

Estudo clínico-epidemiológico de fibromialgia em um hospital universitário do Sul do Brasil

Clinical and epidemiological study of fibromyalgia in a university hospital in Southern Brazil

Giulio Cesar Gequelim¹, Daniela Dranka¹, Janaina de Almeida Furlan¹, Marcelo Murilo Mejia¹, Eduardo dos Santos Paiva¹

Recebido da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: A fibromialgia é uma condição caracterizada por dor generalizada, comumente associada à fadiga e a distúrbios cognitivos, afetivos e do sono. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil socioeducacional e o desempenho em escalas de avaliação da doença, além de comparar os diferentes critérios de classificação da fibromialgia e descrever outras características dos pacientes atendidos em um ambulatório de fibromialgia de um hospital universitário. **MÉTODOS:** Estudo realizado por meio de análise de questionários com padrão EpiFibro aplicados a 146 mulheres com fibromialgia durante consulta ambulatorial. **RESULTADOS:** Entre os resultados, destacaram-se os seguintes: maior sensibilidade dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 2010 em relação aos de 1990; baixas renda e escolaridade das pacientes; alta prevalência de distúrbios do sono, cefaleia e parestesias; longo tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico; e não utilização dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos de primeira linha na fibromialgia. **CONCLUSÃO:** Em nosso meio, os pacientes com fibromialgia geralmente passam por problemas como a demora diagnóstica, mau controle dos sintomas e tratamento não otimizado.

Descritores: Fibromialgia/diagnóstico; Fibromialgia/epidemiologia; Dor crônica; Dor musculoesquelética; Fatores socioeconômicos; Qualidade de vida

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Fibromyalgia is a condition featured by generalized pain, usually associated

with fatigue, and cognitive, affective, and sleep disorders. The aim of this study was to describe the social-economical profile, and the performance in scales for evaluation of the disease; to compare the different classification criteria of fibromyalgia; and to describe other features of patients seen in an outpatient clinic of a university hospital. **METHODS:** The study was conducted through the analysis of EpiFibro questionnaires, applied to 146 women with fibromyalgia during medical consultation. **RESULTS:** Among the results, we highlight: greater sensibility of the 2010 American College of Rheumatology Criteria, compared to those of 1990's; patient's low income and instruction levels; high prevalence of sleep disorders, headache and numbness; the long time between symptoms onset and diagnosis, and non-utilization of first line pharmacological and non-pharmacological therapies for fibromyalgia. **CONCLUSION:** In our area, patients with fibromyalgia have problems such as delay in diagnosis, poor symptom control and non-optimized treatment.

Keywords: Fibromyalgia/diagnosis; Fibromyalgia/epidemiology; Chronic pain; Musculoskeletal pain; Socioeconomic factors; Quality of life

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma condição caracterizada por dor generalizada, comumente associada a fadiga, distúrbios cognitivos, afetivos e do sono⁽¹⁾. Poucos estudos epidemiológicos foram publicados, no Brasil, sobre essa doença. Em um deles, realizado em Montes Claros⁽²⁾, a prevalência da FM foi de 2,5% na população, resultado semelhante ao da maioria dos estudos já publicados no mundo. Mulheres têm maior prevalência da doença se comparadas a homens e crianças. Portadores de FM têm cerca de três vezes mais chance de serem diagnosticados com depressão e ansiedade⁽³⁾.

Os critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 1990⁽¹⁾ requerem presença de dor difusa por 3 meses ou mais, além de dor à palpação de 11 ou mais dos 18 *tender points* ou pontos dolorosos (PD). Os critérios diagnósticos do ACR de 2010⁽⁴⁾ não mais levam em conta os PD e foram novamente modificados por Wolfe et al.⁽⁵⁾, passando a incluir o índice de dor generalizada (IDG) e a escala de gravidade dos sintomas (EGS). O IDG é calculado somando-se um ponto para cada uma de 19 áreas nas quais o paciente refere dor. A

