

DANYELLA DE MELO SANTOS

**Estudo dos traços de personalidade de pacientes
com fibromialgia através do Inventário de
Temperamento e Caráter de Cloninger**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de doutor em Ciências**

**Área de concentração: Fisiopatologia Experimental
Orientador: Dr. Renério Fráguas Júnior**

**São Paulo
2010**

DANYELLA DE MELO SANTOS

**Estudo dos traços de personalidade de pacientes
com fibromialgia através do Inventário de
Temperamento e Caráter de Cloninger**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de doutor em Ciências**

**Área de concentração: Fisiopatologia Experimental
Orientador: Dr. Renério Fráguas Júnior**

**São Paulo
2010**

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Renério Fráguas Júnior, pela atenção e dedicação excepcional durante todo o desenvolvimento do meu trabalho, um verdadeiro professor.

À Dra.Laís Verderame Lage e Dra.Helena Kaziyama que me aceitaram nos ambulatórios da reumatologia e neurologia.

À amiga e colega Eleonora Kehl Jabur que colaborou imensamente na triagem das pacientes e coleta de dados.

À amiga e colega de grupo Valeri Guajardo de quem tive grande apoio no momento da qualificação.

À Cristina Galerani e todos que me ajudaram na difícil tarefa de encontrar voluntárias para o grupo controle.

As colegas do grupo: Luisa, Camila, Telma, Ana Paula que contribuíram nas nossas reuniões de segunda.

Às amigas Bianca Nascimento Moraes e Ariana Cunha Sousa pelo apoio e incentivo.

Às secretárias do programa de Fisiopatologia Experimental, Tânia e Sônia, que sempre estiveram disponíveis.

Às colegas Priscila Toledo e Karen Mendes Graner que colaboraram na triagem das pacientes.

Agradeço especialmente a participação voluntária tanto das pacientes como das funcionárias do HC-FUMSP que foram do grupo controle.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro recebido durante o desenvolvimento deste trabalho.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

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

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

Resumo.....	2
Summary	4
1. Introdução	6
1.1. Fibromialgia	6
1.2. Fibromialgia e personalidade	8
1.3. O Inventário de Temperamento e Caráter	10
1.4. O Inventário de Temperamento e Caráter e dor crônica	16
1.5. Depressão em fibromialgia.....	19
1.6. Depressão e personalidade em fibromialgia.....	20
1.7. O valor preditivo do Inventário de Temperamento e Caráter.....	22
1.8. Justificativa do estudo	24
2. Objetivos	26
3. Casuística e métodos.....	27
3.1. Desenho do estudo	27
3.2. Sujeitos	27
3.3. Procedimentos na etapa transversal.....	29
3.4. Procedimentos na etapa prospectiva.....	33
4. Hipóteses	35
5. Análise estatística.....	36
5.1. Cálculo do tamanho da amostra	36
5.2. Análise dos dados obtidos	36
6. Resultados	39
6.1. Descrição dos resultados obtidos na etapa transversal	39
6.2. Descrição dos resultados obtidos na etapa prospectiva.....	50
7. Discussão	54
7.1. Discussão etapa transversal	54
7.2. Discussão etapa prospectiva	64
7.3. Limitações do estudo.....	67
7.4. Considerações finais.....	68
8. Conclusões	69
9. Referências bibliográficas	71
10. Anexos	76
10.1. Termo de consentimento livre e esclarecido (primeira avaliação)	76
10.2. Ficha de identificação para primeira avaliação.....	76
10.3. Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger.....	76
10.4. Termo de consentimento livre e esclarecido (segunda avaliação).....	76
10.5. Ficha de identificação para segunda avaliação	76

Resumo

Santos DM. Estudo dos traços de personalidade de pacientes com fibromialgia através do Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

INTRODUÇÃO: Fibromialgia tem sido considerada uma síndrome, na qual a etiologia e etiopatogenia ainda permanecem pouco esclarecidas. Transtornos depressivos e ansiosos são altamente prevalentes nesses pacientes, entretanto, em relação aos aspectos da personalidade, os dados de literatura são pouco homogêneos. Poucos estudos têm investigado a relevância de fatores emocionais, incluindo aspectos da personalidade, como preditores para intensidade da dor em fibromialgia. Cloninger desenvolveu uma teoria da personalidade integrando os aspectos biológicos e psicológicos, estruturando o Inventário de Temperamento e Caráter para investigar quatro traços de temperamento (esquiva ao dano, busca de novidades, dependência de gratificação e persistência) e três traços de caráter (auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência). Estudos sugerem que o Inventário de Temperamento e Caráter possui valor preditivo, assim alterações nos traços esquiva ao dano e auto-direcionamento poderiam predizer vulnerabilidade para alguns transtornos. Este estudo teve como objetivo principal investigar o valor preditivo do fator esquiva ao dano para intensidade da dor em pacientes com fibromialgia após o período de um ano a um ano e seis meses (T2) da primeira avaliação (T1). Os objetivos secundários deste estudo foram: comparar os escores de esquiva ao dano e os demais traços do Inventário de Temperamento e Caráter entre mulheres com fibromialgia e um grupo controle de mulheres sem a doença. Considerando apenas o grupo de pacientes com fibromialgia, o estudo investigou diferenças nos traços do Inventário de Temperamento e Caráter entre as pacientes com depressão maior atual e pacientes sem depressão maior atual. **MÉTODOS:** O estudo foi desenvolvido entre abril de 2006 e setembro de 2009 em duas etapas: transversal e prospectiva. Na etapa transversal, 78 mulheres foram comparadas no fator esquiva ao dano com 78 mulheres do grupo controle. Os dois grupos foram avaliados em suas características sócio-demográficas e clínicas, sintomatologia depressiva (Inventário de depressão de Beck e HAM-D) e ansiosa (IDATE-estado e HAM-A) e diagnóstico de transtornos mentais (M.I.N.I.). O grupo de pacientes também foi avaliado em relação à intensidade da dor e tempo de fibromialgia. Na etapa prospectiva, 42 pacientes foram reavaliadas em suas características clínicas e sócio-demográficas, intensidade da dor, diagnóstico de depressão maior atual e sintomas depressivos e ansiosos. **RESULTADOS:** Na comparação dos escores do fator esquiva ao dano, as pacientes apresentaram maior média que o grupo controle, e após análise covariância essa diferença foi explicada pela sintomatologia depressiva e ansiosa. Em relação aos outros traços de personalidade, as pacientes apresentaram maiores médias no fator auto-transcendência e menores médias nos fatores busca de novidades, dependência de gratificação, auto-

direcionamento e cooperatividade quando comparadas com o grupo controle. Essas diferenças, após análise de covariância, se associaram com sintomas depressivos e ansiosos. Entretanto, as pacientes com fibromialgia mantiveram menores escores no fator busca de novidades mesmo com o ajuste para a sintomatologia depressiva e ansiosa. No grupo de pacientes, o fator esquiva ao dano não se correlacionou com intensidade da dor e tempo de doença. As pacientes com fibromialgia e depressão maior atual apresentaram maiores escores em esquiva ao dano, e menores escores em auto-direcionamento e cooperatividade quando comparadas com as pacientes sem depressão. Na etapa prospectiva, o fator esquiva ao dano não apresentou valor preditivo para intensidade ou variação da dor. Além disso, nenhum dos outros traços de personalidade se correlacionou com a intensidade ou com a variação da dor de T1 para T2. CONCLUSÕES: Os resultados deste estudo indicam que embora pacientes com fibromialgia apresentem maior pontuação no fator esquiva ao dano do Inventário de Temperamento e Caráter quando comparadas com mulheres sem a doença, essa diferença se deve a maior intensidade de sintomas depressivos e ansiosos nas pacientes e não à presença da fibromialgia em si. As diferenças encontradas nos traços de personalidade entre as pacientes com depressão e pacientes sem depressão sugerem que a depressão nessas pacientes possui, em parte, semelhanças com transtorno depressivo maior (depressão primária). Em relação à etapa prospectiva, os resultados indicam que o fator de temperamento esquiva ao dano não apresenta valor preditivo para intensidade da dor ou para variação da dor em mulheres com fibromialgia.

Descritores: fibromialgia, personalidade, dor, depressão, ansiedade e inventário de personalidade.

Summary

Santos DM. Personality traits in fibromyalgia patients using the Temperament and Character Inventory of Cloninger [thesis]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2010.

INTRODUCTION: Fibromyalgia has been considered as a syndrome that the etiology and etiopathogeny remains unclear. Depressive and anxiety disorders are very common in fibromyalgia patients. However data about the relationship between personality characteristics and fibromyalgia are less homogeneous. Few studies have investigated the relevance of emotional factors including personality aspect as predictors of pain intensity in fibromyalgia. Cloninger developed a theory unifying psychological and biological aspects of personality, and created the Temperament and Character Inventory, to evaluate four temperament traits (harm avoidance, novelty seeking, reward dependence and persistence) and three character traits (self-directedness, cooperativeness and self-transcendence). Studies have suggested that the Temperament and Character Inventory presents a predictive value, thus alterations on harm avoidance and self-directedness could predict vulnerability to some disorders. The main objective of this study was to investigate the predictive value of harm avoidance for pain intensity in fibromyalgia patients after the period of one year to one year and six months (T2) from the first evaluation (T1). The secondary objectives were: to compare the harm avoidance temperament trait and the others traits of the Temperament and Character Inventory in fibromyalgia women with a control group without this diagnose. In the fibromyalgia group, the objectives were to compare the Temperament and Character Inventory traits between fibromyalgia patients with major depressive episode and fibromyalgia patients without this diagnose. **METHOD:** The study was developed between from June 2006 to September 2008 in two parts: transversal and prospective. In the transversal part 78 women with fibromyalgia were compared with 78 women without fibromyalgia. The two groups were evaluated in relation to socio-demographic and clinical characteristics, depressive (Beck Depression Inventory and HAM-D) and anxiety (IDATE-state and HAM-A) symptoms and psychiatric diagnoses (M.I.N.I.). The fibromyalgia patients were also evaluated regarding the disease duration and pain intensity. In the prospective part 42 patients were reevaluated regarding socio-demographic and clinical characteristics, pain intensity, the presence of major depressive episode and anxiety and depressive symptoms. **RESULTS:** Fibromyalgia patients showed higher scores in harm avoidance than control group, after covariance analyze, this difference was explained by an increased severity of depressive and anxiety symptoms in the group with fibromyalgia. Comparing the other personality traits, patients with fibromyalgia showed increased scores in self-transcendence and low scores in novelty seeking, reward dependence, self-directness and cooperativeness when compared with those without fibromyalgia. After covariance analyze the difference between

patients and control group were explained by an increased intensity of depressive and anxiety symptoms in patients with fibromyalgia. However, fibromyalgia patients maintained lower scores on novelty seeking even after adjustments for severity of depressive and anxiety symptom. Regarding the patients group, was not found an association between harm avoidance trait and disease duration or pain intensity. Patients with fibromyalgia and major depression episode showed increased scores in harm avoidance and low scores in self-directness and cooperativeness when compared with fibromyalgia patients without depression. In the prospective part the harm avoidance in T1 did not predict the pain intensity in T2 or pain variation from T1 to T2. There was no correlation between the other personality traits and pain intensity in T2 or pain variation from T1 to T2. CONCLUSION: The results of this study indicate that although women with fibromyalgia present higher scores in harm avoidance when compared with women without fibromyalgia, this difference is explained by an increased severity of depressive and anxiety symptoms in fibromyalgia patients and not because of fibromyalgia itself. The differences found in the personality traits between depressed fibromyalgia patients and non depressed patients suggest that depression in these patients is in part similar to the major depressive disorder (primary depression). Regarding the prospective part, the results indicate that the temperament trait harm avoidance does not have a predictive value for the pain intensity and pain variation in fibromyalgia patients.

Descriptors: fibromyalgia, personality, pain, depression, anxiety and personality inventory.

1. Introdução

1.1. Fibromialgia

Fibromialgia tem sido conceituada como uma síndrome de etiopatogenia pouco esclarecida que se caracteriza por presença de dor músculo-esquelética crônica (pelo menos três meses) e generalizada, em múltiplos pontos denominados “tender points”. Essa condição está freqüentemente associada a distúrbios do sono, fadiga, cansaço, cefaléia crônica, transtornos psíquicos e distúrbios intestinais funcionais (1). De acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) (1), o diagnóstico de fibromialgia é confirmado quando o paciente apresenta dor em ponto sensível (“tender point”) à palpação usando uma força de 4kg, devendo estar presente em pelo menos 11 dos 18 pontos estabelecidos pelo ACR (figura 1). Além disso, não deve ser encontrada nenhuma causa de nocicepção periférica, acrescentando-se, ainda, que a presença de uma outra condição clínica não exclui o diagnóstico de fibromialgia. A prevalência de fibromialgia na população geral é estimada entre 1,3% a 4,8% (2), diagnóstico que pode ser até quase dez vezes mais prevalente em mulheres do que em homens (1).

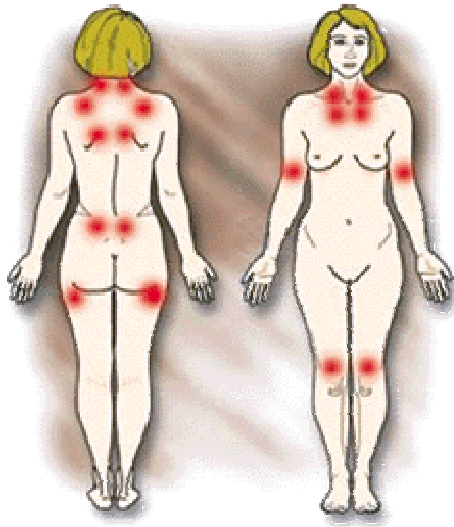


Figura 1. Localização dos “tender points” no corpo humano de acordo com o ACR (1).

A etiologia e a etiopatogenia da síndrome fibromiálgica, conforme já dito, ainda permanecem pouco esclarecidas. Recentemente alguns estudos têm sugerido a existência de alteração no processamento da dor e alterações fisiopatológicas no sistema nervoso central dos pacientes (3, 4). Dessa forma, pacientes com fibromialgia seriam mais sensíveis não somente a estímulos dolorosos, mas também a outros estímulos nocivos (como odores e barulho). Tais achados indicam uma percepção aumentada para estímulos desagradáveis em geral e não só para dor (3, 5).

Existem ainda estudos investigando os fatores genéticos envolvidos na etiologia da fibromialgia. Segundo Arnold et al. (6), parentesco em primeiro grau de pacientes com fibromialgia mostra um risco oito vezes maior para desenvolver fibromialgia do que a população em geral.

Apesar de pouco esclarecida, a literatura ressalta o aspecto multifatorial da etiopatogenia da fibromialgia, havendo alguns fatores desencadeadores da doença como trauma físico, ou algumas doenças reumáticas no caso da fibromialgia secundária. Aspectos emocionais também estariam entre os fatores desencadeantes (trauma na infância, abuso sexual, divórcio e algumas características de personalidade como perfeccionismo e neuroticismo) (7).

