

**Marcelo Riberto**

**Comparação das manifestações clínicas em  
pacientes portadores de fibromialgia traumática e  
não-traumática**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Reumatologia**

**Orientadora: Profa. Dra. Linamara Rizzo Battistella**

**São Paulo  
2004**

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais pelo amor e apoio incondicional a todos os meus projetos.

Às minhas pacientes, que me confiaram o corpo, emoções e pensamentos, e são a razão final de todo este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

À Profa Dra Eloisa Silva Dutra Bonfá, pelo apoio e direcionamento adequado deste trabalho.

À Profa. Dra. Linamara Rizzo Battistella, orientadora deste trabalho, pela incansável paciência, dedicação e amizade.

À Dra Thais Rodrigues Pato, por ter compartilhado o interesse pelo tema aqui estudado, ajudar-me na compilação dos bancos de dados e no acompanhamento dos pacientes.

À equipe interdisciplinar da Divisão de Medicina de Reabilitação e do Centro de Reabilitação Umarizal, pelo companheirismo e compartilhamento de objetivos no atendimento dos pacientes portadores de fibromialgia e pela valiosa troca de conhecimento em impressões.

À Dra Marta Imamura, pela revisão e aconselhamento quanto a redação deste volume.

# SUMÁRIO

## RESUMO

## SUMMARY

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
Histórico .....	1
Epidemiologia .....	3
Fisiopatologia .....	5
Fibromialgia e Trauma .....	8
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
<b>PACIENTES</b> .....	<b>14</b>
<b>MÉTODOS</b> .....	<b>15</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>19</b>
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
Dados demográficos .....	34
Queixas clínicas .....	39
Dor .....	39
Sintomas não relacionados ao aparelho locomotor .....	44
Sono e fadiga .....	44
Sintomas psicoafetivos .....	45
Queixas geniturinárias .....	50
Queixas gastrintestinais .....	52
Queixas gerais .....	54
Comorbidades .....	57
Tratamento .....	58
Incapacidade .....	61
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>80</b>

## RESUMO

RIBERTO, M. **Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não-traumática.** São Paulo, 2004. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

O objetivo deste trabalho foi comparar aspectos clínicos de pacientes portadores de fibromialgia cujo início dos sintomas estivessem relacionados a eventos traumáticos e pacientes idiopáticos. Foram avaliados 135 pacientes por meio de um questionário estruturado sobre dados demográficos e situação de produtividade laboral, caracterização da dor e presença de queixas não relacionadas ao aparelho locomotor. Foi realizada contagem e dolorimetria de pressão dos pontos dolorosos e avaliação da dor segundo a escala visual analógica. O grupo de pacientes traumáticos conteve 48 pessoas apresentou maior período médio de escolaridade ( $8,1 \pm 4,1$  x  $5,3 \pm 2,9$ ;  $p < 0,001$ ), maior contagem de pontos dolorosos ( $16,1 \pm 2,8$  x  $15,0 \pm 3,2$ ;  $p = 0,047$ ), menor período desde a generalização da dor ( $5,6 \pm 6,9$  x  $4,1 \pm 2,6$  anos;  $p = 0,002$ ) e maiores prevalências de dificuldade de concentração ( $83,0\%$  x  $65,1\%$ ;  $p = 0,048$ ) e cólicas intestinais ( $45,8\%$  x  $26,4\%$ ;  $p = 0,036$ ). Houve associação entre o trauma e a improdutividade econômica. Os demais aspectos clínicos não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Conclui-se que a etiologia traumática impõe poucas diferenças clínicas aos pacientes portadores de fibromialgia e não explicam o grau de incapacidade laboral que se observa.

## SUMMARY

RIBERTO, M. **Comparison of clinical manifestations of traumatic and non-traumatic fibromyalgia patients.** São Paulo, 2004. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

The aim of this work was to compare clinical aspects of fibromyalgia patients whose onset was related to traumatic events to idiopathic patients. One hundred and thirty five consecutive patients were interviewed with a structured questionnaire about demographic aspects, work disability, pain characterization and the presence of symptoms not related to the locomotor system. Tender point count and dolorimetry were performed, as well as pain evaluation according to the visual analogue scale. The group of traumatic patients counted with 48 individuals, and presented with longer period of formal education ( $8,1 \pm 4,1$  x  $5,3 \pm 2,9$  years;  $p < 0,001$ ), higher count of tender points ( $16,1 \pm 2,8$  x  $15,0 \pm 3,2$ ;  $p = 0,047$ ), shorter period since generalization of pain ( $5,6 \pm 6,9$  x  $4,1 \pm 2,6$  years;  $p = 0,002$ ), smaller prevalences of concentration difficulties ( $83,0\%$  x  $65,1\%$ ;  $p = 0,048$ ) and abdominal cramps ( $45,8\%$  x  $26,4\%$ ;  $p = 0,036$ ). There was an association between trauma and work disability. Any of remaining clinical aspects presented with statistically significant differences. We conclude that trauma imposes few clinical differences to fibromyalgia patients and does not explain the degree of work disability which is observed among them.

# INTRODUÇÃO

## Histórico

No início do século XX, Gowers descreveu uma síndrome dolorosa comprometendo a região lombar e com a presença de algia à palpação de alguns pontos específicos da superfície corpórea. Tal síndrome foi denominada fibrosite, pois a premissa básica para explicar o quadro era de que os pontos dolorosos à palpação estivessem inflamados<sup>1</sup>. No entanto, apesar da hipótese de inflamação em regiões do tecido muscular não ter sido comprovada histopatologicamente, a impressão geral que persistiu, tanto entre a população leiga quanto médica, foi a de um processo perpetuado pela inflamação<sup>2</sup>.

A sinonímia relacionada a fibrosite foi extensa, alguns termos usados para denominá-la foram: fibromiosite nodular, miofasceite, miofibrosite, mialgia reumática e reumatismo psicogênico entre outros<sup>1</sup>.

O termo fibromialgia tornou-se mais popular nos anos oitenta, quando começa a se delinear alguma concordância quanto a terminologia associada a esta

síndrome de dor generalizada. Nessa época, Yunus apresenta a primeira casuística mais ampla de casos de fibromialgia. Sua série de pacientes já associa o quadro ao sexo feminino, à meia idade, nenhuma ou poucas alterações laboratoriais, alterações do sono, síndrome de cólon irritável, dismenorréia, cefaléia, entre outras manifestações sintomatológicas não localizadas no sistema muscular. Esse autor ainda registrou a modulação do quadro por alterações climáticas, estado emocional e atividade física<sup>3</sup>.

Urgia, então, a homogeneização da classificação desses pacientes a fim de que estudos clínicos e epidemiológicos passassem a ter comparabilidade. Somente em 1990, um esforço de consenso promovido pelo Colégio Norte-americano de Reumatologia (ACR) promoveu o estabelecimento de critérios diagnósticos para a classificação de pacientes como portadores da síndrome de fibromialgia. Foram considerados dois critérios: dor crônica generalizada e dor à palpação de ao menos 11 pontos de uma série de 18 pré-definidos. Para ser crônica e generalizada, a dor deve estender-se acima e abaixo da cintura, sobre os dois lados do corpo e no esqueleto axial além de durar mais que 3 meses. A localização dos pontos dolorosos citados no segundo critério está descrita no quadro 1. Este mesmo consenso ainda demonstrou que os pacientes que apresentavam essa síndrome secundariamente a outras moléstias sistêmicas, afecções reumatológicas, endocrinológicas ou hematológicas pouco diferiam daqueles considerados primários, foi recomendado que o termo *fibromialgia secundária* ou *concomitante* fosse posto de lado, já que pouco acrescentaria ao diagnóstico ou abordagem de tais pacientes<sup>4</sup>.

Considerando que diferenças raciais, culturais e de acesso ao sistema de saúde diferem no Brasil e na América do Norte, os critérios diagnósticos da



fibromialgia propostos pelo ACR foram validados para a população brasileira em 1999<sup>5</sup>. Similarmente ao estudo norte-americano, foram formados grupos de portadores de fibromialgia e sem tal afecção e comparadas as sensibilidades, especificidades e acurácias de vários critérios diagnósticos e suas combinações. Todavia, percebeu-se que a adoção de apenas 9 pontos dolorosos positivos, dentre os mesmos 18 anteriormente descritos, seria suficiente como critério de exame físico. Tal achado poderia representar uma maior tolerância à dor na população brasileira e uma necessidade de alteração do critério previamente estabelecido. Contudo, essa diferença de sensibilidade ao estímulo doloroso pode ter se devido a um viés causado pela inclusão, no grupo de portadores de fibromialgia, de pessoas que já seguiam os critérios norte-americanos de 1990, portanto um grupo muito mais sensível, o que acabaria dando a falsa impressão de que o grupo controle era mais resistente a dor à palpação e que um número menor de pontos seria necessário para o diagnóstico. Os autores propuseram a manutenção do critério com 11 pontos positivos.

## **Epidemiologia**

Estudos de bases populacionais norte-americanos estimam a prevalência de fibromialgia entre 3,4% e 4,9% para mulheres e entre 0,5% e 1,6% para homens<sup>6,7,8,9</sup>. No Brasil esse valor encontra-se em 2,5%<sup>10</sup>. Os pacientes com fibromialgia diferenciaram-se dos demais pacientes com outras síndromes dolorosas pela presença de dor mais grave e fadiga<sup>11</sup>. A prevalência da síndrome esteve relacionada ao avanço da idade e com as seguintes características sociodemográficas: sexo feminino, ser divorciado, escolaridade menor que 12 anos, menor renda familiar<sup>6,12</sup>.

É importante ressaltar, no entanto, que a faixa etária predominante para fibromialgia em tais estudos é muito superior à observada na população atendida em clínicas de dor e reumatológicas e descrita na maior parte dos estudos publicados<sup>3,4,13,14</sup>.

Quadro 1 – Descrição da localização dos pontos dolorosos para fibromialgia

- Inserções musculares suboccipitais
- Espaços intertransversos entre C5 e C6
- Ponto médio da superfície do músculo trapézio superior
- Origem medial do músculo supra-espinhal
- Aspecto lateral da superfície superior das segundas articulações costoverbrais
- 2 centímetros distalmente aos epicôndilos laterais dos cotovelos
- Nos quadrantes superiores e laterais das nádegas
- Posterior às proeminências dos trocânteres maiores (inserções dos músculos piriformes)
- Faces mediais dos joelhos, sobre os coxins gordurosos, próximos às interlinhas articulares.

Características clínicas observadas por Wolfe que constituem fatores de risco associados à síndrome de fibromialgia são: depressão (hospitalização, tratamento presente ou atual, história familiar), níveis elevados de somatização e ansiedade, sensação de derrame articular, parestesia, rigidez matinal, alteração do sono, fadiga, cólon irritável, má percepção e satisfação com o estado de saúde<sup>8</sup>.

Várias síndromes funcionais se mostram associadas a fibromialgia desde as suas descrições iniciais: síndrome do cólon irritável, síndrome uretrítica asséptica,

síndrome dismenorréica e cefaléia tensional<sup>3,4,13</sup>. Em comum com a fibromialgia, essas síndromes apresentam pouco substrato anatômico ou orgânico, uma apresentação clínica rica em sintomas de dor ou desconforto que estão associados ao estado emocional e pouca resposta às intervenções terapêuticas puramente farmacológicas, necessitando de intervenções multidisciplinares<sup>15,16,17</sup>.

Apesar de alguns estudos nacionais apresentarem dados muito semelhantes aos norte-americanos no que se refere à prevalência de comorbidades nesse pacientes<sup>13,17,18</sup>, outros dados nacionais mostram evidente discrepância quanto a algumas queixas funcionais e sintomas que são habitualmente associados à fibromialgia noutras casuísticas<sup>14,19</sup>.

## **Fisiopatologia**

As tentativas de explicação do quadro clínico da fibromialgia a partir de modelos unicausais têm sido mal sucedida. O mesmo tem acontecido com as hipóteses embasadas em lesões do aparelho locomotor, sejam musculares ou do tecido conectivo<sup>2</sup>. Achados histológicos de atrofia muscular pareceram explicações interessantes a princípio, mas não se mostraram específicas e parecem estar mais associadas ao sedentarismo.

O modelo fisiopatológico que melhor descreve a fibromialgia parte da observação de que o aparecimento dos sintomas dolorosos ocorre de forma geralmente espontânea, simétrica e num sentido craniocaudal, contrariando uma hipótese de lesões periféricas e sugerindo uma origem nervosa central para a síndrome<sup>20,21</sup>. Substratos funcionais para a hipótese de percepção dolorosa incluem a

elevação da concentração de substância P e os distúrbios metabólicos do metabolismo da serotonina.

A substância P (SP) é um neuromodulador presente em fibras nervosas do tipo C, não-mielinizadas. Quando estimuladas por estímulos nociceptivos, essas fibras liberam SP num grupo específico de neurônios do corno posterior da medula, que passam a responder com potenciais lentos, prolongados e com somação temporal, num fenômeno chamado “windup”. Considerando a participação da SP nas respostas dos neurônios nociceptivos, qualquer distúrbio da sua produção, atividade funcional ou degradação pode resultar numa percepção dolorosa defeituosa<sup>21</sup>. A dosagem elevada de substância P no líquido de pacientes portadoras de fibromialgia, comparadas a controles sem dor foi detectada por Russell<sup>22</sup>, porém esse autor não encontrou correlação entre tal alteração e qualquer outra manifestação clínica dessa síndrome, exceto por uma correlação limítrofe com a contagem de pontos dolorosos.

Por outro lado, as vias descendentes inibitórias de dor, que partem de estruturas do tronco encefálico para os diversos níveis segmentares de medula, também parecem estar envolvidas na fisiopatologia da fibromialgia. Esse conjunto de estruturas é denominado sistema inibidor de dor e os principais neurotransmissores envolvidos no seu funcionamento são a serotonina e noradrenalina ao nível do tronco encefálico e as dinorfinas e encefalinas a nível segmentar medular. O nível basal tônico de atividade desse sistema já foi descrito<sup>20</sup> e parece ser influenciado pelo condicionamento e estado motivacional, contudo, estímulos nociceptivos são decididamente responsáveis por uma elevação do seu funcionamento, o que o classificaria como uma alça de retro-alimentação negativa em relação a sensações dolorosas<sup>20</sup>.

As alterações do metabolismo da serotonina implicam na redução da atividade do sistema inibidor de dor, resultando numa conseqüente elevação da resposta dolorosa frente a estímulos algio gênicos ou mesmo o aparecimento de dor espontânea. Níveis reduzidos de serotonina foram detectados no líquido<sup>22</sup> e soro<sup>23</sup>, assim como os níveis dos seus precursores<sup>24</sup> e receptores plaquetários e séricos<sup>23</sup>. O polimorfismo do gene codificador de receptores para serotonina foi identificado em pacientes com fibromialgia<sup>25</sup> e pode ser mais uma evidência no sentido da alteração da atividade das vias inibidoras de dor nesses pacientes, além de constituir uma explicação para o habitual agrupamento familiar de pacientes portadores de dor crônica, generalizada ou não<sup>26,27,28</sup>.

Desta forma, somam-se evidências de uma atuação não coordenada dos mecanismos de nocicepção e de inibição da dor, resultando numa percepção aumentada da dor. Outro mecanismo que poderia explicar tal distorção sensorial é a alteração global de atenção, na qual uma percepção global do meio ambiente elevada por disfunções localizadas em regiões mais rostrais do encéfalo causariam a perversão de estímulos térmicos, táteis e proprioceptivos em sensações dolorosas<sup>29</sup>. Um distúrbio dessa natureza seria responsável por outros achados habituais entre portadores de fibromialgia como a alteração do sono, transtornos ansiosos e outras síndromes disfuncionais associadas a ativação simpática, onde se incluem a cefaléia tensional, cólon irritável, dor torácica atípica e síndrome dismenorréica.

A possibilidade de que mais de um mecanismo seja responsável pelo aparecimento dos sintomas da fibromialgia<sup>30</sup> ficou mais evidente com o experimento de Sörensen<sup>31</sup>, no qual 18 pacientes foram medicados, por via intravenosa, com soluções de lidocaína, ketamina, morfina e salina. Houve pacientes que responderam

favoravelmente a aplicação do placebo salino, enquanto outros pacientes responderam a uma ou várias das soluções, mas não ao placebo e, por fim, aqueles que não responderam a tratamento algum<sup>32</sup>.

A etiologia da fibromialgia reside sobre os mesmos alicerces tão incertos e multicausais quanto a sua fisiopatologia. Todavia, a importância de fatores sociais, emocionais, familiares, aliados a uma característica de maior resposta aos estímulos dolorosos, baixo nível de condicionamento cardiovascular e performance muscular, vem se tornando mais importante. Assim torna-se mais claro que as explicações monocausais e positivistas devem ceder espaço para modelos multifatoriais, que permitam o entendimento dessa síndrome como a somação de desordens que acabam se manifestando pela associação de variados sintomas.

## **Fibromialgia e Trauma**

A controvérsia presente na literatura a respeito da relação da fibromialgia com eventos traumáticos é grande, sendo fruto de extensos debates no que se refere a causalidade, fisiopatologia e aspectos medicolegais<sup>33,34,35,36</sup>.

Tanto os traumas físicos como os emocionais têm sido relacionados com o aparecimento de dor generalizada em relatos esporádicos da literatura, mas não é raro que pacientes relacionem seus sintomas a situações específicas de estresse emocional ou de sobrecarga do aparelho locomotor, como quando são submetidos a esforços, repetições, posturas inadequadas ou lesão direta aos ossos e partes moles.

Greenfield revisou 127 prontuários de pacientes portadores de fibromialgia e identificou eventos causadores em 23% dos mesmos, como a natureza desses eventos

variou desde acidentes automobilísticos a estresse emocional, tais casos foram chamados de *reativos*<sup>37</sup>.

