

Kinesiophobia, adherence to treatment, pain and quality of life in fibromyalgia syndrome patients*

Cinesiofobia, adesão ao tratamento, dor e qualidade de vida em indivíduos com síndrome fibromiálgica

Giovana Davi Lorente¹, Lia Fernanda Bocchi De Stefani¹, Marielza Regina Ismael Martins²

*Recebido da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20140020

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Fibromyalgia syndrome is characterized by diffuse and chronic musculoskeletal pain, which is difficult to handle and negatively affects patients' quality of life. This study aimed at measuring fear of movement, adherence to treatment and at evaluating health-related quality of life of fibromyalgia syndrome patients.

METHODS: This is a prospective study in convenience sample made up of individuals with fibromyalgia syndrome and treated in a Pain Outpatient Clinic. Tools used were: identification protocol, Fibromyalgia Impact Questionnaire, generic quality of life questionnaire World Health Organization's Quality of Life Instrument, visual analog scale, Tampa Scale for Kinesiophobia and treatment adherence measurement. Participated in the study 65 individuals being 35 with fibromyalgia syndrome called test group and 30 without diagnostic of musculoskeletal and neurological systems diseases called control group.

RESULTS: The test group had predominance of females, mean age of 42.5±4.3 years, 53% were married and mean education was 9±2.5 years. Mean pain duration was 3.5±1.2 years and mean of two years for fibromyalgia syndrome diagnostic. There has been poorer quality of life, more severe pain and acknowledgment of the importance of physical activities, in spite of referring fear. In addition, adherence to pharmacological treatment was lower than that observed in the control group.

CONCLUSION: Fibromyalgia patients had more severe pain, more fear of movement and poorer quality of life in physical and

social domains. Adherence to treatment level was medium and there has been decreased functional capacity.

Keywords: Evaluation, Fibromyalgia, Quality of life.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A síndrome fibromiálgica é caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, de difícil manuseio, afetando negativamente a qualidade de vida dos indivíduos. O objetivo deste estudo foi mensurar o medo do movimento, a adesão ao tratamento e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com síndrome fibromiálgica.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo prospectivo em amostra de conveniência composta por indivíduos com síndrome fibromiálgica que realizam atendimento ambulatorial em Clínica da Dor. Os instrumentos utilizados foram: protocolo de identificação, o Questionário de Impacto da Fibromialgia, questionário genérico de qualidade de vida *World Health Organization's Quality of Life Instrument*, a escala analógica visual, a Escala Tampa de Cinesiofobia e a medida de adesão ao tratamento. Participaram do estudo 65 indivíduos, sendo 35 com síndrome fibromiálgica denominados grupo teste e 30 indivíduos sem diagnóstico de doenças nos sistemas musculoesquelético e neurológico denominado grupo controle.

RESULTADOS: Na amostra do grupo teste houve predomínio do gênero feminino, média de idade de 42,5±4,3 anos, 53% casados e média de escolaridade de 9±2,5 anos. Foi relatado um tempo médio de dor de 3,5±1,2 anos e média de dois anos para o diagnóstico de síndrome fibromiálgica. Houve pior qualidade de vida, maior intensidade de dor, e reconhecimento da importância da atividade física, apesar de referirem medo. Além disso, constatou-se que a taxa de adesão ao tratamento farmacológico foi inferior ao observado no grupo controle.

CONCLUSÃO: Pacientes fibromiálgicos apresentaram maior intensidade de dor, maior medo de movimento e pior qualidade de vida nos domínios físico e social. O nível de adesão ao tratamento foi médio e houve decréscimo na capacidade funcional.

Descritores: Avaliação, Fibromialgia, Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome reumática, não inflamatória, de caráter crônico, que ocorre predominantemente em mulheres com idade entre 40 e 55 anos, caracterizada por dor musculoesque-

1. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

2. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Ciências Neurológicas, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Apresentado em 13 de novembro de 2013.

Aceito para publicação em 16 de maio de 2014.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)/Cnpq/FAMERP

Endereço para correspondência

Marielza R. I. Martins

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Departamento de Ciências Neurológicas

15090-000 São José do Rio Preto, SP, Brasil.

E-mail: marielzamartins@famerp.br

lética difusa e áreas dolorosas específicas à palpação (*tender points*). Frequentemente é associada a fadiga generalizada, distúrbios do sono, rigidez matinal, dispneia, ansiedade e alterações de humor, que podem evoluir para um quadro de depressão¹.