1.2. Fibromialgia e personalidade

Os dados encontrados na literatura sobre aspectos psicológicos e de personalidade em pacientes com fibromialgia são pouco homogêneos, provavelmente por causa da diversidade de instrumentos aplicados e das diferentes populações estudadas. De qualquer modo, a literatura destaca que pessoas que sofrem de dor física apresentam maior prevalência de transtorno psiquiátrico e problemas emocionais do que a população geral (8). Entre as principais hipóteses mencionadas na literatura para explicar essa associação pode-se citar: dor e problema psicológico como comorbidades, sem uma relação causal (9); a dor como causa de transtornos psíquicos (10) e manifestações psicológicas podendo dar origem à dor (11). Alguns autores têm proposto ainda a existência de padrões psicológicos específicos que corresponderiam a problemas de dores específicos (12, 13). Assim, de acordo com essa hipótese, haveria um padrão emocional e psicológico específicos para os pacientes com fibromialgia, os quais apresentariam mais dificuldades para identificar e

comunicar seus próprios sentimentos (alexítmia) (14-16), incapacidade para relaxar e se divertir e negação de conflitos emocionais e interpessoais (17).

Por outro lado, em 1978 Bradley et al. (18) utilizando o “Minnesota Multiphasic Personality Inventory” (MMPI) observaram diferentes perfis psicológicos dentro de um grupo de pacientes com dor crônica, por meio da análise de “cluster”. Assim, segundo a classificação desses autores, dentro desse grupo de pacientes haveria três subgrupos (“clusters”): um subgrupo com perfil dentro da normalidade, um segundo subgrupo com características típicas de dor crônica (com maior pontuação nas escalas de hipocondria, depressão e histeria) e um terceiro com perfil psicológico de desajustamento (18). Posteriormente, Yunus et al. (1991) (19) adaptaram o modelo de Bradley (18) em pacientes com fibromialgia e encontraram os mesmos subgrupos. Além disso, seus resultados sugeriram que as características centrais da fibromialgia (número de pontos dolorosos, intensidade da dor, fadiga e sono não reparador) seriam independentes da condição psicológica.

Atualmente existem muitos trabalhos que consideram a fibromialgia como um grupo heterogêneo de condições (20-24). Muller et al. (2007) (22) propõem a existência de 4 subgrupos na fibromialgia: um com alta sensibilidade dolorosa e sem comorbidades psiquiátricas; o segundo subgrupo com fibromialgia e depressão, cuja a dor estaria relacionada com a depressão; um terceiro que apresentaria depressão e fibromialgia como comorbidades e um quarto subgrupo no qual a fibromialgia seria

considerada resultado de um processo de somatização. Desse modo, de acordo com essa linha de estudos, deve-se considerar a heterogeneidade dos pacientes com fibromialgia para eleger o melhor tratamento, o qual seria escolhido de acordo com o aspecto predominante em cada paciente.

Um aspecto relevante, porém pouco estudado na literatura, seria o de que na história de pacientes com fibromialgia, a maior parte deles sofreu algum tipo de abuso na infância (15, 17). O abuso infantil também é freqüente na história de pacientes com transtorno de personalidade borderline (25). Em um estudo com mulheres brasileiras Martinez et al. (1995) (26) observaram algum transtorno de personalidade (de acordo com a classificação de Kurt Schneider) em 63,8% das pacientes com fibromialgia.

Portanto, a questão da existência ou não de uma peculiaridade ou uma alteração da personalidade em pacientes com fibromialgia ainda precisa ser mais bem elucidada.

1.3. O Inventário de Temperamento e Caráter

A teoria desenvolvida por Cloninger (27) visa à integração de aspectos psicológicos e biológicos da personalidade, e propõe uma abordagem dimensional dos transtornos de personalidade. Assim, o modelo psicobiológico de personalidade desenvolvido por este autor foi construído com base em informações provenientes de estudos genéticos (com gêmeos humanos) e filogenéticos (etológicos) sobre o

temperamento e em estudos neurobiológicos sobre a organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais (28). Ademais se baseou em informações sobre o desenvolvimento cognitivo e social, além de descrições do desenvolvimento da personalidade, provenientes da psicologia humanística e transpessoal (29).

Inicialmente, Cloninger propôs três fatores de temperamento (esquiva ao dano, busca de novidades e dependência de gratificação), desenvolvendo o “Tridimensional Personality Questionnaire” (30) para avaliação desses fatores. Essa primeira versão possui 100 itens com as opções de resposta verdadeiro ou falso, consistindo num questionário de auto-preenchimento. Cada traço estaria relacionado a um sistema neurotransmissor, assim, esquiva ao dano estaria relacionada ao sistema serotoninérgico, traduzindo-se em comportamentos pessimistas e de evitamento de situações supostamente perigosas. Busca de novidades, à ação dopaminérgica estando relacionada à ativação e inibição de comportamentos exploratórios. E por último, dependência de gratificação estaria ligada ao sistema noradrenérgico, traduzindo-se em comportamentos relacionados à necessidade e busca por vínculos sociais (27).

Esse primeiro modelo de Cloninger mostrou uma boa correlação com a classificação categórica de transtornos de personalidade (DSM III-R). Dessa forma, indivíduos com baixos escores no fator dependência de gratificação estariam incluídos no “cluster A” (transtornos paranóides,

esquizóide e esquizotípico de personalidade); enquanto elevados escores no fator busca de novidades estariam relacionados ao “cluster B” (transtornos anti-social, “borderline”, histriônico e narcísico de personalidade). Os transtornos do “cluster C” (transtornos esquivante, dependente e obsessivo-compulsivo de personalidade) estariam relacionados à elevação nos escores de esquivia ao dano (31).

No entanto, o modelo englobando somente aspectos de temperamento não se mostrou um bom preditor da presença ou não dos transtornos de personalidade, razão pela qual Cloninger incluiu os aspectos de caráter da personalidade no seu inventário, acrescentando ao modelo inicial os três fatores de caráter e ainda desdobrando o fator de temperamento dependência de gratificação em mais um fator independente de temperamento denominado persistência (29).

Assim o desenvolvimento da personalidade é visto como um processo epigenético interativo, cuja expressão é apenas parcialmente afetada pelas influências ambientais e os fatores hereditários de temperamento (busca de novidades, esquivia de dano, dependência de gratificação e persistência) inicialmente motivariam o desenvolvimento dos fatores de caráter. Por sua vez, os fatores de caráter (auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência) englobariam os traços moldados ao longo do desenvolvimento, resultantes das experiências de aprendizagem propiciadas por diferentes influências ambientais. Os fatores de caráter no ITC permitem a avaliação da adaptação das características temperamentais, demonstrando que indivíduos com perfis

de temperamento incomuns podem ou não desenvolver um transtorno de personalidade, dependendo de sua conformação caracterológica (31).

Portanto, o modelo dos sete fatores (29) embasa o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), um questionário de auto-preenchimento constituído por 240 itens com opções de verdadeiro ou falso, que possibilita o diagnóstico diferencial entre subtipos de transtornos de personalidade e outros transtornos psiquiátricos, numa abordagem dimensional da personalidade. Tal modelo é composto por sete fatores (quatro de temperamento e três de caráter) conforme descritos a seguir (29).

Fator de temperamento busca de novidades: tendência hereditária de ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos e suscetibilidade comportamental à estimulação ambiental; reflete o comportamento diante de estímulos novos. Pessoas com este traço aumentado tendem a procurar novidades, serem impulsivas e curiosas e se entediarem rapidamente com uma atividade repetitiva.

Fator de temperamento esquiva ao dano: tendência hereditária a inibir ou cessar comportamentos perante sinais de estímulos aversivos, a fim de se evitar punição; envolve inibição do comportamento em resposta à punição. Pessoas com elevação nos escores deste fator apresentam medo da incerteza, inibição social, timidez com estranhos, fatigabilidade e antecipação de problemas (mesmo em situações que não preocupam as outras pessoas).

Fator de temperamento dependência de gratificação: tendência hereditária a responder de maneira intensa a sinais de recompensa, visando à obtenção de prêmios; este traço de personalidade versa sobre a resposta a pistas sociais relacionadas com recompensa.

Fator de persistência: tendência hereditária a persistir em responder de determinada forma, a despeito de reforços intermitentes; refere-se à manutenção do comportamento a despeito de frustrações ou fadiga.

Fator de caráter auto-direcionamento: identificação de si como um indivíduo autônomo; quantifica os ideais e as concepções que um indivíduo no que concerne a si mesmo, o que redundará em características tais como responsabilidade, autoconfiança e direcionamento em relação a uma meta (disciplina, propósito).

Fator de caráter cooperatividade: identificação de si mesmo como uma parte integrante da sociedade e da humanidade; reflete a concepção de um indivíduo referente à sociedade, isto é, no tocante a outras pessoas.

Fator de caráter auto-transcendência: identificação de si mesmo como uma parte integrante da unidade de todas as coisas, de um todo interdependente, reflete o sistema de ideais do indivíduo em relação ao universo e a Deus. Pessoas com escores elevados neste traço apresentam espiritualidade, idealismo, transigência e imaginação. Lógica, dúvida, relativismo e materialismo indicam escores reduzidos para este traço.

Deve-se ressaltar que estudos se aprofundaram na associação entre fatores de temperamento e os sistemas neurotransmissores (32). Como

já citado, cada fator estaria ligado a um sistema: busca de novidades a atividade dopaminérgica, esquivar ao dano à atividade serotoninérgica e dependência por gratificação a ação noradrenérgica (30, 33-37). Dentre essas associações, a mais estudada tem sido entre o traço esquivar ao dano e atividade serotoninérgica. Conseqüentemente, estudos têm demonstrado que alteração nos escores do fator esquivar ao dano estaria relacionada a quadros depressivos (34, 36, 38-41).

O ITC foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Fuentes et al. (1999) (42). As duas versões (português e inglês) do ITC foram preenchidas por 25 indivíduos bilíngües, professores de duas escolas de língua estrangeira da cidade de São Paulo. Todos os selecionados tinham o português como língua nativa. A ordem de preenchimento foi balanceada e o intervalo entre a primeira (inglês para 12 sujeitos e português para os 13 demais) e a segunda aplicação foi de aproximadamente 30 dias.

Particularmente no aspecto transcultural, os fatores de caráter podem exibir alguma fragilidade em sua validação, pois os traços de personalidade originados em ambientes culturais distintos podem variar em uma amplitude difícil de prever e de forma a dificultar a adoção de conceitos universais para a sua avaliação.

Os índices de concordância entre as duas versões (inglês e português) foram avaliados pelo coeficiente de Kappa (Bartko e Carpenter, 1976) para cada questão e pelo coeficiente de correlação intraclassa para os fatores e seus respectivos subfatores (Bartko, 1991).

A consistência interna da versão traduzida/adaptada foi avaliada por meio do coeficiente de Cronbach (43), comparando-se o coeficiente de correlação de cada questão com seu subfator e de cada subfator com seu respectivo fator. Esses coeficientes também foram comparados com os índices encontrados na versão original.

1.4. O Inventário de Temperamento e Caráter e dor crônica

Apesar da alta prevalência de transtornos psiquiátricos (principalmente depressão) e de autores terem proposto a existência de alterações de personalidade em pacientes com dor crônica, poucos são os estudos que utilizam o ITC para avaliá-los.

Malmgren-Olsson e Bergdahl (2006) (44) em um estudo caso-controle com 78 pacientes com dor musculoesquelética não específica investigaram, por meio do ITC, como os traços de personalidade poderiam estar associados com a dor, e também avaliaram sintomas depressivos, ansiosos e de somatização. Quando comparado com o grupo controle (n=118), o grupo de pacientes apresentou escores mais elevados no fator esquiva ao dano e escores reduzidos no fator auto-direcionamento, porém essas alterações se mostraram dependentes dos sintomas depressivos e ansiosos. E ainda, os traços de personalidade se apresentaram mais correlacionados positivamente com sintomas depressivos e ansiosos do que com a intensidade da dor (44).

Também foram encontrados estudos com pacientes portadores de enxaqueca e cefaléia tensional (45-47) que utilizaram o ITC para avaliar os traços de personalidade. Mongini et al. (2005) (46) investigaram os traços de personalidade em 49 mulheres com enxaqueca comparando com 47 mulheres saudáveis. O grupo de pacientes apresentou maiores escores em dois fatores de temperamento, esquivia ao dano e persistência; e escores reduzidos no fator de caráter auto-direcionamento. Porém, a elevação nos escores do fator esquivia ao dano, foi explicada, pelo menos em parte, pela presença de depressão. Ou seja, a alteração desse traço de temperamento não estaria associada somente à presença de enxaqueca, mas também ao diagnóstico de depressão.

Boz et al. (2004) (45) também observaram elevação nos escores do fator esquivia ao dano quando compararam três grupos: 81 pacientes com cefaléia tensional, 51 pacientes com enxaqueca e 82 pessoas saudáveis. O grupo de pacientes com cefaléia tensional e enxaqueca apresentaram maiores escores no fator esquivia ao dano, escores esses correlacionados com sintomas depressivos.

Por outro lado, Nylander et al. (1996) (47) encontraram resultados diversos dos descritos acima, isto é, relataram ausência de alteração no fator esquivia ao dano. Ao compararem 26 pacientes com enxaqueca e 87 pessoas sem a doença não observaram alteração em nenhuma das escalas dos traços do ITC, e o grupo de pacientes apresentou escores mais elevados do que o grupo controle apenas em dois subfatores do fator busca de novidades (47).

Cumprido ressaltar que os resultados dos estudos citados oferecem suporte para a concepção de que alterações de personalidade descritas em pacientes com dor crônica podem, pelo menos em parte, estar associadas à depressão que ocorre nos pacientes e não diretamente à condição dolorosa.

Conrad et al. (2007) (48) avaliaram transtornos de personalidade em 207 pacientes com dor crônica, e compararam os traços do ITC deste grupo com 105 pessoas sem dor. Os autores verificaram que 41% destes pacientes possuíam pelo menos um tipo de transtorno de personalidade e, quando este grupo (n=207) foi comparado com o grupo de pessoas sem dor (n=105) apresentou maiores escores no fator esquiva ao dano e redução nos escores de auto-direcionamento e cooperativismo. Tais alterações foram independentes dos sintomas depressivos e ansiosos.

Alguns estudos investigaram a associação do ITC com a percepção de estímulos dolorosos em pessoas saudáveis. Nesta linha de pesquisa, Pud et al. (2004) (49) encontraram uma associação entre maior sensibilidade para estímulos dolorosos e aumento nos escores de esquiva ao dano e diminuição nos escores de dependência de gratificação. Em outro estudo, Pud et al. (2006) (50) investigaram uma possível associação entre os traços de temperamento do ITC e gênero na variação de resposta a opióides num grupo de 34 pessoas saudáveis. Neste estudo, os resultados mostraram associação entre elevados escores no traço de esquiva ao dano e melhores respostas ao tratamento de morfina, e ainda,

que mulheres respondem melhor do que homens ao tratamento tanto de morfina quanto ao placebo.

Portanto, observa-se que a maioria dos estudos utilizando o ITC em pacientes com dor crônica encontrou uma elevação dos escores no traço de temperamento esquiva ao dano, estando essa elevação associada à sintomatologia depressiva.

1.5. Depressão em fibromialgia

Em um estudo de revisão da literatura sobre a prevalência de depressão em pacientes com fibromialgia, Fietta et al. (2007) (51) verificaram que esta pode variar entre 20% e 80%, de acordo com os critérios utilizados para realizar o diagnóstico e também de acordo com a população estudada. Para o diagnóstico de transtorno depressivo maior atual ou nos últimos 12 meses a prevalência em pacientes com fibromialgia pode variar entre 20% e 30% (52, 53), enquanto a prevalência do mesmo transtorno para a população geral oscila entre 4% e 6% (54, 55).