Waylonis convocou pacientes com histórico de fibromialgia pós-traumática e comparou-os a uma série de portadores da síndrome de forma idiopática. Entre as causas de trauma referidas pelos pacientes encontravam-se acidentes automobilísticos, lesões ocupacionais, cirurgias, esportes e agressões<sup>38</sup>.

Moldofsky estudou 24 pacientes com histórico de lesão por acidente, especialmente na região cervical (lesões por chicoteamento) e percebeu o desenvolvimento de fibromialgia em 23 deles. Sintomas extracervicais foram descritos por Magnusson em pacientes acometidos por esse tipo de trauma cervical<sup>39</sup>.

Um estudo incluindo pacientes portadores de fibromialgia de clínicas de reumatologia e pessoas da comunidade que preenchessem os critérios do ACR e não houvessem procurado atendimento médico nos últimos 10 anos devido a tais dores<sup>40</sup>. O relato de trauma antes da instalação do quadro clínico esteve presente em 47% dos pacientes e em 18% dos não pacientes, sendo que essa diferença obteve significância estatística. O trauma emocional foi identificado como preditor de busca por atendimento médico.

Buskila acompanhou grupos de pacientes com lesão em chicoteamento cervical com outras pessoas com fratura de membro inferior e documentou o aparecimento de fibromialgia em 21,6% do primeiro grupo e 1,7% do segundo<sup>41</sup>. No entanto, nesse estudo, o achado de um número semelhante de pontos dolorosos em membros interiores em ambos grupos, somado ao fato de que a região cervical contém muitos dos pontos necessários para o diagnóstico da fibromialgia, possibilitaram muitas críticas quanto ao diagnóstico apropriado nesses casos<sup>42,43</sup>. A

grande participação de homens, a boa evolução clínica e reduzida parcela de incapacidade laboral descritas por esse autor corroboram a impressão de que pode haver imprecisão diagnóstica nesse estudo<sup>33</sup>. A associação de queixa álgica regional à dor à palpação de pontos gatilho, com reprodução do sintoma descrito pelo paciente, é conhecida como síndrome dolorosa miofascial (SDM)<sup>44,45</sup>. Quando afeta a região cervical, a SDM é responsável não apenas por dor, mas limitação à movimentação cervical, tontura e redução de força em membros superiores. Habitualmente a SDM acomete ambos sexos, com menor participação feminina que na fibromialgia, tem evolução mais favorável, mas também pode tornar-se causa de dor crônica e incapacidade<sup>44,45</sup>.

Recentemente, um estudo comparou portadores de fibromialgia com indivíduos que procuraram o mesmo hospital, porém devido a queixas de natureza não reumatológica, pareados por sexo e idade. Os participantes do estudo foram questionados quanto a ocorrência de trauma no período de 6 meses antes do primeiro sintoma e suas respostas foram checadas em registros médicos. A incidência total de traumas nos pacientes com fibromialgia foi significativamente maior que entre os controles. Observou-se que mais casos de fibromialgia haviam se desenvolvido quando cirurgias e acidentes de trabalho ocorreram antes do início dos sintomas. A diferenciação do tipo de trabalho entre manual ou sedentário não indicou resultados estatisticamente significantes<sup>46</sup>.

O ponto fraco desses estudos é que todos eles se baseiam na memória dos pacientes, a qual não é fonte de informações precisas, pois é influenciada por fatores como humor, contexto, atenção e crenças. Deve-se levar ainda em consideração que, quando há uma causa jurídica envolvida, os pacientes envolvidos tendem a



superestimar seu estado funcional prévio ao trauma e subestimar seu estado atual de forma mais intensa que quando não há essa pendência jurídica<sup>35</sup>. Em geral, os eventos traumáticos estão associados a causas jurídicas, especialmente em situações trabalhistas.

O mecanismo pelo qual o trauma desencadeia a fibromialgia, assim como a própria fisiopatologia dessa síndrome, ainda não foi esclarecido. A fibromialgia parece desenvolver-se a partir de desequilíbrios entre mecanismos fisiológicos normais de percepção da dor e de sua inibição, assim, um estímulo traumático poderia desencadear um processo de sensibilização num organismo predisposto para tal, com alterações da plasticidade neural e conseqüente perpetuação do fenômeno doloroso<sup>30</sup>. Esse modelo teórico não explica, no entanto, algumas questões levantadas a partir da literatura clínica, como: por que o trauma sobre a perna desenvolve fibromialgia com menor freqüência que a lesão em chicoteamento cervical, conforme observado por Buskila<sup>41</sup>, ainda mais quando todos os modelos animais de sensibilização periférica e neuroplasticidade são construídos a partir de lesões em membros, e não no esqueleto axial. Esse modelo também não explica a razão de a fibromialgia só se desenvolver em pessoas que sofreram o chicoteamento cervical quando elas são as vítimas de acidentes automobilísticos, mas não quando são as causadoras desses eventos<sup>47,48</sup>.

O estudo da evolução da fibromialgia desde a lesão inicial, como nos casos traumáticos, permite o estudo de sua história natural, identificando fatores que podem ser alterados para se evitar a generalização e cronificação. Também permite o esclarecimento prognóstico e o desenvolvimento de estratégias terapêuticas que interfiram sobre o desfecho sintomatológico e funcional desses pacientes. Por fim,

estudar a associação entre a fibromialgia e o trauma pode ser útil em causas trabalhistas, civis e junto aos órgãos de seguro e previdência, vindo a determinar a existência ou não de motivos para indenizações<sup>33</sup>.

Há referências na literatura indicando diferenças funcionais entre esses grupos, com maior incapacidade quando o trauma está associado<sup>37,38</sup>. Acreditamos que o pior estado funcional que se documenta possa estar associado a um quadro clínico mais exuberante, tanto em termos de dor, como de outras manifestações não relacionadas ao aparelho locomotor. Desta forma, o presente estudo se justifica pela busca de diferenças clínicas entre pacientes com fibromialgia que associam seus sintomas a eventos traumáticos e pacientes de início idiopático.

## **OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo é a comparação de pacientes com fibromialgia que atribuem seus sintomas a eventos traumáticos a pacientes portadores da mesma síndrome com início idiopático, com relação a aspectos demográficos e clínicos, bem como seu impacto sobre a capacidade laboral.

## **PACIENTES**

Todos os pacientes com dores generalizadas que consecutivamente se apresentarem aos ambulatórios de fibromialgia da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital (DMR) das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro de Reabilitação Umarizal (CRU) no período de Janeiro a Dezembro de 2001 foram recrutados.

Como critério de inclusão foram considerados os critérios classificatórios para a fibromialgia descritos em 1990<sup>4</sup>, ou seja, dor generalizada há pelo menos 3 meses e dor a palpação de ao menos 11 pontos de um total de 18 bem definidos.

Entre os critérios de exclusão constou a recusa na participação no estudo ou a dificuldade de compreensão ou para responder o questionário. Pacientes que apresentassem outras doenças sistêmicas em atividade, reumatológicas, endocrinológicas ou hematológicas, foram excluídos do estudo inicialmente até que tivessem seu quadro clínico estabilizado para posteriormente serem avaliados.

## MÉTODOS

A rotina de avaliação consistiu de um questionário semi-estruturado a respeito de dados demográficos gerais como *sexo, idade, anos de estudo formal, distribuição racial, estado marital e estado laboral*. Quanto a cor, os pacientes foram divididos em *brancos e não-brancos*. O estado conjugal foi classificado pelos termos *solteiro, casado, separado e viúvos*.

Quanto a produtividade econômica, os pacientes foram divididos naqueles em situação produtiva, como *ativos ou autônomos*, e improdutiva, incluindo *afastados ou aposentados* de acordo com sua relação com o sistema previdenciário, ou *desempregados*. Ainda foram classificadas como *do lar*, as mulheres cuja única atividade eram os cuidados domésticos. Os pacientes afastados, aposentados ou desempregados foram questionados a respeito do motivo de não estarem trabalhando, assim foram subclassificados como inativos *devido a dor* ou *outras causas*.

Uma investigação sistemática quanto ao sintoma doloroso foi estabelecida com os seguintes parâmetros: etiologia, duração do sintoma doloroso desde o seu início, localização inicial e tempo desde generalização dos sintomas. A topografia inicial dos sintomas dolorosos foi dividida na *coluna cervical* ou *toracolombar*,

*membro inferior, membro superior, generalizada* ou *outros*. Considerando os casos em que a sintomatologia inicialmente foi regional, investigou-se quanto tempo foi necessário para a *generalização* dos sintomas. Desta forma foram determinadas as *durações desde o início da dor e desde a generalização*. A definição de etiologia dos sintomas foi estabelecida a partir da associação realizada pelo paciente entre o aparecimento dos sintomas e eventos da sua vida, assim, aqueles pacientes que acreditaram que seus sintomas se relacionavam ao *trabalho* foram computados de tal forma, independentemente do estabelecimento de nexos causais pela perícia. Experiências de agressão ou lesão física foram consideradas etiologia *traumática*, sem serem consideradas a extensão das lesões, suas naturezas ou gravidade. Para finalidade de análise neste estudo, o grupo de pacientes com sintomas de origem no trabalho foi somado aos pacientes traumáticos. Quando os pacientes associaram a instalação dos sintomas a eventos claros de natureza psicológica ou de estresse, como discussões, mortes de entes queridos ou privação financeira, foram classificados como etiologia *emocional*. A grande maioria dos pacientes não percebeu fator algum associado a instalação dos sintomas, desta foram classificados como *sem motivos aparentes*. Os pacientes que estabeleceram ligações entre seus sintomas e fatores diversos como infecções foram incluídos na categoria *outros*. O grupo *não-traumático* foi composto pelos pacientes dos grupos *emocional, sem motivos aparentes e outros*.

Os tratamentos usados previamente foram investigados e documentados. O tratamento farmacoterápico foi investigado quanto ao uso de *antiinflamatórios não-hormonais, analgésicos, antidepressivos e fenotiazina*. A realização de terapia física foi investigada quanto ao uso de *meios físicos* ou de *cinesioterapia*. A prática de

*atividades físicas aeróbias* regulares, supervisionadas ou não, bem como o *acompanhamento psicológico e a realização de cirurgia motivados pela dor* foram questionados. A categoria *outros tratamentos* inclui a realização de bloqueios e infiltrações, acupuntura, massagem, corticoterapia ou uso de benzodiazepínicos para a dor.

Complementando a anamnese, foram verificadas as comorbidades *previamente diagnosticadas*, bem como uma relação de 28 *sintomas*. Tais sintomas foram selecionados a partir de questionários semelhantes já publicados<sup>6,8,11,14</sup> e da observação clínica do pesquisador, incluem manifestações de estados clínicos de exacerbação simpática, alterações do sono, sintomas de ansiedade, depressão, e pânico, bem como sintomas associados a síndromes funcionais: cólon irritável, síndrome de dismenorréia, cefaléia crônica tensional, dor torácica atípica, dispnéia suspirosa, dispareunia sem causas orgânicas e síndrome uretrítica. Foram considerados positivos aqueles sintomas que representassem *queixas habituais de saúde* ou que estivessem presentes no *último mês* de forma importante segundo o paciente.

A quantificação do sintoma doloroso foi feita por meio da *escala visual analógica*, na qual uma linha de 10 centímetros é traçada e em suas extremidades são escritas as expressões “sem dor” e “pior dor”, e em seguida solicita-se ao paciente que aponte a região da linha que corresponde a sua intensidade de dor *no momento da entrevista*, o valor da intensidade dolorosa é obtido a partir da medida em centímetros da extremidade “sem dor” até o ponto indicado pelo paciente.

A sensibilidade dos pacientes ao estímulo pressórico foi medida por meio da *dolorimetria de pressão* nos pontos dolorosos descritos para a fibromialgia. Este

método se resume a aplicação de um dinamômetro perpendicularmente à pele com velocidade de 1 kgf/cm<sup>2</sup>/s até que o paciente manifeste dor local, seja por meio de um sinal verbal, manobra de retirada ou proteção, ou ao fazer expressões faciais de dor. Os *pontos* em que o limiar pressórico de desencadeamento de dor foi menor ou igual a 4 kgf/cm<sup>2</sup> foram computados como positivos para o diagnóstico da fibromialgia<sup>4</sup> (Anexo B).

Para fins de *análise estatística*, os pacientes foram divididos em *traumáticos* e *não-traumáticos* a fim de se estabelecer a comparação das demais variáveis estudadas. Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. Para as variáveis qualitativas foi aplicado o teste de Qui-quadrado e/ou Teste Exato de Fisher para verificar a associação entre cada variável e os grupos de estudo. Em seguida, para as variáveis contínuas a homogeneidade das variâncias foi verificada através do teste de Levene e a normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. Foram aplicados testes paramétricos (teste t) para as variáveis que satisfizeram esses dois princípios, caso contrário foram utilizados testes não-paramétricos (teste U de Mann-Whitney). O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a correlação entre as variáveis quantitativas por grupo. O nível de significância foi de 5%. Os pacotes estatísticos utilizados foram STATISTICA 5.0 for Windows e SPSS 10.0 for Windows.



## RESULTADOS

Foram avaliados 135 pacientes portadores de fibromialgia de acordo com os critérios classificatórios propostos pelo Colégio Norte-Americano de Reumatologia validados para a população brasileira. Não houve recusas a participação no estudo, bem como nenhum paciente se encontrava em comprometimento tão grave emocional ou cognitivos que impedisse a participação nas entrevistas e exame físico.

Um grupo que poderia ser classificado como portador de fibromialgia concomitante foi formado por 5 pacientes portadores de artrite reumatóide e 11 portadores de tireoidopatias. Estes pacientes foram incluídos em estudo apenas depois de adequada compensação dos seus quadros de base.

O grupo de etiologia traumática, denominado T, foi constituído por 13 pacientes que relacionaram seus sintomas a eventos claramente traumáticos como acidentes de automóvel, quedas ou agressões, e outros 35 pacientes associaram seus sintomas ao trabalho. Por outro lado, o grupo cuja etiologia foi considerada não traumática, o grupo NT, foi constituído por 61 pessoas cujos sintomas não foram associados a qualquer tipo de evento físico desencadeante e 24 pacientes que perceberam o aparecimento da dor após um evento com solicitação emocional maior.

Dados biodemográficos para a amostra total estão expressos na Tabela 1, onde se observa que a idade média da amostra estudada era de  $46,8 \pm 10,4$  anos, variando de 24 a 69 anos de idade. A grande maioria da amostra era formada por mulheres, 95,6%, e pessoas da cor branca, 56,3%. Não foi avaliado nenhum paciente da cor amarela. Quanto ao estado conjugal, a maior parte dos pacientes eram casados no momento da entrevista, 56,3%, sendo seguidos pelas pessoas solteiras, 21,5%, separadas, 12,6%, e viúvas, 9,6%. Não se observaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos T e NT quanto aos dados biodemográficos.

A Tabela 2 apresenta o período de educação formal dos pacientes estudados, que foi em média de  $8,32 \pm 4,23$  anos, variando de 0 a 16 anos, o que corresponde a pessoas analfabetas até pessoas com nível universitário e pós-graduação. O grupo NT apresentou-se com média de escolaridade significativamente reduzida em relação ao grupo T ( $5,3 \pm 2,9$  x  $8,1 \pm 4,1$ ,  $p < 0,001$ ).

Quanto ao estado produtivo, percebe-se que a proporção de pacientes economicamente produtivas corresponde a 26,7% da amostra total. Entre as condições de improdutividade observadas, a mais habitual foi o afastamento do trabalho com benefícios previdenciários, que correspondeu a 25,2% do total da amostra, em seguida estiveram presentes as aposentadorias e o desemprego, com 12,6 e 8,9% da amostra respectivamente. A participação de mulheres com atribuições exclusivamente relacionadas aos cuidados domésticos somou 25,9% dos casos.

TABELA 1 - Dados Biodemográficos no grupo geral e grupos com relação a etiologia dos sintomas

	Geral n = 135	Traumática n = 48	Não Traumática n = 87	Teste
Idade	46,8 ± 10,4	45,6 ± 8,1	47,5 ± 11,5	p = 0,65
Sexo feminino	129 (95,6)	45 (93,8)	84 (96,6)	p = 0,749
Cor branca	76 (56,3)	27 (56,3)	49 (56,3)	p = 0,863
Estado conjugal				
• Casado	76 (56,3)	23 (47,9)	53 (60,9)	p = 0,196
• Solteiro	29 (21,5)	15 (31,3)	14 (16,1)	
• Separado	17 (12,6)	7 (14,6)	10 (11,5)	
• Viúvo	13 (9,6)	3 ( 6,2)	10 (11,5)	

Na comparação do estado produtivo verificou-se que 71% dos pacientes com etiologia traumática apresentavam-se fora do mercado de trabalho, sendo que o contingente de pessoas afastadas era de 47,9%, os aposentados representavam 14,6% e os desempregados 12,5%. Por outro lado, no grupo NT a fração de pessoas improdutivas constituiu 31%, distribuídos em 12,6% de afastados, 11,5% aposentados e 6,9% desempregados. As mulheres cujas atividades exclusivas eram os cuidados domésticos representavam 10,4% dos pacientes traumáticos e 35,6% dos não traumáticos. A porcentagem de pessoas economicamente ativas no grupo T foi de 14,6%, enquanto no grupo NT foi de 33,3%, contudo neste último houve a participação de autônomos (8%) e no outro grupo foram entrevistadas apenas pessoas

com atividade remunerada devido a vínculo empregatício. As diferenças entre os grupos T e NT em relação ao estado produtivo foram estatisticamente significantes.

TABELA 2 – Duração de estudo formal, estado produtivo e relação da dor com improdutividade no grupo geral e nos grupos com relação a etiologia.

