Cristina Esteves Capela

Avaliação da dor, qualidade de vida
e sintomas secundários da
fibromialgia na população de Embu:
ansiedade e depressão

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Movimento, Postura e
Ação Humana

Orientadora: Profa. Dra. Amélia Pasqual
Marques

São Paulo

2006

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Antônio,

A minha mãe Armanda,

Ao meu irmão Rodrigo,

Para Carlos, como sempre, por tudo – que foi, que é e que ainda virá.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a Dra. Amélia Pasqual Marques que sempre se mostrou dedicada ao ensino e prática clínica, pela oportunidade, credibilidade e confiança.

A Ana Assumpção pela dedicação, ética e sobretudo amizade.

Obrigada Ana!

A Alane Bento Cavalcante, Juliana Ferreira Sauer e Suellen Decario Chalot pela amizade, dedicação e, principalmente, responsabilidade.

Ao Professor Dr. Carlos Alberto de Bragança

Pereira pela estatística.

A prefeitura do Município de Embu, diretores e funcionários das Unidades Básicas de Saúde pela estrutura física e apoio pessoal.

A Lúcia Son, secretária do Curso de Fisioterapia, que gentilmente realizou os agendamentos dos sujeitos para a coleta de dados.

As amigas, Adriana, Lucília, Fernanda, Cristiane, Maria Silvia, Carla, Rose, Liu, Érika, Patrícia e Keyla pela amizade e presença nos momentos difíceis.

A Marli Alves, Coordenadora Acadêmica da Universidade Bandeirante de São Paulo, pelo constante apoio e sobretudo pela amizade.

Aos professores Ricardo Gondo, Fernanda Patricia Borges Amaral e Adriano Borges Amaral pela oportunidade do ingresso na área acadêmica.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver). Requisitos uniformes para manuscritos/*International Committee of Medical Journals Editors* Rev. Saúde Pública, 33(1), 1999.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva da S. Aragão, Suely C. Cardoso, Valéria Vilhena. 2^a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Dor.....	1
Sintomas secundários da Fibromialgia: ansiedade e depressão.....	7
Qualidade de vida.....	11
OBJETIVO.....	14
CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	15
Processo de Amostragem.....	15
Equipe de pesquisadores.....	17
Local da pesquisa.....	18
Material.....	18
Procedimento.....	20
Análise estatística.....	21
RESULTADOS.....	23
Características demográficas – 1 ^a etapa.....	23
Sintomas de dor e cansaço matinal.....	25
Características demográficas – 2 ^a etapa.....	26
Características da dor: localização.....	28
Avaliação dos sintomas da fibromialgia.....	28
Qualidade de vida.....	35
DISCUSSÃO.....	39
Avaliação da dor.....	39
Avaliação dos sintomas secundários da Fibromialgia.....	42

Avaliação da qualidade de vida.....	45
Limitações do estudo.....	48
CONCLUSÕES.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXO 1: Protocolo de Amostragem.....	59
ANEXO 2: Exemplo de Carta Convite.....	60
ANEXO 3: Termo de Consentimento Pós-Informação.....	61
ANEXO 4: Protocolo de Avaliação de Fisioterapia: Fibromialgia.....	62
ANEXO 5: Inventário de Ansiedade Traço e Estado.....	63
ANEXO 6: Escala de Depressão de Beck.....	65
ANEXO 7: Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36).....	66
ANEXO 8: Aprovação do Comitê de ética.....	70

LISTAS

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados demográficos dos participantes em cada grupo (n=304).....	27
Tabela 2: Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pela Escala Analógica Visual da Dor.....	29
Tabela 3: Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância do Inventário de Ansiedade-Traço	31
Tabela 4: Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pelo Inventário de Ansiedade-Estado.....	32
Tabela 5: Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pela Escala de Depressão de Beck.....	34
Tabela 6: Média e desvio padrão obtidos com o questionário SF-36.....	35
Tabela 7: Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pelo SF-36.....	36
Tabela 8: Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pelo Índice de Qualidade de Vida.....	37

Lista de Figuras

Figura 1: Distribuição dos sujeitos entrevistados em relação ao tipo de dor.....	24
Figura 2: Frequência dos locais de dor na amostra total.....	25
Figura 3: Distribuição dos sujeitos nos grupos de dor e em relação ao cansaço matinal.....	26

Figura 4: Locais de dor nos grupos com dor difusa e dor regional.....	28
Figura 5: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e limite superior da dor avaliada pela Escala Analógica Visual da dor.....	30
Figura 6: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e limite superior da Ansiedade-Traço avaliada pelo IDATE.....	31
Figura 7: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e limite superior da Ansiedade-Estado avaliada pelo IDATE.....	33
Figura 8: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e limite superior avaliada pela Escala de Depressão de Beck.....	34
Figura 9: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior da qualidade de vida avaliada pelo SF-36.....	36
Figura 10: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior pelo Índice de Qualidade de vida.....	38

RESUMO

Capela EC. Avaliação da dor, qualidade de vida e sintomas secundários da fibromialgia na população de Embu: ansiedade e depressão [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 80p.

A dor é freqüentemente descrita na literatura como uma das principais causas de incapacidade, além de estar relacionada com alterações do sono, prejuízos na capacidade funcional e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Muitos estudos que avaliam a dor utilizam os critérios classificatórios da fibromialgia propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR). A dor deve ser crônica e difusa, no hemicorpo direito e esquerdo, acima e abaixo da cintura e no eixo axial, além de existir pontos dolorosos denominados *tender points*. O objetivo deste estudo foi avaliar a dor, qualidade de vida e sintomas secundários da fibromialgia: ansiedade e depressão na população adulta (35 a 60 anos) de Embu, Município da Grande São Paulo. O estudo teve dois momentos distintos: no primeiro participaram 768 indivíduos e no segundo 304. Nas duas etapas, considerando a dor os participantes foram divididos em três grupos: Dor Difusa (DD), Dor Regional (DR) e Sem Dor (SD). Com a primeira amostra (n=768) foi realizado uma entrevista por telefone na qual os sujeitos foram questionados em relação à presença de dor e cansaço matinal, sendo posteriormente convidados a participar de uma avaliação nas Unidades Básicas de Saúde. Com a sub-amostra (n=304) foi avaliada a dor através da Escala Analógica Visual da Dor (VAS), a ansiedade com o IDATE, a depressão com a Escala de Depressão de Beck (BDS) e a qualidade de vida pelo Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36). Os resultados da amostra inicial mostraram que 76% dos sujeitos relataram algum tipo de dor e 24% relataram dor difusa e crônica. Os resultados da sub-amostra sugerem que o Grupo DD apresentou os sintomas mais intensos de dor, ansiedade, depressão e pior qualidade de vida, seguidos pelo Grupo DR e SD com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000$).

Descritores: 1. Dor; 2. Fibromialgia; 3. Ansiedade; 4. Depressão; 5. Qualidade de vida; 6. Medição da dor.

SUMMARY

Capela EC. Assessment of pain, quality of life and FM secondary symptoms: anxiety and depression in Embu population [dissertation] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2006. 80p.

The pain is often described in the literature as one of the major causes of inability besides being related to sleep disturbance, decrease of functional disability and consequently of the quality of life. Many studies that assess pain use the classifying criteria of fibromyalgia proposed by the American College of Rheumatology (ACR). The pain must be widespread and chronic in both sides and upper and lower body, trunk and limbs besides existing the presence of painful points called tender points. The aim of this study was to assess the pain, quality of life and secondary fibromyalgic symptoms anxiety and depression in adult population (35 to 60 years old) from Embu, town of the state of São Paulo. The research had two parts: in the first one 768 subjects participated and, in the second, 304. In both parts, the subjects were divided in 3 groups considering the pain: Widespread Pain (WpP), Regional Pain (RP) and Without Pain (WP). The first sample (n=768) was asked about the presence of pain and morning stiffness in an interview by phone. After that they were invited to be evaluated in Public Clinics. Pain Visual Analogical Scale (VAS), the Anxiety-Trace Inventory, the Anxiety-State Inventory, Beck Depression Inventory (BDI) and Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36) were used in the second sample (n=304), whose results suggest that the group with Widespread Pain (WpP) shows the most intense symptoms of pain, anxiety, depression and the worst quality of life with statistically significant difference between the groups ($p<0,000$).

Descriptors: 1. Pain; 2. Fibromyalgia; 3. Anxiety; 4. Depression; 5. Quality of life; 6. Measurement of pain.

INTRODUÇÃO

Dor

A dor é tida como uma experiência sensorial e emocional desagradável. Quando em caráter crônico, muitas vezes leva ao sofrimento, ansiedade, frustração, raiva e alterações no humor que podem evoluir para um quadro de depressão. É frequentemente descrita na literatura como uma das principais causas de incapacidade, além de estar relacionada com alterações do sono, prejuízos na capacidade funcional e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Muitos estudos realizados para avaliar a dor difusa e crônica, levam em conta os critérios classificatórios da Fibromialgia (FM) propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Estes foram estabelecidos em 1990 através de um estudo multicêntrico. Embora estes critérios sejam frequentemente questionados, permanecem internacionalmente aceitos.

Dessa forma, a FM é definida como sendo uma síndrome reumática, que se caracteriza por dores crônicas musculoesqueléticas há mais de três meses, no hemicorpo direito e esquerdo, acima e abaixo da cintura, além do eixo axial (região cervical, face anterior do tórax, dorso e região lombar), de caráter crônico e difuso, em pelo menos 11 de 18 pontos anatomicamente específicos à palpação de aproximadamente 4 kgf/cm^2 , conhecidos como *tender points*. (Wolfe et al., 1990) relatam que é o segundo maior problema visto pelos reumatologistas na América e é reconhecida como a maior fonte de incapacidade em alguns países Europeus e na América do Norte (Reilly, 1993).

Nos Estados Unidos, encontra-se uma prevalência de FM em 2% da população em geral, sendo que 3,4% dos pacientes são do sexo feminino e 0,5% do sexo masculino, e a idade mais afetada está entre 60 e 79 anos (Wolfe et al., 1995). Num estudo realizado no Canadá, onde se utilizou questionário administrado via telefone, com posterior avaliação de reumatologistas, observou-se que a FM afeta 4,9% das mulheres adultas e 1,6% dos homens, e a prevalência é maior em pessoas de meia idade, menor nível educacional e menor condição sócio-econômica (White et al., 1999).

Na cidade do México, Cardiel et al. (2002) estimaram a prevalência de doenças reumatológicas avaliando amostras estratificadas de adultos residentes na cidade, com um total de 1169 homens e 1331 mulheres. A prevalência de FM foi de 1,4%, perdendo somente para osteoartrite (2,3%) e lombalgia (6,3%). Nesta mesma linha, Haq et al. (2005) verificaram que a prevalência de FM foi de 4,4% nas comunidades adultas de Bangladesh, sendo 2,3% na comunidade urbana e 3,2% na rural.

