalgia life (2013)

Além das algias, vários outros problemas podem estar presentes em estruturas não relacionadas com o aparelho locomotor e dentre elas destacam-se a

indisposição, distúrbios do sono, cefaléia, parestesia em membros, fadiga, alterações da memória e atenção, ansiedade, depressão e alterações intestinais (FIBROMIALGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011; RIBERTO; PATO, 2004).

A FM pode ser classificada como Primária e Secundária. A primeira apresenta um quadro clínico da doença sem haver outra patologia associada (idiopática), já a segunda ocorre quando o paciente portador da fibromialgia já é portador de outra patologia como lúpus eritematoso sistêmico ou outra doença autoimune. As duas formas influenciam negativamente sobre a qualidade de vida de seus portadores, podendo provocar incapacitação funcional temporária ou permanente (BASTOS; OLIVEIRA, 2003; VITORINO, PRADO, 2004).

## **2.2 Aspectos históricos da fibromialgia**

Os surgimentos dos estudos voltados para a fibromialgia tiveram início no ano de 1904, quando houve relatos de pacientes com reumatismo que apresentavam pontos endurecidos nos músculos e com a descrição das áreas musculares inflamadas, dolorosas e sensíveis a dígito-pressão. Confirmava-se o processo inflamatório dessas regiões com a realização de biópsias, sendo posteriormente diagnosticadas como “Fibrosite”. O termo caracterizava o estado inflamatório agudo, subagudo ou crônico dos músculos, tecido subcutâneo, ligamentos, tendões ou aponeuroses (MARTINEZ, 1997).

Segundo Martinez (1997), em 1981 o termo Fibrosite foi substituído pelo termo Fibromialgia, já que o primeiro englobava apenas um processo inflamatório muscular e o segundo referia-se a uma condição dolorosa generalizada e crônica, que também pode estar associada a outras síndromes de natureza funcional sendo, depressão e ansiedade algumas dessas.

## **2.3 Dados Epidemiológicos**

As primeiras análises epidemiológicas para a Fibromialgia foram feitas em 1980, a partir de pacientes norte-americanos e europeus, onde o acometimento variava entre 2,1% na prática clínica de família, 5,7% na clínica em geral, cinco a 8%

em pacientes hospitalizados e quatro a 20% em clínicas reumatológicas. (BASTOS; OLIVEIRA, 2003).

A FM afetou aproximadamente cinco milhões de adultos nos EUA no ano de 2005; uma prevalência estimada em 2%. Já na Europa a prevalência foi de aproximadamente 1%. No Brasil a patologia acomete cerca de 2,5% da população (HOEFLER; DIAS, 2010).

A prevalência da patologia é de aproximadamente 2% da população geral, podendo ocorrer em ambos os sexos, mas acometendo com predominância o gênero feminino numa proporção de até nove mulheres para cada homem acometido; afetando geralmente a faixa etária com atividade profissional produtiva, independentemente da classe social ou raça a que pertence (MARQUES et al., 2002; OLIVEIRA;CAMÕES, 2003; CAVALCANTE et al., 2006; COSTA; FELÍCIO; SABINO, 2011).

Alguns estudos sugerem uma possível ligação entre o aparecimento dos sintomas com algum evento específico como a sobrecarga de trabalho, deficiências ergonômicas e também lesões por esforços repetitivos que poderiam causar um desequilíbrio no aparelho locomotor (ÁLVARES; LIMA, 2010).

## **2.4 Etiopatogenia**

A etiologia da fibromialgia ainda é desconhecida, mas, assim como outras síndromes, acredita-se que sua origem seja multifatorial. Existe uma série de possibilidades que envolvem o desencadeamento desta síndrome (BASTOS; OLIVEIRA, 2003; HOMANN, 2011).

Para Santos e Kruehl (2009), Riberto e Pato (2004), a fisiopatologia da FM está ligada a um processamento desordenado dos impulsos nociceptivos do Sistema Nervoso Central (SNC), onde a serotonina (5-HT) e substância P (SP) somada à noradrenalina (NA); neurotransmissores relacionados à percepção da dor, qualidade do sono e humor, sofrem algum tipo de alteração resultando em uma condição desconfortável ao indivíduo acometido. O déficit da atividade de serotonina, relacionado a várias alterações de seus receptores, é um fato identificado em diversos pacientes portadores da patologia.

Alguns autores sugerem que este distúrbio tenha origem nervosa central, já

que o aparecimento dos sintomas dolorosos ocorre de forma espontânea e em um sentido craniocaudal (RIBERTO, PATO, 2004; COSTA, FELÍCIO, SABINO, 2011).

Homann (2011), por sua vez, relata a possibilidade de predisposição genética individual, associada ou não ao sofrimento por algum tipo de trauma físico, estresse emocional, mudanças hormonais e outros tantos mecanismos que podem desencadear os sintomas característicos da doença.

Para Riberto e Pato (2004), o sono prejudicado estaria associado com a cronificação das algias, desta forma, a fisiopatologia da FM é tão incerta quanto a sua etiologia.

Há também uma outra hipótese que está relacionada a alterações metabólicas do sistema musculoesquelético. Alterações na micro circulação podem ser causadoras da baixa de oxigênio no tecido, resultando assim em edema focal, rupturas das fibras tipo I, atrofia das fibras tipo II, necrose das miofibrilas, disfunções mitocondriais e projeções papilares do sarcolema, e também variações de lipídeos e glicogênio (IGNACHEWSKI; SEMEGHINI; JUNIOR, 2004).

Ainda para os autores citados anteriormente, as alterações consequentes da hipóxia tecidual levariam a redução do potencial muscular, que explicaria a fadiga durante os esforços físicos exercidos pelos pacientes portadores de FM.

