

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – UNIFOR-MG
CURSO DE FISIOTERAPIA
CECÍLIA MEIRELES

ANSIEDADE E DEPRESSÃO CODIFICADAS PELA CIF
EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

FORMIGA – MG
2016

CECÍLIA MEIRELES

ANSIEDADE E DEPRESSÃO CODIFICADAS PELA CIF
EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Andrei Pereira Pernambuco.

FORMIGA-MG

2016

CECÍLIA MEIRELES

ANSIEDADE E DEPRESSÃO CODIFICADAS PELA CIF
EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Andrei Pereira Pernambuco.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Andrei Pereira Pernambuco.
Orientador

Assinatura Avaliador 1
UNIFOR

Assinatura Avaliador 2
UNIFOR

Formiga, 16 de novembro de 2016.

M514 Meireles, Cecília.
Ansiedade e Depressão Codificadas pela CIF em Pacientes com
Fibromialgia / Cecília Meireles. – 2016.
59 f.

Orientador: Andrei Pereira Pernambuco.
Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia)-Centro Universitário
de Formiga-UNIFOR-MG, Formiga, 2016.

1. Fibromialgia. 2. Ansiedade. 3. Depressão. I. Título.

CDD 616.0012

AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém; é reconhecer que o ser humano jamais poderá lograr para si o dom de ser autossuficiente. Ninguém e nada crescem sozinhos; sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor.

Por isso, agradeço primeiramente a Deus, que me presenteou com o bem mais precioso que poderia receber um dia, A VIDA, e com ela, a capacidade de pensar, amar e lutar pela conquista dos meus ideais. A mais bela de todas as orações será sempre muito pouco para traduzir a minha gratidão a Ele.

Aos meus Pais, Lúcia e Airton. Se eu cheguei a neste lugar, foi fruto do apoio INCONDICIONAL, da PACIÊNCIA e do INFINITO AMOR do meu querido pai; e da FORÇA, GARRA E PERSEVERANÇA de minha inigualável mãe, que nunca desiste e em quem posso me espelhar: uma Guerreira!

Gostaria também de agradecer a minha querida irmã Caroline Meireles, pelo carinho e amor que sempre teve por mim, me ajudando sempre nos momentos difíceis.

Ao meu namorado Luiz Fernando Lacerda, por lutar e sonhar pelos mesmos ideais, e ao seus pais, pela paciência, carinho e amor .

Ao meu orientador Prof. Dr. Andrei Pereira Pernambuco, pelas oportunidades durante o projeto de Iniciação Científica, pelas críticas, sugestões e ensinamentos que contribuíram muito para minha formação acadêmica. Sou muito grata a você, Professor!

Aos meus amigos que estiveram presentes, em especial ao Rainisson Vieira Silva, por compartilhar seu conhecimento e por sempre estar disposto a me ajudar, pela amizade que construímos ao decorrer destes 5 anos, uma amizade verdadeira que permanecerá mesmo ao término deste curso.

Aos pacientes, pela confiança e carinho, e aos mestres, pelos ensinamentos e experiências adquiridas, em especial às professoras Kelly Cristina Paim Chaves e Ana Paula Pfister, por sempre me motivar e compartilhar seus conhecimentos, críticas, convivência e amizade.

Enfim, a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação e crescimento, Muito Obrigada! Sem vocês, esta vitória não seria possível.

Enfim... FISIOTERAPEUTA!

RESUMO

A Fibromialgia (FM) é uma condição clínica caracterizada por dor crônica e generalizada associada a outros sintomas tais como, fadiga, distúrbios do sono, depressão e ansiedade. Em maio de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou e recomendou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para descrição da saúde e aspectos relacionados à saúde. A CIF pode ser utilizada para descrever de forma padronizada as deficiências nas estruturas e funções corporais, limitações na atividade e restrições na participação associadas às diferentes condições de saúde, incluindo a FM. O objetivo do estudo foi avaliar e comparar o nível de depressão e ansiedade em portadores da FM e controles saudáveis de acordo com a perspectiva da CIF. Para compor a amostra, participaram do estudo 55 mulheres com FM e 14 mulheres saudáveis. Todas as participantes completaram o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB). As questões de ambos os instrumentos foram codificadas e qualificadas de acordo com a CIF. A análise estatística foi realizada no software GraphPad Prism, v5.0 com nível de significância ajustado para $\alpha = 0,05$. Os pacientes com FM apresentaram níveis significativamente aumentados de ansiedade ($p < 0,001$) e depressão ($p < 0,001$) quando comparados aos controles. A codificação das questões do IDB e IAB demonstrou que as categorias relacionadas à depressão mais impactadas foram: b4552 (fadiga); b134 (funções do sono) e d7702 (relações sexuais). Já em relação à ansiedade, as mais impactadas foram: b126 (funções do temperamento e personalidade); b1528 (funções emocionais, outras especificadas) e b550 (funções termo reguladoras). A estratégia de se codificar as questões dos instrumentos de pesquisa padroniza e universaliza a linguagem utilizada por pacientes e equipes de saúde. Além disso, permite a identificação mais clara dos problemas dos pacientes, facilitando assim o planejamento e a intervenção com maior grau de resolutividade.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Fibromialgia. CIF.

ABSTRACT

Fibromyalgia (FM) is a clinical condition characterized by chronic and generalized pain associated with other symptoms such as fatigue, sleep disorders, depression and anxiety. In May 2001, the World Health Organization (WHO) approved and recommended the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe health and health-related aspects. ICF can be used to describe in a standardized way deficiencies in body structures and functions, limitations in activity and restrictions on participation associated with different health conditions, including FM. The objective of the study was to evaluate and compare the level of depression and anxiety in FM patients and healthy controls according to the ICF perspective. To compose the sample, 55 women with FM and 14 healthy women participated in the study. All participants completed the Beck Depression Inventory (IDB) and the Beck Anxiety Inventory (IAB). The issues of both instruments were codified and qualified in accordance with the ICF. Statistical analysis was performed using GraphPad Prism software, v5.0 with significance level adjusted to $\alpha = 0.05$. Patients with FM had significantly increased levels of anxiety ($p < 0.001$) and depression ($p < 0.001$) when compared to controls. The coding of the IDB and IAB questions showed that the categories most affected by depression were: b4552 (fatigue); B134 (sleep functions) and d7702 (sexual intercourse). Regarding anxiety, the most affected were: b126 (temperament and personality functions); B1528 (emotional functions, others specified) and b550 (thermoregulatory functions). The strategy of codifying the questions of research instruments standardizes and universalizes the language used by patients and health teams. In addition, it allows a clearer identification of patients' problems, thus facilitating planning and intervention with a greater degree of resolution.

Keywords: Anxiety. Depression. Fibromyalgia. ICF.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Níveis de ansiedade e depressão em pacientes FM e CS..... 27**
- Figura 2 – Categorias da CIF associadas às questões do IAB acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em pacientes com FM..... 28**
- Figura 3 – Categorias da CIF associadas às questões do IBD acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em pacientes com FM..... 29**
- Figura 4 – Categorias da CIF associadas às questões do IAB acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em controles saudáveis..... 30**
- Figura 5 – Categorias da CIF associadas às questões do IDB acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em controles saudáveis..... 31**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra das pacientes com fibromialgia e controles saudáveis	26
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR – Colégio Americano de Reumatologia.

CEPH – Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos.

CID – Classificação Internacional de Doenças.

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

CS – Controles Saudáveis.

FM – Fibromialgia.

IAB – Inventário de Ansiedade de Beck.

IDB – Inventário de Depressão de Beck.

IMC – Índice de Massa Corporal.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

UBS – Unidades Básicas de Saúde.

UNIFOR – Centro Universitário de Formiga/MG.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Histórico da fibromialgia	13
2.1.1 Fisiopatologia	13
2.1.2 Sintomatologia	14
2.1.3 Critérios de diagnóstico	15
2.1.4 Tratamento farmacológico e não farmacológico	16
2.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	18
2.2.1 Histórico	18
2.2.2 Conceituações, objetivos, componentes e usos	19
3 METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de estudo	21
3.2 Amostra	21
3.3 Critérios de inclusão	21
3.3.1 Fibromialgia	21
3.3.2 Controle saudável	22
3.4 Critérios de exclusão	22
3.5 Instrumentos	22
3.5.1 Inventário de Depressão de Beck (IDB)	22
3.5.2 Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)	23
3.5.3 CIF	23
3.5.4 Ficha dos dados sociodemográficos	23
3.6 Procedimentos	24
3.6.1 Análise dos dados	24
3.6.2 Cuidados éticos	25
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO A – Critérios de diagnóstico da FM de 2011	43
ANEXO B – Inventário de Depressão de Beck (IDB)	44
ANEXO C – Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)	51

ANEXO D – Parecer Consusbtanciado do CEP.....	49
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	52
APÊNDICE B – Ficha dos dados sociodemográficos	54

1 INTRODUÇÃO

O conceito atual de Fibromialgia (FM) foi criado entre 1975 e 1977 por Smythe e Moldofsky ao perceberem a presença de pontos dolorosos específicos, os chamados “*tender points*” (SMYTHE *et al.*, 1977). A FM é uma síndrome reumática caracterizada por dor crônica e generalizada associada a outros sintomas como: fadiga, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, rigidez matinal, distúrbios cognitivos e alterações neuroimunoendócrinas (ARNOLD *et al.*, 2012). Sua etiologia até o momento é desconhecida, e sabe-se que acomete de 2% a 4% da população e sua prevalência é mais elevada nas mulheres, numa proporção de sete a nove mulheres para cada homem acometido (BRANCO *et al.*, 2010).

Ao longo dos anos, vários critérios de diagnósticos foram idealizados por diferentes pesquisadores (WOLFE *et al.*, 2010), em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) nomeou um comitê que elaborou os critérios para a classificação da FM e que atualmente continuam sendo utilizados em muitos serviços. A combinação de dor generalizada (bilateral, acima e abaixo da linha de cintura, e com pelo menos um ponto sobre o esqueleto axial) e crônica (pelo menos três meses de duração) associada à presença de 11 a 18 pontos dolorosos à palpação apresentou uma sensibilidade de 88,4% e uma particularidade de 81,1% para o diagnóstico da FM (WOLFE *et al.*, 1990).

Entre 2010 e 2011 novos critérios do ACR para a FM foram propostos. Estes novos critérios levam em conta a importância de outros sintomas além da dor crônica e agravo da palpação nos pontos dolorosos. De acordo com os novos critérios o paciente deve ser diagnosticado com FM quando: apresenta um índice de dor difusa ≥ 7 e uma escala de gravidade ≥ 5 , ou índice de dor difusa entre 3–6 e escala de gravidade ≥ 9 . Os sintomas devem ser constantes e presentes por pelo menos três meses e não deve haver outra circunstância clínica que possa justificar a sintomatologia percebida (WOLFE *et al.* 2010).

Além da principal característica, a dor crônica, a ansiedade também é vista como um dos sintomas secundário mais comum, frequentemente relevante nos portadores de FM (WHITE *et al.*, 2002). Tal qual a ansiedade, a depressão apresenta alta prevalência entre pessoas com FM, essa prevalência supera a apresentada por pessoas com outras doenças reumáticas e ou inflamatórias (OZCETIN *et al.*, 2007; KOBAYASHI-GUTIÉRREZ *et al.*, 2009).

A depressão e a ansiedade também estão entre os principais agravos da condição, sendo que ambos os sintomas, além de serem grandes responsáveis por piorar o quadro

clínico, podem até mesmo levar ao surgimento de outras complicações. Isso pode resultar na piora do desempenho das atividades de vida diária e da qualidade de vida das pessoas com FM (GARIP *et al.*, 2015).

Para mensuração da sintomatologia da FM, diversos instrumentos específicos foram elaborados e aplicados em todo o mundo, mas cada um com a sua peculiaridade de propósitos e perspectivas. Com isso, esses questionários não são capazes de reproduzirem resultados padronizados, o que dificulta os profissionais de saúde na elaboração de estratégias e planos de tratamento específicos para as pessoas com FM. (ONCÜ *et al.*, 2013; WOLFE *et al.*, 2014).

