



ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE FIBROMIÁLGICO

ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF PHYSIOTHERAPY IN QUALITY OF LIFE OF FIBROMYALGIA PATIENTS

Flávia Martins Gervásio¹; Caroline Soares Gonçalves²

¹Fisioterapeuta, Professora do Curso de Fisioterapia e Coordenadora da Liga de Marcha da Universidade Estadual de Goiás (UEG) – ESEFFEGO.

²Acadêmica do curso de Fisioterapia, UEG – ESEFFEGO.

Resumo: A Fibromialgia caracteriza-se por dores musculoesqueléticas difusas e presença dos *tender points*, associado a distúrbios do sono, fadiga e cefaléia crônica. O objetivo deste estudo foi comparar o nível de dor e a qualidade de vida entre mulheres fibromiálgicas que realizam e não realizam tratamento fisioterápico. Estudo transversal e analítico, realizado com 30 mulheres, divididas em dois grupos: (G1) fazem fisioterapia e (G2) não fazem fisioterapia. Todas foram submetidas a questionários sobre dados pessoais, tratamento fisioterapêutico, QIF e dor nos *tender points*. A análise estatística considerou com nível de significância valores de $p < 0,05$ e utilizou o teste *T student*. Os resultados demonstraram que a média de dor global do G1 foi de 5,73 e do G2 de 4,60. Considerando-se a percepção de dor nos *tender points* houve diferença significativa nos tender “cervical baixa E” ($p=0,047$), e quanto à palpação, houve diferença significativa nos tender “base occipital E” ($p=0,024$) e “origem do músculo supraespinhoso E” ($p=0,016$). A qualidade de vida não apresentou diferença estatisticamente significativa. Assim, os dados deste estudo mostraram que a fisioterapia gera melhora no nível de dor, mas não significativa, sem influir na qualidade de vida. Dessa forma, são necessários novos estudos com amostras maiores e protocolos de tratamento.

Palavras-chave: fibromialgia, fisioterapia, qualidade de vida.

Abstract: Fibromyalgia is characterized by diffuse musculoskeletal pain and the presence of tender points associated with sleep disturbances, fatigue and chronic headaches. The objective of this study was to compare the level of pain and quality of life among women with fibromyalgia who perform and not perform physical therapy. Analytical cross-sectional study was conducted with 30 women divided into two groups: (G1) that do physiotherapy and (G2) that do not physical therapy. All patients underwent a questionnaire on personal data, physical therapy, QIF and pain in tender points. Statistical analysis considered values with a significance level of $p < 0.05$ and was used the Student *t* test. The results showed that the average overall pain was 5.73 in G1 and G2 of 4.60. Considering the perception of pain in tender points was no significant difference in the tender "lower cervical E" ($p = 0.047$), and the palpation, there was significant difference in the tender "based occipital E" ($p = 0.024$) and "origin of supraspinatus muscle E" ($p = 0.016$). The quality of life not statistically significant. Thus, our data showed that the physical therapy produces improvement in the level of pain, but not significant, without affecting the quality of life. So, further studies should be conducted with larger samples and treatment protocols.

Keywords: fibromyalgia, physical therapy, quality of life.





Introdução

A Fibromialgia é uma Síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, de etiopatogenia desconhecida que acomete, principalmente, mulheres entre 30 e 60 anos. Caracteriza-se por dores musculoesqueléticas difusas, pontos dolorosos específicos à palpação – denominados *tender points* – associados a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica, rigidez matinal, distúrbios psíquicos e intestinais⁽¹⁻³⁾.

Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia publicou os critérios para classificação da SF, com mais de 80% de especificidade, sensibilidade e acurácia, estes validados para a utilização no Brasil⁽²⁻⁵⁾.

Os critérios para classificação da SF são:

1. Presença de dor difusa pelo corpo, definida como dor acima, abaixo ou em ambos os lados da cintura, com pelo menos três meses de duração, e comprometimento de pelo menos um segmento da coluna^(1,3,6); Esta dor difusa de forte intensidade é o sintoma cardinal, e envolve o esqueleto axial e periférico. Muitas vezes, os pacientes não sabem especificar se é de origem muscular, óssea ou articular. Assim, manifesta-se com um caráter variável, podendo ser: em queimação, pontada, martelada, em peso, do “tipo cansaço” ou como contusão^(1,3,6).