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Data de submissão: 27/05/2013 – Data de aceite: 15/08/2013
Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Eduardo dos Santos Paiva
Rua Padre Camargo, 549, conj. 23/24 – Alto da Glória
CEP: 80060-240 – Curitiba, PR, Brasil
Tel.: 55 (41) 3363-0348 – E-mail: eduevicky@terra.com.br

EGS avalia a gravidade de fadiga, sono não reparador e dificuldade de concentração e memória, além de sintomas somáticos. Segundo os critérios do ACR de 2010, o diagnóstico de FM é feito com IDG ≥ 7 e EGS ≥ 5 , ou IDG 3 a 6 e EGS ≥ 9 , sendo que os sintomas devem estar presentes num nível semelhante há, pelo menos, 3 meses e o paciente não deve ter nenhuma outra condição que explique melhor a dor. A soma do IDG e da EGS é chamada de escala de sintomas da FM (ESF).

Por se tratar de um diagnóstico eminentemente clínico, os pacientes encontram dificuldades e demoram a receber a confirmação diagnóstica. O desconhecimento médico sobre a FM também dificulta o diagnóstico⁽⁶⁾. O tratamento dos pacientes com FM é multidisciplinar. Mais recentemente, novos fármacos foram adicionados à terapêutica. Não se sabe, porém, seu impacto, e o quanto os pacientes da rede pública têm acesso ou não a eles.

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil socioeducacional e o desempenho em escalas de avaliação da doença, além de comparar os critérios de classificação do ACR de 1990 com os critérios diagnósticos do ACR de 2010, modificados quanto à inclusão das pacientes, e descrever o histórico de utilização de serviços de saúde, a opinião dos pacientes sobre o gatilho de sua dor, os sintomas associados, as comorbidades, a prevalência de dor em cada área corporal, e o tratamento recebido pelas pacientes femininas com FM do serviço de reumatologia de um hospital universitário de Curitiba (PR).

MÉTODOS

Este estudo foi realizado por meio de análise de questionários com padrão EpiFibro aplicados a pacientes portadores de FM durante consulta no ambulatório de FM. Foram entrevistadas 146 pacientes, no período de março de 2010 a julho de 2011.

Foram incluídas pacientes do gênero feminino, maiores de 18 anos, atendidas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com diagnóstico de FM e em seguimento ambulatorial, não necessariamente correspondendo aos critérios diagnósticos no momento do preenchimento dos questionários.

Foram utilizados questionários com padrão EpiFibro, que é um banco de dados nacionais, formado a partir da avaliação de questionários padronizados, e cujo objetivo é avaliar a epidemiologia da FM e suas comorbidades.

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa no momento da consulta com o reumatologista, que realizou a avaliação clínica, incluindo o exame físico e a pesquisa dos PD. Tais questionários foram aplicados por acadêmicos de medicina previamente capacitados.

Análise estatística

Os dados foram computados em planilha eletrônica, a partir da qual foram calculadas as medidas estatísticas: os dados epidemiológicos gerais foram apresentados como proporções das respostas a cada item do questionário, e foram calculados os coeficientes de correlação (r) Pearson.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da UFPR (CAAE: 0128.0.208.000-1; registro CEP: 2239.133/2010-06) e está de acordo com a declaração de Helsinki de 1975, tal como revista em 2000.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 146 pacientes do gênero feminino. A média de idade das pacientes foi de 50,93 \pm 9,67 anos. Foram entrevistadas no momento da primeira consulta no ambulatório 48 pacientes.

As características socioeducacionais das pacientes incluídas no estudo estão indicadas na tabela 1.