Sendo assim, a FM pode ser analisada levando-se em consideração os aspectos familiares, sociais, emocionais, a resposta a estímulos dolorosos e a aptidão física prejudicada, facilitando a escolha do melhor tratamento para o controle dos sintomas. Os fatores sociais, emocionais, familiares somados as respostas dolorosas e ao condicionamento cardiovascular prejudicado são fatores que predispõem com mais clareza a FM (KONRAD, 2005).

## **2.5 Manifestações clínicas**

O quadro clínico da FM é diverso e por isso exige uma anamnese e exame físico detalhado (HOMANN, 2011).

Os pacientes fibromiálgicos apresentam como principais manifestações da patologia; dor a palpação que está geralmente associada à rigidez articular, fadiga e distúrbio do sono, acometendo aproximadamente 75% dos pacientes. Até os dias atuais inúmeros distúrbios do sono foram relatados, resultando em um déficit de

energia e cansaço logo pela manhã. Junto à fadiga, tem-se a sensação de exaustividade na realização de atividades simples do dia a dia, levando a uma queda significativa na qualidade de vida dos indivíduos afetando também os aspectos social, profissional e afetivo (CARVALHO, REGO, PROVENZA, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Para Carvalho, Rego e Provenza (2008), os pacientes têm dificuldades em localizar a dor. Isso se comprova devido aos relatos médicos de que os fibromiálgicos buscam assistência queixando dor em apenas um local e, ao exame físico, acabam sentindo dor à palpação em outros locais não observados antes.

Além das manifestações ocorridas envolvendo o aparelho locomotor, existem pacientes que reclamam de cefaléia, tontura, zumbido, dor torácica, palpitação, dor abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, urgência miccional, dificuldade de concentração, falta de memória e depressão (HOMANN, 2011; FELDMAN, 2010).

## **2.6 Formas de Diagnóstico**

O diagnóstico formal geralmente é realizado entre os 34 a 53 anos de idade (COSTA; FELÍCIO; SABINO, 2011).

Para Carvalho, Rego e Provenza (2008), a determinação da FM é somente clínica, já que não existem exames complementares para o auxílio no diagnóstico, a não ser quando houver outras patologias associadas, já que muitos sintomas podem ser confundidos.

Pesquisadores dos EUA e Canadá realizaram um estudo e definiram um critério diagnóstico universal para a Fibromialgia. Este consiste na presença de dores difusas com duração superior a três meses, associadas a palpação digital com força equivalente a 4Kg/cm<sup>2</sup>, em pelo menos 11 dos 18 *tender points* durante a realização do exame físico. Embora esse critério de resposta seja positivo, ele não é considerado essencialmente preciso, pois também podem estar presentes em muitas enfermidades reumáticas e não reumáticas, sendo, portanto necessário um diagnóstico diferencial (WOLFE et al., 1990; CARVALHO; REGO; PROVENZA, 2008).

Para o diagnóstico diferencial é necessário lembrar algumas condições como: a síndrome da dor miofascial, reumatismo extra-articular; polimialgia reumática e

artrite de células gigantes, polimiosites e dermatopolimiosites, miopatias endócrinas (hipotireoidismo; hipertireoidismo; hiperparatiroidismo; insuficiência adrenal), miopatia metabólica por álcool, neoplasias, doença de Parkinson e efeito colateral de drogas (corticosteróide, drogas ilícitas) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004).

De todas essas condições a Síndrome da dor miofascial merece uma maior atenção por ser muito semelhante com a FM, apresentando quadros de dor muscular profunda e localizada (*trigger points*) geralmente acompanhada pela palpação na musculatura de nódulos fibróticos, associada à rigidez local e alterações do sono (CARVALHO; REGO; PROVENZA, 2008).

Novos critérios diagnósticos surgiram com o passar dos anos e agregaram valores à palpação dos pontos dolorosos. Wolfe et al., (2010), sugeriram a utilização de escalas para avaliação do índice de dor generalizada e para a gravidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, denominadas respectivamente por Escalas de Índice de Dor Generalizada, Escala de Índice de Severidade dos Sintomas. Além destas, foi formulado também o Questionário de Impacto da Fibromialgia. A proposta de novos critérios para diagnóstico surgiu devido à preocupação com o fato de que muitos médicos não realizavam o exame físico detalhadamente, influenciando, portanto, no diagnóstico preciso da doença.

## **2.7 O impacto da fibromialgia na percepção da qualidade de vida dos pacientes**

De acordo com os instrumentos para avaliar a qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), o questionário WHOQOL, o termo qualidade de vida é utilizado para definir a visão do homem a respeito de sua posição na sociedade junto aos seus objetivos, expectativas e preocupações (FLECK et al., 1998).

Nos estudos realizados por Martinez (1997), com mulheres portadoras de Fibromialgia, pôde-se perceber que a patologia tem influências negativas na qualidade de vida dos pacientes.

O impacto na qualidade de vida está vinculado com a intensidade de dor, fadiga e déficit de capacidade funcional. Esse impacto pode ser confirmado quando aplicado instrumentos específicos que possibilitem relacionar a influência da doença

nas atividades do dia a dia e a intensidade dos sintomas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004).

## **2.8 Tratamento farmacológico e não farmacológico da Fibromialgia**

O tratamento da FM visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e controlar a dor. Farmacologicamente, utiliza a princípio, antiinflamatórios, embora não sejam tão eficazes no controle da dor. Os antiinflamatórios não auxiliam tanto na redução da dor por tratarem apenas as dores associadas a algum dano tecidual. Sabe-se que até o momento não foi identificado nenhum dano tecidual para a síndrome e as dores características da FM são presentes devido a uma interpretação exagerada do cérebro aos estímulos dolorosos, desta forma os fármacos antiinflamatórios e analgésicos não conseguem regular o cérebro para diminuir a sensação exagerada de dor (FELDMAN, 2010).

