

Melhora da dor, do cansaço e da qualidade subjetiva do sono por meio de orientações de higiene do sono em pacientes com fibromialgia

Aline Cristina Orlandi¹, Camila Ventura², Andrea Lopes Gallinaro³, Renata Alqualo Costa³, Laís Verderame Lage⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade das orientações para higiene do sono em mulheres portadoras de fibromialgia. **Materiais e métodos:** Setenta mulheres completaram o estudo. Na avaliação foram aplicados o Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ), o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) e um questionário geral, com dados pessoais e informações de hábitos de vida. Todas as pacientes receberam informações quanto à doença, além de um diário do sono, e apenas o grupo-experimental recebeu orientações para higiene do sono. Foi solicitado às pacientes que realizassem a higiene do sono, e as mesmas foram reavaliadas após três meses. **Resultados:** A idade média das pacientes do grupo-controle foi $55,2 \pm 7,12$ anos, e a do grupo-experimental foi $53,5 \pm 8,89$ anos ($P = 0,392$). Nessas pacientes foram observadas diminuições da medida de Escala Visual Analógica de dor ($P = 0,028$), de cansaço ($P = 0,021$) e do componente 1 do PSQI ($P = 0,030$). O grupo que recebeu orientações para higiene do sono mostrou redução significativa na dificuldade de retorno ao sono quando acordava de madrugada ($P = 0,031$). O grupo-experimental apresentou aumento na porcentagem de relatos de “ambiente sem ruído” (variando de 42,9% para 68,6%), diminuição da porcentagem de relatos de “ambiente com pouco ruído” (variando de 40% para 22,9%) e diminuição na porcentagem de relatos de “ambiente com muito ruído” (variando de 17,1% para 8,6%). As alterações facilitaram o retorno ao sono quando as pacientes acordavam durante a madrugada. **Conclusão:** Uma cartilha com orientações de higiene do sono permitiu a alteração do comportamento das pacientes, que obtiveram melhora da dor e do cansaço, aumento da qualidade subjetiva do sono, além de facilitação do retorno ao sono após despertar durante a madrugada.

Palavras-chave: fibromialgia, distúrbios do sono, educação de pacientes.

© 2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma doença reumática caracterizada por presença de dor musculoesquelética e sintomas somáticos como fadiga, distúrbios de humor e distúrbios do sono, que têm importante papel no bem-estar. Insônia é relatada em 75% dos pacientes com FM.¹

A literatura sugere que, para a obtenção de melhora significativa da qualidade do sono dos portadores de insônia

crônica, a primeira abordagem deve ser a alteração do comportamento desses pacientes por meio da higiene do sono.² As terapias comportamentais, tais como higiene do sono e terapia cognitiva, que enfatizam a mudança de comportamento, têm sido estudadas e aplicadas com o objetivo de diminuir a dose dos medicamentos utilizados para o tratamento da insônia crônica, melhorando a qualidade de vida dos dependentes de hipnóticos. A higiene do sono é um conjunto de orientações que visa modificar os hábitos que possam ser prejudiciais à

Recebido em 18/07/2011. Aprovado, após revisão, em 27/06/2012. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse. Comitê de Ética: 13391640. Universidade Cidade de São Paulo – Unicidade.

1. Fisioterapeuta, Especialista em Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

2. Fisioterapeuta, Mestranda em Reumatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – FMUSP

3. Fisioterapeuta, Mestre em Reabilitação, Unifesp

4. Reumatologista, Pós-Doutora, Department of Physiology, Division of Neuroscience, King's College of London

Correspondência para: Aline Cristina Orlandi. Universidade Cidade de São Paulo. Rua Cesário Galeno, 448/475 – Tatuapé. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 03071-000. E-mail: aline.orlandi@uol.com.br

saúde do sono.³ Contudo, na literatura não há comprovação da eficácia da aplicação dessa técnica para a melhora do sono em portadores de FM. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade das orientações para higiene do sono em mulheres portadoras de FM.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram incluídas 80 pacientes provenientes do Ambulatório de Fibromialgia da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e da Clínica de Fisioterapia da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid). As pacientes provenientes da FMUSP foram selecionadas enquanto aguardavam a consulta médica com a equipe de reumatologia. Se fosse solicitado que retornassem para uma consulta dentro de três meses, a reavaliação era coletada novamente, enquanto aguardavam a consulta. Se o tempo para uma nova consulta fosse diferente de três meses, as pacientes eram contatadas pelos autores, e um dia diferente da consulta era marcado para a reavaliação. As pacientes provenientes da Unicid estavam em tratamento de reabilitação na Clínica Escola de Fisioterapia.