Em um estudo multicêntrico Epstein et al. (1999) (56) observaram transtorno depressivo maior atual em 22% dos pacientes, 68% desses já havia recebido o diagnóstico em algum momento da vida, e 10% apresentaram distímia. Martinez et al. (1995) (26), em um estudo no Brasil, comparou 47 mulheres com fibromialgia com 25 pessoas sem dor. Estes autores verificaram uma prevalência de 80% de depressão no grupo de pacientes e 12% no grupo controle, tendo esta diferença entre

os grupos se apresentou estatisticamente significativa. Alguns estudos indicam que a prevalência de depressão em fibromialgia também se mostra maior mesmo quando comparada com outros tipos de doenças reumáticas, como artrite reumatóide, por exemplo (12, 57). Porém, Ahles et al. (1991) (58) também comparando com artrite reumatóide não encontraram diferenças na prevalência de depressão entre os grupos.

Em um estudo epidemiológico (59) sobre a prevalência de transtorno depressivo maior e sua associação com diversas condições clínicas em população geral demonstrou que a segunda condição clínica mais associada com transtorno depressivo seria a fibromialgia. Existem ainda alguns estudos investigando características e possíveis impactos negativos da depressão em pacientes com fibromialgia. Nesse sentido, a depressão nesses pacientes estaria associada a disfunções sexuais (60), déficit de vitamina D (61) e maior dificuldade para aderir ao tratamento que inclui atividade física (62).

1.6. Depressão e personalidade em fibromialgia

Estudos em pacientes com depressão primária têm revelado que a presença de transtorno depressivo maior se associa com alteração nos traços de personalidade, observando especificamente elevados escores no fator de temperamento esquiva ao dano (36, 39, 40). Estudos descrevem também uma associação entre transtorno depressivo maior e os traços de caráter auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência (39, 63, 64). De acordo com esses estudos, pacientes

com depressão maior quando comparados com controles saudáveis apresentariam elevação nos escores de esQUIVA ao dano e auto-transcendência, e diminuição nos escores de auto-direcionamento e cooperatividade.

Mesmo com uma alta prevalência dos transtornos depressivos em população com fibromialgia, poucos são os estudos que investigam a possível influência da depressão em aspectos da personalidade em pacientes com fibromialgia. Johnson et al. (1997) (65) avaliaram a estrutura de auto-estima de pacientes com fibromialgia. Os autores compararam 61 fibromiálgicas (separando em dois grupos: deprimidas e não deprimidas), 40 estudantes de psicologia saudáveis e 37 pacientes com artrite reumatóide. Observaram que as pacientes fibromiálgicas deprimidas apresentavam um padrão de auto-estima (menor senso de amor próprio, mais baixo senso de positivismo e dificuldade para lidar com próprias emoções) diferente das pacientes fibromiálgicas não deprimidas. Quando compararam os quatro grupos, somente o grupo de pacientes fibromiálgicas com depressão apresentou uma diferença estatisticamente significativa no padrão de auto-estima em relação ao grupo de estudantes saudáveis (65).

Em outro estudo, Nordahl e Stiles (2007) (66) investigaram aspectos cognitivos de personalidade em 44 pacientes com fibromialgia comparando com 43 pacientes com transtorno depressivo maior e com 41 controles saudáveis. Os autores constataram que as pacientes fibromiálgicas com transtorno depressivo maior atual ou com uma história

prévia deste transtorno apresentaram aspectos cognitivos de personalidade semelhantes aos apresentados pelo grupo de pacientes com transtorno depressivo maior, enquanto o grupo de pacientes com fibromialgia e sem história de depressão apresentou funcionamento semelhante ao grupo controle. Assim, concluíram que um estilo depressivo de personalidade estaria relacionado ao diagnóstico de transtorno depressivo maior em pacientes com fibromialgia e não com presença de fibromialgia (66). Esses dados apontam para a necessidade de estudos que investiguem a influência da depressão em aspectos da personalidade em pacientes com fibromialgia.

1.7. O valor preditivo do Inventário de Temperamento e Caráter

Estudos sugerem que o ITC possui valor preditivo para a ocorrência de transtornos psiquiátricos. Cloninger et al. (2006) (67) desenvolveram um estudo que sugere uma associação entre pontuação elevada no fator de temperamento esquivo ao dano e vulnerabilidade à depressão. Ainda nesse estudo, o traço de caráter auto-direcionamento também apresentou forte valor preditivo para oscilações do humor depressivo, ou seja, traços de personalidade mais proeminentes poderiam predizer mudanças no humor e vulnerabilidade à depressão. Em outro estudo, o mesmo autor sugere que o traço de temperamento dependência à gratificação, por sua vez, estaria associado à maior resposta ao tratamento antidepressivo (68).

Poucos estudos são encontrados sobre fatores preditores para a intensidade ou variação da dor em fibromialgia. Hughes (2006) (69) avaliou 107 mulheres com fibromialgia e influência de variáveis físicas e psicológicas na variação da dor. A autora avaliou a dor em três dimensões (sensória, afetiva e intensidade) observando que todas as dimensões avaliadas se associavam moderadamente com fadiga e depressão. Outras variáveis que também se associaram com a variação da dor, mas não em todas as dimensões, foram dor pélvica, trauma físico e início dos sintomas. Em outro estudo, Celiker et al. (1997) (70) avaliaram a correlação entre alterações psicológicas, tempo da doença e intensidade da dor em 39 pacientes com fibromialgia. Foram utilizados o Inventário de Beck (71) para sintomatologia depressiva e a IDATE traço e estado (72) para sintomas ansiosos. Os resultados mostraram que somente a ansiedade traço estaria correlacionada com a intensidade da dor.

Por outro lado, existem estudos que sugerem que a intensidade da dor seria independente do estado psicológico desses pacientes. Yunus et al. (1991) (19) observaram em 103 pacientes com fibromialgia, utilizando o MMPI, que as características centrais da fibromialgia (número de tender points, intensidade da dor, fadiga e sono não reparador) eram independentes da condição psicológica. O estudo de Okifuji et al. (2000) encontrou resultados similares, os autores avaliaram 69 pacientes com fibromialgia, dos quais 39 receberam o diagnóstico de depressão. Verificaram que as características da dor nesses pacientes poderiam ser

independentes do diagnóstico de depressão, mas que este estaria relacionado com a forma como os pacientes lidam com a doença limitando mais suas atividades diárias e com mais dificuldade para aderir ao tratamento. Por último, o estudo de Viitanen et al. (1993) (73) comparou 20 mulheres com fibromialgia e 20 mulheres com artrite reumatóide avaliando sintomatologia depressiva e intensidade da dor. Os autores observaram que somente nas pacientes com artrite reumatóide a intensidade da dor estava correlacionada positivamente com os sintomas depressivos, e no grupo de fibromiálgicas não houve nenhuma correlação.

1.8. Justificativa do estudo

Em levantamento na base de dados MEDLINE não foram encontrados estudos que avaliassem a intensidade da dor e sua associação com os traços de personalidade do ITC em pacientes com fibromialgia. Apenas recentemente foram conhecidos dois estudos utilizando o ITC em pacientes com fibromialgia.

Mazza et al (2009) (74), investigaram os efeitos de inibidores seletivos de recaptura de serotonina sobre os traços de temperamento e caráter. Nesse estudo os autores avaliaram 60 pacientes com fibromialgia antes e depois de seis meses de tratamento utilizando tais medicamentos e compararam com controles saudáveis. Os resultados mostraram uma diminuição dos sintomas depressivos com o tratamento e ainda sugeriram que o fator de temperamento esquivo ao dano seria traço e

estado dependente da depressão nos pacientes, enquanto o fator de caráter auto-direcionamento seria fortemente estado dependente da depressão (74). Já o estudo de Verdejo et al (2009) (75) teve como objetivo avaliar função executiva, percepção da dor e traços de personalidade em 36 mulheres com fibromialgia. Os resultados desse trabalho sugeriram uma associação entre os traços do ITC e o desempenho cognitivo nas pacientes.

Assim, diante do exposto, existe a necessidade de se investigar a relevância de aspectos da personalidade em pacientes com fibromialgia. Desse modo, o presente estudo visa alcançar os objetivos descritos a seguir.

2. Objetivos

Principal

Investigar em pacientes com fibromialgia se o traço de temperamento esquiva ao dano do ITC possui valor preditivo para a intensidade da dor, após o período de um ano a um ano e seis meses da primeira avaliação.

Secundários

Comparar o traço de temperamento esquiva ao dano do ITC em pacientes com fibromialgia com um grupo controle sem fibromialgia.

Comparar os demais traços de temperamento e caráter do ITC em pacientes com fibromialgia com um grupo controle sem fibromialgia.

Comparar os traços do ITC em pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual e pacientes fibromiálgicas sem depressão maior atual.

3. Casuística e métodos

3.1. Desenho do estudo

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: uma transversal e uma prospectiva. Na etapa transversal foi realizada uma comparação do fator esquivo ao dano do ITC entre o grupo de pacientes com fibromialgia e grupo de voluntárias sem a doença. Na etapa prospectiva investigou-se o valor preditivo do fator esquivo ao dano do ITC para intensidade da dor no período de um ano a um ano e seis meses após a primeira avaliação das pacientes com fibromialgia.

3.2. Sujeitos

Etapa transversal

Foram incluídas 78 pacientes do sexo feminino (com idade entre 18 e 65 anos) em tratamento médico nos ambulatórios de Reumatologia e Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Em ambos os ambulatórios as pacientes receberam o diagnóstico de fibromialgia de acordo com os critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (1). Após a consulta médica eram encaminhadas para triagem inicial, onde eram convidadas a participar da pesquisa e agendado um dia para avaliação (com duração média de uma hora e meia). Como a fibromialgia

pode ser até 10 vezes mais prevalente em mulheres do que em homens (1), foram incluídas somente mulheres para participar deste estudo.

O grupo controle foi constituído por 78 funcionárias do HC-FMUSP, pertencentes a diversos setores da instituição. Para esse grupo foram excluídos sujeitos com fibromialgia e outras condições clínicas dolorosas.

Os critérios de exclusão para os dois grupos foram: doenças clínicas graves, como problema cardíaco grave (ex: insuficiência cardíaca congestiva), câncer ou alguma condição neurológica debilitante.

Uma vez que os resultados do ITC podem sofrer alterações de acordo com os diferentes transtornos psiquiátricos (32), foram excluídos sujeitos que apresentaram transtornos depressivos bipolares, transtornos com sintomas psicóticos e outros transtornos do eixo I, exceto os transtornos depressivos unipolares e transtornos ansiosos (por causa da alta prevalência dos mesmos em pacientes com fibromialgia). Sujeitos com transtornos psiquiátricos prévios, mas completamente remitidos no momento da avaliação foram incluídos, estando ainda em tratamento ou não, uma vez que nesses casos a condição não há influencia os resultados do ITC (76).

As idades entre os grupos foram pareadas (pareamento por frequência), uma vez que estudos mostram a influência da idade nos resultados do ITC (77).

Todos os sujeitos que participaram deste estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HC-FMUSP (anexo 1).

Etapa prospectiva

As 78 pacientes avaliadas na etapa transversal foram contatadas para uma nova avaliação após o período de um ano e no máximo até um ano e seis meses após a primeira avaliação. Essa segunda avaliação teve duração média de 20 minutos, o que possibilitou na maioria dos casos realizá-la no dia em que as pacientes compareciam para a consulta médica.

3.3. Procedimentos na etapa transversal

Ficha de identificação

Inicialmente os sujeitos preenchem uma ficha de identificação (anexo 2) dos dados sócio-demográficos e clínicos (idade, estado civil, cor, escolaridade, profissão, renda familiar, situação de trabalho e uso de medicações). O grupo de pacientes ainda deveria fornecer tempo de início dos sintomas dolorosos e há quanto tempo estavam em tratamento médico no HC-FMUSP.

Avaliação diagnóstica de transtorno mental e sintomas depressivos e ansiosos

Os sujeitos foram avaliados primeiramente em relação ao diagnóstico psiquiátrico, por meio do M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (78) um instrumento que foi desenvolvido de acordo com os critérios do DSM-IV e CID-10, com aplicação aproximada de 15 minutos. Esse instrumento foi validado para a população brasileira por Amorim et al. (2000) (79).

Uma vez que não foram excluídos transtornos depressivos unipolares e transtornos ansiosos, foi necessária a utilização de escalas para verificar intensidade de sintomas depressivos e ansiosos. Para avaliar os sintomas depressivos foram aplicadas duas escalas, a Hamilton (HAM-D-18) (80) que foca aspectos somáticos da depressão e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (71) que foca aspectos cognitivos, traduzido e validado para a população brasileira por Gorenstein et al. (1996) (81).

Para sintomas ansiosos foram aplicadas as escalas Hamilton (HAM-A) (82) com ênfase no componente somático da ansiedade e a IDATE-estado (72) que se refere a aspectos inespecíficos de ansiedade que podem estar presentes em qualquer situação de estresse, além de componentes cognitivos. Essa escala foi validada para população brasileira por Gorenstein et al. (1996) (81).

Avaliação de comorbidades clínicas

Os sujeitos foram avaliados em suas comorbidades clínicas de acordo com o modelo da escala “Cumulative Illness Rating Scale” (CIRS) (83). Esse instrumento investiga a presença de 14 conjuntos de doenças (cardíaca, vascular, hematológica, respiratória, oftalmológica, gastrointestinal alta, gastrointestinal baixa, hepática e pancreática, renal, geniturinária, musculoesquelética e tegumentar, neurológica, endócrina e metabólica e psiquiátrica) considerando as situações de ausência ou presença leve, moderada, grave ou extremamente grave para cada conjunto de doenças, recebendo a pontuação 0, 1, 2, 3 ou 4,

respectivamente. A presença de transtorno psiquiátrico não foi pontuada uma vez que foi avaliada pelo M.I.N.I..

Avaliação da intensidade da dor

As pacientes foram avaliadas em relação à intensidade de dor de acordo com uma escala de dor visual analógica, na qual o número zero representava ausência total de dor e o número dez a pior dor possível. As pacientes eram questionadas sobre a intensidade da dor durante a semana anterior ao dia da avaliação.

Avaliação dos traços de personalidade

Os sujeitos foram submetidos à avaliação de sua personalidade utilizando o Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger, um instrumento auto-aplicável composto de 240 itens que devem ser preenchidos com as opções de verdadeiro ou falso (anexo 3).

Cada um dos fatores do ITC divide-se em subfatores que expressam conceitos particulares, conforme descritos a seguir (29):

Subfatores do fator busca de novidades:

BN1: excitabilidade exploratória x rigidez.

BN2: impulsividade x reflexão.

BN3: extravagância x reserva.

BN4: desordenação x organização.

Subfatores do fator esquiva ao dano:

ED1: preocupação antecipatória x otimismo.

ED2: medo da incerteza x confiança.

ED3: timidez x sociabilidade.

ED4: fadigabilidade e astenia x vigor.

Subfatores do fator dependência de gratificação:

DG1: sentimentalismo x insensibilidade.

DG2: este subfator foi realocado como o fator de temperamento persistência.

DG3: apego x desapego.

DG4: dependência x independência.

O fator persistência não é composto de outros subfatores.

Subfatores do fator auto-direcionamento:

AD1: responsabilidade x atribuição de culpa a outrem.

AD2: determinação x metas não objetivas.

