



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

THAINÁ CAVALCANTI MENDES PINTO

**Percepções acerca da qualidade de vida e da associação com depressão e ansiedade em
pacientes com fibromialgia**

João Pessoa – PB

2021

THAINÁ CAVALCANTI MENDES PINTO

**Percepções acerca da qualidade de vida e da associação com depressão e ansiedade em
pacientes com fibromialgia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Medicina do Centro de
Ciências Médicas da Universidade Federal da
Paraíba com finalidade de obtenção de título de
Bacharel em Medicina.

Área de concentração: Reumatologia

Orientadora: Prof. Dra. Alessandra de Sousa Braz

João Pessoa – PB

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P659p Pinto, Thaina Cavalcanti Mendes.

Percepções acerca da qualidade de vida e da associação
com depressão e ansiedade em pacientes com fibromialgia

/ Thaina Cavalcanti Mendes Pinto. - João Pessoa, 2021.

32 f. : il.

Orientação: Alessandra de Souza Braz.

TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Fibromialgia. 2. Transtorno de ansiedade. 3.
Depressão. 4. FIQR. I. Braz, Alessandra de Souza. II.
Título.

UFPB/CCM

CDU 616-002.77(043.2)

Nome: PINTO, Thainá Cavalcanti Mendes

Título: Percepções acerca da qualidade de vida e da associação com depressão e ansiedade em pacientes com fibromialgia.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba com finalidade de obtenção de título de Médica

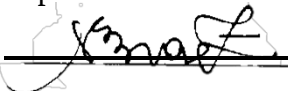
Aprovado em: 13 de maio de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Alessandra de Souza Braz

Instituição: Universidade Federal da Paraíba.

Julgamento: Aprovada

Assinatura:  _____

Prof. Me. Alexandre José de Melo Neto

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

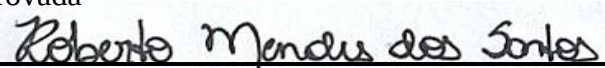
Julgamento: Aprovada

Assinatura:  _____

Prof. Me. Roberto Mendes dos Santos

Instituição: Universidade Federal da Paraíba.

Julgamento: Aprovada

Assinatura:  _____

*A meus pais e avós,
que, mesmo distantes, nunca deixaram de ser casa.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que colocou a medicina em meu caminho, me deu propósito, saúde e imensas alegrias ao longo dos últimos anos, sendo minha força para seguir em frente.

À Ulisses e Arlete, por serem meu chão ao mesmo tempo que me empurram para alcançar longos voos. Além do amor incondicional presente em toda minha vida, tenho certeza que os últimos seis anos só foram possíveis graças a entrega e dedicação de vocês em realizar esse sonho junto comigo.

A minhas avós, Aliete e Socorro, e avôs, Ulisses Cavalcanti e Ulisses Pinto (*in memoriam*), pelo carinho imensurável que sempre me deram, por entenderem a minha ausência quando o que mais queríamos era estar perto.

A minha orientadora, Alessandra Braz, exemplo de médica, professora e de integridade. Agradeço pela paciência, pelos risos compartilhados e pelos “puxões de orelha”. Levarei todos seus ensinamentos comigo pela jornada acadêmica e profissional e sua amizade e bondade em meu coração. Ao professor Fábio Botelho, cuja ajuda e apoio foi essencial para a elaboração deste trabalho.

A meus colegas de turma pela cumplicidade dos últimos anos. Aos colegas de centro acadêmico pela união na luta por uma formação de qualidade e principalmente pelas amizades formadas.

Ao meu querido grupo de internato, que sempre se mostrou ético, compreensivo e responsável e que tornaram até o pior dos dias, um pouco mais leve. Às minhas grandes amigas Analu, Carol, Gabriela, Janaína e Juliana, que se tornaram casa nos últimos anos.

A todos os professores e preceptores que compõem o curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba – aqui representados pelos professores Alemão, Biu (*in memoriam*), Camille, Fernanda Burle e Valderez – meu mais profundo obrigada pela sua dedicação e ensinamentos. Levarei um pouquinho de cada um em cada prática médica, em cada olhar e cuidado a um paciente.

A cada paciente que tive a honra de escutar, acolher e cuidar um pouco, que me transformaram e me inspiram a ser a profissional que espero ser. E por último, agradeço a Universidade Federal da Paraíba, ao Centro Acadêmico Napoleão Laureano - CANAL e ao Hospital Universitário Lauro Wanderley, os lugares que me formaram, profissional e pessoa, acreditando na educação pública, na saúde como direito universal de todas e todos e no Sistema Único de Saúde como caminho para promover cuidado.

RESUMO

PINTO, T. C. M. **Percepções acerca da qualidade de vida e da associação com depressão e ansiedade em pacientes com fibromialgia.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021).

INTRODUÇÃO A fibromialgia é caracterizada pela presença de dor musculoesquelética crônica multifocal, extenuante e incapacitante. Possui íntima relação com doenças psiquiátricas, sendo os transtornos de ansiedade e a depressão os mais prevalentes. O objetivo deste estudo foi avaliar se o uso do *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQR) - que contém Escala Visual Analógica (EVA) para graduação de ansiedade e depressão - como teste de triagem para ansiedade e depressão, em pacientes com fibromialgia, é comparável aos questionários *General Anxiety Disorder - 7* (GAD-7), *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9), indicados para triagem diagnóstica de tais transtornos mentais na atenção básica. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo observacional, analítico-descritivo e transversal, realizado entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020 no ambulatório de fibromialgia e dor crônica de um hospital terciário. O intervalo de confiança foi estimado em 99% e o nível de significância com $p < 0,01$. Foram aplicados o Teste de Correlação de *Spearman* entre as variáveis referentes ao PHQ-9 e a EVA referente ao grau de depressão e entre o GAD-7 e a EVA referente ao grau de ansiedade. **RESULTADOS** Participaram da pesquisa 84 pacientes, com idade média de 41 anos, majoritariamente do sexo feminino e 54,1% dos entrevistados relatavam início da dor há mais de cinco anos. Observou-se uma correlação de 0,66 com p -valor $< 0,01$ entre os dados colhidos através do PHQ-9 com a pontuação na EVA referente ao grau de depressão, comprovando uma correlação de moderada a forte entre as variáveis. Ao analisar as variáveis referentes ao GAD-7 e a pontuação na EVA referente ao grau de ansiedade, a correlação encontrada foi de 0,61 com p -valor $< 0,01$, também demonstrando uma correlação de moderada a forte entre as variáveis. **CONCLUSÃO:** Esses dados sugerem que há uma correlação importante entre a percepção individual do paciente com FM sobre sua sintomatologia psíquica e uma avaliação direcionada dos seus sintomas realizada através de instrumentos específicos, além de inferir a boa sensibilidade da EVA para avaliação do paciente com dor crônica. Assim, a aplicação do FIQR em pacientes com dor crônica nos serviços primários e secundários pode ser trabalhada como teste de triagem para transtornos de ansiedade e depressão com boa confiabilidade, permitindo separar os pacientes que precisam de um cuidado mais atento à saúde mental dos que apresentam níveis mais baixos na escala, com sintomas físicos mais significativos.