Os critérios de inclusão do estudo foram mulheres entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de FM segundo os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR, 1990).⁴ Mulheres nessas condições que realizassem suas funções em turnos da madrugada foram excluídas da pesquisa (critério de exclusão). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicid (protocolo nº 13391640).

As pacientes passaram por uma avaliação geral, que contava com dados pessoais, anamnese e relato dos hábitos pessoais. A seguir, aplicou-se um questionário específico que avalia a qualidade do sono, o PSQI – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh,⁵ validado para o Brasil,⁶ que qualifica o sono do paciente durante o mês antecedente à realização da avaliação. Aplicou-se também um questionário específico do impacto da FM na capacidade funcional da paciente, o FIQ – Questionário de Impacto da Fibromialgia,⁷ também validado para o Brasil.⁸ Depois da avaliação as pacientes foram divididas, ao acaso, em dois grupos (controle e experimental), selecionando-se por meio de envelope pardo contendo o nome de um dos dois grupos a cada 10 pacientes. No grupo-controle havia 41 pacientes, e no grupo-experimental foram incluídas 39 pacientes. As participantes de ambos os grupos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da randomização, após verificação dos critérios de inclusão e exclusão.

Após a avaliação, os grupos receberam uma cartilha com informações básicas sobre a doença. O grupo-experimental recebeu também diversas orientações sobre higiene do sono (Quadro 1). As orientações fornecidas às pacientes do grupo-experimental foram obtidas a partir de um artigo baseado em evidências a respeito do tratamento de distúrbios do sono em idosos⁹ e tratamento não farmacológico da insônia crônica.³ Tais orientações também foram utilizadas em um estudo que aplicou a higiene do sono em pacientes com FM.¹⁰ Além de a cartilha com as orientações de higiene do sono ter sido entregue, cada uma das orientações foi lida e explicada para cada paciente do grupo-experimental, em um único encontro. Salientou-se a importância da aplicação diária de tais orientações por um período de três meses. Além disso, as participantes receberam um “diário do sono” e foram orientadas a descrever, nos 15 dias finais do tratamento, a noite de sono e as horas antecedentes ao momento de ir dormir. Após três meses as pacientes retornaram ao setor para serem reavaliadas (segundo encontro). No decorrer dos três meses elas não foram contatadas. Ambas as avaliações foram realizadas em dias de consulta médica, a fim de minimizar perdas na amostra, muito comum em estudos prospectivos.

Para a análise estatística utilizou-se o teste *t* de Student,¹¹ para a comparação dos dados iniciais da idade das participantes. As medidas do questionário PSQI e FIQ e os dados do diário do sono foram descritas segundo grupos e momentos, com uso de medidas-resumo, e comparadas entre os grupos antes e após o tratamento com uso do teste Mann-Whitney,¹¹ e antes e após o tratamento em cada grupo com uso do teste Wilcoxon¹¹ pareado. As medidas de hábitos e características do ambiente do sono foram descritas segundo grupos com uso de frequências absolutas e relativas, e foi verificada a existência de associação com uso do teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher ou teste da Razão de Verossimilhanças¹¹ (os dois últimos utilizados quando a amostra foi insuficiente para a realização do teste qui-quadrado). A alteração entre os momentos para cada hábito e característica do ambiente foi descrita em cada grupo e comparada antes e após o tratamento com uso do teste McNemar.¹² Foi calculada a correlação de Spearman¹³ entre a variação do questionário FIQ e dos componentes do questionário PSQI para verificar a existência de correlação entre eles.

Todos os dados foram analisados com o programa SPSS para Windows versão 15.0, aceitando 5% como nível de significância, ilustrados com uso de tabelas e gráficos de barras.