A dor, principal característica da FM, é diferente de qualquer outra impressão sensorial porque se caracteriza não somente pela dimensão sensorio-discriminativa que o indivíduo vivencia, mas também pelo importante componente afetivo-emocional, que constitui a dimensão afetivo-emocional da dor. A sua complexidade e subjetividade dificulta sua avaliação precisa e justifica a utilização de técnicas como questionário verbal, escala de categoria numérica, escala analógica visual (EAV) e índices não verbais para sua avaliação².

Os distúrbios do humor, como ansiedade e depressão, são comuns e importantes já que influenciam negativamente a FM, de forma semelhante ao que ocorre em outras doenças. Por ser uma doença de origem não determinada e cura incerta, a FM provoca sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. A prevalência de anormalidades psicológicas, particularmente a depressão, é elevada entre esses pacientes, variando de 49 a 80%. A depressão pode iniciar ou perpetuar os seus sintomas, provocar limitações funcionais importantes e consequentemente influenciar a qualidade de vida dos pacientes³. É importante ressaltar, no entanto, que uma parcela considerável de pacientes com FM não apresenta depressão, de forma que ambas, depressão e FM, são condições clínicas diferentes⁴.

Não existe ainda uma causa definida, mas há indícios de por que as pessoas têm FM⁴. Pesquisas recentes mostram anormalidades bioquímicas, metabólicas e imunorreguladoras⁵. O mecanismo mais aceito para o entendimento fisiopatológico da FM é o de uma alteração em algum mecanismo central de controle da dor o qual poderia resultar em uma disfunção neuro-hormonal. Essa disfunção poderia ser desencadeada por uma infecção viral, estresse mental ou por um trauma físico, entre outros⁶.

Os dados epidemiológicos referentes à prevalência são variáveis, de acordo com diferentes estudos, dependendo da população avaliada e da metodologia aplicada. Com base em pesquisas internacionais^{7,8}, a frequência é de 1 a 5% na população geral. Nos serviços de clínica médica, essa frequência é em torno de 5% e nos pacientes internados de 7,5%. Na clínica reumatológica por sua vez, essa síndrome é detectada em 14% dos atendimentos⁹.

Essa frequência vem aumentando progressivamente, uma vez que há um conhecimento cada vez maior sobre a FM, e com o aprimoramento do uso de critérios diagnósticos em todo mundo⁸. No Brasil, alguns trabalhos falam a favor de uma prevalência em torno de 10% da população geral⁹.

Com relação à atividade ocupacional, mais de 30% dos pacientes com FM são forçados a reduzir a carga horária de trabalho ou trocar para um que tenha menor demanda física para conseguir manter-se empregados. Nos Estados Unidos, 15% dos pacientes com FM são aposentados por invalidez¹⁰. Em vários países, o reconhecimento da gravidade do impacto social da FM ainda é insatisfatório, e o risco de marginalização desses indivíduos implica em um prejuízo ainda maior da qualidade de vida desses pacientes¹¹.

Assim, a avaliação da qualidade de vida por meio de questionários tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde. Isso porque os conceitos de saúde e qualidade de vida se interpoem – considerados como satisfação e

bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural. Na prática clínica, eles podem identificar os âmbitos mais influenciados por determinada síndrome e avaliar a efetividade de uma intervenção e da análise de custo-utilidade do tratamento¹².

Diante do exposto este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e a adesão ao tratamento de pacientes fibromiálgicos e verificar a limitação ou medo do movimento assim como a presença de dor.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo em amostra de conveniência composta por indivíduos com FM, que realizam atendimento ambulatorial na Clínica da Dor do Hospital de Base, Funfarme/Famerp.

Participaram do estudo 65 pacientes de ambos os gêneros, com nível cognitivo suficiente para entender os procedimentos e acompanhar as orientações dadas, além de consentir em participar do estudo. Todos os pacientes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os pacientes foram alocados em um grupo teste (GT), com diagnóstico de FM (n=35) segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, e um grupo controle (GC) (n=30) submetido a interconsulta na Clínica da Dor e sem diagnóstico de doenças nos sistemas musculoesqueléticos e neurológicos, ou queixas incapacitantes nesses sistemas, com recomendação para realização de caminhadas (dor pélvica, causas vasculares, hormonais).

