

## ARTIGO ORIGINAL

***Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre  
semelhanças e diferenças de gênero.  
Fibromyalgia in man and woman: study on, gender  
differences and similarities.***

Adham do Amaral e Castro<sup>1</sup>, Lígia Keiko Kitanishi<sup>1</sup>, Thelma Larocca Skare<sup>2</sup>

**Resumo**

Introdução: a prevalência da fibromialgia (FM) na população geral é estimada entre 0,66 e 4,4%, sendo cerca de 8 vezes maior em mulheres. Diferenças clínicas na FM entre os gêneros são descritas na literatura, contexto no qual se insere a presente pesquisa. Objetivos: comparar a prevalência de manifestações clínicas (número de tender points, distúrbios do sono, fenômeno de Raynaud, parestesias, distúrbios de memória, sensação de rigidez e palpitações), hipotireoidismo associado, qualidade de vida e sintomas depressivos entre os dois sexos. Método: foram estudados 94 pacientes que preencheram os critérios de FM do Colégio Americano de Reumatologia (1990). As manifestações clínicas foram avaliadas através de questionário sobre os sintomas e exame clínico para detecção dos tender points. O hipotireoidismo foi avaliado dosando-se o hormônio estimulante da tireóide (TSH), sendo considerado valores normais os até 4,5  $\mu$ UI/ml. A qualidade de vida foi avaliada pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) e os sintomas depressivos pela escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Resultados: dos 94 pacientes, 7,5% eram homens e 92,5% mulheres. Houve diferença significativa entre os gêneros quanto à presença de cefaléia tipo enxaqueca ( $p=0.02$ ), distúrbios vasomotores ( $p=0.038$ ) e distúrbios de memória ( $p=0.019$ ), os quais foram mais prevalentes nas mulheres. Não foi encontrada diferença significativa quanto aos outros parâmetros clínicos, nem quanto à pontuação do QIF e CES-D. Conclusão: os resultados obtidos neste estudo corroboraram a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres com FM.

**Descritores:**

1. Fibromialgia,
2. cefaléia,
3. qualidade de vida,
4. depressão, gênero.

**Abstract**

Introduction: fibromyalgia (FM) prevalence in the general population is between 0.66% and 4.4%; it is about eight times more frequent in women. Clinical differences in symptoms of FM according to gender have been described in literature. Objectives: to study comparatively men and women with FM for prevalence of clinical manifestations (number of tender points, sleep disturbances, Raynaud's phenomenon, paresthesia, memory disturbance, feeling of stiffness and palpitations), associated hypothyroidism, quality of life and depression. Methodology: 94 patients who met the FM criteria of the American College of Rheumatology (1990) were studied. Clinical manifestations were evaluated by a questionnaire about symptoms and clinical examination for tender points. The presence of hypothyroidism was assessed by measuring levels of thyroid stimulating hormone (TSH) that it was considered normal if equal or under 4.5  $\mu$ UI / ml. Quality of life was assessed by the validated Brazilian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (QIF), and depressive symptoms were assessed by the scale of population screening for depression of the Center for Epidemiologic Studies (CES-D). Results: of the 94 patients, 7.5% were men and 92.5% were women. There were significant differences regarding the presence of migraine headache ( $p=0.02$ ), vasomotor disturbances ( $p=0.038$ ) and memory disorders ( $p=0.019$ ). These findings were more prevalent in women. No significant differences were found regarding the other clinical parameters neither on the pontuation of QIF and CES-D.

1. Alunos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

2. Profa.. Titular de Reumatologia do Curso de Medicina da FEPAR.

Conclusion: the results of this study confirmed the existence of significant differences between men and women with FM.

**Key words:** 1.Fibromyalgia,  
2.headache,  
3.quality of live,  
4.depression,  
5.gender.

## Introdução

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica. O Colégio Americano de Reumatologia propôs, em 1990, critérios para sua classificação. Segundo tais critérios é necessária história de dor generalizada e de dor em 11 de 18 sítios de “tender points” à palpação digital. A dor é considerada generalizada se presente tanto no lado esquerdo quanto no direito do corpo; presente acima e abaixo da cintura; em adição, presença de dor no esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior, ou região lombar)<sup>(1)</sup>. Os critérios foram validados para o contexto brasileiro em 1998<sup>(2)</sup>.