Quadro 1**Orientações entregues às pacientes do grupo-experimental****ORIENTAÇÕES DE HIGIENE DO SONO**

Tente dormir todos os dias no mesmo horário. Assim, seu corpo se preparará para dormir sempre naquele mesmo horário. Você pegará no sono mais rapidamente nas próximas semanas!

Não use o quarto onde dorme para trabalhar, estudar ou comer. Ele deve apenas ser o lugar de dormir.

Evite assistir televisão antes de dormir. Assistir televisão pode te deixar agitado e pode diminuir seu sono!

Descanse a mente e relaxe o corpo pelo menos uma hora antes de se deitar. Não resolva grandes problemas nesse período do dia.

Não tome café, chá e chocolate após as 17 horas.

Não ingerir bebidas alcoólicas antes de ir se deitar. Embora ajudem a relaxar, perturbam a qualidade do seu sono; se possível, tome um copo de leite.

Se você é fumante, não fume de duas a três horas antes de dormir.

Procure fazer refeições mais leves durante o jantar. Uma boa opção são saladas e legumes. Alimentos muito gordurosos como frituras, por exemplo, deixam seu estômago mais pesado e atrapalham seu sono!

Mantenha seu quarto numa temperatura agradável. Calor e frio excessivos alteram a qualidade do seu sono. Além disso, agasalhe-se bem, para evitar possíveis "contraturas" musculares.

Ruídos e claridade podem levar a um sono ruim. Portanto, procure dormir onde haja silêncio e pouca luz.

Exercícios físicos melhoram a qualidade do seu sono. Mas cuidado: tente praticar exercícios pela manhã ou à tarde. Se forem realizados próximos à hora de ir dormir, eles diminuirão a qualidade de seu sono. É importante também que você pratique exercícios que goste, que te deixem feliz e animado. Além de melhorar a qualidade de seu sono, você se mantém em forma.

Tente elaborar uma rotina antes de ir para a cama. Por exemplo: colocar o gato pra fora, trancar as portas, escovar os dentes... Isso acostuma seu organismo e o lembra que está chegando a hora de dormir, diminuindo o tempo em que você fica esperando o sono chegar.

Banhos quentes antes de dormir são recomendados para combater sua insônia. Eles relaxam seu corpo e sua mente.

Não cochile mais que duas vezes durante a mesma semana. Isso diminui a necessidade de sono noturno.

Durma sempre numa cama onde se sinta confortável. Isso é muito importante para que você consiga relaxar completamente para pegar no sono.

Evite "brigar" com a cama. Durma somente o tempo suficiente para se sentir bem. Não fique na cama mais tempo que o necessário.

Quando se sentir sem sono, levante e faça algo cansativo ou repetitivo como, por exemplo, ler um livro de um assunto desinteressante.

Diga não aos remédios! Você deve tomar remédio para dormir apenas se forem tomados com orientação médica!

RESULTADOS

Foram avaliadas e incluídas 80 pacientes. Dessas, apenas 70 concluíram o estudo e foram incluídas na análise. Das 10 pacientes que não participaram da análise estatística, seis decidiram não retornar à reavaliação e quatro não completaram

corretamente o diário do sono. A média de idade das pacientes do grupo-controle foi $55,2 \pm 7,12$ anos, enquanto o valor do grupo-experimental foi $53,5 \pm 8,89$ anos ($P = 0,392$).

A Tabela 1 demonstra que apenas as respostas da questão 3 do diário do sono do grupo-experimental diferiram significativamente daquelas do grupo-controle ($P = 0,031$). Essa questão é referente ao número de dias em que a paciente acordou durante a madrugada e não apresentou dificuldades para voltar a dormir ("Sono 3"). As demais questões do diário do sono não obtiveram diferença significativa entre os grupos. Nessas questões, cada participante respondia a quantidade de dias em que demorou mais que 30 minutos para adormecer ("Sono 1"), demorou a voltar a adormecer ao ser despertada durante a madrugada ("Sono 2"), ingeriu bebidas alcoólicas ("Sono 4"), alimentou-se inadequadamente ("Sono 5"), praticou atividades físicas pelo menos três horas antes de se deitar ("Sono 6"), tomou remédios para adormecer ("Sono 7") e apresentou sono não reparador ("Sono 8"). Além disso, foi calculada a média do cansaço que cada grupo apresentou durante o dia e durante a noite ("média