Palavras-chave: Fibromialgia, Transtorno de Ansiedade, Depressão, FIQR

ABSTRACT

PINTO, T. C. M. **Quality of Life and association with anxiety and depression in patients with Fibromyalgia.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021).

BACKGROUND Fibromyalgia syndrome (FMS) is a disease characterized by the presence of chronic, multifocal, vigorous, and strenuous musculoskeletal pain. It's closely related to psychiatric disorders, in which anxiety disorders and depression are the most prevalent of them. The purpose of this study it is to evaluate whether the use of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) - which contains a Visual Analogue Scale (VAS) for anxiety and depression - as a screening test for anxiety and depression in patients with fibromyalgia, is comparable to questionnaires General Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) and Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9), used as a screening test of such mental disorders in primary care.

MATERIALS AND METHODS This is an observational, analytical-descriptive, and cross-sectional quantitative study carried out between August 2019 and February 2020 at the fibromyalgia and chronic pain department of a tertiary-care hospital. The confidence interval was estimated at 99% and the level of significance was set at $p < 0.01$. Spearman's Correlation Test was applied between variables referring to PHQ-9 and EVA referring to the degree of depression and between GAD-7 and EVA referring to the degree of anxiety. **RESULTS** Participants were 84 patients, with an average age of 41 years, mostly female and 54.1% of the interviewees reported a pain syndrome for the last five years. There was a correlation of 0.66 with $p\text{-value} < 0.01$ between the data collected through PHQ-9 and the depression VAS score, proving a moderate to a strong correlation between the variables. Analyzing the variables referring to GAD-7 and the EVA score regarding the degree of anxiety, the correlation found was 0.61 with $p\text{-value} < 0.01$, also demonstrating a moderate to a strong correlation between the variables. **CONCLUSION** There is an important correlation between the individual perception of the patients with FMS about his mental symptoms and a directed evaluation of his symptoms, conducted by specific instruments. In addition, it's possible to infer the good sensitivity of the VAS for the clinical evaluation of the patient with chronic pain. Thus, the application of FIQR in patients with chronic pain in primary and secondary services can be used as a screening test for anxiety and depression disorders with good reliability, allowing to separate patients who need more attentive mental care from those who have lower levels on the VAS, with a more physical condition than mental illness.

Key-words: Fibromyalgia Syndrome, Anxiety Disorder, Depression, FIQR

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Idade, tempo de doença e perfil socioeconômico da amostra.....	17
Tabela 2. Medidas de associação do IDG, FIQR, PHQ-9 E GAD-7.....	19
Tabela 3. Valores de associação entre as variáveis estudadas e o PHQ-9.....	20
Tabela 4. Valores de associação entre as variáveis estudadas e o GAD-7	20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA.....	11
3. RESULTADOS	14
3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	14
3.2 PERFIL CLÍNICO E CLASSIFICAÇÃO	16
4. DISCUSSÃO	18
5. CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	25
ANEXO 1 – ÍNDICE DE FIBROMIALGIA – IF	27
ANEXO 2 - THE REVISED FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQR)	28
ANEXO 3 - PATIENT HEALTHY QUESTIONNAIRE (PHQ-9)	31
ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO DE DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA – GAD 7	32

1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma doença caracterizada pela presença de dor musculoesquelética crônica, multifocal, extenuante e incapacitante que tem ganhado relevância na última década devido a seu forte impacto na qualidade de vida (LORENA et al., 2016). A prevalência gira em torno de 0,2% a 6,6% da população mundial, com maior prevalência entre mulheres (2,4% a 6,8% de toda população mundial feminina) e podendo chegar até 11,4% na população de áreas urbanas (MARQUES et al., 2017). Apresenta maior incidência em mulheres em idade reprodutiva, especialmente na faixa etária entre 35 e 60 anos, o que pode acarretar na exclusão precoce dessa população do mercado de trabalho e atrapalhar as suas relações sociais e interpessoais (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

É uma condição clínica que decorre de uma complexa associação entre fatores genéticos e fatores ambientais, em que ainda não se comprovou os mecanismos fisiopatológicos envolvidos (KASPER, 2017). Porém, achados recentes mostram avanços no estudo etiopatogênico da doença, sugerindo novos componentes e gatilhos, como traumas e infecções (BAZZICHI et al., 2020). Também se estuda a hipótese de que células do tálamo possuem papel ativo na fisiopatologia da FM, contribuindo com o processo inflamatório e com o aumento da dor através da ação de moléculas de histamina, interleucinas, fator de necrose tumoral e calcitonina (THEOHARIDES, TSILIONI, BAWAZEER, 2019).

Seu diagnóstico é clínico e baseado nos critérios de classificação da *American College of Rheumatology* - ACR inicialmente descrita em 2010, tendo sido modificados em 2011, e atualmente utiliza-se os critérios preliminares de diagnóstico revisados em 2016 (WOLFE et al., 2011; WOLFE et al., 2016).

Nesta revisão, Wolfe et al corrigiram principalmente o erro de classificação dos pacientes com dores localizadas graves dentro das escalas de dor difusa e de gravidade de sintomas, descritas por Muller et al em 2015, introduzindo o conceito de dor generalizada como critério diagnóstico obrigatório, excluindo o viés de confusão com as dores bem localizadas. Outra modificação foi estabelecer que, para ser definida como dor generalizada na FM, é necessário a presença de dor em pelo menos quatro regiões do corpo por no mínimo 3 meses (MULLER et al, 2015; WOLFE et al, 2016)

A FM possui associação com algumas doenças psiquiátricas, apresentando íntima relação com o estresse, ansiedade e depressão, podendo tanto ser estimulada por esses quadros

quanto atuar como fator de risco para eles. Nesse sentido, destaca-se a associação com doenças relacionadas ao humor – transtornos depressivos, bipolares – nas quais a dor, os distúrbios do sono e a fadiga apresentam-se de forma mais chamativa (CONSOLI et al, 2012).