AD3: desembaraço x apatia.

AD4: auto-aceitação x auto-recusa.

AD5: segunda natura congruente (entendida como formas de agir e pensar que o indivíduo desenvolve no decorrer da vida, e que passam a fazer parte constituinte de sua personalidade).

Subfatores do fator cooperatividade:

C1: aceitação social x intolerância.

C2: empatia x desinteresse social.

C3: utilidade x inutilidade.

C4: compaixão x vingança.

C5: generosidade x egoísmo.

Subfatores do fator auto-transcendência:

AT1: altruísmo x auto-consciência.

AT2: identificação transpessoal.

AT3: aceitação espiritual x materialismo.

Os valores α de Cronbach em relação à consistência interna da versão brasileira são, de acordo com valor de referência do estudo de Cloninger et al. 1993 (29):

- Busca de novidades – valor de referência = 0,78 / versão português = 0,74;
- Esquiva ao dano – valor de referência = 0,87 / versão português = 0,81;
- Dependência de gratificação – valor de referência = 0,76 / versão português = 0,71;
- Persistência – valor de referência = 0,65 / versão português = 0,43;
- Auto-direcionamento – valor de referência = 0,86 / versão português = 0,90;
- Cooperatividade – valor de referência = 0,89 / versão português = 0,80;
- Auto-transcendência – valor de referência = 0,84 / versão português = 0,92.

3.4. Procedimentos na etapa prospectiva

Foi elaborado novo termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 4), as pacientes preencheram nova ficha de identificação (anexo 5) sobre

sua situação atual em relação a continuidade do tratamento, uso do serviço de saúde, situação de trabalho e surgimento de novas comorbidades clínicas. Em seguida, foram reaplicados os seguintes instrumentos: a parte A do M.I.N.I. (79) referente a episódio depressivo maior atual; o BDI (71); a IDATE-estado (72) e a escala de dor visual analógica.

4. Hipóteses

Etapa transversal

H1: Pacientes com fibromialgia apresentam maiores escores no traço de personalidade do ITC referente ao fator esquiva ao dano quando comparadas a voluntárias saudáveis.

H0: Pacientes com fibromialgia não apresentam maiores escores no traço de personalidade do ITC referente ao fator esquiva ao dano quando comparadas a voluntárias saudáveis.

Etapa prospectiva

H1: Em pacientes com fibromialgia, existe correlação entre a pontuação do fator esquiva ao dano do ITC e a intensidade da dor após o período de um ano a um ano e seis meses da primeira avaliação.

H0: Em pacientes com fibromialgia, não existe correlação entre a pontuação do fator esquiva ao dano e a intensidade da dor após o período de um ano a um ano e seis meses da primeira avaliação.

5. Análise estatística

5.1. Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo para o tamanho da amostra foi baseado na etapa transversal do estudo. Assim, baseando-se em dados da literatura (45), foi estimado que o grupo controle apresentasse uma média de 18 e desvio padrão de 5,5 no fator esQUIVA ao dano. Assumindo que uma diferença de três pontos no fator esQUIVA ao dano possui significado clínico. Estimando-se que o grupo com fibromialgia viesse pontuar 21 com um desvio padrão de 6,0 para um α de 0,05 (bi-caudal) e poder de teste (*power*) de 90%, estimou-se que seria necessário incluir 78 sujeitos em cada um dos grupos. Para etapa prospectiva todas as pacientes foram convocadas para participar.

5.2. Análise dos dados obtidos

Etapa transversal

Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se as variáveis numéricas a serem analisadas possuíam uma distribuição normal. Assim, o teste T de Student foi utilizado quando houve distribuição normal da variável, quando não houve distribuição normal utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparação entre os grupos.

Inicialmente o grupo de pacientes com fibromialgia e grupo controle foram comparados em suas características clínicas e sócio-demográficas através do teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas (renda, escolaridade e CIRS) e o teste de Chi-quadrado para as variáveis categóricas (estado civil e cor). Para investigar a principal hipótese desta etapa do estudo foi realizada uma comparação dos escores do fator esquiva ao dano nos dois grupos utilizando-se o teste de Mann-Whitney. As variáveis clínicas e sócio-demográficas que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos foram investigadas para verificar se havia uma associação destas com o fator esquiva ao dano e posteriormente também com os outros fatores do ITC, para tanto foi utilizado o teste de correlação de Spearman ou Mann-Whitney caso as variáveis apresentassem respectivamente distribuição normal ou não. Em seguida, foi realizada uma análise de covariância, considerando o fator esquiva ao dano como variável dependente, e ajustando o modelo para as escalas BDI, HAM-D, IDATE-estado e HAM-A, diagnóstico de transtornos depressivo (depressão maior atual e distímia) e também para as variáveis clínicas e sócio-demográficas que se associaram ao fator. Em seguida, foi utilizado o método de seleção Backward. Posteriormente, utilizando o mesmo modelo, em uma análise exploratória, os outros fatores do ITC também foram comparados entre os dois grupos.

Dentro do grupo de pacientes para verificar a correlação entre o fator esquiva ao dano intensidade da dor e tempo da doença foi utilizado o teste de correlação de Spearman. E por último, foi realizada uma análise

comparando escores do ITC entre pacientes fibromiálgicas deprimidas e pacientes não deprimidas utilizando o teste de Mann-Whitney. Para essa análise foram excluídas as pacientes com distímia, pois o interesse foi investigar associação dos fatores do ITC com depressão maior atual em pacientes com fibromialgia.

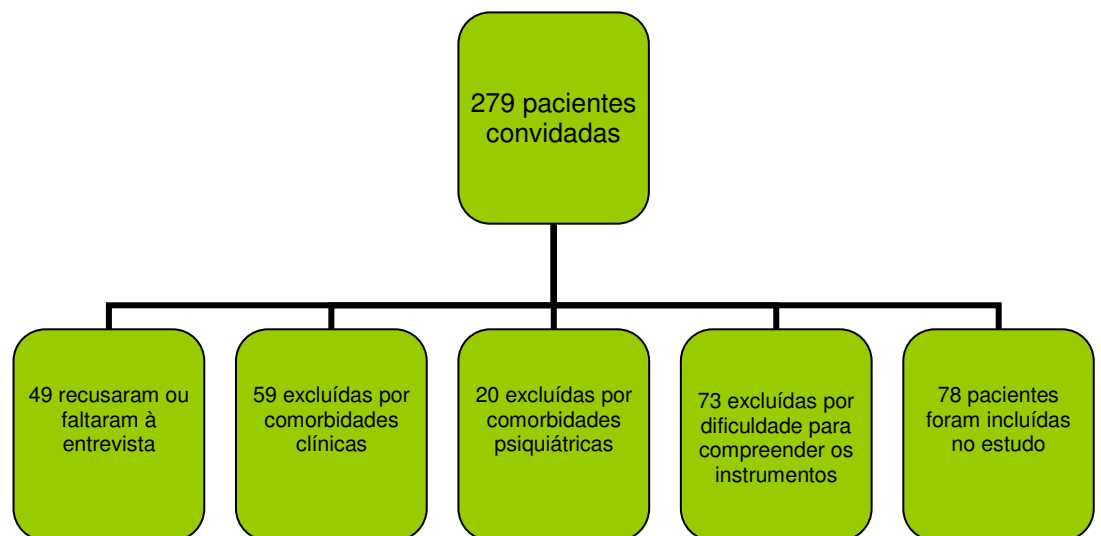
Etapa prospectiva

Inicialmente foi realizado o teste de correlação de Spearman para investigar a associação entre a intensidade de dor na segunda avaliação (T2) e o fator de temperamento esquiva ao dano na primeira avaliação (T1). O mesmo teste foi utilizado para investigar a associação entre a variação da dor de T1 para T2 e o fator esquiva ao dano em T1. Em seguida, foi realizada uma análise de covariância. Em seguida, foi realizada uma análise de covariância incluindo intensidade da dor na segunda avaliação como variável dependente e o fator de temperamento esquiva ao dano em T1 como variável independente, ajustando o modelo para possíveis variáveis confundidoras: uso de antidepressivo e antipsicótico, atividade física e sintomas depressivos (BDI) e sintomas ansiosos (IDATE-estado). Em um segundo modelo as mesmas variáveis independentes foram incluídas, porém a variável dependente foi a variação da dor entre T1 e T2. Posteriormente, foi realizado o teste de correlação de Spearman para investigar a associação entre os outros fatores do ITC na primeira avaliação e a intensidade da dor em T2 e também entre os outros fatores do ITC na primeira avaliação e a variação da dor entre a primeira e segunda avaliação.

6. Resultados

6.1. Descrição dos resultados obtidos na etapa transversal

As entrevistas com as pacientes e voluntárias do grupo controle para a primeira etapa deste estudo foram realizadas no período de abril de 2006 a junho de 2009. Nesse período foram convidadas a participar do estudo 279 pacientes com fibromialgia. Dessas, 49 se recusaram a participar do estudo ou faltaram no dia marcado para avaliação. Cinquenta e nove foram excluídas por comorbidades clínicas, 20 por transtornos psiquiátricos, e 73 por dificuldades para compreender os instrumentos (fluxograma 1).



Fluxograma 1.

Para participar do grupo controle, foram triadas 85 funcionárias do HC-FMUSP, das quais cinco foram excluídas por transtorno psiquiátrico, uma foi excluída por apresentar quadro clínico doloroso e uma não finalizou o preenchimento do ITC, desistindo de participar do estudo.

Primeiramente foi realizada uma comparação entre as características sócio-demográficas e clínicas entre o grupo de fibromiálgicas e o grupo controle. Observou-se que os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis de renda, escolaridade e cor (tabela 1).

Tabela 1 – Comparação das características sócio-demográficas entre o grupo de pacientes com fibromialgia e grupo controle.

Características sócio-demográficas	Pacientes com fibromialgia (N=78)	Grupo controle (N=78)	<i>P</i> valor
Variáveis categóricas	N (%)	N (%)	
Estado civil (casadas)	51 (65,4)	40 (51,3)	,172
Cor			,010*
branca	53 (67,9)	56 (71,8)	
preta	7 (9%)	12 (15,4%)	
amarela	0	4 (5,1%)	
parda	18 (23,1%)	6 (7,7%)	
Variáveis numéricas	Média (DP)	Média (DP)	
Idade	46,65 (±8,98)	46,21 (±9,03)	,822
Escolaridade	9,92 (±3,71)	13,78 (±2,81)	,000*
Renda (R\$)	1821 (±1314)	4014 (±2254)	,000*

* Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

A comparação das características clínicas entre os dois grupos está descrita na tabela 2, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de pacientes e o grupo controle para o uso de antidepressivo, uso de antipsicótico, presença de transtornos depressivos

e ansiosos, escores das escalas de sintomatologia depressiva e ansiosa e também para os escores de comorbidades clínicas (CIRS).

Tabela 2 – Descrição das características clínicas entre o grupo de pacientes com fibromialgia e grupo controle.

Características clínicas	Pacientes com fibromialgia (N=78)	Grupo controle (N=78)	<i>P valor</i>
Variáveis categóricas	N (%)	N (%)	
Transtornos depressivos	37 (47,4)	5 (6,4)	,000*
Transtornos ansiosos	11 (14,1)	2 (2,5)	,009*
Benzodiazepínico	8 (10,2)	3 (3,8)	,118
Antidepressivo	53 (67,9)	11 (14,1)	,000*
Antipsicótico	17 (21,7)	0	,000*
Variáveis numéricas	Média (DP)	Média (DP)	
Escala BDI	17,28 (±9,19)	5,82 (±5,22)	,000*
HAM-D	10,22 (±4,91)	2,35 (±2,82)	,000*
IDATE-estado	41,77 (±9,73)	34,79 (±8,23)	,000*
HAM-A	10,77 (±5,31)	1,92 (±2,42)	,000*
Comorbidades clínicas (CIRS)	16 (±2,74)	13,4 (±0,89)	,000*
Tempo de doença (anos)	9 (±6,65)	—	—
Intensidade da dor	7 (±2,05)	—	—

* Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

Na comparação entre as médias dos escores dos fatores e subfatores do traço de temperamento esquiva ao dano entre o grupo de fibromiálgicas e o grupo controle, verificou-se que não somente no fator esquiva ao dano ($p=,000$), mas em três de seus subfatores as pacientes apresentaram média maior do que o grupo controle, essa diferença foi estatisticamente significativa (tabela 3).

Tabela 3 – Comparação do fator esquiva ao dano e seus subfatores entre o grupo de pacientes com fibromialgia e grupo controle.

Fator e subfatores do ITC	Pacientes com fibromialgia (N=78)	Grupo controle (N=78)	<i>P valor</i>
	Média (DP)	Média (DP)	
Esquiva ao dano	20,77 ($\pm 7,02$)	15,67 ($\pm 4,87$)	,000*
ED1	5,65 ($\pm 2,81$)	3,83 ($\pm 1,88$)	,000*
ED2	5,63 ($\pm 1,34$)	4,95 ($\pm 1,45$)	,002*
ED3	4,58 ($\pm 2,31$)	3,91 ($\pm 2,11$)	,075
ED4	4,91 ($\pm 2,51$)	2,97 ($\pm 1,92$)	,000*

* Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

Em seguida foi realizado o teste de correlação de Spearman e o teste de Mann-Whitney para verificar uma possível associação entre o fator esquiva ao dano e as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre o grupo com fibromialgia e o grupo

controle. As variáveis que se associaram com o fator esquiva ao dano foram: presença de comorbidades clínicas, uso de antipsicótico e uso de antidepressivo, renda e escolaridade. Além dessas, também se associaram com esquiva ao dano os escores das escalas BDI, HAM-D, IDATE-estado e HAM-A e diagnóstico de transtornos depressivos (depressão maior atual e distímia). Dessa forma, o modelo da análise de covariância foi ajustado para tais variáveis. O resultado mostrou que a diferença no fator esquiva ao dano entre os dois grupos foi explicada pela sintomatologia depressiva e ansiosa, ou seja, as escalas BDI, HAM-D, IDATE-estado e HAM-A (tabela 4). Realizando uma análise de covariância com o mesmo modelo, porém sem incluir as escalas de sintomatologia depressiva e ansiosa, as variáveis que explicaram as diferenças no fator esquiva ao dano foram diagnóstico de transtornos depressivos e uso de antidepressivo.

Tabela 4 – Modelo final* da análise de covariância com as variáveis explicativas para a diferença no fator esquiva ao dano entre grupo com fibromialgia e grupo controle.

Variável independente	Coeficiente	Erro padrão	t	P valor
Constante	7,579	1,746	4,340	,000**
Idate	,190	,052	3,620	,000**
BDI	,264	,073	3,607	,000**
HAM-D	-,381	,160	-2,387	,018**
HAM-A	,427	,146	2,931	,004**

Variável dependente: fator esquiva ao dano

* Modelo inicial incluiu as variáveis: escalas de HAM-D, BDI, HAM-A e IDATE-estado, diagnóstico de transtornos depressivos, renda, escolaridade, uso de antidepressivo e antipsicótico.

** Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

Posteriormente, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo com fibromialgia e o grupo controle nos outros fatores do ITC, na comparação dos escores dos fatores busca de novidades ($p = ,002$), dependência de gratificação ($p = ,043$), auto-direcionamento ($p = ,000$), cooperatividade ($p = ,045$) e auto-transcendência ($p = ,002$) (tabela 5).

Tabela 5 – Comparação dos outros fatores do Inventário de Temperamento e Caráter entre pacientes com fibromialgia e o grupo controle.