A prevalência de FM na população geral é apontada com valores entre 0,66 e 4,4%, sendo maior em mulheres do que em homens, especialmente na faixa etária entre 35 e 60 anos<sup>(3)</sup>. Estudos em crianças, adolescentes e grupos especiais são escassos e pouco conclusivos<sup>(3)</sup>. Teorias acerca dos mecanismos fisiopatológicos mais aceitas atualmente envolvem um desequilíbrio entre percepções dolorosas e os mecanismos de modulação de vias aferentes. Contudo, explicações multicausais, incluindo mecanismos psicossociais, estão descritas na literatura<sup>(4)</sup>.

Geralmente, acompanhando o quadro de dor músculo-esquelética difusa e os “tender-points”, existem sintomas como sensação de rigidez, distúrbio do sono, fadiga, parestesias, dificuldade de memória, palpitação, tontura, sensação de inchaço, dor torácica, zumbido, enjôos, fenômeno de Raynaud<sup>(5)</sup>. A sintomatologia pode se alterar de acordo com fatores moduladores, como grau de atividade física, alterações climáticas, estresse emocional, dentre outros. O impacto na qualidade de vida dos pacientes é determinado principalmente pela incapacidade funcional resultante de dor e fadiga<sup>(6)</sup>.

A síndrome fibromiálgica pode se apresentar isoladamente ou associada a outras condições clínicas como hipotireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide dentre outras<sup>(7)</sup>. Os pacientes com hipotireoidismo podem apresentar sinais e sintomas inespecíficos,

como, cansaço, fraqueza, deficiência de memória, parestesias e dores vagas. Tais manifestações se assemelham muito às manifestações do paciente fibromiálgico, com exceção dos “tender points”. Sendo assim, torna-se importante o diagnóstico diferencial das duas síndromes. Exames complementares, como a dosagem de TSH, podem ser medidas úteis nestes pacientes<sup>(8)</sup>.

A FM altera de maneira importante a qualidade de vida do paciente. O uso de questionários de qualidade de vida permite uma avaliação mais objetiva das combinações dos fatores subjetivos que envolvem a mesma<sup>(9)</sup>. Em 1991, Burckhardt et al.<sup>(10)</sup> propuseram e testaram um instrumento para avaliação da qualidade de vida específico para FM, o Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), o qual foi validado em 2006 para a versão brasileira, sendo denominado de Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF)<sup>(11)</sup>.

A depressão é outro sintoma importante, sendo apontada como um dos sintomas mais frequentes em pacientes fibromiálgicos<sup>(9)</sup>. Para rastreá-la existe a escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), que é um instrumento auto-aplicável de 20 itens desenvolvido por Radloff em 1977, com a finalidade de detectar sintomas depressivos em populações adultas. Grande parte da contribuição para o desenvolvimento desse instrumento provém de outras escalas de sintomas depressivos, incluindo o Inventário de Depressão desenvolvido por Beck. Estudos indicam considerável convergência do CES-D com outras escalas de depressão<sup>(12)</sup>.

Diferenças clínicas nos sintomas da FM entre homens e mulheres têm sido previamente descritas, mostrando-se significativas entre os grupos estudados<sup>(13,14,15)</sup>. O reconhecimento das diferenças específicas entre homens e mulheres fibromiálgicos pode estimular a melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da doença assim como permitir ao clínico um melhor abordagem do paciente.

Na presente pesquisa avaliou-se de maneira comparativa a qualidade de vida de homens e mulheres com FM através do QIF; a prevalência de “tender points” e de sintomas associados, grau de depressão (avaliado pela CES-D) e presença de hipotireoidismo associado.

## Metodologia

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nossa Instituição. Foram avaliados 94 pacientes do ambulatório de FM do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, selecionados por ordem de chegada para consulta e disponibilidade em participar da pesquisa sendo obtida assinatura dos mesmos em termo de consentimento livre e esclarecido.