Tabela 1. Características socioeducacionais

Procedência	Frequência (%)
Capital	72,66
Interior	27,34
Estado civil	
Casada	63,31
Solteira	15,83
Divorciada	11,51
Outros*	9,35
Escolaridade	
Não alfabetizada	3,60
Ensino fundamental**	62,60
Ensino médio	27,34
Ensino superior	6,47
Trabalho	
Formal	33,33
Desempregada	20,83
Outros***	45,83
Renda mensal, R\$	
<1.000,00	53,73
1.000,00-3.000,00	44,03
>3.000,00	2,24

* Inclui as pacientes separadas, viúvas e aquelas que não responderam a esse item; ** concluíram o ensino fundamental 15,83 e 46,76% não concluíram;

*** inclui as trabalhadoras do lar, aposentadas e trabalho informal.

Crítérios diagnósticos e escalas

Das 146 pacientes avaliadas, 125 (85,62%) preenchem os critérios do ACR de 1990, no momento da avaliação. Foram avaliadas 113 pacientes quanto aos critérios de 1990 e 2010 modificados. Destas, 97 (84,35%) preenchem ambos os critérios; 12,17% não preenchem os critérios de 1990, porém preenchem os de 2010 modificados. Houve concordância entre os critérios em 86,73% dos casos.

A média de pontos na IDG foi $13,80 \pm 3,40$; na EGS, $9,12 \pm 2,19$; na ESF, $22,92 \pm 4,61$ ($n=115$). A média do escore no Questionário de Impacto da FM (FIQ, sigla do inglês *Fibromyalgia Impact Questionnaire*) foi $65,78 \pm 15,09$.

Os coeficientes de correlação (de Pearson) calculados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Coeficientes de correlação (r) de Pearson entre as diferentes escalas estudadas e o Questionário de Impacto da Fibromialgia e o número de pontos dolorosos

Variável correlacionada	IDG	EGS	ESF
Questionário de Impacto da Fibromialgia	0,36	0,35	0,41
Contagem de pontos dolorosos	0,47	0,15	0,38

IDG: índice de dor generalizada; EGS: escala de gravidade dos sintomas; ESF: escala de sintomas da fibromialgia.

Segundo a opinião da maioria, o esforço profissional (40,93%) e a depressão (15,43%) seriam os principais desencadeantes do surgimento da doença. Das pacientes, 10,73% apontaram o trauma, 10% a ansiedade e 8,72% o esforço no lar como gatilhos para início da FM.

Na tabela 3, encontram-se as prevalências das primeiras regiões dolorosas.

Tabela 3. Primeira região dolorosa

Primeira região dolorosa	Prevalência n (%)
Ombro	26 (19,40)
Dorso	20 (14,92)
Braço	20 (14,92)
Perna	18 (13,43)
Lombar	17 (12,68)
Antebraço	14 (10,44)
Cervical	9 (6,71)
Quadril	4 (2,98)
Coxa	3 (2,23)
Tórax	2 (1,49)
Abdômen	1 (0,74)

A prevalência dos sintomas pesquisados está indicada na tabela 4.

Hipertensão arterial esteve presente em 66 (45,21%) pacientes; hipotireoidismo em 31 (21,23%); doença cardiovascular em 27 (18,49%) e diabetes mellitus em 15 (10,27%).

Os quesitos referentes às áreas dolorosas foram preenchidos por 120 pacientes. A região lombar foi a mais referida como dolorosa (75,16%), seguida pela região cervical (73,15%) e pelo ombro esquerdo (71,81%). A prevalência de dor nas regiões corporais pesquisadas está representada na figura 1. A média do

Tabela 4. Prevalência de sintomas

Sintomas	Prevalência n (%)
Dor difusa	137 (97,16)
Distúrbios do sono	129 (88,36)
Cefaleia	116 (79,45)
Parestesias	119 (81,51)
Distúrbios cognitivos	111 (76,03)
Síndrome do intestino irritável	42 (28,77)
Síndrome uretral	30 (20,55)
Dispareunia	41 (28,08)
Diminuição da libido	85 (58,22)
Edema subjetivo	116 (79,45)
Síndrome de Raynaud	46 (31,51)
Síndrome Sicca	85 (58,22)
Ansiedade	105 (71,92)
Depressão	88 (60,27)
Fadiga	135 (92,47)
Rigidez	101 (69,18)