Na Espanha, a amostra nacional constitui-se de 2998 indivíduos extraídos das 19 comunidades autônomas do país, com idade maior ou igual a 20 anos e selecionados de forma aleatória. Ao contato, realizado através de carta, 2192 responderam. Todos foram convidados a participar do exame clínico feito por reumatologistas nos postos de saúde. Utilizando os critérios do (ACR), a FM foi a quarta desordem reumatológica mais freqüente com prevalência de 2,4% (Carmona et al., 2001).

Temos dois estudos realizados na América Latina, um deles é de Senna et al., 2004, em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. A metodologia é semelhante à

aplicada nos demais estudos de prevalência usando o Programa Orientado para a Comunidade que visa o controle de doenças reumáticas (COPCORD). A amostra foi composta de 3038 pessoas, que responderam ao questionário e foram examinadas por um reumatologista. A FM foi a segunda desordem reumatológica mais freqüente, com prevalência de 2,5%. O outro estudo é de Assumpção et al. (2006), em Embu – Município da Grande São Paulo, Brasil. Foi utilizado como metodologia os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) estabelecidos em 1990. A amostra foi composta de 768 sujeitos e a prevalência pontual da FM foi de 4,4%.

Croft et al. (1993) realizaram um estudo com o objetivo de estabelecer a prevalência de dor crônica e difusa em uma amostra da população adulta de Cheshire, Inglaterra, em duas unidades de assistência à saúde. A amostra foi obtida a partir dos cadastros de indivíduos entre 18 e 85 anos de idade. Foi enviado, a cada um deles, por meio de correspondência, um questionário abordando a existência de qualquer tipo de dor, localização e duração da mesma, sensação de tristeza ou depressão, dados sobre capacidade funcional e outros sintomas físicos. Dos 2034 sujeitos cadastrados, retornaram 1319 questionários completos, dos quais 768 foram provenientes de mulheres com idade média de 46 anos. A prevalência de dor crônica e difusa encontrada, segundo critérios do (ACR), foi de 11,2%.

Storzhenko et al. (2004) em seu estudo, escolheram aleatoriamente 159 pessoas com idade entre 27 e 75 anos em Yekatering, Rússia. O questionário foi postado e continha questões sobre dor (localização, tempo e intensidade), e desordens psico-emocionais. A prevalência foi de 13,3%, sem diferença entre os sexos, com associação a sintomas psico-emocionais, sendo a idade mais comum de acometimento por volta de 43 anos.

Outro estudo que avaliou a dor foi o de Lindell et al. (2000) que verificaram a prevalência de dor difusa e crônica, segundo o (ACR), na população do sudoeste da Suécia entre 1995 e 1996. Foi realizada entrevista e exame clínico, incluindo avaliação dos *tender points* com dolorímetro. Dentre os 2425 indivíduos com idade entre 20 e 74 anos que iniciaram o estudo, 303 foram identificados com dor difusa e crônica. Destes, 202 foram convidados e 147 aceitaram participar da avaliação. A prevalência de FM foi estimada em 1,3% e a dor crônica em 4,2%.

Andersson et al. (1996) verificaram a relação entre dor difusa e crônica e os achados clínicos e observaram que a dor difusa tem maior impacto sobre o indivíduo, um pior prognóstico em relação à duração da dor e capacidade de trabalho, sem contudo, ter sido encontrada uma causa específica para a presença da dor. Neste mesmo estudo, 85% dos sujeitos que relataram dor crônica na pesquisa postal, foram avaliados como portadores de dor crônica no exame físico, o que demonstra que a realização de exame físico traz maior fidedignidade aos dados colhidos.

Bergman et al. (2001) estimaram a prevalência de dor crônica regional e dor musculoesquelética difusa na população sueca adulta, através de pesquisa postal com 2425 sujeitos, utilizando os critérios do ACR, e sua associação com idade, sexo, classe sócio-econômica, imigração e área de residência. Houve uma associação de 11,4% de dor crônica difusa com idade e sexo, que foi maior no grupo compreendido entre 59 e 74 anos do que no grupo compreendido entre 20 a 34 anos. Houve também maior associação com o sexo feminino, com o fato de ser imigrante, de residir em áreas socialmente comprometidas, e com trabalho manual de baixo nível em comparação com trabalho não manual de nível médio a alto. A associação da dor crônica regional com essas características seguiu um padrão semelhante, contudo, as

variáveis estudadas apresentaram associação sócio-demográfica mais frequente e mais forte com a dor crônica e difusa, indicando que há diferenças fisiopatológicas, no desenvolvimento e na preservação destas duas condições dolorosas.

Num estudo realizado na Suécia por Andersson (1994) com trabalhadores rurais de 25 a 74 anos, o autor observou que 55% da população apresentava dor persistente há três meses e após seis meses apenas 49% das mulheres relataram múltiplas localizações de dor em relação aos homens, houve alta proporção de sintomas musculoesqueléticos não específicos nos grupos que foram examinados, e a prevalência foi maior em indivíduos com idade entre 50 e 59 anos (incluindo ambos os sexos). Em 13% da população, as queixas de dor estavam relacionadas à redução da capacidade funcional, e os sujeitos com dor difusa apresentavam dor de alta intensidade, mais sintomas somáticos, eram mais depressivos e tinham pior qualidade de vida.

Para descrever a epidemiologia da dor difusa, da população de Manchester, e descrever suas características de modo mais fidedigno, Hunt et al. (1999) realizaram seu estudo analisando 3004 sujeitos, com idades entre 18 e 65 anos, no Reino Unido. A prevalência de dor crônica e difusa em Manchester foi de 4,7% e a maior associação foi observada com distúrbios psicológicos, fadiga e baixos níveis de autocuidado, além de crenças hipocondríacas e preocupação com sintomas corporais. Os autores defendem a hipótese de que a dor crônica é caracterizada pela somatização.

Num estudo americano realizado entre os índios Pima, com o objetivo de estabelecer a prevalência de doença nos ombros e dor crônica difusa, Jacobsson et al. (1996) relataram prevalências menores que aquelas predominantes entre os caucasianos, sendo que nenhum caso de dor crônica e difusa foi identificado. Os

autores sugerem que isto pode ser explicado por uma diferente percepção da dor ou por diferentes padrões de fatores de risco nesta população.

Mikkelsen et al. (1997) avaliaram a prevalência e persistência dos sintomas de dor musculoesquelética auto-relatada e falta de preparo físico ocasionada pela dor em pré-adolescentes finlandeses durante um ano. Os autores observaram que a dor difusa, determinada pelos critérios de ACR, foi encontrada em 7,5% das crianças e persistiu em 29,7% delas pelo período de um ano. A falta de preparo físico foi mais pronunciada em crianças que apresentavam os sintomas álgicos em mais que uma área corporal. Cerca de metade destas crianças apresentavam queixas dolorosas musculoesqueléticas, e o prognóstico de dor difusa deste grupo foi muito semelhante aos relatos prévios sobre a população adulta.

Estudo realizado no Reino Unido por Kadam et al. (2005) durante três anos, teve como objetivo investigar se a dor difusa e crônica é um fator predisponente para a morbidade. Os resultados mostraram associação entre os dois aspectos e que o controle da ansiedade reduziu significativamente a predisposição para a morbidade.

Como podemos observar nos estudos supra-citados, a dor é muito prevalente na população em geral atingindo todas as idades e os dois gêneros. Em especial, os pacientes com dor crônica, tem associados altos níveis de ansiedade e depressão entre outros sintomas.

Sintomas secundários da Fibromialgia: ansiedade e depressão

Dentre os sinais freqüentemente associados à Síndrome da Fibromialgia, podem estar presentes fadiga, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, rigidez matinal e dispnéia. (Wolfe et al., 1990, Mahler & Wells, 1988). Quando muito intensos, estes sintomas interferem no âmbito econômico e social, prejudicando as atividades de vida diária e a qualidade de vida dos indivíduos (Wolfe et al., 1995).

A depressão é definida por Chaplin (1985) em seu Dicionário de Psicologia (*Dictionary of Psychology*) como um estado caracterizado por sentimentos de inadequação, rebaixamento da atividade e pessimismo sobre o futuro, enquanto a ansiedade é caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão e por aumento da atividade do sistema nervoso neuro-vegetativo.

Os fatores psicológicos associados à FM, como ansiedade e depressão, influenciam na qualidade de vida do paciente e devem ser levados em consideração durante sua avaliação e tratamento.

Ahles et al. (1991) pesquisaram 35 pacientes com FM, 33 com doença reumatóide e 31 sem dor. Os participantes foram entrevistados por um psiquiatra ou um psicólogo clínico usando a Entrevista Diagnóstica Psiquiátrica (PDI). Trata-se de uma entrevista estruturada para o diagnóstico de 12 doenças psiquiátricas. A análise dos resultados não revelou diferença significativa entre os três grupos em termos de freqüência de qualquer diagnóstico psiquiátrico, maior depressão, alteração de somatização ou alteração baseada em ansiedade. Contudo, o autor sugere que seja notada a prevalência de alteração de somatização de 11,4% nas pacientes com FM.

Apesar de não ser estatisticamente significativa, a porcentagem é bem maior que a observada nos sujeitos sem dor que mostrou ausência.

Bernatsky et al. (2005) avaliou a associação entre co-morbididades e consultas médicas em mulheres com FM, e observaram que as co-morbididades psiquiátricas foram independentes e positivamente associadas com maior número de consultas médicas, como sugerido previamente por outros autores (Kersh et al., 2001; Walen et al., 2001), e não houve diferença significativa entre os pacientes recrutados na comunidade e os recrutados em centros médicos. Apenas 5% dos sujeitos relataram depressão clínica (uma prevalência baixa), contudo, 68% dos sujeitos tiveram pontuação positiva para sintomas de depressão, avaliado pelo *Symptom Checklist - 90 -R* (SCL-90R).

No estudo de Hughes et al. (2006), realizado no Reino Unido, observou-se maior incidência de testes diagnósticos, prescrições e consultas médicas, principalmente por depressão e fadiga, em comparação com sujeitos controle.

Thieme et al. (2004), que defendem a tese de que o tratamento deve enfocar aspectos físicos e disfunções emocionais, também relatam em seu estudo, que utilizou-se do *Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* (DSM-IV), que co-morbididades como ansiedade e depressão têm proporções variáveis entre os portadores de FM, não havendo diagnósticos homogêneos entre os pacientes, portanto, a avaliação não deve apenas examinar a presença de dor difusa e número de *tender points* mas também a presença de desordens afetivas.

Sayar et al. (2004), acreditam que os problemas afetivos não são específicos dos pacientes fibromiálgicos, mas a maneira com a qual eles são incorporados à vida destes pacientes é merecedora de estudo.