Como critério de inclusão os pacientes deveriam preencher obrigatoriamente os critérios de classificação para FM do Colégio Americano de Reumatologia (1990), ao momento do diagnóstico. Os pacientes foram submetidos a 3 questionários. O primeiro foi referente ao diagnóstico da FM, dados demográficos e sintomas associados à fibromialgia, como: cefaléia tensional, enxaqueca, fenômeno de Raynaud, parestesia, sensação de rigidez, palpitações, qualidade do sono e distúrbios de memória. Estes dois últimos parâmetros foram abordados através de uma escala visual analógica (EVA) a qual correspondeu a uma linha horizontal de 10 cm, na qual cada cm correspondia a um ponto, sendo a pontuação 0 representando a ausência do sintoma e a pontuação 10 a intensidade máxima do sintoma.

Para considerar presença ou não de disfunção tireoidiana associada à fibromialgia a função tireoidiana foi avaliada pela dosagem sérica do hormônio estimulante da tireóide (TSH), sendo adotados como valores normais, os níveis séricos entre 0,4 a 4,5  $\mu\text{UI/ml}$ . Pacientes com níveis séricos de TSH acima de 4,5  $\mu\text{UI/ml}$  foram considerados como tendo hipotireoidismo e pacientes com níveis séricos de TSH abaixo de 0,4  $\mu\text{UI/ml}$ , hipertireoidismo.

O segundo questionário foi o QIF. O questionário, que é específico para avaliação da qualidade de vida de pacientes com FM, envolve questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e disfunção física. Ele é composto por 19 questões, organizado em 10 itens. Os primeiros 10 itens referem-se a uma escala física funcional. Os itens 11 e 12 correspondem ao número de dias em que o paciente se sentiu bem e o número de dias em que não foi capaz de trabalhar por causa da FM nos últimos 7 dias. Os itens 13 a 19 são uma escala visual analógica de 10 cm, na qual são apontadas dificuldades laborais, dor, fadiga, cansaço ao despertar, rigidez, ansiedade e depressão<sup>(10,11)</sup>.

O QIF é pontuado de forma que, quanto maior o valor obtido, maior o impacto da FM na vida do indivíduo. Os itens de 1 ao 10, são pontuados e somados para produzir um escore quanto à disfunção física; a resposta “sempre” indica pontuação “0”, quase sempre “1”, raramente “2” e nunca “3”. O item 11 é recodificado, de forma que evidencie o prejuízo causado pelos sintomas (por exemplo: 0=7; 7=0). Os valores obtidos vão de 0 a 7. O item 12 é pontuado conforme a exata resposta dada pelo paciente, podendo variar de 0 a 7. Os itens 13 a 19 são pontuados conforme incrementos de 1cm, sendo os valores obtidos de 0 a 10. Os escores absolutos possíveis de serem obtidos com este questionário podem variar de 0 a 114 pontos. Quanto maior o escore, maior é o impacto da FM na qualidade de vida<sup>(10,11)</sup>.

O terceiro questionário correspondeu ao CES-D. As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: “raramente ou nunca” corresponde à pontuação zero; “durante pouco ou algum tempo” corresponde à pontuação 1; “ocasionalmente ou durante um tempo moderado” corresponde à pontuação 2; e “durante a maior parte do tempo ou todo o tempo” corresponde à pontuação 3. A pontuação absoluta pode, portanto, variar entre zero e sessenta (pontuação de zero a três em cada um dos vinte itens). Diferentes pontos de corte têm sido adotados para classificação de sintomas depressivos. O ponto de corte de 16 tem sido utilizado para identificar pacientes com sintomas depressivos menores e o ponto de corte de 27 para identificar depressão maior<sup>(12,16)</sup>.

Os dados obtidos foram tabulados em planilhas e submetidos a estudos estatísticos utilizando-se testes de qui-quadrado ou Fisher para as variáveis nominais e de Mann Whitney para as variáveis numéricas, com auxílio do software Graph Pad Prism, versão 4.0, adotando-se significância de 5%.