Tabela 1

Descrição do diário do sono e resultado da comparação entre os grupos controle e estudo

Variável	Grupo (n = 35)	Média	DP	P
Sono 1 (Dormiu após 30 minutos)	Controle	7,06	5,95	0,805
	Estudo	7,49	6,35	
Sono 2 (Voltou a dormir com dificuldade)	Controle	5,00	6,34	0,132
	Estudo	6,60	6,12	
Sono 3 (Voltou a dormir com facilidade)	Controle	5,71	6,19	0,031
	Estudo	2,91	4,35	
Sono 4 (Ingeriu álcool)	Controle	0,00	0,00	1,000
	Estudo	0,00	0,00	
Sono 5 (Alimentação inadequada)	Controle	0,26	0,70	0,630
	Estudo	0,60	1,56	
Sono 6 (Atividades físicas)	Controle	0,51	1,92	0,636
	Estudo	0,26	1,12	
Sono 7 (Tomou remédios)	Controle	4,63	6,70	0,317
	Estudo	6,00	6,90	
Sono 8 (Sono não reparador)	Controle	7,14	5,41	0,763
	Estudo	7,51	5,17	
Média dia (Cansaço 0-4)	Controle	2,14	0,82	0,273
	Estudo	2,31	0,92	
Média noite (Cansaço 0-4)	Controle	2,71	0,78	0,804
	Estudo	2,70	0,84	
Média "fui dormir" (Hora que foi dormir)	Controle	23,56	1,17	0,760
	Estudo	23,51	1,35	
Média "acordei" (Hora que acordou)	Controle	6,90	1,24	0,828
	Estudo	6,90	1,51	

Resultados do teste de Mann-Whitney. Significância $P < 0,05$.

dia” e “média noite”), a média do horário em que as pacientes dos dois grupos foram dormir e a média do horário em que acordaram (“média fui dormir” e “média acordei”). Nenhuma apresentou diferenças estatísticas, demonstrando que as pacientes sentiram-se igualmente cansadas, e que dormiram e acordaram em horários semelhantes.

Nas pacientes do grupo-experimental, que além das informações sobre a doença também receberam informações sobre a higiene do sono, foram observadas diminuições da medida de Escala Visual Analógica (EVA) de dor ($P = 0,028$), de cansaço ($P = 0,021$) e do componente 1 do PSQI ($P = 0,030$), que se refere à qualidade subjetiva do sono. Esses dados estão presentes na Tabela 2, que mostra as variáveis da avaliação e os escores do PSQI e do FIQ antes e após o tratamento referente aos dois grupos.

Na Figura 1 pode-se observar a diminuição dos valores medianos da EVA apenas no grupo-experimental, após o

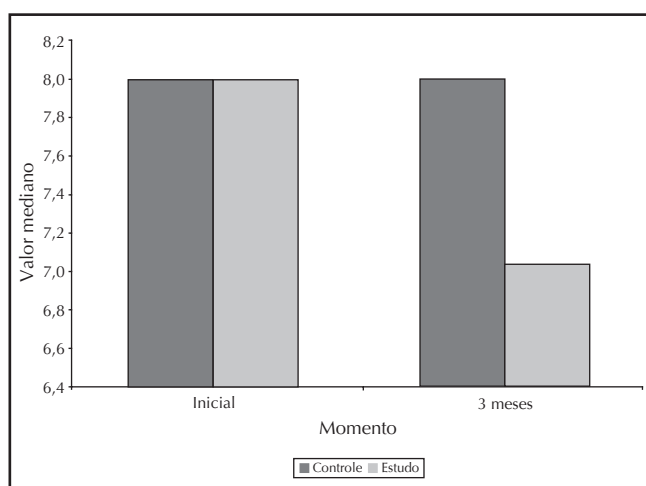


Figura 1
Valores medianos da Escala Visual Analógica de dor segundo grupos, antes e após o tratamento.