Variáveis	Geral	Traumática	Não Traumática	Teste
	N = 135	N = 48	N = 87	
Anos de estudo	8,3 ± 4,2	8,1 ± 4,1	5,3 ± 2,9	p < 0,001
Ativas	29 (21,5)	7 (14,6)	22 (25,3)	
Autônomas	7 ( 5,2)	-	7 ( 8,0)	p < 0,001
Do lar	35 (25,9)	5 (10,4)	31 (35,6)	
Afastadas	34 (25,2)	23 (47,9)	11 (12,6)	
Aposentadas	17 (12,6)	7 (14,6)	10 (11,5)	
Desempregadas	12 ( 8,9)	6 (12,5)	6 ( 6,9)	
Motivo do Afastamento				
Afastadas				
Devido a dor	31 (88,2)	21 (95,5)	10 (90,9)	p=1,00
Outras causas	4 (17,8)	1 ( 4,5)	1 ( 9,1)	
Aposentadas				
Devido a dor	11 (64,7)	6 (85,7)	5 (55,6)	p=0,308
Outras causas	6 (35,3)	2 ( 4,3)	4 (44,4)	
Desempregadas				
Devido a dor	6 (50)	4 (66,7)	2 (33,3)	p=0,567
Outras Causas	6 (50)	2 (33,3)	4 (66,7)	

Entre os motivos de improdutividade, percebemos que a dor foi responsável por 88,2% dos afastamentos do trabalho e 64,7% das aposentadorias. Cinquenta por cento das pessoas desempregadas alegaram as dores como motivo de não buscarem retorno a atividade produtiva. Não se observaram diferenças significantes com relação à porcentagem de pessoas inativas devido a dor ou por outros motivos entre os grupos T e NT.

Percebemos que a dor se iniciou como generalizada em 7,4% dos casos, sendo inicialmente localizada na coluna em 44,5% dos casos, 6,7% das vezes na coluna cervical e 37,8% das vezes na coluna lombar. A topografia inicial esteve relacionada ao esqueleto apendicular nos casos restantes, sendo nos membros superiores em 23,7% e nos membros inferiores em 21,5% dos casos. O período médio desde o surgimento das dores foi de  $11,9 \pm 10,2$  anos, com a sua generalização ocorrendo em um período médio de  $5,0 \pm 5,8$  anos. A intensidade da dor avaliada pela EVA foi de  $6,7 \pm 1,9$ , enquanto a contagem média de pontos dolorosos foi de  $15,4 \pm 3,1$  e a dolorimetria de pressão média em pontos dolorosos foi de  $2,8 \pm 0,8$  kgf/cm<sup>2</sup>.

Na Tabela 3 podemos observar a quantidade de indivíduos acometidos por cada um dos sintomas relacionados, bem como a prevalência de cada um desses sintomas. Pode-se perceber que os sintomas mais prevalentes foram o sono não reparador, em 84,3% dos pacientes, seguido pela queixa de ansiedade (79,3%) e parestesia (75,4%), enquanto os menos prevalentes foram as crises de pânico (24,4%), alterações do ciclo menstrual (23,2) e disúria (13,3%).

TABELA 3 - Prevalência das queixas não relacionadas ao aparelho locomotor entre pessoas portadoras de fibromialgia (e quantidade absoluta de pessoas acometidas).

Sintoma	N	%	Sintoma	n	%
Sono Não Reparador	113	84,3	Epigastralgia	71	52,6
Fadiga	100	74,1	Empachamento	51	38,1
Sono Leve	98	72,6	Cólicas Intestinais	45	33,3
Insônia Inicial	84	62,2	Disfagia	34	25,2
Sonolência diurna	73	54,9	Hábito intestinal		
Ansiedade	107	79,3	Normal	58	43
Dificuldade de Concentração	95	70,9	Obstipado	41	30,4
Irritabilidade	82	60,7	Variável	31	3,7
Choro não motivado / depressão	76	56,3	Indefinido	5	3,7
Crises de pânico	33	24,4	Disúria	18	13,3
Parestesia	101	75,4	Cólicas Menstruais	35	36,8
Fraqueza	90	66,7	Alteração Ciclo	22	23,2
Cefaléia	85	62,9	Menstrual		
Tontura	71	52,9	Dispareunia	32	38,1
Dor Torácica	63	47,4	Hipersudorese	50	37,1
Palpitações	63	46,7	Dispnéia	34	25,2
Tremores	52	38,5			

A Tabela 4 demonstra diferenças entre os grupos conforme a etiologia dos sintomas quanto ao período desde a generalização das dores, que foi maior no grupo NT ( $5,6 \pm 6,9$  x  $4,1 \pm 2,6$ ,  $p = 0,002$ ). A intensidade da dor foi semelhante em ambos

grupos quando medida pela EVA e pela dolorimetria de pressão, mas não quando aferida pela contagem de pontos dolorosos, que foi maior no grupo T ( $16,1 \pm 2,8$  x  $15,0 \pm 3,2$ ,  $p = 0,047$ ). Não se evidenciaram diferenças estatisticamente significantes quanto a topografia inicial das dores nesses grupos.

TABELA 4 – Características da dor no grupo geral e nos grupos com relação a etiologia

	Geral n = 135	Traumática n = 48	Não Traumática n = 87	Teste
Início (anos)	11,9 ± 10,2	10,1 ± 8,9	12,8 ± 10,8	p = 0,079
Generalização (anos)	5,0 ± 5,8	4,1 ± 2,6	5,6 ± 6,9	p = 0,002
EVA	6,7 ± 1,9	7,0 ± 1,7	6,6 ± 1,9	p = 0,077
Número de pontos	15,4 ± 3,1	16,1 ± 2,8	15,0 ± 3,2	p = 0,047
Dolorimetria (kgf/cm <sup>2</sup> )	2,8 ± 0,8	2,7 ± 0,6	2,9 ± 0,8	p = 0,224
Topografia Inicial	n = 135	n = 48	n = 87	
Membro superior	32 (23,7)	18 (37,5)	14 (16,1)	
Membro Inferior	29 (21,5)	8 (16,7)	21 (24,1)	
Coluna Cervical	9 (6,7)	3 (6,3)	6 (6,9)	p = 0,082
Coluna Lombar	51 (37,8)	17 (35,4)	34 (39,0)	
Generalizada	10 (7,4)	1 (2,1)	9 (10,3)	
Outras	4 (2,9)	1 (2,1)	3 (3,3)	

Entre os tratamentos experimentados pelos pacientes, anteriormente à entrevista inicial deste estudo, verificamos que os antiinflamatórios não-hormonais foram os mais usados, tendo sido empregado por 93,3% dos pacientes. Os recursos farmacológicos mais usados na seqüência foram: antidepressivos tricíclicos e relaxantes musculares, respectivamente com 56,7% e 65,7% de uso. Recursos fisioterápicos como meios físicos e cinesioterapia foram usados por 71,1 e 49,6% dos pacientes respectivamente, enquanto a prática de condicionamento físico supervisionado o foi em 25,9% e a realização de psicoterapia em 25,4% dos casos (Tabela 5).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos T e NT quanto ao uso prévio de recursos terapêuticos.

O número médio de sintomas apresentados pelos pacientes estudados foi de  $15,6 \pm 5,3$ , variando de 1 a 28. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos T e NT com relação a esse valor ( $14,6 \pm 5,9$  x  $13,4 \pm 4,6$ ,  $p = 0,401$ ).

A Tabela 6 expressa a prevalência de queixas relacionada ao sono entre os pacientes com fibromialgia. Verifica-se que a queixa mais habitual foi a de sono não restaurador, que ocorreu em 84,3% dos pacientes, seguida fadiga, 74,1%, sono com muitos despertares, 72,6%, insônia inicial, 62,2% e sonolência diurna, 54,9%. Não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes na prevalência desses sintomas nos grupos T e NT.

A Tabela 7 apresenta as prevalências de sintomas psicoafetivos nos pacientes estudados. Percebemos que nesse grupo a ansiedade foi a queixa mais habitual, presente em 79,3% dos pacientes, seguida por dificuldade de concentração, 70,9%, irritabilidade, 60,7%, episódios habituais de choro não motivado, 56,3% e crises de



pânico, 24,4%. Neste grupo de sintomas, apenas a Dificuldade de Concentração apresentou prevalência estatisticamente distinta entre os grupos comparados, sendo maior no grupo T (83,0% x 65,1%,  $p = 0,048$ ).

TABELA 5 – Porcentagem de uso de recursos terapêuticos no grupo geral e nos grupos com relação a etiologia.

	Geral	Traumática	Não Traumática	Teste
	n = 135	n = 47	n = 88	
AINH	126 (93,3)	44 (91,7)	82 (96,5)	$p = 0,431$
Relaxantes musculares	76 (56,7)	27 (56,3)	49 (57,0)	$p = 0,920$
Antidepressivos	88 (65,7)	32 (66,7)	56 (65,1)	$p = 0,993$
Fenotiazina	18 (13,4)	7 (14,9)	11 (12,6)	$p = 0,921$
Meios físicos	96 (71,1)	39 (81,2)	57 (65,5)	$p = 0,083$
Cinesioterapia	67 (49,6)	27 (56,3)	40 (46,0)	$p = 0,336$
Condicionamento físico	35 (25,9)	14 (29,2)	21 (24,1)	$p = 0,665$
Psicologia	34 (25,4)	13 (27,7)	21 (24,1)	$p = 0,811$
Cirurgia	16 (11,9)	7 (14,9)	9 (10,3)	$p = 0,620$
Outros	73 (54,5)	30 (62,5)	43 (50,0)	$p = 0,225$

Onde: AINH: antiinflamatórios não-hormonais

Entre as queixas gerais agrupadas na Tabela 8, observamos que a mais prevalente foi a de parestesia, presente em 75,4% dos pacientes, seguida por fraqueza, cefaléia e tontura (66,7, 62,9 e 52,9% respectivamente). Apesar de menos freqüentes, os sintomas restantes ainda assim estiveram presentes em freqüência

elevada, como se pode perceber pelo fato de que a queixa menos habitual desse grupo foi dispnéia, verificada em 25,2% dos casos. Estas queixas não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos T e NT.

TABELA 6 – Prevalência de sintomas relacionados ao sono na amostra total e grupos de pacientes de acordo com a etiologia.

Sintoma	Geral n = 135	Traumática n = 48	Não Traumática n = 87	Teste
Sono Não Reparador	113 (84,3)	40 (83,3)	73 (84,9)	p = 0,991
Fadiga	100 (74,1)	38 (79,2)	62 (71,3)	p = 0,425
Sono Leve	98 (72,6)	37 (77,1)	61 (70,1)	p = 0,505
Insônia Inicial	84 (62,2)	34 (70,8)	50 (57,5)	p = 0,178
Sonolência diurna	73 (54,9)	27 (57,4)	46 (53,5)	p = 0,798

Entre os sintomas gastrintestinais a epigastralgia foi a queixa mais comum, presente em 52,6% da amostra, seguida por empachamento, 38,1%, cólicas intestinais, 33,3% e disfagia em 25,2% (Tabela 9). A investigação quanto ao ritmo intestinal desses pacientes mostrou que 45% deles tinham hábito intestinal considerado normal, todavia a obstipação era predominante em 30,4% da amostra. Por outro lado, as fezes de consistência variável, associada a flutuações do estado de humor presente em 22,9%. Não foi possível determinar o hábito intestinal predominante em 3,7% dos pacientes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupo T e NT com relação a prevalência dos sintomas gastrintestinais e padrões de hábito intestinal, exceto pela presença de cólicas

intestinais mais habitualmente entre os pacientes com etiologia traumática (45,8% x 26,4%,  $p = 0,036$ ).

TABELA 7 – Prevalência de queixas psicoafetivas entre pacientes portadores de fibromialgia na amostra total e nos grupos conforme a etiologia dos sintomas

Queixa	Geral n = 135	Traumática n = 48	Não Traumática n = 87	Teste
Ansiedade	107(79,3)	35 (72,9)	72 (82,8)	$p = 0,259$
Dificuldade de Concentração	95 (70,9)	39 (83,0)	56 (65,1)	$p = 0,048$
Irritabilidade	82 (60,7)	29 (60,4)	53 (60,9)	$p = 0,899$
Choro não motivado / depressão	76 (56,3)	26 (54,2)	50 (57,5)	$p = 0,850$
Crises de pânico	33 (24,4)	11 (22,9)	22 (25,3)	$p = 0,922$

A prevalência de disúria não relacionada a episódios de infecção do trato urinário foi de 13,3%, incluindo homens e mulheres (Tabela 10). No grupo feminino, o antecedente de histerectomia era positivo em 16,3% dos casos enquanto a menopausa já havia sido atingida em 40,3% das mulheres avaliadas. As duas condições eram preenchidas por 14,6% das mulheres. A porcentagem de mulheres submetidas a histerectomia nos grupos T e NT foi, respectivamente, de 15,6% e 16,7%, enquanto que a fração de mulheres que já haviam atingido a menopausa nesses grupos foi de 28,9% e 46,4%, respectivamente.

TABELA 8 – Prevalência de sintomas gerais em pacientes portadores de fibromialgia na amostra total e nos grupos conforme a etiologia dos sintomas.

Sintoma	Geral n = 135	Traumática n = 48	Não Traumática n = 87	Teste
Parestesia	101 (75,4)	39 (83,0)	62 (71,3)	p = 0,196
Fraqueza	90 (66,7)	33 (68,8)	57 (65,5)	p = 0,849
Cefaléia	85 (62,9)	32 (66,7)	53 (60,9)	p = 0,634
Tontura	71 (52,9)	26 (54,2)	45 (52,3)	p = 0,981
Dor Torácica	63 (47,4)	26 (55,3)	37 (43,0)	p = 0,240
Palpitações	63 (46,7)	24 (50,0)	39 (44,8)	p = 0,692
Tremores	52 (38,5)	22 (46,8)	30 (34,5)	p = 0,226
Hipersudorese	50 (37,1)	18 (37,5)	32 (37,2)	p = 0,878
Dispneia	34 (25,2)	20 (41,7)	31 (35,6)	p = 0,612

Feitas as exclusões das mulheres com as condições acima, as cólicas menstruais estiveram presentes em 36,8% das pacientes e as alterações do ciclo menstrual foram relatadas em 23,2% das entrevistadas. Nas pacientes com quadros de etiologia traumática as cólicas menstruais foram relatadas em 48,4% dos casos e as alterações do ciclo menstrual em 32,3%, enquanto nas pacientes com sintomas de etiologia não traumática, essas prevalências foram de 45,5% e 27,3%, respectivamente, sem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos.

TABELA 9 – Prevalência de queixas gastrintestinais em pacientes portadores de fibromialgia na amostra total e grupos conforme a etiologia dos sintomas.

Queixa	Geral n = 135	Traumática n = 48	Não Traumática n = 87	Teste
Epigastralgia	71 (52,6)	25 (52,1)	46 (52,9)	p = 0,927
Empachamento	51 (38,1)	19 (39,6)	32 (37,2)	p = 0,932
Cólicas Intestinais	45 (33,3)	22 (45,8)	23 (26,4)	p = 0,036
Disfagia	34 (25,2)	15 (31,3)	19 (21,8)	p = 0,318
Hábito intestinal				
Normal	58 (43)	22 (45,8)	36 (41,4)	p = 0,755
Obstipado	41 (30,4)	11 (22,9)	30 (34,5)	
Variável	31 (22,9)	13 (27,1)	18 (20,7)	
Indefinido	5 ( 3,7)	2 ( 4,2)	3 ( 3,4)	

TABELA 10 - Prevalência de queixas genitourinárias em pacientes portadores de fibromialgia na amostra total e grupos conforme a etiologia dos sintomas.

Queixa	Geral	Traumática	Não Traumáticas	Teste
Disúria	18 (13,3)	4 ( 8,3)	14 (16,1)	p = 0,315
Cólicas Menstruais*	35 (36,8)	15 (48,4)	20 (45,5)	p = 0,987
Alt Ciclo Menstrual*	22 (23,2)	10 (32,3)	12 (27,3)	p = 0,834
Vida Sexual Ativa	85 (67,7)	33 (73,3)	52 (61,9)	p = 0,267
Dispareunia	32 (38,1)	13 (39,4)	19 (36,5)	p = 0,972

Onde: \* pacientes não-histerectomizadas e não menopausadas.

No tocante à atividade sexual 67,7% das pacientes apresentava vida sexual ativa, contudo entre essas mulheres a queixa de dispareunia era presente em 38,1% das vezes. No grupo T a prevalência de dispareunia foi de 39,4% enquanto no grupo NT foi de 36,5%, sem diferença estatisticamente significativa. Entre as mulheres sem vida sexual ativa o período médio sem tal atividade foi de  $7,35 \pm 6,39$  anos, variando de 1 a 25 anos.

TABELA 11 – Prevalência de doenças diagnosticadas anteriormente a primeira entrevista do estudo em pacientes portadores de fibromialgia na amostra total e nos grupos conforme a etiologia dos sintomas.

Variável	Geral n = 135	Traumática n = 48	Não Traumática n = 87	Teste
HAS	39 (29,3)	14 (30,4)	25 (28,7)	p = 0,996
Tireóide	11 (8,2)	2 (4,3)	9 (10,3)	p = 0,370
Dislipidemia	8 (5,9)	2 (4,2)	6 (6,9)	p = 0,793
DM	3 (2,2)	0	3 (3,4)	p = 0,489

No momento da entrevista inicial foram identificados 39 (29,3%) pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, outras doenças previamente diagnosticadas foram as tireoidopatias em 8,2% da amostra, dislipidemias em 5,9% e diabetes mellitus em 2,2%. A prevalência dessas moléstias não foi estatisticamente distinta entre os grupos T e NT.

TABELA 12 – Correlações entre as variáveis quantitativas na amostra total de pacientes portadoras de fibromialgia.