2. Presença de resposta dolorosa em pelo menos 11 dos 18 *tender points* (nove pares bilaterais); cuja palpação deve impor uma força de aproximadamente 4kg. Estes pontos são áreas sensíveis situadas em músculo, região de junção musculotendínea, coxim gorduroso ou bursa articular⁽⁶⁾. São eles:

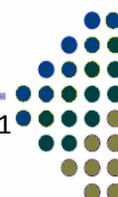
- Suboccipital - na inserção do músculo suboccipital;

- Cervical baixo - atrás do terço inferior do esternocleidomastóideo, no ligamento intertransverso C5-C6;
- Trapézio - ponto médio do bordo superior;
- Supraespinhoso - acima da escápula, próximo à borda medial, na origem do músculo supraespinhoso;
- Segunda junção costovertebral - lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral;
- Epicôndilo lateral - 2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral;
- Glúteo médio - na parte média do quadrante súpero-externo na porção anterior do músculo glúteo médio;
- Trocantérico - posterior à proeminência do trocanter maior;
- Joelho - no coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho⁽³⁾.

A sintomatologia provoca um impacto negativo importante na qualidade de vida dos pacientes, que atinge na maioria das vezes, a idade produtiva do indivíduo, e afeta os aspectos pessoais, profissionais, familiares e sociais^(1,7,8).

Diante disso, a Fisioterapia surge como uma modalidade terapêutica, cujos objetivos principais são reduzir a sintomatologia e melhorar a qualidade de vida^(1,3,9). Atua por meio de exercícios aeróbicos, alongamento muscular, treinamento de força, hidrocinestoterapia, eletroterapia, terapia manual, *biofeedback*, crioterapia, termoterapia superficial (Infravermelho), relaxamento e acupuntura^(1,2,5,10,11).

Dessa forma, o estudo teve como objetivos descrever e comparar a qualidade de vida e os níveis de dor global, dor à percepção e à palpação dos *tender points*, de mulheres portadoras da SF, que fazem fisioterapia ou não, relacionando a realização de





tratamento fisioterapêutico com a melhora ou não da sintomatologia dolorosa e da qualidade de vida.

Materiais e Métodos

Estudo transversal e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal da Universidade Federal de Goiás, protocolo n. 013/2011. A coleta de dados ocorreu na Clínica Escola da Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia de Goiás (ESEFFEGO).

Amostra tipo conveniência com indivíduos selecionados em hospitais e clínicas de fisioterapia por indicação de médicos e fisioterapeutas que sugeriram seus pacientes portadores da SF para participar da pesquisa. Estes pacientes então foram contactados e também indicaram amigos portadores da síndrome.

A constituição da amostra observou os seguintes critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico de SF; idade entre 35 e 65 anos; nível cognitivo preservado; sob acompanhamento médico; uso ou não de medicamentos; em tratamento fisioterápico a, no mínimo, três meses; não realizando tratamento fisioterápico.

Os critérios de exclusão foram: doenças que gerem dor crônica como lúpus eritematoso sistêmico e/ou artrite reumatóide e seus complicadores; artrose grave com limitação na amplitude de movimento; espondilite anquilosante; hérnia de disco vertebral (tipos extrusão e sequestros); espondilolistese ou redução do espaço intervertebral; distúrbios posturais graves (ângulo de Cobb > 35 graus).

Após a seleção, a amostra foi dividida em dois grupos: Grupo 1 (G1): mulheres que já estavam em tratamento fisioterapêutico. Grupo 2 (G2): mulheres que realizaram e/ou interromperam o tratamento e/ou nunca fizeram fisioterapia.

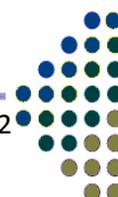
Em comum foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Questionário das Condições Clínicas (medicamentos e patologias associadas), Escala Visual Analógica de Dor (EVA), Escala Numérica de Dor na região dos *tender points* antes e após a palpação dos mesmos e o Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) cujos componentes abordam os aspectos: capacidade funcional, situação profissional, sintomas físicos e distúrbios psíquicos^(1,3,7).

O G1 foi questionado quanto: ao número de sessões por semana e duração, modalidade fisioterápica, tempo de tratamento já realizado e se observou melhora dos sintomas. No G2 questionou-se: se já havia realizado tratamento fisioterapêutico, caso respondesse sim, questionou-se a duração e o porquê do fim do tratamento, se sentia vontade de voltar a fazê-lo e se tinha observado melhora da sintomatologia durante o período de tratamento. Quando a paciente respondia que nunca tinha realizado tratamento fisioterapêutico, era questionada quanto à vontade de fazer fisioterapia.