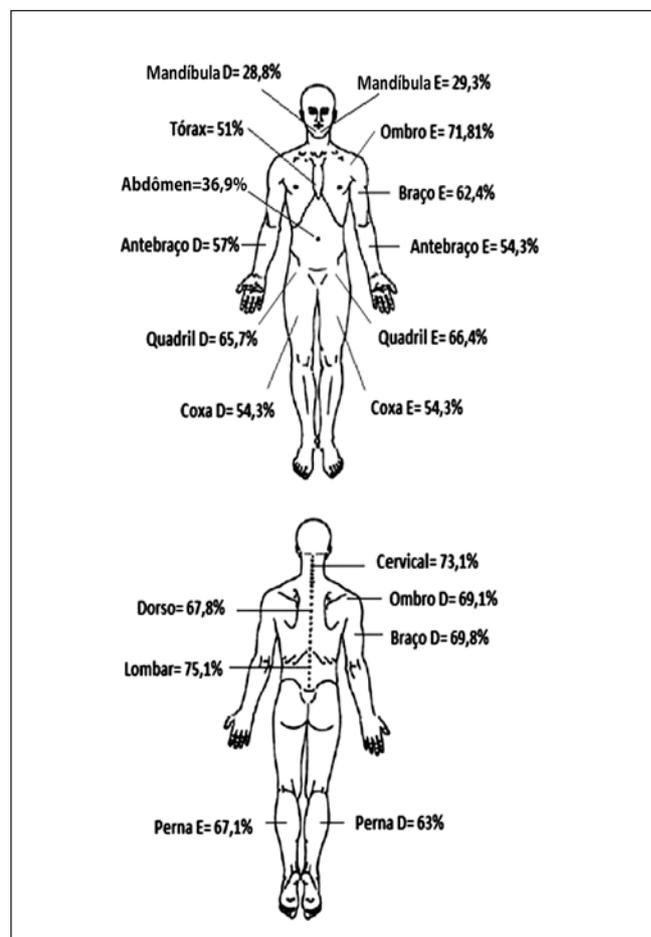


Figura 1. Porcentagem de cada região pesquisada referida como dolorosa

número de *tender points* encontrada foi $14,69 \pm 3,70$. Quinze (10,27%) pacientes tinham menos de 11 PD. Correlacionando os dados de número de regiões dolorosas e número de PD, encontrou-se o coeficiente de correlação (r) de Pearson de 0,47 (Figura 2).

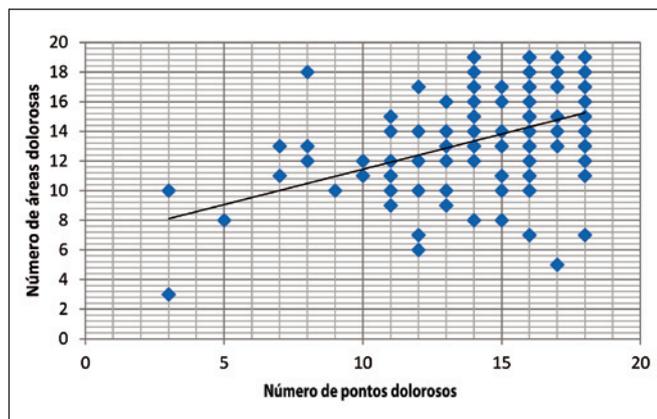


Figura 2. Correlação entre número de pontos dolorosos e número de áreas dolorosas (r de Pearson= 0,47)

Dos pacientes, 89,04% apresentavam dor difusa há mais de 3 anos. Quanto ao tempo entre o aparecimento dos sintomas e a procura de um médico, 54% dos pacientes esperaram mais de 6 meses para procurar atendimento. Para o diagnóstico de FM, 36% dos pacientes precisaram passar por cinco ou mais médicos, e apenas 19% tiveram o diagnóstico confirmado com o primeiro médico. Dentre as especialidades consultadas, o clínico geral foi o mais procurado (75%), seguido pelo ortopedista, com 49%. Em 73%, a procura pelo reumatologista demorou mais que 6 meses.

