



VII Congresso de Pesquisa e Extensão da  
FSG  
V Salão de Extensão

<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

ISSN 2318-8014



**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PARTICIPANTES DO PROJETO DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA FIBROMIALGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DA SERRA GAÚCHA - FSG**

Claudia Lorini <sup>a</sup>, Franciele de Souza Ferreira <sup>b</sup>, Lidiane Barazzetti <sup>\*c</sup>, Mônica Fortuna Tartari <sup>d</sup>, Bruna Sales Sikelero <sup>e</sup>, Taciane Bavaresco <sup>f</sup>

**Informações de Submissão**

\*Autor correspondente (Orientador)  
Lidiane Barazzetti, endereço: Rua Os Dezoito  
do Forte, 2366 - Caxias do Sul - RS - CEP:  
95020-472

**Palavras-chave:**

Fibromialgia. Epidemiologia. Fisioterapia.

**Resumo**

A fibromialgia é uma das doenças reumáticas mais frequentes e se caracteriza por dor muscular crônica e generalizada, espalhada pelo corpo, sendo importante seu estudo para que a patologia seja mais conhecida, possibilitando, assim, melhores técnicas para alívio de dor e dos sintomas. Este estudo, de cunho observacional descritivo, está focado na análise de prontuários do programa de Fisioterapia Aquática do Centro Universitário da Serra Gaúcha, como objetivo de traçar um perfil clínico e epidemiológico dos participantes do referido projeto, entre os anos de 2008 a 2017. Foram analisados 81 prontuários, onde 98,8% dos participantes eram do sexo feminino, com uma média de idade de 50,0 anos (dp 11,97), uma média de pontos dolorosos de 13,2 pontos (dp 4,00) e uma média de nível de dor de 5,68 pontos (dp 3,37) na Escala Visual Analógica. Quase a totalidade dos participantes são mulheres, o que reflete a prevalência da doença na população, com idade entre 40 e 59 anos, com uma prevalência dolorosa entre 13 e 18 pontos, não existindo um padrão de distribuição de dor entre os pontos. O nível de dor das pacientes foi considerado elevado e os mecanismos envolvidos neste processo doloroso ainda não conhecidos.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população no Brasil é demonstrado por dados apresentados pelo IBGE, 2000. No ano de 2000, a população idosa representava 14.536.029 pessoas e em 2010, os idosos representavam 20.590.597 pessoas. Com o crescimento desta população idosa, ou seja, da população acima dos 60 anos, houve um aumento da morbidade da população em decorrência de doenças crônicas. Dentro destas patologias, destaca-se a fibromialgia, que é uma das doenças reumáticas mais frequentes e que se

caracteriza por dor crônica e difusa em pontos dolorosos espalhados pelo corpo (SILVA, ET. AL., 2012).

A patologia consiste em um quadro doloroso, sendo frequentes as queixas de fadiga, problemas relacionados ao sono, rigidez matinal, sensações de frio, calor e formigamento, edema e distúrbios cognitivos. O diagnóstico é realizado com base em testes clínicos, sendo que a doença atinge oito vezes mais mulheres que homens, frequentemente está associado a outras patologias e pode causar impactos negativos na qualidade de vida (HEYMANN, et. AL., 2010; MARTINEZ, et. AL., 2006). As primeiras menções da fibromialgia remontam há 160 anos quando Forriep visualizou pontos de endurecimento muscular em pacientes reumáticos (CARVALHO, et. AL., 2014). Entretanto, até a década de 1970 a patologia ainda era denominada “fibrosite” e não possuía sintomas de síndrome clínica. Foi somente na década de 90 que o diagnóstico de fibromialgia foi modificado para contemplar hipóteses mais estritas, quais sejam: a existência de um histórico de dor disseminada e dor por mais de três meses em 11 dos 18 pontos palpados (CALVACANTE, et. AL., 2006).