Fatores e subfatores do ITC	Pacientes com fibromialgia (N=78)	Grupo controle (N=78)	<i>P</i> valor
	Média (DP)	Média (DP)	
Busca de novidades	16,13 (±5,09)	18,59 (±4,74)	,002*
BN1	5,4 (±2,3)	6,64 (±1,87)	,000
BN2	3,55 (±2,01)	3,78 (±2,12)	,577
BN3	4,62 (±2,29)	5,10 (±2,07)	,183
BN4	2,56 (±1,84)	3,06 (±1,71)	,043
Dependência de gratificação	13,83 (±3,51)	14,96 (±4)	,043*
DG1	7,14 (±1,83)	6,32 (±2,17)	,028
DG3	3,94 (±2,25)	5,19 (±1,92)	,000
DG4	2,76 (±1,43)	3,45 (±1,68)	,005
Persistência	4,92 (±1,79)	4,55 (±1,56)	,082
Auto-direcionamento	28,85 (±7,37)	33,04 (±6,26)	,000*
AD1	5,31 (±1,89)	6,19 (±1,58)	,002
AD2	5,09 (±1,95)	6,31 (±1,59)	,000
AD3	2,82 (±1,49)	3,58 (±1,31)	,001
AD4	7,35 (±1,99)	7,55 (±2,60)	,319
AD5	8,28 (±2,27)	9,41 (±1,71)	,001
Cooperatividade	32,47 (±4,88)	33,71 (±4,25)	,045*
C1	6 (±1,95)	6,51 (±1,44)	,172
C2	4,79 (±1,26)	5,46 (±1,25)	,001
C3	5,91 (±1,09)	6,08 (±1,18)	,432
C4	8,82 (±1,33)	8,31 (±1,61)	,033
C5	6,86 (±1,39)	7,33 (±1,24)	,023
Auto-transcendência	18,10 (±5,86)	15,36 (±5,53)	,002*
AT1	6,14 (±2,34)	4,87 (±2,27)	,001
AT2	4,68 (±1,99)	3,76 (±2,09)	,007
AT3	7,29 (±3)	6,73 (±2,85)	,169

* Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

Para os outros fatores do ITC também foi realizado o teste de correlação de Spearman e teste de Mann-Whitney para verificar associação das variáveis clínicas e sócio-demográficas que apresentaram diferenças estatisticamente significativa entre os grupos

com cada um dos fatores. Dessa forma, foi realizada análise de covariância também para os outros fatores do ITC que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, incluindo no modelo as variáveis que se associaram com cada fator. A diferença entre as médias dos dois grupos no fator busca de novidades se explicou pela presença ou ausência de fibromialgia. Para o fator dependência por gratificação a variável explicativa foi escolaridade. Para o fator auto-direcionamento as diferenças entre as médias foram explicadas pelas escalas BDI e IDATE-estado e também uso de antidepressivo, pacientes em uso da medicação apresentaram menores escores neste fator comparadas com aquelas que não usavam o medicamento. Para cooperatividade houve duas variáveis explicativas, IDATE-estado e escolaridade. E por último, para o fator auto-transcendência, a variável explicativa foi a escala BDI.

No grupo de pacientes com fibromialgia o fator esquivar ao dano não se correlacionou com a intensidade da dor, em relação aos outros fatores do ITC, somente o fator busca de novidades se correlacionou negativamente com a intensidade da dor ($p=,026$). Em relação à duração dos sintomas dolorosos, foi encontrada uma correlação negativa do fator busca de novidades ($p=,002$) com o tempo de história de fibromialgia, ou seja, quanto maior o tempo de doença, menores foram os escores apresentados pelas pacientes neste fator.

Na análise comparando os traços de personalidade do ITC entre as pacientes fibromiálgicas com o diagnóstico de depressão maior atual e as

pacientes sem este diagnóstico, foram comparadas 41 pacientes fibromiálgicas sem depressão maior atual com 28 pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual. As pacientes com depressão apresentaram maiores escores no fator de temperamento esquiva ao dano ($p=,002$) e menores escores nos fatores de caráter auto-direcionamento ($p=,001$) e cooperatividade ($p=,027$). Os dois grupos foram comparáveis tanto nas características sócio-demográficas como em suas características clínicas (tabela 6).

Tabela 6 – Comparação das características clínicas e sócio-demográficas entre pacientes com depressão e sem depressão.

Características sócio-demográficas e clínicas	Pacientes sem depressão (N=41)	Pacientes com depressão (N=28)	<i>P</i> valor
Variáveis categóricas	N (%)	N (%)	
Estado civil (casadas)	27 (65,9)	18 (64,3)	,788
Cor (branca)	28 (68,3)	17 (60,7)	,623
Benzodiazepínico	3 (7,3)	3 (10,7)	,623
Antidepressivo	27 (65,9)	19 (67,9)	,862
Antipsicótico	10 (24,4)	6 (21,4)	,775
Comorbidades muscoloesqueléticas*	25 (60,9%)	17 (60,7)	,092
Variáveis numéricas	Média (DP)	Média (DP)	
Idade	47,85 (±8,6)	44,11 (±9,1)	,088
Renda (R\$)	1843,66(±1335)	1723,21(±1297)	,711
Escolaridade	9,88 (±3,9)	9,82 (±3,6)	,952
Comorbidades clínicas (CIRS)	16,22 (±3,7)	15,93 (±2,8)	,730
Tempo de doença	8,73 (±0,9)	9,38 (±1,5)	,701
Intensidade da dor	6,87 (±0,2)	7,28 (±0,4)	,129

*Presença de pelo menos uma comorbidade muscoloesquelética.

6.2. Descrição dos resultados obtidos na etapa prospectiva

Para a etapa prospectiva, das 78 pacientes que participaram da primeira parte do estudo, foram reavaliadas 42 pacientes. Dentre as 36 pacientes que não foram reavaliadas, não foi possível entrar em contato com 16 pacientes por causa de mudança de endereço e/ou telefone. Dezesesseis se recusaram a participar da segunda avaliação, dessas, cinco alegaram que o motivo da recusa foi porque receberam alta e encaminhamento. Duas pacientes não participaram, pois apresentavam dificuldades físicas de locomoção e duas pacientes foram excluídas devido à gravidez.

Para esta amostra de 42 pacientes o poder de detecção para uma correlação de 0,42 entre o fator esquivar ao dano e a intensidade da dor para um alfa de 5%, foi de 80%.

Comparando os escores da intensidade da dor na primeira avaliação (T1) e os escores da intensidade da dor na segunda avaliação (T2) foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa, houve redução na intensidade da dor em T2 (tabela 7).

Tabela 7 – Comparação dos escores da intensidade da dor na primeira (T1) e segunda avaliação (T2).

	T1	T2	<i>P</i> valor
	Média (DP)	Média (DP)	
Intensidade da dor	7,11 (\pm 2,03)	6,45 (\pm 2,38)	,043*

* Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

Em relação à sintomatologia depressiva e ansiosa, as escalas de BDI e IDATE-estado se correlacionaram com a intensidade da dor somente em T2. Portanto, para análise de covariância os modelos foram ajustados utilizando as escalas BDI e IDATE-estado em T2.

Inicialmente, utilizando o teste de correlação de Spearman não foi observada associação entre o fator esquivado ao dano em T1 e intensidade da dor em T2. Realizando o mesmo teste também não houve uma associação entre esquivado ao dano em T1 e a variação da dor de T1 para T2.

Posteriormente, utilizando o teste de correlação de Spearman para verificar uma possível associação da variação da dor de T1 para T2 com os demais fatores do ITC em T1 verificou-se que nenhum deles se associou com a variação da dor. Porém, no teste de correlação para verificar a associação destes fatores com a intensidade da dor em T2 observou-se que o fator de caráter auto-direcionamento se correlacionou negativamente com a intensidade da dor ($p=0,45$).

No primeiro modelo de análise de covariância incluindo a intensidade da dor em T2 como variável dependente e as seguintes variáveis como

independentes: fator esquiva ao dano, atividade física, uso de antidepressivo em T1 e T2, uso de antipsicótico em T1 e T2, sintomas depressivos (BDI) e ansiosos (IDATE-estado) em T2, fator auto-direcionamento e dor em T1. As variáveis que se associaram com intensidade da dor em T2 foram dor em T1 e uso de antidepressivo em T1 (tabela 8).

Tabela 8 – Modelo final* da análise de covariância com as variáveis que se associaram a intensidade da dor em T2.

Variável independente	Coeficiente	Erro padrão	t	P valor
Constante	,313	1,454	,215	,831
Dor em T1	,585	,171	3,422	,002**
Antidepressivo T1	2,551	,844	3,023	,005**

Variável dependente: intensidade da dor em T2

* Modelo inicial incluiu as variáveis: fator esquiva ao dano, escalas BDI e IDATE-estado em T2, atividade física, uso de antidepressivo e antipsicótico e o fator auto-direcionamento.

** Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

No segundo modelo de análise de covariância foi utilizada a variação da dor como variável dependente e as seguintes variáveis como independentes: fator esquiva ao dano, atividade física, uso de antidepressivo em T1 e T2, uso de antipsicótico em T1 e T2 e sintomas depressivos (BDI) e ansiosos (IDATE-estado) em T2. A variável que explicou a variação da dor foi o uso de antidepressivo em T1 (tabela 9).

Realizando um Teste T-pareado observou-se que para as pacientes que faziam uso de antidepressivo não houve uma variação na intensidade da dor, ou seja, estas pacientes não apresentaram redução na intensidade da dor de T1 para T2.

Tabela 9 – Modelo final* da análise de covariância para a variação da dor.

Variável independente	Coefficiente	Erro padrão	t	P valor
Constante	-2,750	,784	-3,509	,001**
Antidepressivo T1	2,707	,910	2,975	,006**

Variável dependente: variação da dor

* Modelo inicial incluiu as variáveis: fator esquivo ao dano, escalas BDI e IDATE-estado em T2, atividade física, uso de antidepressivo e antipsicótico.

** Indica diferença estatisticamente significativa $P < ,05$.

7. Discussão

7.1. Discussão etapa transversal

Neste estudo, na etapa transversal, a comparação dos traços de personalidade entre mulheres com fibromialgia e um grupo controle de mulheres sem a doença mostrou que o grupo de pacientes apresentou maiores escores no fator de temperamento esquiva ao dano. Com a análise de covariância verificou-se, entretanto, que essa diferença foi explicada pela sintomatologia depressiva (HAM-D e BDI) e ansiosa (HAM-A e IDATE-estado) mais intensa nas mulheres com fibromialgia, e não pela presença da fibromialgia em si.

De acordo com Cloninger et al. (2006) (67), a presença de elevados escores em esquiva ao dano seria um importante marcador para vulnerabilidade à depressão. Na amostra do presente estudo, a prevalência de transtornos depressivos (depressão maior atual e distímia) foi de 47,4% o que corresponde ao descrito pela literatura (51). Na análise de covariância incluindo o diagnóstico de transtornos depressivos e retirando as escalas para depressão (HAM-D e BDI) e ansiedade (HAM-A e IDATE-estado) observou-se que as variáveis que explicaram a diferença entre fibromiálgicas e grupo controle no fator esquiva ao dano foram a presença de transtornos depressivos e uso de antidepressivo, isto é, o diagnóstico de fibromialgia continuou não sendo a variável

explicativa para a alteração no fator esquivo ao dano. Tal resultado mostra a importância do diagnóstico de transtornos depressivos em pacientes com fibromialgia e não apenas a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Alguns autores (14-17) têm proposto a existência de um padrão de personalidade associado à fibromialgia, que apresentaria como características: alexitimia (dificuldade para identificar e comunicar os próprios sentimentos), incapacidade para relaxar e se divertir e negação dos conflitos emocionais e interpessoais. Por outro lado, estudos (19, 84) utilizando instrumentos, como o MMPI, não encontraram um padrão de personalidade específico para pacientes com fibromialgia. Blasco Claros et al. (2006) (84) descrevem a existência de dois subgrupos dentro do grupo de pacientes com fibromialgia, um primeiro subgrupo com características típicas de dor crônica e um segundo com perfil psicológico de desajustamento.

Os resultados do presente estudo indicam que as características de personalidade associadas a elevados escores em esquivo ao dano incluindo uma tendência para pessimismo, insegurança, medo diante do menor sinal de perigo, vergonha e timidez na maioria das situações sociais e ainda sensação crônica de cansaço e fadiga (29), embora presentes nas mulheres com fibromialgia não possui uma associação direta com a doença como o proposto para a alexitimia conforme citado acima. No estudo (16) comparando pacientes com fibromialgia, pacientes com artrite reumatóide e um grupo controle os autores observaram que

as características de alexitimia se mantêm associadas a fibromialgia após ajuste para os sintomas depressivos.

Apenas recentemente, um estudo utilizou o ITC em pacientes com fibromialgia. Mazza et al. (2009) (74) investigaram as alterações dos traços do ITC durante o tratamento com inibidor seletivo de recaptura de serotonina em pacientes com fibromialgia, verificando que os escores do fator esquiva ao dano estavam correlacionados com a sintomatologia depressiva (escala BDI), apresentando mudança após o tratamento com antidepressivo. Após o tratamento, covariando para as pontuações da BDI os autores observaram que os escores do fator esquiva ao dano permaneceram elevados comparando com os controles. O que, segundo os autores, indicaria que as alterações em esquiva ao dano seriam não só estado, mas também traço dependente da depressão em pacientes com fibromialgia. Os resultados do presente estudo foram congruentes com o estudo citado acima, pois as alterações em esquiva ao dano foram explicadas pela presença da sintomatologia depressiva e sintomas ansiosos. Nesse sentido, os resultados do presente estudo também estão em concordância com a existência de subgrupos de pacientes com fibromialgia como o proposto originalmente em 1978 por Bradley et al. (18) para pacientes com dor crônica e depois confirmado por Yunus et al. (1991) (19) em pacientes com fibromialgia. O número de subgrupos tem variado de estudo para estudo. Yunus et al. (1991) descreveram três subgrupos, enquanto Blasco Claros et al. (2006) (84) encontraram dois subgrupos e mais recentemente Muller et al. (2007) (22) propõem a

existência de quatro subgrupos na fibromialgia, um subgrupo com alta sensibilidade dolorosa sem comorbidades psiquiátricas; o segundo subgrupo apresentaria fibromialgia e depressão, cuja dor estaria relacionada com a depressão; um terceiro no qual a depressão e fibromialgia seriam comorbidades e um quarto subgrupo no qual a fibromialgia seria considerada resultado de um processo de somatização. Os resultados do estudo atual não permitem excluir a presença de um grupo de pacientes com processo de somatização, mas indicam que um subgrupo de mulheres com fibromialgia apresenta depressão maior e a depressão maior explica a maior intensidade do fator esquiva ao dano apresentado por essas pacientes.

A investigação da associação entre aspectos de personalidade e outros transtornos dolorosos também têm mostrado a relevância em considerar a presença de depressão como um possível fator de confusão entre dor e aspectos de personalidade. Em estudo (44) que utilizou o ITC em pacientes com dor crônica musculoesquelética não específica comparando com grupo controle, os resultados foram semelhantes aos do presente estudo, com altos escores no fator esquiva ao dano associados à sintomatologia depressiva e ansiosa, e não houve associação de esquiva ao dano com os parâmetros de dor.

