

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Centro de Educação (CE)

Pós-graduação em Ciências das Religiões (PPGCR)

Linha: Espiritualidade e Saúde

José Eudes Gomes Pinheiro Júnior

Atitude religiosa, depressão e percepção da dor em pacientes com fibromialgia: um estudo à luz do sentido da vida

2015

Universidade Federal da Paraíba

Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões

José Eudes Gomes Pinheiro Júnior

Atitude religiosa, depressão e percepção da dor em pacientes com fibromialgia: um estudo à luz do sentido da vida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências das Religiões, na linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino

Co-orientadora: Profa. Dra. Alessandra Sousa Braz Caldas de Andrade

João Pessoa – PB

2015

P654a Pinheiro Júnior, José Eudes Gomes.
Atitude religiosa, depressão e percepção da dor em
pacientes com fibromialgia: um estudo à luz do sentido da vida/
Eudes Gomes Pinheiro Júnior.- João Pessoa, 2015.
88f.
Orientador: Thiago Antonio Avellar de Aquino
Coorientadora: Alessandra Sousa Braz Caldas de Andrade
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE
1. Ciências das religiões. 2. Espiritualidade e saúde.
3. Pacientes com fibromialgia - percepção da dor - depressão -
religiosidade. 4. Espiritualidade - relevância. 5. Teoria da
Noopsicossomática.

UFPB/BC

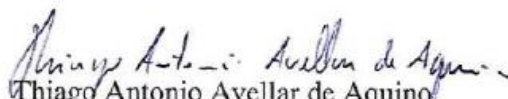
CDU: 279.224(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

*“ATTITUDE RELIGIOSA, DEPRESSÃO E PERCEPÇÃO DA DOR EM PACIENTES
COM FIBROMIALGIA: UM ESTUDO A LUZ DO SENTIDO DA VIDA”*

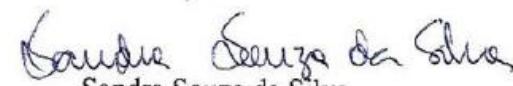
José Eudes Gomes Pinheiro Junior

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:


Thiago Antonio Avellar de Aquino
(Orientador/PPGCR/UFPB)


Shirley de Souza Silva Simeão
(membro-externo/ FAFIRE)


Alessandra Sousa Braz Caldas de Andrade
(membro-interno/ UFPB)


Sandra Souza da Silva
(membro-interno/PPGCR/ UFPB)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus que permitiu a minha vida e a realização de tudo que existe nela.

Agradeço a minha tia, que sempre acreditou no meu potencial e muitas vezes abdicou de suas vontades para me possibilitar a realização deste sonho.

Aos Professores, Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino e Dr^a Alessandra Sousa Braz Caldas de Andrade, que compartilharam comigo seus conhecimentos e depositaram muita dedicação e paciência na realização deste estudo.

À duas grandes colaboradoras na pesquisa, as acadêmicas de Medicina, Germana e Marina que foram fundamentais durante a coleta de dados.

À minha irmã que sempre me apoiou e acompanha minha trajetória acadêmica.

Aos meus amigos Barbara Pedrosa, Caroline Barros, Luciana Dantas, Samara Farias, Antônio Junior, Cleyton Feitosa, Roberto Jefferson, Rodrigo Viana, Marcos André, Geísa Dias, Félix Júnior que compartilharam muitos momentos comigo nos últimos anos.

Às amigas Wanderlânia Moura e Vivianne Marie que conheci durante o mestrado e com as quais aprendi muito.

Agradeço a todos que em algum momento e de alguma forma contribuíram na minha caminhada.

Muito Obrigado!

VII

SOLTA A alegria! Que fique desatada!
Esquece a ânsia que róí o coração.
Tanta doença foi assim curada!
A vida é uma presa, vai-te a ela!
Pois é bem curta a sua duração.

E mesmo que tua vida acaso fosse
De mil anos plenos já composta
Mal se poderia dizer que fora longa.
Que seres triste não seja a tua aposta
Pois que o alaúde e fresco vinho
Te aguardam na beira do caminho.

Que os cuidados não sejam de ti donos
Se a taça for espada brilhante em tua mão.
Da sabedoria só colherás a turbação
Cravada no mais fundo do teu ser
É que, de entre todos, o mais sábio
É aquele que não cuida de saber.

Lista de figuras

Figura 1: Representação da busca de sentido segundo Viktor Frankl (Adaptado de Frankl, 2011 p. 50)

Figura 2: Representação da Ontologia Dimensional Humana (Adaptado de Frankl, 2012, p63)

Figura 3: Primeira e segunda lei da Ontologia Dimensional de Frankl (Adaptado de Frankl, 2012, p.64)

Figura 4: Modelo teórico explicativo sobre a noopsicossomática em pacientes com fibromialgia

Lista de tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pacientes com fibromialgia (n=100)

Tabela 2: Índice de dor generalizada- *widespread pain index-WPI* (Critério Diagnóstico de Fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia – 2010) referido pelos pacientes com fibromialgia (n=100)

Tabela 3: Escala de Gravidade dos Sintomas - *symptom severity* – SS (Critério Diagnóstico de Fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia – 2010) referida pelos pacientes com fibromialgia (n=100)

Tabela 4: Domínios do Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) apresentados em pacientes com fibromialgia (n=100)

Tabela 5: Domínios da Escala de Atitude Religiosa (EAR – 20) de pacientes com fibromialgia (n=100)