Com relação à prevalência da fibromialgia nos brasileiros, um estudo de investigação qualitativa, exploratória e bibliográfica que concluiu pela prevalência de 2,5% entre os brasileiros (JUNIOR, et. AL., 2012). No estudo de levantamento bibliográfico, apurou que a prevalência da fibromialgia na população em mundial é de aproximadamente 2%. Apesar disso, a patologia é responsável por cerca de 15% das consultas em ambulatórios reumatológicos e de até 10% das consultas em ambulatórios de clínica geral (PROVENZA, et. AL., 2004).

Assim, considerando que a fibromialgia é uma doença relativamente nova e que passou a ser estudada há poucas décadas, que causa um quadro doloroso associado a transtornos do sono, sociais e comportamentais, é evidente a importância de pesquisas sobre esta patologia. Desta forma pode-se compreender melhor o seu curso e os tratamentos podem ser elencados de maneira mais satisfatória, auxiliando na melhora da qualidade de vida do paciente e na diminuição dos sintomas, sempre que possível.

Desta forma, este estudo está voltado a traçar um perfil clínico e epidemiológico dos participantes do projeto de Fisioterapia Aquática na Fibromialgia do Centro Integrado de Saúde pertencente ao Centro Universitário da Serra Gaúcha, através da coleta de dados dos prontuários dos pacientes que fazem e fizeram parte do projeto no período de 2008 até o presente.

## 2 METODOLOGIA

Este é um estudo observacional descritivo. A coleta de dados foi realizada na sala de enfermagem B102, pertencente ao Centro Universitário da Serra Gaúcha, onde se encontram os arquivos com todos os prontuários dos participantes do Projeto de Fisioterapia Aquática na Fibromialgia. O Instituto Integrado de Saúde foi previamente avisado sobre as datas e horários em que ocorreram a coleta de dados. Nenhum prontuário foi retirado da sala do arquivo, portanto, a coleta foi feita exclusivamente no local onde estes ficam arquivados.

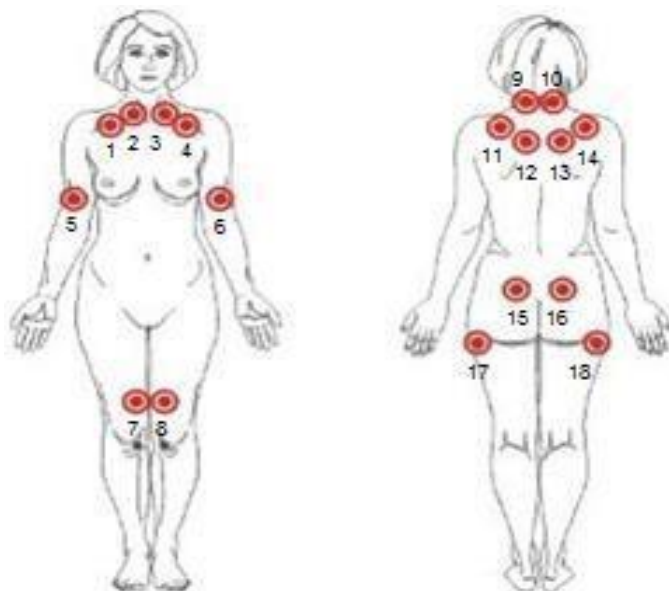
Para a coleta dos dados, utilizou-se um formulário de pesquisa que foi numerado. A ordem da coleta nos prontuários seguiu a ordem de data da avaliação, iniciando-se pelos mais antigos e seguindo até os mais atuais. Neste formulário foram coletados os seguintes dados: sexo, idade, etnia, ocupação, diagnóstico, nome do médico que realizou o diagnóstico, especialidade do médico que realizou o diagnóstico, medicamentos utilizados (antidepressivos e ansiolíticos e outros), patologias associadas, exames complementares (laboratoriais, raios-X, ressonância ou tomografia), número de pontos dolorosos, local mais acometido pelos pontos dolorosos (lombar, cervical, membros superiores ou membros inferiores) e o nível de dor referido na escala analógica de dor.