Os achados em relação à pacientes portadores de cefaléia tensional e enxaqueca são menos congruentes entre si. Dois estudos (45, 46), verificaram elevação nos escores de esquiva ao dano. Especificamente no estudo de Mongini et al. (2005) (46) observou-se que a elevação nos

escores de esquia ao dano se associou a presença do diagnóstico de depressão, ou seja, as alterações em esquia ao dano seriam em parte explicadas por este diagnóstico e não pela presença de enxaqueca. No estudo de Boz et al. (2004) (45) os escores de esquia ao dano também se correlacionaram com a sintomatologia depressiva avaliada com a escala de BDI. Já o estudo de Nylander et al. (1996) (47) não encontrou elevação em esquia ao dano, e também não encontrou diferença em nenhum dos outros fatores do ITC quando comparou um grupo de pacientes com enxaqueca e controles sem a doença.

Os resultados do presente estudo não oferecem suporte para a existência de que haveria uma alteração de personalidade associada à fibromialgia, mas sim que alterações em aspectos da personalidade presentes em pacientes com fibromialgia podem ocorrer em função da associação desses aspectos com a presença de depressão maior atual e maior intensidade de sintomatologia depressiva e ansiosa nas pacientes.

Comparação dos outros traços do ITC

Além das diferenças encontradas nos escores do fator esquia ao dano, as pacientes apresentaram reduzidos escores em busca de novidades, dependência de gratificação, auto-direcionamento e cooperatividade e elevados escores no fator auto-transcendência. As diferenças nos fatores auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência foram explicadas pelos sintomas depressivos e/ou ansiosos. Já o fator dependência de gratificação foi explicado por escolaridade, e somente para o fator busca de novidades a associação

com fibromialgia se manteve independente da sintomatologia depressiva, ansiosa e outros fatores confundidores incluídos na análise de covariância. Ressalta-se que esses resultados devem ser considerados com reserva, uma vez que possuem um caráter exploratório para gerar novos estudos e não foi realizada uma correção para múltiplas comparações.

Pessoas com baixos escores no traço busca de novidades apresentam rigidez (com dificuldade para lidar com novas situações), pouca impulsividade e tendência para organização (29). De acordo com Svrakic et al. (1993) (31) haveria uma correlação negativa entre os escores de esquiva ao dano e busca de novidades, assim indivíduos com altos escores em esquiva ao dano conseqüentemente apresentariam baixos escores em busca de novidades. Deve-se ressaltar que o fator busca de novidades, se correlacionou negativamente com o tempo de doença e também com a intensidade da dor. Esses resultados sugerem que o fator busca de novidades, mesmo não sendo a hipótese principal deste estudo, parece ser o único traço associado com a presença de fibromialgia. Em linha com os resultados do presente estudo, Nylander et al. (1996) (47) avaliando portadores de enxaqueca observaram alterações em dois subfatores do fator busca de novidades.

Os reduzidos escores apresentados pelas pacientes no fator de temperamento dependência de gratificação foram explicados pela escolaridade. Em um estudo (85) sobre a relação entre características sócio-demográficas e os traços de temperamento e caráter não foi

observada nenhuma associação entre escolaridade e o fator dependência de gratificação. Não foram encontrados outros estudos na literatura que fornecessem dados para discutir este resultado.

Em relação aos traços de caráter, em auto-direcionamento e cooperatividade, as pacientes apresentaram escores reduzidos e em auto-transcendência apresentaram escores elevados em relação ao grupo controle. Tais diferenças deixaram de ser significativas quando o modelo estatístico foi ajustado para sintomatologia depressiva e ansiosa. Segundo Cloninger et al. (1993) (29) são as interações entre os traços de caráter que poderiam prever transtornos de personalidade. Reduzidos escores em auto-direcionamento e cooperatividade seriam características descritas em todos os “clusters” de transtornos de personalidade (32). No estudo de Conrad et al. (2007) (48) com pacientes portadores de dor crônica, os autores diagnosticaram algum transtorno de personalidade em 41% dos pacientes. Martinez et al. (1995) (26) utilizando a classificação de Kurt Schneider, encontraram em mulheres com fibromialgia 63,8% de prevalência para transtornos de personalidade em sua amostra. Os resultados do presente poderiam indicar que a presença de transtornos de personalidade talvez não seja tão elevada como o descrito nos estudos acima, uma vez que a sintomatologia depressiva e ansiosa podem influenciar a avaliação de traços de caráter e conseqüentemente de transtornos de personalidade.

Outros estudos que utilizaram o ITC em pacientes com dor crônica também observaram reduzidos escores em auto-direcionamento. Mazza

et al. (2009) (74) verificaram em pacientes com fibromialgia que após o tratamento com inibidor seletivo de recaptura de serotonina, e covariando para os sintomas depressivos, as alterações no fator auto-direcionamento comparando com o grupo controle não se mantiveram, sugerindo que as diferenças nos escores desse traço seriam fortemente estado dependente da depressão em pacientes com fibromialgia. Malmgren-Olsson e Bergdahl (2006) (44) também descreveram reduzidos escores no fator auto-direcionamento quando compararam pacientes com dor musculoesquelética não específica com pessoas sem a doença, a diferença nesses escores foi, em parte, explicada por sintomas depressivos.

Portanto, semelhante ao que foi encontrado em relação ao fator esquiva ao dano, as diferenças encontradas entre pacientes com fibromialgia e o grupo controle nos escores auto-direcionamento, cooperatividade e auto-transcendência também foram explicadas pela presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos. Deve-se ressaltar que somente a diferença no fator de temperamento busca de novidades se associou com a presença de fibromialgia independente da sintomatologia depressiva e ansiosa. Como citado anteriormente, pessoas com rebaixamento nesse traço apresentam rigidez, pouca impulsividade e tendência para organização (29). Características próximas as que são observadas em alexitimia, incluindo incapacidade para relaxar, se divertir e negação de conflitos emocionais e interpessoais, descritas em estudos

(14, 17) que defendem a existência de um padrão de personalidade associado com a fibromialgia.

Depressão e fibromialgia

Diante da relevância da presença de transtornos depressivos foi realizada análise comparando pacientes que receberam o diagnóstico de transtorno depressivo maior atual com as pacientes sem esse diagnóstico. Esta análise revelou que pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual apresentaram maiores escores em esquiva ao dano e reduzidos escores em auto-direcionamento e cooperatividade. Estudos (39, 63, 64) utilizando o ITC em amostras de pacientes psiquiátricos com transtorno depressivo maior comparando com controles saudáveis mostraram que esses pacientes apresentam elevação em esquiva ao dano e auto-transcendência, e reduzidos escores em auto-direcionamento e cooperatividade. O que indica semelhanças, mas também alguma especificidade na depressão em fibromialgia, pois na amostra do presente estudo as pacientes deprimidas não apresentaram elevação nos escores de auto-transcendência.

Essas diferenças apresentadas nos traços do ITC entre as pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual e aquelas sem depressão, corroboram com o que foi mencionado anteriormente, sugerindo que pacientes com fibromialgia apresentam subgrupos com diferentes padrões psicológicos. No estudo de Souza et al. (2009) (24) utilizando o FIQ (“Fibromyalgia Impact Questionnaire”) em 61 mulheres com fibromialgia os autores observaram dois perfis de pacientes. O primeiro

perfil seria caracterizado por baixos níveis de ansiedade, depressão e cansaço matinal, enquanto o segundo tipo de pacientes teria como características altos níveis de dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, depressão e ansiedade. Para esses autores, dor e rigidez se apresentariam como sintomas universais da fibromialgia, enquanto alterações psicológicas estariam presentes em somente parte dos pacientes.

Considerando a depressão em fibromialgia, o estudo de Nordahl e Stiles (2007) (66) comparando aspectos cognitivos de personalidade entre pacientes com fibromialgia, pacientes com transtorno depressivo maior e pessoas de um grupo controle, observaram que somente os pacientes com fibromialgia e depressão maior atual ou prévia apresentavam funcionamento cognitivo semelhante aos pacientes com transtorno depressivo maior. De acordo com esses resultados, pacientes com fibromialgia e sem depressão atual ou prévia apresentariam um estilo de personalidade parecido com o de pessoas normais. Resultados similares foram encontrados em outros dois estudos (62, 65) que compararam pacientes fibromiálgicos com e sem o diagnóstico de depressão maior, nesses também observou-se que pacientes com fibromialgia e sem depressão maior apresentavam características diferentes dos pacientes que receberam o diagnóstico de depressão maior. Os resultados do presente estudo são congruentes com tais estudos, uma vez que as pacientes com fibromialgia e depressão maior

atual apresentaram diferenças nos traços do ITC quando comparadas com as pacientes sem o diagnóstico de depressão.

Portanto, os resultados deste estudo referente à comparação dos traços do ITC entre pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual e pacientes fibromiálgicas sem depressão maior atual reforçam os achados de literatura que concebem pacientes com fibromialgia como pessoas que não se apresentam como um grupo homogêneo em relação a aspectos psicológicos.

7.2. Discussão etapa prospectiva

Na etapa prospectiva deste estudo, na investigação sobre o valor preditivo do fator esquiva ao dano para a intensidade da dor, os resultados indicaram que não houve uma associação entre esse fator e a intensidade da dor em T2 ou variação da dor de T1 para T2. A intensidade da dor em T2 foi explicada por uso de antidepressivo e intensidade da dor em T1, enquanto a variação da dor foi explicada pelo uso de antidepressivo em T1.

Em relação aos outros fatores do ITC, o fator auto-direcionamento em T1 se correlacionou negativamente com a intensidade da dor em T2, ou seja, escores reduzidos em auto-direcionamento se associaram com maior intensidade da dor. Entretanto, essa associação perdeu significância quando foi realizada análise de regressão e o modelo foi ajustado para uso de antidepressivo e os outros possíveis fatores

confundidores. Desse modo, os dados deste estudo indicaram que o ITC não apresenta valor preditivo para o prognóstico da intensidade da dor.

Investigando melhor a relação entre uso de antidepressivo e intensidade e variação da dor (em T2 houve uma redução nos escores da intensidade da dor), os resultados indicaram que as pacientes que faziam uso de antidepressivo em T1 apresentaram menor variação da dor, ou seja, não apresentaram melhora nos sintomas dolorosos. Uma hipótese que poderia explicar essa relação seria de que as pacientes que faziam uso de medicação poderiam ser aquelas que também apresentavam quadros depressivos mais graves e por causa da presença dos mesmos aderiram menos ao tratamento, conseqüentemente não melhorando dos sintomas dolorosos. Outra possibilidade seria de que o efeito terapêutico do antidepressivo sobre a dor já tivesse ocorrido em T1 e as pacientes que melhoraram da dor de T1 para T2 foram as que não recebiam antidepressivo em T1, mas receberam antes de T2. Em relação a essa segunda possibilidade foi realizada uma análise post-hoc excluindo as três pacientes que não faziam uso de antidepressivo em T1 e passaram a fazer em T2. Os resultados mostraram que usar antidepressivo em T1 ainda se associava de modo significativo com a não melhora da dor em T2. Cabe ressaltar, entretanto que as três pacientes que não recebiam antidepressivo em T1, mas passaram a receber antidepressivo em T2, apresentaram redução da dor de T1 para T2.

O estudo de Okifuji et al. (2000) (62) apontou que pacientes fibromiálgicas com o diagnóstico de depressão maior teriam mais

dificuldades para se adaptar as restrições impostas pela fibromialgia e também mais dificuldade para aderir ao tratamento. Assim seria possível hipotetizar que o uso de antidepressivo indicaria um marcador de gravidade da dor e de sintomas depressivos em pacientes com fibromialgia. Porém os dados deste estudo não permitem inferir se o aumento de dose de antidepressivos nas pacientes poderia diminuir a intensidade da dor.

A relevância do tratamento de transtorno depressivo maior em pacientes com fibromialgia torna-se ainda mais importante diante dos resultados de estudos como o de Pud et al. (2004) (49) sugerindo que altos escores no fator esquiva ao dano estariam relacionados com a percepção de estímulos dolorosos. Em seu estudo, com 70 pessoas saudáveis, os autores observaram que elevados escores em esquiva ao dano se correlacionaram com maior resposta a estímulos dolorosos. Num segundo estudo, Pud et al. (2006) (50) investigaram a relação dos traços do ITC com resposta ao tratamento com morfina, verificando que indivíduos com altos escores em esquiva ao dano respondiam melhor ao tratamento, e sugerindo que realmente haveria uma diferença individual na resposta ao tratamento com opióides. Diante de tais resultados, pode-se hipotetizar que o tratamento da depressão, e conseqüente redução nos escores de esquiva ao dano, poderiam implicar também numa melhora da intensidade da dor nas pacientes.

7.3. Limitações do estudo

Uma das limitações apresentadas neste estudo foi a amostra ser restrita a um hospital escola terciário. Os ambulatórios onde o estudo foi desenvolvido possuem um perfil de pacientes com maior cronicidade, maior gravidade da doença e, conseqüentemente uma amostra muito específica de pacientes com fibromialgia dificultando a generalização dos dados encontrados.

Outra limitação se refere ao desenho transversal da primeira etapa que não possibilitou investigar se as alterações do fator esquiva ao dano estariam presentes antes do aparecimento dos sintomas da fibromialgia ou se houve uma alteração de personalidade devido ao impacto da mesma.

De acordo com o descrito por Svrakic et al. (1991) (31) cada “cluster” dos transtornos de personalidade estaria associado com uma combinação entre os sete fatores do ITC. Porém, não foi possível aprofundar nesse aspecto uma vez que no estudo atual não foi realizado o diagnóstico categorial para transtornos de personalidade, de acordo com os critérios do DSM-IV, para uma posterior comparação com a abordagem dimensional proposta por meio do ITC.

O instrumento utilizado para avaliação da dor mediu apenas a intensidade e nossos resultados não permitem concluir em relação a associação entre parâmetros da dor e o ITC, como a dimensão afetiva.

7.4. Considerações finais

Os resultados da etapa transversal deste estudo revelaram que embora o fator esquiva ao dano tenha apresentado maiores escores no grupo de pacientes, essa diferença perdeu significância quando o modelo da análise de regressão foi ajustado para sintomas depressivos e ansiosos. Entretanto, o fator busca de novidades, mesmo não tendo sido testado como a hipótese principal, foi o único traço que se mostrou associado com presença de fibromialgia. Esse fator também apresentou uma correlação negativa com o tempo de doença e intensidade da dor, resultados esses que indicam necessidade de novos estudos para investigação desse traço de personalidade em pacientes com fibromialgia. Tais resultados reforçam os dados de literatura sobre a importância da sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes com fibromialgia, e ainda apontam para a importância da presença do diagnóstico de depressão nos pacientes. Sugerindo a relevância do tratamento desse quadro psiquiátrico quando associado à fibromialgia.

Na etapa prospectiva os resultados também caminham nesse sentido, pois foi encontrada uma associação do uso de antidepressivo e ausência de melhora da dor. A associação entre o fator auto-direcionamento e intensidade da dor em T2 perdeu significado estatístico quando o modelo foi ajustado para o uso de antidepressivo em T1. Esses resultados sugerem que o uso de antidepressivo, nesta amostra, poderia ser indicador de gravidade da dor e sintomas depressivos. Desse modo, tal aspecto merece maiores investigações em estudos futuros.