Tabela 2

Descrição das medidas de qualidade do sono e fibromialgia e avaliação do paciente segundo grupos, antes e após o tratamento, e resultado das comparações

Variável	Grupo (n = 35)	Inicial			3 meses			P
		Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	
Tempo de doença (anos)	Controle	5,45	4,72	5,0	5,47	4,72	5,0	0,317
	Estudo	5,80	4,32	5,0	5,75	4,33	5,0	0,317
EVA (dor)	Controle	7,11	2,63	8	6,09	3,53	8	0,131
	Estudo	7,66	1,95	8	6,49	2,75	7	0,028
Cansaço no momento (0:4)	Controle	2,86	1,22	3	2,71	1,23	3	0,369
	Estudo	3,11	0,87	3	2,63	1,09	3	0,021
Satisfação do sono (0-5)	Controle	3,03	1,82	4	3,23	1,72	4	0,456
	Estudo	3,43	1,70	4	3,06	1,43	3	0,162
Componente 1 (Qualidade subjetiva do sono)	Controle	1,54	0,74	2	1,66	0,76	2	0,499
	Estudo	1,86	0,81	2	1,51	0,89	1	0,030
Componente 2 (Latência do sono)	Controle	1,89	1,13	2	1,83	1,36	3	0,908
	Estudo	2,06	1,06	2	1,91	1,25	3	0,429
Componente 3 (Duração do sono)	Controle	1,11	0,90	1	1,03	1,04	1	0,700
	Estudo	1,20	1,11	1	0,94	1,19	0	0,271
Componente 4 (Eficiência do sono)	Controle	0,17	0,57	0	0,20	0,63	0	0,915
	Estudo	0,23	0,55	0	0,20	0,47	0	0,792
Componente 5 (Distúrbios do sono)	Controle	2,17	0,57	2	1,94	0,59	2	0,074
	Estudo	2,20	0,53	2	2,09	0,51	2	0,285
Componente 6 (Uso de medicações para dormir)	Controle	0,94	1,35	0	1,23	1,46	0	0,164
	Estudo	1,54	1,48	2	1,60	1,46	2	0,928
Componente 7 (Disfunções diárias – sono)	Controle	2,14	1,00	2	1,86	1,00	2	0,147
	Estudo	1,89	1,02	2	1,74	0,85	2	0,525
PSQI	Controle	9,97	3,04	10	10,97	3,52	11	0,664
	Estudo	9,74	3,09	10	10,00	3,96	10	0,065
FIQ (escore global)	Controle	54,59	16,77	55,8	52,75	18,75	56,7	0,768
	Estudo	59,53	17,98	63,7	54,26	17,86	56,7	0,149

EVA = Escala Visual Analógica; PSQI = Pittsburg Sleep Quality Index; FIQ = Fibromyalgia Impact Questionnaire.

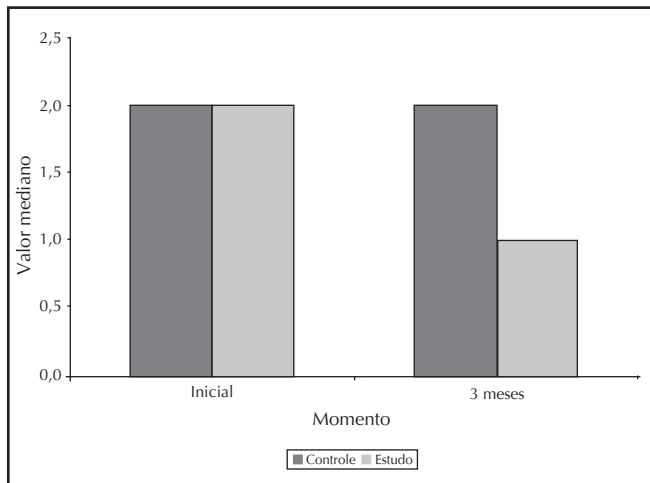


Figura 2
Valores medianos do componente 1 do PSQI segundo grupos, antes e após o tratamento.

período de tratamento. A Figura 2, referente ao componente 1 do PSQI, evidencia uma diminuição do valor mediano no grupo-experimental após o tratamento, demonstrando aumento da qualidade subjetiva do sono nessas pacientes.

Em relação à ingestão de café, chá e chocolate ($P > 0,999$), não há diferenças estatísticas significativas entre os grupos tanto no momento inicial do estudo como após os três meses de tratamento. Esses resultados foram obtidos por meio do teste exato de Fisher.