O transtorno depressivo e o transtorno de ansiedade generalizado (TAG) são as desordens mais prevalentes em pacientes diagnosticados com FM (GASKIN et al, 1992) com estudos estimando a prevalência de transtorno depressivo atingindo 65% dos pacientes diagnosticados com fibromialgia (LOGE-HAGEN et al., 2019) e a prevalência de TAG atingindo 35% (CONSOLI et al., 2012).

Os transtornos de ansiedade são uma exacerbação patológica dos “sinais de alerta” que compõem o sentimento ansiedade; este, normal ao ser humano. É o transtorno psiquiátrico mais comum e está acompanhado de pensamentos catastróficos, sintomas físicos e modificações no comportamento (SALUM JUNIOR et al, 2013). A depressão surge muitas vezes associadas à ansiedade, com números de incidência e prevalência também elevados, inclusive, sendo mais prevalentes nos pacientes com FM quando comparados a outros grupos de doenças reumatológicas (KOBAYASHI-GUTIÉRREZ et al, 2009).

O instrumento mais específico para avaliação da qualidade de vida dos pacientes acometidos com FM é o FIQ. Em 2013, Paiva et al. validaram no Brasil o *The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQR), que demonstra boa acurácia ao avaliar o impacto da FM na qualidade de vida dos pacientes além de boa aplicabilidade na prática clínica e em estudos. Sua interpretação leva em conta que quanto maior a pontuação final, mais prejudicada está a qualidade de vida deste paciente (PAIVA et al., 2013).

Percebeu-se, através de estudos, uma associação importante no aumento da pontuação do FIQ de pacientes com alterações psiquiátricas em comparação com os pacientes sem esta alteração, o que implica maior prejuízo na qualidade de vida para tais pacientes. Além disso, percebeu-se também que os pacientes com distúrbios do humor apresentaram maior pontuação quando comparados aos pacientes com transtorno de ansiedade (CONSOLI et al, 2012).

Considerando que a qualidade de vida do paciente com dor crônica é de extrema importância para a viabilidade e sucesso do tratamento clínico, e necessária para garantir a reabilitação do paciente e a inserção plena deste na sociedade (OLIVEIRA JUNIOR; RAMOS, 2019), são necessárias avaliações mais aprofundadas acerca das associações com transtornos psiquiátricos, visando iniciar precocemente o tratamento multidisciplinar.

Dessa forma, o presente estudo objetiva a avaliação da qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia e a verificação do uso do FIQR não só como controle de qualidade de vida e impacto da doença, mas também como teste de triagem em saúde mental para os pacientes com FM, devido a seu baixo custo e aplicabilidade dentro da atenção básica, porta de entrada dos serviços de saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo observacional, analítico-descritivo e transversal, realizado entre agosto de 2019 e março de 2020 no ambulatório de Reumatologia de um hospital terciário, em João Pessoa – Paraíba, Brasil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o CAAE 13099419.7.0000.5183 e aprovado sob o parecer de número 3.324.630. A confidencialidade dos participantes foi mantida através da omissão das informações pessoais, como o nome e registros/documentos, no questionário e ao longo de toda a pesquisa. O procedimento para a realização desta pesquisa respeitou as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) número 510/2016. A coleta de dados apresentou riscos mínimos aos pacientes, por se tratar de um estudo observacional e não realizar nenhum método de intervenção nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos participantes.

A amostragem da pesquisa foi realizada por conveniência no ambulatório de Reumatologia do HULW devido à necessidade de aplicação de critérios de classificação/diagnóstico realizada nesses pacientes, realizado de rotina em tal ambulatório e de difícil execução em outros serviços da região para participação no estudo.

Foram incluídos na pesquisa pacientes que preencheram os critérios do ACR 2016, acompanhados no ambulatório de FM do HULW, com idades entre 18 e 70 anos e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa apresentou como critérios de exclusão pacientes com acometimento neuropsiquiátrico grave ou que não apresentem quaisquer condições de responder os questionários; pacientes que possuem artropatias inflamatórias ou dor aguda no momento da entrevista.

Após a leitura e aceitação do TCLE, aplicou-se um questionário elaborado pelos pesquisadores – incluindo dados socioeconômicos e clínicos (APENDICE 1) – o Índice de

Fibromialgia (IF) composto pelo Índice de Dor Generalizada (IDG) e a Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS) (ANEXO 1); o *The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQR) (ANEXO 2), o *Patient Healthy Questionnaire* (PHQ-9) (ANEXO 3) e o Questionário de Desordem de Ansiedade Generalizada (GAD-7). (ANEXO 4)

Os cinco questionários foram aplicados por estudantes do curso de medicina após instruções gerais acerca da doença, sem conhecimento a nível de especialização e sem realização do exame físico pelo estudante.

Para evitar viés de memória, o tempo de dor foi categorizado em intervalos – pois é mais fácil para o paciente aproximar esse dado em intervalos do que em um número exato de meses ou anos – e assim não é possível calcular uma média aritmética relacionada ao tempo de surgimento da doença.

O IF é considerado o meio mais atualizado para realizar a primeira avaliação e diagnosticar a FM em pacientes com história de dor generalizada há mais de três meses. Trata-se de uma avaliação conjunta de dois parâmetros: o IDG e a EGS. O IDG é uma avaliação objetiva das queixas locais de dor do paciente, questionando a presença de dor em 19 localidades diferentes. Já a EGS pontua por grau de intensidade (zero a três) a ocorrência de Fadiga, Sono Não Reparador e/ou sintomas cognitivos, e a presença ou ausência de depressão, dor abdominal ou cefaleia. A FM é diagnosticada quando, na presença de dor generalizada há mais de 03 meses (critério obrigatório), o paciente apresentar $IDG \geq 7/19$ e $EGS \geq 5$ ou IDG entre 3 e 6/19 associado a $EGS \geq 9$.