Correlação	Geral
EVA x Início	- 0,192*
EVA x pontos	0,263*
EVA x dolorimetria	- 0,305 <sup>§</sup>
Sintomas x pontos	0,192*
Sintomas x dolorimetria	- 0,303 <sup>§</sup>

\*  $p < 0,05$ ; <sup>§</sup>  $p < 0,001$

A análise das variáveis quantitativas permitiu verificar correlações estatisticamente significantes entre a intensidade de dor avaliada pela EVA com o tempo desde o início dos sintomas localizados e com a dolorimetria de pressão de forma positiva, porém com a contagem de pontos dolorosos de forma negativa. O número total de sintomas se mostrou correlacionado de forma significativa e positiva com o número de pontos dolorosos e de forma negativa com a dolorimetria de pressão (Tabela 12).

## **DISCUSSÃO**

### **Dados demográficos**

Um dos poucos trabalhos semelhantes a este presente na literatura foi publicado por Waylonis em 1994<sup>38</sup>. Nessa publicação, pacientes com fibromialgia de etiologia traumática foram comparados a controles assintomáticos e outros pacientes com fibromialgia sem relação com trauma. Apesar da conclusão do autor ser de que os sintomas da fibromialgia traumática eram bastante semelhantes aos da fibromialgia espontânea, a observação atenta de seus resultados mostra diferenças estatisticamente significantes quanto a fadigabilidade muscular, parestesia, dor ciática, torácica, pélvica e função sexual, bem como distúrbios do sono, fadiga matinal, sensação de inchaço, e taquicardia, sendo todos estes sintomas mais prevalentes nos pacientes portadores de fibromialgia traumática. Os antecedentes familiares de fadiga crônica e reumatismo eram também mais frequentes nos casos de etiologia traumática. Tal autor não faz menção a cólicas intestinais ou problemas de concentração como em nosso estudo, mas é importante ressaltar que vários dos seus achados não se reproduziram em nossa amostra<sup>38</sup>.



A proporção de casos de etiologia traumática que encontramos foi de 35,5%, o que é um valor intermediário aos 23%<sup>37</sup> a 40%<sup>48</sup> já detectados. Quanto a natureza do trauma, 77,9% dos casos que foram classificados como traumáticos tiveram seus sintomas desencadeados por atividades relacionadas ao trabalho, onde fatores relacionados a postura, esforço, repetitividade e organização das tarefas foram apontados como responsáveis pelos sintomas. Nem sempre esses casos tiveram sua descrição inicial feita de forma clara, em particular com relação ao momento da sua instalação, porém sua localização foi delimitada de forma mais precisa. O estabelecimento de nexos causais conforme a legislação trabalhista não foi estabelecido em todos os casos ocupacionais. Neste ponto observamos diferenças substanciais em relação a Waylonis e por Turk, visto que a proporção de casos relacionados ao trabalho foi de 12,5% e 31,1%, respectivamente, em suas casuísticas<sup>38,49</sup>.

Por outro lado, formas diferentes de trauma foram responsáveis por 27,1% dos casos em nossa amostra, enquanto que noutros estudos essa proporção variou de 80,4% e 44,3% respectivamente<sup>38,49</sup>. Em nosso estudo nenhum caso relacionado a procedimento cirúrgico prévio, porém essa modalidade de trauma apresenta participação importante nas casuísticas desses autores, representando 7,1% a 24,6% das causas traumáticas<sup>38,49</sup>. Uma casuística israelense verificou que a incidência acumulada de incidentes traumáticos entre pacientes portadores de fibromialgia incluía a morte de um parente ou amigo próximo (35% do total de eventos traumáticos), acidentes automobilísticos (30,7%), presenciamento de alguém sendo gravemente lesado (9,2%), acidente de trabalho (11,3%) ou combate militar (25,6%)

entre outros. Nota-se novamente a diferença com a realidade brasileira, onde, por exemplo, não se presenciavam combates militares<sup>50</sup>.

A participação reduzida de acidentes automobilísticos como etiologia traumática em nosso meio pode dever-se ao menor poder aquisitivo da nossa população, o que limita o acesso a tal tipo de meio de transporte e, conseqüentemente, reduz a probabilidade de ocorrerem acidentes relacionados a automóveis. Por ter pequena representatividade como evento desencadeante de dor, as causas ocupacionais passam a ocupar uma parcela maior entre as causas traumáticas. É importante observar que a ausência de casos relacionados a procedimentos cirúrgicos em nossa casuística também favorece o aumento percentual da participação da etiologia laboral.

O direcionamento dos pacientes para os grupos T ou NT baseou-se no julgamento dos próprios indivíduos a respeito da relação do início dos sintomas com o evento causador, seja um acidente típico ou condições de trabalho. Essa metodologia para a identificação de eventos traumáticos como precursores dos sintomas também tem suporte da proposta elaborada pelo Grupo de Consenso de Fibromialgia de Vancouver, em 1996<sup>51</sup>, segundo a qual o médico avaliador deve levar em conta a opinião do paciente e rever a história, eventos colaterais e antecedentes médicos e psicossociais na tentativa de relacionar um evento causal ao quadro doloroso. Essa rotina de investigação deve sempre considerar a relação cronológica entre os eventos e o surgimento da dor, mas um viés de lembrança pode ocorrer.

Considerar a impressão do paciente como determinante no estabelecimento de relação causal com fator etiológico foi a metodologia também usada por Aaron<sup>40</sup>

num estudo sobre a importância do trauma físico e emocional sobre os níveis de incapacidade desses pacientes. De acordo com esse autor e Greenfield<sup>37</sup>, a percepção subjetiva de uma situação como estressante está associada a níveis elevados de utilização do sistema de saúde. Em particular, o trauma físico pode levar a maior utilização de recursos terciários de saúde, pois na América do Norte esses pacientes recebem compensações financeiras de seus planos de seguro nessa situação. No Brasil, os eventos relacionados ao trabalho garantem ao trabalhador estabilidade no emprego ou a concessão de benefícios durante o período de afastamento, garantindo uma renda mínima, o que também pode ser relacionado a maior facilidade de atendimento pelo sistema de saúde, seja devido a disponibilidade de recursos para transporte e medicamentos, ou em virtude do atendimento pelo sistema de saúde complementar, representados pela iniciativa privada e auto-gestões. Nesses casos o contato continuado com o sistema de saúde é forçoso, uma vez que sem tal atendimento o paciente não recebe os relatórios necessários para a manutenção do benefício. Assim, espera-se que quanto mais o paciente entre em contato com tal sistema de atendimento, maior número de diagnósticos lhes seja imposto, visto que a cada nova consulta novos sintomas podem ser valorizados, especialmente se mudarem os profissionais a serem consultados e suas especialidades. Portanto, como os pacientes com fibromialgia traumática teriam mais motivos para procurar o sistema de saúde, mais diagnósticos lhes seriam atribuídos e, portanto, seus quadros clínicos seriam mais exuberantes. Noutras palavras, pacientes com etiologia traumática apresentariam prevalências mais elevadas de sintomas não-relacionados ao aparelho locomotor ou outras doenças.

Os grupos estudados apresentaram boa similaridade quanto aos critérios idade, distribuição por sexo, cor e estado civil (Tabela 1).

Em nossa amostra, a porcentagem de mulheres separadas foi de 12,6%, mais que o dobro esperado para mulheres do Estado de São Paulo, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>52</sup>, uma relação muito parecida aparece no grupo de viúvas, que é quase o dobro na amostra estudada (Tabela 13). O componente de mulheres casadas no estudo foi bastante próximo à porcentagem verificada no Estado, porém as mulheres solteiras tiveram sua porcentagem de participação reduzida pela metade no grupo com fibromialgia. Nossos resultados são, portanto, concordantes com a indicação de que a estar divorciado é fator de risco para fibromialgia<sup>8</sup>. Como foi mostrado anteriormente, em nossos resultados, não houve diferença nesses parâmetros entre os grupos traumático e não traumático.

TABELA 13 - Dados de distribuição por cor, estado civil da amostra estudada e no Estado de São Paulo segundo o IBGE.

		Riberto 2004 (%)	Censo 2000 (%)
Estado civil	Casado	56,3	41,2
	Solteiro	21,5	48,9
	Separado	12,6	4,9
	Viúvo	9,6	5,5

## Queixas clínicas

### Dor

O nível médio de intensidade dolorosa em nossos avaliados pela EVA pacientes foi de  $6,7 \pm 1,9$ , ou seja, em valores muito próximos ao descritos na literatura, onde variam de  $6,51 \pm 2,19$ <sup>10</sup> a  $6,7 \pm 0,6$ <sup>40</sup>, o mesmo pode ser dito quanto à dolorimetria de pressão, cujo valor encontrado foi de  $2,8 \pm 0,8$  kgf/cm<sup>2</sup>, que situando-se entre os valores de  $2,0 \pm 0,3$  kgf/cm<sup>2</sup><sup>40</sup> a  $3,3$  kgf/cm<sup>2</sup><sup>53</sup>. Novamente, não foi percebida diferença estatisticamente significativa entre os grupos T e NT, o que reforça sua semelhança clínica.

Houve correlação negativa entre a dor avaliada pela EVA e a dolorimetria de pressão, bem como correlação positiva entre EVA e a contagem de pontos dolorosos (Tabela 12). Em ambos casos as correlações foram estatisticamente significantes, porém de pequena monta, em concordância com dados de outros autores que correlacionaram essas medidas em pacientes com fibromialgia<sup>54</sup>. Esse dado reforça a impressão de outros autores que verificaram a boa reprodutibilidade da contagem de pontos dolorosos e sua correlação positiva com a dolorimetria de pressão e EVA<sup>55,56,57,58</sup>, contudo a confiabilidade da contagem de pontos dolorosos para o preenchimento do critério classificatório da fibromialgia exige mãos habilidosas<sup>59</sup>, caso contrário corre o risco de ter pouca reprodutibilidade.

A única diferença entre os grupos com relação a indicadores de intensidade do sintoma doloroso foi observada no quesito contagem de pontos dolorosos, onde os pacientes com início da dor relacionado ao trauma tinham um número maior de

pontos dolorosos positivos (Tabela 5). McBeth correlacionou a contagem alta de pontos dolorosos com baixos níveis de auto-cuidados, fadiga mais intensa, padrões de comportamento frente a doença com utilização do sistema de saúde, antecedentes mais freqüentes de abuso durante a infância ou perda dos pais, de forma independente do nível de dor<sup>60</sup>.

Nossa experiência clínica nos levou a valorização da duração dos períodos de dor localizada e generalizada, visto que em vários casos a história progressiva da fibromialgia incluía a dor regional, que se cronificou e, apenas posteriormente, veio a se generalizar. Haveria diferença entre os casos traumáticos e não traumáticos quanto a evolução desde a dor regional até a generalização? Esse tipo de conhecimento permite um melhor entendimento da história natural desta síndrome dolorosa, possibilitando, dessa forma o planejamento de estratégias preventivas. Em média o período desde a instalação da dor regional foi de 11,9 anos, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos, Por outro lado, a generalização da dor ocorreu em média há  $4,1 \pm 2,6$  anos nos pacientes de etiologia traumática e em  $5,6 \pm 6,9$  anos naqueles cujos sintomas tiveram início idiopático, sendo tal diferença estatisticamente significativa. Esses resultados indicam uma diferença na evolução da fibromialgia, sendo mais rápida a generalização das queixas quando a etiologia foi não traumática. Não encontramos citações na literatura diferenciando períodos de dor localizada e de dor generalizada, portanto não podemos comparar tal resultado, mas a permitimo-nos a elaboração de hipóteses explicativas para o fenômeno observado para futura exploração comprobatória. Seriam os pacientes de causa idiopática menos inibidos a apresentar suas queixas generalizadas, uma vez que não precisariam limitar a dor à região atingida pelo trauma? Ou seja, as pessoas que desenvolvem dor

generalizada posteriormente a um trauma ocular iam sintomas não relacionados ao trauma devido a dificuldade de obterem aceitação de suas queixas a distância. A partir de estudos de base comunitária, MacFarlane verificou que 19% dos pacientes com dor regional evoluem para dor crônica generalizada num período de 6 meses, nesses casos, houve associação entre a cronificação da queixa dolorosa com o número de pontos dolorosos e outros sintomas físicos e psicológicos não descritos<sup>61</sup>. Outros fatores que foram identificados como capazes de predizer o desenvolvimento de fibromialgia em pessoas portadoras de dor regional foram dor de duração maior que 6 meses, dor lombar, alternância do ritmo intestinal, sensação subjetiva de depressão e a presença de mais que 4 sintomas associados (piora após atividade física, alteração da dor com o clima, ou estado emocional, dor noturna, insônia, sono não restaurados, cansaço, fadiga matinal, ansiedade, dispepsia, alternância do ritmo intestinal, parestesia, sensação de inchaço articular)<sup>62</sup>.

Uma investigação cuidadosa a respeito do momento em que os sintomas dolorosos foram inicialmente percebidos pelos pacientes apontou para o fato de que até 45,9% dos mesmos apresentavam tais queixas desde a adolescência ou mesmo antes dessa fase da vida. Yunus afirma que 28% dos casos de fibromialgia têm início antes de 15 anos de idade e 12% entre 16 e 25 anos de idade<sup>3</sup>. Pöyhia relata que pacientes portadores de fibromialgia têm recordações de experiências dolorosas, síndrome de cólon irritável, enxaqueca e traumas físicos ou emocionais desde a infância com maior frequência que pacientes com outras moléstias reumatológicas ou controles assintomáticos<sup>63</sup>. Acreditamos que esse dado reforça a hipótese fisiopatológica mais aceita atualmente, embasada num distúrbio constitucional na modulação da dor, que pode ser agravado com a passar da idade, como nos casos

idiopáticos, ou rapidamente exacerbado frente a um estímulo traumático, físico ou emocional.

Enquanto no grupo NT esse antecedente de dor desde a adolescência esteve presente em 54% dos casos, no grupo T, esse dado foi positivo em 31,9% dos casos e tal diferença obteve significância estatística. A diferença quanto a prevalência de dor desde a adolescência sugere ainda: 1) um viés de lembrança, no qual pacientes que atribuem seus sintomas a eventos específicos (traumáticos), esquecem ou subestimam experiências dolorosas prévias, 2) pacientes com fibromialgia após trauma podem representar um subgrupo de pessoas com melhor controle da dor, contudo, uma vez que tal tipo de problema surge, acabam tornando-se mais incapacitadas. Ao aceitar as hipóteses acima, na qual dois grupos de pacientes são descritos: um com sintomas “adquiridos” e outro com sintomas “constitucionais”, pode resultar em diferentes abordagens terapêuticas, mais específicas e, portanto, com melhor possibilidade de interferência no prognóstico.

Em nossa investigação as queixas dolorosas regionais iniciais foram descritas em membros superiores 23,7% dos casos, nos membros inferiores em 21,5%, na coluna em 44,5% e em outras localizações em 2,9%. É importante destacar que em 7,4% dos pacientes avaliados a queixa teve características generalizadas desde o início. A localização inicial do sintoma doloroso naqueles pacientes com dor regional que progrediu para generalizada tem recebido tão pouca atenção quanto o período até a generalização das queixas, conforme mencionado acima, assim não encontramos parâmetros de comparação algum desse resultado. Buskila descreve a evolução de fibromialgia em 21,6% pacientes sujeitos a lesões cervicais, em comparação a 1,7% dos pacientes vitimados por fratura de membro inferior<sup>41</sup>. Acreditamos ser



importante chamar a atenção para participação da dor no esqueleto axial no início do quadro, visto que esse é uma das bases do critério “dor generalizada” dos para classificação da fibromialgia<sup>4</sup>. Quase metade da amostra descrita apresentou o sintoma doloroso inicial localizado na região lombar ou cervical o que mais uma vez nos alerta quanto a necessidade de direcionar atenção especial aos pacientes com dores crônicas nesses locais, pois podem ser candidatos para o desenvolvimento de fibromialgia, se de fato já não o forem, bastando para o diagnóstico adequado apenas a avaliação por um médico mais atento para essa síndrome. Forseth atribui a dor em região lombar um risco relativo de 2,5 vezes para o desenvolvimento de fibromialgia<sup>62</sup>. Não são raras as recomendações da literatura de que a fibromialgia seja investigada em pacientes em pacientes portadores de lombalgia<sup>64</sup>.

Pelo fato de nos termos embasado apenas na informação dada pelos pacientes a respeito das características iniciais da dor, e não em nenhum tipo de documentação de prontuário médico, receitas e atestados ou algum outro tipo de fonte confirmatória, como relatos de outras pessoas ou documentos de valor previdenciário ou securitário, há uma possibilidade de erro, uma vez que a informação obtida apenas dos registros de memória é influenciada por fatores variados de ordem psicológica ou ambiental. Contudo, trata-se de um resultado interessante deste estudo, visto que descreve a história natural da dor nesses pacientes, com sua distribuição topográfica inicial e o período de evolução para generalização. Pode ser útil futuramente na elaboração de programas preventivos à dor crônica generalizada em populações de risco.

## **Sintomas não relacionados ao aparelho locomotor**

### **Sono e fadiga**

As alterações do sono são habituais na fibromialgia, apesar de não serem específicas e terem baixa acurácia diagnóstica para serem consideradas como critério classificatório<sup>4</sup>. Em nosso protocolo de avaliação foi dada especial atenção ao detalhamento de alguns aspectos do sono como a dificuldade para o seu início e para a sua manutenção, o grau de cansaço matinal, a fadiga decorrente da sua privação e a sonolência diurna esperada nos casos de etiologia orgânica. Todas essas queixas foram altamente prevalentes conforme observado noutros estudos<sup>2,11,65</sup>, com dimensões variando de 55%<sup>65</sup> a 82%<sup>19</sup>. A restrição de sono pode induzir o aparecimento de quadro clínico semelhante a fibromialgia em pessoas assintomáticas<sup>67</sup>, e por isso vem sendo relacionada à fisiopatologia dessa síndrome<sup>68,69</sup>. As alterações polissonográficas de pacientes de fibromialgia não são específicas da dor crônica, podendo ocorrer também em quadros psiquiátricos e clínicos<sup>70</sup>.

O sono de má qualidade foi correlacionado a redução da habilidade para realização de tarefas complexas no período diurno<sup>71</sup>, podendo ser responsável pelos sintomas como fadiga, alterações de memória, concentração e sintomas psicoafetivos.