Como alternativa, foi criada em maio de 2001, durante a 54^a Assembleia Mundial de Saúde, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esse instrumento, tem como objetivo padronizar e universalizar a linguagem referente à saúde e aos aspectos relacionados à saúde. O modelo de funcionalidade e incapacidade apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na CIF, contempla uma abordagem biopsicossocial, (biológica, individual e social) (WHO, 2002). Após a publicação da CIF todos os países pertencentes à OMS foram orientados a usar a CIF como instrumento universal para delinear e relatar a funcionalidade e incapacidade humana (SANTOS E. *et al.*, 2012).

Baseando-se no contexto supracitado, o objetivo do estudo foi comparar os níveis de depressão e ansiedade de pessoas com FM e de controles saudáveis, através do Inventário de Depressão de Beck (IDB) e Inventário de Ansiedade de Beck (IAB). E em sequência codificar e qualificar as questões e pontuação dos questionários de acordo com a CIF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico da fibromialgia

O conceito atual de Fibromialgia (FM) surgiu por Smythe e Moldofsky entre 1975 e 1977, ao identificarem a presença de pontos dolorosos à palpação em regiões específicas, os chamados “*tender points*”, em pacientes que sofriam de dor crônica e generalizada (SMYTHE *et al.*, 1977). Contudo, antes mesmo de se criar o termo FM, já existiam estudos sobre esta condição. Em 1904, já haviam sido identificados pacientes com reumatismo e presença de pontos dolorosos nos músculos, sensíveis a dígito-pressão. Acreditava-se que tais áreas dolorosas estivessem inflamadas, e por esse motivo denominaram esta condição de “Fibrosite”. Este termo foi suprido posteriormente, pelo termo FM, já que o primeiro engloba apenas um processo inflamatório muscular e, a FM trata-se de uma condição dolorosa e crônica, que comumente está associada a outros sintomas (MARTINEZ, 1997).

2.1.1 Fisiopatologia

Sua fisiopatologia até o momento é desconhecida, sabe-se que esta condição acomete de 2% a 4% da população e sua prevalência é mais elevada nas mulheres, numa proporção de sete a nove mulheres para cada homem acometido (BRANCO *et al.*, 2010). Os fatores etiológicos que levam à FM ainda não foram completamente compreendidos, acredita-se que sua origem e evolução sejam decorrentes de diversos fatores que se interagem (BASTOS; OLIVEIRA, 2003; HOMANN, 2011). Um dos fatores que podem estar relacionados com o início ou perpetuação dos sintomas da FM é o processamento desordenado dos impulsos nociceptivos do Sistema Nervoso Central (SNC), que pode ser decorrente de um déficit da atividade de serotonina ou de seus receptores. (RIBERTO; PATO, 2004; COSTA; FELÍCIO; SABINO, 2011).

Outros autores relatam a predisposição genética, associada ou não a algum comprometimento físico, ou emocional, além de mudanças hormonais, e outros mecanismos (HOMANN 2011). Existem também outras hipóteses quanto ao surgimento da sintomatologia, como o sono prejudicado, alterações metabólicas do sistema musculoesquelético, alterações na microcirculação, entre outros (IGNACHEWSKI; SEMEGHINI; GARCIA JÚNIOR, 2004). Dessa forma, a FM deve ser analisada levando-se

em conta uma série de fatores, como aspectos emocionais, aptidão física, dentre outros (KONRAD, 2005).

2.1.2 Sintomatologia

A FM é uma síndrome reumática caracterizada por dor crônica e generalizada associada a outros sintomas como: fadiga, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, rigidez matinal, distúrbios cognitivos e alterações neuroimunoendócrinas (ARNOLD *et al.*, 2012). É uma das enfermidades reumatológicas mais frequentes, cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica. (HEYMANN *et al.*, 2010).

A dor, vista como a principal característica da FM, é desigual de qualquer outra impressão sensorial, afinal, ela não se caracteriza somente pela proporção sensório-discriminativa que o indivíduo vivencia, mas também pelo importante componente afetivo-emocional a ela associado e ou decorrente (FERREIRA *et al.*, 2002).

Além do quadro doloroso, estes pacientes costumam relatar outros sintomas como a fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, distúrbios cognitivos, parestesias de extremidades, e sensação subjetiva de edema. É frequente a associação a outros desconfortos, que contribuem com o sofrimento e a piora da qualidade de vida destes pacientes. Dentre as mais frequentes podemos citar a depressão, a ansiedade, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome miofascial, a síndrome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica (HEYMANN *et al.*, 2010).

Visto que a FM não é evidenciada somente pela dor crônica e generalizada, a depressão e a ansiedade tornam-se também importantes elementos para o diagnóstico diferencial desta condição. (GARIP *et al.*, 2015). A depressão se define como um estado emocional caracterizado por imensa tristeza e apreensão, sentimentos de culpa, isolamento, perda de apetite, do sono, do desejo sexual e envolvimento geral, ou seja, por carências cognitivas, afetivas, comportamentais e físicas, podem afetar indivíduos em qualquer fase da vida. Já a ansiedade, se caracteriza por uma emoção ou estado de humor negativo devido a uma preocupação antecipada quanto ao futuro que gera alterações em níveis diferentes nos indivíduos (PIRES; SILVA, 2012).

A depressão e a ansiedade estão entre os principais agravos da FM, ambos os sintomas, além de serem grandes responsáveis por prejudicar o quadro clínico, podem até mesmo levar ao surgimento de outras complicações, prejudicando a qualidade de vida, a funcionalidade e participação social destes indivíduos (GARIP *et al.*, 2015).

A depressão é vista como um dos sintomas secundários mais comuns da FM, uma vez que os portadores da condição estão mais expostos a sintomas depressivos, do que pessoas com outras doenças reumáticas inflamatórias e não inflamatórias. Por isso, a taxa de prevalência de sintomas depressivos varia entre 20% e 80% em pacientes com FM (OZCETIN *et al.*, 2007; KOBAYASHI-GUTIÉRREZ *et al.*, 2009).

A ansiedade apresenta-se de forma semelhante à depressão na FM (WHITE *et al.*, 2002). A prevalência desse sintoma entre os FM varia de 13% a 71%. Já foi demonstrado que a presença da ansiedade nesses pacientes está relacionada a outros sintomas físicos e maior intensidade da dor, ampliando, dessa forma, a trajetória e a severidade da doença (THIEME; TURK; FLOR, 2004; BOYER *et al.*, 2009).

2.1.3 Critérios de diagnóstico

Os primeiros critérios de diagnóstico da FM, e os mais conhecidos até hoje, foram publicados em 1990, quando dezesseis especialistas pertencentes ao Colégio Americano de Reumatologia estabeleceram os parâmetros de diagnóstico para esta condição. Tais parâmetros envolviam a identificação de sintomas de dor crônica (presente há mais de três meses); dor generalizada que acomete acima e abaixo da linha da cintura, de ambos os lados do corpo e em pelo menos um componente do esqueleto axial do paciente (OLIVEIRA; PETEAN; LOUZADA JÚNIOR, 2010).

Além dos sintomas mencionados, seria necessário que o paciente fosse palpado com uma pressão de quatro quilogramas nos pontos subocipital, na inserção do músculo subocipital; cervical baixo, atrás do terço inferior esternocleidomastoideo no ligamento intertransverso C5-C6; Trapézio - ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo; Supra-espinhoso - acima da escapula, próximo à borda medial, na origem do músculo supra-espinhoso; Segunda junção costo-condral - lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral; Epicôndilo lateral - 2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral; Glúteo médio - na parte média do quadrante súpero-externo na porção anterior do músculo glúteo médio; Trocantérico - posterior à proeminência do grande trocanter; Joelho - no coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho. Ao ser tocado nestes 18 pontos especificados, que foram denominados tender points, o paciente deveria acusar dor à palpação em pelo menos onze deles (GERVÁSIO; GONÇALVES, 2011).

O diagnóstico estabelecido em 1990 é utilizado e respeitado pelos profissionais da saúde que lidam com esta condição, porém com os avanços em pesquisas e percepções

clínicas dos profissionais durante os atendimentos de pessoas com FM, surgiam observações clínicas relevantes e até mais importantes do que a contagem de *tender points* (WOLFE *et al* 1990). Como, por exemplo, a cefaleia, tontura, dores abdominais, constipação, diarreia, ansiedade, depressão, fadiga, dificuldade de concentração e falta de memória que possuíam altíssima prevalência entre as pessoas com FM (GUI *et al.*, 2010).

Tais observações levaram à necessidade de se criar novos parâmetros avaliativos para esta condição. Deste modo, em 2010 o Colégio Americano de Reumatologia propôs novos parâmetros de diagnóstico para a FM. Tais parâmetros foram testados, validados e publicados em 2011. Os novos critérios são caracterizados por um índice de dor generalizada (IDG) que identifica a presença de dor em dezenove regiões corporais e, por uma escala de gravidade de sintomas (EGS), que engloba o sono não restaurador, a fadiga, os sintomas cognitivos e os viscerais (WOLFE *et al.*, 2011). De acordo com os esses critérios, o indivíduo somente apresenta FM se: o IDG for maior ou igual a sete pontos e o EGS maior ou igual a cinco pontos, ou quando o IDG estiver entre três e seis pontos e o EGS a cima de nove pontos. Os sintomas devem ser constantes e presentes por pelo menos três meses. Além disso, não pode haver outra circunstância clínica que explique a sintomatologia apresentada (WOLFE *et al.*, 2011).

A partir do diagnóstico, faz-se necessário traçar um plano de tratamento para o paciente acometido pela patologia. No caso da FM, é preciso intervenções multiprofissionais que envolvem fisioterapia, farmacologia e psicoterapia (LETIERI *et al.*, 2013).

2.1.4 Tratamento farmacológico e não farmacológico

Os fármacos mais comumente utilizados são os antiinflamatórios, embora não sejam tão eficazes no controle da dor, antidepressivos e neuromoduladores, decorrente ao quadro de depressão destes pacientes (CARVALHO; REGO; PROVENZA, 2008).

Os antidepressivos tricíclicos são fármacos que atuam modificando o metabolismo da serotonina e noredrenalina e nos nociceptores periféricos e mecânico- receptores ocasionando uma analgesia periférica e central, fomentando o efeito analgésico dos opióides endógenos e estendendo a duração da fase quatro do sono não reparador (REM), melhorando os distúrbios do sono e regredindo as alterações de humor destes pacientes (PROVENZA *et al.*, 2004). A amitriptilina de 12,5-50 mg ministrada normalmente 2 a quatro horas antes de deitar, comprovam melhora na fadiga no quadro doloroso e no sono dos mesmos. Porém a ciclobenzaprina, um agente tricíclico com estrutura similar a da amitriptilina, é um fármaco

que não se engadra nos efeitos antidepressivos, sendo utilizado como miorelaxante . A efetividade e a tolerabilidade da amitriptilina e da ciclobenzaprina no tratamento da FM podem ser consideradas similares. (PROVENZA *et al.*, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Os bloqueadores seletivos da receptação da seratonina, em especial a fluoxetina, podem ser recursos utilizados na FM. A fluoxetina quando associada com um derivado tricíclico pode aumentar a ação destes na melhora do sono, no bem estar geral e reduzindo a dor, o que conseqüentemente melhora a capacidade funcional (PAINTER; CROFFORD, 2013).

Os analgésicos mais utilizados para a sintomatologia da dor são paracetamol e a dipirona, que estabelecem alternativas para analgesia como tratamento coadjuvante. Contrariamente, o uso de opioides é desaconselhado no tratamento da FM, por apresentar efeitos secundários do seu uso crônico e pelo fato da FM desencadear um estado de amplificação central da dor, assim os pacientes tratados poderem estar ameaçados da hiperalgesia induzida por opioides (SPAETH *et al.*, 2012).

A fisioterapia é uma ciência que colabora com o tratamento de diversas patologias, dentre elas a FM (GUI *et al.*, 2010). De acordo com Michels e Souza (2012), a terapia manual no combate à dor percebida é uma boa opção de tratamento para FM. Através da massoterapia e da pompage pode se obter alívio da dor crônica e melhora funcional. Esta técnica oferece ao paciente a pompage global, seguida pela massoterapia na musculatura cervical, dorsal, lombar e sacral, utilizando as técnicas de deslizamento superficial e profundo, amassamento, rolamento e fricção. Além da melhora da dor, a técnica promove a qualidade de vida para os FM.