O dado “nome do médico que realizou o diagnóstico” foi coletado para posterior verificação de sua especialidade. A variável “local mais acometido pelos pontos dolorosos” foi considerada pelo local de concentração da maioria simples dos pontos. A variável “patologias associadas” foi categorizada conforme seu aparecimento na coleta de dados (ex: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho musculoesquelético).

A análise dos prontuários foi realizada com base nas informações preenchidas nos mesmos, nos quais consta uma imagem dos pontos de dor com a sua localização no corpo, os quais são assinalados conforme informações de cada paciente.

Os pontos dolorosos foram avaliados conforme a Figura 1, sendo que os pontos foram numerados de 1 a 18 pela pesquisadora para facilitar a compreensão e descrição dos mesmos, considerando-se os pontos de dor estabelecidos para fins de diagnóstico pela American College of Rheumatology (ACR) segundo a qual o diagnóstico da fibromialgia é feito através da presença de um histórico de dor disseminada e dor por mais de três meses em 11 dos 18 pontos palpados (HEYMANN, et. Al., 2017; MARQUES, et. Al.,

2015). A variável “número de pontos dolorosos” foi categorizada em tercís: 1 a 6 pontos dolorosos; 7 a 12 pontos e 13 a 18 pontos dolorosos, para que pudesse ser feita sua descrição de forma quantitativa através do número total e sua prevalência, para cada uma das categorias.



Pontos 1 e 4: Segunda articulação costochondral: lateral e superiormente à articulação, lado esquerdo e direito, respectivamente;  
 Pontos 2 e 3: Cervical baixa: anteriormente entre os processos transversos de C5 e C7, lado esquerdo e direito, respectivamente;  
 Pontos 5 e 6: Epicôndilo lateral: 2 cm distalmente ao epicôndilo, lado esquerdo e direito, respectivamente; Pontos 7 e 8: Joelho: coxim gorduroso medial, próximo à linha articular, lado esquerdo e direito, respectivamente;  
 Pontos 9 e 10: Occipital: inserção dos músculos suboccipitais, lado direito e esquerdo, respectivamente; Pontos 11 e 14: Trapézio: ponto médio das fibras superiores do músculo trapézio, lado direito e esquerdo, respectivamente;  
 Pontos 12 e 13: Supraespinal: inserção do músculo supraespinal, acima da espinha da escápula próxima ao ângulo medial, lado direito e esquerdo, respectivamente;  
 Pontos 15 e 16: Glúteo: quadrante superior e lateral das nádegas, lado direito e esquerdo, respectivamente; e  
 Pontos 17 e 18: Trocânter maior: posterior à proeminência trocântérica, lado direito e esquerdo, respectivamente.

**Figura 1 - Pontos doloroso numerados e seu respectivo local correspondente.**

*Fonte: prontuários de coleta de dados e Marques, Assumpção, Matsutani (MARQUES. Et. Al., 2015)*

Quanto à localização dos pontos dolorosos, estes foram distribuídos de acordo com a região em que se encontram, distribuídos da seguinte forma: região clavicular – pontos 1 a 4; região dos cotovelos – pontos 5 e 6; região dos joelhos – pontos 7 e 8; região da cintura escapular – pontos 9 a 14 e região da cintura pélvica – pontos 15 a 18.

Com relação ao nível de dor de cada paciente, este resultado foi obtido através

da Escala Visual Analógica (EVA), também constante nos prontuários de cada paciente, a qual define o nível de dor conforme informações prestadas pelos pacientes. A EVA, que é uma escala que se assemelha a uma régua com numeração de 0 a 10, sendo 0 sem dor e 10 dor pior, visando, assim, obter um resultado objetivo para o nível de dor de cada paciente (CARAVIELLO, et. Al., 2005). A variável “nível de dor” foi categorizada da seguinte forma: 0 a 4 – pequena dor; 5 a 7 – dor moderada e 8 a 10 – dor intensa.