A fadiga tem sido descrita como o causa importante de incapacitante na fibromialgia<sup>72,73</sup> e está presente em 88%<sup>19,15</sup> a 46%<sup>38</sup> dos pacientes com fibromialgia. Apesar de ser muito comum entre os pacientes portadores de fibromialgia, no Brasil

sua acurácia diagnóstica é de 74%<sup>5</sup>, não sendo aceito como critério classificatório. A fadiga é mais prevalente em pacientes com fibromialgia e antecedentes traumáticos<sup>38</sup>, e há autores que descrevem-na como mais intensa nesse grupo de pacientes<sup>37,49</sup>. Nossos achados apresentam-na em 74,1% dos pacientes da amostra como um todo, sem diferença de prevalência desse sintoma nos dois grupos comparados. Como não foi feita avaliação quantitativa desse sintoma, não pudemos identificar diferenças entre os grupos.

### **Sintomas psicoafetivos**

Sintomas psicoafetivos foram muito prevalentes na amostra estudada, oscilando entre 79,3%, para a queixa de ansiedade, e 24,4% para crises de pânico. Na Tabela 14 há uma comparação de nossos achados com outro estudo na que se ateuve aos mesmos sintomas, na qual percebemos prevalências muito menores de todas as modalidades de desconfortos psicológicos, talvez devido ao fato de termos no concentrado apenas aos sintomas e não aos diagnósticos das moléstias, como no caso da depressão, ansiedade e pânico. Na população geral, a prevalência de fibromialgia está associada a níveis mais elevados de depressão, ansiedade ou outros sintomas psicoafetivos<sup>8,74</sup>.

Entre esses sintomas, apenas a “dificuldade de concentração” apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo mais comum nos pacientes de etiologia traumática (Tabela 7). Waylonis, no entanto não encontrou diferença quanto a “dificuldade de concentração” entre pacientes traumáticos e não

traumáticos, bem como não percebeu diferença quanto ao sintoma “nervosismo”<sup>38</sup>. Por outro lado, o estudo de Turk, mostrou que entre os pacientes com histórico traumático a prevalência de diagnósticos de transtornos depressivos era de 70%, enquanto entre não traumáticos esse valor correspondia a 55%, porém não foi mostrada comparação estatística<sup>49</sup>.

Tabela 14 - Prevalência de queixas psicoafetivas em pacientes portadores de fibromialgia

	Riberto 2004 (%)	White 2002 (%)
Ansiedade	79,3	31,5
Dificuldade de concentração	70,9	
Irritabilidade	60,7	46,6
Depressão	56,3	31,5
Crises de pânico	24,4	15,1

Entre pacientes portadores de fibromialgia, a ansiedade e a depressão estão associadas entre si<sup>75</sup>, as quais são relacionadas por 45% dos pacientes com fibromialgia como o motivo de impedimento ao retorno ao trabalho<sup>76</sup>. A depressão foi associada a maior contagem de pontos dolorosos em pacientes portadores de fibromialgia<sup>60</sup> e a achados EMNG<sup>19</sup>. Entre portadores de fibromialgia há associação da depressão com a incapacidade laboral e qualidade de vida, porém não há estudo que compare o valor dessa correlação nesses pacientes com aquele observado na população geral ou outros grupos controle<sup>75</sup>.

Saber se a fibromialgia é causa ou consequência do desconforto psicológico e emocional permanece como questão não resolvida e ainda é fonte habitual de debate<sup>36,77</sup>. No entanto, vários estudos citam eventos traumáticos e o histórico de abuso na infância – físico, emocional ou sexual - de forma mais freqüente em pacientes com fibromialgia do que entre portadores de outras síndromes dolorosas crônicas<sup>63,78</sup>.

Turk classificou pacientes portadores de fibromialgia em três perfis de acordo com seu comportamento ao responder o Inventário multidimensional de dor (MPI). Os perfis foram denominados: “disfuncional”, composto por pacientes com maior intensidade dolorosa, estresse emocional e limitação funcional; “estresse relacional”, onde predominavam a falta de suporte e as respostas punitivas de outras pessoas; e “enfrentadores adaptáveis” caracterizado por pessoas com menos dor e estresse afetivo, além de melhor controle sobre suas vidas<sup>79</sup>. Os pacientes com histórico traumático estiveram mais associados aos dois primeiros grupos, onde o estresse psicológico é maior; por outro lado os pacientes idiopáticos estiveram agrupados no grupo de enfrentadores adaptáveis, nos qual a funcionalidade do paciente é boa apesar da presença de sintomas crônicos. Segundo esse autor, a experiência de lesão traumática pode também mudar a forma como uma pessoa percebe a si mesma. Desta forma, o rótulo de “lesado” pode facilitar a crença de que se deve evitar o agravamento dos sintomas ou lesões sucessivas, causando a redução de atividades físicas. Essa crença pode ter o efeito negativo de agravar o descondicionamento físico, além de estimular respostas inadequadas, de temor e esquiva, frente a atividades que podem causar desconforto. Forma-se, então, um ciclo vicioso que resulta na perpetuação da incapacidade e dos sintomas psicológicos<sup>80</sup>.

Cohen verificou a prevalência de síndrome de estresse pós-traumático (SEPT) entre pacientes portadores de fibromialgia, e diagnosticou tal distúrbio em 57% da sua amostra. A comparação entre os grupos com e sem SEPT mostrou diferenças significantes quanto a percepção de redução da capacidade física e porcentagem de pessoas empregadas - ambas menores no grupo que apresentava SEPT. O uso de instrumentos de avaliação psicométrica quantitativa permitiu verificar níveis muito mais elevados de hipervigilância, reexperiência, esquiva, ansiedade e depressão entre os portadores de SEPT, além de estabelecer uma associação entre a fibromialgia e a SEPT<sup>50</sup>. A sobreposição entre essas duas síndromes é grande, visto que em ambas há sintomas depressivos e ansiosos habitualmente, o estresse e percepção de agentes estressantes são aumentados, existe desregulação do sistema nervoso autônomo, o comportamento de enfrentamento da doença é inadequado, os antidepressivos tricíclicos podem ser benéficos e a distribuição epidemiológica, com predomínio em mulheres de meia-idade, sobrepõe uma a outra. Mecanismos fisiopatológicos comuns podem estar envolvidos ou podem ser extremos do mesmo distúrbio intrínseco<sup>50</sup>.

A presença de fatores socioculturais favoráveis permitiria a transformação da “dor emocional” em dor física, especialmente se esta última for mais aceitável. Assim as queixas somáticas dos pacientes portadores de fibromialgia podem dever-se em parte a mecanismos adaptativos de esquiva moldados por fatores pós-traumáticos<sup>50</sup>.

Discutir os aspectos psicológicos relacionados a fibromialgia não é o objetivo final deste texto, contudo parece-nos indicado o aprofundamento em certas questões como a somatização, pois o tema é motivo de discussão freqüente em esferas de interesse clínico e pericial. Resumidamente, a somatização pode ser encarada como

um idioma culturalmente sancionado de estresse psicológico<sup>81</sup>, portanto, a comunicação pode ser produzida ou motivada de forma consciente ou inconsciente. Alguns aspectos que parecem envolvidos com a somatização serão relacionados uma vez que podem estar relacionados ao grau de incapacidade dos pacientes portadores de fibromialgia, especialmente em situações traumáticas.

O recurso de comunicação ou enfrentamento por meio da somatização pode ser a única alternativa quando as habilidades verbais, sofisticação psicológica ou nível educacional são limitados. Assim, algumas formas de ganho podem ser identificadas com esse novo idioma: por um lado a pessoa pode usar os sintomas corporais com solução para um conflito intrapsíquico, como a expressão de raiva – caracterizando um ganho primário – em contrapartida, o mesmo sintoma pode desencadear a solidariedade de outras pessoas ou desobrigá-la de suas atribuições profissionais – constituindo-se no ganho secundário. Assim esse dialeto funciona como um recurso para que uma pessoa socialmente isolada encontre suporte e atenção pelo seu meio social e serviço de saúde. Isso ocorre particularmente quando a estigmatização pode ser evitada com a reinterpretação dos sintomas emocionais através de sintomas somáticos. O papel de doente justifica a não aquisição de performances desejadas nos aspectos social, ocupacional ou mesmo sexual e pode ser usada como uma forma de evitar tais relacionamentos, o que é interpretado por alguns como uma forma de exercer poder sobre outros e manipular relacionamentos interpessoais. Os profissionais de saúde têm participação ativa na maioria das vezes no reforço desse comportamento, visto que avaliações diagnósticas extensas não são raras nesses pacientes, o que pode culminar na amplificação da atenção sobre sensações corpóreas normais, transformando-as em ameaças nocivas à integridade<sup>82</sup>.

Por fim, a experiência traumática parece estar relacionada a somatização, pois pessoas submetidas a lesão corpórea ou abuso sexual, particularmente na infância, podem ter maior tendência a sintomas de difícil explicação<sup>83</sup>. No entanto, é preciso estar alerta para o fato de que lembranças de eventos passados podem ser influenciadas por fatos da vida atual como conhecimento, crenças, expectativas e sentimentos, provocando o que se convencionou chamar viés de lembrança ou de memória<sup>36</sup>.

### **Queixas geniturinárias**

Entre as queixas ginecológicas estudadas, a disúria esteve presente em 13,3% da amostra, um dado bastante próximo ao valor descrito por Wallace (12%)<sup>83</sup> e um razoavelmente menor que aquele observado por Helfenstein (25%)<sup>13</sup>. Preferimos o termo disúria simplesmente, sem a menção à síndrome uretrítica feminina, pois em nossas entrevistas apenas questionamos quanto à presença da dor durante a micção fora do contexto de infecção urinária, sem considerar sua localização precisa, o que poderia incluir, também, quadros de cistite intersticial.

A estimativa da prevalência de cólicas menstruais (36,8%) e alterações do ciclo menstrual (23,2%) exigiu que se restringisse o universo amostral apenas às mulheres com ciclos menstruais no momento, excluindo-se aquelas que já haviam chegado a menopausa (40,3%), realizado histerectomia (16,3) e, logicamente, aquelas que tivessem passado por ambos processos (14,6%). Apesar de parecer óbvio, esse cuidado na adequação do denominador desse cálculo não é mencionado em estudo algum. Nossos valores referentes a dismenorréia aproximam-se daqueles



de outros autores, variando entre 40% e 50%<sup>13,63,84</sup>. Não encontramos base de comparação no que se refere a prevalência de alterações do ciclo menstrual nessas pacientes. As cirurgias ginecológicas entre portadoras de fibromialgia ocorreram em 55,6 % das mulheres acompanhadas em 6 centros de reumatologia durante 6 anos nos EUA<sup>85</sup>.

A atividade sexual de mulheres com fibromialgia foi motivo de atração da atenção de pesquisadores nacionais e estrangeiros. Martinez documenta que apesar de 82% de suas pacientes mostrarem sexualmente satisfeitas, o grau de satisfação havia se reduzido em 35,9% das mesmas, com redução da atividade sexual em 70,5%. A dor foi apontada como motivo primário para a redução da satisfação em 52,9% dessas mulheres, mas não houve especificação quanto ao tipo e localização da dor<sup>65</sup>, pois era de se esperar que em se tratando de casos de fibromialgia, estaríamos nos reportando a dificuldades de posicionamento durante o ato sexual, redução de força ou resistência muscular, desta forma a dor estaria relacionado ao aparelho locomotor. Todavia, entendemos que a pesquisa específica de dispareunia entre essa população é importante, pois em nosso estudo chegamos a uma prevalência de 38,1%, sendo um motivo bastante justificável de redução do prazer sexual. Entre as causas habitualmente listadas para a dispareunia encontram-se as infecções uterinas, distúrbios cervicais, alterações anatômicas do trato genital, mas gostaríamos de chamar atenção para o fato de que o assoalho pélvico é formado por musculatura estriada e a sua manipulação pelo ato sexual pode ser tão dolorosa quanto a atividade física realizada em outros segmentos do aparelho locomotor, justificando a prevalência tão elevada dessa queixa entre portadoras de fibromialgia. Noutras casuísticas a prevalência de dispareunia variou entre 10 e 24%<sup>84,86</sup>.

Outros motivos alegados para a redução da satisfação sexual naquela amostra foram preocupações com a saúde (58,8%), ansiedade (47,5%) e depressão (29,4%)<sup>65</sup>. Waylonis aponta para maior disfunção sexual e maior prevalência de dor pélvica entre pacientes de etiologia não traumática<sup>38</sup>, contudo não chegamos ao mesmo achado. A carência de estudos nacionais quanto à prevalência desses sintomas ginecológicos na população geral brasileira nos impede de traçar um paralelo, atestando a magnitude da diferença dos mesmos entre pacientes portadoras de fibromialgia.

### **Queixas gastrintestinais**

A síndrome do cólon irritável (SCI) é definida com base em sintomas que aparentemente se originam no trato intestinal baixo, porém caracteristicamente o complexo sintomatológico na SCI é heterogêneo e, habitualmente, há associação com dispepsia funcional. A SCI foi associada a fibromialgia desde as primeiras séries de pacientes descritas<sup>3</sup>, mas outras manifestações extraintestinais também podem ser relacionadas como a depressão e alterações do sono<sup>87</sup>. Tal dado foi reiteradamente encontrado por vários autores e sua prevalência variou entre 34 e 40%<sup>3,63,84</sup>, havendo casuísticas nacionais com valores ainda mais elevados de 64%<sup>13</sup>. Investigações específicas a respeito da associação dessas duas síndromes apontam para uma prevalência de 70% de SCI entre portadores de fibromialgia, por outro lado, cerca de 65% dos portadores de SCI teriam fibromialgia, chegando tais autores a propor mecanismos fisiopatológicos comuns entre ambas<sup>16,87</sup>. Todavia, em virtude das variadas definições da SCI encontradas na literatura, investigações a respeito da sua

prevalência devem ser observadas com muito cuidado. Assim, alguns estudos chegam a valores extremos, como 0% de SCI observado por Prescott<sup>15</sup> ou 4% de alterações intestinais observado por Provenza<sup>19</sup>. Da mesma forma, Palm verificou que apenas 3,5% da sua amostra de portadores de SCI apresentava fibromialgia, num valor muito próximo àquele observado na população geral, contradizendo a possibilidade de associação entre essas síndromes<sup>88</sup>.

A apresentação clínica da SCI na fibromialgia parece ser um tanto diferente daquela tradicionalmente descrita, particularmente no que se refere a hipersensibilidade retal, que não costuma ser documentada nestes pacientes<sup>89</sup>. Em virtude da dificuldade em encontrar definições de SCI que permitissem a comparação de nossos dados aos da literatura, preferimos a investigação dos sintomas que a compõem (Tabela 8). Encontramos a queixa de epigastralgia em 52,6% da amostra, um valor semelhante aos 51% verificados por Wolfe<sup>85</sup>. Um valor tão alto de epigastralgia pode estar relacionado à quantidade elevada de medicamentos usada por tais pacientes, o que será mais bem discutido adiante. As cólicas abdominais estiveram presentes em 33,3% da amostra total de pacientes, o que representa valores mais altos que os observados por White (14,3%)<sup>11</sup> e Leavitt (28%)<sup>86</sup>. Constituíram-se no único sintoma, afora a queixa de alteração de concentração, que se mostrou significativamente mais prevalente entre os pacientes do grupo T, apesar de esse achado não ter correspondência com os de Waylonis, segundo quem os dois grupos foram estatisticamente semelhantes quanto a queixas abdominais<sup>38</sup>.

A Tabela 9 traz a informação a respeito do hábito intestinal predominante da amostra estudada. Conforme esperado, o padrão mais habitual foi o normal, presente em 43% dos pacientes. No entanto, em virtude de tantos estudos correlacionarem a

fibromialgia com SCI, esperávamos encontrar uma predominância do padrão de diarreias associadas a alterações do estado emocional, o que de fato não pôde ser constatado. Os pacientes com predominância de obstipação formaram o segundo grupo mais freqüente (41%), sobrepondo aquele que esperávamos ser o mais comum. Algumas hipóteses para justificar esses resultados seriam: 1 - o uso de antidepressivos tricíclicos, que têm forte poder obstipante e foram utilizados para o tratamento da fibromialgia por 65,7% de nossos pacientes (Tabela 5); 2 – a reduzida prática de atividades físicas e a tendência ao sedentarismo, comuns na fibromialgia em virtude da fadiga e dores musculares que se agravam com a atividade motora; 3 – o padrão alimentar, com predominância do uso de farináceos, gorduras e carboidratos, que favorecem a obstipação. Ainda assim, devemos ressaltar que a presença de 31% da amostra com padrão de alteração do hábito intestinal frente ao estresse emocional é um fator relevante, apesar de não termos comparação com a população geral.

### **Queixas gerais**

A queixa de parestesia em membros superiores esteve presente em 75,4% da nossa amostra, num valor bastante próximo aos 78 a 86% observados em outras casuísticas nacionais<sup>13,19</sup>, contudo em valores mais elevados que os 35% observados por Wallace. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados de acordo com a relação com trauma, repetindo os achados de Waylonis<sup>38</sup>. A queixa de parestesia nas extremidades distais de membros superiores costuma ser associada ao diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, mas também pode

relacionar-se a outras entidades clínicas como as polineuropatias, radiculopatias, plexopatias, lesões do nervo mediano em outras localizações e afecções músculo-esqueléticas, como a dor miofascial, portanto, seu diagnóstico adequado exige uma investigação semiológica mais ampla e exame físico cuidadoso. O diagnóstico requer, na maioria das vezes a realização de estudo eletroneuromiográfico, que pode ser negativo em até 35,3% dos pacientes com parestesia em mãos. A prevalência de síndrome do túnel do carpo na população geral é de 6%<sup>90</sup>, sem considerarmos a faixa etária. Outros estudos estimaram que a prevalência dessa mesma síndrome em portadores de fibromialgia alcance cifras da ordem de 16%<sup>91</sup>, em valores muito próximos ao da população geral, o que vai contra a proposta de associação dessas duas síndromes<sup>92</sup>.