## Resultados

### A) Análise geral da população estudada:

Dos 94 pacientes com FM estudados, 7 (7,5%) eram homens e 87 (92,5%) mulheres, obtendo-se, portanto, uma relação de 1 homem para 12,4 mulheres. Os pacientes tinham idade entre 23 e 70 anos (média de 49,93  $\pm$  8,77 anos) e tempo de diagnóstico de 1 a 16 anos (média de 5,68  $\pm$  3,42 anos). Todos os pacientes estudados encontravam-se em tratamento.

O número de “tender points” ao momento da aplicação do questionário variou de 1 a 18 (média de 13,43  $\pm$  4,5). Sessenta e cinco pacientes (69,14%) apresentaram enxaqueca e 8 pacientes (8,51%) apresentaram cefaléia tensional. Setenta e quatro pacientes (78,72%) relataram distúrbios do sono, sendo a EVA de sono nestes pacientes com média de 5,8  $\pm$  2,51. Trinta e cinco pacientes (37,23%) relataram fenômeno de Raynaud e 81 pacientes (86,17%) relataram sintomas de rigidez. Distúrbios de memória foram relatados por 67 pacientes (71,27%), sendo a nota média para o mesmo de 6,56  $\pm$  2,17. Parestesias foram descritas por 83 pacientes (88,29%) e palpitações, por 76 pacientes (80,85%). A representação desses achados encontra-se no gráfico da figura 1.

A pontuação do FIQ variou de 14,6 a 101,7 (média de 68,59  $\pm$  21,47), e a do CES-D de 9 a 51 (média de 27,49  $\pm$  10,64).

Conforme o resultado do CES-D, 27 pacientes (28,7%) foram classificados no grupo de depressão menor, sen-

do 2 homens (7,4%) e 25 mulheres (92,6%); 51 pacientes (54,3%) foram classificados no grupo de depressão maior, sendo 3 homens (5,9%) e 48 mulheres (94,1%); 16 pacientes (17%) foram classificados no grupo sem distúrbios de humor, sendo 2 homens (12,5%) e 14 mulheres (87,5%).

### **B) Análise comparativa da população segundo o gênero.**

Comparando-se os dados demográficos e a prevalência de sintomas associados à fibromialgia na população masculina e feminina obtiveram-se os dados da tabela 1 e do gráfico da figura 2.

As pontuações do FIQ e a do CES-D obtidos nos homens quando comparado com os das mulheres encontram-se nos gráficos da figura 3 e na tabela 2.

### **Discussão**

No presente estudo, participaram 87 mulheres e 7 homens, sendo, portanto um número de mulheres 12 vezes maior do que o de homens. A prevalência da FM é apontada com valores entre 0,66% e 4,4% por Cavalcante et al.<sup>(3)</sup>, sendo as mulheres afetadas cerca de 8 vezes mais do que os homens. Segundo o projeto “Diretrizes”, a proporção de mulheres para homens é de aproximadamente 6 a 10:1<sup>(17)</sup>.

Na casuística deste estudo, foi encontrada uma prevalência de 20,2% de hipotireoidismo, sendo somente acometidas mulheres. Rezende et al.<sup>(8)</sup> em seu estudo, encontraram uma prevalência de 10,2% de hipotireoidismo, no qual não foram discriminados homens e mulheres. Os autores destacaram o relevante papel da dosagem sérica do TSH na avaliação inicial do paciente fibromiálgico, para diferenciar ou verificar a associação destas 2 doenças. Freire et al.<sup>(18)</sup> encontraram uma prevalência de hipotireoidismo em 21,1 % de pacientes fibromiálgicos e uma prevalência de 64,3% de FM em pacientes com diagnóstico prévio de hipotireoidismo demonstrando a importância do reconhecimento desta associação.

A depressão em nosso estudo, avaliada pelo CES-D, teve uma prevalência de 83%, sendo subdividida em depressão menor (34,6%) e depressão maior (65,4%). No estudo de Berber et al.<sup>(19)</sup>, no qual foi utilizado como instrumento para rastreio da depressão o General Health Questionnaire 28, foi encontrada uma prevalência de depressão entre pacientes fibromiálgicos com a seguinte distribuição: 32,9% depressão leve; 21,4% depressão moderada e 12,9% depressão severa. A intensidade de depressão no estudo de Martinez et al.<sup>(7)</sup>, avaliada através de uma escala analógica de 0 a 10, foi de  $6,7 \pm 3,4$  pontos em pacientes do sistema público de saúde e de

$7,6 \pm 2,3$  pontos em pacientes do sistema privado. No estudo de Santos et al.<sup>(9)</sup>, no qual foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck, o valor médio encontrado entre os pacientes foi de  $17,75 \pm 11,23$ , sendo considerado o valor acima de 16 como indicativo de possível depressão.