A metodologia de análise de dados seguiu o procedimento de dupla entrada, sendo realizada no programa Microsoft Office Excel, versão 2007. Também foram realizadas comparações das digitações de consistência entre elas.

Foi realizada uma análise univariada para descrever as características da amostra. Para aquelas variáveis que foram coletadas de forma contínua, foi descrita a média e seu respectivo desvio-padrão; para as demais variáveis, foram descritas as frequências simples. Para a realização da análise dos dados, foi utilizado o software estatístico Microsoft SPSS versão 20.0.

O projeto de pesquisa deste estudo, elaborado anteriormente a realização da coleta de dados, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer número 1.913.792.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo foram analisados 81 prontuários dos participantes do projeto de fisioterapia aquática na fibromialgia. Entretanto, diversos prontuários estavam incompletos e não preenchidos com relação a determinadas variáveis, motivo pelo qual se fez necessária a inclusão de uma variável “não coletado” na tabela I, e que também resultou em um “n” de amostras diferentes nas outras tabelas.

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E RELACIONADAS COM A DOENÇA REUMÁTICA FIBROMIALGIA (N=81).

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	80	98,8
Masculino	01	1,2

<b>Idade</b>		
<ou= 30 anos	05	6,2
31-39 anos	03	3,7
40-49 anos	24	29,6
50-59 anos	36	44,4
>ou= 60 anos	13	16,0
<b>Cor da pele</b>		
Branca	34	42,0
Não-branca	0	0
Não coletado*	47	58,0
<b>Ocupação</b>		
Sem ocupação remunerada	38	46,9
Com ocupação remunerada	29	35,8
Não coletado*	14	17,3
<b>Médico responsável</b>		
Reumatologista	35	43,2
Outra especialidade	29	35,8
Não coletado*	17	21,0
<b>Diagnóstico clínico</b>		
Fibromialgia	66	81,5
Outros	02	2,5
Não coletado*	13	16,0

\*Não constava informação no prontuário do paciente.

A maioria dos pacientes cujos dados foram coletados é do sexo feminino (98,8%), apresentaram uma média de idade de 50,02 anos (dp 11,97), comum a maior prevalência na faixa etária de 50 e 59 anos (44,4%). Do total de pacientes, 46,9% não possuem ocupação remunerada e 81,5% dos pacientes foram diagnosticados com fibromialgia (Tabela I).

Com relação ao número de pontos dolorosos, a média de pontos foi de 13,23 pontos (dp 4,00), sendo que 69,7% dos pacientes apresentaram 13 a 18 pontos de dor. Em

relação à dor, a média encontrada de nível de dor foi de 5,68 (dp 3,37) e 52,8% dos pacientes possuíam dor intensa, de acordo com a escala visual analógica utilizada (Tabela II).

TABELA II – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O NÚMERO DE PONTOS DOLOROSOS APRESENTADOS E COM O NÍVEL DE DOR REFERIDO DE ACORDO COM A ESCALA VISUAL ANALÓGICA.

	N	%
<b>Número de pontos dolorosos<sup>1</sup></b>		
1 a 6 pontos	03	4,5
7 a 12 pontos	17	25,8
13 a 18 pontos	46	69,7
<b>Nível de dor<sup>2</sup></b>		
Pequena	02	3,8
Moderada	23	43,4
Intensa	28	52,8

<sup>1</sup> n total igual a 66;

<sup>2</sup> n total igual a 53;

Entre todos os pontos dolorosos, nenhum teve prevalência inferior a 60%, com prevalência máxima de 83,3% de dor no ponto 1, e 81,8% nos pontos 8 e 14 (Tabela III). Os pontos dolorosos foram numerados e classificados conforme a Figura 1 e sua respectiva legenda. Nenhuma região apresentou uma maior ou menor prevalência de pontos dolorosos, de forma geral.

TABELA III – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A LOCALIZAÇÃO DOS PONTOS DOLOROSOS (N=66, EM 15 PRONTUÁRIOS NÃO FORAM VERIFICADOS OS PONTOS DOLOROSOS).