Cefaléia esteve presente em 62,9% da nossa amostra, o que se enquadra nos valores observados pela literatura, que variam de 32,3%<sup>11</sup> a 88%<sup>15</sup>, todavia há autores que chegam a prevalência de cefaléia de até 100% entre mulheres portadoras de fibromialgia, contudo nesses casos as dores generalizadas foram desencadeadas por trauma na região cervical, assim não é estranho que uma cefálica esteja associada com tanta frequência<sup>41</sup>, visto que o compartilhamento de estruturas músculo-esqueléticas é amplo no pescoço e cabeça. Da mesma forma que Waylonis<sup>38</sup>, não encontramos diferença da prevalência de cefaléia entre os grupos de etiologia traumática e idiopática. Okifuji<sup>93</sup> verificou que 40% dos pacientes portadores de cefaléia crônica têm o diagnóstico associado de fibromialgia ao investigar a sensibilidade dos pontos dolorosos de fibromialgia sugeridos pelo ACR<sup>4</sup>.

O único autor que executou investigação de sintomas gerais tão vasta quanto a nossa foi White<sup>11</sup>, num estudo de base comunitária no Canadá. Segundo seus

resultados, 20% dos portadores de fibromialgia naquele país apresentam palpitações e 17% têm dor torácica atípica, enquanto em nosso estudo tais valores são 46,7% e 47,4%, respectivamente. A dor torácica atípica foi descrita por Pellegrino como uma forma de apresentação inicial da fibromialgia, sendo sugerido que esse diagnóstico diferencial seja incluído na avaliação desses pacientes a fim de evitar investigações custosas ao paciente e ao sistema de saúde<sup>94</sup>.

O número médio de queixas clínicas apresentado por nossos pacientes foi de  $15,6 \pm 5,3$  e não houve diferença entre os grupos traumático e não-traumático. Esse dado não é comparável com outros da literatura em virtude de nosso protocolo de avaliação ter sido elaborado a partir de questionários de diversas outras publicações<sup>11,15,85</sup>. Contudo desde as primeiras casuísticas descritas de fibromialgia já se percebem prevalências elevadas de sintomas não relacionados ao aparelho locomotor como cansaço, ansiedade, distúrbios do sono, cefaléia e parestesia, quando comparados a controles sem dor<sup>3</sup> ou com controles com dor crônica localizada<sup>11</sup>.

A partir das descrições acima, percebemos que nossa amostra se mostrou rica em sua expressão clínica, com sintomas de natureza diversa que se referiram aos sistemas gastrintestinal, geniturinário, cardiovascular, respiratório e sistema nervoso, num padrão semelhante àquele observado noutras casuísticas<sup>11,17</sup>. Todavia, a comparação dos grupos T e NT não trouxe muitas diferenças quanto a prevalência desses sintomas, ao contrário do que se esperava.

## Comorbidades

Escolhemos algumas doenças para pesquisa sistemática em virtude da sua importância na determinação de outras comorbidades. Dessa forma, documentamos doenças da tireóide em 8,25% da amostra, o que é um valor alto, considerando a prevalência de 4,4% entre mulheres norte-americanas assintomáticas e idosas<sup>95</sup>. O único estudo brasileiro que estima a prevalência das afecções da tiróide baseou-se em dados de 300 autópsias, quando 6,6% dos casos apresentaram tumores dessa glândula<sup>95</sup>. O diagnóstico de diabetes mellitus fora previamente estabelecido em 2,2% da nossa amostra, num valor pouco inferior àquele descrito para a população brasileira de 12,7%<sup>96</sup>.

Quanto a hipertensão arterial sistêmica, identificamos 29,3% da nossa amostra com esse diagnóstico (Tabela 11). É um valor mais alto que o da população geral, que se situa em 24,9%, somando-se os casos com controle medicamentoso e aqueles sem controle<sup>97</sup>.

Todavia, as dislipidemias foram diagnosticadas em 5,9% de nossa amostra, o que é um valor muito baixo se comparado às estimativas desses distúrbios na população brasileira, que chegam a 24,2%<sup>98</sup>. Tal discrepância entre o valor encontrado de prevalência de dislipidemia e aquele da população geral nos leva a crer que a investigação prévia dessas pacientes não abordou esse tema adequadamente.

## Tratamento

Uma explicação para a ausência de diferenças mais expressivas entre os dois grupos comparados poderia ser o fato de que algum dos grupos fosse tratado de forma mais intensiva ou apropriada que o outro. Esperávamos que o grupo T tivesse uma abordagem terapêutica mais intensiva, visto que o fator desencadeador dos sintomas era mais evidente, bem como a sua instalação, sendo mais abrupta, resultaria em maior cuidados com a alteração do estado de saúde que nas situações não traumáticas, quando a instalação insidiosa poderia ser tolerada mais facilmente pelo indivíduo. Além disso, como boa parte dos eventos traumáticos desencadeadores dos sintomas ocorreram em situações de trabalho, a possibilidade de recursos terapêuticos mais sofisticados se apresenta, uma vez que há indenização pelo afastamento, e porque os pacientes nessas condições estão vinculados a uma forma de sustento, o que sugere um melhor nível de vida, ou pelo menos melhores chances de obterem tratamento mais adequado.

Todavia, nossos dados não apresentam diferença alguma em termos de uso prévio dos recursos terapêuticos por qualquer dos grupos. Isso vai contra o que Turk observou entre seus pacientes de etiologia traumática, que haviam usado TENS, cinesioterapia, opióides e bloqueios nervosos com maior frequência<sup>49</sup>. Waylonis acompanhou pacientes portadores de fibromialgia por 10 anos e percebeu que o uso de tricíclicos se tornou mais freqüente ao final do período de observação. Isso pode relacionar-se à disseminação do conhecimento no meio médico dos efeitos dos antidepressivos tricíclicos na estimulação das vias inibidoras da dor, especialmente durante a década de 1980<sup>38</sup>. Em sua casuística, 39% dos pacientes estavam sob uso



de tais medicamentos ao final do período de acompanhamento, enquanto em nossa amostra essa cifra foi de 76,5%. Por outro lado, esse autor percebe uma redução no uso de AINH e toda variedade de terapias físicas.

Entre as drogas usadas predominantemente para o controle da fibromialgia encontram-se os antidepressivos tricíclicos, usados por 57,3% nos EUA, seguidos pelos ansiolíticos (42,2%), ciclobenzaprina (25,9%) e inibidores de recaptção da serotonina (10,7%)<sup>85</sup>. Em nosso estudo os antidepressivos foram usados por 65,7% da amostra, contudo não nos ativemos a diferenciação de tricíclicos e inibidores de recaptção de serotonina. Os relaxantes musculares foram usados por 56,7% de nossos pacientes, mas aí estão incluídas drogas como a tizanidina e carisoprodol, além da ciclobenzaprina.

O uso do sistema de saúde e de recursos terapêuticos por pacientes portadores de fibromialgia é elevado conforme mostrou Wolfe<sup>85</sup>. Nesse estudo, foram acompanhados 538 pacientes por um período de 6 anos e documentadas as formas de utilização do sistema de saúde e medidas terapêuticas empregadas. As consultas a profissionais de saúde chegaram à cifra de 488 a cada 100 pacientes por 6 meses. O que é próximo às 6,1 consultas médicas por ano encontrada por Martinez<sup>65</sup>. A comparação de pacientes com fibromialgia e outras amostras com diagnósticos diferentes mostra que os primeiros utilizam em média mais recursos terapêuticos que qualquer outro grupo de doentes<sup>99</sup>. Aaron constatou que seus pacientes vitimados por trauma de natureza emocional procuravam atendimento médico com frequência maior que os demais, com trauma físico ou quadros idiopáticos<sup>40</sup>.

A literatura a respeito do controle da fibromialgia por meio de medicamentos não é otimista. Poucas abordagens têm se mostrado efetivas, e mesmo assim apenas

sobre uma fração limitada desses pacientes ou de forma incompleta. Os pacientes portadores de dor crônica são muito difíceis de conduzir e muitas vezes os médicos acabam optando por uma intervenção terapêutica nem tanto porque esta é sabidamente melhor e efetiva, mas sim porque se encontram frente a um paciente desesperado e sentem a necessidade de fazer alguma coisa por eles<sup>82</sup>.

Kouyanou encontrou dentre seus pacientes portadores de dor crônica, 47% já haviam sido submetidos a pelo menos 5 tipos diferente de tratamento completamente inócuos. Na sua casuística, o tratamento exagerado não esteve ligado apenas ao grupo com antecedentes psiquiátricos ou história de depressão<sup>82</sup>.

A utilização exagerada do sistema de saúde ficou documentada pelos estudos citados acima. Não houve registro sistemático do número de exames realizados pelos nossos pacientes, mas a partir da experiência clínica dos autores, podemos afirmar que não é raro que pacientes portadores de fibromialgia apresentem-se na sua consulta inicial com uma grande coleção de investigações laboratoriais realizadas previamente. Entre os pacientes estudados por Wolfe e col. os números de exames laboratoriais, radiografias e ressonância nucleares magnéticas foram, respectivamente, 112,9, 43,2 e 5,4 por 100 pacientes a cada 6 meses<sup>85</sup>. Ao lidar com um paciente portador de dor crônica, ocorre ao médico, geralmente, que nenhuma causa orgânica possa passar sem ser diagnosticada. Inevitavelmente centraliza-se a atenção em aspectos somáticos como causas dos sintomas e, como consequência, investigações diagnósticas laboratoriais ou imagenológicas extensas acabam sendo solicitadas. Ao repetir uma investigação, o paciente vai receber a mensagem de que seu médico ainda acredita, e busca, uma causa orgânica para seu problema. Isso pode acrescentar incerteza ao seu diagnóstico, somando mais ansiedade para o paciente<sup>82</sup>.

## **Incapacidade**

Frente a uma sintomatologia tão extensa, cabe saber qual a evolução esperada para o quadro clínico dos pacientes portadores de fibromialgia. Estudos de acompanhamento de amostras chegam a dados concordantes de que a dor se mantém inalterada entre tais pacientes a despeito da variada gama de alternativas terapêuticas utilizadas<sup>100,101</sup>. O mesmo acontece com outras dimensões da sua qualidade de vida como desconforto mental, ansiedade, depressão, fadiga ou alterações do sono<sup>100,102</sup>, no entanto percebe-se uma tendência a piora da incapacidade funcional, bem como redução da insatisfação com a saúde<sup>100</sup>, talvez devido ao fato de que os pacientes tenham se tornado mais bem orientados a respeito de sua moléstia e ter seus sintomas reconhecidos como reais. Também não se percebe melhor retorno ao trabalho entre esses pacientes<sup>103</sup>.

Martinez documenta a incapacidade laboral atribuída a fibromialgia ao mostrar que 50% da sua casuística parou de trabalhar, sendo 5% devido a demissão, enquanto 20% trocou de atividade e 30% reduziu sua carga horária. Entre seus pacientes, 40% estavam afastados sob benefício previdenciário e 15% a aposentados. Como consequência, houve redução da renda em 65% dessas famílias. O trabalho foi responsabilizado como fator desencadeante da dor em 55% dos casos, enquanto apenas 40% desses pacientes diziam-se satisfeitos profissionalmente<sup>65</sup>. Tais informações são concordantes com os resultados de Assefi, que percebeu que entre pacientes com essa síndrome apresentam como consequência a perda material em 12% a 21% dos casos, redução do padrão de vida em 76% e redução do salário em 32%<sup>104</sup>.

De forma similar, Greenfield aponta para a perda de emprego em 70% dos pacientes com quadros de fibromialgia reativa, sendo que 34% desse grupo

encontrava-se sob benefício securitário devido a incapacidade e 45% percebera redução da atividade física. Essas diferenças em relação ao grupo de pacientes idiopáticos obtiveram significância estatística<sup>37</sup>. A incapacidade laboral provocada pela fibromialgia pode se manifestar pela alteração da ocupação, que foi documentada em 31% dos trabalhadores avaliados por Assefi e esteve exemplificada pelas atividades com menor demanda de habilidade em 38%<sup>104</sup>.

A Tabela 15 soma os subgrupos de pacientes empregados e autônomos na categoria ativos, enquanto os demais grupos de atividade laboral, ou seja, afastados, aposentados, desempregados e do lar são reunidos sob a classificação de inativos a fim de poder comparar nossos achados com aqueles do Estado de São Paulo relativos a produção econômica<sup>105</sup>. Essa comparação permite evidenciar até que ponto a fibromialgia interfere na capacidade produtiva, certamente causando reflexos sobre a vida dos pacientes, conforme mencionado em trabalhos já citados.

TABELA 15 Dados de distribuição por cor, estado civil da amostra estudada e no Estado de São Paulo segundo o IBGE

		Riberto 2004 (%)		IBGE (%)
Economicamente	Empregados	21,5	26,7	48
Ativos	Autônomos	5,2		
Economicamente	Afastados	25,7	73,3	52
Inativos	Aposentados	12,6		
	Desempregados	8,9		
	Do lar	25,9		

Enquanto em nossa amostra a parcela correspondente a pessoas economicamente inativas representou 73,3% do total de pacientes, os dados do IBGE indicam que apenas 52% das mulheres do Estado de São Paulo se enquadram nesse perfil ocupacional. A comparação de nossos dados com os de Martinez apontam para discrepância no que se refere a porcentagem de donas de casa, que em sua amostra correspondeu a 56,8% dos casos, contra 25,9% em nosso estudo. A mesma diferença ocorre quanto a aposentados e afastados do trabalho, já que esse autor aponta que esses grupos representam 11,4% e 6,8%, respectivamente, de sua amostra, enquanto para nós esses grupos corresponderam a 25,7% e 12,6%. Todavia a somatória de inativos vista por ele se assemelha ao nosso valor, ou seja, 75%, indicando a redução da produtividade de dimensões semelhantes àquela por nós observada<sup>65</sup>.

A Tabela 2 expõe a participação percentual de cada um dos subgrupos relacionados ao estado produtivo nos grupos T e NT. Percebe-se claramente uma capacidade produtiva maior entre os pacientes que não relacionam seus sintomas a uma etiologia traumática, dessa forma, a somatória de ativos e autônomos nesse grupo é de 33,3%, enquanto no outro grupo é 14,6%, ou seja, menos da metade. É importante observar também que a participação de autônomos no grupo T é nula, em contraposição aos 8% presentes no grupo NT. Apesar de termos usado uma definição de autônomos mais frouxa neste estudo, incluindo as pessoas com atividades consideradas informais, como vendedores ambulantes, podemos supor que entre as pessoas com fibromialgia de início relacionado ao trauma a predisposição para o trabalho ficou comprometida, impedindo não só a manutenção das suas ocupações relacionadas ao vínculo formal, mas até mesmo as iniciativas com menor comprometimento de produtividade ou cobrança por superiores hierárquicos, como no mercado informal.

Por outro lado, o componente de pessoas afastadas do trabalho, seja temporariamente ou definitivamente foi alto, repetindo os níveis percebidos em outras casuísticas nacionais e estrangeiras. Pacientes que não estavam trabalhando representaram 46,7% da amostra, incluindo desempregados e excluindo donas de casa.

Entre os nossos pacientes, a dor foi apontada como principal motivo de afastamento do trabalho por 88% dos afastados e 64,7% dos aposentados, mantendo tal comportamento nos dois grupos T e NT. Entre as causas apontadas por White para justificar o não retorno ao trabalho entre seus pacientes encontram-se: a dor em 87% dos pacientes, fadiga em 80%, fraqueza em 73%, alterações de memória e concentração em 51%, cefaléia em 48% e ansiedade e depressão, ambas presentes em 45%<sup>11</sup>. Outros fatores não relacionados à clínica da fibromialgia também são enumerados como razões que impedem o retorno ao trabalho por esses pacientes: benefícios securitários em 15,9% dos pacientes e a dificuldade para encontrar emprego em 11,4%<sup>73</sup>. Considerando a possibilidade de que a redução da disponibilidade de empregos seja um fator importante, poderemos adicionar o desemprego sistêmico como um fator de contexto para o afastamento do trabalho entre esses pacientes, porém não específica para a fibromialgia. Henriksson isolou o cansaço durante o dia, os déficits de concentração e os sintomas gastrintestinais como fatores de risco para a continuidade de afastamento do trabalho<sup>73</sup>.

Aaron evidencia, por sua vez, que apesar de apresentarem níveis semelhantes de intensidade do sintoma doloroso, os pacientes com antecedente traumático têm maior fadiga, especialmente aqueles com trauma emocionais<sup>40</sup>.

Fatores inerentes ao modo de funcionamento do indivíduo, ou melhor, a forma como a pessoa enfrenta as adversidades também podem ser importantes na determinação da incapacidade. Turk associou os pacientes com fibromialgia de etiologia traumática com perfis disfuncionais e de má interação interpessoal, nos quais os níveis de dor são mais elevados, há maior estresse emocional, menor controle sobre diversos aspectos da vida, menor rede de suporte e há estratégias de enfrentamento dos sintomas menos adequadas e as relações pessoais são caracterizadas por percepção negativa do outro. Em seu estudo não houve diferença quanto ao exame físico entre os pacientes de etiologia traumática ou não traumática, mas o grau de incapacidade também foi maior entre os pacientes traumáticos<sup>49</sup>. Tanto a ansiedade quanto a depressão foram relacionadas a maiores níveis de incapacidade<sup>75</sup>.