O FIQR, validado por Paiva et al (2013) é um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida através de 10 componentes: capacidade funcional, bem-estar, faltas no trabalho, dificuldades no trabalho, dor, fadiga, rigidez, sono, ansiedade e depressão. São 21 questões divididas em 3 domínios. O primeiro domínio consiste em 9 questões, relaciona-se com a funcionalidade, e a pontuação varia entre 0 e 30. O segundo domínio, com duas questões, avalia o impacto global da doença na capacidade funcional, pontuando entre 0 e 20. O terceiro domínio avalia sintomas da doença e a sua pontuação varia entre 0 e 50. O resultado do FIQR varia de 0 a 100, sendo as pontuações mais altas equivalentes a um impacto maior da fibromialgia na qualidade de vida do indivíduo (PAIVA et al., 2013).

O PHQ-9, desenvolvido por Kroenke, Spitzer e Williams (2001) e validado no Brasil por Osório, Mendes, Crippa e Loureiro (2009), constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar, que não é contabilizada quantitativamente. O resultado do questionário é avaliado através da soma total da pontuação, valor que varia 0 e 27. Considera-se ausência de transtorno depressivo entre 0 e 4; transtorno depressivo leve entre 5 e 9; transtorno depressivo moderado entre 10 e 14; transtorno depressivo moderadamente grave entre 15 e 19; transtorno depressivo grave acima de 20.

O GAD-7 é um instrumento que foi elaborado por Spitzer e cols (2006) e validado no Brasil pelo *Mapi Research Institute* (2006). É utilizado para avaliação, diagnóstico e monitoramento de ansiedade de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Possui sete itens relacionados a rotina e sintomas frequentes em pacientes com TAG, cuja frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas também é avaliada em uma escala *Likert* de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. A pontuação total apresenta valor entre 0 e 21. Considera-se ausência de transtorno de ansiedade entre 0 e 4; transtorno de ansiedade leve entre 5 e 9; transtorno de ansiedade moderado entre 10 e 14; transtorno de ansiedade grave acima de 15.

Para fins de análise estatística, foram consideradas as seguintes variáveis: O valor total do IDG (variando entre 0 e 19), o valor dos graus de depressão e ansiedade descritos no FIQR (variando entre 0 e 10 cada parâmetro), o resultado do PHQ-9 e o resultado do GAD-7.

Os dados colhidos foram descritos em planilha no *Excel Office 2016* e posteriormente exportados para o *software SPSS*, para análise e aplicação dos testes paramétricos e não paramétricos. Os dados categóricos colhidos, representados por suas frequências absolutas e

proporções, tiveram estimados o intervalo de confiança em 95% e o nível de significância em $p < 0,01$ e as variáveis discretas também tiveram o intervalo de confiança estabelecido em 95% e o nível de significância em $p < 0,01$.

Ao inserir os dados em um gráfico do tipo histograma, as variáveis referentes ao PHQ-9 e IDG apresentaram distribuição gaussiana (normal), enquanto as variáveis referentes à escala visual analógica relacionada Depressão e Ansiedade no FIQR e a variável referente ao GAD-7 apresentaram distribuição não gaussiana (anormal). Dessa forma, foram aplicados o Teste de Correlação de *Spearman* entre as o PHQ-9 e a EVA no FIQR referente ao grau de tristeza; entre o GAD-7 e a EVA no FIQR referente ao grau de ansiedade; e entre o IDG e o GAD-7. Já o Teste de Correlação de *Pearson* (Teste do Qui-Quadrado) foi aplicado para correlacionar a relação entre o IDG e o PHQ-9.

3. RESULTADOS

3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 84 pacientes, dos quais apenas um paciente era do sexo masculino (1,19%) e 83 pacientes do sexo feminino (98,80%). Em relação ao estado civil, 60,7% são casados, seguidos de 22,6% solteiros, 13,1% divorciados e 3,6% viúvos.

O intervalo de idade dos pacientes incluídos no estudo foi de 24 a 70 anos. A média de idade, 47 anos, apresentando mediana em 51 anos e moda de 49 anos. Podemos dividi-los em três grupos: adultos jovens (intervalo entre 18 e 39 anos), adultos em meia idade (entre 40 anos e 59 anos) e idosos (acima de 60 anos). Assim, nosso grupo amostral encontra-se 8,33% no primeiro grupo, 77,38% no segundo grupo e 15,47% no último grupo.

Apesar disso, percebe-se que 8,23% dos pacientes relatam início da dor até 03 anos atrás; 23,52% relatam início da dor entre 03 e 05 anos atrás; 36,47% relatam início da dor entre 05 a 10 anos; 30,58% relatam início da dor há mais de 10 anos. Vale ressaltar que do grupo de pacientes acima de 60 anos, 38,46% relatam início da dor há mais de 10 anos e 30,76% há mais de 05 anos.

Destacamos que 54,10% dos entrevistados relatam o início da dor há mais de 05 anos, sendo que nem todos são acompanhados no ambulatório de fibromialgia pelo mesmo período de tempo.

Em relação a escolaridade dos pacientes: 5,88% relatam não terem sido alfabetizados; 28,23% dos pacientes entrevistados relatam ter Ensino Fundamental (EF) incompleto; 9,41% relatam ter EF completo; 11,76% relatam ter Ensino Médio (EM) incompleto; 24,70% relatam ter EM completo; 3,52% relatam ter Ensino Superior (ES) incompleto; 11,76% relatam ter ES completo; 3,52% relatam ter Pós-Graduação completa.

Tabela 1. Idade, tempo de doença e perfil socioeconômico da amostra.

VARIÁVEIS	N
IDADE	
ADULTOS JOVENS	08,33
ADULTOS EM MEIA IDADE	77,38
IDOSOS	15,47
INICIO DA DOR	
HÁ 03 ANOS	08,23
ENTRE 03 A 05 ANOS	23,52
ENTRE 05 E 10 ANOS	36,47
HÁ MAIS DE 10 ANOS	30,58
ESCOLARIDADE	
NÃO FORAM ALFABETIZADOS	05,88
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	28,23
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	09,41
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	11,76
ENSINO MÉDIO COMPLETO	24,70
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	03,52
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	11,76
PÓS GRADUAÇÃO	03,52
RENDA FAMILIAR MENSAL	
MENOR QUE 01 SALÁRIO MÍNIMO	21,17
ENTRE 01 E 03 SALÁRIOS MÍNIMOS	64,71
MAIS QUE 03 SALÁRIOS MÍNIMOS	10,58

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	
DESEMPREGADOS	33,70
EMPREGADOS	25,30
APOSENTADOS DEVIDO A DOENÇA/INVALIDEZ	14,50
APOSENTADOS POR TEMPO DO SERVIÇO	07,20
DO LAR	08,40

Fonte: Dados da pesquisa; 2019, 2020. A autora.