	N	%
<b>Região clavicular</b>		
Ponto 1*	55	83,3
Ponto 2*	46	69,7
Ponto 3*	49	74,2

---

Ponto 4*	43	65,2
<b>Região cotovelos</b>		
Ponto 5*	50	75,8
Ponto 6*	51	77,3
<b>Região joelhos</b>		
Ponto 7*	52	78,8
Ponto 8*	54	81,8
<b>Região cintura escapular</b>		
Ponto 9*	46	69,7
Ponto 10*	51	77,3
Ponto 11*	49	74,2
Ponto 12*	40	60,6
Ponto 13*	43	65,2
Ponto 14*	54	81,8
<b>Região cintura pélvica</b>		
Ponto 15*	44	66,7
Ponto 16*	51	77,3
Ponto 17*	44	66,7
Ponto 18*	45	68,2

---

\*Numeração dos pontos de acordo com a Figura 1.

Referente a queixa principal dos pacientes, não houve coleta de dados em 7 prontuários e nos 74 prontuários coletados houve maior prevalência de dor na região cervical (14 pacientes), dor em todo o corpo (14 pacientes), dor nos ombros (13 pacientes), dor nos joelhos (12 pacientes), dor nas mãos (8 pacientes) e dor no quadril (8 pacientes).

Com relação às patologias associadas, não houve informações para coleta de 32 prontuários, sendo que nos 49 prontuários preenchidos, houve maior prevalência de depressão, em 4 pacientes, tendinite em 3 pacientes e artrose em 3 pacientes.

Quanto a história progressiva, igualmente 7 prontuários não foram coletados e nos 74 prontuários com dados preenchidos, houve maior prevalência de hipertensão arterial



sistêmica em 17 pacientes, hérnia de disco (13 pacientes), síndrome de túnel do carpo (9 pacientes), diabetes (9 pacientes), artrose (7 pacientes), retirada de vesícula (6 pacientes), problemas em geral ligados a tireóide (6 pacientes) e histerectomia (5 pacientes).

Importante destacar que tanto na queixa principal, quanto nas patologias associados e história pregressa, diversos prontuários apresentaram mais de uma situação preenchida, sendo que todas as queixas, patologias associadas e informações da história pregressa foram coletadas. Porém, em função da variabilidade das situações, somente as mais frequentes foram descritas.

As variáveis “amplitude de movimento”, “alteração de força muscular” e “alterações posturais” estavam incompletas, estando preenchidos, respectivamente, 16, 15 e 12 prontuários. A variável “alterações de sensibilidade” não estava preenchida em nenhum dos 81 prontuários coletados. Desta forma, o resultado destas variáveis não será apresentado neste estudo.

De forma geral, os resultados apontaram maior prevalência da procura do Projeto de Fisioterapia Aquática na fibromialgia por pacientes mulheres, o que provavelmente reflete uma maior prevalência da doença no sexo feminino. Também se verificou que a faixa etária de 50 a 59 anos foi a mais frequente, e que a maioria dos participantes do projeto apresentava dores intensas em 13 ou mais pontos de dor. Em um estudo de levantamento de dados de 3.274 registros entre os anos de 2005 a 2014, corroboram o que foi encontrado no presente estudo com relação a prevalência de fibromialgia maior em mulheres (MARQUES, et. Al., 2017).

Em outro estudo de levantamento bibliográfico, também indicaram que a proporção de mulheres para homens é de aproximadamente 6 a 10:1 (PROVENZA, et. Al., 2004). Conforme comprovado por este estudo e corroborado por estudos anteriores, a fibromialgia atinge mais mulheres do que homens, entretanto, o motivo para tal não é conhecido completamente pelos estudiosos, o que se analisa é que essa suscetibilidade feminina decorre provavelmente da diferença na estrutura e na função do sistema nervoso simpático em mulheres e homens (MARTÍNEZ – LÁVIN, 2014).