Outras patologias crônicas também estão correlacionadas com a depressão. Patten et al. (2005), descrevem síndrome de fadiga crônica e FM como sendo as condições médicas de longo prazo mais fortemente associadas com a depressão importante. Michielsen et al. (2005), relataram alta prevalência de depressão tanto em pacientes com um diagnóstico (síndrome de fadiga crônica) quanto em pacientes diagnóstico duplo (síndrome de fadiga crônica + FM), sem diferenças significativas entre os diferentes diagnósticos quanto à atribuição de estilo, auto-estima e depressão.

Zautra et al. (2005), não encontraram maior prevalência de ansiedade e depressão quando compararam os índices afetivos positivos e negativos de fibromiálgicos e portadores de osteoartrite, sob os aspectos de características pessoais (traço) e contextuais (estado) avaliadas por questionário que acessou dados demográficos e pessoais, mas sugerem que uma disfunção no índice afetivo positivo (principalmente em semanas muito estressantes), é a característica chave da FM.

Segundo Aydin et al. (2006) desordens emocionais possivelmente estariam associadas à disfunção sexual em mulheres. Pacientes fibromiálgicas pré-menopausa, analisadas com o uso do *Female Sexual Function Index* (FSFI) e com o *Beck Depression Inventory* (BDI), relataram pontuação significativamente maior na avaliação da depressão, e índice significativamente menor de função sexual que o grupo controle; 54,2 % das pacientes apresentaram disfunção sexual em comparação com 15,8% do grupo controle.

Todavia, a co-existência de desordens emocionais e FM não parece ser mais relevante em mulheres. Yunus et al. (2004) demonstrou em seu estudo que tanto mulheres quanto homens portadores de FM possuem altos escores quando são medidas variáveis psicológicas (como ansiedade, estresse e depressão), mas não há diferença significativa quando se comparam estes escores entre os sexos.

Alguns trabalhos relacionam FM e depressão com aspectos familiares, que sugerem que a FM é um espectro da desordem depressiva, na qual ambas compartilham fatores de risco de caráter familiar (Raphael et al., 2004).

Trabalhos brasileiros mostram associações entre FM, desordens afetivas e qualidade de vida. No estudo realizado com base em dados clínico-epidemiológicos por Costa et al. (2005), 87% das pacientes fibromiálgicas referiram ter ansiedade e 39,2% depressão. A prevalência de depressão entre portadores de FM em Florianópolis foi avaliada por Berber et al. (2005), com a utilização do *General Health Questionnaire* (GHQ-28), e 32,9% apresentaram depressão leve, 21,4% depressão moderada, 12,9% depressão severa. Ainda no mesmo estudo, verificou-se que a depressão era responsável por queda estatisticamente significativa dos escores de qualidade de vida, analisada pelo SF-36, nas escalas de condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral, demonstrando assim a influência negativa da depressão sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores de FM.

Qualidade de vida

Saúde é, por conseguinte, não simplesmente a ausência de doença, ela tem alguma coisa positiva, uma prazerosa atitude ante uma aceitação jovial das responsabilidades que a vida põe para o indivíduo (Nunes, 1999).

Em 1995, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define qualidade de vida como à percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, expectativas e padrões sociais.

A avaliação da qualidade de vida através de questionários tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde. Isto porque os conceitos de saúde e qualidade de vida se interpõem considerados como satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural – e a prioridade no tratamento de quaisquer doenças ou síndromes tem sido cada vez mais, a busca pela saúde, em seu âmbito mais abrangente, e a melhora da qualidade de vida (Santos, 2006). Neste sentido o uso de questionários de qualidade de vida permite uma avaliação mais objetiva desta combinação de fatores subjetivos. Na prática clínica, eles podem identificar os âmbitos mais influenciados por determinada síndrome e avaliar a efetividade de uma intervenção e da análise de custo-utilidade do tratamento (Carr, 1996).

Estes instrumentos podem ser específicos ou genéricos. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar de forma particular, determinados aspectos da qualidade de vida, próprios de uma população com uma determinada doença. Já os

instrumentos genéricos foram desenvolvidos com o objetivo de estudar a qualidade de vida de indivíduos com qualquer patologia, ou mesmo de indivíduos saudáveis.

Muito utilizado, o *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (Ware & Sherborne, 1992), é um instrumento genérico e multidimensional de avaliação da qualidade de vida. O SF-36 tem sido utilizado como medida genérica de avaliação da qualidade de vida em condições como artrite reumatóide e osteoartrite (Dias, 1999), além da análise do impacto na qualidade de vida em pacientes com Fibromialgia (Pagano, 2004). Além disso, já foi utilizado para avaliar a qualidade de vida após intervenções medicamentosas e de um programa de exercícios (Valim, 2003).

Rojas et al. (2005) realizaram um estudo na Colômbia com o objetivo de descrever as características clínicas e os indicadores de qualidade de vida em pacientes com FM, além de avaliar possíveis co-morbidades. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) e o *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (SF-36). As co-morbidades avaliadas pela equipe de pesquisadores foram diabetes, dislipidemia, hipotireoidismo, hipertensão arterial e depressão. Os resultados sugerem diminuição da qualidade de vida nos sujeitos com FM, sendo a depressão o primeiro fator predisponente.

Os pacientes fibromiálgicos apresentam vários sintomas crônicos, além da dor, que atuam negativamente sobre sua qualidade de vida (Martinez et al., 1999; Wolfe et al., 1995; Henriksson & Burckhardt, 1996). A dor causa um impacto negativo sobre o humor do indivíduo, deixando-o irritado, frustrado e ansioso (Gaskin et al., 1992). White et al. (1999) relataram que dor, fadiga e fraqueza

subjetiva são os sintomas mais citados em relação ao prejuízo na capacidade de trabalho, que conseqüentemente levam à diminuição do rendimento familiar e pior qualidade de vida.

Epstein et al. (1999) realizaram um estudo multicêntrico em Washington, nos Estados Unidos, para investigar desordens psiquiátricas e a qualidade de vida em indivíduos com FM. Os autores utilizaram o SF-36 e o *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Os resultados mostraram que sujeitos com FM possuem uma diminuição da capacidade funcional, aumento de desordens psiquiátricas e aflição psicológicas significantes, além disso sugerem que níveis de ansiedade parecem ter uma importante correlação na diminuição da capacidade funcional em indivíduos com FM.

Picavet et al. (2003) realizaram um estudo na Holanda com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em indivíduos com doenças musculoesqueléticas. Foi utilizado o SF-36 e o *Euroqol Questionnaire* (EQ-5D). Os resultados mostraram que doenças musculoesqueléticas envolvem dor e redução da capacidade funcional e a co-existência de doenças musculoesqueléticas deveriam receber atenção especial na pesquisa e prática clínica devido a sua alta prevalência e ao impacto substancial na qualidade de vida das pessoas.

Tuzun et al. (2004) também utilizaram o SF-36, concluíram que a FM piora a qualidade de vida, e quando comparados com os portadores de síndrome de fadiga crônica, demonstram que a síndrome de fadiga crônica afeta mais as condições físicas dos indivíduos analisados, enquanto que na FM há maior impacto sobre a saúde mental e física.

Apesar das conseqüências advindas da dor difusa e crônica, existem poucos estudos sobre a avaliação da dor, sintomas secundários da FM, e o impacto sobre a qualidade de vida na população brasileira, principalmente aqueles que utilizam os critérios de classificação da dor propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Dessa forma justifica-se os estudos dos sintomas da Síndrome da Fibromialgia no Brasil.

Objetivo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a dor, qualidade de vida e sintomas secundários da fibromialgia: ansiedade e depressão na população adulta (35 a 60 anos) de Embu, Município da Grande São Paulo.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Processo de amostragem

A pesquisa amostrou a população de Embu – Município da Grande São Paulo. O trabalho foi feito em dois momentos distintos: o primeiro quando foi realizado o levantamento de indivíduos na faixa etária entre 35 e 60 anos cadastrados, no ano de 2003, nas nove Unidades Básicas de Saúde (UBS's) que totalizou 3109 sujeitos e o segundo refere-se à avaliação realizada com a aplicação dos protocolos nas UBS's. Na primeira fase do trabalho e em posse dos dados dos indivíduos (nome completo, idade, sexo, endereço, telefone), a equipe foi até uma das Unidades para realizar o projeto piloto, porém o difícil acesso às ruas e a falta de organização numérica das residências, foram fatores que levaram a equipe a adotar outro procedimento de abordagem.

Optou-se então por realizar um levantamento de quantos indivíduos cadastrados possuíam telefone. Visto que grande parte possuía linha telefônica e que a aplicação do questionário era simples (Protocolo de Amostragem), decidiu-se que este poderia ser aplicado por telefone. Com relação aos cadastros que não apresentavam um número de telefone e com os nomes completos e endereços, foi feita uma pesquisa no *site* de uma empresa de telefonia.

Dos 3109 sujeitos cadastrados nas UBS's, 2269 possuíam telefone na residência, portanto 73% da população inicial. A equipe entrou em contato, via telefone, com os 2269 sujeitos e foi possível entrevistar 768 indivíduos do total de cadastrados, os demais não estavam no domicílio no momento do contato telefônico.

Os indivíduos entrevistados responderam a um questionário com as seguintes informações: dados pessoais, idade e sexo; presença ou não de dor, características da dor, tempo de dor, local da dor e se acordava cansado ou não.

Para garantir a confiabilidade e adesão dos indivíduos à pesquisa, a equipe reuniu-se e traçou um plano de abordagem. Durante as ligações, cada pesquisador deveria, primeiramente, identificar-se, dizendo seu nome, curso de graduação e o nome da instituição à qual o curso pertence. Em seguida, deveriam explicar como haviam conseguido os dados da pessoa (através de seus cadastros nas UBS's) e qual o motivo da ligação (trata-se de uma pesquisa sobre dor que tem como objetivo a investigação dos sintomas da Fibromialgia). Por fim, o indivíduo deveria dizer se estaria interessado em participar da pesquisa, respondendo a três perguntas bem simples. Caso a resposta fosse afirmativa, realizava-se a aplicação do Protocolo de Amostragem (Anexo 1).

As ligações foram feitas uma única vez para cada indivíduo e o período do dia em que eram realizadas as ligações variaram de acordo com a disponibilidade de cada um dos pesquisadores.

Quando as pessoas cadastradas não se encontravam ou não residiam no endereço em questão, os pesquisadores perguntavam por outras pessoas que estavam na faixa etária entre 35 e 60 anos, explicando às mesmas o motivo da ligação e se estariam interessadas em participar da pesquisa. Mesmo quando a pessoa cadastrada encontrava-se, perguntava-se por outras pessoas na mesma faixa etária que também estivessem dispostas a responder ao questionário.

As 768 pessoas que foram contatadas por telefone, posteriormente foi feito um novo contato através de uma carta (Anexo 2) enviada para a residência dos

indivíduos, convidando os mesmos a participar de avaliação a ser realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da residência do indivíduo. A carta continha todas as explicações necessárias, tais como o motivo da pesquisa, o local e dias da avaliação. Além disso, foi disponibilizado um número de telefone para que os indivíduos pudessem entrar em contato com a equipe, agendando previamente um dia e horário para a realização da avaliação.