Os pacientes também podem apresentar um quadro de depressão, que quando evidenciada, se faz necessário o uso de antidepressivos que auxiliam na melhora do sono, do ânimo e conseqüentemente na redução das algias. Já os antidepressivos e neuromoduladores utilizados para tratar os quadros de depressão e ansiedade atuam de maneira a estimular a quantidade de neurotransmissores e conseqüentemente diminuem as algias (CARVALHO, REGO, PROVENZA, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

O tratamento não farmacológico consiste na realização de atividades físicas, como os exercícios aeróbicos que influenciam na redução da dor e melhora da fadiga. A hidroterapia também auxilia no tratamento desde que a temperatura da água seja adequada para favorecer o relaxamento e melhorar os quadros de dor e rigidez (MC NEAL, 2000; FELDMAN, 2010).

Para a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004), as atividades físicas de baixo impacto são as mais recomendadas por contribuir e muito para o relaxamento e fortalecimento muscular, redução da dor e melhora na qualidade do sono.

A interação do paciente com o ambiente social durante a realização dos exercícios também proporciona um bem-estar global, contribuindo de forma significativa na melhora da qualidade de vida (CARVALHO, REGO, PROVENZA, 2008).

A qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos pode ser elevada com o uso de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). A TCC produz efeito satisfatório para esses pacientes por ajudá-los a entender as alterações que a patologia produz e também auxiliá-los a enfrentar os sintomas de maneira eficaz, dando a eles uma melhor qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Sobre as principais limitações apresentadas pelos indivíduos portadores da síndrome da FM, nota-se a necessidade de criação de estratégias de promoção e prevenção de saúde capazes de auxiliar o portador da patologia a lidar com sua condição, aumentando a compreensão geral desta síndrome e abrindo um leque de possibilidades de criação de novos modelos de intervenção ainda mais eficientes (NEVES, 1996).

### **3 CLÍNICA ESCOLA DE SAÚDE DO UNIFOR (CLIFOR)**

A CLIFOR está situada no prédio seis do Campus UNIFOR e possui uma área de aproximadamente 800m<sup>2</sup> (UNIFOR; 2012).

A CLIFOR tem o objetivo de auxiliar profissionais em estudos e pesquisas científicas e também em práticas curriculares e extracurriculares na área de Fisioterapia. Possibilita atividades teórico-práticas dos discentes, atendimento de qualidade e gratuito, a toda a comunidade. Os atendimentos são nas áreas de: ortopedia e traumatologia, reeducação postural, neurologia infantil, neurologia adulto, uroginecologia, pneumologia, cardiologia, DCM, atendimentos a idosos e hidroterapia, priorizando pacientes carentes. A seleção desses pacientes é realizada na própria clínica mediante apresentação de encaminhamento médico e documentos pessoais. A triagem é realizada de acordo com a necessidade e o encaminhamento médico de cada paciente (REGULAMENTO CLIFOR, 2009).

A avaliação, planejamento, qualificação, quantificação e execução do tratamento são de responsabilidade do discente sendo sempre auxiliado e supervisionado pelo professor responsável pelo estágio (REGULAMENTO CLIFOR, 2009).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delimitação**

A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Saúde do UNIFOR (CLIFOR). Utilizando os prontuários dos pacientes atendidos na CLIFOR, no período de 2010 a 2012 nas áreas de Ortopedia e Traumatologia, Hidroterapia, Geriatria e Reumatologia e Reeducação Postural.

### **4.2 Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo observacional, transversal retrospectivo e quanti qualitativo na CLIFOR.

O estudo observacional segundo Sucigan et al., (200-), permite estudar algum aspecto de um determinado grupo; desta forma, os indivíduos da amostra não foram selecionados em um processo aleatório mas, por uma característica marcante entre eles.

O estudo transversal retrospectivo possibilita avaliar ao mesmo tempo, a exposição a determinados eventos e o desfecho final da amostra a partir de dados passados que possam ter influenciado na situação atual (SUCIGAN et al., 200-).

O estudo quanti qualitativo possibilita mensurar os dados colhidos para uma posterior análise juntamente com as características relevantes dos indivíduos da amostra (SUCIGAN et al., 200-).

### **4.3 Amostra**

A amostra foi composta por 405 prontuários dos pacientes atendidos na CLIFOR nas áreas de Ortopedia e Traumatologia, Hidroterapia, Geriatria e Reumatologia e Reeducação Postural, dos quais foram selecionados aqueles que os pacientes tiverem diagnóstico clínico de Fibromialgia, totalizando 35 prontuários com o diagnóstico.

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

Fizeram parte da pesquisa todos os prontuários com diagnóstico clínico de FM de pacientes atendidos nas áreas de Hidroterapia, Ortopedia e Traumatologia, Geriatria e Reumatologia e Reeducação Postural da CLIFOR.

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão**

Foram excluídos desta pesquisa os prontuários de pacientes que não possuíam diagnóstico clínico de FM e também aqueles que foram atendidos em outras áreas da CLIFOR.

#### **4.4 Instrumentos**

Para a realização da pesquisa foram utilizadas os prontuários das áreas pesquisadas elaboradas pelos docentes responsáveis, um formulário para coleta de dados elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE C) e também o encaminhamento médico apresentado pelo paciente no ato do cadastro.

#### **4.5 Procedimentos**

Inicialmente a coordenadora da CLIFOR foi informada sobre o estudo e mediante a aprovação e assinatura da Carta de Intenção de Pesquisa (APÊNDICE A) foram coletados os dados. A coleta teve início em fevereiro de 2013 e o término se deu em março do mesmo ano. Foram analisadas todas as fichas de avaliações das áreas de Ortopedia e Traumatologia, Hidroterapia, Geriatria e Reumatologia e Reeducação Postural, com o propósito de identificar as características dos pacientes portadores de Fibromialgia; em seguida foram separadas as avaliações com diagnóstico de FM para identificar as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil,

gênero, profissão e patologias associadas. Os dados coletados foram posteriormente analisados.