Dos 81 prontuários analisados, somente 1 (um) participante era do sexo masculino, o que não reflete a prevalência do sexo masculino na população. As mulheres buscam mais por serviços de saúde. Realizaram uma pesquisa de investigação com entrevista de 28 homens e concluíram que os homens buscam menos os serviços de saúde preventivos em decorrência do imaginário masculino de virilidade, invulnerabilidade e

força, sendo que a busca preventiva de serviços de saúde são associados a fraqueza, medo e insegurança. Os autores ainda afirmam que os homens buscam serviços de saúde somente quando os sintomas aparecem e a dor se torna insuportável em decorrência dos referidos estigmas culturais, podendo este ser um motivo para que haja um grande número de mulheres participantes do projeto analisado (GOMES, et. Al., 2007).

Com relação à idade dos pacientes, estudo com base em levantamento bibliográfico do período de 1990 a 2005 e relacionaram maior incidência em pacientes entre 30 e 50 anos de idade (CALVACANTE, et. Al., 2006). Reforçado pela prevalência da fibromialgia em mulheres na faixa etária entre 30 e 55 anos de idade como resultado de sua pesquisa transversal realizada com 100 mulheres portadoras de fibromialgia (COSTA, et. Al., 2016).

No entanto, na amostra pesquisada houve maior prevalência em pacientes entre 50 e 59 anos, com 44,4% e pacientes entre 40 e 49, com 29,6%. O estudo quantitativo, não experimental, transversal e descritivo realizado com 140 pessoas, verificou uma idade média dos pacientes de 56,47 anos (MARTINS, 2014). Outro estudo, quantitativo e transversal, com amostra de 70 pacientes com diagnóstico de fibromialgia, a faixa etária teve uma média de 56,97 anos, o que corrobora com os dados obtidos no presente estudo (GONÇALVES, 2013). Também é possível que esta faixa etária tenha apresentado uma maior prevalência neste estudo em virtude de que o Projeto de Fisioterapia Aquática na Fibromialgia geralmente ocorre em turnos diurnos, o que dificultaria o acesso aos pacientes mais jovens e em idade produtiva.

Referente ao dado de que a maioria dos pacientes não possui ocupação remunerada, a fibromialgia não é uma doença incapacitante para o trabalho, no entanto, diversos afastamentos por curtos períodos de tempo são comuns em razão dos sintomas de dor e fadiga crônicas. Estes afastamentos curtos podem ser prolongados por decisões judiciais, tornando-se, assim, um único afastamento laboral longo. Neste estudo, nos prontuários dos pacientes não constavam informações sobre o motivo da não realização de atividade não remunerada. Um dos fatores que pode ter contribuído, para a maioria da população não realizar atividade remunerada deve-se ao fato de que a maior parte dos indivíduos encontra-se na faixa etária de 50 a 59 anos e, desta forma, muitos podem estar aposentados por idade ou tempo de serviço (JUNIOR, et. Al., 2012).

Os pontos dolorosos foram coletados de 66 prontuários do total de 81, sendo numerados de 1 a 18, com base na imagem que consta no prontuário de cada paciente,

sendo prevalente a dor em 13 a 18 dos pontos dolorosos na maioria dos pacientes (69,7%). Isso colabora com o fato de que, segundo a American College of Rheumatology, o diagnóstico da fibromialgia é feito através da presença de um histórico de dor disseminada e dor por mais de três meses em 11 dos 18 pontos palpados (HEYMANN, et. Al., 2017; MARQUES, et. Al., 2015), o que demonstra que a população estudada apresenta de fato os critérios para diagnóstico de fibromialgia.

Um estudo descritivo, exploratório, comparativo, de corte transversal com abordagem quantitativa, e através da aplicação de um questionário em dois grupos, o primeiro, com 63 pacientes com diagnóstico de fibromialgia e o segundo com 75 paciente submetidos a consulta em uma clínica da dor e corroboraram a existência de diferenças nos sintomas de dor de homens e mulheres, sendo estes sintomas mais prevalentes no sexo feminino, e, desta forma, todos os tipos de dor clínica são diagnosticados mais comumente em mulheres (MARTINS, et. Al., 2012). Isto poderia explicar o fato de que a grande maioria dos pacientes que buscam tratamento no Projeto de Fisioterapia Aquática na Fibromialgia são mulheres, o que seria um reflexo da prevalência desta doença na população, podendo, assim, também explicar a alta prevalência de pontos dolorosos encontrados.