Dentre as características clínicas encontradas na nossa amostra, 69,14% apresentaram enxaqueca, 8,51% apresentaram cefaléia tensional, 78,72% relataram distúrbios do sono, 37,23% relataram fenômeno de Raynaud e 86,17% relataram sintomas de rigidez. Distúrbios de memória foram relatados por 71,27%. Parestesias foram descritas por 88,29% e palpitações, por 80,85%. No estudo de Helfenstein et al.<sup>(5)</sup> foi encontrada prevalência de 77% de cefaléia tensional, 96% de distúrbios do sono, 43% de fenômeno de Raynaud, 99% de rigidez, 78% de distúrbios de memória, 85% de parestesia e 74% de palpitações. Em nossa amostra a prevalência de cefaléia tensional foi bem menor, todavia grande parte da população apresentava enxaqueca. Stuginsk-Barbosa et al.<sup>(21)</sup>, fizeram uma revisão de literatura sobre cefaléia primária e fibromialgia, na qual eles levantaram uma prevalência entre 35% e 88,4% de cefaléia primária entre os estudos revisados. A cefaléia do tipo enxaqueca foi a mais frequente, com valores variando entre 45% e 79,8%. A cefaléia tensional transitória teve valores entre 8,6% e 18%. Já a prevalência de FM entre os portadores de cefaléia primária revisados, variou de 17,4% a 40%. Nossos achados se encontram muito mais concordes com os desses últimos autores. Ademais, observamos que as mulheres são mais afetadas pela cefaléia do que os homens. Sala et al.<sup>(22)</sup> compararam um grupo de 30 pacientes com cefaléia crônica com um grupo de 30 pacientes com cefaléia crônica e fibromialgia. Das 30 pessoas do primeiro grupo, 14 pessoas eram portadores de enxaqueca e 16 pessoas eram portadoras de cefaléia tensional; no segundo grupo estes números foram de 6 e 24, respectivamente. Os pacientes com cefaléia crônica e fibromialgia do estudo de Sala et al.<sup>(22)</sup> apresentaram níveis de depressão significativamente maiores do que os pacientes com cefaléia crônica sem fibromialgia.

Martinez et al.<sup>(6)</sup> em seu estudo qualitativo sobre a fibromialgia, encontrou como os principais sintomas na FM, dor generalizada, fadiga, distúrbios do sono, dificuldade de memória e dificuldade de concentração. Costa et al.<sup>(20)</sup> avaliaram 120 pacientes, todas do sexo feminino, e encontraram a seguinte prevalência de sintomas: fadiga em 94,2%, distúrbios do sono em 88,3% e depressão referida em 39,2%. Roldán-Tapia et al.<sup>(23)</sup> realizaram um estudo sobre prejuízos de memória e deficiência perceptiva comparando 3 grupos de pacientes: 15 pacientes com fibromiagia, 15 pacientes com artrite reumatóide e 15 controles, totalizando 45 pacientes, sendo

todas do sexo feminino. Eles utilizaram um protocolo de exploração de memória visual e espacial, velocidade de processamento, memória de trabalho, percepção visual, atenção e orientação. Esses autores ressaltaram que essas afecções são frequentemente acompanhadas de prejuízo de memória em suas diversas subdivisões. Os pacientes com fibromialgia de seu estudo foram os que obtiveram as piores pontuações nas tarefas de memória espacial e orientação. Em nosso estudo, os distúrbios de memória foram auto-referidos, não havendo estabelecimento de um padrão específico da memória afetada.