#### **4.6 Análise e tratamento dos dados**

Foi realizada uma análise descritiva dos dados sob a forma de porcentagem, média e desvio padrão, os dados foram manipulados em gráficos e tabelas utilizando o Microsoft Office Excell 2010.

#### **4.7 Considerações Éticas**

Esta pesquisa teve como base a Resolução Nº 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que utiliza os princípios da bioética para a realização de pesquisas que envolvam seres humanos de maneira direta ou indireta, incluindo o manejo de informações ou materiais. Todos os dados presentes nas fichas foram preservados e o anonimato dos pacientes mantido.

Como parte do critério ético da pesquisa, foi entregue a coordenadora da CLIFOR, uma carta de intenção de pesquisa (APÊNDICE A) juntamente com um termo de compromisso para uso de dados em arquivo (APÊNDICE B) para que o projeto tivesse início.

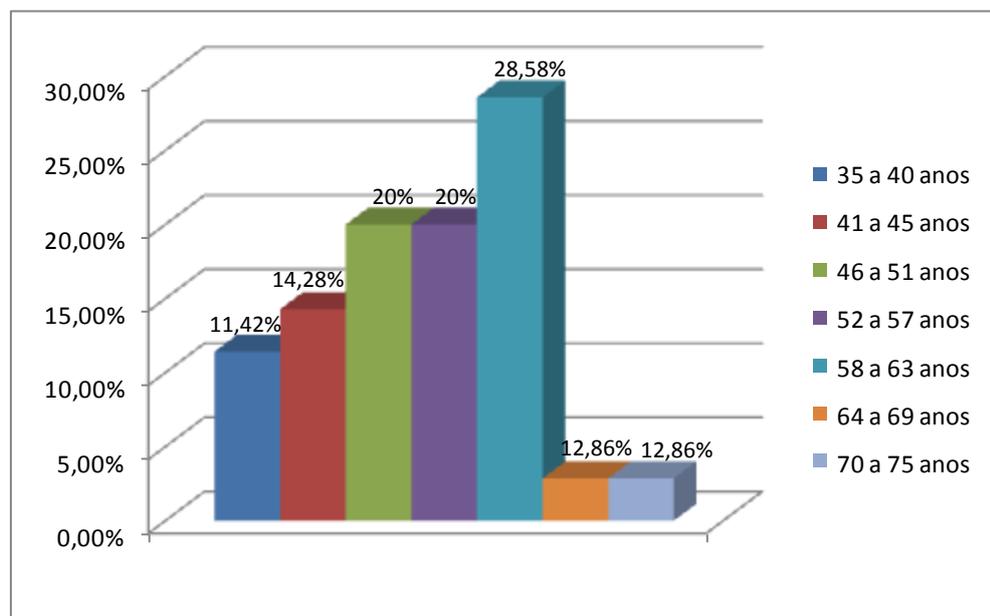
## 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram obtidos através da análise descritiva dos dados dos prontuários e fichas de pacientes que passaram por tratamento de FM na CLIFOR no período de 2010 a 2012 e expressos sob a forma de porcentagem, média e desvio padrão.

Os indivíduos da amostra se caracterizaram pela totalidade do gênero feminino com idade que variou entre 37 e 71 anos. A média de idade entre eles foi de 52,08 e desvio padrão de  $\pm 8,89$  anos.

De acordo com a faixa etária os pacientes foram distribuídos da seguinte forma: uma paciente (2,86%) estava entre a faixa etária que compreende de 70 a 75 anos, uma (2,86%) entre a faixa etária de 64 a 69 anos, dez (28,58%) tinham entre 58 a 63 anos, sete (20%) tinham de 52 a 57 anos, sete (20%) estavam entre 46 a 51 anos, cinco (14,28%) estavam entre 41 e 45 anos e quatro (11,42%) estavam entre 35 a 40 anos, como mostram os dados do Gráfico 1.

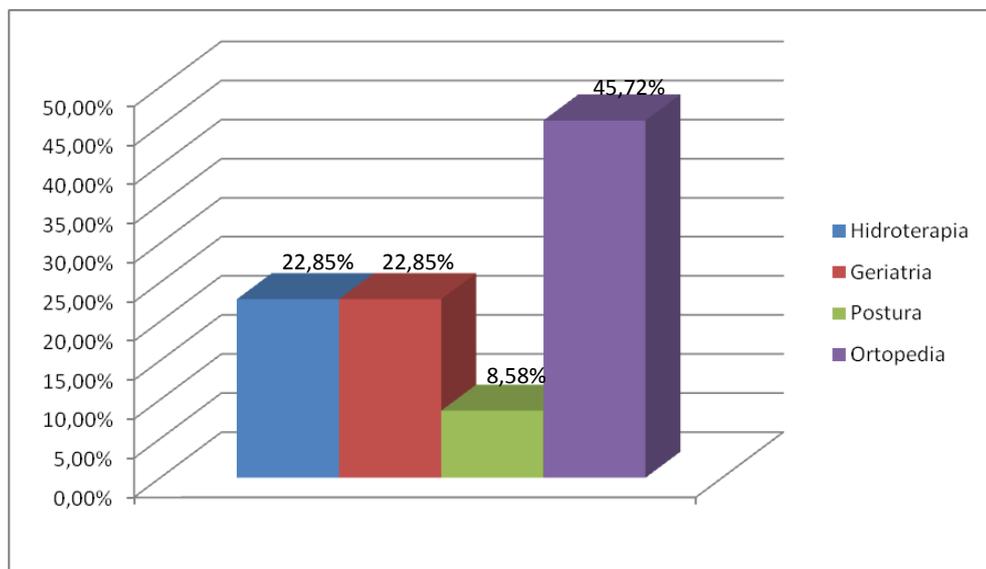
**GRÁFICO 1** – Distribuição de indivíduos segundo variável faixa etária



Fonte: Da autora

Os pacientes com FM nas áreas de Hidroterapia, Ortopedia e Traumatologia, Geriatria e Reeducação Postural corresponde a 8,64% dos pacientes atendidos, tendo em vista que foram analisados 405 prontuários e destes apenas 35 eram de pacientes portadores da síndrome, sendo oito (22,85%) no setor de Hidroterapia, oito (22,85%) em Geriatria, três (8,58%) em Reeducação Postural e 16 (45,72%) no setor de Ortopedia e Traumatologia conforme representado no Gráfico 2.