De acordo com Sanita, Moraes e Santos (2014), a acupuntura é outro método não farmacológico indicado para o tratamento da FM. Já que esse método de tratamento demonstrou-se eficaz na redução da dor, melhora do sono, e da qualidade de vida de pacientes com FM. Devido utilização de agulhas e moxas para atingir pontos específicos no corpo é que se consegue liberar neurotransmissores e ativar o sistema imunológico, responsáveis pela resposta clínica esperada.

A cinesioterapia e a hidrocinesioterapia são intervenções pertinentes para FM. A cinesioterapia exercita os músculos doloridos com exercícios de alongamento e melhora as condições cardiovasculares com exercícios aeróbicos de baixa intensidade e podem diminuir o impacto da doença e promover a qualidade de vida dessas pessoas (HECKER *et al.*, 2011). A hidroterapia, por sua vez, é um recurso abrangente que utiliza os exercícios aquáticos para

reabilitação de várias patologias, pois os movimentos na água proporcionam relaxamento muscular e diminuição da dor e rigidez muscular (GIMENES; SANTOS; SILVA, 2006). As duas técnicas citadas são exercícios aeróbios de baixa intensidade que se associam a alongamentos e outras técnicas musculoesqueléticas. Tais métodos apresentam bons resultados no tratamento da FM, sobretudo na melhora da qualidade de vida e da dor de pacientes com FM (LETIERI *et al.*, 2013).

2.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

2.2.1 Histórico

Em 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a *Internacional Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). Este instrumento deveria ser utilizado para fins clínicos e de pesquisa. Seu principal objetivo era descrever o processo de adoecimento e as consequências dele resultante. A ICIDH foi traduzida para o Português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps), a CIDID. Neste instrumento a deficiência era definida como anormalidades nos órgãos e sistemas e estruturas do corpo; incapacidade como consequência da deficiência o que se diz respeito à funcionalidade; e desvantagem se trata da adaptação do indivíduo ao meio em que vive (ARAÚJO, 2008; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Este modelo apresentou várias limitações na tentativa de elucidar a funcionalidade e incapacidade humana, como a falta de abordagem dos aspectos sociais e ambientais, além da falta de conexão entre as dimensões da classificação. Após várias correções, em maio de 2001 a OMS aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF). Abordando a funcionalidade como parte integrante da saúde e considerando o ambiente em que o indivíduo se insere como um facilitador ou uma barreira para o desempenho de suas atividades (ARAÚJO, 2008).

Em 2001, durante a 54^a Assembleia Mundial da Saúde, a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Esta nova classificação, contribui para um novo entendimento sobre os conceitos de saúde, funcionalidade e incapacidade, antecipando também a possibilidade de uma gama variada de estratégias para a sua exposição e implementação. A CIF pode ser utilizada como: um instrumento estatístico e de gestão de conhecimento para estudos populacionais; uma ferramenta de análise para conceitos de resultados da qualidade de vida; um instrumento de planejamento e avaliação

clínica; uma disciplina de representações curriculares e educacionais; uma ferramenta de gestão das políticas igualitárias e de saúde (WHO, 2001).

Após a publicação da CIF, todos os países pertencentes à OMS foram recomendados à utilizar a CIF como instrumento universal para delinear e relatar a funcionalidade e incapacidade humana. Além disso, por se tratar de um instrumento universal e padronizado, a CIF permite a comparação de resultados entre diferentes países, regiões e ou serviços de saúde (SANTOS E. *et al.*, 2012). O escopo da CIF é pautado no modelo biopsicossocial, que se remete às várias dimensões da saúde contemplada em quatro componentes: estruturas do corpo; funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais (OMS, 2003).

A CIF representa talvez um dos marcos mais admiráveis da reabilitação nos últimos 20 anos, ao delinear de forma pragmática e conceitual os diversos descritores da saúde, adaptando um modelo explicativo que permite uma melhor inclusão da origem da(s) incapacidade(s), mas, sobretudo de que forma esta pode ser minimizada (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

2.2.2 Conceituações, objetivos, componentes e usos

O modelo de funcionalidade e incapacidade apresentado pela OMS adota uma abordagem biopsicossocial, que classifica domínios de saúde e domínios relacionados à saúde, nos níveis corporais e sociais, que auxiliam na descrição de alterações e mudanças, no que diz respeito à função e estrutura corporal, identificando a capacidade e o desempenho do indivíduo (NUBILA, 2010; FARIAS; BUCHALLA, 2005; WHO, 2002).

O conceito de funcionalidade envolve todas as funções corporais, atividades e participação, já a incapacidade refere-se às deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (OMS, 2003). A CIF oferece um modelo de classificação que leva em consideração a presença e a severidade de um problema de saúde, seja na perspectiva individual ou social. Esse tipo de classificação admite a padronização da linguagem acerca da funcionalidade e, conseqüentemente, da construção desenvolvida por escalas que esclareçam o fenômeno saúde-doença-funcionalidade-cuidado (CIEZA; STUCKI, 2005). Corroborando, assim, a mudança baseada nas doenças para uma abordagem que privilegia a funcionalidade como um constituinte da saúde, além de conceituar o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas, pois a funcionalidade tornou-se o ponto central para avaliação e a demarcação de condutas (WADE; HALLIGAN; 2003).

A CIF classifica a saúde e as condições relacionadas à saúde. O elemento da classificação corresponde a categorias dentro dos domínios da saúde e daqueles associados com a saúde. Assim, são notáveis que nesta classificação, as pessoas não são as unidades de classificação, isto é, a CIF não classifica os indivíduos, mas representa o contexto de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde. Além disso, o detalhamento é sempre feito dentro do contexto dos fatores pessoais e ambientais. A CIF tem dois componentes, cada um com dois elementos: Parte 1 – Funcionalidade e Incapacidade (a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo, (b) Atividades e Participação; Parte 2 – Fatores Contextuais: (c) Fatores Ambientais (d) Fatores Pessoais (OMS, 2003).

Cada componente pode ser referido de forma negativa ou neutra. Cada elemento contém múltiplos domínios e em cada domínio há diversas categorias, que são as unidades de classificação. A saúde e os estados associados à saúde de uma pessoa podem ser registados por meio da seleção do código ou códigos adequado/s de categoria e de aumento de qualificadores, os códigos numéricos que caracterizam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria, ou em que medida um fator ambiental facilita ou estabelece uma barreira (OMS, 2003).

O qualificador é apresentado como mais um dígito acrescentado ao final da categoria, gerando assim um código. O uso de qualquer código da CIF deve ser acompanhado por pelo menos um qualificador, que dá a proporção da severidade do problema em questão (sem problema 0-4%, leve 5-24%, moderado 25-49%, grave 50-95% ou total 96-100%). Sem os qualificadores, existem apenas as categorias que não têm significado quando utilizados para avaliar a condição de saúde dos indivíduos (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

A utilização deste sistema codificado auxilia os fisioterapeutas e os demais profissionais que atuam em reabilitação, na organização das informações e na criação de uma linguagem comum para descrição dos estados relacionados à função já que atualmente diversos métodos demonstram o grau de função e capacidade dos indivíduos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional, transversal, quantitativo e com a utilização de grupo controle, realizado no Centro Universitário de Formiga-MG (UNIFOR-MG), com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos do Centro Universitário de Formiga (CEPH/UNIFOR-MG), conforme as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O parecer de aprovação com o número 687.895 encontra-se no ANEXO D.

3.2 Amostra

A amostragem foi recrutada por conveniência. As primeiras 55 mulheres com diagnóstico de FM e as primeiras 14 CS que se mostraram interessadas em participar da pesquisa e que cumpriam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pela pesquisadora foram inseridas na pesquisa.

3.3 Critérios de inclusão

Para que os indivíduos pudessem ser incluídos neste estudo, foram observados dois distintos critérios, quais sejam: em relação à fibromialgia e ao controle saudável, sendo que cada um desses critérios, por sua vez, incluíram critérios próprios, como se observa a seguir.

3.3.1 Fibromialgia (FM)

Os critérios adotados para selecionar os indivíduos participantes deste estudo foram estes: ser do sexo feminino; apresentar diagnóstico médico de FM, conforme proposto pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 2011 (ANEXO A); estar na faixa etária entre 25 anos a 60 anos; estar em tratamento farmacológico há mais de três meses; apresentar Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 30 k/m^2 ; concordar na participação e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo apresentado no APÊNDICE A.

3.3.2 Controle Saudável (CS)

A seleção para estar de acordo com os quesitos estabelecidos para participantes considerados como controle saudável foi que os indivíduos deviam ser do sexo feminino; não apresentar nenhum histórico de doenças reumatológicas; ter idade entre 25 anos e 60 anos; não estar em tratamento farmacológico estável há mais de três meses; apresentar Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 30 Kg/m² e concordar com a pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.4 Critérios de exclusão

Neste caso, foram estabelecidos como critérios de exclusão: gestantes ou lactentes; quem não concordasse em assinar o TCLE; quem violasse o Protocolo de Coleta de Dados; quem alterasse os fármacos durante o período de estudo; quem apresentasse histórico ou presença de neoplasia ou de doenças autoimunes, psiquiátricas, infecciosas e ou inflamatórias, no período da coleta de dados ou nos três meses que a antecederam.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Para avaliar a depressão destes pacientes, utilizamos o instrumento IDB (ANEXO B) que mede a intensidade dos diferentes níveis de gravidade da depressão. É composto por 21 grupos com quatro afirmações numeradas de zero a três, o indivíduo deve lê-las e marcar as afirmações que melhor descrevem o seu estado da última semana até a data de aplicação. Soma-se todos os escores individuais, que fornece um escore total, e esse por sua vez é classificado nos seguintes níveis: zero a nove “ausência de depressão”; 10 a 16 “indica estado de depressão leve a moderada”; 17 a 29 “compreende um estado de depressão moderada à grave) e 30 a 63 “indica um estado de depressão severa” (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

3.5.2 Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)

Para avaliar a ansiedade utilizamos o IAB (ANEXO C) que avalia a gravidade dos sintomas de ansiedade do indivíduo da última semana até a data de aplicação do questionário. É composto por 21 questões de múltipla escolha com quatro tipos de resposta, que reflete a não presença dos sintomas “zero” até a presença de sintomas severos “três”. Os escores individuais são somados e a partir do escore total consegue-se classificar os níveis de ansiedade da seguinte maneira: zero a sete pontos “mínimo de ansiedade”; oito a 15 pontos “leve ansiedade”; 16 a 25 pontos “ansiedade moderada” e 26 a 63 pontos “indica ansiedade severa”, o paciente chegando a essa pontuação máxima, ele precisa de ajuda médica (Beck *et al.*, 1988).

3.5.3 CIF

Este instrumento faz parte da família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS). Possui como objetivo principal a criação de uma linguagem padronizada e universal, baseada em códigos alfanuméricos. Para que uma categoria da CIF seja considerada um código é necessária a presença de pelo menos um qualificador que determine a magnitude da incapacidade e ou deficiência. Os qualificadores integram uma escala genérica que varia de zero a quatro. Quanto maior o qualificador, maior é comprometimento da saúde.

3.5.4 Ficha dos dados sociodemográficos

Esta ficha tem por finalidade a coleta dos dados de identificação e caracterização do paciente, como: iniciais do nome, endereço, peso, altura, idade, IMC, sexo, estado civil, telefone, escolaridade, ocupação, medicamentos em uso, médico responsável, diagnóstico médico e tempo de diagnóstico (esses dois últimos tópicos, específicos para as portadoras de FM). Para a verificação do peso e da altura, foram utilizadas uma balança digital e uma fita métrica.

3.6 Procedimentos

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa em humanos (CEPH). Todos os cuidados éticos foram tomados de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação pelo CEPH foi realizado um contato com as voluntárias, estas foram orientadas a respeito dos objetivos, benefícios e riscos envolvidos no estudo. Aquelas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Para a obtenção dos dados foram coletados os dados sociodemográficos por meio, da ficha apresentada no APÊNDICE B, (contendo nome, endereço, sexo, idade, telefone, médico responsável, diagnóstico médico, tempo de diagnóstico, peso, altura, IMC, medicamentos em uso, presença ou não de gravidez e lactação). Em sequência os questionários IDB e IAB foram aplicados pela responsável do estudo a todas as voluntárias, e por fim, esses instrumentos foram pontuados e avaliados pelas análises descritiva e estatística dos dados. Cada uma das questões que compõe o IAB e IDB foi associada a uma categoria da CIF e em sequência foram codificadas de acordo com a CIF (sem problema 0-4%, leve 5-24% , moderado 25-49% , grave 50-95% ou total 96-100%).