Ambos os grupos foram avaliados em entrevistas individuais e presenciais através dos seguintes instrumentos: Questionário de Impacto de Fibromialgia (FIQ)¹³, o *World Health Organization's Quality of Life Instrument* (Whoqol-bref)¹⁴, a EAV¹⁵, a Escala Tampa de Cinesiofobia (ETC)¹⁶ e o questionário de Medida de Adesão a Tratamento (MAT)¹⁷.

A avaliação dos sujeitos de ambos os grupos foi realizada utilizando-se o FIQ¹³, que envolve 20 questões distribuídas em 10 itens (capacidade funcional, sentir-se bem, faltas no trabalho, interferência dos sintomas no trabalho, dor, fadiga, rigidez matinal, cansaço matinal, ansiedade e depressão) nos quais nove dos 10 itens apresentam maior escore como pior condição, sendo exceção o item sentir-se bem. Sete dos nove itens (4º ao 10º) são pontuados utilizando-se a EAV, ou seja, entre zero e 10. A capacidade funcional é avaliada em 10 questões, com respostas entre zero e 3, que ao final são somadas, variando entre zero e 30. As questões faltas no trabalho e sentir-se bem são pontuadas em dias da semana, originalmente variando entre zero e 5.

O questionário de qualidade de vida Whoqol-bref¹⁴ é composto por 26 itens que representam as facetas, as quais, por sua vez, referem-se a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas para todas as questões são obtidas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, na qual a pontuação pode variar de 1 a 5, além de duas questões sobre qualidade de vida geral calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos escores dos domínios, denominada *overall* ou “qualidade de vida geral”.

A EAV avalia a intensidade da dor, consistindo em uma reta de 10 cm de comprimento, desprovida de números, em que há somente a indicação no extremo esquerdo e direito de “ausência de dor” e “dor insuportável”, respectivamente. Quanto maior o escore,

maior a intensidade da dor. O paciente é instruído a marcar um ponto que represente a intensidade da dor sentida no momento da entrevista. Essa escala é um importante instrumento para verificar a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento de maneira mais fidedigna, permitindo, assim, avaliar a eficácia do tratamento¹⁵.

A ETC é a versão adaptada para o Brasil da “Tampa Scale for Kinesiofobia”, um dos instrumentos mais utilizados na avaliação da cinesiofobia, ou seja, medo excessivo, irracional e debilitante do movimento e da atividade física, que resulta em sentimentos de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência da lesão¹⁶. É composta por 17 perguntas que abordam a dor e a intensidade dos sintomas, e os escores variam de 1 a 4 pontos, sendo “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “concordo totalmente” e “concordo parcialmente”, respectivamente. Para a obtenção do escore total final é necessária a inversão dos escores das questões 4, 8, 12 e 16. Quanto maior a pontuação, maior o grau de cinesiofobia.

A medida de adesão à terapia (MAT), teste proposto por Morisky, Green e Levine¹⁷, avalia a adesão considerando todos os fármacos prescritos para o paciente, inclusive aqueles indicados para o tratamento de outras doenças concomitantes, eventualmente presentes. O MAT modificado é um questionário baseado em quatro itens, e a pontuação obtida varia de zero a 4, atribuindo-se o valor 1 para cada resposta negativa obtida. Considerou-se alta adesão ao tratamento os pacientes que obtiveram escore de 4 pontos, média adesão escore de 2 a 3 pontos e baixa aquela com zero a 1 ponto.

Também foi utilizado o protocolo de dados pessoais com o objetivo de coletar informações sobre as variáveis demográficas que foram utilizadas somente para caracterizar as amostras e garantir a similaridade entre os grupos.

Para atender aos objetivos propostos foi realizada análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos, de acordo com estatísticas descritivas como média, desvio padrão, mediana, extremos e intervalo de confiança com o objetivo de embasar a análise exploratória dos dados quantitativos. Para a análise dos dados foram utilizados o teste de Mann-Whitney e ANOVA e nível de significância de 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Parecer nº 112/2010).

RESULTADOS

Na amostra dos dois grupos há predomínio do gênero feminino, média de idade de 44,5±3,8 anos, 40% casados e média de escolaridade de 8±2,7 anos. Foi relatado um tempo médio de dor de 3,5±1,2 anos e uma média de 2 anos para o diagnóstico clínico da fibromialgia no GT. A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra dos dois grupos estudados.