A maior parte dos nossos pacientes que apontaram etiologias traumáticas como responsáveis pelo início dos seus sintomas citaram especificamente o trabalho como fonte de dor (72,9%). Não fizemos a caracterização dos tipos de trabalho realizados por estes pacientes, mas Wallace afirma que as atividades repetitivas podem não ser toleradas pelos pacientes portadores de fibromialgia<sup>84</sup>. No Brasil, a fibromialgia foi incluída entre os diagnósticos diferenciais para os distúrbios musculares relacionados ao trabalho desde que Helfenstein mostrou que 70% desses pacientes têm de fato fibromialgia<sup>13</sup>. No entanto seu trabalho poderia ser contestado pelo fato de a maior parte dos pacientes serem crônicos e terem sido recrutados de um centro de referência em saúde do trabalhador, podendo constituir uma amostra tendenciosa, já que num serviço dessa natureza deveriam ser atendidos os casos mais crônicos e resistentes ao tratamento. Gallinaro comparou trabalhadores portadores de

distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e afastados do trabalho com uma amostra pareada por sexo, idade, tempo de serviço e tipo de tarefa de trabalhadores da mesma fábrica que estivessem trabalhando na ativa, o diagnóstico de fibromialgia foi estabelecido em 58,8% dos afastados do trabalho e em 10,4% daqueles economicamente ativos<sup>106</sup>.

O estabelecimento do grau de incapacidade de pacientes portadores de fibromialgia é um item de muita controvérsia, pois a construção do conceito da síndrome embasa-se na queixa de dor generalizada, que é subjetiva, e na contagem de pontos dolorosos, que pode ser sujeita a fraude sem dificuldade<sup>107</sup>. Dessa forma, a estruturação de entrevistas para identificar exageros por partes de pessoas que solicitam benefícios securitários ou previdenciário foi objeto de estudo<sup>108</sup> uma vez que por meio de técnicas de avaliação cognitiva foi detectado exagero nas respostas oferecidas por pacientes portadores de fibromialgia<sup>109</sup>.

Os critérios do ACR para fibromialgia foram desenvolvidos como forma de classificar pacientes e incluí-los em estudos científicos, permitindo uma base de comparação. Tais critérios não foram desenhados para diagnóstico de indivíduos separadamente, e ainda menos para avaliar a gravidade da síndrome e, conseqüentemente, a incapacidade. Conforme afirmado por Wolfe, os pontos dolorosos da fibromialgia não dizem nada para o examinador a respeito da gravidade da moléstia<sup>110,111,112</sup>. A determinação da incapacidade não depende, portanto, do diagnóstico puro e simples de fibromialgia, pois pessoas portadoras dessa síndrome foram identificadas em meio a população geral<sup>113</sup> ou em meio a trabalhadores ativos<sup>106</sup>.



A determinação do nível de limitação funcional decorrente da dor pode ser aferido por meio de técnicas menos sujeitas a simulação como a dolorimetria de pressão<sup>108</sup> ou testes funcionais, mas estes últimos não foram padronizados a fim de ter suas capacidades psicométricas determinadas e seu uso garantido com segurança.

Definir a incapacidade no momento atual está mais no olho do investigador do que no discurso ou exame físico do indivíduo sob avaliação<sup>111</sup>. Como embasamento para essa afirmação, podemos usar os dados de Aaron. Segundo esse autor, pacientes portadores de fibromialgia obtiveram benefícios securitários ou previdenciários mais rapidamente e com menos pedidos se o quadro de dor crônica generalizada tivesse um antecedente de trauma físico, apesar de os pacientes com trauma emocional serem os que apresentaram maior fadiga e incapacidade física pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ)<sup>40</sup>. Nesse caso fica evidente que a existência de um trauma físico pareceu, aos olhos do perito, justificativa suficiente para a o desenvolvimento da incapacidade.

Fora do contexto pericial, a discordância entre a opinião do médico e a do paciente a respeito da gravidade de diversas dimensões da qualidade de vida é habitual, e Dobkin comprovou que a impressão do médico é em geral pior do que a do paciente, especialmente para limitação funcional, problemas pessoais e nível global de satisfação<sup>114</sup>.

A necessidade inconsciente de manutenção de um quadro exacerbado enquanto durassem as investigações e consultas periciais ou mesmo até o estabelecimento de um veredicto seria uma explicação para a maior incapacidade dos pacientes traumáticos, especialmente quando estivessem envolvidas causas civis, pois há registro de que a existência de uma ação legal tem impacto negativo sobre a

percepção de dor pela EVA, capacidade funcional avaliado pela FIQ, estresse, desamparo e capacidade de controle da dor<sup>115</sup>. Assim, seria de se esperar que a resolução parcial ou total do quadro ocorresse após o encerramento do julgamento. Isso não foi observado entre os pacientes traumáticos de Waylonis, que mantiveram os sintomas de fibromialgia mesmo após o encerramento do julgamento, independentemente do veredicto obtido<sup>38</sup>. Greenough também não registrou melhora clínica frente a resolução dos pedidos de indenização securitária<sup>116</sup>.

A persistência do quadro de incapacidade pode decorrer, ainda, de fatores relacionados ao trabalho, como a falta de modificações estruturais e organizacionais, perda de autonomia, satisfação com o trabalho, percepção de falta de condições ou dificuldade com o trabalho e carga física muito grande<sup>117</sup>.

Em resumo, nossa amostra total de pacientes comportou-se conforme esperado pelos dados da literatura, mantendo boa comparabilidade em termos biodemográficos e clínicos. As diferenças quanto a escolaridade e situação produtivas podem ser explicadas por condições próprias nacionais.

A comparação entre os grupos traumático e não traumático mostrou grande semelhança entre ambos, seja em termos biodemográficos, duração, intensidade e localização da dor, ou em relação a prevalência de sintomas não relacionados ao aparelho locomotor.

Todavia a parcela de indivíduos economicamente inativos foi estatisticamente maior entre os pacientes com antecedentes traumáticos. Sendo a grande maioria deles afastados do trabalho sob benefício previdenciário ou aposentados.

Questiona-se, então, a razão de grupos tão semelhantes de pacientes portadores da mesma síndrome de dor crônica generalizada apresentarem níveis

funcionais razoavelmente diferentes. Poderia-se interrogar se as manifestações clínicas teriam sido mal avaliadas e nesse caso o instrumento usado para comparar os grupos em termos clínicos não refletiria a sua gravidade. De fato, neste estudo apenas verificamos as prevalências de sintomas, pois entendemos que quantificá-los seria desgastante para o paciente e para o examinador. A suposição de que quanto mais sintomas um paciente apresentar, pior o seu estado funcional nos parece lógica, afinal o número de sintomas apresentou correlação estatisticamente significativa, porém de pequena dimensão, com o número de pontos dolorosos e com a dolorimetria de pressão (Tabela 12). Não descarta a possibilidade de que alguns pacientes tenham muitos sintomas, porém todos eles com pequena intensidade e, portanto, com pequena repercussão funcional.

Poderia-se questionar se a dor foi mal avaliada, mas acreditamos no contrário, uma vez que optamos por realizar uma avaliação da dor que se incluiu a intensidade da dor no momento da consulta por meio da EVA, dolorimetria de pressão e contagem de pontos dolorosos. Esses instrumentos de avaliação apresentaram correlação estatisticamente significativa entre si, porém de pequena dimensão, indicando algum grau de concordância (Tabela 12). Como mencionado acima, esses instrumentos têm validade e reprodutibilidade já demonstradas, porém isso se aplica perfeitamente ao ambiente de pesquisa clínica, onde a dimensão do ganho secundário com o exagero das respostas é limitada. Todavia, frente a um exame pericial tais recursos de avaliação da dor são muito sujeitos a manipulação, intencional ou não, dos valores assinalados. Como não nos enquadrávamos no contexto pericial, os instrumentos nos pareceram adequados para avaliar a dor. Há sugestão na literatura do uso de pontos controle, segundo esses autores, a manifestação dolorosa nesses

pontos estaria relacionada ao exagero das queixas<sup>34</sup>. A experiência clínica nos ensina que pacientes portadores de fibromialgia invariavelmente trazem um discurso no qual anunciam a dor frente a atividades físicas, intercalados por períodos com pouca dor ou sem dor. Assim, instrumentos que pudessem documentar a dor após a atividade física, ou a frequência de aparecimento da dor poderiam ter acrescentado ao trabalho sensibilidade para explicar melhor as alterações de funcionalidade.

Ainda poderia ser interrogada a possibilidade de que as diferenças entre os grupos T e NT não foram valorizadas, mas as únicas variáveis que se apresentaram significativamente diferentes no grupo T foram: maior escolaridade, período de dor generalizada mais breve, maior prevalência de alteração da concentração e de cólicas intestinais. Nossa interpretação para a maior escolaridade do grupo T reside no fato de que esses pacientes, por terem maior preparo, têm mais oportunidades no mercado de trabalho, portanto estão mais próximos da situação de emprego formal e mais especializado. Os postos de trabalho de pessoas com maior escolaridade tendem a exigir mais tarefas intelectuais e, portanto, mais capacidade de concentração. Resumidamente, as pessoas com maior período de estudo formal obtiveram empregos com maior demanda de concentração e em virtude de apresentarem mais problemas de concentração acabaram distanciando-se mais do trabalho. Por outro lado os pacientes não traumáticos, por ter menor nível escolar, acabaram sendo relegados a atividades profissionais mais simples ou acabaram permanecendo apenas com as tarefas domésticas. A contagem de pontos dolorosos mais elevada entre os pacientes com etiologia traumática já foi correlacionada por outro autor<sup>118</sup> com baixos níveis de autocuidados, fadiga mais intensa, padrões de maior utilização do sistema de saúde frente a doença e antecedentes mais frequentes de abuso durante a

infância ou perda dos pais. Todas essas associações se deram independentemente do nível de dor e poderiam ser explicações para menor adaptação ao trabalho, já que não avaliamos neste estudo muitos desses fatores.

A discrepância entre a avaliação clínica e o estado funcional de produtividade econômica poderia ser explicada, ainda se a avaliação da incapacidade estivesse imprecisa. Neste estudo, escolhemos como parâmetro de incapacidade a relação que cada indivíduo manteve com o trabalho e com os órgãos previdenciários. No Brasil, o órgão responsável pela avaliação da incapacidade para o trabalho é a perícia médica do INSS. Os instrumentos usados por esse órgão não são homogeneamente usados se considerarmos a variedade de postos de avaliação, assim torna-se difícil comentar a respeito da sua metodologia e repercussões. A partir do relato de paciente sabemos que, de forma geral, para a obtenção de benefício previdenciário, é necessário que o paciente apresente uma declaração do seu médico assistente indicando seu diagnóstico e a classificação internacional de doenças associada (CID). Se houver realizado exames complementares, estes devem ser levados. A concessão do benefício de afastamento ou aposentadoria é dada, então, sem que haja exame físico ou uma entrevista mais cuidadosa. Assim, o paciente com história documentada de trauma físico tem subsídios mais fortes de para convencer o perito sobre a veracidade do seu quadro, ainda mais porque tipicamente a fibromialgia não se apresenta com exame laboratorial ou radiológico positivo. Melhor ainda se o paciente tiver alguma cicatriz ou radiografia que comprove fratura ou contusão.

Poderia-se questionar, ainda, se a dor seria suficiente para justificar a perda funcional. Para que haja incapacidade, é necessário que se apresente uma alteração de um órgão ou função, resultando em limitação para execução de uma tarefa ou

atividade, causando restrição ao envolvimento com situações da vida<sup>119</sup>. Na sentença acima podemos identificar ao menos três níveis de conseqüências das doenças sobre o indivíduo: num plano mais básico estão os tecidos e órgão, que frente a doenças e traumas podem ter seu funcionamento comprometido. A seguir estão as atividades conseqüentes da ação dos tecidos, assim, se o tecido muscular é responsável pela movimentação de um segmento, a repercussão da sua lesão é a limitação para a movimentação desse segmento. A combinação da limitação das funções com fatores internos e externos, como o grau de motivação e a existência de adaptações ambientais, pode tornar a incapacidade maior ou menor, resultando na desvantagem frente ao grupo social em que a pessoa está inserida. Por vezes, a desvantagem, conforme conceituada acima pode ser chamada de invalidez. Dessa forma, uma pessoa pode estar incapacitada para a realização de uma tarefa, mas com a mudança de instrumentos de trabalho, organização dos períodos de repouso ou do ritmo de produção, pode voltar a uma atividade de forma até mesmo competitiva. Segundo o conceito acima, a dor só concorre na instalação da incapacidade enquanto deficiência ou alteração funcional, e assim a completa avaliação de capacidade laboral depende ainda da ponderação de outra habilidade preservadas como a força e resistência física, bem como sobre os recursos psicodinâmicos e fatores ambientais.

Enfim, nossos resultados não confirmaram a hipótese proposta, uma vez que a intensidade do sintoma doloroso só foi considerada estatisticamente significativa segundo o critério contagem de pontos dolorosos, enquanto que as avaliações de dor tanto pela EVA quanto a dolorimetria de pressão não indicaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. Também não se observaram diferenças significantes com relação a prevalência de sintomas gerais, relacionados ao sono ou

ginecológicos. Entre os sintomas psicoafetivos, apenas a dificuldade de concentração se mostrou mais elevada no grupo de pacientes de etiologia traumática, enquanto que entre os sintomas relacionados ao trato gastrintestinal a cólica intestinal foi o único sintoma que se comportou dessa forma.

Frente a maior concessão de benefícios previdenciários aos pacientes de etiologia traumática, reiteramos a observação presente na literatura de que “a incapacidade está nos olhos do observador”<sup>111</sup> e chamamos a atenção para a necessidade de melhores instrumentos de avaliação da capacidade física e laboral para pessoas com fibromialgia.

## **CONCLUSÃO**

A conclusão deste estudo é que a semelhança clínica entre pacientes portadores de fibromialgia traumática e não-traumática é grande e não explica as diferenças em termos de incapacidade laboral.



## **ANEXOS**

## Anexo A

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**  
DA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE .....  
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....
2. RESPONSÁVEL LEGAL .....  
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : .....SEXO: M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE: .....  
TELEFONE: DDD (.....).....

#### II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não-traumática**

PESQUISADOR: **Dr Marcelo Riberto**

CARGO/FUNÇÃO: **Médico**

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº **78929**

UNIDADE DO HCFMUSP: **Divisão de Medicina de Reabilitação**

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO  RISCO MÍNIMO  RISCO MÉDIO   
RISCO BAIXO  RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : **0,5 anos**

**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**

Esta pesquisa deseja estudar quais são os sintomas que os pacientes com fibromialgia apresentam, além das queixas de dor nos braços, pernas e na coluna. Para fazer isso, serão necessárias apenas consultas médicas, onde será preenchido um questionário sobre os diversos problemas de saúde que você tem *além das dores pelo corpo*. O objetivo deste estudo é mostrar para os médicos que a fibromialgia também está relacionada a muitas outras queixas além de dor pelo corpo. Não haverá qualquer tipo problema para os pacientes que participarem da pesquisa. Aqueles pacientes que não quiserem ter seus dados utilizados para o estudo não deixarão de ser tratados.

---

**IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

A qualquer momento você poderá ter acesso às informações relativas ao seu caso para melhor esclarecimento a respeito da sua doença. Se for do seu interesse sair da pesquisa em qualquer momento ou retirar os seus dados da pesquisa, isso não afetará o seu tratamento de forma alguma. As informações que você fornecer serão guardadas em sigilo e somente o seu médico terá acesso a elas. A participação neste estudo não apresenta risco algum a sua saúde.

---

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

**O médico responsável por esta pesquisa é o Dr. Marcelo Riberto, que pode ser encontrado na Divisão de Medicina de Reabilitação, no telefone 5549-0111, ou no Centro de Reabilitação Umarizal, cujo telefone é 5841-7414.**

**VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo,                      de                      de 200 .

---

assinatura do paciente

---

Marcelo Riberto  
CRM 78929

## Anexo B



Fundação Faculdade de Medicina  
Divisão de Medicina de Reabilitação



HC - FMUSP

### Protocolo de Fibromialgia

#### Identificação

Nome:

Data:

Idade:

Telefones para contato:

#### 1 – Sexo

1. ( ) F  
2. ( ) M

#### 2 – Trabalho:

1. ( ) Do lar  
2. ( ) Ativo  
3. ( ) Afastado  
4. ( ) Com litígio  
5. ( ) Sem litígio  
6. ( ) Aposentado  
7. ( ) Estudante  
8. ( ) Autônomo  
9. ( ) Desempregado

#### 3 – Raça:

1. ( ) Branco  
2. ( ) Negra  
3. ( ) Parda  
4. ( ) Amarela

#### 4 – Escolaridade: anos

#### 5 – Estado Civil:

1. ( ) Solteiro  
2. ( ) Casado  
3. ( ) Separado  
4. ( ) Viúvo

#### História da moléstia

#### 6 – Início dos sintomas há quanto tempo?

#### 7 – Início relacionado a:

1. ( ) Trauma físico  
3. ( ) Trabalho  
4. ( ) Infecção  
5. ( ) Ato médico  
6. ( ) Sem motivo aparente  
7. ( ) Outra

#### 8 – Distribuição inicial

1. ( ) MSD  
2. ( ) MSE  
3. ( ) MID  
4. ( ) MIE  
5. ( ) Coluna toracolombar  
6. ( ) Coluna cervical  
7. ( ) Coluna sacral  
8. ( ) Generalizada

#### 9 – Dor generalizada há quanto tempo?

#### 10 – Enumerar os eventos principais na evolução do quadro clínico:

- ( ) Tem dor músculo- esquelética desde a infância/ adolescência? (descrever)  
( ) dor durante a gestação?