Compareceram 304 indivíduos para avaliação da dor, qualidade de vida e sintomas secundários da Fibromialgia, sendo as mesmas avaliadas cuidadosamente pela equipe de fisioterapeutas. Todos os indivíduos foram submetidos aos mesmos protocolos de avaliação.

No início da avaliação realizada nos postos de saúde, todos os sujeitos foram informados pela equipe de pesquisadores sobre o conteúdo da pesquisa e concordaram em assinar o termo de consentimento (Anexo 3).

Equipe de pesquisadores

A presente pesquisa foi realizada por uma equipe de seis pessoas, composta por três alunas do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, todas contempladas com bolsas de Iniciação Científica, duas alunas de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação – área de concentração Movimento, Postura e Ação Humana e pela orientadora do projeto. Toda a equipe foi previamente treinada para realizar a entrevista por telefone e aplicação dos questionários na etapa subsequente.

Local da pesquisa

A aplicação dos protocolos de avaliação foram realizados nas nove UBS's do município, seguindo o local onde o indivíduo foi cadastrado. Estas avaliações foram realizadas aos sábados, com a abertura da UBS exclusivamente para a pesquisa.

Material

Foram utilizados os seguintes materiais:

- ◆ Protocolo de Amostragem – Fibromialgia (Anexo 1)
- ◆ Carta Convite (Anexo 2)
- ◆ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3)
- ◆ Protocolo com dados pessoais e história de dor (Anexo 4)
- ◆ Escala Analógica Visual da Dor (VAS) – Melzack & Katz (1996): avalia a intensidade da dor, consistindo de uma reta de 10 centímetros de comprimento desprovida de números, na qual há apenas indicação no extremo esquerdo de “ausência de dor” e no extremo direito “dor insuportável”. Quanto maior o escore, maior a intensidade de dor. O paciente é instruído a marcar um ponto que indique a intensidade da dor (Anexo 4)
- ◆ Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE) – Spielberger (1979): avalia a ansiedade que é considerado um sintoma secundário mas muito comum e, freqüentemente, severa nos indivíduos com FM. Este inventário é composto por duas escalas distintas: a escala de ansiedade-traço consiste de 20 afirmações, solicitando dos sujeitos uma descrição de como se sentem em geral e a escala de

ansiedade-estado consiste em 20 afirmações, requisitando dos sujeitos à indicação de como eles se sentem num determinado momento. O IDATE foi planejado para ser auto-aplicável, o que pode ser feito de maneira individual ou em grupo. Cada afirmação é composta por escores de 1 a 4. Nas duas escalas, escores altos indicam níveis mais altos de ansiedade. A pontuação em cada questionário varia de 20 a 80, e índices menores que 33 indicam ansiedade baixa, entre 33 e 49 ansiedade média e maiores que 49 alto nível de ansiedade em ambas as escalas (Anexo 5)

- ◆ Escala de Depressão de Beck – Beck (1961) foi validada para a língua portuguesa por Gorenstein & Andrade (1996). Este instrumento avalia a depressão e consiste em 21 grupos de afirmações. O escore máximo é 63 e valores de 0 a 10 indicam ausência de depressão, deprimido leve entre 11 e 19, deprimido moderado entre 20 e 25 e deprimido grave acima de 26 (Anexo 6)
- ◆ *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (SF-36): é um instrumento genérico de investigação de qualidade de vida (Ware & Sherborne, 1992), e validado para língua portuguesa por Ciconelli (1997). Este questionário é constituído por 36 itens, estratificados em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a do ano anterior. Os valores variam no intervalo de 0 a 100 e quanto maior o escore, melhor é a qualidade de vida (Anexo 7).

Procedimento

A avaliação completa consistiu na aplicação dos protocolos com o objetivo de avaliar a dor, ansiedade, depressão e qualidade de vida. A ordem da aplicação dos questionários foi a seguinte: protocolo com dados pessoais e história da dor, Escala Analógica Visual da Dor, SF-36, IDATE-traço, IDATE-estado e Escala de Depressão de Beck.

Devido à dificuldade de leitura por parte de alguns participantes, os questionários foram aplicados individualmente e com o auxílio dos pesquisadores, evitando erros de preenchimento ou interpretação das questões. Todas as respostas foram assinaladas pelos pesquisadores, com exceção da escala analógica visual, realizada pelo entrevistado. As perguntas foram lidas para os indivíduos, conforme treinamento prévio, sendo que cada avaliação completa levava cerca de duas horas, no início, e uma hora e quinze minutos ao final da pesquisa.

Ética

Este trabalho foi submetido e aprovado pela *Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq* do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, protocolo 162/04 (Anexo 8).

Análise estatística

Para o resumo descritivo dos dados foi utilizada a média e desvio padrão que dão uma idéia das diferenças que eventualmente ocorrem entre os grupos. Para a análise estatística foi utilizada uma análise de variância, fator único, para a comparação dos três grupos: Dor difusa (DD), Dor Regional (DR) e Sem Dor (SD).

Todos os cinco índices apresentaram valores de **p** (nível de significância descritivo) inferiores a 0,05, o que significa que os grupos são significativamente diferentes. A conclusão é a de que todos os índices utilizados realmente possuem poder de discriminação entre os grupos. Como ilustração dos resultados obtidos são apresentados gráficos com os intervalos de confiança (95% de confiança). Ressalta-se que os intervalos para o grupo DD foram os de mais altos valores e os intervalos do grupo SD foram os menores.

Com relação aos valores dos cinco índices, tomamos suas formas originais e normalizamos cada um para obtermos valores entre 0 e 10. Além disso, para cada um dos cinco índices, quanto mais alto o valor pior o estado do indivíduo. O índice da Ansiedade corresponde ao valor original do IDATE (Traço e Estado) multiplicado por 10 e dividido por 80, cujos valores obtidos variam no intervalo de 0 a 10. O índice obtido a partir da Escala de Depressão de Beck (BDS) corresponde ao valor original do BDS multiplicado por 10 e dividido por 63. Conseqüentemente, seus valores se situam no intervalo de 0 a 10. Para o SF-36, dividiu-se a média das variáveis dos componentes do SF por 10. Dessa forma, o índice obtido, a partir deste questionário, também assume valores entre 0 e 10 e valores mais altos indicam pior qualidade de vida. O valor da Escala Analógica Visual da Dor (VAS) é o original,

pois sua variação já é de 0 a 10. Finalmente podemos definir um novo índice denominado QL, obtido pela média de todos os índices. Evidentemente este também satisfaz o fato de variar entre 0 e 10 e ter valores altos indicando baixa qualidade de vida enquanto os baixos indicam uma melhor qualidade de vida.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados considerando as duas etapas em que foi desenvolvido o trabalho: primeira cujos dados foram obtidos por telefone e segunda quando os indivíduos foram avaliados nas Unidades Básicas de Saúde.

Características demográficas – 1ª Etapa

Na primeira etapa foram entrevistados 768 indivíduos. A média de idade e desvio padrão foi 47,9 (7,2) anos. A amostra foi composta predominantemente por indivíduos do gênero feminino, correspondendo a 77% (590/768) e o masculino representou 23% (178/768).

Considerando os locais de dor, os 768 sujeitos foram classificados em três grupos e sub-divididos de acordo com a dor aguda (duração de três meses ou menos) ou dor crônica (mais de três meses), obtendo-se a seguinte classificação:

- ◆ Indivíduos Sem Dor (SD): composto por 185 sujeitos, correspondendo a 24,1% da amostra com média de idade de 45,9 (7,2) anos.
- ◆ Indivíduos com Dor Regional (DR): este grupo composto por 388 sujeitos (50,5% de 768), média de idade de 48,5 (7,1) anos, sendo 349 com dor crônica (45,4% de 768) e 39 com dor aguda (5,1% de 768);
- ◆ Indivíduos com Dor Difusa (DD): foram classificados utilizando os critérios do Colégio Americano de Reumatologia e este grupo representa 25,4%, ou seja, 195

sujeitos com média de idade de 49,0 (6,9) anos, sendo que 188 dor crônica (24,5% de 768) e sete referiram dor aguda (0,9% de 768);

Visto que a amostra total é predominantemente feminina, este gênero também prevalece em cada um dos grupos. No entanto, pode-se observar que o gênero masculino apresenta sua maior frequência no grupo Sem Dor, o qual representa 34%. A relação entre as classificações de dor está ilustrada na Figura 1.

Figura 1: Distribuição dos sujeitos entrevistados em relação ao tipo de dor

Sintomas de dor e cansaço matinal

Nas entrevistas por telefone observou-se que, grande parte da amostra (76%), apresentava dor. Além da classificação dos grupos, estas entrevistas permitiram identificar que os locais de dor mais citados foram: coxas, pernas, coluna lombar, coluna torácica, joelhos, antebraços e ombros. A Figura 2, ilustra a distribuição e a frequência dos locais de dor.

Figura 2: Frequência dos locais de dor na amostra total

Também foi avaliada a presença de cansaço matinal e este foi mais freqüente nos indivíduos com dor, particularmente naqueles com dor crônica. Dos 768 indivíduos avaliados, dois sujeitos não souberam responder a esta questão. A distribuição dos sujeitos de acordo com o cansaço matinal está ilustrada na Figura 3.

Figura 3: Distribuição dos sujeitos nos grupos de dor e em relação o cansaço matinal

Características demográficas – 2ª Etapa

Os 768 sujeitos entrevistados por telefone foram convidados, através de carta, a participar de uma avaliação completa na UBS mais próxima de sua residência. Nesta avaliação compareceram 304 indivíduos, e considerando a dor foram divididos em três grupos:

- ◆ Indivíduos com Dor Difusa (DD): segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, 106 sujeitos todos com dor crônica;
- ◆ Indivíduos com Dor Regional (DR): 151 sujeitos, sendo sete com dor aguda e 144 com dor crônica;
- ◆ Indivíduos Sem dor (SD): 47 sujeitos.

A Tabela 1 mostra as características demográficas dos sujeitos que compareceram para avaliação nas UBS's e as porcentagens dentro de cada grupo. Do total da amostra 244 eram mulheres (80,2%), com média de idade de 49,1 (6,8) anos. Observamos que 214 indivíduos são casados e apenas quatro freqüentaram uma universidade. Do total da amostra, 121 trabalham fora e 81 são donas-de-casa.