8. Conclusões

Na etapa transversal deste estudo os resultados permitem concluir que embora mulheres com fibromialgia apresentem maiores escores no traço de temperamento esquiva ao dano quando comparadas com mulheres de um grupo controle sem fibromialgia, essa diferença, decorre da maior intensidade de sintomas depressivos e ansiosos nas pacientes, e não pela presença da fibromialgia em si.

Na comparação dos outros traços do ITC as pacientes com fibromialgia apresentaram maiores escores em auto-transcendência e menores escores em auto-direcionamento e cooperatividade e, à semelhança do que ocorreu com o traço esquiva ao dano, essas diferenças foram decorrentes da maior intensidade de sintomas depressivos e ansiosos no grupo de pacientes com fibromialgia. O traço de temperamento busca de novidades foi o único cujos escores permaneceram significativamente inferiores nas pacientes com fibromialgia independente da sintomatologia depressiva e ansiosa. Esse traço também se correlacionou com o tempo de história de fibromialgia e intensidade da dor. Entretanto, é necessário ressaltar que essa não foi a hipótese principal e não foi realizado correções para múltiplas comparações. Desse modo, pode-se concluir que esse resultado deva ser considerado como gerador de hipótese para que futuros estudos

possam ser desenhados para investigar especificamente esta possibilidade.

Ainda na etapa transversal, na comparação dos traços do ITC entre pacientes fibromiálgicas diagnosticadas com depressão maior atual e pacientes fibromiálgicas sem esse diagnóstico, as pacientes com depressão maior atual apresentaram maiores escores no fator de temperamento esquiva ao dano, e menores escores nos fatores de caráter auto-direcionamento e cooperatividade. Pode-se concluir que pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual apresentam peculiaridades na personalidade, em grande parte, semelhantes às descritas em pacientes com transtorno depressivo maior (depressão primária). Esses resultados indicam a existência de subgrupos de pacientes com fibromialgia como tem sido proposto na literatura recente.

Na etapa prospectiva deste estudo, as pacientes apresentaram uma redução da dor após o período de um ano a um ano e seis meses. Os resultados indicaram que o traço de temperamento esquiva ao dano não apresentou valor preditivo para intensidade ou variação da dor ao longo do período citado. Do mesmo modo, os resultados dessa etapa do estudo revelaram que os outros traços de personalidade do ITC não apresentaram valor preditivo para o prognóstico da intensidade da dor.

9. Referências bibliográficas

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990 Feb;33(2):160-72.
2. Biewer W, Conrad I, Hauser W. [Fibromyalgia]. *Schmerz (Berlin, Germany).* 2004 Apr;18(2):118-24.
3. Schweinhardt P, Sauro KM, Bushnell MC. Fibromyalgia: a disorder of the brain? *Neuroscientist.* 2008 Oct;14(5):415-21.
4. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2007 May 15;146(10):726-34.
5. McDermid AJ, Rollman GB, McCain GA. Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *Pain.* 1996 Aug;66(2-3):133-44.
6. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2004 Mar;50(3):944-52.
7. Fietta P. Fibromyalgia: state of the art. *Minerva Med.* 2004 Feb;95(1):35-47, -52.
8. Benjamin S, Morris S, McBeth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2000 Mar;43(3):561-7.
9. Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM, Benjamin S, McBeth J, Papageorgiou AC, et al. Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on healthcare seeking behavior. *J Rheumatol.* 1999 Feb;26(2):413-9.
10. Gamsa A. Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain.* 1990 Aug;42(2):183-95.
11. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain.* 1994 Mar;56(3):289-97.
12. Walter B, Vaitl D, Frank R. Affective distress in fibromyalgia syndrome is associated with pain severity. *Z Rheumatol.* 1998;57 Suppl 2:101-4.
13. Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain.* 1994 Apr;57(1):5-15.
14. Colangelo N, Bertinotti L, Nacci F, Conforti ML, Beneforti E, Pignone A, et al. Dimensions of psychological dysfunction in patients with fibromyalgia: development of an Italian questionnaire. *Clin Rheumatol.* 2004 Apr;23(2):102-8.
15. Wolfe F, Hawley DJ. Psychosocial factors and the fibromyalgia syndrome. *Z Rheumatol.* 1998;57 Suppl 2:88-91.
16. Sayar K, Gulec H, Topbas M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol.* 2004 Oct;23(5):441-8.
17. Keel P. Psychological and psychiatric aspects of fibromyalgia syndrome (FMS). *Z Rheumatol.* 1998;57 Suppl 2:97-100.

18. Bradley LA, Prokop CK, Margolis R, Gentry WD. Multivariate analyses of the MMPI profiles of low back pain patients. *J Behav Med.* 1978 Sep;1(3):253-72.
19. Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1991 Jan;34(1):15-21.
20. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* 2004 Nov-Dec;66(6):837-44.
21. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum.* 2003 Oct;48(10):2916-22.
22. Muller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.* 2007 Sep;27(11):1005-10.
23. van Koulil S, van Lankveld W, Kraaimaat FW, van Riel PL, Evers AW. Risk factors for longer term psychological distress in well-functioning fibromyalgia patients: A prospective study into prognostic factors. *Patient Educ Couns.* 2009 Sep 8.
24. de Souza JB, Goffaux P, Julien N, Potvin S, Charest J, Marchand S. Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatol Int.* 2009 Mar;29(5):509-15.
25. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1997 Aug;154(8):1101-6.
26. Martinez JE, Ferraz MB, Fontana AM, Atra E. Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *J Psychosom Res.* 1995 Feb;39(2):167-74.
27. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev.* 1986 Autumn;4(3):167-226.
28. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry.* 1987 Jun;44(6):573-88.
29. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Dec;50(12):975-90.
30. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep.* 1991 Dec;69(3 Pt 1):1047-57.
31. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Dec;50(12):991-9.
32. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Sep;106(3):189-95.
33. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Further contribution to the conceptual validity of the unified biosocial model of personality: US and Yugoslav data. *Compr Psychiatry.* 1991 May-Jun;32(3):195-209.
34. Wetzel RD, Knesevich MA, Brown SL, Wolff HA, Horn CJ, Sr., Cloninger CR. Correlates of Tridimensional Personality Questionnaire Scales with selected Minnesota Multiphasic Personality Inventory Scales. *Psychol Rep.* 1992 Dec;71(3 Pt 2):1027-38.

35. Peirson AR, Heuchert JW, Thomala L, Berk M, Plein H, Cloninger CR. Relationship between serotonin and the temperament and character inventory. *Psychiatry Res.* 1999 Dec 13;89(1):29-37.
36. Lepine JP, Pelissolo A, Teodorescu R, Teherani M. [Evaluation of the psychometric properties of the French version of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)]. *Encephale.* 1994 Nov-Dec;20(6):747-53.
37. Gerra G, Zaimovic A, Timpano M, Zambelli U, Begarani M, Marzocchi GF, et al. Neuroendocrine correlates of temperament traits in abstinent opiate addicts. *J Subst Abuse.* 2000;11(4):337-54.
38. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *J Psychiatr Res.* 1992 Jul;26(3):197-211.
39. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res.* 1999 Jan-Feb;33(1):31-6.
40. Nelson EC, Cloninger CR. The tridimensional personality questionnaire as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J Affect Disord.* 1995 Oct 9;35(1-2):51-7.
41. Chien AJ, Dunner DL. The Tridimensional Personality Questionnaire in depression: state versus trait issues. *J Psychiatr Res.* 1996 Jan-Feb;30(1):21-7.
42. Fuentes D CC, Tavares H, Gorestein C. Inventário de Temperamento e de Cárater de Cloninger - validação da versão em Português. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;26(2):363-9.
43. Cronbach LJ, Warrington WG. Time-limit tests: estimating their reliability and degree of speeding. *Psychometrika.* 1951 Jun;16(2):167-88.
44. Malmgren-Olsson EB, Bergdahl J. Temperament and character personality dimensions in patients with nonspecific musculoskeletal disorders. *Clin J Pain.* 2006 Sep;22(7):625-31.
45. Boz C, Velioglu S, Ozmenoglu M, Sayar K, Alioglu Z, Yalman B, et al. Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004 Oct;58(5):536-43.
46. Mongini F, Fassino S, Rota E, Deregibus A, Levi M, Monticone D, et al. The temperament and character inventory in women with migraine. *J Headache Pain.* 2005 Sep;6(4):247-9.
47. Nylander PO, Schlette P, Brandstrom S, Nilsson M, Forsgren T, Forsgren L, et al. Migraine: temperament and character. *J Psychiatr Res.* 1996 Sep-Oct;30(5):359-68.
48. Conrad R, Schilling G, Bausch C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I, et al. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain.* 2007 Dec 15;133(1-3):197-209.
49. Pud D, Eisenberg E, Sprecher E, Rogowski Z, Yarnitsky D. The tridimensional personality theory and pain: harm avoidance and reward dependence traits correlate with pain perception in healthy volunteers. *Eur J Pain.* 2004 Feb;8(1):31-8.
50. Pud D, Yarnitsky D, Sprecher E, Rogowski Z, Adler R, Eisenberg E. Can personality traits and gender predict the response to morphine? An experimental cold pain study. *Eur J Pain.* 2006 Feb;10(2):103-12.

51. Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed.* 2007 Aug;78(2):88-95.
52. Russell AS, Hui BK. The use of PRIME-MD questionnaire in a rheumatology clinic. *Rheumatol Int.* 2005 May;25(4):292-5.
53. Kassam A, Patten SB. Major depression, fibromyalgia and labour force participation: a population-based cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:4.
54. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 1994 Jul;151(7):979-86.
55. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003 Jun 18;289(23):3095-105.
56. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics.* 1999 Jan-Feb;40(1):57-63.
57. Alfici S, Sigal M, Landau M. Primary fibromyalgia syndrome--a variant of depressive disorder? *Psychother Psychosom.* 1989;51(3):156-61.
58. 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 Dec;148(12):1721-6.
59. Patten SB, Beck CA, Kassam A, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry.* 2005 Mar;50(4):195-202.
60. Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clin Rheumatol.* 2009 Apr;28(4):365-9.
61. Armstrong DJ, Meenagh GK, Bickle I, Lee AS, Curran ES, Finch MB. Vitamin D deficiency is associated with anxiety and depression in fibromyalgia. *Clin Rheumatol.* 2007 Apr;26(4):551-4.
62. Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *J Rheumatol.* 2000 Jan;27(1):212-9.
63. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(1):40-7.
64. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord.* 2005 Jul;87(1):83-9.
65. Johnson M, Paananen ML, Rahinanti P, Hannonen P. Depressed fibromyalgia patients are equipped with an emphatic competence dependent self-esteem. *Clin Rheumatol.* 1997 Nov;16(6):578-84.
66. Nordahl HM, Stiles TC. Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry.* 2007;6:9.
67. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord.* 2006 May;92(1):35-44.

68. Nelson E, Cloninger CR. Exploring the TPQ as a possible predictor of antidepressant response to nefazodone in a large multi-site study. *J Affect Disord.* 1997 Jul;44(2-3):197-200.
69. Hughes L. Physical and psychological variables that influence pain in patients with fibromyalgia. *Orthop Nurs.* 2006 Mar-Apr;25(2):112-9; quiz 20-1.
70. Celiker R, Borman P, Oktem F, Gokce-Kutsal Y, Basgoze O. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. *Clin Rheumatol.* 1997 Mar;16(2):179-84.
71. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4:561-71.
72. Spielberger CD, Vagg PR. Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *J Pers Assess.* 1984 Feb;48(1):95-7.
73. Viitanen JV, Kautiainen H, Isomaki H. Pain intensity in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1993;22(3):131-5.
74. Mazza M, Mazza O, Pomponi M, Di Nicola M, Padua L, Vicini M, et al. What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Compr Psychiatry.* 2009 May-Jun;50(3):240-4.
75. Verdejo-Garcia A, Lopez-Torrecillas F, Calandre EP, Delgado-Rodriguez A, Bechara A. Executive function and decision-making in women with fibromyalgia. *Arch Clin Neuropsychol.* 2009 Feb;24(1):113-22.
76. Black KJ, Sheline YI. Personality disorder scores improve with effective pharmacotherapy of depression. *J Affect Disord.* 1997 Mar;43(1):11-8.
77. Casey JE, Joyce PR. Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Oct;100(4):302-8.
78. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
79. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
80. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960 Feb;23:56-62.
81. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996 Apr;29(4):453-7.
82. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.
83. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc.* 1968 May;16(5):622-6.
84. Blasco Claros L, Mallo Cano M, Mencia Presa A, Franch Barcelo J, Casaus Sataman P, Pena Roca J, et al. Clinical profiles in fibromyalgia patients of the community mental health center: a predictive index of psychopathological severity. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006 Mar-Apr;34(2):112-22.
85. Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Gillin JC, Akiskal HS, Furlanetto LM, Rapaport MH, et al. Sociodemographic predictors of temperament and character. *J Psychiatr Res.* 2000 May-Jun;34(3):221-6.

10. Anexos

**10.1. Termo de consentimento livre e esclarecido
(primeira avaliação)**

10.2. Ficha de identificação para primeira avaliação

**10.3. Inventário de Temperamento e Caráter de
Cloninger**

**10.4. Termo de consentimento livre e esclarecido
(segunda avaliação)**

10.5. Ficha de identificação para segunda avaliação



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Estudo dos traços de personalidade de pacientes com fibromialgia através do Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger.

PESQUISADOR: Danyella de Melo Santos

CARGO/FUNÇÃO: psicóloga pós-graduanda CRP:06/69634

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria - HCFUMSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO

RISCO MÍNIMO X

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : sem seguimento.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

Existe um grande número de pessoas que procuram pelos serviços de saúde apresentando sintomas como os da fibromialgia. Porém outras doenças, inclusive transtornos mentais, podem apresentar sintomas parecidos. Além disso, pouco se sabe sobre as causas e consequências da fibromialgia, o que faz com que sejam necessários mais estudos na área, principalmente sobre as consequências psicológicas dessa doença. Este estudo pretende estudar traços de personalidade de pacientes com fibromialgia para que possam ser melhor tratados, uma vez que tais pacientes costumam apresentar algum grau de depressão e/ou ansiedade.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Neste estudo você terá que fornecer dados como idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar. Além do preenchimento de alguns questionários e escalas.

3. desconfortos e riscos esperados

Não há maiores riscos neste estudo, o único desconforto esperado é o que pedimos é seu tempo e sua colaboração.

4. benefícios que poderão ser obtidos

Poderemos identificar algum tipo de transtorno mental que contribua ou não para os sintomas da fibromialgia e assim você será encaminhado para o tratamento mais adequado.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Não há.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Você poderá esclarecer qualquer dúvida que tiver sobre o estudo a qualquer momento. Caso tenha perguntas entre em contato com seu médico. Se tiver dúvidas sobre os seus direitos como paciente entre em contato com o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da FMUSP, onde você será atendido por um profissional imparcial.

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, ou seja, deixar de participar deste estudo. Isto não trará a você qualquer prejuízo em relação aos seus direitos antes de entrar no estudo, ou seja, não haverá prejuízo na continuidade da assistência que o Hospital das Clínicas da FMUSP lhe oferece.