**GRÁFICO 2 - Percentual de pacientes com FM nas áreas pesquisadas**



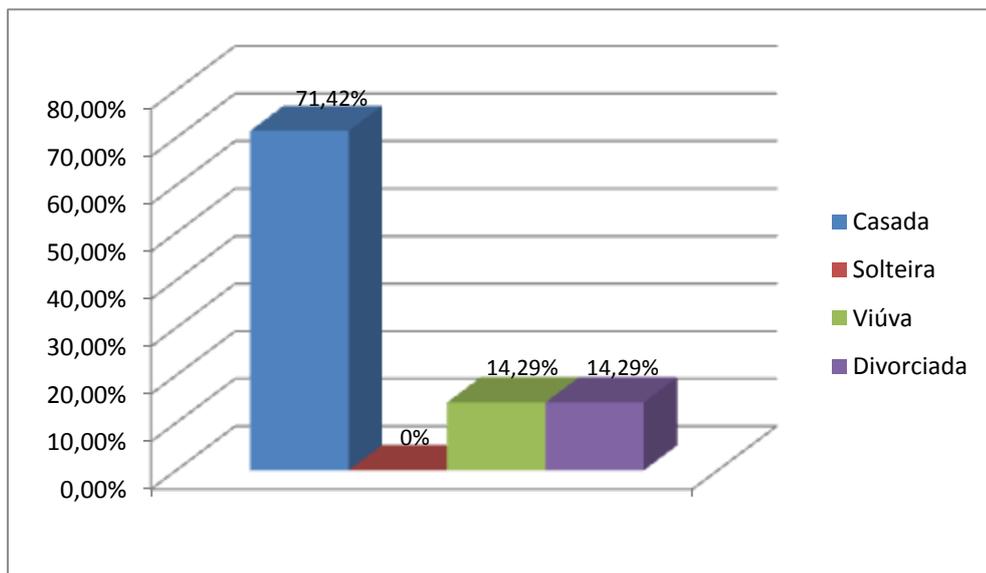
Fonte: Da autora

Com relação à distribuição dos pacientes com FM, o setor de Hidroterapia caracterizou-se por oito pacientes casadas, sendo que destas uma era portadora de Diabete Mellitus (DM), uma de Hipertensão Arterial (HAS), uma de Cálculo Renal, uma era portadora de Labirintite e duas pacientes tinham Insônia. No setor de Ortopedia identificaram-se oito pacientes casadas, quatro pacientes viúvas e quatro divorciadas; destas, oito apresentaram depressão, uma Hipertensão Arterial, três pacientes apresentaram alterações visuais, duas delas apresentaram Hipotireoidismo e três apresentaram Asma. Das oito pacientes do setor de geriatria, cinco eram casadas, duas eram viúvas e uma era divorciada; cinco das pacientes do setor apresentaram depressão, quatro eram portadoras de Hipertensão Arterial e apenas uma apresentou Osteoporose. Já no setor de Reeducação Postural, as três pacientes eram casadas apenas uma delas não apresentou qualquer patologia

associada à síndrome enquanto as outras duas tinham depressão conforme os dados descritos na Tabela 2 no Apêndice D.

Os resultados obtidos em relação ao estado civil demonstraram que 25 mulheres (71,42%) eram casadas, cinco (14,29%) eram viúvas, cinco (14,29%) eram divorciadas e nenhuma delas eram solteiras conforme os dados representados no Gráfico 3.

**GRÁFICO 3** – Percentual de pacientes portadores de FM segundo variável estado civil



Fonte: Da autora

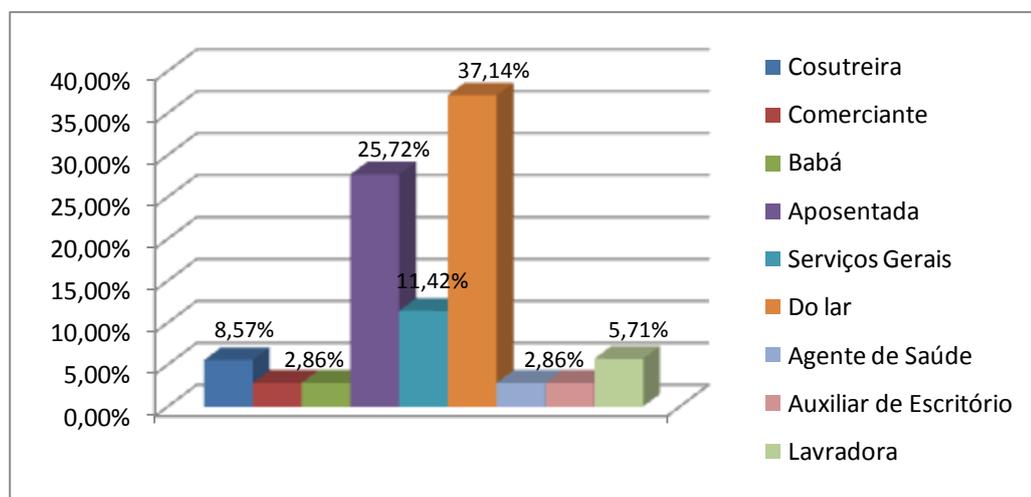
Em relação às patologias associadas à FM, dois participantes (5,72%) apresentaram Insônia, 15 (42,85%) apresentaram Depressão, um participante (2,86%) apresentou Diabete *Mellitus*, seis participantes (17,14%) apresentaram Hipertensão Arterial, um participante (2,86%) apresentou Cálculo Renal, três participantes (8,57%) apresentaram Asma, um participante (2,86%) apresentou osteoporose, dois participantes (5,71%) apresentaram Hipotireoidismo, um participante (2,86%) apresentou Labirintite e três participantes (8,57%) apresentaram Alterações visuais conforme descrito na Tabela 1.