Tabela 1: Dados demográficos dos participantes em cada grupo (n=304)

Variáveis Demográficas	Grupos		
	DD (n= 106)	DR (n = 151)	SD (n = 47)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
IDADE (anos)			
Feminino	49,4 (6,7)	49,6 (6,9)	47,4 (5,6)
Masculino	51,4 (7,3)	51,8 (6)	50,2 (7,2)
SEXO			
Feminino	97 (92%)	117 (77%)	30 (64%)
Masculino	9 (8%)	34 (23%)	17 (36%)
ESTADO CIVIL			
Solteiro	11 (10%)	18 (12%)	4 (9%)
Casado	69 (65%)	106 (70%)	39 (82%)
Outros	26 (25%)	27 (18%)	4 (9%)
ESCOLARIDADE			
Sem Estudo	84 (80%)	110 (72%)	34 (72%)
Ensino Fundamental Completo	9 (8%)	19 (13%)	6 (13%)
Ensino Médio Completo	11 (10%)	19 (13%)	6 (13%)
Ensino Superior Completo	1 (1%)	3 (2%)	0 (0%)
Sem Resposta	1 (1%)	0 (0%)	1 (2%)
OCUPAÇÃO			
Trabalha fora	46 (43%)	58 (39%)	17 (36%)
Do lar	31 (29%)	37 (24%)	13 (28%)
Desempregado	3 (3%)	5 (3%)	1 (2%)
Outros	26 (25%)	51 (34%)	16 (34%)

Características da dor: localização

Os locais de dor desta amostra (n=304) mostraram um padrão bastante semelhante ao observado na amostra total (n=768). A coluna lombar, torácica e cervical e os membros inferiores seguidos por antebraços e ombros, foram os locais mais citados, como ilustra a Figura 4.

Figura 4: Locais de dor nos grupos com dor difusa e dor regional

Avaliação dos sintomas da fibromialgia

O procedimento realizado na segunda etapa da pesquisa consistiu na avaliação de sintomas e no impacto na qualidade de vida. Os resultados deste estudo foram obtidos pela comparação das médias (M), erro padrão (EP), limite inferior (LimInf) e limite superior (LimSup) dos participantes dos grupos Dor difusa, Dor regional e Sem dor, nos seguintes sintomas: dor, ansiedade, depressão e da qualidade de vida.

Avaliação da dor pela Escala Analógica Visual (VAS)

Os valores da média, erro padrão, limite inferior e limite superior da dor avaliada pela VAS nos grupos, estão descritos na Tabela 2. Como pode ser visto os valores mais altos referem-se ao Grupo de Dor difusa e os menores ao Grupo Sem dor. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,000$).

Tabela 2 – Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pela Escala Analógica Visual da Dor.

	Grupo DD (n = 106)	Grupo DR (n = 151)	Grupo SD (n = 47)	Significância p
Média / EP	6,39 (0,27)	5,12 (0,26)	2,17 (0,43)	0,000*
Lim inf	5,85	4,60	1,33	
Lim sup	6,93	5,63	3,02	

* valores estatisticamente significantes

Na Figura 5, podem ser vistos os intervalos de confiança dos três grupos e como não há intersecção entre eles, pode-se afirmar que os três são diferentes entre si.

Figura 5: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior da dor avaliada pela VAS

Avaliação da Ansiedade

Ansiedade – Traço

Os valores da média, erro padrão, limite inferior e limite superior da ansiedade avaliada pelo Inventário de Ansiedade-Traço nos grupos, estão descritos na Tabela 3. Como podemos observar os menores valores referem-se ao Grupo Sem dor e os mais altos ao Grupo de Dor difusa e crônica. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,000$).

Tabela 3 – Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância do Inventário de Ansiedade-Traço nos três grupos.

	Grupo DD (n = 106)	Grupo DR (n = 151)	Grupo SD (n =47)	Significância p
Média / EP	5,06 (0,16)	4,23 (0,14)	3,46 (0,23)	0,000*
Lim inf	4,73	3,94	2,99	
Lim sup	5,39	4,53	3,93	

*valores estatisticamente significantes

Na Figura 6, podem ser vistos os intervalos de confiança obtidos com o Inventário de Ansiedade-Traço. Como não há intersecção os três grupos podem ser considerados diferentes.

Figura 6: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior da Ansiedade-Traço avaliada pelo IDATE

Ansiedade – Estado

Os valores da média, erro padrão, limite inferior e limite superior da ansiedade avaliada pelo Inventário de Ansiedade-Estado, estão descritos na Tabela 4. A exemplo dos dados do Idate-Traço, os maiores valores referem-se ao Grupo com Dor difusa e os menores ao Grupo Sem dor. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,000$).

Tabela 4 – Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pelo Inventário de Ansiedade-Estado.

	Grupo DD (n = 106)	Grupo DR (n = 151)	Grupo SD (n = 47)	Significância p
Média / EP	4,96 (0,16)	4,06 (0,15)	3,11 (0,25)	0,000*
Lim inf	4,63	3,76	2,61	
Lim sup	5,30	4,37	3,61	

* valores estatisticamente significantes

Na Figura 7, podem ser vistos os intervalos de confiança dos três grupos obtidos com o Inventário de Ansiedade-Estado. Através do gráfico podemos observar que, os grupos são diferentes uma vez que não há intersecção entre eles.

Figura 7: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior da Ansiedade-Estado avaliada pelo IDATE

Depressão

Os valores da média, erro padrão, limite inferior e limite superior da depressão avaliada pela Escala de Depressão de Beck, estão descritos na Tabela 5. Os maiores valores são encontrados no Grupo com Dor difusa e crônica e os menores referem-se ao Grupo Sem dor. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,000$).

Tabela 5 – Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pela Escala de Depressão de Beck.

	Grupo DD (n = 106)	Grupo DR (n = 151)	Grupo SD (n = 106)	Significância p
Média / EP	2,62 (0,13)	2,20 (0,12)	1,39 (0,14)	0,000*
Lim inf	2,36	1,95	1,11	
Lim sup	2,89	2,45	1,68	

*valores estatisticamente significantes

Na Figura 8, podem ser vistos os intervalos de confiança obtidos pela Escala de Depressão de Beck e não havendo intersecção indica que os três grupos são estatisticamente diferentes.

Figura 8: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior avaliada pela Escala de Depressão de Beck

Qualidade de vida

Na Tabela 6, temos a média e desvio padrão da qualidade de vida avaliada pelo SF-36. O grupo DD possui as médias mais baixas quando comparado com os demais grupos, sugerindo que estes indivíduos possuem pior qualidade de vida.

Tabela 6 – Média e desvio padrão obtidos com o questionário SF-36.

Domínios	Grupo DD (n =47)	Grupo DR (n = 151)	Grupo SD (n = 106)
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Capacidade Funcional	52 ± 26	60 ± 29	86 ± 16
Aspectos Físicos	33 ± 39	49 ± 43	75 ± 38
Dor	36 ± 19	44 ± 21	67 ± 29
EGS	44 ± 23	56 ± 24	71 ± 21
Vitalidade	41 ± 21	54 ± 22	69 ± 22
Aspectos Sociais	56 ± 30	69 ± 27	82 ± 25
Aspectos Emocionais	55 ± 45	62 ± 43	80 ± 36
Saúde Mental	47 ± 22	57 ± 23	72 ± 19

A Tabela 7, mostra os valores da média, erro padrão, limite inferior e limite superior dos sintomas avaliados pelo SF-36 com valores normalizados de 0 a 10, sendo dez o pior valor. Como pode ser visto os valores mais altos referem-se ao grupo com Dor difusa e crônica e os menores referem-se ao grupo Sem dor. Houve diferença estatisticamente significante entre os grupos ($p < 0,000$).

Tabela 7 – Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pelo SF-36.

	Grupo DD (n = 106)	Grupo DR (n = 151)	Grupo SD (n = 47)	Significância p
Média / EP	5,46 (0,18)	4,39 (0,16)	2,44 (0,24)	0,000*
Lim inf	5,10	4,06	1,95	
Lim sup	5,83	4,73	2,93	

* valores estatisticamente significantes

Na Figura 9 podem ser observados os intervalos de confiança nos grupos, obtidos pelo questionário genérico de qualidade de vida (SF-36). Pode-se notar que os grupos são diferentes uma vez que não há intersecção entre eles.

Figura 9: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior da qualidade de vida avaliada pelo SF-36

Índice de Qualidade de Vida (QL)

Considerando os sintomas avaliados e a qualidade de vida, foi elaborado um Índice de Qualidade de Vida com valores variando de 0 a 10, sendo zero o melhor e 10 o pior valor. Os valores da média, erro padrão, limite inferior e limite superior, estão descritos na Tabela 8. Os valores mais altos deste índice referem-se ao Grupo com Dor difusa e crônica indicando que eles têm pior qualidade de vida e os menores ao Grupo Sem dor. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,000$).

Tabela 8 – Média, erro padrão, limite inferior, limite superior e significância dos sintomas apresentados pelo Índice de Qualidade de Vida.

	Grupo DD (n = 106)	Grupo DR (n = 151)	Grupo SD (n = 47)	Significância P
Média / EP	4,90 (0,14)	4,00 (0,12)	2,51 (0,18)	0,000*
Lim inf	4,62	3,75	2,16	
Lim sup	5,18	4,25	2,87	

*valores estatisticamente significantes

Na Figura 10, temos os intervalos de confiança nos três grupos obtidos pelo Índice de Qualidade de Vida, dessa forma observamos que os três grupos são diferentes uma vez que não há intersecção.

Ao observarmos todos os itens avaliados: os limites inferiores e superiores não fazem intersecção, portanto, as diferenças entre os grupos são significativas e confirma que os grupos são diferentes.

Figura 10: Intervalos de confiança, valores médios, limite inferior e superior pelo Índice de Qualidade de vida

DISCUSSÃO

Avaliação da dor

O objetivo deste estudo foi avaliar a dor, qualidade de vida e sintomas secundários da fibromialgia na população de Embu: ansiedade e depressão. Os dados mostraram que a maioria dos sujeitos avaliados, relatou alguma forma de dor e que os sintomas de ansiedade e depressão são mais intensos nos indivíduos que tem níveis mais altos de dor, além de apresentarem pior qualidade de vida.

Em nosso estudo 24% tinha dor difusa e crônica e a maioria eram mulheres. A literatura mostra valores mais baixos do que os encontrados nesta pesquisa e apenas o estudo de Blyth et al. (2001), realizado na Austrália, apresenta valores que se aproximam deste estudo: 20% das mulheres e 17,1% dos homens relataram dor crônica. Neste mesmo estudo os homens na faixa etária de 65 a 69 anos apresentaram prevalência de 27% e nas mulheres 31% no grupo com idade mais avançada (80-84 anos). Bergman et al. (2001) também verificaram maior associação da dor com o sexo feminino, com o fato de residir em áreas socialmente comprometidas e com a realização de trabalho manual que exige maior esforço físico.

Nesta pesquisa a predominância do gênero feminino aumenta conforme a complexidade da dor, sendo 90% no grupo com Dor difusa e crônica, 77% com Dor regional e 64% no grupo Sem dor. Este resultado mostra semelhança com a literatura, que descreve que o gênero feminino pode ser um fator predisponente e frequentemente relacionado à presença de dor (Rustoen, 2004). Acredita-se que esta

relação esteja fundamentada tanto em fatores biológicos hormonais (Wiesenfeld-Hallin, 2005) quanto sociais (Saastamoinen, 2005).