A qualidade de vida dos pacientes do nosso estudo foi abordada pelo QIF. Sua pontuação variou de 14,6 a 101,7 (média de 68,59±21,47). Helfenstein et al.<sup>(5)</sup> utilizando-se deste mesmo instrumento, encontrou em seu estudo a variação dos valores entre 36,8 e 95,3, sendo o valor médio de 76,8±9,4, muito próximo do encontrado no presente estudo. Berber et al.<sup>(19)</sup> estudaram a qualidade de vida de pacientes fibromiálgicos através do SF-36, o qual mostrou importante queda. Os autores demonstraram significância estatística entre a queda da qualidade de vida com a prevalência de depressão destes pacientes. Santos et al.<sup>(9)</sup> estudaram a qualidade de vida de pacientes fibromiálgicos comparado com um grupo controle, através do QIF e do SF-36, e demonstrou que o QIF é o instrumento que melhor discrimina paciente fibromiálgico de indivíduos saudáveis, sendo, o QIF o instrumento mais específico para avaliar a qualidade de vida.

Hooten et al.<sup>(16)</sup> em seu estudo sobre diferenças de gênero entre pacientes com fibromialgia em um centro de reabilitação multidisciplinar, comparou homens e mulheres, utilizando, dentre outros instrumentos, o SF-36 e o CES-D. Através do SF-36, eles demonstraram que homens, antes de serem submetidos ao tratamento multidisciplinar da dor, têm uma maior limitação na percepção de sua saúde e maiores limitações físicas no desempenho de seus papéis, quando comparado às mulheres. Estes resultados se repetiram após o tratamento, sendo ainda encontrado uma maior limitação de sua função social quando comparado com as mulheres. O CES-D neste mesmo trabalho demonstrou níveis de depressão entre homens e mulheres, tanto antes quanto depois do tratamento, sem diferença significativa entre os sexos. Para homens os valores médios antes e depois do tratamento encontrados, foram, respectivamente, 25,7±10,1 e 14,9±13. Já para as mulheres, estes valores foram de 26,4±11,4 e 16,2±8,6<sup>(16)</sup>. No presente estudo, encontramos os valores do CES-D médio para homens correspondente a 23,29±7,566 e para mulheres, a pontuação média de 27,83±10,81, sem diferença significativa entre os gêneros, corroborando os achados destes últimos autores.

Ruiz Pérez et al.<sup>(24)</sup> realizaram um estudo com objetivo

de analisar diferenças sócio-demográficas, clínicas e psicológicas entre homens e mulheres com FM, e examinar o impacto dos sintomas nas atividades habituais, através do QIF. Foram obtidas informações de 214 pacientes, sendo 197 mulheres e 17 homens. A média de pontuação do QIF nas mulheres foi de 63,17 e a dos homens foi de 68,56, sendo que não houve diferença significativa entre homens e mulheres<sup>(24)</sup>. No nosso estudo, a pontuação média do QIF também não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres.

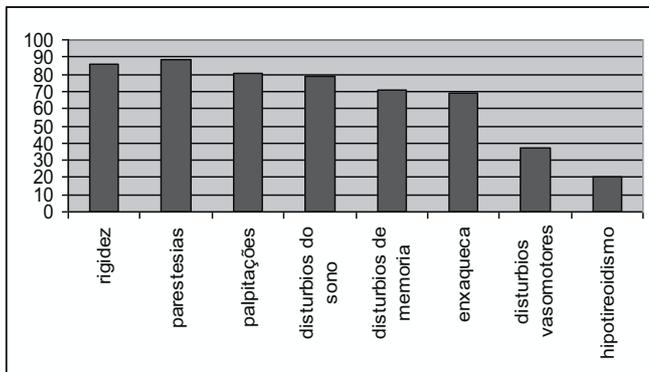
Concluindo, o presente estudo abordou sintomas demonstrados pela literatura como de grande prevalência na FM, a concomitância do hipotireoidismo e avaliou através de instrumentos específicos a prevalência de depressão e a quantificação da qualidade de vida destes pacientes. Os resultados obtidos neste estudo foram de encontro com os estudos epidemiológicos e de prevalência sobre a FM e demonstraram a existência de diferenças entre as características clínicas da FM entre homens e mulheres. Todas as características clínicas estudadas foram mais prevalentes em mulheres do que em homens; entretanto mas foi encontrada diferença significativa entre os gêneros somente para os sintomas de cefaléia, cefaléia do tipo enxaqueca, sintomas vasomotores e distúrbios de memória.