Considerando a renda familiar mensal (RFM), nossa amostra tem um perfil salarial diverso. 21,17% dos pacientes com RFM inferior a 01 salário mínimo; 64,71% entre 01 e 03 salários mínimos; 10,58% com renda superior a 03 salários mínimos. 01 paciente (1,17%) não soube responder. Porém, precisamos ressaltar que a maioria dos pacientes, 33,7% relatam estar desempregados e dependentes das rendas de outros familiares. 25,3% estão empregados, 14,5% aposentados devido a invalidez/doença, 10,8% em situação formal, 8,4% se consideram do lar e 7,2% encontram-se aposentados por tempo de serviço.

3.2 PERFIL CLÍNICO E CLASSIFICAÇÃO

O IDG médio da amostra foi de 11,88 com moda de 14 e mediana, 13,5. A média do FIQR foi de 72,36, desvio padrão de 18,59, apresentando mediana 76 e moda 82, o que caracteriza um alto impacto/baixa qualidade de vida na nossa amostra. Ainda utilizando o FIQR, quando questionados para definir o grau de tristeza em uma escala de 0 a 10, levando em consideração os últimos 14 dias, a média do grau de depressão dos pacientes foi de 6,78, com moda 10 e mediana 7. Quando questionados para definir o grau de ansiedade em uma escala de 0 a 10, levando em consideração os últimos 14 dias. A média do grau de ansiedade dos pacientes foi de 7,45, com moda 10 e mediana 8.

Avaliando o PHQ-9, em uma escala de 0 a 27, a média dos pacientes foi de 13,51, com mediana em 14 e moda 19 e 17. Em relação à classificação do paciente, 5,95% foram classificados com ausência de transtorno depressivo; 22,61% com transtorno depressivo leve; 25% com transtorno depressivo moderado; 36,90% com transtorno depressivo moderadamente grave; 15,47% com transtorno depressivo grave. O PHQ-9 também indicou o impacto que os sinais e problemas questionados causaram nas relações socioambientais dos pacientes, em especial na realização da sua rotina, de deveres domésticos e também nas relações interpessoais.

Desses, 11,90% marcaram nenhuma dificuldade; 33,33% marcaram alguma dificuldade; 41,66% marcaram muita dificuldade e 13,09% marcaram extrema dificuldade.

Outro GAD-7, em que a média dos nossos pacientes foi 12,41 pontos e a mediana foi 13 pontos, com moda 15 pontos. 14,28% foram classificados sem transtorno de ansiedade; 15,47% foram classificados como transtorno leve; 21,42% foram classificados como transtorno moderado; 48,80% foram classificados com transtorno grave.

Tabela 2. Medidas de associação do IDG, FIQR, PHQ-9 e GAD-7.

	Média	DP	IC 95%
IDG	11,88	04,19	10,97 – 12,79
FIQR	72,36	18,59	68,33 - 76,40
PHQ-9	13,51	06,17	12,17 – 14,85
GAD-7	12,41	05,80	11,15 – 13,67

Fonte: Dados da pesquisa; 2019, 2020. A autora.

Ao analisar o PHQ-9, fizemos a correlação entre os dados colhidos com a pontuação na EVA referente ao grau de tristeza no FIQR, que mostrou uma relação de 0,66 com p-valor < 0.01 o que denota uma relação de moderada a forte entre as variáveis, o que demonstra boa relevância estatística. Ao correlacionarmos com o IDG, mostrou também a relação de 0,353 com p-valor < 0.01 quando correlacionada com o IDG, uma relação fraca entre as variáveis. Ao correlacionar com o valor total do FIQR não foram encontrados resultados com significância estatística.

Tabela 3. Valores de associação entre as variáveis estudadas e o PHQ-9.

	PHQ-9	P-VALOR
EVA TRISTEZA	0,660	$< 0,01$
IDG	0,353	$<0,01$
FIQR	0,076	$<0,01$

Fonte: Dados da pesquisa; 2019, 2020. A autora.

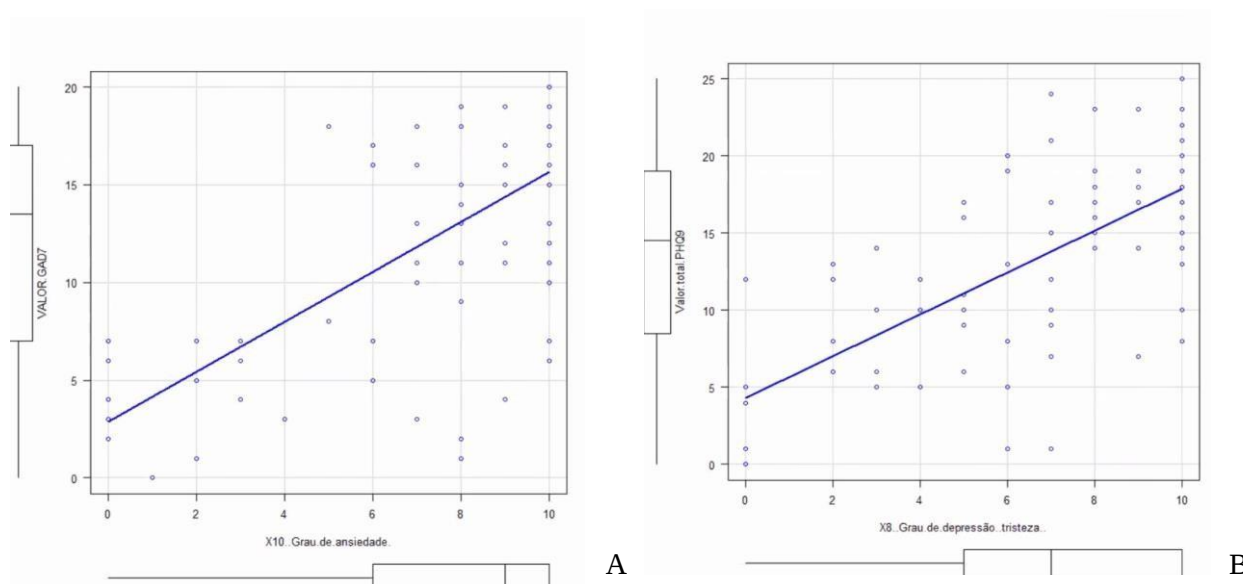


Figura 1. a) Gráfico de Dispersão evidenciando correlação positiva entre FIQR x GAD-7. **b)** Gráfico de Dispersão evidenciando correlação positiva entre FIQR x PHQ-9.