Os dados foram tabulados em planilha e efetivados os cálculos no Microsoft Excel versão 2007. Foi realizado o *Teste-t* em para análise comparativa das médias. A análise estatística considerou como nível de significância valores de $p \leq 0,05$.

Resultados e Discussão

Selecionou-se 33 mulheres, destas 30 foram inclusas, divididas em 15 no grupo que realizava fisioterapia (G1) e 15 que não realizavam tratamento fisioterápico (G2). As três mulheres retiradas após a triagem deveu-se a presença de comprometimentos da coluna vertebral responsáveis por inúmeras dores, que segundo as pacientes, se confundiam com as dores da síndrome.





A faixa etária de predomínio no estudo foi de 55 a 65 anos, enquanto na literatura a faixa etária é de 43 a 53 anos. O estado civil coincide com os estudos pesquisados, assim como a variação no nível de escolaridade^(7,12-17). Não há relação direta entre o nível de escolaridade e a manifestação da SF⁽¹⁸⁾.

A maior parte das mulheres relatou queixa de dor presente entre 5 a 10 anos^(12,19-22). O tempo de diagnóstico esteve entre 5 e 7 anos, diferente do estudado, cujo tempo foi de 1 a 5 anos^(12,22,23), associado a quadro depressivo, o que diverge da literatura^(12,22). A qualidade do sono foi ruim ou regular e a não realizam atividade física regular em conformidade com os estudos pesquisados^(2,17,19,21,24).

Observou-se que não há uma busca por atividade física, que favorece o descondicionamento físico, comprometendo cada vez mais a aptidão cardiorrespiratória, e proporcionando uma piora dos sintomas frente ao esforço físico leve a moderado^(17,24).

Os principais sintomas referidos pelas mulheres foram: sono não restaurador, insônia, fadiga muscular, cansaço mental, rigidez articular, ansiedade excessiva e irritabilidade/mau humor. Estes não são coincidentes entre os estudos^(12,19,21). Entretanto, são predominantes na caracterização clínica diagnóstica da SF. À fisioterapia cabe a possibilidade de atuar nestas queixas e não apenas na condição de dor.

As mulheres do estudo apresentaram predomínio das seguintes patologias associadas: hipertensão arterial sistêmica, artrose nos membros inferiores e disfunções na coluna vertebral⁽¹⁷⁾. Estas patologias podem influenciar as manifestações clínicas da fibromialgia, por isso, o fisioterapeuta deve sempre observar as patologias referidas na determinação das condutas.

Houve predomínio dos medicamentos: antidepressivo, relaxante muscular e analgésico,

corroborando com os estudos pesquisados^(7,12,15,17,22), confirmando o tratamento clínico das principais queixas das pacientes da pesquisa.

O total de medicamentos utilizados foi maior que o número de mulheres entrevistadas, indicando somatória do mesmo princípio ativo para controle dos sintomas e a busca de tratamento.

O grupo de mulheres em tratamento fisioterápico apresentou tempo mínimo de cinco anos de diagnóstico e de sintomatologia dolorosa. O tratamento ocorre em média de três meses a um ano, com três atendimentos semanais de 40 minutos, cujo enfoque é fisioterapia clássica e hidroterapia, com melhora da dor. Porém, o início do tratamento deu-se em média quatro anos após o diagnóstico.

Por que tem ocorrido demora entre o diagnóstico e o tratamento fisioterápico? O tratamento medicamentoso já não é eficaz e a fisioterapia passa a ser uma alternativa? A ausência de estudos sistemáticos sobre a eficácia das modalidades fisioterápicas dificulta a indicação do tratamento?

O tratamento fisioterapêutico utilizado atualmente não considera as queixas associadas como rigidez, alteração do humor, sono, cansaço, e estabelecem como foco apenas à dor.

Os questionamentos buscam uma reflexão sobre porque a fisioterapia não atua de forma resolutiva para estes pacientes e sugere a necessidade estudo nesta temática.

A observação do grupo de mulheres sem tratamento indica primeiro que mais de 50% já realizou fisioterapia por um período médio de três meses a um ano, recebendo alta do tratamento e com motivação para retornar. Porém, entre as que nunca receberam fisioterapia, apenas 26% sentem vontade de fazê-lo. Questiona-se: quais critérios podem ser elaborados para a alta na fisioterapia sabendo que esta patologia



possuir um quadro crônico de dor? Por que a população não tem interesse pelo tratamento fisioterápico logo após a confirmação do diagnóstico?