Ao final, com todos os resultados da pesquisa em mãos, foi enviada uma carta a cada uma das participantes do estudo, apresentando-lhes os resultados que foram encontrados na pesquisa. Além disso, será desenvolvido um artigo científico que será submetido a um periódico científico nacional. .

3.6.1 Análise dos dados

Primeiramente foi conduzida uma análise descritiva dos dados, por meio do cálculo da média, mediana, desvio padrão, valor mínimo, e valor máximo, IC95%. Em sequência, foi aplicado o Teste de Kolmogorov Smirnov para avaliar a normalidade dos dados. A análise intergrupos foi feita por meio do Teste t independente (dados com distribuição normal). Toda análise estatística foi feita no *Software GraphPad Prism v5.0*, com nível de significância de $p < 0,05$ Para facilitar a visualização dos dados, foram expressos por meio de figuras e tabelas.

3.6.2 Cuidados éticos

Todas as voluntárias do estudo obtiveram esclarecimentos sobre a pesquisa e foram informadas de que suas identidades e todos os seus direitos seriam resguardados. Assim, todas as voluntárias que concordaram em participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS

Participaram voluntariamente deste estudo, 55 pacientes com FM e 14 controles saudáveis. Todas as participantes eram do sexo feminino, e os grupos de pacientes com FM e de controles saudáveis não diferiram significativamente em relação à idade, peso, altura e IMC (Índice de Massa Corporal) no início do estudo (TAB. 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra das pacientes com fibromialgia e controles saudáveis

	FM n=55			CS n=14			Valor p
	MD ± DP	Mediana	IC95%	MD ± DP	Mediana	IC95%	
Idade	46,92 ± 9,60	49,5	43,04 a 50,08	46,00 ± 7,91	43,5	41,43 a 50,57	0,63
Peso	67,23 ± 10,83	66	64,30 a 70,15	65,84 ± 11,96	63,5	58,93 a 72,74	0,67
Altura	1,57±0,07	1,6	1,57 a 1,61	1,602 ± 0,07	1,62	1,561 a 1,643	0,7
IMC	26,45±4,14	26,42	25,33 a 27,57	25,75 ± 4,96	24,59	22,89 a 28,62	0,59

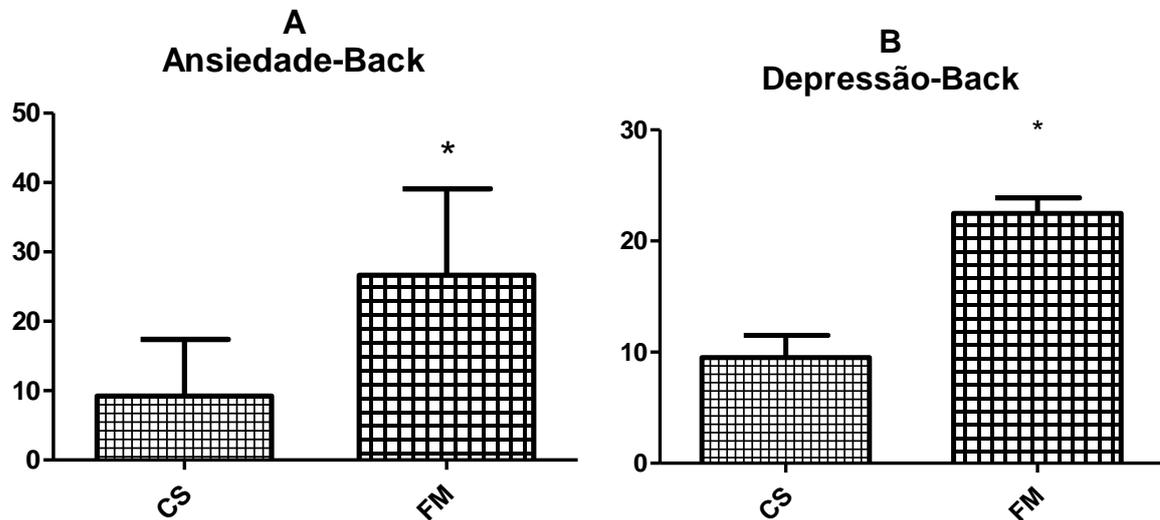
Fonte: A autora (2016).

Em relação à ansiedade, avaliada pelo questionário “Inventário de Ansiedade de Beck”, observou-se que os pacientes com FM apresentaram mediana de 24,00 pontos, média e desvio padrão de 26,65±12,46 pontos (valor mínimo 4,00 valor máximo 64,00 IC 95% 23,29 a 30,02). Já os controles saudáveis apresentaram mediana de 7,00 pontos, média e desvio padrão de 9,214 ±8,164 pontos (valor mínimo 1,00 valor máximo 33,00 IC 95% 4,501 a 13,93). Esse valor indica ansiedade severa nos pacientes com FM e CS ansiedade leve do escore total do questionário. A comparação entre os dois grupos atingiu significância estatística, com valor de $p = <0,0001$ (FIG. 1a).

No que se refere aos sintomas depressivos, avaliados por meio do questionário “Inventário de Depressão de Beck”, evidenciou-se mediana de 20,00 pontos, média e desvio padrão de 22,49±10,38 pontos (valor mínimo 7,00 valor máximo 52,00 IC 95% 19,68 a 25,30). Tais valores foram significativamente mais elevados do que aqueles encontrados em controles saudáveis, que apresentaram mediana de 8,50 pontos, média e desvio padrão de 9,50±7,563 pontos (valor mínimo 0,00 valor máximo 26,00 IC 95% 5,134 a 13,87). Esse valor indica depressão moderada à grave, em pacientes com FM, ao passo que o grupo CS apresenta

ausência de depressão do escore total do questionário. Tal diferença, novamente atingiu significância estatística, com valor de $p = <0,0001$ (FIG. 1b).

Figura 1 – Níveis de ansiedade e depressão em pacientes FM e CS



Fonte: A autora (2016).

Obs.: Os valores estão expressos em média e desvio padrão.

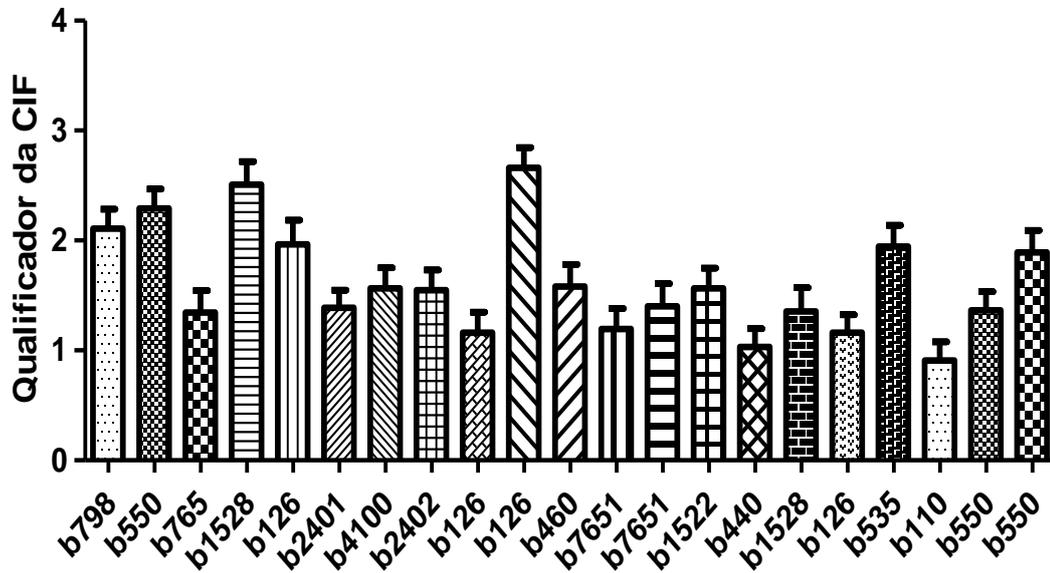
O asterisco representa valor de $p < 0,0001$

A) Pontuação no inventário de ansiedade de Beck;

B) pontuação no inventário de depressão de Beck.

Cada uma das questões que compõem o IAB e IDB foi associada a uma categoria da CIF. Em relação ao IAB, questionário composto de 21 questões, foram geradas 16 categorias distintas da CIF: b798 – funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento, outras especificadas; b550 – funções termo reguladoras; b7651 – tremor; b1528 – funções emocionais, outras especificadas; b126 – funções do temperamento e da personalidade; b2401 – tontura; b4100 – frequência cardíaca; b2402 – sensação de cair; b460 – sensações associadas as funções cardiovasculares e respiratórias; b1522 – amplitude da emoção; b440 – funções respiratórias; b1528 – funções emocionais, outras especificadas; b126 – funções do temperamento e da personalidade; b535 – sensações associadas ao sistema digestivo ; b110 – funções da consciência; b550 – funções termo reguladoras.

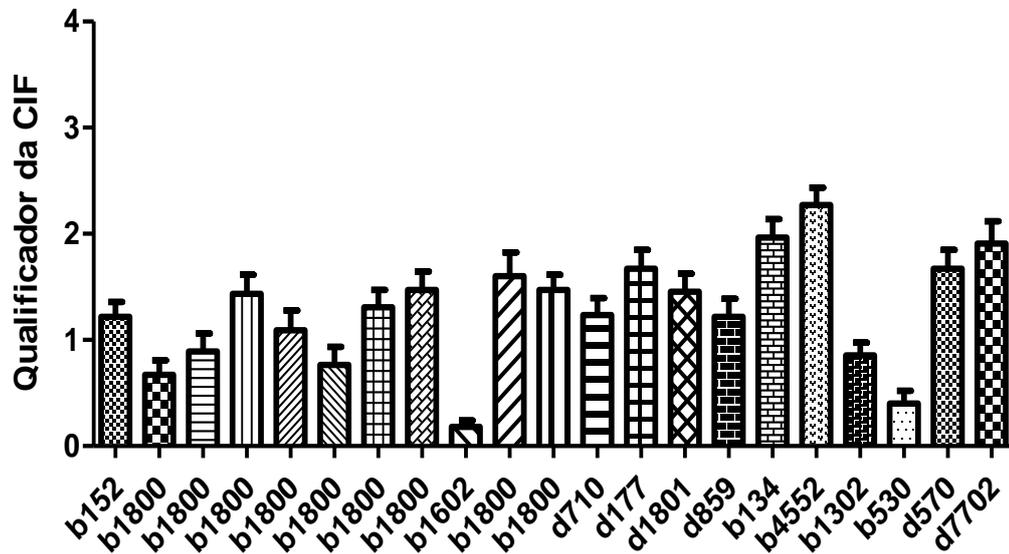
Figura 2 – Categorias da CIF associadas às questões do IAB acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em pacientes com FM



Fonte: A autora (2016).

Em relação ao IDB, instrumento composto de 21 questões, 13 categorias da CIF foram associadas às suas respectivas questões: b152 – funções emocionais; b1800 – experiência pessoal; b1602 – conteúdo do pensamento; d710 – interações interpessoais básicas; d177 – tomar decisões; d1801 – imagem do corpo; d859 – trabalho e emprego, outros especificados e não especificados; b134 – funções do sono; b4552 – fadiga; b1302 – apetite; b530 – funções de manutenção do peso; d570 – cuidar da própria saúde; d7702 – relações sexuais.

Figura 3 – Categorias da CIF associadas às questões do IDB acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em pacientes com FM



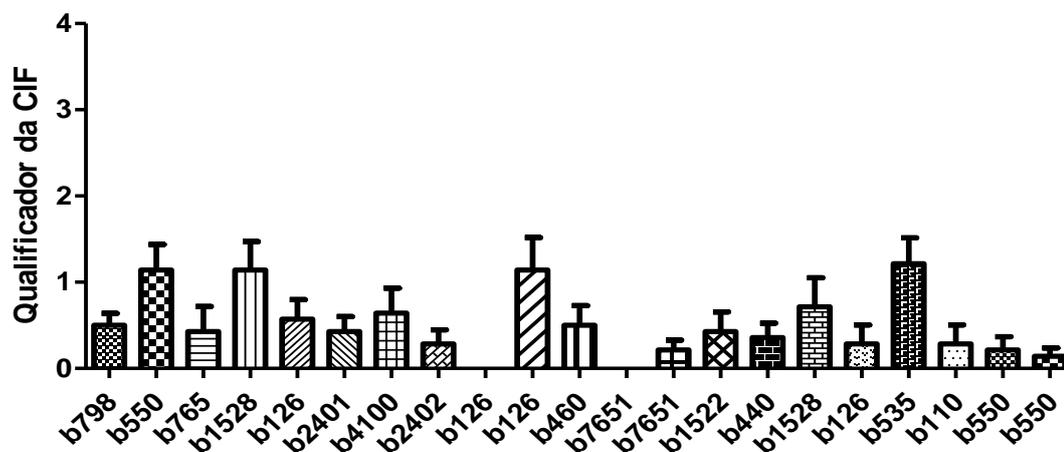
Fonte: A autora (2016).