Em relação aos níveis de dor, neste estudo a maioria dos indivíduos (52,8%) relatou ter uma dor intensa. De acordo com o estudo realizado com 90 mulheres pode-se concluir que a dor sentida pelos pacientes fibromiálgicos é descrita de diferentes formas, como, por exemplo, como uma queimação, pontada, peso, cansaço, contusão, etc., e, geralmente, é agravada com a exposição ao frio, umidade e alteração de temperatura, que são característicos da serra gaúcha, local de proveniência dos indivíduos estudados (FERNANDES, 2016). Corroborando com o estudo acima, um estudo transversal que incluiu 26 pacientes mulheres diagnosticadas com fibromialgia, relataram que 65,4% das pacientes apresentam dor difusa pelo corpo de alta intensidade (MARTINEZ, et. Al., 1998).

A dor relatada pelos pacientes com fibromialgia acarreta em hiperalgesia e alodínia que, respectivamente, podem ser definidas como o aumento da sensação dolorosa após estímulo nocivo e dor causada por um estímulo que normalmente não geraria qualquer dor, ou seja, os receptores de estímulos anteriormente silenciosos passam a responder de maneira exacerbada a estímulos, sejam eles nocivos ou inócuos (FERNANDES, 2016).

A prevalência de dor em cada um dos 18 pontos na população estudada apresentou-se alta para todos os pontos, tendo como valor mínimo encontrado 60,6%, o que demonstra que não existe um padrão de distribuição de dor nos indivíduos estudados, ou seja, de forma geral, não existem pontos que acometem mais os indivíduos. Destaca-se assim o elevado número de pontos dolorosos espalhados pelo corpo, que corroboram o diagnóstico de dor difusa trazido pela ACR em 1990. Por meio de pesquisa de revisão bibliográfica, afirmaram que a fibromialgia se caracteriza por um desequilíbrio entre o mecanismo de transmissão de estímulos dolorosos periféricos e os estímulos de inibição da dor, causando, assim, dor disseminada e crônica (FERREIRA, et. Al., 2014). Os autores ainda reforçam que a fibromialgia apresenta como um dos sintomas, dores difusas e crônicas espalhadas em pontos pré-determinados e dolorosos à palpação (FERREIRA, et. Al., 2014).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, foi possível, neste estudo, demonstrar que quase a totalidade dos participantes do Projeto de Fisioterapia Aquática na Fibromialgia são mulheres, o que reflete a prevalência da doença na população, com idade entre 40 e 59 anos, com uma prevalência dolorosa entre 13 e 18 pontos, não existindo um padrão de distribuição de dor entre os pontos.

O nível de dor retratado nos prontuários dos pacientes foi elevado, com muitos relatos de dor intensa, sendo que os estudos analisados demonstraram a existência de uma razão fisiológica para este nível elevado de dor, a qual decorre de um desequilíbrio entre o mecanismo de transmissão de estímulos dolorosos e os estímulos de inibição de dor, ou seja, estímulos inofensivos e indolores passam a ser dolorosos nos pacientes diagnosticados com fibromialgia. Entretanto, os fatores que desencadeiam este desequilíbrio ainda são desconhecidos.