Ao analisar o GAD-7, a correlação com a pontuação na EVA referente ao grau de ansiedade no FIQR apresenta uma relação de 0,61 com $p\text{-valor} < 0.01$, referindo uma relevância moderada entre as variáveis. Ao correlacionar com o valor de IDG, foi encontrada a relação de 0,468 e $p\text{-valor} < 0.01$, o que denota uma relação de fraca a moderada entre as variáveis. Ao correlacionar com o valor total do FIQR não foram encontrados resultados com significância estatística.

Tabela 4. Valores de associação entre as variáveis estudadas e o GAD-7.

	GAD-7	P-VALOR
EVA ANSIEDADE	0,610	<0,01
IDG	0,468	<0,01
FIQR	0,095	<0,01

Fonte: Dados da pesquisa; 2019, 2020. A autora.

4. DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil descritivo da amostra, percebe-se que a distribuição de escolaridade dos pacientes é compatível com a realidade brasileira e regional (Nordeste) quando comparados aos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro Geografia Estatística (IBGE) em relação ao primeiro trimestre em 2020 (IBGE; INDICADORES SOCIAIS, 2020). Em relação a RMF,

avaliamos que a maior parte dos pacientes se encontram com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, o que infere uma população de baixo poder aquisitivo, coerente com dados encontrados em outros estudos (ASSUMPÇÃO et al, 2009; MARTINEZ et al, 2013; COSTA et al, 2015). É importante ressaltar que, neste trabalho, não foi avaliada a renda per capita, o que pode diminuir ainda mais o perfil socioeconômico da amostra.

Em relação ao relato de desemprego e afastamento por invalidez, Martinez et al referem que o afastamento do emprego induz a pensar em maior impacto da doença nesses pacientes. Vale ressaltar também, o impacto negativo que a FM causa na vida de pacientes em idade produtiva de trabalho, levando a perda de função e incapacidade ao trabalho, devido a dor, fadiga e outras comorbidades. Esse processo sabidamente piora a qualidade de vida do paciente, por atingir não só sua fonte de renda, mas também as interações socioculturais que o trabalho promove (WHITE et al, 1999).

Outro dado a ser considerado são os custos que o paciente com fibromialgia traz ao serviço de saúde. Berger et al observaram o custo anual de \$9575 por paciente nos Estados Unidos, três vezes mais do que o grupo controle do estudo. Esses valores incluem não apenas o custo com atendimento médico e medicações, mas também com tratamentos como fisioterapia e psicoterapia e o próprio custo da ausência do paciente dentro do mercado de trabalho, fatores que também influenciam na diminuição da qualidade de vida do paciente (CABO-MESEGUER; CERDÁ-OLMEDO; TRILLO-MATA, 2017).

A distribuição de idade é coerente com os perfis epidemiológicos da doença encontrados em outros estudos, o que fortalece a incidência e prevalência da doença e sua característica de atingir principalmente mulheres entre 35 e 60 anos (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

Considerando que os pacientes com FM apresentam altas taxas de comorbidades psiquiátricas (HUDSON et al, 2004; MEASE, 2005; ARNOLD ET AL, 2006) o diagnóstico precoce da doença deve ser, preferencialmente, acompanhado pela busca dessas possíveis comorbidades, visando avaliação direcionada, com tratamento individualizado de acordo com o contexto clínico e social do paciente.

Consoli et al e Martinez et al relataram diferenças significantes no valor total do FIQ entre os grupos com e sem distúrbios do humor, com piora da qualidade de vida no primeiro grupo. Observa ainda que o processo depressivo pode aumentar eventualmente a disfunção

psicológica e foi associada a diminuição da energia e vontade de fazer atividades diárias, diminuição do interesse no aprendizado, dificuldades funcionais e também piora nas relações interpessoais. Assim, recomendando a avaliação e tratamento da saúde mental do paciente como rotina para todos os pacientes com FM (CONSOLI et al., 2012).

Indo de acordo com a literatura atual, os dados colhidos através do PHQ-9 e GAD-7 neste estudo sugerem que a maioria dos pacientes com fibromialgia apresentam transtornos depressivos e de ansiedade de moderado a grave, o que evidencia a importância do tratamento e do cuidado interprofissional para a melhora clínica e reabilitação do paciente. Esses dados são compatíveis com o encontrado na literatura, que relata expressiva associação com a FM, que costuma apresentar médias superiores quando comparadas com grupos controle sem FM (RAMIRO et al., 2014).

Nossa média de pacientes acometidos com transtorno depressivo e de ansiedade generalizada ainda se mostram um pouco mais elevadas do que as relatadas na literatura, que costumam apresentar médias de cerca 50-65% da amostra avaliada com transtorno depressivo e 50-86% com ansiedade (SANTOS et al., 2012; TORTA; PENNAZIO; IERACI, 2014; LOGE-HAGEN et al., 2019). Esse aumento pode ser explicado devido ao PHQ-9 ser um instrumento de triagem, o que pode trazer um número de falsos positivos para a amostra. Porém, é de bom uso para rastreio de indivíduos com maior risco de estar apresentando episódio depressivo maior, sendo necessário o diagnóstico clínico pelo médico especialista, em especial para melhor qualificar o paciente dentro da severidade de sua doença, com recomendação para uso em estudos de rastreio de depressão (SANTOS et al., 2013).