## Referências

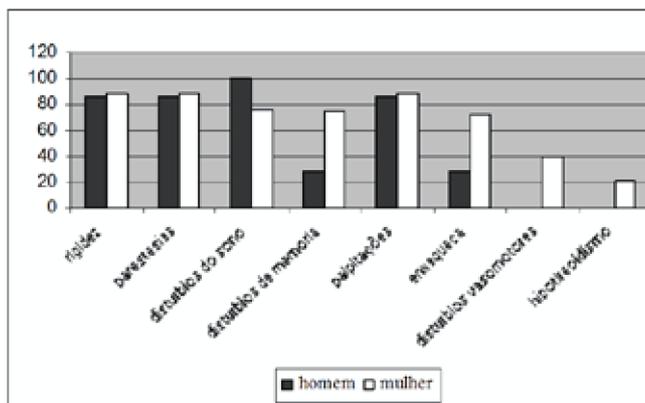
1. Wolfe F, Hugh AS, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al: The American College of Rheumatology 1990 Criteria For the Classification of Fibromyalgia Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatism* 1990; 33: 160-72.
2. Haum MVA, Ferraz MB, Pollak DF: Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 221-31.
3. Cavalcante AB, Sauer JF, Challot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA, Marques AP: A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46: 40-48.
4. Ribeiro M, Pato TR: Fisiopatologia da fibromialgia. *Acta Fisiatr* 2004; 11: 78-81.
5. Helfenstein M, Feldman D: Síndrome da Fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol* 2002; 42:8-14.
6. Martinez JE, Cruz CG, Aranta C, Lagoa LA, Boulos FC: Estudo qualitativo da percepção das pacientes sobre a fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2002; 42: 30-36.
7. Martinez JE, Panossian C, Gavioli F: Estudo com-

- parativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46: 32-36.
8. Rezende LS, Rezende LS, Rodominsky SC, Paiva ES: A Relevância da Dosagem do Hormônio Estimulante da Tireóide em Pacientes com Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46: 73-4.
  9. Santos AMB; Assumpção A.; Matsutani LA; Pereira CAB; Lage LV; Marques AP: Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter* 2006; 10(3): 317-324.
  10. Burckardt CS, Clark SR, Bennet RM: The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 18: 728-33
  11. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsunani LA, Lage LV, Pereira CAB: Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46: 24-31.
  12. Silveira DX, Jorge MR: Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clín* 1998; 25(5): 251-61.
  13. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ: Aspects of Fibromyalgia in the general population: Sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol* 1995; 22:151-6
  14. Yunus MB, Inanici F, Aldag JC, Mangold RF: Fibromyalgia in men: A comparison of clinical features with women. *J Rheumatol* 2000; 27:485-90.
  15. Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M: Fibromialgia syndrome in men. *Semin Arthritis Rheum* 2000; 30: 47-51.
  16. Hooten Michael W, Townsend Cynthia O, Decker Paul A: Gender differences among patients with fibromyalgia undergoing multidisciplinary pain rehabilitation. *Pain Medicine*. 2007; 8(8): 624-32.
  17. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, Matos JMC, Souza EJR: Fibromialgia. Projeto Diretrizes 2004.
  18. Freire M, Teodoro RB, Oliveira LB, Cunha SFC, Ferreira BP, Borges MF: Concomitância de fibromialgia em pacientes portadores de hipotireoidismo e de alterações tireoidianas em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46 : 11-15.
  19. Berber JSS, Kupek E, Berber SC: Prevalência de depressão e sua relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome de Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45: 47-54.
  20. Costa SRMR, Neto MSP, Tavares-Neto J, Kubiak I, Dourado MS, Araújo AC, Albuquerque LC, Ribeiro PC. Características de Pacientes com Síndrome da Fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador-BA, Brasil. *Rev Bras Reumatol* 2005, 45:64-70.
  21. Stuginski-Barbosa J, Dach F; Speciali JG: Relação entre cefaléia primária e fibromialgia revisão de literatura. *Rev. Bras. Reumatol* 2007 47 114-20.
  22. Sala I, Roig C, Amador-Campos JÁ, Garcia-Sánchez C, Rodriguez A, Díaz C, Gich I: Sintomas psicopatológicos em pacientes afectos de cefalea crônica com o sin fibromialgia. *Rev Neurol* 2009 49: 281-87.
  23. Roldán-Tapia L, Cánovas-López R, Cimadevilla J, Valverde M: Déficit mnésicos y perceptivos em la fibromialgia y la artritis reumatoide. *Reumatol Clin* 2007 3:101-9.
  24. Ruiz Pérez I, Ubago Linares MC, Bermejo Pérez M.J., Plazaola Castaño A, Labry-Lima O, Torres Hernández E: Diferencias em características socio-demográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 433-9.