É importante ressaltar que a principal característica clínica e diagnóstica desta síndrome, a dor, mensurada neste estudo pela EVA, não detectou

diferença estatisticamente significativa entre os grupos (tabela 1). Assim, a fisioterapia não interferiu na sensação de dor relatada. Estas médias divergem um pouco dos valores encontrados na maioria dos estudos pesquisados, na qual a variação é de 4,5 a 8,2^(7,13,15,20,23).

Tabela 1. Dor mensurada através da Escala Visual Analógica

	Média	Desvio Padrão	Teste T	p
Grupo 1	5,73	3,13	0,97	0,337
Grupo 2	4,60	3,22		

A dor, no G1, é maior no período noturno ou durante todo o dia, enquanto no G2 é pela manhã. Este sintoma reduz frente a modalidades fisioterapêuticas (como o calor e o alongamento) e aumenta com mudanças de temperatura e esforço físico leve. A condição da dor é algo individual, assim, não há um comportamento homogêneo no estudo ou na literatura^(7,12,15,17,19).

O relato de distribuição da intensidade da dor foi semelhante entre os grupos. Independente da realização ou não de tratamento fisioterapêutico, houve um predomínio da dor nas colunas cervical e lombar e cintura escapular (tabela 2). Entretanto, houveram poucos *tender points* com significância estatística em relação à dor na comparação entre a percepção e a palpação.

Tabela 2. Dor à percepção e à palpação dos *Tender Points*

<i>Tender Points</i>	Dor à percepção			Dor à palpação		
	Grupo 1	Grupo 2	p	Grupo 1	Grupo 2	p
Base occipital D	7,20	7,33	0,857	7,60	6,00	0,150
Base occipital E	7,60	6,93	0,397	8,00	5,53	0,024
Cervical baixa D	5,00	3,00	0,144	5,80	6,47	0,620
Cervical baixa E	5,67	2,93	0,047	6,20	6,40	0,870
Borda superior do músculo trapézio D	7,27	7,93	0,464	8,53	8,87	0,650
Borda superior do músculo trapézio E	7,33	7,73	0,658	8,20	7,93	0,744
Origem do músculo supra espinhoso D	6,47	6,73	0,817	7,13	5,93	0,347
Origem do músculo supra espinhoso E	7,07	6,47	0,581	7,33	4,00	0,016
Quadrante súpero-externo do músculo glúteo médio D	7,47	7,73	0,825	8,27	7,60	0,535
Quadrante súpero-externo do músculo glúteo médio E	7,60	7,73	0,911	8,27	7,27	0,343

Na literatura consultada não há relatos entre a distinção da queixa de dor, sua localização e coincidência ou não em relação aos *tender points*. Associar a localização da dor referida pelo paciente e o sinal diagnóstico, que é o *tender point*, tornou-se importante nesta pesquisa, uma vez que, o único critério diagnóstico da doença é a palpação dos *tender point* e a confirmação de dor neste ponto. Questiona-se então, o parâmetro dor em *tender point* poderia ser adaptado como um marcador funcional na fisioterapia?

Os números de pontos mais dolorosos no relato não coincidem com aqueles identificados durante a palpação (tabela 2-A). A significância estatística é relativamente pequena entre os pontos, o que indica a

não concordância entre o que a paciente relata ser o ponto mais doloroso, com aquele que, ao exame físico, é realmente o mais sensível.

Na literatura pesquisada observou-se uma preocupação com a percepção de dor global e na região dos *tender points* antes e após o tratamento fisioterapêutico^(7,8,15,20,26,27), porém sem comparar a sensação de dor relatada com a dor à palpação dos mesmos. O fisioterapeuta deve atentar-se a esse fato, uma vez que, o paciente pode ter memória dolosa comprometendo a escolha da conduta fisioterápica e, conseqüentemente, os resultados do tratamento.

Tabela 2-A. Comparação do valor atribuído à Dor antes e após a palpação dos *tender points* no G1 e G2.