A codificação das questões do IDB e IAB em pacientes com FM demonstrou que as categorias relacionadas à ansiedade, mais impactadas foram: b126 -funções do temperamento e personalidade (mediana 3,00 pontos, média e desvio padrão $2,66\pm 1,44$ pontos); b1528 -funções emocionais, outras especificadas (mediana 3,00 pontos, média e desvio padrão $2,50\pm 1,56$ pontos); e b550 -funções termo reguladoras (mediana 3,00 pontos, média e desvio padrão $2,29\pm 1,31$ pontos). De acordo com os qualificadores da CIF, as categorias mais impactadas mantiveram média dois, o que determina uma ansiedade moderada 25-49%. Já em relação à depressão, as categorias mais impactadas foram: b4552 –fadiga (mediana 2,00 pontos, média e desvio padrão $2,27\pm 1,19$ pontos); b134 -funções do sono (mediana 2,00 pontos, média e desvio padrão $1,96\pm 1,30$ pontos); e d7702 -relações sexuais (mediana 1,00 pontos, média e desvio padrão $1,90\pm 1,55$ pontos). Os qualificadores da CIF demonstram que as categorias mais impactadas mantiveram média dois, o que determina uma depressão moderada 25-49%. Os dados podem ser observados na Figura 2 e Figura 3, respectivamente.

Já no grupo CS observou-se que as categorias relacionadas à ansiedade mais impactadas foram: b126 - funções do temperamento e personalidade (mediana 1,00 ponto, média e desvio padrão $1,14\pm 1,40$ pontos); b1528-funções emocionais, outras especificadas (mediana 1,00 ponto, média e desvio padrão $1,14\pm 1,23$ pontos); b550 -funções termo

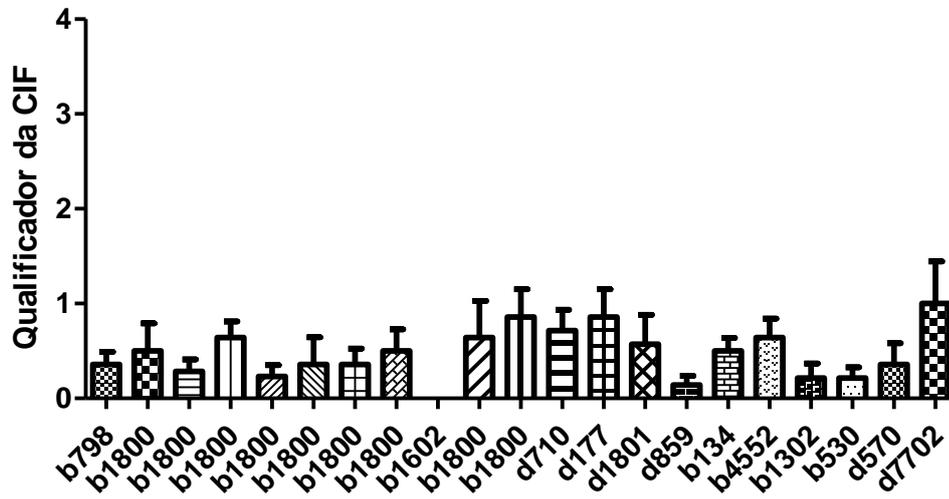
reguladoras (mediana 1,00 ponto, média e desvio padrão $1,14 \pm 1,09$ pontos) e b535 - sensações associadas ao sistema digestivo (mediana 1,00 ponto, média e desvio padrão $1,21 \pm 1,12$). De acordo com os qualificadores da CIF, as categorias mais impactadas mantiveram média dois, o que determina uma ansiedade leve 5-24%. Já em relação à depressão, as categorias mais impactadas foram: b1800-experiência pessoal (mediana 1,00 ponto, média e desvio padrão $0,85 \pm 0,29$); d177-tomar decisões (mediana 1,00 média e desvio padrão $0,85 \pm 1,09$) a categoria d7702 - relações sexuais (mediana 0,00 média e desvio padrão $1,00 \pm 1,66$). De acordo com os qualificadores da CIF, as categorias mais impactadas mantiveram média dois, o que determina depressão leve 5-24%. Importante ressaltar que, entre os participantes do grupo CS (Controle Saudável), nenhuma categoria apresentou mediana superior a 1 (um) ponto.

Figura 4 – Categorias da CIF associadas às questões do IAB acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em controles saudáveis



Fonte: A autora (2016).

Figura 5 – Categorias da CIF associadas às questões do IDB acompanhadas da média e desvio padrão dos qualificadores utilizados para codificar cada uma das respectivas categorias em controlos saudáveis



Fonte: A autora (2016).

5 DISCUSSÃO

A fibromialgia (FM) é caracterizada por uma dor crônica e generalizada. Entretanto, para chegar ao diagnóstico de FM, deve haver uma associação entre a dor e sintomas como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, fadiga e rigidez matinal, dentre outros (WOLFE *et al.*, 2010; BENNETT *et al.*, 2009). Essa associação se tornou mais evidente graças a estudos mais recentes como, por exemplo, os estudos de Alciati *et al.* (2012) e de Loggia *et al.* (2014), que relatam a alta prevalência de ansiedade e depressão fibromiálgicos. Além disso, esses autores destacam que a depressão e a ansiedade intensificam os impactos provocados pela FM na vida dos indivíduos nessa condição de saúde.

Segundo Branco *et al.* (2010), a incidência de FM é maior em mulheres, pois para cada grupo de nove mulheres apenas um homem é diagnosticado com essa doença. Além disso, Medeiros *et al.* (2006) lembram que a justificativa para selecionar preferencialmente pessoas do sexo feminino pode colaborar para evitar controvérsias na interpretação dos fatos, uma vez que as alterações hormonais e outras características pertinentes a essas podem influenciar nos resultados finais.

Por isso, neste estudo, a amostragem foi composta exclusivamente por mulheres. Importante destacar, que no início do estudo, os dados de idade, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e sexo se mostraram semelhantes em ambos os grupos analisados, ou seja, as mulheres com FM e as mulheres CS. Esta homogeneidade entre os grupos é importante, já que estas variáveis poderiam estar independentemente associadas aos sintomas de ansiedade e depressão, atuando assim como fatores interferentes no estudo.

Com relação à ansiedade e à depressão, Santos E. *et al.* (2012) referem que são sintomas comumente presentes na maioria dos pacientes com dor crônica idiopática ou com causa definida. Portanto, sendo a FM significativamente caracterizada pela dor crônica, anteviu-se que tais sintomas fossem altamente relatados pelas pacientes com FM. Quanto à ansiedade, avaliada por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (IAB), este estudo demonstra que as pacientes com FM apresentaram níveis mais elevados de ansiedade quando comparados ao grupo CS. Nesse contexto, Thieme, Turk e Flor (2004) destacam que prevalência da ansiedade entre pacientes com FM é pelo menos três vezes maior que na população em geral. Isso significa que 32,3% dos pacientes diagnosticados com FM apresentam sintomas característicos de ansiedade, ao passo que na população em geral, a incidência desse sintoma não ultrapassa os 9%. De acordo com Costa *et al.* (2005), a ansiedade é fortemente atuante quando a dor é desencadeada. É que, sendo uma síndrome de

etiologia desconhecida, de cura incerta e presença da dor como principal sintoma, a FM pode induzir sentimentos de desconhecimento e insegurança, sintomas típicos da ansiedade. Por sua vez, Boyer *et al.* (2009) relatam que o aparecimento da ansiedade pode influenciar na percepção da dor, seja no sentido de diminuir seu limiar, seja no sentido de colaborar para o aumento dos sintomas físicos, o que implica em um comprometimento funcional. Dessa forma, a ansiedade leva os pacientes com FM a perceberem as sensações somáticas de forma mais intensa e perturbadora.

Neste presente estudo, as pacientes com FM apresentaram quadro de ansiedade severo, ao passo que o grupo CS apresentou quadro leve. Segundo Santos (2012), 88% dos pacientes com FM são ansiosos e 43% apresentam sintomas graves, o que sugere que a ansiedade se apresenta de forma mais severa que a depressão, em pacientes com FM. Esse resultado corrobora com o estudo desenvolvido por Costa *et al.* (2005), em Salvador/BA, em que 87,5% dos pacientes com FM relataram ansiedade. Entretanto, estudos desenvolvidos posteriormente, com a aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), por Boyer *et al.* (2009), apontaram uma variação entre 57,93% e 71% na frequência de sintomas ansiosos em pacientes com FM. Nesse viés, é importante lembrar que é ainda não se sabe se os altos níveis de ansiedade são causa ou consequência da FM.

Pinheiro Júnior (2015), em estudo desenvolvido com a aplicação do IDB, também encontrou sintomas depressivos em níveis mais elevados nos pacientes com FM que nos do grupo CS. Essa constatação, aliás, o levou a inferir que a depressão, sintoma comum em pacientes com FM, pode ser decorrente do sofrimento provocado pela dor associada aos sintomas desta.

A dor no paciente com FM gera um estado deprimente e isso consequentemente resulta na redução das atividades do dia a dia e ao isolamento social, o que pode contribuir para um quadro de depressão (SANTOS A. *et al.*, 2006). Nesse sentido, Teixeira (2006) também afirma que a depressão é frequentemente diagnosticada em indivíduos que relatam dor crônica. Para esses autores, o quadro algico crônico é definido como potencial gerador de medo e dependência e que, embora a relação de causalidade entre dor e depressão não esteja estabelecida, é viável a constatação de uma correlação entre dor-depressão-dor. Ainda segundo esses autores, a relação entre dor e depressão pode ser atribuída à baixa de hormônios produzidos pelo Sistema Nervoso Central (SNC), responsáveis pela boa qualidade de vida do indivíduo, como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina.

Neste estudo, foi possível observar que as mulheres com FM apresentaram quadro de depressão moderada a grave, enquanto o CS não apresentou quadro de depressão. A

propósito, o resultado deste estudo, além de corroborar com o resultado de outros estudos, corrobora com o estudo desenvolvido por Homann *et al.* (2012) sobre o impacto de estresse e da depressão em pacientes com FM, utilizando o IDB, a Escala Visual Analógica e Escala de percepção do estresse, o qual apontou que as mulheres com FM apresentam sintomas depressivos mais intensos. Lembrando que a amostra do estudo de Homann *et al.* (2012) foi composta por 40 mulheres divididas nos grupos CS e FM, e o resultado demonstrou que 75% do grupo com FM apresentaram quadro de depressão, sendo que esta apresentou forte correlação com a dor. Assim, esses achados apoiam a hipótese da existência do ciclo dor-depressão-dor.

A necessidade de estabelecer uma linguagem universal e padronizada para descrever a ansiedade e a depressão nos pacientes com FM e controles saudáveis analisados neste estudo culminou no desenvolvimento de estratégias distintas. Primeiramente, cada uma das questões que compõem o IAB e o IDB foi associada a uma categoria da CIF e depois estas foram codificadas por meio da adição de qualificadores genéricos da CIF, conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (2003). Dessa forma, em relação ao IAB, o questionário composto de 21 questões gerou 16 categorias distintas da CIF, já em relação ao IDB, instrumento composto de 21 questões, 13 categorias da CIF foram associadas às suas respectivas questões. É conveniente destacar que algumas categorias precisaram ser usadas mais de uma vez no mesmo questionário e que essa foi uma estratégia interessante, porque evidenciou os pontos que mais interferiam no estado de ansiedade e ou depressão das participantes do estudo. Sendo assim, o profissional de saúde pode pautar o pensamento e a tomada de decisão clínica baseado nas reais necessidades dos pacientes, como determinado pela OMS (2003).