#### 11 – Tratamentos Prévios

1. ( ) Analgésicos  
2. ( ) AINH  
2. ( ) Relaxantes musculares  
3. ( ) Antidepressivos  
4. ( ) Neurolépticos  
5. ( ) Meios Físicos  
6. ( ) Cinesioterapia  
7. ( ) Cond. físico  
8. ( ) Psicologia  
9. ( ) Cirurgias  
10. ( ) Outros

#### 12 - Queixas:

- a) insônia inicial  
b) sono leve (vários despertares)  
c) sono não- reparador  
d) fadiga  
e) fraqueza  
f) sonolência diurna  
g) dificuldade de concentração  
h) ansiedade  
i) irritabilidade

- j) ataques de pânico  
k) choro imotivado / depressão  
l) hipersudorese  
m) parestesia em mãos ou pés.  
n) tremores  
o) cefaléia (3x/ quinzena)  
p) disfagia  
q) tontura/ vertigem  
r) dor torácica  
s) palpitações  
t) dispnéia

- u) epigastralgia  
v) empachamento  
w) cólicas intestinais  
x) cólicas menstruais  
y) alteração de ritmo menstrual  
z) disúria  
aa) dispareunia  
bb) alternância nana consistência das fezes



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaitow L A história e definição da fibromialgia in Síndrome da Fibromialgia, Um guia para o tratamento. Chaitow L, 1ª. Edição, 2002, Editora Manole, 1 – 17
2. Simms RW Is there muscle pathology in fibromyalgia syndrome? Rheum Dis Clin North Am 1996; 22 (2): 245-66
3. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL Primary fibromialgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. Semin Arthritis Rheum 1981;11:151-71
4. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldemberg DL The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 1990; 33:160-72
5. Haum MVA, Ferraz MB, Pollak DF Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. Rev Bras Reumatol 1999; 39: 221-31

6. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T The London fibromyalgia study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26: 1570-6
7. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1041-5
8. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38:19-28
9. Prescott E, Kjølner M, Jacobsen S, Bülow PM, Daneskiold-Samsøe B, Kamper-Jørgensen F Fibromyalgia in the adult Danish population: 1. A prevalence study. *Scand J Rheumatol* 1993; 22:233-7
10. Senna ER, de Barros ALP, Silva EO Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*, 2004; 31(3): 594-7
11. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T The London fibromyalgia study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *J Rheumatol* 1999; 26: 1577-85
12. Mäkelä M, Heliövaara M Prevalence of fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ* 1991; 303; 216-9
13. Helfenstein Jr M, Feldman D Prevalência da síndrome de fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos (LER). *Rev Bras Reumatol* 1998; 38: 71-7

14. Riberto M, Battistella LR Comorbidades em Fibromialgia. Rev Bras Reumatol 2002; 42: 1-7
15. Prescott E, Jacobsen S, Kjoller M, Bülow PM, Danneskiold-Samsoem, Kamper-Jorgensen F Fibromyalgia in the adult Danish population: II a study of clinical features. Scand J Rheumatol 1993; 22: 238-42
16. Aaron LA, Buchwald D Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. Best Practice Res Clin Rhumatol 2003; 17 (4):563-74
17. Helfenstein Jr M, Feldman D Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associação com outras síndromes disfuncionais. Rev Bras Reumatol 2002; 42: 7-14
18. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E Fibromyalgia versus Rheumatoid Arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. J Rheumatol 1995; 22: 270-4
19. Provenza JR Fibromialgia: correlação clínica, laboratorial e eletromiográfica. Rev ciênc méd PUCCAMP 1997; 6: 88-94
20. Mense S Neurobiological concepts of fibromyalgia – the possible role of the descending spinal tracts. Scand J Rheumatol 2000; 29 suppl: 24-9
21. Mense S Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain. Pain 1993; 54:241-89
22. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, Lopez Y, MacKillip F Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum 1994; 37:1593-1601



23. Russell JJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992; 35:550-56
24. Moldofsky H, Warsh JJ Plasma tryptophan and musculoskeletal pain in nonarticular rheumatism (fibrositis syndrome) *Pain* 1978; 5: 65-71
25. Bondy B, Spaeth M, Offenbaecher M, Glatzeder K, Stratz T, Schwarz M, Jonge S, Krüger M, Engel RR, Färber L, Pongrantz D, Ackenheil M The T102 polymorphism of the 5-HT<sub>2A</sub>-receptor gene in fibromyalgia. *Neurobiol Dis* 1999; 6: 433-9
26. Pellegrino MJ, George WW, Sommer A Familiar occurrence of primary fibromyalgia. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70: 61-3
27. Buskila D, Neumann L Fibromyalgia syndrome and nonarticular tenderness in relatives of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997; 24: 941-4
28. Yunus MB, Khan MA, Rawlings KK, Green JR, Olson JM, Shah S Genetic linkage analysis of multicase families with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1999; 26: 408-12
29. Lautenbacher S, Rollman GB Possible deficiencies of pain modulation in fibromyalgia. *Clin J Pain* 1997; 13: 189-96
30. Clauwn DJ, Chrousos GP Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenetic mechanisms. *Neuroimmunomodulation* 1997; 4: 134-53
31. Sörensen J, Bengtson A, Ahlner J, Henriksson KG, Ekselius L, Bengtsson M Fibromyalgia – are there different mechanisms in the processing of pain? A

- double blind crossover comparison of analgesic drugs. *J Rheumatol* 1997; 24:1615-21
32. Henriksson KG Is fibromyalgia a central pain state? *J Musculoskeletal pain* 2002; 10: 45-57
33. White KP, Carette S, Harth M, Teasell RW Trauma and fibromyalgia: is there an association and what does it mean? *Semin Arthritis Rheum* 2000; 29 (4): 200-9
34. Gordon DA Chronic widespread pain as a medico-legal issue. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 1999; 13 (3): 531-43
35. Buskila D, Neumann L Musculoskeletal injury as a trigger for fibromyalgia / posttraumatic fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2000; 2: 104-8
36. Gardner GC Fibromyalgia following trauma: psychology or biology? *Curr Rev Pain* 2000; 4: 295-30
37. Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile JM Reative fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1992; 35 (6): 678-81
38. Waylonis GW, Perkins RH Post-traumatic fibromyalgia – a long term follow-up. *Am J Phys Med Rehabil* 1994; 73: 403-412
39. Moldofsky H, Wong WTH, Lue FA Litigation, sleep, symptoms and disabilities in postaccidental pain (Fibromialgia). *J Rheumatol* 1993; 20: 1935-40
40. Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Triana-Alexander M, Alexander RW, Martin MY, Alberts KR Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia – association with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis Rheum* 1997; 40:453-60

41. Buskila D, Neumann L, Vaisberg G, Alkalay D, Wolfe F Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury – a controlled of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis Rheum* 1997; 40 (3): 446-52
42. Cohen ML, Quinter JL Altered nociception, but not fibromyalgia, after cervical spine injury: comment on the article by Buskila et al. *Arthritis Rheumatism* 1998; 41 (2): 378-379
43. Smith MD Relation of fibromyalgia to the site and type of trauma: comment on the article by Buskyla et al and Aaron et al. *Arthritis Rheumatism* 1998; 41 (1): 183-184
44. Travell JG, Simons DG Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. The upper extremities. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983
45. Yunus MB Fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: clinical features, laboratory tests, diagnosis and pathophysiologic mechanisms. In Rachlin ES editor. *Myofascial pain and fibromyalgia – trigger point management*. St Louis: Mosby – Year Book Inc; 1994. p3-29
46. Al-Allaf AW, Dunbar KL, Hallum NS, Nosratzadeh B, Templeton KD, Pullar T A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol* 2002; 41: 450-3
47. Winfield JB Pain in fibromyalgia. *Rheum Clin North Am* 1999; 25: 55-79
48. Magnusson T Extracervical symptoms after whiplash trauma. *Cephalgia* 1994; 14: 223-7
49. Turk DC, Okifuji A, Starz TW, Sinclair JD Effect of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain* 1996; 68: 423-30

50. Cohen H, Neumann L, Yehishua H, Matar MA, Press J, Buskila D Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Semin Arthritis Rheum* 2002;32: 38-50
51. Wolfe F The fibromyalgia syndrome: a consensus report of fibromyalgia and disability. *J Rheumatol* 1996; 23: 543-539
52. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000\\_populacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf)
53. Granges G, Littlejohn GO A comparative study of clinical signs in fibromyalgia/fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. *J Rheumatol* 1993; 20: 344-51
54. Lautenschlager J, Seglias J, Bruckle W, Müller W Comparison of spontaneous pain and tenderness in patients with primary fibromyalgia. *Clin Rheumatol* 1991; 10 (2):168-174
55. Cott A, Parkinson W, Bell MJ, Adachi J, Bédard M, Cividino A, Bensen W Interrater reliability of the tender point criterion for fibromyalgia. *J Rheumatol* 1992; 19: 1955-9
56. Tunks E, Crook J, Norman G, Kalaher S Tender points in fibromyalgia. *Pain* 1988; 34:11-9
57. Tunks E, McCain GA, Hart LE, Teasell RW, Goldsmith CH, Rollman GB, McDermid AJ, DeShane PJ The reliability of examination for tenderness in patients with myofascial pain, chronic fibromyalgia and controls. *J Rheumatol* 1995; 22: 944-52

58. Smythe HA, Buskyla D, Gladman DD Performance of scored palpation, a point count, and dolorimetry in assessing unsuspected nonarticular tenderness. *J Rheumatol* 1993; 20: 352-7
59. Silva LC, Abreu AC, Pelegrino PS, Coelho OS O valor da contagem de pontos dolorosos no diagnóstico clínico da fibromialgia. *Rev Brás Reumatol* 1997; 37 (6): 317-22
60. McBeth J, MacFarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a community-based study *Arthritis Rheum* 1999; 42 (7): 1397-404
61. Macfarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC, Schollum J, Croft PR, Silman The natural history of chronic pain in the community: a better prognosis than in the clinic? *J Rheumatol* 1996; 23:1617-20
62. Forseth KO, Husby G, Gran JT, Forre O Prognostic factors for the development of fibromyalgia in women with self-reported musculoskeletal pain. A prospective study. *J Rheumatol* 1999; 26: 2458-67
63. Pöyhiä R, Da Costa D, Fitzchales MA Previous pain experience in women with fibromyalgia and inflammatory arthritis and nonpainful controls. *J Rheumatol* 2001; 28: 1888-91
64. Ehrlich GE Low back pain. *Bull World Health Organ* 2003; 81 (9): 671-6  
Epub 2003 Nov 14
65. Martinez, JO Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia comparada com a de pacientes com artrite reumatóide. Tese [Doutorado]. São

Paulo: Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina, 1993

66. Lundberg G, Gerdle B Tender point scores and their relations to signs of mobility, symptoms, and disability in female home care personnel and the prevalence of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 2002; 29; 603-13
67. Moldofsky H, Scabrick P, England R, Smythe HA Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with “fibrositis syndrome” and healthy subjects. *Psychosom Med* 1975; 37: 341-51
68. Lentz MJ, Landis CA, Rothermel J, Shaver JLF Effects of selective slow wave sleep disruption on musculoskeletal pain and fatigue in middle aged women. *J Rheumatol* 1999; 26: 1586-92
69. Moldofsky H Sleep and pain. *Sleep Med Rev* 2001; 5 (5): 385-96
70. Rains, J., Penzien, D. Sleep and chronic pain challenges to the alpha-EEG sleep pattern as a pain specific sleep anomaly. *J Psychosom Res.* 2004;56(2):255-256.
71. Côté KA, Moldofsky H Sleep, daytime symptoms, and cognitive performance in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997; 24: 2014-23
72. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. The London fibromyalgia epidemiology study. *Arthritis Rheum* 1999; 42:76-83
73. Henriksson C, Liedberg G Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000; 27: 1271-6

74. Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol* 1993; 20: 710-3
75. Kurtze N, Gundersen KT, Svebak S Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of fibromyalgia patients: the significance of anxiety and depression. *Brit J Med Psychol* 1999; 72: 471-84
76. White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T Speechley M Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol* 2002; 29: 588-94
77. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Keaton WJ, Bernstein D Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: 1. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosom Med* 1997; 59: 565-71
78. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Keaton WJ Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: 2. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997; 59: 572-77
79. Turk DC, Rudy TE Robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain* 1988; 43: 27-36
80. Turk DC Suffering and dysfunction in fibromyalgia syndrome *J Musculoskel pain* 2002 10 85-96
81. Keaton W, Ries RK, Kleinman AA A prospective DSMIII study of 100 cases consecutive somatization patients. *Compr Psychiatry* 1984; 25: 305-14

82. Kouyanou K, Pither CE, Wessely S Iatrogenic factors and chronic pain.  
Psychosom Med 1997; 59: 597-604
83. Ford CV Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life.  
Scand J Environ Health 1997; 23 suppl 3: 7-16
84. Wallace DJ The fibromyalgia syndrome. Ann Med 1997; 29: 9-21
85. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldemnberg DL,  
Russell IJ, Yunnus MB A prospective longitudinal, multicenter study of  
service utilization and costs in fibromyalgia Arthritis Rheum 1997; 40 (9):  
1560-70
86. Leavitt F, Katz RS, Golden HE, Glickman PB, Layfer LF. Comparison of  
pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients.  
Arthritis Rheum 1986; 29 (6): 775-781
87. Azpiroz F, Dapoigny M, Pace F Nongastrointestinal disorders in the irritable  
bowel syndrome. Digestion 2000; 62: 66-72
88. Palm O, Bjorn M, Jahnsen J, Gran JT Fibromyalgia and chronic widespread  
pain in patients with inflammatory bowel disease: a cross sectional  
population survey. J Rheumatol 2001; 28: 590-4
89. Pace P Manzionna G, Bollani S, Sarzi-Puttini P, Bianchi-Porro G. Visceral  
sensitivity in patients with fibromyalgia and in normal controls.  
Gastroenterology 1997; 112: a802
90. Walker-Bone KE, Palmer KT, Reading E, Cooper C Soft-tissue rheumatic  
disorders of the neck and upper limb: prevalence and risk factors. Semin  
Arthritis Rheum 2003; 33(3): 185-203



91. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Alonso-Ruiz A, Ruiz-Lucea E Fibromialgia and carpal tunnel syndrome. *Ann Rheum Dis* 1997;56:438-41
92. Cimmino MA, Parisi M, Mogiana G, Accardo S The association between fibromyalgia and carpal tunnel syndrome in the general population. *Ann Rheum Dis* 1996; 55: 780
93. Okifuji A, Turk DC, Marcus DA Comparison of generalized and localized hyperalgesia in patients with recurrent headache and fibromyalgia. *Psychosom Méd* 1999; 6 1(6): 771-80
94. Pellegrino MJ Atypical chest pain as an initial presentation of primary fibromyalgia. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71 (7): 526-8
95. Besenor I Screening for thyroid disorders in asymptomatic adults from Brazilian populations. *São Paulo Med J* 2002; 120 (5): 146-51
96. Torquato MT, Montenegro Junior RM, Viana LA, de Souza RA, Lana CM, Lucas C, Bidurin C, Foss MC Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Med J* 2003; 121 (6): 224-30
97. Klein CH, Silva NA, Nogueira Ad A, Bloch KV, Campos LH Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil: II. Prevalência. *Cad Saúde Publica* 1995; 11 (3): 389-94
98. de Souza LJ, Souto Filho JT, de Souza TF, Reis AF, Gicovate Neto C, Bastos DA, Cortes VA, Chalita FE, Teixeira CL Prevalence of dyslipidemia and risk factors in Campos dos Goytacazes, in the Brazilian state of Rio de Janeiro. *Arq Brás Cardiol* 2003; 81 (3): 249-64

99. Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Claxton AJ Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *J Rheumatol* 2003; 30: 1318-25
100. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldemnberg DL, Russell IJ, Yunnus MB Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheum* 1997; 40 (9): 1571-9
101. Ledingham J, Doherty S, Doherty M Primary fibromyalgia syndrome – an outcome study. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 139-42
102. Kennedy M, Felson DT A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1996; 39 (4): 682-5
103. Mengshoel AM, Haugen M Health status in fibromyalgia – a follow-up study. *J Rheumatol* 2001; 28: 2085-9
104. Assefi NP, Coy TV, Uslam D, Smith WR, Buchwald D Financial, occupational and personal consequences of disability in patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia compared to other fatiguing conditions. *J Rheumatol* 2003; 30: 804-8
105. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/indic\\_sociais2002.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/indic_sociais2002.pdf)
106. Gallinaro AI, Feldman D, Natour J An evaluation of the association between fibromyalgia and repetitive strain injuries in metalworkers of an industry in Guarulhos, Brazil. *Joint Bone Spine* 2001; 68: 59-64

107. Khostanteen I, Tunks E, Goldsmith CH, Ennis J Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? An observer-blind controlled study. *J Rheumatol* 2000; 27: 2671-6
108. Smythe H Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation? More work needed; more tools supplied *J Rheumatol* 2000; 27: 2536-40
109. Gervais RO, Russell AS, Green P, Allen III LM, Ferrari R, Pieschl SD Effort testing inpatients with fibromyalgia and disability incentives. *J Rheumatol* 2001; 28: 1892-9
110. Wolfe F The relation between tender points and fibromyalgia symptoms variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 268-71
111. Wolfe F Sayin' "Stand and deliver, for you are a bold deceiver": faking fibromyalgia *J Rheumatol* 2000, 27 (11): 2534-5
112. Wolfe F The fibromyalgia problem. *J Rheumatol* 1997; 24: 1247-9
113. White KP, Harth M, Speechley M, Ostbye T A general population study of fibromyalgia tender points in noninstitutionalized adults with chronic widespread pain. *J Rheumatol* 2000; 27: 2677-82
114. Dobkin PL, De Civita M, Abrahamowicz M, Bernatsky S, Schultz J, Sewitch M, Baron M Patient-physician discordance in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003; 30: 1326-34
115. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1995; 22: 2313-8
116. Greenough CG, Fraser RD The effects of compensation on recovery from low-back injury. *Spine* 1989; 14 (9):947-55

117. Teasell RW, Bombardier C Employment-related factors in chronic pain and chronic disability *Clin J Pain* 2001; 17 (4 suppl): s39-45
118. McBeth J, MacFarlane GJ, Hunt IM, Silman AJ Risk factors for persistent chronic widespread pain: a community-based study *Rheumatology* 2001; 40: 95-101
119. <http://who.int/classification/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>