Além disso, a depressão e traços de ansiedade são considerados os principais preditores, junto com a dor generalizada e fadiga, de piora da qualidade de vida dos pacientes com FM. Galvez-Sanchez et al também relatou que o transtorno depressivo, a ansiedade e a fadiga influenciam uns aos outros de forma mutua, aumentando seus efeitos negativos na qualidade de vida (GALVEZ-SÁNCHEZ et al., 2020). Essa relação não pode ser confirmada com os dados deste estudo, visto a não significância da relação entre o FIQR e o PHQ-9 ou GAD-7, mas é bastante coerente com os dados encontrados na literatura e também com o próprio FIQR, que leva em consideração para formular sua pontuação esses três aspectos.

As associações apresentadas neste trabalho inferiram uma relação importante entre a percepção do paciente com fibromialgia sobre sua sintomatologia generalizada relacionada a

ansiedade e depressão com os testes de rastreio aplicados. Esse dado sugere que o FIQR pode ser trabalhado como teste de triagem para essas doenças com boa confiabilidade, permitindo separar os pacientes que precisam de um cuidado mais atento a saúde mental dos pacientes com níveis mais baixos na escala e que possuem outras queixas mais significativas. Essa hipótese ganha força com dados de outros autores que também apresentaram bons resultados no uso do FIQ para avaliação de qualidade de vida e depressão (SANTOS et al., 2006).

O uso do FIQR dentro da atenção básica também ganha força devido a sua possibilidade de uso para acompanhamento e monitoramento da doença sem prejuízos quando comparado ao índice de fibromialgia, anteriormente chamado de *Polysymptomatic Distress Scale* (PDS) (MARTINEZ et al., 2017). Sua aplicação é simples - sem necessidade de realizar tender points ou outras habilidades mais complexas - e rápida, indicada aplicação durante o atendimento. É importante destacar que o FIQR leva em consideração o humor nos últimos 07 dias e que não é utilizado isoladamente como ferramenta para diagnóstico de transtornos psiquiátricos.

Quando avaliamos os dados obtidos pelo PHQ-9 e o GAD-7 em comparação com o IDG percebeu-se fraca associação estatística, o que sugere que não há fator de melhora ou piora relacionando os sintomas somáticos e psiquiátricos e que eles seguem como variáveis independentes. Porém, outros estudos mostraram uma associação importante entre a presença de transtorno depressivo e melhora ou piora da dor, atuando na diminuição da resistência a dor e aumentando a percepção desta (MARTINEZ et al, 2013; GALVEZ-SÁNCHEZ et al, 2020).

A principal limitação desse estudo é a ausência de um ponto de corte estatisticamente relevante dentro da EVA de tristeza e depressão para que se possa indicar, objetivamente, o atendimento psiquiátrico para esses pacientes. Considerando apenas a avaliação clínica e a epidemiologia encontrada, sugerimos que todos os pacientes que marcaram valor igual ou maior que 5 nas EVAs sejam avaliados por equipe de saúde mental.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo traz um importante olhar acerca da associação entre Fibromialgia e os transtornos depressivos e de ansiedade generalizada e seu impacto na diminuição da qualidade de vida. Os dados colhidos através do FIQR inferem um alto impacto da doença diminuição na qualidade de vida de seus pacientes, que reforça a importância de desenvolver estratégias de controle do impacto da doença, em seus aspectos médicos, mas também psicossociais.

Os dados colhidos através do PHQ-9 e GAD-7 em associação com os colhidos através do FIQR sugerem que a grande maioria dos pacientes com fibromialgia apresentam transtornos depressivos e de ansiedade de moderado a grave, o que evidencia a importância do tratamento e do cuidado interprofissional para a melhora clínica e reabilitação do paciente, dados esses em concordância com os principais estudos mundiais, de diversos desenhos, que observaram a alta prevalência e incidência de comorbidades psiquiátricas, em especial do transtorno depressivo.

Aqui, vale ressaltar que ambos PHQ-9 e GAD-7 são testes de triagem, sendo necessário o diagnóstico clínico pelo médico especialista, em especial para melhor qualificar o paciente dentro da severidade de sua doença. As escalas de depressão e ansiedade do FIQR mostraram que é possível seu uso para triagem dos pacientes com sintomas psiquiátricos e, a partir delas, dar início a um seguimento mais específico para o quadro de cada paciente e para avaliação completa do paciente e de seu processo saúde-doença. Ainda assim, o questionário específico tem seu valor diagnóstico e de acompanhamento do paciente, sendo ferramentas importantes e que devem ser individualizadas de acordo com a necessidade de cada paciente.

A continuidade de novos estudos e testes envolvendo o FIQR é altamente recomendada, visto sua potencialidade e aplicabilidade clínica e principalmente a amplitude do tema e da sua relevância científica, pois ainda é uma doença pouco conhecida e debatida e com campo para novas descobertas e mudanças. Não bastando isso, seu alto impacto na qualidade de vida do paciente faz necessário buscar inovações e maior eficiência no seguimento e tratamento dos pacientes, visando diminuir os prejuízos da doença e fortalecer a relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS¹

1. ARNOLD LM, HUDSON JI, KECK PE, AUCHENBACH MB, JAVARAS KN, HESS EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. **J Clin Psychiatry** 2006;67:1219-25
2. BAZZICHI, L. et al. One year in review 2020: Fibromyalgia. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 38, n. 1, p. S3–S8, 2020.
3. CABO-MESEGUER, A.; CERDÁ-OLMEDO, G.; TRILLO-MATA, J. L. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. **Medicina Clínica (English Edition)**, v. 149, n. 10, p. 441–448, 2017.
4. CONSOLI, G. et al. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. **Comprehensive Psychiatry**, v. 53, n. 7, p. 962–967, 2012.
5. GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M. et al. Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. **Journal of Affective Disorders**, v. 265, n. October 2018, p. 486–495, 2020.
6. GASKIN ME, GREENE AF, ROBINSON ME, GEISSER ME. Negative affect and the experience of chronic pain. **Journal of Psychosomatic Research** 1992; 36 (8):707-13
7. HADKER N, GARY S, CHANDRAN AB, CREAN SM, McNETT M, SILVERMAN SL: Primary care physicians' perceptions of the challenges and barriers in the timely diagnosis, treatment and management of fibromyalgia. **Pain Res Manag** 2011; 16: 440-4.
8. HUDSON JI, ARNOLD LM, KECK PE, AUCHENBACH MB, POPE HG. Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. **Biol Psychiatry** 2004;56:884-91.]
9. IBGE, C. DE P. E; INDICADORES SOCIAIS. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: [s.n.].
10. LOGE-HAGEN, J. S. et al. Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, n. December 2018, p. 1098–1105, 2019.
11. LORENA, S. B. DE et al. Evaluation of pain and quality of life of fibromyalgia patients. **Revista Dor**, v. 17, n. 1, p. 8–11, 2016.
12. MARQUES, A. P. et al. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. **Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)**, v. 57, n. 4, p. 356–363, 2017.
13. MARTINEZ, J. E. et al. Correlação entre variáveis demográficas e clínicas, e a gravidade da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 6, p. 460–463, 2013.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