Observando os resultados deste estudo em relação ao IAB, percebe-se que b126, b1528 e b550 foram as categorias mais impactadas. A categoria b126 se refere às funções do temperamento e da personalidade; é definida por funções mentais gerais de carácter constitucional, as quais levam o indivíduo a ter reações específicas diante de determinadas situações, incluindo o conjunto de características mentais que serve para diferenciar os indivíduos entre si. Já a categoria b1528, que se refere às funções emocionais e a outras especificadas, esta inclui funções mentais específicas relacionadas ao sentimento e ao componente afetivo dos processos mentais. Por sua vez, a categoria b550 se refere às funções termorreguladoras, ou funções da regulação da temperatura do corpo, dentre as quais se incluem as funções de manutenção da temperatura corpórea e algumas deficiências, como hipotermia e hipertermia (OMS, 2003).

Neste estudo, os resultados referentes ao IDB mostram que as categorias mais impactadas foram a b4552, a b134 e a d7702. Esclarecendo que a categoria b4552 se refere à fadiga e a funções relacionadas à sua susceptibilidade para qualquer nível de esforço, enquanto a categoria b134 está relacionada a funções do sono e a funções mentais gerais de desconexão física e mental periódica, reversível e seletiva, bem como, a funções do ambiente imediato da pessoa, acompanhadas de mudanças fisiológicas características. Por outro lado, a categoria d7702 diz respeito às relações sexuais, à capacidade de criar e manter um relacionamento de natureza sexual seja com o cônjuge, seja com outro parceiro (OMS, 2003). É importante destacar que, como nenhum estudo com objetivos semelhantes ao deste foi encontrado, não foi possível fazer um comparativo nesse sentido. De todo modo, a análise do conjunto de categorias mais impactadas nesta pesquisa aponta a necessidade de uma intervenção multidisciplinar, a fim de propiciar uma melhora no quadro clínico da FM, inclusive no tocante aos sintomas de ansiedade e depressão.

Provenza *et al.* (2004) concluíram que a ansiedade, a alteração do humor e do comportamento, a irritabilidade e/ou outros distúrbios psicológicos acompanham cerca de 1/3 dos pacientes com FM e que, sendo assim, não podem ser negligenciados no momento da tomada de decisão clínica. Nesse sentido, Brandt *et al.* (2011) e Santos (2012) ressaltam que tais sintomas podem ser passageiros e durar apenas algumas horas ou alguns dias. Entretanto, se permanecerem por longos períodos, tais sintomas podem comprometer a saúde física e mental dos indivíduos.

Na FM, o estado emocional alterado do paciente é um fator importante, pois pode marcar sua dificuldade em lidar com problemas/situações anteriores à doença ou somar-se ao aparecimento desta, formando um diagrama, quando o estado emocional interfere na dor e esta interfere no estado emocional (MAEDA *et al.*, 2009). Brioschi *et al.* (2015) consideram que as funções termo reguladoras, bem como, os distúrbios hormonais do climatério, podem estar diretamente envolvidos na sintomatologia relatada pelos pacientes com FM e mulheres de meia-idade, uma vez que a FM e os distúrbios da termo regulação estão estreitamente correlacionados na avaliação clínica. Soma-se a isso o fato de muitas características pertinentes à FM estarem significativamente relacionadas a alterações de termo regulação como, por exemplo, a intolerância ao frio, a diminuição da temperatura corporal e a cianose das extremidades.

Uma das categorias mais impactadas do IDB refere-se à fadiga, apontada como um dos principais sintomas da FM, que está incluída nos novos critérios de diagnóstico da FM (WOLFE *et al.*, 2011). Entre 76 e 100% dos pacientes se queixam de fadiga, principalmente

ao despertar. No entanto, os relatos são de que a fadiga se intensifica mediante esforço físico e que, dependendo do grau de esforço despendido, o estado de fadiga pode se tornar tão incômodo que mesmo atividades vistas como leves podem agravar a dor e o cansaço (HEYMANN, 2012). Nesse contexto, Teixeira e Figueiró (2001) relatam que os sintomas da FM, como dor e fadiga, podem ser tão intensos a ponto de interferir na vida profissional e social, provocando reflexos indesejáveis no desempenho ocupacional, dificultando a coordenação motora e a cognitiva. O que, por si só, pode contribuir para o estremecimento das relações familiares e para limitar o contato social. Nesse viés, Pernambuco (2014) relaciona a fadiga relatada pelos pacientes com FM à diminuição dos níveis diurnos de cortisol, condição evidenciada em pacientes com esse diagnóstico.

De modo geral, segundo Ferro, Ide e Streit (2007), os sintomas relacionados a distúrbios do sono foram encontrados em 56% a 80% das pacientes com FM. Essas pacientes relatam rigidez matinal com duração média de uma hora e a sensação de sono não restaurador, que independe da quantidade de horas dormidas. Ainda segundo essas pacientes, elas sentem um cansaço constante, consideram que dormem levemente ou que acordam várias vezes durante a noite. Além disso, as pacientes com FM relatam que despertam muito cedo e têm dificuldade para voltar a dormir. Nesse sentido, o estudo desenvolvido por Ferro, Ide e Streit (2007) mostrou que os distúrbios de sono se apresentaram em 98% dos pacientes, corroborando com a literatura, pois algumas pesquisas mostram que a ocorrência desses distúrbios podem alcançar 100% da população estudada, ou seja, sua prevalência é considerada alta em pacientes com FM. A propósito, os resultados encontrados neste estudo mostram que a categoria relacionada a funções do sono se mostrou altamente impactada, corroborando com esses estudos, e lembrando que os distúrbios provocados por essas funções figuram entre as maiores queixas de pacientes com FM. Com relação às funções do sono, Pernambuco *et al.* (2015) as atribuem suas alterações à baixa produção de melatonina, hormônio indutor do sono, que também exerce função analgésica.

As funções do temperamento e personalidade podem ser explicadas ao fato de essas pacientes estarem no climatério, período em que as alterações hormonais provocam alteração no comportamento, no temperamento e na personalidade. Aliás, o climatério é definido como o período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, sendo marcado fisiologicamente pela deterioração progressiva da função ovariana e conseqüentemente do hipoestrogenismo. Geralmente, o climatério se inicia por volta dos 40 anos e perdura até os 65 anos de idade e vem significativamente acompanhado de sinais e sintomas característicos,

como dificuldade nos aspectos emocionais e sociais, as quais afetam a qualidade de vida e repercutem na função sexual (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Ainda de acordo com os autores supracitados, as funções emocionais são definidas pela OMS como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. No que se refere às mulheres no climatério, suas atitudes e percepções frente à menopausa exercem influência no estado emocional a ponto de interferir no seu cotidiano. Silveira *et al.* (2007) ressaltam que, em relação às funções termorreguladoras, a literatura considera que a variabilidade da prevalência de sintomas climatéricos, como ondas de calor, está bastante relacionada ao contexto cultural. Nesse sentido, estatísticas apontam que entre 75% e 85% das mulheres nos Estados Unidos e Europa apresentam sintomas significativos, contrastando com o percentual de 25% observado no Japão. Assim, como grande parte dessas estatísticas se refere a estudos abordando a população geral, ainda são escassos os conhecimentos sobre a prevalência da sintomatologia em relação a grupos populacionais específicos, como é o caso das mulheres que vivem em áreas rurais, como no Brasil.

Ao se observar os resultados deste estudo em relação à depressão, percebe-se que no grupo CS as categorias mais impactadas foram a b1800, d177 e a d7702. A categoria b1800, por sua vez, está relacionada à experiência pessoal, indicando funções mentais específicas relacionadas à consciencialização da própria identidade e da própria posição no contexto do mundo em que se vive. A categoria denominada d177 se refere à tomada de decisões e inclui a capacidade de fazer uma escolha diante de distintas opções e de implementar a opção escolhida, avaliando seus efeitos, como por exemplo, selecionar e adquirir um produto específico, ou decidir pela realização de determinada tarefa dentre várias a serem feitas, ao passo que a categoria d7702 diz respeito às relações sexuais, a criar e manter um relacionamento de natureza sexual com o cônjuge ou outro parceiro.

A experiência pessoal pode estar alterada em qualquer indivíduo, pois cada um apresenta uma experiência pessoal diferente, o que nem sempre apresenta vínculo com a FM. Nesse sentido, ficou demonstrado neste estudo que as pacientes com FM não apresentaram alterações relevantes a esta categoria, a qual apareceu destacada somente no grupo CS. Sendo assim, pode-se entender que a tomada de decisão pode estar interligada pelo fato de que cada indivíduo apresenta uma forma diferente de lidar com os problemas, o que também pode estar alterado em indivíduos saudáveis. Lembrando que não há relato na literatura que interligue esta categoria com as pacientes com FM.

Este estudo mostra que as questões referentes às relações sexuais foram evidenciadas em ambos os grupos, embora com menos severidade no grupo CS. Esse fato pode ser explicado com base nos estudos de Silveira *et al.* (2007), que mostram que o fator climatério afeta aproximadamente 60% a 80% das mulheres, que relatam alguma sintomatologia desagradável nessa fase, sendo comuns os sintomas vasomotores e genitais, sendo que dentre esses últimos, destacam-se os decorrentes da atrofia urogenital (ressecamento vaginal, dispareunia e urgência miccional), os quais repercutem bastante na esfera sexual e na qualidade de vida.

É relevante ressaltar que os resultados dos questionários IDB e IAB, em relação ao escore total, se diferem quando comparados com os qualificadores da CIF. Dessa maneira, os pacientes com FM e CS, avaliados somente pelos questionários, apresentaram uma sintomatologia mais grave quando comparados com os qualificadores da CIF. Sendo assim, fica demonstrado que estas estratégias não só permitiram a visualização dos dados de acordo com uma informação padronizada e universalizada, como também proporcionaram maior nível de detalhamento da informação sobre os diversos tipos de distúrbios de ansiedade e depressão apresentados pelas participantes deste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa mostrou que a amostra de pacientes com fibromialgia está mais afetada pela depressão e ansiedade que a amostragem de pacientes do grupo controle saudável. Essa constatação condiz com a codificação da CIF, que estabelece qualificadores mais elevados de depressão e ansiedade em pacientes com FM que os controle saudável. Porém, os questionários utilizados neste estudo apresentaram uma ansiedade e uma depressão grave que, comparados aos qualificadores da CIF, deram leve a moderado.

Esse resultado mostra a necessidade de um estudo mais fidedigno. Contudo, quando se analisou as categorias mais afetadas em FM e CS de maneira unitária, percebeu-se que alguns pontos merecem destaque para o manejo da intervenção fisioterapêutica.

REFERÊNCIAS

- ALCIATI, A. *et al.*, Psychiatric problems in fibromyalgia: clinical and neurobiological links between mood disorders and fibromyalgia. **Reum.** 2012. 64(4): p. 268-74. Disponível em: <<http://www.fondazioneforipsi.org/img/upload/foripsi2.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- ARNOLD, L. M. *et al.* Development of responder definitions for fibromyalgia clinical trials. **Arthritis rheum.** 2012; 64 (3): 885–894. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252491/>>. Acesso em: 27 abr. 2016.
- BASTOS, C. C.; OLIVEIRA, E. M. Síndrome da fibromialgia: tratamento em piscina aquecida. **Lato & Sensu**, Belém, v. 4, n.1, p.3-5, out. 2003. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/155.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **j consult clin psychol.** 1988; 56 (6): 893-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199>>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- BENNETT, R. M., Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia. **Rheum Dis Clin North Am**, 2009. 35(2): p. 215-32. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- BOYER, A. L. *et al.* Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. **Rheum Int.** 2009; 29(10):1151-60. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19096850>>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- BRANCO, J. C. *et al.* Prevalence of fibromyalgia: a survey in five european countries. **Arthritis rheum**, v. 39, n. 6, p. 448-53, jun./2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19250656>>. Acesso em: 1º maio 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de saúde (CNS). Resolução 466/2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 19 jul. 2016.
- BRIOSCHI, M. L. *et al.* Modulação da dor na síndrome fibromiálgica: um distúrbio termorregulatório? 2015. 10. f. **Pan American Journal of Medical Thermology.** 1(2): 71-80. Disponível em: <http://abraterm.com.br/revista/index.php/PAJTM/article/viewFile/15/pdf_10>. Acesso em: 15 out. 2016.
- CARVALHO, M. A.; REGO, R. R.; PROVENZA, J. R. Fibromialgia. In: CARVALHO, M.A.P. *et al.* **Reumatologia: diagnóstico e tratamento.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CIEZA, A.; STUCKI, G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). **Qual Life Res.** 2005;14:1225-37.