Em relação ao peso e altura, nota-se que apesar de não haver diferença significativa entre os grupos, o índice de massa corpórea (IMC) médio é inferior no GT (24,7 versus 27,1 no GC; p<0,05), o que significa que os pacientes com FM encontram-se com um peso adequado, e o GC está no grupo de sobrepeso.

Com relação ao impacto da FM avaliado pelo FIQ oito dos 10 itens apresentaram maior escore com pior condição, sendo exceção o item sentir-se bem e faltas e habilidade para trabalhar (Tabela 2).

Tabela 1. Caracterização da amostra dos grupos estudados

Variáveis	Grupos	n	Média±DP	%	Valor de p
Idade (anos)	Teste	35	42,5±4,3		0,06
	Controle	30	45,5±2,5		
Gênero	Teste	35		Feminino 93	0,06
	Controle	30		Feminino 80	
Estado civil	Teste	35		Solteiro 6,7	0,08
				Casado 53,3	
	Controle	30		Divorciado 40	
				Solteiro 6,7	
			Casado 58		
			Divorciado 28,6		
			Viúvo 6,7		
Tempo de dor (anos)	Teste	35	3,5 ±1,2		0,06
	Controle	30	2,8± 1,8		
Escolaridade (anos)	Teste	35	9 ±2,5		0,06
	Controle	30	8 ±3,2		
Situação Laboral	Teste	35		Ativo 33,3	0,06
				Desemprego 0	
				Aposentadoria 6,7	
				Benefício 60	
				Ativo 37	
				Desemprego 11	
				Aposentadoria 17	
				Benefício 35	
Peso (kg)	Teste	35	67,14±9,49		0,58
	Controle	30	68,5±8,13		
Altura (m)	Teste	35	1,65±0,09		0,05
	Controle	30	1,59±0,06		

Os resultados obtidos pela aplicação do questionário específico, FIQ, evidenciou diferença estatisticamente significativa entre o GC e o GT (valor p<0,05), para a maioria dos itens, exceto para capacidade funcional e habilidade para trabalhar. Todos os itens estão listados na tabela 2.

A tabela 3 mostra a qualidade de vida dos indivíduos estudados através do Whoqol-bref.

A qualidade de vida avaliada pelo questionário Whoqol-bref mostrou que, dos cinco domínios analisados, apenas os domínios físico e social apresentam diferenças estatisticamente significativas (p<0,05). A qualidade de vida acerca desses critérios é menor nos pacientes portadores da síndrome fibromiálgica do que nos indivíduos do GC.

Tabela 2. Dados obtidos com o Questionário de Impacto de Fibromialgia nos grupos estudados

Variáveis	Grupo teste Média±DP	Grupo controle Média±DP	Valor de p
Capacidade funcional	11,75±5,73	10,3±3,00	0,076
Sentir-se bem	2,35±1,95	3,38±0,90	0,048*
Faltas no trabalho	6,04±2,33	4,85±2,29	0,035*
Habilidade para trabalhar	7,14±2,05	6,76±2,00	0,065
Dor	8,11±2,67	5,41±3,19	0,035*
Fadiga	8,53±1,85	5,75±2,03	0,048*
Sono	7,56±1,50	6,58±2,00	0,042*
Rigidez matinal	8,59±1,04	6,56±3,19	0,003*
Ansiedade	6,59±3,16	4,95±2,03	0,022*
Depressão	6,41±2,50	5,35±2,29	0,012*

*nível descritivo de significância de 0,05 do teste não paramétrico Mann-Whitney.

Tabela 3. Média dos domínios do *World Health Organization's Quality of Life Instrument* entre os indivíduos de ambos os grupos

Domínios	Grupo teste (n=35) Média±DP	Grupo controle (n=30) Média±DP	Valor de p
Físico	49,8±12,8	64,5±12,5	0,048*
Psicológico	59,6±20,7	68,6±18,9	0,119
Social	54,2±11,8	65,7±15,6	0,042*
Ambiental	63,7±15,7	73,9±17,4	0,07
Geral	54,5±21,8	66,7±18,9	0,627

*Nível descritivo de significância de 0,05 do teste não paramétrico Mann-Whitney.

Em relação aos valores da EAV, o GT apresentou os maiores valores (7,94>5,5), o que representa maior intensidade de dor e maior incapacidade funcional.