<i>Tender Points</i>	Grupo 1				Grupo 2			
	Dor à percepção	Dor à palpação	Teste T	P	Dor à percepção	Dor à palpação	Teste T	p
	Média	Média			Média	Média		
Cervical baixa D	5,00	5,80	-0,59	0,563	3,00	6,47	-2,68	0,012
Cervical baixa E	5,67	6,20	-0,41	0,686	2,93	6,40	-2,81	0,008
Origem do músculo supraespinhoso D	6,47	7,13	-0,53	0,600	6,73	5,93	0,70	0,489
Origem do músculo supraespinhoso E	7,07	7,33	-0,23	0,816	6,47	4,00	1,97	0,058
Segunda articulação costocodral D	3,40	5,60	-1,70	0,100	3,20	6,47	-2,60	0,014
Segunda articulação costocodral E	3,47	5,73	-1,77	0,087	3,13	6,07	-2,32	0,027
Abaixo do epicôndilo lateral D	4,07	7,13	-2,42	0,022	4,80	6,87	-1,55	0,131
Abaixo do epicôndilo lateral E	5,20	7,47	-1,82	0,078	4,80	7,07	-1,71	0,097
Borda medial do joelho D	5,60	7,80	-1,85	0,075	5,40	7,80	-1,91	0,066
Borda medial do joelho E	5,27	7,73	-2,12	0,042	5,07	8,13	-2,55	0,016

A qualidade de vida da amostra não sofreu interferências do tratamento fisioterapêutico. As principais queixas não focam na dor, mas nas limitações do dia a dia como falta ao trabalho, fadiga e sono (tabela 3), sendo que, estes fatores, se destacaram

pela tendência à diferença estatística significativa. Os resultados mostram que o que mais interfere na qualidade de vida são os principais sintomas relatados pelas pacientes e não apenas a dor.

Deve-se considerar que a presença de dor limita qualquer pessoa a viver bem, então no contexto da saúde, neste caso da SF, o fisioterapeuta não pode separar a queixa dolorosa da qualidade de vida, uma vez que, a primeira interfere diretamente na segunda.

Assim, a busca por estratégias terapêuticas que reflitam sobre a condição de vida da paciente pode passar a ser o objetivo funcional do tratamento, e não mais, a dor por si só.

Tabela 3. Qualidade de vida avaliada pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia – QFI

Componentes do QIF	Grupo 1		Grupo 2		Teste - T	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Falta ao Trabalho	1,24	2,15	2,00	2,75	-0,85	0,404
Fadiga	7,00	3,07	8,60	2,44	-1,57	0,125
Sono	7,33	2,79	8,60	2,95	-1,21	0,237
QIF total	63,50	16,00	66,98	18,34	-0,55	0,583

A SF afetou as características profissionais neste estudo, pois 60% da amostra pararam ou mudaram de profissão devido à sintomatologia. Os resultados aproximam-se dos estudos pesquisados^(12,23). Porém, o diagnóstico de SF não justifica aposentadoria por doença no Brasil⁽²⁾.

Considerações Finais

Observou-se que a fisioterapia promove melhora da qualidade de vida, porém esta não é estatisticamente significativa. Entretanto, deve-se considerar que a amostra foi pequena; o modelo de estudo transversal investigou o momento atual da resposta ao tratamento fisioterapêutico, e não a sua percepção ao longo do tempo; a terapia medicamentosa é maior entre mulheres que não fazem fisioterapia; e não houve padronização no tratamento fisioterapêutico no grupo estudado.

Dessa forma, são necessários novos estudos com amostras maiores e protocolos de tratamentos para obter resultados estatisticamente significativos. Sugere-

se que o fisioterapeuta mude o olhar sobre a avaliação inicial do paciente considerando a dor e sua interferência na qualidade de vida da paciente com SF para traçar o tratamento e definir a alta.

Referências

1. Provenza et al. Projetos Diretrizes: Fibromialgia. Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2004. 13p.
2. Feldman D. Fibromialgia. In: Sato E. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Reumatologia. 1.ed., Barueri: Manole, 2004. p. 363-367.
3. Marques AP; Assumpção A; Matsutani LA. Fibromialgia e Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 1.ed., Barueri, SP: Manole, 2007.
4. Wolfe et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Arthritis and Rheumatism. 1990, 33 (2): 160-172.