Neste estudo a prevalência de mulheres pode ser atribuída ao predomínio das mesmas nos trabalhos domésticos tornando-as mais disponíveis ao contato telefônico residencial e a alta prevalência de dor difusa e crônica pode estar relacionada à presença de vários fatores predisponentes agindo concomitantemente na população avaliada. Segundo a literatura, gênero feminino, baixa escolaridade, ocupações não remuneradas ou que envolvem muito esforço físico (domésticas, do lar, trabalhadores da construção civil, entre outros) são fatores de risco para a dor (Wijnhoven, 2006).

O tipo de atividade profissional também pode estar relacionada à maior frequência de dor na coluna lombar e torácica e articulações dos membros inferiores. Este resultado é muito semelhante ao descrito por Català et al., em 2002, que aponta como local de dor mais frequente os membros inferiores seguidos por coluna cervical, coluna lombar e cabeça, sucessivamente, com valores entre 20 e 22%. Já no estudo de Hong Kong (Ng, 2002), a dor de cabeça ocorre em aproximadamente 49% dos indivíduos, seguida por dor na lombar, com valor bem menos expressivo, aproximadamente 11%. Esta discrepância sugere que os locais de dor têm alguma relação com fatores socioeconômicos, culturais e/ou étnicos, que só poderiam ser melhores esclarecidos com estudos específicos para este fim.

Também é importante salientar que a população aqui avaliada apresenta más condições de moradia, jornada dupla de trabalho, pouco lazer, sedentarismo, executam trabalhos que exigem esforço físico e tem difícil acesso a serviços de reabilitação, que neste caso poderiam minimizar este intenso quadro algico.

Croft et al. (1993) realizaram um estudo na população adulta de Cheshire, Inglaterra e a prevalência de dor difusa e crônica encontrada, segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), foi de 11,2%. Os autores relatam que este valor é inferior ao encontrado em outros estudos com a população inglesa e isso pode estar relacionado ao pobre retorno dos questionários uma vez que a pesquisa foi feita por correio. Resultados semelhantes foram obtidos por Ng et al. (2002) com a população adulta de Hong Kong que mostrou uma prevalência de dor difusa e crônica de 10,8%, porém 38,3% da amostra relatou que o trabalho foi afetado e 70,8% que a dor tinha interferido nas atividades de vida diária. Em nosso estudo também foram observados níveis altos de dor interferindo com a qualidade de vida (Tabela 6).

Outros autores também encontraram valores de dor difusa e crônica inferiores ao de nosso estudo. Storzenko et al. (2004) encontraram 13,3%, na população adulta de Yekaterinburg, Rússia e Lindell et al. (2000) utilizando os critérios de ACR, encontraram a prevalência de 4,2% na população do sudoeste da Suécia. Entretanto, Andersson (1994), em seu estudo constatou que 55% da população estudada apresentava dor persistente há três meses enquanto destes 49% a apresentavam há seis meses. Em 13% da população, as queixas de dor estavam relacionadas à redução da capacidade funcional e os sujeitos com dor difusa apresentavam dor muito intensa, eram mais depressivos e tinham pior qualidade de vida. Achado semelhante foi verificado em nosso estudo, pois à medida que aumenta a complexidade da dor, os sujeitos são mais depressivos e, conseqüentemente, apresentam uma pior qualidade de vida.

Avaliação dos sintomas secundários da Fibromialgia: ansiedade e depressão

Neste estudo, os resultados mostraram que indivíduos com Dor difusa e crônica possuem níveis mais altos de ansiedade quando comparados com os demais grupos. Resultados semelhantes foram encontrados por Strine et al. (2005) que realizaram um estudo em Columbia (USA) com moradores saudáveis de uma comunidade americana e verificaram que 15% dos sujeitos avaliados relataram sintomas de ansiedade frequentes. Observaram ainda que sujeitos com níveis mais altos de ansiedade relatam dor, distúrbio do sono e angústia/aflição mental frequente, além de fumarem e beberem mais, serem mais obesos e sedentários. Para Macfarlane et al. (1999) a ansiedade está associada com a dor difusa e crônica e os autores sugerem ainda que médicos reumatologistas deveriam encaminhar os sujeitos para uma avaliação de desordem mental, a fim de verificar se os sintomas relatados são de caráter físico ou psicossomático.

Papageorgiou et al. (2002) verificaram que o curso natural da dor difusa e crônica em um período de sete anos apresentou pouca variação e que a proporção de sujeitos que mudaram do grupo de Dor difusa e crônica para o grupo Sem dor ou vice-versa, no período de sete anos, foi muito baixa. Isto sugere que a dor uma vez estabelecida parece persistir, especialmente, se acompanhada por outros sintomas somáticos, como ansiedade e depressão, que foram os sintomas avaliados em nossa pesquisa.

Para Kroenke (2003) sintomas somáticos são a principal causa de visitas médicas e também a razão predominante pela qual os pacientes com desordens mentais comuns, como ansiedade e depressão, procuram ajuda médica. Pelo menos

33% dos sintomas somáticos são de causa desconhecida e esses sintomas são crônicos ou recorrentes em 20 a 25% dos pacientes. O autor sugere que sintomas somáticos múltiplos ou de causa desconhecida estão fortemente associados com desordem de ansiedade e depressão co-existente.

A avaliação da ansiedade em populações especiais, como por exemplo, na Síndrome da Fibromialgia foi avaliada por Pagano et al. (2004), quando concluíram que indivíduos com FM apresentam maiores níveis de ansiedade do que indivíduos saudáveis.

Raphael et al. (2006) realizaram uma pesquisa apenas com mulheres de 35 a 60 anos de várias etnias, e observaram que o risco de desordens de ansiedade durante a vida, particularmente, desordem compulsiva obsessiva e desordem do stress pós-traumático foi aproximadamente cinco vezes mais alto entre mulheres com FM. Esses dados também mostraram que a relação das desordens de ansiedade e a FM podem ser mais freqüentes do que anteriormente pensado e sugerem um aumento nas desordens de ansiedade em indivíduos com FM.

Pesquisas epidemiológicas sugerem que a fibromialgia pode ser o ponto final de um estresse persistente, e co-morbidades como ansiedade e depressão devem ser consideradas sintomas importantes quando avaliadas na população em geral. Segundo Arnold et al. (2006) existe uma substancial co-morbidade psiquiátrica durante a vida de indivíduos com FM. Os resultados têm implicações clínicas e teóricas importantes, incluindo a possibilidade que a FM possa dividir essas ligações fisiopatológicas com algumas desordens psiquiátricas. Em nosso estudo constatou-se que indivíduos com dor difusa e crônica tinham níveis mais altos de ansiedade, ou seja, supõe-se que exista relação entre dor e ansiedade.

Segundo Verhaak et al. (1998) há uma relação positiva entre dor difusa e crônica e desordens psicológicas também apontando para a característica benigna ou sem explicação orgânica da dor. Benjamin et al. (1988) relataram que houve maior classificação da dor em pacientes com doenças mentais sem uma patologia orgânica, do que naqueles com patologia orgânica. Pode-se supor que um número substancial de casos de dor crônica é a expressão de depressão ou outra forma de desordem psicológica. Contudo, a ausência de uma doença orgânica para a dor crônica não conduz automaticamente a um diagnóstico psiquiátrico.

A depressão é um sintoma importante sendo apontada como um dos mais freqüentes em pacientes fibromiálgicos (Gaskin, 1992). A avaliação da depressão em populações especiais, como por exemplo, na Síndrome da Fibromialgia foi avaliada por Santos et al. (2006) que concluíram que estes pacientes tem índices mais altos de depressão do que os saudáveis. Neste estudo a depressão foi avaliada pela Escala de Depressão de Beck e que segundo Giesser et al. (1997), tem bom poder discriminativo em pacientes com dor difusa e crônica, sendo capaz de discriminar, eficientemente, entre sujeitos com ou sem depressão.

Achado semelhante foi encontrado na pesquisa de Kassam & Patten (2006), que analisaram dados do *Canadian Community Health Survey* (CCHS) sobre a participação na força de trabalho de pacientes com FM e depressão importante. Relataram que a prevalência de depressão é três vezes maior em sujeitos fibromiálgicos, cuja principal característica é a dor, quando comparados com não portadores desta síndrome, e a co-existência de FM e depressão estão associadas à menor freqüência de participação no trabalho.

Segundo, Berber et al. (2005) a depressão pode influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, por aumentar a sensação de dor e incapacidade, tornar a adesão ao tratamento mais difícil e diminuir a qualidade das relações sociais. O paciente apresenta tendência ao isolamento e sentimentos de derrota e frustração. Nossos resultados mostraram que o Grupo com Dor difusa e crônica têm índices mais altos de depressão quando comparado com os Grupos de Dor Regional e Sem dor, mostrando uma associação entre intensidade de dor e altos índices de depressão (Tabela 5). Resultado semelhante foi observado por Poleshuck et al. (2006), que verificaram que mulheres têm maior risco tanto para a dor quanto para depressão do que homens mas afirma que ainda é pouco conhecida a frequência e as implicações da dor e depressão entre mulheres. Elliott et al. (2003) sugerem que a depressão é o principal obstáculo no alívio da dor.

Avaliação da qualidade de vida

Através deste estudo pode-se verificar que indivíduos com dor difusa e crônica tem pior qualidade de vida quando comparado com o grupo de Dor Regional, e Sem Dor. O instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida (SF-36) foi utilizado também por Bennet et al. (2005) com o objetivo de avaliar a melhora do quadro algico em sujeitos com dor difusa e crônica e Valim et al. (2003) que compararam os efeitos da atividade aeróbica na melhora da dor difusa e crônica sugerindo melhora da qualidade de vida.

Elliott et al. (2003), concluíram que o SF-36 pode ser uma ferramenta clínica útil para avaliar a qualidade de vida em pacientes com dor crônica. Além disso, os

autores encontraram em seu estudo que existe correlação entre a depressão e dor difusa e crônica. Achados semelhantes foram encontrados em nossa pesquisa onde os sujeitos com dor difusa e crônica tiveram piores escores do SF-36 e níveis mais altos nos sintomas avaliados (ansiedade e depressão), sugerindo uma relação entre a qualidade de vida e os sintomas referidos (Tabela 6).

Para Rojas et al. (2005) que avaliaram a qualidade de vida em uma amostra populacional na Colômbia bastante semelhante à nossa, os resultados sugerem substancial diminuição da qualidade de vida em indivíduos com dor difusa e crônica, sendo a depressão o principal fator predisponente para a diminuição da qualidade de vida. Achado semelhante foi encontrado por Martinez et al. (1999), que concluíram que a dor difusa e crônica impõe um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos.