**TABELA 1 – Disfunções associadas a FM**

<b>Disfunções Associadas</b>	<b>%</b>
Insônia	5,72%
Depressão	42,85%
Diabete Mellitus	2,86%
Hipertensão Arterial	17,14%
Cálculo Renal	2,86%
Asma	8,57%
Osteoporose	2,86%
Hipotireoidismo	5,71%
Labirintite	2,86%
Alterações visuais	8,57%

Fonte: Da autora

No Gráfico 4 estão descritos as profissões dos participantes sendo que três (8,57%) eram costureiras, uma (2,86%) era comerciante, uma (2,86%) era babá, nove (25,72%) eram aposentadas, quatro (11,42%) desenvolviam serviços gerais, 13 (37,14%) eram do lar, uma (2,86%) era agente de saúde, uma (2,86%) era auxiliar de escritório e duas (5,71%) eram lavradoras.

**GRÁFICO 4 – Percentual de pacientes portadores de FM segundo variável profissão**

Fonte: Da autora

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar dados epidemiológicos dos portadores de FM cadastrados nos setores de Hidroterapia, Ortopedia e Traumatologia, Geriatria e Reumatologia e Reeducação Postural da Clínica Escola de Saúde do UNIFOR (CLIFOR) no período de 2010 a 2012.

No estudo foi utilizado um formulário para coleta de dados, elaborado pela própria autora para que os dados primordiais dos prontuários dos pacientes pudessem ser registrados.

Neste trabalho, observou-se que dos 405 prontuários analisados, apenas 35 correspondiam à pacientes portadores de FM, sendo todos do sexo feminino, com média de idade de 52,08 e desvio padrão de  $\pm 8,89$ .

Marques (2004), que analisou a qualidade de vida de 482 indivíduos com FM a média de idade entre eles foi de 48,7 e  $\pm 10$  anos, resultados semelhantes aos de Biezus et al., (2006), que identificaram uma média de 48,53 anos para esses indivíduos. Para Costa, Felício e Sabino (2011), tal síndrome afeta geralmente a faixa etária com atividade profissional produtiva.

Cavalcanti et al., (2006), em sua revisão de literatura, referente à prevalência de Fibromialgia, constataram que esta é uma síndrome predominante do gênero feminino. A prevalência é apontada com valores entre 0,66% e 4,4%, sendo as mulheres afetadas cerca de oito vezes mais que os homens. Castro, Kitanishi e Skare (2011), ao estudarem 94 pacientes de ambos os gêneros sobre as semelhanças e diferenças para o acometimento da síndrome, constataram em sua pesquisa a prevalência de FM em mulheres 12 vezes maior do que em homens; apenas sete (7,5%) eram homens e 87 (92,5%) eram mulheres. Para Costa (2008), um fator que pode sugerir a prevalência em mulheres é o fato de que elas, mais que os homens, expressam queixa de dor e, por isso, buscam atendimento médico com mais frequência, sendo assim registrados números elevados de indivíduos do sexo feminino com FM.

Em relação ao estado civil das pacientes, 25 mulheres (71,42%) são casadas. Nos estudos de Silva et al., (2006); 78% das mulheres portadoras da síndrome da FM são casadas. Os autores levantaram a hipótese de que a família e amigos dos pacientes podem duvidar de suas queixas provocando o isolamento deles gerando sentimento de culpa e irritabilidade. O apoio da família nesta situação é primordial

para incentivar a busca pelo tratamento.

Quanto às patologias associadas à síndrome, 15 mulheres (42,85%) apresentaram depressão. A prevalência de depressão entre os indivíduos estudados por Berber, Kupek e Berber (2005), foi de dois terços da amostra. Os autores pesquisaram a prevalência da depressão e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com FM. A depressão piora consideravelmente o condicionamento físico, as funcionalidades física, social e emocional, a dor e a percepção da saúde em geral. A prevalência de alterações psicológicas como, a depressão, é aumentada entre as pacientes com FM. A correlação entre Fibromialgia e depressão pode ser explicada pela relação entre depressão e dor, já que esta síndrome é caracterizada por dor difusa e crônica (SANTOS et al., 2012). Tendo em vista o fato de que acaba muitas vezes sendo um ciclo depressão e fibromialgia.

Com relação às profissões desenvolvidas pelas portadoras da síndrome, 37,14% das participantes informaram ser do lar. Para Moreira, Coutinho e Lucena (2010), que realizaram uma revisão bibliográfica sobre a relação dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e Fibromialgia, a síndrome fibromiálgica é complexa que pode ter ou não um componente ocupacional importante, sendo necessário um diagnóstico médico mais preciso, sendo associado à dupla jornada de trabalho, aos esforços repetitivos, e dentre outros.

Ao longo do trabalho a única limitação encontrada foi não ter analisado todos os setores de atendimento da CLIFOR, já que a mesma abrange aproximadamente dez áreas e possui uma grande demanda de pacientes, o que poderia ter mostrado possíveis diferenças de valores para as variáveis, gênero e idade.