No ambulatório do presente estudo, verificou-se que a maior parte dos pacientes estava em uso de analgésicos simples, correspondendo a 34,22%, seguido pela utilização da associação de fluoxetina com amitriptilina em 22,14% e anti-inflamatórios não hormonais (AINH), com 16,77%. Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina representaram 15,51%; os opioides, 14,09%; os antidepressivos tricíclicos e ciclobenzaprina, 9,39%. Já o uso de tramadol, bem como o de inibidores de recaptção dual (duloxetina e venlafaxina), representou 8,05% cada um. A utilização de neuromoduladores (gabapentina e pregabalina) foi de 6,71%.

DISCUSSÃO

A média de idade das pacientes foi de 50,93 anos. A FM é mais frequente no gênero feminino, sendo 73 e 88% dos casos descritos no gênero feminino. Em média, a idade do seu início varia entre 29 e 37 anos, sendo a idade de seu diagnóstico entre 34 e 57 anos⁽¹⁻⁴⁾.

Nos critérios de classificação do ACR de 1990, considera-se a dor generalizada de forma dicotômica, os *tender points* como elemento central para o diagnóstico, e a FM como uma doença

com definição de caso precisa e como uma entidade discreta. Desde então, várias críticas foram levantadas contra esses critérios, a começar pela importância dada aos PD, que foram definidos de forma um tanto intuitiva e que não têm relação com os fundamentos biológicos da síndrome⁽⁷⁾. Além disso, devido à variação da doença em seu curso clínico, 25% dos pacientes diagnosticados com FM deixam de preencher aqueles critérios⁽⁴⁾, ficando claro que os mesmos não se prestam a definir o diagnóstico no contexto clínico, menos ainda para o seguimento do paciente. Demonstrou-se, ainda, que os sintomas da FM existem na população ao longo de um *continuum*, com uma distribuição em forma de sino⁽⁸⁾, relacionados ao *distress* biopsicossocial, e que o extremo desse espectro pode ser chamado síndrome da FM⁽⁹⁾.

Em 2010, o ACR publicou novos critérios: eliminou-se a avaliação dos PD, e a avaliação dos sintomas pelo médico usando a EGS assumiu um papel essencial⁽¹⁰⁾. Substituiu-se também o critério dicotômico de dor generalizada pela avaliação quantitativa das áreas dolorosas, o IDG. A sensibilidade desses critérios é de 96,6%, enquanto aquela dos anos 1990 é 85%⁽⁴⁾. Em 2011, Wolfe et al.⁽⁵⁾ adaptaram os critérios para estudos clínicos e epidemiológicos, modificando a EGS de modo que o médico não fosse mais necessário na classificação do paciente em estudos clínicos e epidemiológicos. Além disso, somando a IDG com a EGS, criaram a ESF. Essa escala representa, para Wolfe, o conteúdo essencial da FM, ou o que ele chamou “*Fibromyalgianess*”. Ele considera que a ESF não se propõe apenas como meio de avaliar a gravidade da doença e o seguimento do paciente, mas também como instrumento de estudo de pessoas sem FM ou com outras doenças reumáticas ou não reumáticas, entendidas do ponto de vista que essas também apresentam alguma quantidade, pequena ou grande, de “*Fibromyalgianess*”⁽⁵⁾.

Uma consequência do uso da ESF para diagnosticar FM é que os pacientes com dor de causa periférica que se encontrassem no extremo da distribuição em forma de sino com que os sintomas da FM se distribuem na população seriam incluídos no mesmo grupo dos pacientes que realmente apresentassem dor generalizada causada por sensibilização do sistema nervoso central⁽¹¹⁾. Criticam-se, por isso, os novos critérios, cuja falta de especificidade levaria a negligenciar o problema de descobrir e tratar a origem da dor; além disso, por “diluir” os pacientes que teriam FM na aceção conservadora do termo, poderia ser prejudicial à pesquisa clínica e epidemiológica⁽¹¹⁾.

Nos presentes dados, observou-se que os critérios de 2010 levaram vantagem sobre os de 1990 quanto à sensibilidade. Observou-se também moderada correlação da ESF com o FIQ ($r=0,408877$) e o número de PD (0,377085). Entretanto, como foram incluídos pacientes apenas de um serviço de reumatologia, e não da comunidade, e não foram incluídas no estudo pacientes nas quais a FM era uma comorbidade a outra doença reumática, nem todas as características dos novos critérios puderam ser avaliadas, e a discussão quanto às suas vantagens e desvantagens permanece em aberto.