Os diversos fatores que interferem na qualidade de vida dos indivíduos com dor difusa e crônica têm sido estudados. Davis et al. (2001) sugerem que entre as mulheres com dores crônicas são particularmente vulneráveis aos efeitos negativos do estresse, vivenciando a situação de estresse por mais tempo e aumentando a vigência da dor. Martinez et al. (1995) observaram um impacto econômico e na qualidade de vida da FM semelhante à artrite reumatóide. O impacto na qualidade de vida é tão grande que pode afetar também os familiares como o observado por Neumann & Buskila (2000), que observaram uma pior qualidade de vida em parentes de pessoas com FM do que na sua ausência, atribuindo os achados ao estresse nas famílias com um membro fibromiálgico.

Alguns estudos comparam a qualidade de vida de sujeitos com dor difusa e crônica com outras patologias. Schlenk et al. (1998) compararam a qualidade de vida

de pacientes com dor difusa e crônica em relação a pacientes com câncer de próstata, síndrome da imunodeficiência adquirida, incontinência urinária, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e hiperlipidemia. Verificaram que sujeitos com dor difusa e crônica apresentavam o menor índice de vitalidade e o maior nível de dor e sua conseqüente interferência nas atividades de vida diária com comparação aos pacientes com as demais condições. Em comparação aos indivíduos saudáveis, os pacientes com FM, incontinência urinária, síndrome da imunodeficiência adquirida e DPOC apresentavam qualidade de vida inferior.

Bennet (1996) discute a avaliação da capacidade funcional dos pacientes com dor difusa e crônica pelos profissionais de saúde. O autor afirma que a avaliação real da incapacidade funcional é difícil de ser realizada em estados de dor crônica porque está baseada somente na autopercepção do paciente em ser capaz de realizar as atividades usuais. Geralmente, parece não haver uma concordância entre os achados do exame clínico e aquilo que os pacientes alegam. Isso se deveria ao fato de que a dor é uma sensação puramente subjetiva e a dor crônica não pode ser compreendida em termos do modelo de doença relacionada com uma patologia com lesão tecidual.

Limitações do estudo

- ◆ Os pacientes selecionados para a realização da pesquisa foram os indivíduos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde no ano de 2003, portanto, é uma população que habitualmente procura o posto de saúde para solucionar pequenas dificuldades que surgem no seu cotidiano tais como, procura por cursos, verificar pressão arterial, acompanhar parentes, etc.
- ◆ A compreensão dos questionários: devido à dificuldade de leitura por parte da maioria dos participantes, os questionários foram aplicados individualmente e com o auxílio dos pesquisadores, evitando erros de preenchimento ou interpretação das questões. Todas as respostas foram assinaladas pelos pesquisadores, com exceção da escala Analógica Visual da Dor, realizada pelo entrevistado. As perguntas foram lidas para o indivíduo, contudo mesmo assim alguns participantes tiveram dificuldade de compreensão dos questionários, principalmente, no instrumento genérico para avaliar a qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Este estudo revelou que na população adulta das Unidades Básicas de Saúde do município de Embu, São Paulo, a dor crônica e difusa está presente em 24 % da amostra e que o grupo com Dor difusa e crônica apresenta os sintomas mais intensos de dor, ansiedade, depressão e pior qualidade vida, seguido pelo grupo de Dor Regional e Sem Dor.

REFERÊNCIAS

Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (12): 1721-6.

Andersson HI. The epidemiology of chronic pain in a Swedish rural area. *Qual Life Res* 1994; 1: 19-26.

Andersson HI, Ejlerstsson G. Leden I, Rosenberg C. Characteristics of subjects with chronic pain, in relation to local and widespread pain report. A prospective study of symptoms, clinical findings and blood tests in subgroups of a geographically defined population. *Scand J Rheumatol* 1996; 25(3): 146-54.

Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(8): 1219-25.

Assumpção A. Prevalência de fibromialgia e avaliação de sintomas associados, capacidade funcional e qualidade de vida, na população de Embu, São Paulo. Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo, 104 págs, 2006.

Aydin G, Basar MM, Keles I, Ergun G, Orkyn S, Batislam E. Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology* 2006; 67(1): 156-61.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-71.

Benjamin IS. The relationship of chronic pain, mental illness and organic disorders. *Pain* 1988; 32(2): 185-95.

Bennet RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22(2): 351-67.

Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão de sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45(2).

Bergman S, Herrstrom P, Hogstrom K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson T. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol* 2001 28(6): 1369-77.

Bernatsky S, Dobkin PL, De Civita M, Penrod JR. Co-morbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss Med Wkly* 2005; 135(5-6): 76-81.

Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson Margaret, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89: 127-34.

Cardiel MH, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in México City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20: 617-24.

Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Lafton A, EPISER study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60: 1040- 1045.

Català E, REig E Aliaga L, Lòpez JS, Segú JL. Prevalence of pain the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002; 6;133-40.

Chaplin JP. *Dictionary of Psychology*. 2^a ed. New York: Laurel; 1985.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)”. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. 143 págs, 1997.

Costa SRMR, Neto MSP, Tavares-Neto, J, Kubiak I, Dourado MS, Araújo AC, Albuquerque LC, Ribeiro PC. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em Hospital Salvador-BA, Brasil. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45(2).

Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. The prevalence of chronic widespread pain in general population. *J Rheumatol* 1993; 20: 710-3.

Davis, MC, Zautra AJ, Reich JW. Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Ann Behav Med* 2001; 23: 215-26.

Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36. *Pain Medicine* 2003; 4(4):331-39.

Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, Kuck J, Leslie V, Masur D, Wagner M, Waid R, Zisook S. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation 1999; 40(1): 57-63.

Gaskin ME, Greene AF, Robinson ME, Geisser ME. Negative affect and the experience of chronic pain. *J Psychosom Res* 1992; 36(8): 707-13.

Giesser KE, Roth RS, Robinson ME. Assessing Depression among persons with Chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression. *Clin J Pain* 1997; 13(2): 163-70.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996; 29(4): 453-7.

Haq AS, Darmawan J, Islam MN, UDGin Mz, Das BB, Rahman F, Chowdhury MA, Alan MN, Mahmud TA, Chowdhury MR, Tahir M. Prevalence of rheumatic diseases and associated outcomes in rural urban communities in Bangladesh: a COPCORD study. *J Rheumatol* 2005; 103:141-53.

Henriksson C, Burckhardt C. Impact of fibromyalgia on everyday life: a study of women in the USA and Sweden. *Disabil Rehabil* 1996; 18(5): 241-8.

Hughes G, Martinez C, Myon E, Taibeb C, Wessely S. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: An observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum* 2006; 54(1): 177-83.

Hunt IM, Silman AJ, Benjamin S, McBeth J, Macfarlane GJ. The prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the 'Manchester' definition of chronic widespread pain. *Rheumatology (Oxford)* 1999; 38(3): 275-9.

Jacobsson LT, Nagi DK, Pillemer SR, Knowler WC, Hanson RL, Pettitt DJ, Bennett PH. Low prevalences of chronic widespread pain and shoulder disorders among the Pima Indians. *J Rheumatol* 1996; 23(5): 907-9.

Kadam UT, Thomas E, Croft PR. Is chronic widespread pain a predictor of all-cause morbidity? A 3 year prospective population based study in family practice. *J Rheumatol* 2005; 3: 404-12.

Kassam A, Patten SB. Major depression, fibromyalgia and labour force participation: A population-based cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord* 2006; 7(1): 4.

Kersh BC, Bradley LA, Alarcon GS, Alberts KR, Sotolongo A, Martin MY, Aaron LA, Dewaal DF, Domino ML, Chaplin WF, Palardy NR, Cianfrini LR, Triana-Alexander M. Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2001; 45(4): 362-71.

Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12(1): 34-43.

Lindell L, Bergman S, Petterson IF, Jacobson LTH, Herrstom P. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 149-53.

Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM, Benjamim S, McBeth J, Papageorgiou AC, Silman AJ. Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on healthcare seeking behavior. *J Rheumatol* 1999; 26 (2): 413-9.

Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest* 1988; 93 (3): 580-6.

Martinez JE, Ferraz MB, Sato EL, Atra E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol* 1995; 22: 270-4.

Martinez JE, Barauna ISF, Kubokawa KM, Cevaso G, Pedreira IS, Machado LAM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do Medical Outcome survey 36 Item Short-Form Study. *Res Bras Reumatol* 1999; 39: 312-16.

Melzack R, Katz J. Measurement of pain. *Surg Clin North Am* 1996; 79(2): 231-52.

Michielsen HJ, Van Houdenhove B, Leirs I, Vandenbroeck A, Onghena P. Depression, attribution style and self-esteem in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients: is there a link? *Clin Rheumatol* 2005; 25(2): 183-8.

Mikkelsen M, Salminen JJ, Kautiainen H. Non-specific musculoskeletal pain in preadolescents. Prevalence and 1-year persistence. *Pain* 1997; 73(1): 29-35.

Neumann, L, Berzak A, Buskila D. Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individual: utility of the short form 36-item health survey (SF-36). *Semin Arthritis Rheum* 2000; 29: 400-8.

Ng KF, Tsui SL, Chan WS. Prevalence of Common Chronic Pain in Hong Kong Adults. *The Clinical Journal of Pain* 2002; 18: 275-81.

Nunes ED. Sobre a sociologia da Saúde. São Paulo: Hucitec 1999; p.45-58.

Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Med J* 2004; 122(6): 252-8.

Papageorgiou AC, Silman AJ, Macfarlane GJ. Chronic widespread pain in the population: a seven year follow up study. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 1071-74.

Patten SB, Beck CA, Kassam A, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Long-term medical condition and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry* 2005; 50(4): 195-202.

Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003; 62(7): 644-50.

Poleshuck EL, Giles DE, Tu X. Pain and depressive symptoms among financially disadvantaged women's health patients. *J Womens Health (Lachmt)* 2006; 15(2): 182-93.

Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain* 2006; 124(1-2):117-25.

Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: a community-based test of alternate hypotheses. *Pain* 2004; 110 (1-2): 449-60.

Reilly, PA. Fibromyalgia in the workplace: a management problem. *Ann Rheum Dis* 1993; 52: 249-51.

Rojas Villarraga A; Zapata Castellanos, AL; Anaya, JM; Pineda Tamayo, R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev Colomb Reumatol* 2005; 12(4): 295-300.

Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004; 8: 555-65.

Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005; 114: 364-71.

Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Fisioter. São Carlos* 2006; 10(3): 317-24.

Sayar K, Gulec H, Topbas M, Kalyoncu A. Affective distress and fibromyalgia. *Swiss Med Wkly* 2004; 134(17-18): 248-53.

Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, Mc Dowell J, Engberg S, Sereika SM, Rohay JM, Bernier MJ. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res* 1998; 7(1): 57-65.

Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, Ferraz MB. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol* 2004; 31(3):594-7.

Spielberger DC, Gorsuch, LR, Lushene ER. *Inventário de Ansiedade Traço – Estado*. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.