Após três meses de tratamento, o grupo-experimental apresentou aumento na porcentagem de relatos de “ambiente sem ruído” (variando de 42,9% para 68,6%), diminuição da porcentagem de relatos de “ambiente com pouco ruído” (variando de 40% para 22,9%) e diminuição na porcentagem de relatos de “ambiente com muito ruído” (variando de 17,1% para 8,6%). O grupo-controle obteve, por outro lado, aumento na porcentagem de “ambiente com muito ruído” (variando de 11,4% para 17,1%) após os três meses de tratamento. Tais valores, entretanto, não apresentaram diferenças estatísticas significativas ($P > 0,05$), verificadas pelo teste da Razão de Verossimilhança.

Após três meses de tratamento, o grupo-experimental apresentou aumento na porcentagem de “ambiente sem iluminação” (variando de 34,3% para 82,9%) e diminuição da porcentagem de “ambiente pouco iluminado” (variando de 37,1% para 5,7%) e da porcentagem de “ambiente muito iluminado” (variando de 28,6% para 11,4%).

Em relação à ventilação, o grupo-experimental apresentou aumento na porcentagem de “ambiente não ventilado”

Tabela 3

Resultado da correlação de Spearman entre as alterações no FIQ (final–inicial) e as alterações nos componentes do PSQI (final–inicial)

Componente do sono PSQI (n = 70)	Correlação	P
Componente 1 (Qualidade subjetiva do sono)	0,116	0,339
Componente 2 (Latência do sono)	0,311	0,009
Componente 3 (Duração do sono)	0,104	0,391
Componente 4 (Eficiência do sono)	0,188	0,119
Componente 5 (Distúrbios do sono)	0,059	0,629
Componente 6 (Uso de medicações para dormir)	0,071	0,561
Componente 7 (Disfunções diárias relacionadas ao sono)	0,159	0,189

Teste de correlação de Spearman.

(variando de 20% para 48,6%), estabilidade na porcentagem de “ambiente pouco ventilado” (20%) e diminuição na porcentagem de “ambiente muito ventilado” (variando de 60% para 31,4%), após os três meses de tratamento.

De acordo com a Tabela 3, quando realizada a correlação de Spearman entre as alterações do FIQ (final-inicial) e dos componentes do PSQI (final-inicial), o resultado observado é uma modificação do FIQ diretamente proporcional à do componente 2 do PSQI ($r = 0,311$ e $P = 0,009$), que corresponde à latência do sono, em ambos os grupos.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram melhora da qualidade subjetiva do sono e dos resultados de EVA de dor nas portadoras de FM que receberam orientações sobre higiene do sono.

Na questão 3 do diário do sono, referente ao número de dias em que a paciente acordou de madrugada e não apresentou dificuldades para voltar a dormir, encontramos diferença estatisticamente significativa, provavelmente devido às orientações quanto ao ruído e à iluminação (as mais realizadas por essas pacientes).

Dessa forma, a realização da higiene do sono acarretou benefício na qualidade subjetiva do sono, com melhora do componente 1 do PSQI, que trata da qualidade subjetiva do sono. Quando a qualidade do sono é beneficiada, também há melhora da dor e da fadiga,¹⁴ explicando os achados de diminuição da

EVA e do cansaço nesse grupo. Em outro estudo, pacientes que receberam orientações de higiene do sono apresentaram, também, resultados favoráveis em relação à dor e ao bem-estar, quando comparados a um grupo-controle.¹⁰ Esses achados vão ao encontro de um estudo recente¹⁵ que sugere a diminuição da dor de portadores de FM pela melhora da qualidade do sono, conforme o presente estudo.

Outros achados neste estudo correlacionaram o PSQI e o FIQ: quanto maior a alteração do componente 2 do PSQI, maior a alteração do FIQ. Isso significa que quando o escore do componente 2 do PSQI, referente à latência do sono, aumenta, o escore total do FIQ também sofre aumento. Tal dado confirma a importância da avaliação da qualidade do sono, por meio do PSQI, quando o impacto da doença na qualidade de vida dos portadores é alto. Além disso, esse achado traduz a importância da avaliação global, associada a um tratamento envolvendo os mais diversos fatores afetados na vida desses pacientes.