Com base nos resultados encontrados e de acordo com o perfil socioeducacional, identificou-se que a maioria das pacientes residia em Curitiba. Essa alta proporção da capital paranaense se deve

principalmente por ser esta a localização do hospital escola em que foi feito o estudo, o que facilitou o acesso ao centro de referência. Pouco mais de 60% eram casadas. A maioria não tinha trabalho formal ou estava desempregada (67,1% das entrevistadas) e a renda ficou abaixo de R\$1.000,00 em 53,3% dos casos. Outro estudo já demonstrou que a FM acomete mais as populações de baixa renda⁽¹²⁾. Várias explicações podem ser levantadas para a alta proporção de pacientes com renda abaixo de R\$1.000,00, como, por exemplo, o fato de o ambulatório atender exclusivamente pacientes do sistema público de saúde, porém isso também pode ser reflexo do nível educacional mais baixo dessas pacientes e da alta proporção de afastamento do trabalho.

Ao menos 75% das pacientes apresentam 13 ou mais *tender points* (TrP), o que também realça a dor difusa referida. A correlação entre os dados “número de áreas dolorosas” e “número de TrP” é considerada razoável ($r=0,47$), traduzindo que tais variáveis guardam alguma semelhança na distribuição de seus escores, ou seja, há certo grau de dependência linear entre as variáveis, sem significar, porém, causalidade. Tal escore sugere que as variáveis analisam diferentes aspectos do paciente. Um estudo⁽¹³⁾ mostrou que os TrP são fortemente correlacionados com sintomas psicológicos e de estresse, como a ansiedade e a depressão, enquanto a medida da dor correlaciona-se com o limiar individual de dor.

Em relação aos primeiros locais de dor, foram apontados os ombros, seguidos de braços e dorso, sugerindo uma predominância do desconforto na metade superior do corpo. Em pacientes com dor inespecífica de pescoço e ombros, já foi verificada a presença de pontos de sensibilidade muscular em diversas áreas desse complexo anatômico⁽¹⁴⁾, o que mostra congruência com nossos achados.

Muito também se discute sobre a correlação entre os PD e os TrP. TrP são pontos ou nódulos de extrema sensibilidade localizados em bandas musculares tensas⁽¹⁵⁾. Um estudo realizado por Ge e Wang⁽¹⁶⁾ sugeriu que a maior parte dos locais de PD pré-determinados na FM é associada com TrP ativos ou latentes, e que a quantidade de tais TrP ativos correlaciona-se com a intensidade da dor espontânea na FM. O autor conclui ainda que, assim, o número total de TrP pode servir como indicador para a dor na FM. Estudo⁽¹⁷⁾ demonstrou que mais da metade das pacientes com FM apresentavam mais de dez TrP ativos. O presente estudo não correlacionou tais variáveis, e pesquisas são necessárias para esclarecer tal relação.

Em relação aos fatores desencadeantes percebidos pelo paciente para início da FM, os pacientes tendem a relacionar o aparecimento dos sintomas a situações específicas de estresse emocional ou de sobrecarga do aparelho locomotor, como quando são submetidos a esforços, repetições, posturas inadequadas ou lesões diretas dos ossos e de partes moles, principalmente relacionadas à ocupação profissional. Nos Estados Unidos, em 2005, trabalhadores portadores de FM faltaram, em média, 29,8 dias úteis de serviço⁽¹⁸⁾, o que mostra o impacto da doença para a economia. Não só a dor crônica, mas também a depressão, está associada à perda de produtividade⁽¹⁹⁾. No presente estudo, 42,28% dos pacientes consideraram o esforço no trabalho como desencadeador da FM, fator que não foi relatado por nenhum paciente pesquisado⁽²⁰⁾. Acredita-se que o esforço propriamente dito não seja causa-

dor da FM, mas as relações de trabalho com chefe e colegas, e a questão da falta de autonomia e de estímulo ao desenvolvimento de potenciais criativos, estes sim podem ser gatilhos para a doença. Entretanto, tal conclusão não pode ser derivada dos presentes achados. Apesar do fato, acredita-se que mulheres com FM devam ser estimuladas a manter-se trabalhando, podendo o trabalho até mesmo fazer parte da estratégia terapêutica⁽²¹⁾.