COSTA, S. R. M. R. *et al.* Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. **Rev Bras Reumatol.** 2005;45(2):64-70.

COSTA, J. G.; FELÍCIO, D. C.; SABINO, G. S. **Etiologia e tratamento fisioterapêutico da Fibromialgia: uma revisão de literatura.** 2011. 15. f. Dissertação de Mestrado (Fisioterapia). Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Betim, 2011.

FERREIRA, E. A. G *et al.* Avaliação da dor e estresse em paciente com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 104-110, mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v53n6/v53n6a08.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

FERRO, C. V.; IDE, M. R.; STREIT, M. V. Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia. 2007. 5. f. **Fisioter. Mov.** 2008. jan/mar; 21(1):33-38. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

FONTES, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). 2010. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** v. 28. Issue 2. jul-dez/2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700080>>. Acesso em: 23 out. 2016.

GARIP, Y. *et al.* Alexithymia in fibromyalgia patients and its impact on the quality of life. **Istanbul med J.** 2015; 16: 137-40. Disponível em: <<http://istanbulmedicaljournal.org/sayilar/68/buyuk/137-140.pdf>>. Acesso em: 1º maio 2016.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in brazilian subjects. **Braz j med biol res.** 1996; 29 (4):453-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

GUI, M. *et al.* Distúrbios do sono em pacientes com fibromialgia. **Neurobiologia.** n° 73. Jan./Mar. 2010.

GIMENES, F. O.; SANTOS, E. C.; SILVA, T. J. P. V. Watsu no tratamento da fibromialgia: estudo piloto. **Rev Bras Reumatol** 2006;46(1):75-76.

HECKER, C. D. *et al.* Análise dos efeitos da cinesioterapia e da hidrocinesioterapia sobre a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia – um ensaio clínico randomizado. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 57-64, jan./mar. 2011. Licenciado sob *Licence Creative Commons*.

Heymann R. E. *et al.* **Novos conceitos em fibromialgia.** 2010. Artigo. 11. f. Disponível em: <http://www.atualizador.com.br/fasciculos/Fasciculo_AtualizaDOR_MIOLO%204.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

HENNINGSEN, P.; ZIMMERMANN, T.; SATTEL, H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. **Psychosom Med.** 2003; 65(4):528-33. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12883101>>. Acesso em: 1º maio 2016.

HOMANN, D. **Estudo de caso – controle da grelina acilada, sono e dor em mulheres com fibromialgia.** 2011. 144 f. Dissertação de mestrado (Educação Física) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011. Disponível em: <[http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/25828/2011%20\(Homann\)%20Estudo%20casocontrole%20da%20grelina%20acilada,%20sono%20e%20dor%20em%20mulheres%20com%20fibromialgia.pdf?sequence](http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/25828/2011%20(Homann)%20Estudo%20casocontrole%20da%20grelina%20acilada,%20sono%20e%20dor%20em%20mulheres%20com%20fibromialgia.pdf?sequence)>. Acesso em: 13 maio 2016.

HOMANN, D. *et al.* Percepção de estresse e sintomas depressivos; funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. **Revista brasileira de reumatologia.** 2012. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v53n6/v53n6a08.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

IGNACHEWSKI, L. E. R.; SEMEGHINI, T. A.; GARCIA JÚNIOR, J. R. Aspectos Fisiopatológicos e Neuroendócrinos da Síndrome de Fibromialgia. **Saúde em Revista.** Maringá, PR, 2004. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude12art07.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

KOBAYASHI-GUTIÉRREZ A. *et al.* Depression and its correlation with in patients pain in the rheumatology service of a mexican teaching hospital. **Rheumatol int.** 2009; 29(10):1169-75. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19112564>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

KONRAD, M. L. **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia.** 2005. 119. f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<http://www.cds.ufsc.br/mestrado/TESE%20Lisandra%20Maria%20%20Konrad%20defendida%20em%2028%20fev%202005.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2015.

LETTIERI, R. V. *et al.* Dor, qualidade de vida, autopercepção de saúde e depressão de pacientes com fibromialgia, tratados com hidrocinesioterapia. 2013. Artigo. 7. f. **Rev. Bras. Reumatol.** 2013; 53(6) :494–500. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v53n6/v53n6a08.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

LOGGIA, M. L. *et al.* Disrupted brain circuitry for pain-related reward/punishment in fibromyalgia. **Arthritis Rheumatol,** 2014. 66(1): p. 203-12. Disponível em:< Disrupted brain circuitry for pain-related reward/punishment in fibromyalgia-PlubMed-NCBI>. Acesso em: 11 ago. 2016.

MAEDA, A. M. C.; POLLAK, D. F.; MARTINS, M. A. V. A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. 2008. 12. f. Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde). UNIFESP. **Rev. Bras. de Educ. Méd.** 33 (3): 404 – 415; 2009. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-

BR&user=rZkm6bkAAAAJ&citation_for_view=rZkm6bkAAAAJ:d1gkVwhDpl0C>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MARTINEZ, J. E. Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar? **Acta Fisiátrica** 4: 99-102, 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102078/100498>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MEDEIROS, S. F. *et al.* Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. São Paulo. **Med J.** 2006;124(4):214-8

MICHELS, F.; SOUZA, P. V. de. **A terapia manual na percepção da dor e na qualidade de vida de pacientes com fibromialgia.** 2012. Disponível em: <<https://www.faculdadeguararapes.edu.br/site/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

OLIVEIRA, R. D. de; PETEAN, F. C.; LOUZADA JÚNIOR, P. Como diagnosticar e tratar fibromialgia. **Grupo Editorial Moreira Júnior.** 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4525>. Acesso em: 25 out. 2016.

OLIVEIRA, K. C. A. N. de. **Impacto da fibromialgia sobre a qualidade de vida e função sexual em mulheres no climatério.** 2014. 70. f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

ONCÜ, J.; BASOĞLU, F.; KURAN, B. A comparison of impact of fatigue on cognitive, physical and psychosocial status in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. **Rheumatol int.** 2013; 33 (12): 3031-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881264>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

OZCETIN, A. *et al.* Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. **West Indian Med j.** 2007; 56(2):122-9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17910141>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PAINTER, J. T.; CROFFORD, L. J. Chronic opioid use in fibromyalgia syndrome: a clinical review. **J Clin Rheumatol,** 2013.19(2): p. 72-7.

PERNAMBUCO, A.P. **Impacto de um programa de educação em saúde sobre aspectos neuroimunocomportamentais de pacientes com diagnóstico de fibromialgia.** 2014. 126. f. Tese. (Doutorado em Biologia Celular). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

PERNAMBUCO, A. P. *et al.*, The involvement of melatonin in the clinical status of patients with fibromyalgia syndrome. **Clin. Exp. Rheumatol.** 2015. 33 (88):S14-9.

PINHEIRO JÚNIOR, J. E. G. **Atitude religiosa, depressão e percepção da dor em pacientes com fibromialgia**: um estudo à luz do sentido da vida. 2015. 94. f. Dissertação (Mestrado em Pós-graduação em Ciências das Religiões). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB.

PIRES, G. N.; SILVA, D. E. Exercício físico e fibromialgia. Artigo. 2012. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, 7. f. ISSN 0104-4931. v. 20, n. 2, p. 279-285, 2012. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.028>>. Acesso em: 18 out. 2016.

PROVENZA, J. R. et al. Projetos diretrizes: fibromialgia. **Sociedade Brasileira de Reumatologia**. 2004. 13. p.

RIBERTO, M.; PATO, T. R. Fisiopatologia da fibromialgia. **Acta Fisiátr**. 2004;11(2):78-81. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 78-81, 2004. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=269 >. Acesso em: 15 set. 2016.

SPAETH, M. *et al.* Sodium oxybate therapy provides multidimensional improvement in fibromyalgia: results of an international phase 3 trial. **Ann Rheum Dis**, 2012. 71 (6): p. 935-42. Disponível em: <<http://ard.bmj.com/content/early/2012/01/30/annrheumdis-2011-200418.short>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

SANITA, P. C. V. de M.; MORAES, T. de S. M.; SANTOS, F. M. dos. Análise do efeito da acupuntura no tratamento da fibromialgia: revisão de literatura. **Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal**. 2014, 12:188-204.

SANTOS, A. M. B. *et al.* Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista brasileira de fisioterapia**. 2006.

SANTOS, E. B. *et al.* Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2012; 46 (3): 590-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 1º maio 2016.

SILVEIRA *et al.*, 2007 **Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2007, vol.29, n.8, pp.415-422. ISSN 0100-7203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000800006>.

SMYTHE, H. A.; MOLDOFSKY, H. Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome. **Bull Rheum Dis**. 1977-1978; 28:928-31. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/199304>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia – definição, sintomas e porque acontece. Doenças e Orientações**. São Paulo, SP, 2011.

TEIXEIRA, M. J. Dor e depressão. **Revista de neurociência**. 2006.

TEIXEIRA, J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo. **Grupo Editorial Moreira Jr.**; 2001.

THIEME, K.; TURK, D. C.; FLOR, H. **Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables.** *Psychosom Med.* 2004; 66(6):837-44. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15564347>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

VÁZQUEZ-RIVERA, S. *et al.* Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. **Compr Psychiatry.** 2009; 50(6):517-25. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19840589>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

WADE, D. T.; HALLIGAN, P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. **Clin Rehabil.** 2003;17:349-54.

WHITE, K. P. *et al.* Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. **J Rheumatol.** 2002; 29(3):588-94. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11908578>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. The international classification of functioning, disability and health. Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>>. Acesso em: 1º maio 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Towards a common language for functioning, disability and health - icf.** Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>>. Acesso em: 1º maio 2016.

WOLFE, F. *et al.* The american college of rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. **Arthritis Rheum.** 1990; 33(2):160-72. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2306288>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

WOLF, F. *et al.* The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. **Arthritis Care & Research.** v. 62, No. 5, May 2010, 600–610.

WOLFE, F. *et al.* Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and 23 epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. **J Rheumatol,** v. 38, n. 6, p. 1113-22, Jun./2011.

WOLFE, F. *et al.* Symptoms, the nature of fibromyalgia, and diagnostic and statistical manual 5 (dsm-5) defined mental illness in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. **Plos one.** 2014; 9 (2):88740. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24551146>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ANEXO A – Critérios de Diagnóstico da FM – 2011