Estudos aplicam a terapia cognitivo-comportamental (TCC) em relação ao sono¹⁰ e à dor^{16,17} em portadores de FM. No estudo de Edinger *et al.*¹⁰ concluiu-se que a aplicação da TCC, relacionada ao sono, é mais eficaz quando comparada à aplicação da higiene do sono, sendo essas duas intervenções mais eficazes que a intervenção medicamentosa usualmente realizada nos portadores de FM. Porém, a higiene do sono acarretou resultados favoráveis em relação à dor e ao bem-estar mental, como em nosso estudo.

As alterações de hábitos de ambos os grupos não foram controladas. Algumas variáveis, como ingestão de café, tipo de alimentação e características do ambiente do sono, foram verificadas antes e após o período de tratamento. Observou-se alteração estatisticamente significativa apenas no ambiente do sono. Ainda assim, houve diminuição nos valores da EVA e do cansaço após o tratamento no grupo-experimental. Dessa forma, acredita-se que se outros pontos da higiene do sono forem seguidos haverá ainda maior benefício em relação ao sono, e, conseqüentemente, à qualidade de vida e à saúde mental nas portadoras de FM.

CONCLUSÃO

Uma cartilha com orientações de higiene do sono permitiu a alteração do comportamento das pacientes, que obtiveram melhora da dor e do cansaço, aumento da qualidade subjetiva do sono, além de facilitação do sono após despertar durante a madrugada.

Este estudo mostra que a higiene do sono pode trazer benefícios à qualidade do sono da paciente com FM. Novos

estudos devem ser realizados, controlando de forma mais eficaz as alterações nos hábitos de vida das pacientes que realizam a higiene do sono.

As orientações de higiene do sono entregues às pacientes do grupo-experimental foram obtidas por meio de artigos para tratamento não medicamentoso da insônia crônica e tratamento de distúrbios do sono em pessoas idosas. Há poucos estudos que utilizaram essas orientações para grupos de FM. Por isso, não há consenso na literatura sobre as orientações com base em evidência e mais indicadas para esse tipo de paciente, limitando os resultados e as conclusões.

Não foram controlados os medicamentos que as pacientes utilizavam ao início do estudo nem as alterações medicamentosas solicitadas pelos médicos no decorrer dos três meses, o que limita os resultados e a conclusão. Não houve controle também das características basais em relação ao sedentarismo e ao índice de massa corporal. O estudo não apresentou avaliador cego, o que também limita os resultados e a conclusão.

REFERENCES

REFERÊNCIAS

1. Ware MA, Fitzcharles MA, Joseph L, Shir Y. The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2010; 110(2):604–10.
2. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ* 2007; 176(10):1449–54.
3. Passos GS, Tufik S, Santana MG, Poyares D, Mello MT. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(3):279–82.
4. 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):221–30.
5. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2):193–213.
6. Ceolim MF. Padrões de atividade e de fragmentação do sono em pessoas idosas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
7. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 18(5):728–33.
8. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(1):24–31.
9. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Israel SA, Buysse DJ, Kryger MH *et al.* Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(5):761–89.
10. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Krystal AD, Rice JR. Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 2005; 165(21):2527–35.

11. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2.ed. Massachusetts, USA: Blackwell Science, 2006; p.502.
12. Agresti A. *Categorical Data Analysis*. New York: Wiley, 1990; p.558.
13. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. 2.ed. New York: Wiley, 1980; p.493.
14. Cappelleri JC, Bushmakina AG, McDermott AM, Sadosky AB, Petrie CD, Martin S. Psychometric properties of a single-item scale to assess sleep quality among individuals with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:54.
15. Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Rheum* 2008; 59(7):961–7.
16. Falcão DM, Sales L, Leite JR, Feldman D, Valim V, Natour J. Cognitive behavioral therapy for the treatment of fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *J Musculoskeletal Pain* 2008; 16(30):133–40.
17. Lera S, Gelman SM, López MJ, Abenoza M, Zorrilla JG, Castro-Fornieles J *et al.* Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *J Psychosom Res* 2009; 67(5):433–41.