Uma abordagem educativa, que esclareça os principais pontos da doença para o portador, torna-se essencial para que se evitem as falsas crenças cultivadas pelos pacientes a respeito da etiologia da FM, a qual ainda permanece desconhecida.

O diagnóstico de FM é feito de maneira tardia e ainda é subestimado por muitos médicos. Isto foi revelado neste estudo pelo tempo de dor difusa até o diagnóstico e pela quantidade de médicos consultados. Talvez a demora para a procura do reumatologista e a falsa ideia de alguns de que as dores difusas são de origem psicossomática contribuam para essa dificuldade no diagnóstico^(22,23).

Com relação ao tratamento farmacológico, os antidepressivos são os fármacos com maior consistência efetiva no tratamento da doença. Entretanto, anti-inflamatórios não hormonais (AINH) e analgésicos são também usados⁽²⁴⁾. Os AINHs podem ter efeito sinérgico quando combinados com fármacos ativos no sistema nervoso central, como antidepressivos e anti-convulsivantes. Outros analgésicos, como acetaminofeno e tramadol, sozinhos ou combinados, podem ser utilizados^(25,26). Antidepressivos, como amitriptilina e fluoxetina, são mais eficazes em combinação do que separados⁽²⁷⁾.

Inicialmente, o tratamento da FM era sintomático, constituído de AINH, antidepressivos tricíclicos e miorrelaxantes. Atualmente, o tratamento ambulatorial é composto por fármacos “âncoras”, como a duloxetina e a pregabalina que, embora eficazes, ainda são pouco utilizadas na rede pública, devido ao custo. Assim, embora não seja o recomendado, os AINHs ainda são bastante utilizados, provavelmente em decorrência de afecções de partes moles. No que diz respeito a medidas não farmacológicas, recomenda-se a prática de exercícios físicos, especialmente os aeróbicos, pelo menos duas vezes na semana. É importante salientar que a carga de exercício deve ser inicialmente abaixo da capacidade aeróbica do paciente e, conforme a evolução, deve-se aumentar a frequência, a duração e a intensidade de acordo com os limites individuais⁽²⁸⁾. Outras terapias, como reabilitação, fisioterapia e relaxamento, devem ser consideradas dependendo da necessidade de cada paciente, bem como a psicoterapia e a terapia cognitivo-comportamental, que, em casos individualizados, podem trazer benefícios ao paciente⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

Limitações deste estudo

O presente estudo incluiu apenas pacientes femininos. Isso foi feito porque a proporção de pacientes do gênero masculino atendida no ambulatório é muito mais baixa do que a que seria esperada apenas pela diferença de prevalência da doença entre os gêneros, de modo que a inclusão de um número muito reduzido de homens apenas prejudicaria a interpretação dos dados.

Num estudo cuja amostra de pacientes provém de um centro especializado, levanta-se a questão da representatividade da amostra, pois esse tipo de estudo pode selecionar pacientes com doença mais grave e pessoas com melhor acesso à assistência médica.

AGRADECIMENTOS

A Daniele Scherer, Fernanda Kinceski Pina, Vanessa Fiorini Furtado, Fernanda Feuerharmel Soares da Silva e Thais Carla Huk Sponholz.