A cinesiofobia avaliada por meio da ETC mensurou o medo de movimento e o medo de reincidência das dores ao movimentar-se e apresentou diferença significativa entre os grupos ($p=0,035$). A média do escore da ETC no GT foi 46,93±10,27 (variando de 28 a 63) comparada ao GC que foi 33,4±7,8.

A adesão ao tratamento farmacológico foi avaliada nos indivíduos através do MAT. Conforme demonstrado na tabela 4, o GC possui uma adesão maior do que o GT.

Tabela 4. Média de adesão ao tratamento farmacológico de ambos os grupos

Adesão	Grupo teste (n=35) Média	Grupo controle (n=30) Média
Alta	20% (n=3)	35% (n=7)
Média	60% (n=9)	50% (n=10)
Baixa	20% (n=3)	15% (n=3)

DISCUSSÃO

A análise dos dados demográficos não evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mostrando que eram homogêneos em relação ao gênero (predominantemente feminino) e estado civil (casado). Quanto ao tempo de dor foi discretamente maior no GT. Avaliando outros estudos similares observa-se que a idade média de pacientes com fibromialgia no GT foi uma das menores, já que no estudo com pacientes fibromiálgicos^{1,18} foi de 47,6 e 49,5 anos, respectivamente, enquanto nos estudos em indivíduos com dor lombar crônica (DLC)^{19,20}, essa média foi de 42,0 e 54,2 anos, respectivamente. Além disso, os indivíduos do GT tinham um tempo médio de evolução da doença de aproximadamente quatro anos, bastante inferior aos resultados obtidos nos estudos de DLC^{17,21}, o que possivelmente demonstra a gravidade do prejuízo da qualidade de vida, dado que esses pacientes buscam auxílio médico mais rapidamente.

Apesar de predominarem os casados em ambos os grupos, observou-se uma taxa de divórcio muito superior no GT em relação ao GC (40 e 29%, respectivamente), o que pode ser consequência da piora da qualidade de vida desses pacientes, levando a prejuízo das relações sociais. Com relação ao nível de escolaridade não houve diferença significativa entre os grupos estudados e quanto aos prejuízos ocupacionais, observou-se que 60% dos pacientes com FM recebem benefício social, enquanto somente 35% do GC encontram-se nessa condição, o que demonstra como a FM é incapacitante.

O impacto negativo que a FM causa na qualidade de vida de indivi-

duos tem sido relatado por muitos estudos³, resultado que também foi constatado no presente estudo, já que todos os itens do questionário FIQ, em que há diferença estatística significativa, revelam pior condição de vida desse grupo de pacientes, exceto quanto ao item faltas no trabalho. Esse fato pode significar que apesar do baixo percentual de pacientes que continuam profissionalmente ativos, os que o fazem conseguem ter um melhor controle da doença.

Comparando-se os resultados obtidos com outros estudos^{3,20}, observou-se que capacidade funcional e bem-estar do GT é são bastante superiores aos grupos da comparação (11,75 vs. 13,30 e 14,93; 2,35 vs. 1,05 e 1,93 respectivamente), assim como a sensação de dor (8,11 vs. 7,75 e 7,77 respectivamente), o que parece um contrasenso. Nota-se também que a ansiedade (6,59 vs. 8,63 e 7,71, respectivamente) é bastante inferior aos estudos prévios, o que pode ser uma possível explicação para a melhor capacidade funcional do GT. No entanto, há uma série de outros fatores que poderiam explicar esse fato, portanto, seria necessário um estudo mais aprofundado para que qualquer conclusão seja obtida.

Quanto à qualidade de vida avaliada pelo Whoqol-bref, observou-se compatibilidade com resultados obtidos em outros estudos em pacientes com dor crônica, como no estudo de dor lombar crônica²¹. Comparando-se os estudos, constatou-se que quatro dos domínios analisados possuem valores muito próximos, e o domínio Social difere um pouco (54,2 vs. 65,6 respectivamente). Assim, pode-se dizer que a qualidade de vida em pacientes com FM e DLC é semelhante, e possivelmente inferior à média populacional.

Quanto a EAV, no estudo de Provenza e col.²² os pacientes referiam dor de moderada para intensa com índice médio de dor em torno de 7,32, valor semelhante ao encontrado no presente estudo e também bastante superior ao observado no GC.

A ETC tem sido amplamente utilizada para mensurar o medo de movimento e o medo de reincidência da lesão. Estudos^{16,21} demonstram que indivíduos com altos escores apresentam pior desempenho em testes físicos. Os valores de ETC observados no presente estudo são compatíveis com os de outros estudos em dor crônica, como no caso de DLC¹⁹ (ETC=39,18±9,46, variando de 22 a 57).