5. Wibelinger LM. Fibromialgia. In: Wibelinger LM. Fisioterapia em Reumatologia. 1.ed. Editora Revinter, 2009. p. 189-206.
6. Ignachewski LER; Semeghini TA; Garcia JR, Jr. Aspectos Fisiopatológicos e Neuroendócrinos da Síndrome de Fibromialgia. Saúde em Revista. 2004, 6(12): 55-58.
7. Matsutani LA. Eficácia de um Programa de Tratamento Fisioterapêutico sobre a Qualidade de Vida de Pacientes com Fibromialgia [Dissertação de Mestrado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
8. Marques et al. Efeito dos Exercícios de Alongamento na Melhora da dor, Flexibilidade e Qualidade de Vida em Pacientes com Fibromialgia. Fisioterapia em Movimento. 2004, 17 (4): 35-41.
9. Silva et al. Comparação dos Efeitos da Estimulação Nervosa Transcutânea e da Hidroterapia na Dor, Flexibilidade e Qualidade de Vida de Pacientes com Fibromialgia. Fisioterapia e Pesquisa. 2008, 15 (2): 118-124.
10. Ferreira EAG; Matsutani LA; Marques AP. Fibromialgia. In: Chiarello B; Driusso P; Radl ALM. Fisioterapia Reumatológica. 1.ed., Editora Manole, 2005. p. 149-160
11. Heymann et al. Consenso Brasileiro do Tratamento da Fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2010, 50 (1): 56-66.
12. Konrad LM. Efeito Agudo do Exercício Físico sobre a Qualidade de Vida de Mulheres com Síndrome da Fibromialgia [Dissertação de Mestrado em Educação Física]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
13. Assumpção A. Prevalência de Fibromialgia e Avaliação de Sintomas Associados, Capacidade Funcional e Qualidade de Vida, na População do Município de Embu, São Paulo [Dissertação de Mestrado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
14. Capela CE. Avaliação da Dor, Qualidade de Vida e Sintomas Secundários da Fibromialgia na População de Embu: Ansiedade e Depressão [Dissertação de Mestrado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
15. Carbonario F. Efeitos de um Programa Fisioterapêutico na Melhora da Sintomatologia e Qualidade de Vida de Pacientes com Fibromialgia [Dissertação de Mestrado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
16. Santo ASE. Avaliação do Equilíbrio em Mulheres com e sem Fibromialgia e sua Relação com a Dor, Flexibilidade e Qualidade de Vida [Dissertação de Mestrado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
17. Berssaneti AA. Exercícios de Alongamento e Fortalecimento Muscular no Tratamento de Pacientes com Fibromialgia: um ensaio clínico randomizado [Dissertação de Doutorado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
18. Martinez JE; Panossian C; Gavioli F. Estudo Comparativo das Características Clínicas e Abordagem de Pacientes com Fibromialgia Atendidos em Serviço Público de Reumatologia e em Consultório Particular. Rev Bras Reumatol. 2006, 46 (1): 32-36.
19. Haun 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 (4): 221-230.

20. Gashu et al. Eficácia da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) e dos Exercícios de Alongamento no Alívio da Dor e na Melhora da Qualidade de Vida de Pacientes com Fibromialgia. Rev Fisioterapia da Universidade de São Paulo. 2001, 8 (2): 57-64.

21. Helfenstein M; Feldman D. Síndrome da Fibromialgia: Características Clínicas e Associações com outras Síndromes Disfuncionais. Rev Bras Reumatol. 2002, 42 (1): 8-14.

22. Berber JSS; Kupek E; Berber SC. Prevalência da Depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da Fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2005, 45 (2): 47-54.

23. Martinez et al. Correlação entre a Contagem dos Pontos Dolorosos na Fibromialgia com a Intensidade dos Sintomas e seu Impacto na Qualidade de Vida. Rev Bras Reumatol. 2009, 49 (1): 32-38.

24. Oliveira M; Coelho E; Tucher G. Diferença na Qualidade de Vida de Mulheres Ativas e Sedentárias com Síndrome de Fibromialgia. Rev Faculdade de Educação Física da UNICAMP. 2009, 7 (1): 125-135.

25. Marques et al. A Fisioterapia no Tratamento de Pacientes com Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. Rev Bras Reumatol. 2002, 42 (1): 42-48.

26. Prando MA; Rogatto GP. Influência de uma Sessão de Exercício em Esteira sobre a Sintomatologia e a Intensidade Dolorosa de Portadoras de Fibromialgia. Rev Digital. 2006 [acesso em 2011 set], 10(94). <http://www.efdeportes.com/efd94/fibromia.htm>

27. Martinez et al. Fibromyalgia Patients' Quality of Life and Pain Intensity Variation. Rev Bras Reumatol. 2008, 48 (6): 325-328.