Ressaltamos ainda absoluta confidencialidade, sigilo e privacidade em relação a qualquer informação fornecida neste estudo ou ao Hospital. Os resultados são sempre divulgados de modo anônimo, não se referindo a qualquer paciente de modo particular.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Danyella de Melo Santos

Grupo de Interconsultas

Instituto de Psiquiatria – HCFMUSP

Rua: Dr.Ovidio Pires de Campos, 785

São Paulo – SP

Tel: 3069-7803

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Questionário de identificação

1. Nome

2. Idade

3. Estado civil

4. Cor

5. Profissão

6. Trabalha atualmente? Se não, há quanto tempo não exerce a função e por quê?

7. Renda familiar

8. Nível educacional

9. Início dos sintomas fibromiálgicos

10. Há quanto tempo está em tratamento neste ambulatório?

11. Comorbidades clínicas (CIRS) *

12. Uso de medicações

13. Nível da dor (escala visual analógica)

INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER

Neste encarte você encontrará afirmações que as pessoas usam para descrever suas ações, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais.

Cada afirmação pode ser respondida como VERDADEIRO ou FALSO. Leia as afirmações e decida qual alternativa descreve melhor você. Tente descrever como você NORMALMENTE ou GERALMENTE age e sente e não apenas como você está se sentindo exatamente agora.

Nós pedimos que você preencha este questionário à caneta. Quando você tiver terminado, por favor, devolva o encarte.

COMO RESPONDER O QUESTIONÁRIO

Para responder cada questão, basta assinalar o círculo correspondente a letra V, que significa VERDADEIRO, ou a letra F, que significa FALSO, no número correspondente à questão.

Leia cada frase com atenção, mas não perca tempo demais para decidir a resposta.

Responda TODAS as questões, mesmo que você não tenha certeza se a resposta melhor é VERDADEIRO ou FALSO.

Lembre-se, não há respostas certas ou erradas – apenas descreva suas opiniões pessoais e sentimentos.

QUESTÕES	V	F
1 - Muitas vezes tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.		
2 - Em geral sou confiante que tudo vai dar certo, mesmo em situações que deixam muitas pessoas preocupadas.		
3 - Muitas vezes fico profundamente comovido por uma fala delicada ou por uma poesia.		
4 - Muitas vezes sinto que sou vítima das circunstâncias		
5 - Geralmente consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim.		
6 - Acredito que milagres acontecem.		
7 - Gosto de me vingar de quem me agride.		
8 - Muitas vezes, quando estou concentrado em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.		
9 - Frequentemente sinto que minha vida tem pouco objetivo ou significado.		
10 - Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.		
11 - Eu provavelmente conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.		
12 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.		
13 - Muitas vezes faço as coisas baseado em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.		
14 - Geralmente faço as coisas à minha maneira — ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.		
15 - Muitas vezes me sinto tão ligado às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.		
16 - Em geral não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.		
17 - Na maioria das situações minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.		
18 - Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico e famoso, mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.		
19 - Sou muito mais reservado e controlado do que a maioria das pessoas.		
20 - Com frequência tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.		
21 - Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.		
22 - Tenho menos energia e me canso mais rapidamente do que a maioria das pessoas.		
23 - Muitas vezes sou chamado de “distraído”, pois fico tão envolvido no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.		
24 - Raramente me sinto à vontade para escolher o que eu quero fazer.		
25 - Muitas vezes levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.		
26 - Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto e inativo por algumas horas.		
27 - Muitas vezes evito encontrar estranhos porque fico inseguro com pessoas que não conheço.		

28 - Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.		
29 - Gosto muito mais das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras “novas e melhoradas”.		
30 - Em geral não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim devido à falta de tempo.		
31 - Frequentemente faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.		
32 - Muitas vezes gostaria de ser mais esperto que todos os outros.		
33 - Me dá satisfação ver meus inimigos sofrerem.		
34 - Gosto de ser muito organizado e, sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.		
35 - É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.		
36 - Pela repetição de certas práticas adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.		
37 - Em geral sou tão determinado que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.		
38 - Fico fascinado por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.		
39 - Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.		
40 - Muitas vezes espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.		
41 - Com frequência gasto dinheiro até “ficar liso” ou então ficar cheio de dívidas.		
42 - Acho que terei muita sorte no futuro.		
43 - Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.		
44 - Não me aborreceria de ficar sozinho o tempo todo.		
45 - Muitas vezes tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.		
46 - Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.		
47 - Em geral tento conseguir o que quero para mim mesmo pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.		
48 - Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.		
49 - Acho que não compreendo muito bem as pessoas.		
50 - Não é preciso ser desonesto para ter sucesso nos negócios.		
51 - Algumas vezes me sinto tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.		
52 - Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.		
53 - Perco a paciência mais depressa do que a maioria das pessoas.		
54 - Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido que a maioria das pessoas.		
55 - Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.		
56 - Pareço ter um “sexto sentido” que algumas vezes me permite saber o que está para acontecer.		
57 - Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.		
58 - Minhas atitudes são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.		
59 - A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.		
60 - Muitas vezes gostaria de ser mais forte do que todos os outros.		

61 - Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão.		
62 - Sou mais trabalhador do que muita gente.		
63 - Muitas vezes preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.		
64 - Gosto de ser útil aos outros.		
65 - Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, eu sempre acho que tudo acabará bem.		
66 - É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.		
67 - Em geral fico calmo e seguro em situações que para muitas pessoas representariam perigo físico.		
68 - Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo.		
69 - Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.		
70 - Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.		
71 - Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.		
72 - Não consigo ficar com a consciência tranqüila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.		
73 - As pessoas geralmente me dizem como se sentem.		
74 - Muitas vezes gostaria de ficar jovem para sempre.		
75 - Normalmente fico mais aborrecido pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.		
76 - Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.		
77 - Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.		
78 - Tento ser atencioso aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.		
79 - Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.		
80 - Provavelmente ficaria desconfiado e seguro ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado que eles não eram cordiais.		
81 - Normalmente fico mais preocupado que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.		
82 - Em geral penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.		
83 - Acho mais importante ser simpático e compreensivo com os outros do que ser prático e racional.		
84 - Muitas vezes sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.		
85 - Muitas vezes gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.		
86 - As pessoas me controlam demais.		
87 - Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.		
88 - As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.		
89 - Frequentemente aprendo muito com as pessoas.		
90 - A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom em muitas coisas que me ajudam a ser bem sucedido.		
91 - Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei		

que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.		
92 - Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.		
93 - Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.		
94 - Não quero ser mais rico do que todos.		
95 - Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.		
96 - Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.		
97 - Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior do que qualquer ser humano.		
98 - Geralmente gosto de ser malvado com quem foi malvado comigo.		
99 - Tenho reputação de ser muito prático e de não agir pelas emoções.		
100 - É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.		
101 - Muitas vezes reajo tão fortemente à notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.		
102 - Fico profundamente comovido por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).		
103 - Normalmente me esforço muito mais do que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor de que sou capaz.		
104 - Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.		
105 - Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo prazo para meus problemas.		
106 - Muitas vezes não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.		
107 - Muitas vezes gostaria de poder parar o tempo.		
108 - Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.		
109 - Prefiro gastar dinheiro do que economizá-lo		
110 - Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.		
111 - Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.		
112 - Se eu ficar embaraçado ou humilhado, supero isso rapidamente.		
113 - É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso, cansado ou preocupado.		
114 - Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.		
115 - Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.		
116 - Acho que percepção extrasensorial (PES, como telepatia ou premonição) é realmente possível.		
117 - Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.		
118 - Com freqüência fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.		
119 - Quase sempre estou relaxado e despreocupado, mesmo quando quase todos estão com medo.		
120 - Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.		
121 - As circunstâncias muitas vezes me forçam a fazer coisas contra a minha vontade.		
122 - Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.		
123 - Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.		

124 - Eu gostaria mais de ser gentil do que me vingar quando alguém me agride.		
125 - Muitas vezes fico tão encantado com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado naquilo — é como se eu estivesse “desligado” do tempo e do espaço.		
126 - Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.		
127 - Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.		
128 - Estou satisfeito com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.		
129 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.		
130 - Muitas vezes sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.		
131 - As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.		
132 - Muitas vezes sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.		
133 - Em geral é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.		
134 - Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.		
135 - Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim — eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.		
136 - Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros sabem mais do que eu a respeito de alguma coisa.		
137 - Em geral tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.		
138 - Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.		
139 - Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.		
140 - Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.		
141 - Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, freqüentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.		
142 - Sinto-me muito confiante e seguro em quase todas as situações sociais.		
143 - Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.		
144 - Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.		
145 - Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.		
146 - Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.		
147 - Tenho mais energia e demoro mais a cansar do que a maioria das pessoas.		
148 - Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.		
149 - Muitas vezes paro o que estou fazendo porque fico preocupado, mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.		
150 - Muitas vezes gostaria de ser mais poderoso do que todo mundo.		
151 - Em geral sou livre para escolher o que vou fazer.		
152 - Com freqüência fico tão envolvido no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço de onde estou .		
153 - Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.		
154 - Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como		

saltar de pára-quadras ou voar de asa delta) do que ficar quieto e inativo por algumas horas.		
155 - Como eu, freqüentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.		
156 - Eu não mudo meu jeito de ser para agradar outras pessoas.		
157 - Não fico tímido com estranhos de jeito nenhum.		
158 - Freqüentemente cedo aos desejos dos amigos.		
159 - Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias mas não realmente importantes para mim.		
160 - Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.		
161 - Muitas vezes tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.		
162 - Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valem a pena.		
163 - Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor — como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.		
164 - Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.		
165 - Quase nunca fico tão agitado a ponto de perder o controle.		
166 - Muitas vezes desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.		
167 - Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.		
168 - Na maior parte do tempo perdôo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.		
169 - As minhas ações são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.		
170 - Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.		
171 - Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.		
172 - Em geral respeito as opiniões dos outros.		
173 - Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim que me senti muito entusiasmado e feliz.		
174 - Me divirto em comprar coisas para mim.		
175 - Acredito ter eu mesmo experimentado a percepção extrasensorial.		
176 - Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.		
177 - Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.		
178 - De modo geral é tolice promover o sucesso de outras pessoas.		
179 - Muitas vezes gostaria de poder viver para sempre.		
180 - Normalmente gosto de ficar indiferente e “desligado” das outras pessoas.		
181 - É mais provável eu chorar em um filme triste do que a maioria das pessoas.		
182 - Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente do que a maioria das pessoas.		
183 - Muitas vezes quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.		
184 - Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo em diversas situações tentadoras.		

185 - Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.		
186 - Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.		
187 - Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.		
188 - Em geral tenho sorte em tudo o que tento fazer.		
189 – Em geral, estou certo de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).		
190 – Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.		
191 – Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.		
192 – Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.		
193 – Os direitos individuais são mais importantes do que as necessidades de qualquer grupo.		
194 – Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.		
195 – Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado a tudo o que existe.		
196 – Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.		
197 – A maioria das pessoas parecem mais desembaraçadas do que eu.		
198 – Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.		
199 – Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.		
200 – Muitas vezes me sinto como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.		
201 – Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.		
202 – Em geral posso ficar ocupado o dia inteiro sem Ter que me forçar a isso.		
203 – Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.		
204 – Não sou muito bom em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado fazendo algo errado.		
205 – Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.		
206 – O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.		
207 – Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos de longo prazo.		
208 – Acredito que toda vida depende de algum poder ou ordem espiritual que não pode ser completamente explicada.		
209 – Acho que eu ficaria confiante e relaxado ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado que eles estão zangados comigo.		
210 – As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.		
211 – Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas idéias e atividades.		
212 – Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.		
213 – Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.		
214 – Não quero ser mais admirado do que todos os outros.		

215 – Muitas vezes quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso — tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.		
216 – A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.		
217 – Em geral me sinto tenso e preocupado quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.		
218 – Muitas vezes me esforço ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.		
219 – Algumas pessoas acham que eu sou muito avarento ou pão-duro com meu dinheiro.		
220 – Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.		
221 – Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.		
222 – Odeio ver alguém sofrer.		
223 – Sei o que quero fazer na minha vida.		
224 – Regularmente levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.		
225 – As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso.		
226 – Se estou me sentindo aborrecido, em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho.		
227 - Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.		
228 - Muitas vezes as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado de tudo que está acontecendo ao meu redor.		
229 - Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.		
230 - Menti bastante nesse questionário.		
231 - Geralmente evito situações sociais onde teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro de que eles serão amigáveis.		
232 - Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.		
233 - Em geral encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.		
234 - As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.		
235 - A desonestidade só causa problemas se você for apanhado.		
236 - Em geral me sinto muito mais confiante e com energia do que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.		
237 - Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.		
238 - Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.		
239 - Às vezes fico aborrecido.		
240 - De vez em quando falo das pessoas “por trás”.		



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Estudo dos traços de personalidade de pacientes com fibromialgia através do Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger.

PESQUISADOR: Danyella de Melo Santos

CARGO/FUNÇÃO: psicóloga pós-graduanda CRP:06/69634

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria - HCFUMSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO

RISCO MÍNIMO X

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : sem seguimento.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

Estamos reavaliando o maior número possível de pacientes que participaram do estudo, dentro do período de um ano a um ano e seis meses após a primeira avaliação, com o objetivo de verificar o aumento ou a diminuição da intensidade da dor e a ocorrência de alterações no humor dos pacientes.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.

Neste estudo você deverá atualizar alguns dados dentro do questionário respondido na primeira avaliação.

3. desconfortos e riscos esperados

Não há maiores riscos neste estudo, o único desconforto esperado e o que pedimos é seu tempo e sua colaboração.

4. benefícios que poderão ser obtidos

Poderemos identificar algum tipo de transtorno mental que contribua ou não para os sintomas da fibromialgia e assim você será encaminhado para o tratamento mais adequado.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Não há.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Você poderá esclarecer qualquer dúvida que tiver sobre o estudo a qualquer momento. Caso tenha perguntas entre em contato com seu médico. Se tiver dúvidas sobre os seus direitos como paciente entre em contato com o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da FMUSP, onde você será atendido por um profissional imparcial.

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, ou seja, deixar de participar deste estudo. Isto não trará a você qualquer prejuízo em relação aos seus direitos antes de entrar no estudo, ou seja, não haverá prejuízo na continuidade da assistência que o Hospital das Clínicas da FMUSP lhe oferece.

Ressaltamos ainda absoluta confidencialidade, sigilo e privacidade em relação a qualquer informação fornecida neste estudo ou ao Hospital. Os resultados são sempre divulgados de modo anônimo, não se referindo a qualquer paciente de modo particular.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Danyella de Melo Santos

Grupo de Interconsultas

Instituto de Psiquiatria – HCFMUSP

Rua: Dr.Ovidio Pires de Campos, 785

São Paulo – SP

Tel: 3069-7803

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

**Questionário de identificação
Reavaliação**

1. Nome

2. Estado civil

3. Trabalha atualmente?

sim. Em qual função? _____ De 0 a 10
quanto acha que está seu rendimento no trabalho?

não. Há quanto tempo não exerce a função e por quê?

4. Nos últimos três meses, quantos dias você deixou de exercer sua
função por causa da fibromialgia?

5. Nesse mesmo período, quanto (de 0 a 10) acha que a dor da
fibromialgia a prejudicou?

6. Continua em tratamento no HCFMUSP? Se não, por quê?

7. Quantas consultas ocorreram nos últimos seis meses por causa da
fibromialgia?

8. Perdeu alguma consulta nesses seis meses? Se sim, quantas e
por quê?

Nos últimos seis meses (8 e 9):

9. Houve internação?

não. sim. Quantas? _____
Por quanto tempo e motivo?

10. Precisou ir ao pronto-socorro? Quantas vezes e motivo?

11. Uso de medicações:

12. Intensidade da dor (escala visual analógica):

13. Nova comorbidade clínica desde a primeira avaliação? Se sim,
qual?

14. Pratica atividade física? Qual e com que frequência?