Storzenko ON, Lesniak OM, Macfarlane GJ, McBeth J. The prevalence of chronic generalized pain and its relationship to demographic characteristics and mental status. *Klin Med (Mosk)* 2004; 82: 48-52.

Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40:432-38.

Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med* 2004; 66(6): 837-44.

Tuzun EH, Albayarak G, Eker L, Sozay S, Daskapan A. Compararison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disabil Rehabi* 2004; 26 (4): 198-202.

Valim V, Oliveira L, Suda A, Silva L, De Assis M, Barros Neto T. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003; 30(5): 1060-9.

Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998; 77: 231-239.

Walen HR, Cronan PA, Bigatti SM. Factors associated with healthcare costs in women with fibromyalgia. *Am J Manag Care* 2001; 7: 39-47.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.

White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the Londdon Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum* 1999; 42(1): 76-83.

Wiesenfeld-Hallin Z. Sex Differences in Pain Perception. *Gender Medicine* 2005; 2: 137-45.

Wijnhoven HAH, de Vet HCW, H. Picavet SJ. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain* 2006; 124: 158-66.

Wolfe F, Aarflot T, Bruusgaard D, Henriksson KG, Littlejohn G., Moldofsky H, Raspe H, Vaeroy H. Fibromyalgia and Disability. *Scan J Rheumatol* 1995; (24)2: 112-8.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain, threshold, and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol* 1995; 22(1): 151-6.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett AM, Bombardier CE, Goldenberg DL. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.

Yunus MB, Celiker R, Aldag JC. Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *J Rheumatol* 2004; 31(12): 2464-7.

Zautra AJ, Fasman R, Reich JW, Harakas P, Johnson LM, Olmsted ME, Davis MC. Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 147-55.

ANEXO 1 – Protocolo de Amostragem

Data:

1. DADOS DO ENTREVISTADO (A)

Nome:

Endereço:

Telefone:

Idade: _____ anos

Tem dor: () Não () Sim

Há quanto tempo : _____ meses ou _____ anos

Assinale na figura o (s) local (s) que você sente dor:

Acorda mais cansado (a) do que quando foi dormir? () Sim

() Não

ANEXO 2 – Exemplo de Carta Convite

Universidade de São Paulo

Faculdade de Medicina

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL**CURSO DE FISIOTERAPIA**

Rua Cipotânea, nº 51 – Cidade Universitária

Cep.05360-160 – São Paulo – SP

Tel.(11) 3091-7451 – Fax. (11) 3091-7462

E-mail: fisioter@edu.usp.br**São Paulo, 20 de abril de 2005**

Prezado Sr (a):

Desde o ano passado estamos fazendo uma pesquisa sobre dor e queremos agradecer a sua colaboração respondendo, por telefone, algumas perguntas sobre dor e sono.

Agora precisamos dar continuidade ao estudo e para isso é necessário que as pessoas que responderam às perguntas por telefone sejam avaliadas pessoalmente. Essa avaliação consiste de perguntas sobre dor, sono, capacidade de trabalhar, ansiedade, depressão e qualidade de vida.

Em virtude disso, vimos convidá-lo a comparecer na Unidade Básica de Saúde de Pinheirinho, para a realização de uma avaliação de mais ou menos uma hora no dia 30 de abril, sábado. O horário será das 9:00 às 16:00. Por favor, marque seu horário pelo telefone 3091-7451 ou 3091-7464, com Lúcia.

A equipe de pesquisadores é composta de professores, fisioterapeutas e estudantes de Fisioterapia da Universidade de São Paulo que estarão à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Agradecemos sua colaboração

Atenciosamente,

Prof^a Dra. Amélia Pasqual Marques e Equipe
Professora do Curso de Fisioterapia da USP

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA:**

Nome do Paciente:

Sexo: M() F()

Data de Nascimento:...../...../.....

Endereço:.....N °Apto:

Bairro:Cidade:

CEP:Telefone: DDD (.....)

II. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:

Estou ciente de que estou participando de pesquisa científica e que todos os dados e informações por mim concedidos serão totalmente sigilosos, não sendo revelados de forma alguma minha identificação.

Estou ciente também que não sou obrigado a participar deste estudo, podendo desistir a qualquer momento.

São Paulo, _____ de _____, _____.

(Assinatura do Paciente)

ANEXO 5 – Inventário de Ansiedade-Traço

Leia cada pergunta e faça um “x” no número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

QUASE SEMPRE.....4
FREQUENTEMENTE.....3
ÀS VEZES..... 2
QUASE NUNCA..... 1

GERALMENTE

1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansada	1	2	3	4
7. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesma	1	2	3	4
13. Sinto-me segura	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimida	1	2	3	4
16. Estou satisfeita	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Inventário de Ansiedade-Estado

Leia cada pergunta e faça um “x” no número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento de vida.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de sua opinião.

NÃO.....1
 UM POUCO.....2
 BASTANTE.....3
 TOTALMENTE.....4

AGORA, NESSA FASE DA MINHA VIDA

1. Sinto-me calma	1	2	3	4
2. Sinto-me segura	1	2	3	4
3. Estou tensa	1	2	3	4
4. Estou arrependida	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbada	1	2	3	4
7. Estou preocupada com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansada	1	2	3	4
9. Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13. Estou agitada	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraindo	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17. Estou preocupada	1	2	3	4
18. Sinto-me super-excitada e confusa	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

ANEXO 6 - Escala de Depressão de Beck

Avaliação da depressão - Escala de depressão de Beck (Beck et al., 1961, traduzida e validada em português por Gorenstein & Andrade, 1996). Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas e faça um círculo em volta do número com afirmação que melhor descreve como você se sentiu na última semana, incluindo hoje. Se mais do que uma afirmação dentro de um grupo se aplicar, circule cada uma. Certifique-se de ter lido todas as afirmações as afirmativas, antes de fazer sua escolha.

1	0 1 2 3	Não me sinto triste Sinto-me triste Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto Estou tão triste e infeliz que não posso agüentar	12	0 1 2 3	Não perdi o interesse nas outras pessoas Interesso-me menos do que eu costumava Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas Perdi todo o interesse nas outras pessoas
2	0 1 2 3	Não estou particularmente desencorajado quanto ao futuro Sinto-me desencorajado quanto ao futuro Sinto que não tenho nada pelo que esperar Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar	13	0 1 2 3	Tomo decisões quase tão bem como em outra época Adio minhas decisões mais do que costumava Tenho maior dificuldade em tomar decisões Não consigo mais tomar decisões
3	0 1 2 3	Não me sinto fracassado Sinto que falhei mais que o indivíduo médio Quando olho para trás em minha vida tudo o que vejo é uma série de fracassos Sinto que sou um fracasso completo como pessoa	14	0 1 2 3	Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência Considero-me feio
4	0 1 2 3	Tenho tanta satisfação como costumava ter Não consigo gostar das coisas da maneira como costumava gostava Não consigo sentir mais satisfação com coisa alguma Estou insatisfeito ou entediado com tudo	15	0 1 2 3	Consigo trabalhar tão bem quanto antes Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa Tenho que me esforçar muito até começar a fazer qualquer coisa Não consigo fazer nenhum trabalho
5	0 1 2 3	Não me sinto particularmente culpado Sinto-me culpado boa parte do tempo Sinto-me culpado a maior parte do tempo Sinto-me culpado o tempo todo	16	0 1 2 3	Durmo tão bem quanto de hábito Não durmo tão bem quanto costumava Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir
6	0 1 2 3	Não sinto que esteja sendo punido Sinto que posso estar sendo punido Espero ser punido Sinto estar sendo punido	17	0 1 2 3	Não fico mais cansado do que de hábito Fico cansado com mais facilidade do que costumava Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
7	0 1 2 3	Não me sinto desapontado comigo mesmo Sinto-me desapontado comigo mesmo Sinto-me aborrecido comigo mesmo Eu me odeio	18	0 1 2 3	Meu apetite não está pior do que de hábito Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser Meu apetite está muito pior agora Não tenho mais nenhum apetite
8	0 1 2 3	Não sinto que seja pior que qualquer pessoa Critico minhas fraquezas ou erros Culpo-me o tempo todo por minhas falhas Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem	19	0 1 2 3	Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente Perdi mais de 2,5 Kg Perdi mais de 5,0 Kg Perdi mais de 7,5 Kg
9	0 1 2 3	Não penso em suicídio Tenho pensamentos de me matar mas não os levaria adiante Gostaria de me matar Eu me mataria se tivesse oportunidade			Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos. () SIM () NÃO
10	0 1 2 3	Não costumo chorar mais que o habitual Choro mais agora do que costumava fazer Atualmente choro o tempo todo Eu costumava conseguir chorar, mas não consigo, mesmo que queira	20	0 1 2 3	Não me preocupo mais do que o de hábito com minha saúde Preocupo-me com problemas físicos com dores e aflições, ou perturbações no estômago ou prisão de ventre Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas Estive tão preocupado com meus problemas físicos que não consegui pensar em outra coisa
11	0 1 2 3	Não me irrita mais agora que em qualquer outra época Fico molesto ou irritado mais facilmente do que costumava Atualmente sinto-me irritado o tempo todo Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me	21	0 1 2 3	Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual Estou menos interessada por sexo do que costumava Estou bem menos interessada por sexo que costumava Perdi completamente o interesse por sexo

ESCORE TOTAL:

ANEXO 7 - Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF- 36):

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- Excelente..... 1
 Muito boa..... 2
 Boa..... 3
 Ruim..... 4
 Muito ruim..... 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás..... 1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... 2
 Quase a mesma coisa do que há um ano atrás..... 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4
 Muito pior agora do que há um ano atrás..... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguinte problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?
(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas** ?

(circule uma)

Nenhuma.....	1
Muito leve.....	2
Leve.....	3
Moderada.....	4
Grave.....	5
Muito grave.....	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma..... 1
 Um pouco..... 2
 Moderadamente..... 3
 Bastante..... 4
 Extremamente..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(circule um número para cada linha)

	Todo o Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)?

(circule uma)

Todo o tempo..... 1
 A maior parte do tempo..... 2
 Alguma parte do tempo..... 3
 Uma pequena parte do tempo..... 4
 Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 16.06.04, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 162/04, intitulado: "Prevalência de sintomas da fibromialgia na população do Município de Embú - SP: dor, ansiedade e depressão" apresentado pela **ÁREA DE FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: Dra. Amélia Pasqual Marques

Pesquisador(a) Executante: Sra. Cristina Esteves Capela

CAPPesq, 16 de Junho de 2004.

Encaminhe-se à CPG-FMUSP
para as devidas providências.
S.P. 24.06.04

C. A. M. Montone

Prof.ª Dra. Maria Mitsu Brentani
Coordenadora do Curso de
Pos-Graduação do programa
de Fisiopatologia Experimental

[Assinatura]
PROF. DR. CLAUDIO LEONE

Vice-Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

RECEBIDO SPG 24.06.04

ASS. *[Assinatura]*

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")