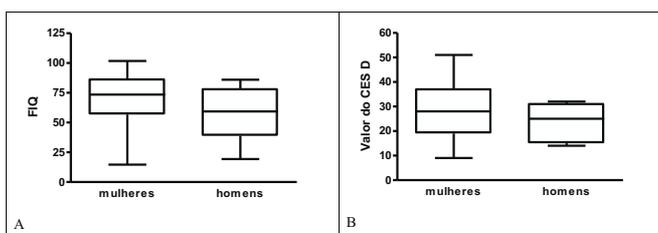
**Figura 1-** Porcentagens de sintomas e de casos de hipotireoidismo associados à fibromialgia. Estudo em 94 pacientes.



**Figura 2 -** Estudo comparativo entre fenômenos associados à fibromialgia entre homens e mulheres.



**Gráfico 3-A -** Comparação dos achados DO QIF (Questionário de impacto de fibromialgia) e 3-B do CES D (Escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos) entre homens e mulheres com fibromialgia. Estudo em 94 pacientes.



**Tabela 1-** Comparação de dados demográficos e sintomas associados entre homens e mulheres com fibromialgia. Estudo em 94 pacientes.

Variável	Homem n=7	Mulher n=87	p
Idade mínima	33	23	-
Idade máxima	70	62	-
Idade média	46,43 ± 9,467	50,21 ± 8,713	0,192
N.de "tender points" (mínimo)	1	1	-
N. de "tender points" (máximo)	18	18	-
N. médio de "tender points"	10,14 ± 6,040	13,69 ± 4,370	0,0947
Cefaléia	3 (42,85%)	70 (83,3%)	<b>0,0216 (*)</b>
Cefaléia tipo enxaqueca	2 (28,57%)	63 (72,4%)	<b>0,0184 (*)</b>
Cefaléia tensional	1 (14,28%)	7 (8,04%)	0,4751
EVA de sono mínima	2	0	-
EVA de sono máxima	10	10	-
Eva média de sono	5,714 ± 2,752	4,546 ± 3,278	0,3680
Presença de distúrbio do sono	7 (100%)	66 (75,86%)	0,3426
Distúrbios vasomotores...	0	35 (40,2%)	<b>0,0380 (*)</b>
Rigidez após desuso	6 (85,7%)	75 (89,28%)	0,3349
Distúrbios de memória	2 (28,57%)	65 (74,7%)	<b>0,0195 (*)</b>
Parestesias de membros	6 (85,7%)	77 (88,5%)	1,00
Palpitações	6 (85,7%)	70 (80,45%)	1,00
Hipotireoidismo	0	19 (21,8%)	0,3379

(\*) dados estatisticamente significantes

**Tabela 2 -** Comparação entre QIF ( Questionário de impacto da fibromialgia) E CES D (Escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos) em homens e mulheres com fibromialgia.

Variável	Homem n=7	Mulher n=87	P
QIF Máximo	86	101	
QIF mínimo	19,3	14,67	
QIF médio	57,29 ± 24,54	69,51 ± 21,10	0,2001
CES D Máximo	32	51	
CES D mínimo	14	9	
CES D Médio	23,29 ± 7,566	27,83 ± 10,81	0,3455

**Endereço para correspondência:**

Thelma L Skare.  
Rua: João Alencar Guimarães, 796  
CEP: 80310420 Curitiba- PR  
E-mail: tskare@onda.com.br