REFERÊNCIAS

- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72. Comment in: *Arthritis Rheum.* 1990;33(12):1863-4; *Arthritis Rheum.* 1991;34(1):128.
- Senna ER, Barros AL de, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol.* 2004;31(3):594-7.
- Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol.* 2006;12(3):124-8.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(5):600-10. Comment in: *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(5):583-4; *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(11):1674-5; author reply 1676-8; *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63(2):308-9; author reply 309-10; *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(11):1675; author reply 1676-8; *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(11):1675-6; author reply 1676-8.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011;38(6):1113-22. Comment in: *J Rheumatol.* 2011;38(9):2075; author reply 2076; *J Rheumatol.* 2011;38(6):975-8; *J Rheumatol.* 2012;39(6):1294.
- Raymond MC, Brown JB. Experience of fibromyalgia. Qualitative study. *Can Fam Physician.* 2000;46:1100-6.
- Cohen ML, Quintner JL. Fibromyalgia syndrome, a problem of tautology. *Lancet.* 1993;342(8876):906-9.
- Wolfe F. Fibromyalgianess. *Arthritis Rheum.* 2009;61(6):715-6. Comment in: *Arthritis Rheum.* 2009;61(6):794-800.
- Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H. A cluster within the continuum of biopsychosocial distress can be labeled "fibromyalgia syndrome"—evidence from a representative German population survey. *J Rheumatol.* 2009;36(12):2806-12.
- Wolfe F. How to use the new American College of Rheumatology fibromyalgia diagnostic criteria. *Arthritis Care Res.* 2011;63(7):1073-4.
- Smythe HA. Unhelpful criteria sets for "diagnosis" and "assessment of severity" of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011;38(6):975-8. Comment on: *J Rheumatol.* 2011; 38(6):1104-12; *J Rheumatol.* 2011;38(6):1113-22.
- Assumpção A, Cavalcante AB, Capela CE, Sauer JF, Chalot SD, Pereira CA, et al. Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:64.
- Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(4):268-71.
- Andersen LL, Hansen K, Mortensen OS, Zebis MK. Prevalence and anatomical location of muscle tenderness in adults with nonspecific neck/shoulder pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010;12:169.
- Simons DG, Travell JG, Simons LS. *Travell & Simons myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual.* 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.
- Ge HY, Wang Y, Danneskiold-Samsøe B, Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L. The predetermined sites of examination for tender points in fibromyalgia syndrome are frequently associated with myofascial trigger points. *J Pain.* 2010;11(7):644-51. Comment on: *Curr Pain Headache Rep.* 2011;15(1):1-3.
- Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L, Kagedal B, Lennmarken C, Lindström F. Primary fibromyalgia. A clinical and laboratory study of 55 patients. *Scand J Rheumatol.* 1986;15(3):340-7.
- White LA, Birnbaum HG, Kaltenboeck A, Tang J, Mallett D, Robinson RL. Employees with fibromyalgia: medical comorbidity, healthcare costs, and work loss. *J Occup Environ Med.* 2008;50(1):13-24.
- Stansfeld S. Chronic pain, depressive disorder, and the role of work. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):661-2.
- Lempp HK, Hatch SL, Carville SF, Choy EH. Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:124.
- Reisine S, Fifield J, Walsh S, Forrest DD. Employment and health status changes among women with fibromyalgia: a five-year study. *Arthritis Rheum.* 2008;59(12):1735-41.
- Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, editors. *Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children.* Glenview, IL: American Pain Society; 2005. (APS Clinical Practice Guidelines Series, Nº 4).
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, Da Silva JA, Danneskiold-Samsøe B, Dincer F, Henriksson C, Henriksson KG, Kosek E, Longley K, McCarthy GM, Perrot S, Puszczewicz M, Sarzi-Puttini P, Silman A, Späth M, Choy EH; EULAR. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(4):536-41. Comment in: *Evid Based Med.* 2008;13(5):148.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA.* 2004;292(19):2388-95.
- Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med.* 2003;114(7):537-45.
- Biasi G, Manca S, Manganelli S, Marcolongo R. Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. *Int J Clin Pharmacol Res.* 1998;18(1):13-9.
- Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1996;39(11):1852-9. Comment in: *Arthritis Rheum.* 2002;46(9):2545-6; author reply 2546.
- Institute for Clinical Systems Improvement. *Assessment and management of chronic pain [Internet].* 5th ed. Bloomington (MN): ICSI; 2007. [cited 2012 Jun 21]. Available from: https://www.icsi.org/_asset/bw798b/ChronicPain.pdf