## CONCLUSÃO

A pesquisa realizada permitiu analisar os dados epidemiológicos dos portadores de FM cadastrados na CLIFOR.

Os resultados obtidos neste trabalho, confirmaram como em diversas outras pesquisas, a prevalência da Síndrome Fibromiálgica em indivíduos do sexo feminino. A maioria dos pacientes se encontram em idade produtiva. Houve uma maior concentração destes indivíduos no setor de Ortopedia e Traumatologia. Quanto ao estado civil, maior parte são casadas. A depressão prevaleceu entre tantas outras patologias associadas. Entre os resultados para o tipo de profissão desenvolvida pelas participantes se destacou a Do Lar seguida pela Aposentada, porém, esta relação ainda é pouco compreendida se fazendo necessário uma avaliação e diagnóstico médico mais precisos.

A participação do Fisioterapeuta no tratamento da síndrome é importante no sentido de desenvolver ações que poderão auxiliar os pacientes a lidar com suas condições, executando atividades que favorecerão na diminuição dos sintomas e também no sentido de elevar os padrões de qualidade de vida dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ALVARES, T.T.; LIMA, M.E.A. Fibromialgia – interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. **Ciências & Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, MG, 2010, v.15, n.3, p. 803-812. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a23.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2012.

BASTOS, C.C.; OLIVEIRA, E.M. Síndrome da fibromialgia: tratamento em piscina aquecida. **Lato & Sensu**, Belém, v.4, n.1, p.3-5, out. 2003. Disponível em: <[http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos\\_revistas/155.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/155.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2012.

BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.45, n.2, p.47 – 54, mar./abr., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n2/v45n2a01.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BIEZUS, J. et al. Exercícios Aquáticos na dor de indivíduos com fibromialgia. **Rev. Bras. Ciências da Saúde**. v.10,n.3,p. 243 – 252.

BRAGAGNOLO, F. A. **Reestruturação estratégica frente ao perfil epidemiológico dos atendimentos: um estudo de caso no serviço de urgência e emergência do Hospital Parque Belém**. 2005. 34 f. Programa de Pós – Graduação (Graduação em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12339/000480839.pdf?sequence=1> . Acesso em: 01 out. 2012.

CAMPOS, A.F.C.; RIBEIRO, R.C.; VAZ, V.A. **Manual de Normalização de Trabalhos Acadêmicos**. Formiga: UNIFOR – MG, 2010. 60 p.

CARVALHO, M.A.; REGO, R.R.; PROVENZA, J.R. Fibromialgia. In: CARVALHO, M.A.P.; LANNA, C.C.D.; BÉRTOLO, M.B. **Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 215 – 231.

CASTRO, A.A.; KITANISHI, L.K.; SKARE, T.L. **Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre semelhanças e diferenças de gênero**. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.40, n.2, Paraná, 2011. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/865.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CAVALCANTE, A.B., SAUER, J.F., CHALOT, S.D., ASSUMPÇÃO, A., LAGE, L. V., MATSUTANI, A., MARQUES, A.P. A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. **Revista brasileira de Reumatologia**, jan/fev, 2006, 1: p.40-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n1/29386.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2012.

COSTA, C.M.C. **Fibromialgia na mulher**. Campanha de combate à dor na mulher. SBED/ Janssen – Cilag. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/profissionais/arquivos/fibromialgia.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2013.

COSTA, J.G.; FELÍCIO, D.C.; SABINO, G.S. **Etiologia e tratamento fisioterapêutico da Fibromialgia: uma revisão de literatura**. 2011. 15 f. Dissertação de Mestrado (Fisioterapia) – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Betim, 2011. Disponível em:<[http://blog.newtonpaiva.br/seer\\_3/index.php/RevistaPos/article/viewFile/197/199](http://blog.newtonpaiva.br/seer_3/index.php/RevistaPos/article/viewFile/197/199)>. Acesso em: 7 set. 2012.

FELDMAN, D. Fibromialgia. In: SATO, E.I. **Guia de Reumatologia**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 389 – 392.

Fibromyalgia life (2013). Disponível em: <http://fibromyalgialife.net/fibromyalgia-tender-points-2/>. Acesso em: 21 mar. 2013.

FLECK, M.P.A, et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999**. Universidade federal do Rio Grande do sul – FAMED, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>> Acesso em 10 set. 2012.

HOEFLER, R.; DIAS, C.D. Fibromialgia: Doença obscura e tratamentos indefinidos. **Boletim Farmacoterapêutica**, Ano XV, n.1, jan./fev. 2010. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/boletim/2010/Farmacoterapeutica\\_012010.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/boletim/2010/Farmacoterapeutica_012010.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2012.

HOMANN, D. **Estudo caso – controle da grelina acilada, sono e dor em mulheres com fibromialgia**. 2011. 144 f. Dissertação de mestrado (Educação Física) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011. Disponível em: <[http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/25828/2011%20\(Homann\)%20Estudo%20caso-controle%20da%20grelina%20acilada,%20sono%20e%20dor%20em%20mulheres%20com%20fibromialgia.pdf?sequence=1](http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/25828/2011%20(Homann)%20Estudo%20caso-controle%20da%20grelina%20acilada,%20sono%20e%20dor%20em%20mulheres%20com%20fibromialgia.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 8 set. 2012.

IGNACHEWSKI, L.E.R.; SEMEGHINI, T.A.; JUNIOR, J.R.G. Aspectos Fisiopatológicos e Neuroendócrinos da Síndrome de Fibromialgia. **Saúde em Revista**, Maringá, PR, 2004. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude12art07.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2012.

KONRAD, M.L. **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia**. 2005. 119 f. Dissertação de Mestrado (Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<http://www.cds.ufsc.br/mestrado/TESE%20Lisandra%20Maria%20%20Konrad%20defendida%20em%2028%20fev%202005.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2012.