Critérios de 1990	Critérios de 2010
<p>Dor generalizada: Presença de dor do lado direito e esquerdo do corpo; acima e abaixo da linha da cintura e em pelo menos um componente do esqueleto axial (coluna cervical, torácica ou lombar ou parte anterior do tórax).</p> <p>Tender points: Dor à palpação digital (4 Kg/cm² aplicado durante quatro segundos) em pelo menos 11 dos 18 pontos (nove pontos bilaterais) especificados: occipital, cervical baixa, trapézio, supra espinhal, segunda costela, epicôndilo lateral, glúteo, trocânter maior e joelho.</p> <p>Diagnóstico: Os critérios acima devem ser cumpridos. A dor generalizada deve estar presente há pelo menos três meses. A presença de outra condição clínica não exclui o diagnóstico de fibromialgia.</p>	<p>Índice de dor generalizada (IDG): Constatar o número de áreas dolorosas no paciente (0-19). Avaliar bilateralmente: cintura escapular direita, cintura escapular esquerda, braço direito, braço esquerdo, antebraço direito, antebraço esquerdo, quadril direito, quadril esquerdo, coxa direita, coxa esquerda, perna direita, perna esquerda, mandíbula lado direito, mandíbula lado esquerdo, tórax, abdômen, região lombar, região torácica e região cervical.</p> <p>Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS): Considerar a Fadiga, sono não restaurador e sintomas cognitivos. Para cada um deles assinalar uma pontuação conforme a severidade do sintoma na última semana, utilizando: 0 = sem problemas; 1 = problemas leves ou suaves (geralmente leve ou intermitente); 2 = moderada (problemas consideráveis, frequentemente presentes e / ou em um nível moderado) e 3 = grave (penetrantes, contínuos, problemas perturbadores da vida).</p> <p>Em relação aos <u>sintomas viscerais</u>, em geral, indicar se o paciente tem: ¥</p> <p>Assinalar: 0 = sem sintomas; 1 = poucos sintomas; 2 = um número moderado de sintomas e 3 = uma grande quantidade destes sintomas.</p> <p>A EGS é a soma da gravidade dos três sintomas (fadiga, sono não restaurador, sintomas cognitivos) mais a gravidade de sintomas somáticos em geral. O resultado final é entre zero e 12.</p> <p>Diagnóstico: As três condições seguintes devem estar presentes: 1) escala de índice de dor generalizada IDG \geq 7 e EGS dos sintomas \geq 5 ou IDG entre 3-6 e EGS \geq 9. 2) Os sintomas estão presentes a um nível semelhante durante pelo menos três meses. 3) O paciente não tem uma outra doença que possa explicar a dor.</p>
<p>¥ Os <u>sintomas viscerais</u> que podem ser considerados: dor muscular, síndrome do cólon irritável, fadiga/cansaço, problemas para pensar ou lembrar, fraqueza muscular, dor de cabeça, dor/cãibras no abdômen, dormência/formigamento, tontura, insônia, depressão, constipação, dor no abdome superior, náusea, nervosismo, dor no peito, visão turva, febre, diarreia, boca seca, coceira, respiração ofegante, fenômeno de Raynaud, urticária/vergões, zumbido nos ouvidos, azia, vômitos, úlceras orais, perda/alteração no paladar, convulsões, olhos secos, falta de ar, perda de apetite, erupção cutânea, sensibilidade ao sol, dificuldade auditiva, contusões com facilidade, perda de cabelo, micção frequente, dor ao urinar, e espasmos vesicais.</p>	

ANEXO B – Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Iniciais do Nome: _____ Data de aplicação: _____

INSTRUÇÕES

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir, selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste.
- 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

- 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
- 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

- 0 Não me sinto fracassado(a).
- 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

- 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.
- 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.
- 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
- 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

- 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).
- 1 Sinto que posso ser punido(a).
- 2 Sinto que mereço ser punido(a).
- 3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- 3 Eu odeio-me.

8.

- 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
- 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de concretizá-las.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.

10.

- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
- 2 Atualmente, choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

- 0 Não me irrito mais do que costumava.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me, porque estou parecendo velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____ **Classificação:** _____

ANEXO C – Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)

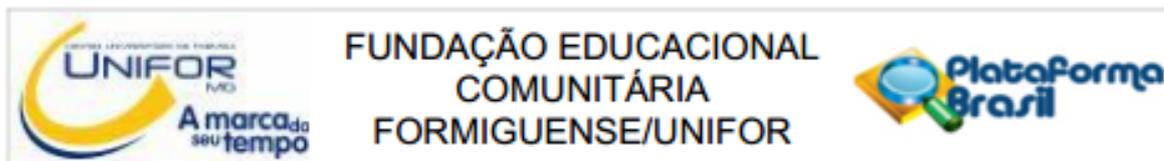
Iniciais do Nome: _____ **Data:** ____/____/____

A seguir, está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Total: _____ **Descrição:** _____

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Hidroterapia e educação em saúde para o tratamento da fibromialgia

Pesquisador: Andrei Pereira Pernambuco

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30322414.6.0000.5113

Instituição Proponente: FUNDACAO EDUCACIONAL COMUNITARIA FORMIGUENSE

Patrocinador Principal: FUNDACAO EDUCACIONAL COMUNITARIA FORMIGUENSE
FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 687.895

Data da Relatoria: 08/05/2014

Apresentação do Projeto:

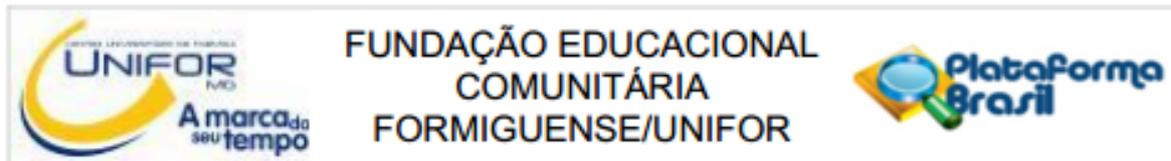
O presente projeto objetiva avaliar e comparar a eficácia terapêutica de dois tratamentos não farmacológicos utilizados para o manejo da FM (um PES denominado Escola Inter-Relacional de Fibromialgia e um programa de hidroterapia). Para tanto 56 pacientes com FM serão aleatoriamente divididas em dois grupos que receberão intervenções distintas (PES ou Hidroterapia) uma vez por semana durante onze semanas. Os dados serão coletados em quatro momentos distintos (antes, 6ª semana, 11ª semana e dois meses após o término da intervenção). A análise estatística será realizada no software GraphPad Prism v.5.0 com nível de significância ajustado para 0,05 ($p < 0,05$). Ao término do estudo espera-se identificar quais das intervenções avaliadas é a mais eficiente para o tratamento não farmacológico de cada um dos principais sintomas da FM que são: dor, ansiedade, depressão, fadiga e distúrbios do sono. E desse modo auxiliar os profissionais da saúde no pensamento e tomada de decisões clínicas mais eficientes para o tratamento da FM.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Avaliar a repercussão de dois programas de tratamento não farmacológicos (EIF e Hidroterapia) utilizados para o tratamento de pacientes com FM.

Objetivos Específicos:

Endereço: Avenida Dr. Arnaldo de Senna, 328
Bairro: Água Vermelha **CEP:** 35.570-000
UF: MG **Município:** FORMIGA
Telefone: (37)3329-1438 **Fax:** (37)3322-4747 **E-mail:** comitedeetica@uniforg.edu.br



Continuação do Parecer: 687.895

- 1) Avaliar a repercussão de dois programas de tratamento não farmacológicos (EIF e Hidroterapia) sobre a dor em pacientes com FM.
- 2) Avaliar a repercussão de dois programas de tratamento não farmacológicos (EIF e Hidroterapia) sobre os distúrbios do sono em pacientes com FM.
- 3) Avaliar a repercussão de dois programas de tratamento não farmacológicos (EIF e Hidroterapia) sobre a fadiga em pacientes com FM.
- 4) Avaliar a repercussão de dois programas de tratamento não farmacológicos (EIF e Hidroterapia) sobre a depressão em pacientes com FM.
- 5) Avaliar a repercussão de dois programas de tratamento não farmacológicos (EIF e Hidroterapia) sobre a ansiedade em pacientes com FM.
- 6) Comparar qual dos tratamentos foi mais eficaz no alívio de cada um dos sintomas citados acima.
- 7) Analisar a correlação entre as variáveis de interesse do estudo (dor, fadiga, sono, depressão e ansiedade).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram bem detalhados no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisa tem caráter relevante.
- Os objetivos estão condizentes com a proposta do estudo
- A justificativa é plausível com o tema abordado.
- A metodologia está bem descrita.
- O TCLE está escrito de forma clara e objetiva.

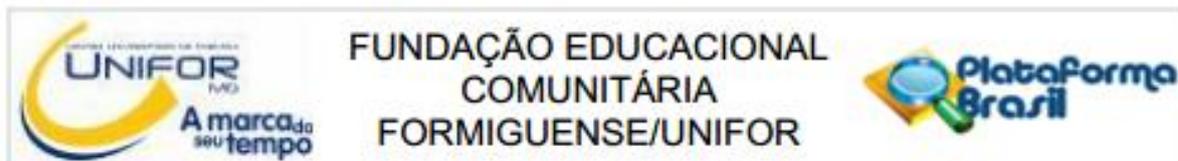
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos estão com as informações necessárias coerentes e pertinentes à pesquisa.

Recomendações:

- No tipo de estudo conferir se é um estudo duplo cego, já que o voluntário não é cego.
- No item participantes: Acrescentar o cálculo amostral e definir se a amostra será por calculo amostral ou por conveniência
- No item intervenção: Hidrocinesioterapia- Conferir a intensidade do exercício, 50% é considerada intensidade leve de treinamento (Acrescentar a referencia usada)

Endereço: Avenida Dr. Amaldo de Senna, 328
 Bairro: Água Vermelha CEP: 35.570-000
 UF: MG Município: FORMIGA
 Telefone: (37)3329-1438 Fax: (37)3322-4747 E-mail: comitedeetica@unifformg.edu.br



Continuação do Parecer: 687.895

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as informações estão coerentes e pertinentes à pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este colegiado acata as colocações no parecer do relator.

FORMIGA, 16 de Junho de 2014

Assinado por:
Ivani Pose Martins
 (Coordenador)

Endereço: Avenida Dr. Amaldo de Senna, 328
 Bairro: Água Vermelha CEP: 35.570-000
 UF: MG Município: FORMIGA
 Telefone: (37)3329-1438 Fax: (37)3322-4747 E-mail: comitedeetica@unifomg.edu.br

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Eu, _____, de nacionalidade _____, com _____ anos de idade, estado civil _____, profissão _____, residente na _____, bairro _____, na cidade de _____, portador do RG _____, estou sendo convidado pelo pesquisador responsável a participar de um estudo denominado **“ANSIEDADE E DEPRESSÃO CODIFICADAS PELA CIF EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA”**, que tem como objetivo avaliar, por meio do questionário, o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB), os níveis de ansiedade e depressão de pacientes fibromiálgicos e em sequência utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) para codificar cada uma das questões contempladas pelo questionário, a fim de criar uma linguagem universal e padrão que descreva aspectos biopsicossociais de pacientes com fibromialgia.

A minha participação no referido estudo será no sentido de colaborar voluntariamente, fornecendo informações sinceras aos instrumentos de pesquisa aplicados pelos pesquisadores.

Fui alertado de que, os dados que fornecerei poderão contribuir para a melhora do entendimento da fibromialgia e que no futuro estes dados poderão ser usados na elaboração de tratamentos mais eficientes para a fibromialgia.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Fui informado que os riscos referentes à participação na pesquisa são mínimos e controlados, entretanto fui comunicada que a coleta dos dados via questionário pode causar constrangimento ou aborrecimento em algumas pessoas em raríssimas circunstâncias.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. E que os resultados deste estudo serão utilizados apenas em meios de divulgação científica, como revistas e ou congressos.

Também fui informada de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Fui informado que os pesquisadores responsáveis pelo referido projeto é Cecília Meireles e Andrei Pereira Pernambuco, vinculado ao Centro Universitário de Formiga – MG. Estou ciente que com eles poderei manter contato pelos telefones: **(37) 99926-9695** (Celular Formiga/MG) / **(37) 99905-9495** (Celular Formiga/MG), ou ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFOR-MG pelo telefone **(37) 3229-1400**.

Sei que minha assistência será assegurada durante toda pesquisa, bem como me foi garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, afinal, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma de depósito em contracorrente. Desta forma, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Formiga,..... de de 2016.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador que obteve
o consentimento (TCLE)

APÊNDICE B – Ficha dos dados sociodemográficos

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: Rua: _____ n.º: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Sexo: F () M () / Idade: _____ / Telefone: () _____

Médico responsável: _____

Diagnóstico médico: _____ Tempo de diagnóstico: _____

Número de tender points (assinalado pelo avaliador): _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ (Sendo que o $IMC = P/Alt^2$)

PROTOCOLO DE TRIAGEM

Prezado voluntário, favor assinalar as questões abaixo. Caso tenha alguma dúvida, solicite o auxílio do pesquisador. Por favor, responda sempre a verdade.

Apresenta atualmente ou possui histórico de:

Doenças autoimunes:

Artrite reumatoide: () Sim () Não

Eritema nodoso: () Sim () Não

Esclerodermia: () Sim () Não

Esclerose múltipla: () Sim () Não

Espondilite anquilosante:

() Sim () Não

Lúpus eritematoso sistêmico:

() Sim () Não

Psoríase: () Sim () Não

Miosite por corpúsculos de inclusão:

() Sim () Não

Diabetes Mellitus 1: () Sim () Não

Pancreatite hereditária: () Sim () Não

Síndrome de Sjogren: () Sim () Não

Sarcoidose: () Sim () Não

Tireoidite Hashimoto: () Sim () Não

Vitiligo: () Sim () Não

Miastenia Gravis: () Sim () Não

OUTRA DOENÇA AUTOIMUNE: _____