14. MARTINEZ, J. E. et al. EpiFibro (Brazilian Fibromyalgia Registry): data on the ACR classification and diagnostic preliminary criteria fulfillment and the follow- up evaluation. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 2, p. 129–133, 2017.
15. MEASE P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. **J Rheumatol** 2005; 32:6-21.
16. MÜLLER V, EGLE UT, KOKINOGENIS G, LEDERBOGEN S, DURRER B, STAUBER S: Implications of proposed fibromyalgia criteria across other functional pain syndromes. **Scand J Rheumatol** 2015; 44: 416-24.
17. PAIVA, E. S. et al. A Brazilian Portuguese version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): A validation study. **Clinical Rheumatology**, v. 32, n. 8, p. 1199–1206, 2013.
18. RAMIRO, F. DE S. et al. Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: Um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 1, p. 27–32, 2014.
19. SANTOS, AMB et al. DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 317-324, jul./set. 2006
20. SANTOS, E. B. DOS et al. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 590–596, 2012.
21. SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saude Publica**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013.
22. THEOHARIDES TC, TSILIONI I, BAWAZEER M: Mast cells, neuroinflammation and pain in fibromyalgia syndrome. **Front Cell Neurosci** 2019; 13: 353.
23. TORTA, R.; PENNAZIO, F.; IERACI, V. Anxiety and depression in rheumatologic diseases: The relevance of diagnosis and management. **Reumatismo**, v. 66, n. 1, p. 92–97, 2014.
24. WHITE KP, SPEENCHLEY M, HARTH M, OSTBYE T. Comparing self- reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. **Arthritis and Rheumatism** 1999; 42(1): 76-83.
25. WOLFE F, CLAUW DJ, FitzCHARLES MA et al.: 2016 Revisions to the 2010/2011 fibro- myalgia diagnostic criteria. **Semin Arthritis Rheum** 2016; 46: 319-29.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado Civil:

- () Solteiro
- () Casado
- () Viúvo
- () Divorciado

Escolaridade:

- () Não Alfabetizado
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo
- () Pós-graduação Incompleto
- () Pós-graduação Completo

Setor:

- () Público
- () Privado

Tipo de atendimento:

- () Paciente de primeira vez
- () Paciente já em seguimento

Critérios para Inclusão:

Dor por mais de 3 meses: () Sim () Não

Na sua opinião, esse paciente tem diagnóstico de Fibromialgia?

- () Sim () Não

3) Situação Profissional

- () Empregado
- () Desempregado
- () Informal
- () Aposentado por Invalidez
- () Aposentado por Tempo de Serviço
- () Do Lar

4) Recebe auxílio doença (afastamento temporário)?

- () Sim () Não

5) Renda familiar mensal:

- () < 01 Salário mínimo
- () 01 A 03 Salários mínimos
- () 04 A 07 Salários mínimos

- () 07 A 10 Salários mínimos
- () >10 Salários mínimos

6) Há quanto tempo você tem dor?

- () <1 ano
- () 01 A 03 anos
- () 03 A 05 anos
- () 05 A 10 anos
- () > 10 anos

7) Você tem alguma outra doença?

- () Diabetes Mellitus
- () Hipertensão Arterial
- () Doença de Tireoide
- () Doença Cardiovascular (AVC, Angina)
- () Lombalgia
- () Osteoartrite
- () Artrite Reunatoide
- () Colagenoses
- () Lesões de Partes Moles
- () Nenhuma das respostas acima
- () Outras_____

ANEXO 1 – ÍNDICE DE FIBROMIALGIA – IF

1) Índice de dor generalizada:

Assinale as áreas onde sentiu dor na última semana.

Local	Sim	Não	Local	Sim	Não
Mandíbula E			Mandíbula D		
Ombro E			Ombro D		
Antebraço E			Antebraço D		
Quadril E			Quadril D		
Coxa E			Coxa D		
Perna E			Perna D		
Coluna Cervical			Coluna Dorsal		
Tórax anterior			Coluna Lombar		
Abdome					

Total: ____ O resultado será a soma do número de áreas assinaladas.

2) Escala de gravidade de sintomas:

Assinale o número correspondente à intensidade ou à quantidade dos sintomas que sentiu na última semana, conforme as escalas descritas a seguir.

Fadiga (cansaço ao realizar atividades)	Não sentiu 0	Sentiu em nível leve 1	Sentiu em nível moderado 2	Sentiu em nível grave 3
Sono não reparador (acordar cansado)	Não sentiu 0	Sentiu em nível leve 1	Sentiu em nível moderado 2	Sentiu em nível grave 3
Sintomas cognitivos (dificuldade de memória e concentração)	Não sentiu 0	Sentiu em nível leve 1	Sentiu em nível moderado 2	Sentiu em nível grave 3
Dor abdominal, depressão, cefaleia	Nenhum sintoma presente 0	Um sintoma 1	Dois sintomas 2	Três sintomas 3

Total: ____ O resultado será a soma dos níveis assinalados

Para cada uma das 10 questões abaixo, marque o grau de intensidade dos seus sintomas de fibromialgia, nos últimos 7 dias:

4) Intensidade da dor:

[illegible]

5) Grau de disposição:

[illegible]

6) Rigidez:

[illegible]

7) Qualidade do sono:

[illegible]

8) Grau de depressão (tristeza):

[illegible]

ANEXO 3 - PATIENT HEALTHY QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Nome _____

Data: / /

Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado (a) por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “pra baixo”, deprimido ou sem perspectivas	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se senti mal consigo mesmo – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado ou inquieto que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto	0	1	2	3
	Soma = 0 + + + _____			
	Valor total =			
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas				
Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade	

ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO DE DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA – GAD 7

Nome _____

Data: / /

Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado (a) por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Todos os dias
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou muito tenso	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado que se torna difícil permanecer sentado	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido ou irritado	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3