MC NEAL, R. Reabilitação Aquática de pacientes com doença reumatológica. In: RUOTI, R.G.; MORRIS, D.M.; COLE, A.J. **Reabilitação Aquática**. 1.ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2000. p. 215 – 232.

MARQUES, A.P. **Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação.** 2004. 80f. Tese (Livre docência) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARQUES et al. A Fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, SP, v.42, n.1, p. 42-48, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/pdf/A.fisioterapia.como.tratamento.da.SFM%5B1%5D.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2012.

MARTINEZ, J.E. Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar? **Acta Fisiátrica**, Sorocaba, São Paulo, v.4, n.2, p. 99-102. 1997. Disponível em: <[http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/C0E190D8267E36708F955D7AB048990D/vl\\_04\\_n\\_02\\_99\\_102.pdf](http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/C0E190D8267E36708F955D7AB048990D/vl_04_n_02_99_102.pdf)>. Acesso em: 1 set. 2012.

MOREIRA, A.C.C.; COUTINHO, C.C.C.; LUCENA, N.M.G. Estudo da relação dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.14, n.2, p.101 – 111, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/4856/5322>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

NEVES, J. L.. Mestrando do Curso de pós-graduação em Administração de Empresas. Pesquisa Qualitativa – Características, uso e Possibilidades. **Caderno de pesquisa em Administração**. São Paulo, V1 no 3, 1993. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

OLIVEIRA, M.F.; CAMÕES, C. **Fibromialgia e a síndrome da dor crônica.** Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0156.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2012.

RAIMUNDO, V.M; PATO, T.R. Estudo do perfil lipídico de pacientes com fibromialgia. **Acta fisiátrica**, São Paulo, v.15, n.2, p. 87-91. 2008. Disponível em:

<[http://www.actafisiatrica.org.br/v1/control/secure/Arquivos/AnexosArtigos/53C04118DF112C13A8C34B38343B9C10/acta\\_15\\_02\\_87-91.pdf](http://www.actafisiatrica.org.br/v1/control/secure/Arquivos/AnexosArtigos/53C04118DF112C13A8C34B38343B9C10/acta_15_02_87-91.pdf)>. Acesso em: 1 set. 2012.

RIBERTO, M.; PATO, T.R. Fisiopatologia da fibromialgia. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 78-81, 2004. Disponível em:

<[http://www.actafisiatrica.org.br/v1/control/secure/arquivos/anexosartigos/98f13708210194c475687be6106a3b84/acta\\_vol\\_11\\_num\\_02\\_78-81.pdf](http://www.actafisiatrica.org.br/v1/control/secure/arquivos/anexosartigos/98f13708210194c475687be6106a3b84/acta_vol_11_num_02_78-81.pdf)>. Acesso em: 3 set. 2012.

SANTOS, L.C; KRUEL, L.F.M. Síndrome de fibromialgia: fisiopatologia, instrumentos de avaliação e efeitos de exercício. **Motriz**, Rio Claro, v.15, n.2, p. 436-448, abr./jun. 2009. Disponível em:

<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/631/386>>. Acesso em: 1 set. 2012.

SANTOS, E.B. et al. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.46, n.3, p. 590 – 596, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/09.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

SILVA, E.P. et al. Perfil das pacientes fibromiálgicas envolvidas no estudo multidisciplinar em fibromialgia com ênfase fisioterapêutica em clínica de fisioterapia ortopédica e reumatológica. **Rev. Min. Educ. Fís.**, Viçosa, v.14, n.1, p. 103 – 108, 2006. Disponível em: <<http://www.revistamineiradeefi.ufv.br/artigos/arquivos/9e5d197886b025a081a5ed8db907d540.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMTOLOGIA. **Fibromialgia**. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004. Disponível em:< <http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/fibromialgia.pdf>> . Acesso em: 7 set. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia – cartilha para pacientes**. Comissão de dor, Fibromialgia e outras síndromes dolorosas de partes moles, 2011. Disponível em:

<<http://reumatologia.org.br/userfiles/file/Cartilha%20fibromialgia.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia – definição, sintomas e porque acontece**. Doenças e Orientações. São Paulo, SP, 2011.

Disponível em:

<[http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=DoencasOrientacoes&Pagina=reumatologia/in\\_doencas\\_e\\_orientacoes\\_resultados.asp](http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=DoencasOrientacoes&Pagina=reumatologia/in_doencas_e_orientacoes_resultados.asp)>. Acesso em: 01 set. 2012.

SUCIGAN, D.H.I, et al. **Relatório de Estatística – Estudos Observacionais**. 200-.

Disponível em: <<http://www.ime.unicamp.br/~nancy/Cursos/me172/Cap4.pdf>>.

Acesso em: 05 abr. 2013.

VITORINO, D.F.M; PRADO, G.F. Intervenções fisioterapêuticas para pacientes com fibromialgia: atualização. **Ver. Neurociências**, São Paulo, v.12, n.3, p. 152- 156.

2004. Disponível

em:<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2003/Pages%20from%20RN%2012%2003-7.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2012.

WOLFE, F, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. **Arthritis Care & Research**. v.62, n.5, p. 600-610, may. 2010. Disponível em:

<[http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/fibromyalgia/2010\\_Preliminary\\_Diagnostic\\_Criteria.pdf](http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/fibromyalgia/2010_Preliminary_Diagnostic_Criteria.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2012.







## APÊNDICE – D

**TABELA 2 – Distribuição dos pacientes com FM**

## ANEXO – A FICHA DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA – HIDROTERAPIA

**ANEXO – B FICHA DE AVALIAÇÃO ESTÁGIO DE GERIATRIA**

**ANEXO – C FICHA DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA TRAUMATO -  
ORTOPÉDICA**