Valim²³, em seu artigo de revisão, relata que os ensaios clínicos utilizando exercício no tratamento da FM mostram fortes níveis de evidência de que exercícios aeróbicos supervisionados são eficazes na redução da dor; número de pontos dolorosos, qualidade de vida e depressão, e que esses pacientes parecem necessitar de um período maior e mais esforço pessoal para adaptação a um programa de exercício, além de poderem até piorar nas primeiras oito semanas. Por isso, ensaios de curta duração não demonstraram melhora na qualidade de vida, enquanto programas mais longos, com mais de 15 semanas, conseguiram observar melhora em vários aspectos, inclusive qualidade de vida. Outro fator observado foi que indivíduos com mais dor podem ter menos tolerância ao esforço, e aqueles que se sentem emocionalmente piores podem sentir-se mais apoiados e cuidados em um grupo.

Quanto à adesão ao tratamento farmacológico, observou-se baixa taxa de adesão no GT, e ainda assim, muito pior do que foi observado em estudos em pacientes com dor crônica, que já constataram adesão insuficiente ao tratamento, e que essa adesão não variava ao longo do tempo. Enquanto no GT, a adesão foi de 20%, esse grupo representava 43% de tal estudo²⁴.

CONCLUSÃO

Neste estudo pacientes fibromiálgicos apresentaram maior intensidade de dor, maior medo de movimento e pior qualidade de vida nos domínios físico e social. O nível de adesão ao tratamento foi médio e houve decréscimo na capacidade funcional. Assim uma abordagem multifatorial e multidimensional é fundamental para o sucesso terapêutico desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Santos AM, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CA, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10(3):317-24.
2. Ferreira EA, Marques AP, Matsutani LA, Vasconcellos EG, Mendonça LL. Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(2):104-10.
3. Berber JD, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45(2):47-54.
4. Fibromialgia – Cartilha para pacientes. Sociedade Brasileira de Reumatologia. 2011.
5. Sánchez MA. Fibromialgia. *Colomb Med.* 2005;36(4):287-91.
6. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(1):8-14.
7. Vallejo M, Martínez-Martínez LA, Grijalva-Quijada S, Olguín-Ruvalcaba HM, Salas E, Hermosillo AG, et al. Prevalence of fibromyalgia in vasovagal syncope. *J Clin Rheumatol.* 2013 ;19(3):111-4.
8. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res .* 2013;65(5):777-85.
9. Rocha CE, Martins MR, Foss MH, Santos Junior R, Dias LC, Forni JE, et al. Melhora da qualidade de vida de pacientes com dor neuropática utilizando de monitorização ambulatorial contínua. *Rev Dor.* 2011;12(4):291-6.
10. International Association for the Study of Pain (IASP). Pain – Clinical Updates. Volume XVI, Issue 4, June 2008. [editorial].
11. Van Abbema R, Van Wilgen CP, Van Der Schans CP, Van Ittersum MW. Patients with more severe symptoms benefit the most from an intensive multimodal programme in patients with fibromyalgia. *Disabil Rehabil.* 2011;33(9):743-50.
12. Martins MR, Polvero LO, Rocha CE, Foss MH, Santos Junior RD. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(1):21-6.
13. Marques AP, Santos AM, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CA. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):24-31.
14. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)]. *Rev Saude Publica.* 1999;33(2):198-205. Portuguese.
15. Pimenta CA. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD. (editor). *Dor conceitos gerais.* São Paulo: Limay; 1994. 46-56p.
16. Siqueira FB, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LD. Escala de tampa de cinesiofobia-brasil. *Acta Ortop Bras.* 2007;15(1):19-24.
17. Morisky DE, Green W, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74.
18. Case Management Society of America. Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies. CMGA-1, 2004.
19. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J.* 2004;122(6):252-8.
20. Stefane T, Santos, AM, Marinovic A, Hortense P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):14-20.
21. Heuch I, Foss IS. Acute low back usually resolves quickly but persistent low back pain often persists. *J Physiother.* 2013;59(2):127.
22. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, et al. Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2004;44(6):443-9.
23. Valim V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):49-55.
24. Kurita GR, Pimenta CA. Adesão ao tratamento da dor crônica. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(2-B):416-25.