## 6 REFERÊNCIAS

IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil.  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>

SILVA, Kyara Morgana Oliveira Moura, et al. **Efeitos da hidrocinestoterapia sobre a qualidade de vida, capacidade funcional e qualidade do sono em pacientes com fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 52, n. 6, São Paulo: 2012. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042012000600004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000600004)

HEYMANN, Roberto Ezequiel, et al. **Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 50, n. 1, São Paulo: Jan/Feb. 2010. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006)

MARTINEZ, José Eduardo, et al. **Estudo Comparativo das Características Clínicas e Abordagem de Pacientes com Fibromialgia Atendidos em Serviço Público de Reumatologia e em Consultório Particular.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 46, n. 1, São Paulo: Jan/Feb. 2006. <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n1/29384.pdf>

CARVALHO, Marco Antonio P., et al. **Reumatologia: diagnóstico e tratamento.** 4ª ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

CAVALCANTE, Alane B., et al. **A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura.** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n. 1, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbr/v46n1/29386.pdf>

JUNIOR, Milton Helfenstein, et al. **Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais.** Revista Associação Médica Brasileira, 2012. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300018)

PROVENZA, JR, et al. **Fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 44, n. 6, São Paulo: 2004. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S048250042004000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042004000600008)

HEYMANN, Roberto Ezequiel, et al. **Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 57, n. 2, São Paulo: Mar/Apr. 2017. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006)

MARQUES, Amélia Pasqual; ASSUMPÇÃO, Ana; MATSUTANI, Luciana Akemi. **Fibromialgia e Fisioterapia: Avaliação e tratamento.** 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Manole Ltda., 2015.

CARAVIELLO, Eliana Zeraib, et al. **Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna.** Revista Acta Fisiátrica, vol. 12, n. 1, 11-14, 2005. [http://www.institutosarkis.com.br/v1/artigos/aval\\_dor.pdf](http://www.institutosarkis.com.br/v1/artigos/aval_dor.pdf)

MARQUES, Amelia Pasqual, et al. **A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 57, n. 4, São Paulo: Jul/Aug. 2017. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500416301747>

MARTÍNEZ-LÁVIN, Manuel. **Fibromialgia sem mistério: um guia para pacientes, familiares e médicos.** São Paulo: MG Editores, 2014.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Eliane Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Cad.

---

Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007.

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007000300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007000300015&script=sci_abstract&tlng=pt)

COSTA, Juliana Maria de Freitas Trindade, et al. **Frequência elevada de hiperparatireoidismo assintomático em pacientes com fibromialgia: associação ao acaso ou erro diagnóstico?** Revista Brasileira de Reumatologia, v. 56, n. 5, 2016.  
[http://www.scielo.br/pdf/rbr/v56n5/pt\\_0482-5004-rbr-56-05-0391.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbr/v56n5/pt_0482-5004-rbr-56-05-0391.pdf)

MARTINS, Rosa Maria Lopes, et al. **Impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos doentes.**  
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4446/3/Impacto%20da%20Fibromialgia%20na%20Qualidade%20de%20vida%20dos%20Doentes.pdf>

GONÇALVES, Andreia Henrique. **Impacto da fibromialgia na qualidade de vida das pessoas.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação), Escola Superior de Saúde de Viseu, 2013.  
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1963/1/GON%C3%87ALVES%2C%20Andreia%20Henriques%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

MARTINS, Marielza Regina Ismael, et al. **Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico.** Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 52, n. 1, 2012.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042012000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000100003)

FERNANDES, Ana Mércia Barbosa. **Reconhecimento das faces de alegria e dor, capacidade atencional e variabilidade da frequência cardíaca em mulheres com fibromialgia.** Dissertação (Mestrado em Neurociência Cognitiva e Comportamento), Universidade Federal da Paraíba, 2016. <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/8662>

MARTINEZ, José Eduardo, et al. **Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia.** Revista Acta Fisiátrica, vol. 5, n. 2, 1998.  
<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/download/102178/100591>

FERREIRA, Gabriele; MARTINHO, Ulisses Guimarães; TAVARES, Maria da Consolação Gomes. **Fibromialgia e atividade física: reflexão a partir de uma revisão bibliográfica.** Salusvita, v. 33, n. 3, Bauru: 2014.  
[https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v33\\_n3\\_2014\\_art\\_10.pdf](https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v33_n3_2014_art_10.pdf)