Tabela 7: Nível de depressão a partir do Inventário de Depressão de Beck II – (BDI- II) apresentado em pacientes com fibromialgia (n=100)

Tabela 8: Intensidade da dor avaliada pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia em 100 participantes

Tabela 9: Domínios do Questionário de Sentido de Vida (QSV) de pacientes com fibromialgia (n=100)

Tabela 10: Valores das correlações entre as variáveis do estudo (coeficiente de *Pearson*)

Lista de abreviaturas

5- HT: 5 –hidroxitriptamina

ACR: Colégio Americano de Reumatologia

BDI – II: Inventário de Depressão de Beck II

CNS: Conselho Nacional de Saúde

EAR - 20: Escala de Atitude Religiosa

FM: Fibromialgia

IASP –International Association for the Study of Pain

OMS: Organização Mundial de Saúde

QIF: Questionário de Impacto da Fibromialgia

QV: Qualidade de vida

QSV: Questionário de Sentido de Vida

SP: Substância P

SS: symptom severity Scale

SPSS: Statistical Package for Social Science Statistical

TCC: Terapia cognitivo-comportamental

WPI: widespread pain index

Atitude religiosa, depressão e percepção da dor em pacientes com fibromialgia: um estudo à luz do sentido da vida

Resumo

O presente estudo tem como objetivo compreender em que medida os níveis de sentido de vida, de religiosidade, de depressão e de percepção da dor estão associados em pacientes com fibromialgia. A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Fisioterapia e Reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) com uma amostra de 100 pacientes do sexo feminino, portadoras da síndrome de fibromialgia e com a média de idade de 47,82 anos ($dp=6,24$) e amplitude de 18 a 59 anos. Inicialmente, foi realizada confirmação diagnóstica de fibromialgia utilizando os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 2010 e 1990. Em seguida, os pacientes responderam a um conjunto de questionários: Sociodemográfico, a Escala de Atitude Religiosa (EAR – 20), o Questionário de Sentido de Vida (QSV), o Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI – II). Os resultados demonstraram que a amostra possuía uma média de 15,01 *tender points* ao exame. Ao aplicar os critérios do ACR de 2010, o Índice de Dor Generalizada (IDG) e a Escala de Gravidade de Sintomas (EGS) apresentaram uma média de 11,56 ($dp=2,76$) e 9,32 ($dp=1,62$), respectivamente. Os resultados apontaram uma associação da Capacidade Funcional com a Corporeidade Religiosa, o IDG se associou negativamente com a Presença de Sentido, já o Inventário de Depressão de Beck se correlacionou positivamente com o IDG e com a EGS. Além disso, foi testado um modelo explicativo teórico embasado na teoria da noopsicossomática de Viktor Frankl, os índices obtidos sugeriram a pertinência um modelo estatisticamente significativo para a amostra em questão [$\chi^2/gf=1,10$; GFI=0,99; AGFI=0,94; CFI=0,99 e RMSEA=0,03 (IC90%=0,00-0,18), $P_{close}=0,45$]. Os resultados foram discutidos à luz da noopsicossomática de Viktor Frankl, considerando a relevância do sentido de vida como também e da expressão da religiosidade para percepção da dor. O estudo contribui para um melhor entendimento sobre a influência da religiosidade e do sentido de vida em pacientes com fibromialgia.

Palavras-chave: Fibromialgia, Religiosidade, Espiritualidade, Depressão, Dor, Noopsicossomática

ABSTRACT

Religious attitude, depression and perception of pain in patients with fibromyalgia: a study in the light of the meaning of life

This study aims to understand the extent to which levels of meaning of life, religion, depression and perception of pain are associated in patients with fibromyalgia. The research was conducted in Physiotherapy and Rheumatology Department of the University Hospital Lauro Wanderley (HULW) with a sample of 100 female patients suffering from fibromyalgia syndrome and the mean age was 47.82 years (SD = 6.24) and range 18-59 years. Initially, we performed diagnostic confirmation of fibromyalgia using the American College of Rheumatology (ACR) 2010 and 1990. Then the patients answered a set of questionnaires: Sociodemographic, Religious Attitude Scale (RAS - 20), the Meaning of Life Questionnaire (MLQ), the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) and the Beck Depression Inventory II (BDI - II). The results showed that the sample had an average of 15.01 tender points upon examination. In applying the 2010 ACR criteria Widespread Pain Index (WPI) and the Symptom Severity Scale (SS) showed an average of 11.56 (SD = 2.76) and 9.32 (SD = 1, 62), respectively. The results showed a Functional Capacity association with Embodiment Religious, the Widespread Pain Index (WPI) was negatively associated with the sense of presence, as the BDI-II was positively correlated with the WPI and with the SS. In addition, it tested a theoretical explanatory model grounded in the theory of Viktor Frankl noopsicossomática, the obtained indices suggested the relevance statistically significant model for the sample in question [$\chi^2 / gl = 1.10$; GFI = 0.99; AGFI = 0.94; CFI = 0.99 and RMSEA = 0.03 (90% CI = 0.00 to 0.18), $p_{close} = 0.45$]. The results were discussed based on noopsicossomática Viktor Frankl, considering the relevance of the meaning of life but also of religion and expression for pain perception. The study contributes to a Better understanding of the influence of religion and the meaning of life in patients with fibromyalgia

Keywords: Fibromyalgia, Religiosity, Spirituality, Depression, Pain, Noopsicossomática

Sumário

	Página
Introdução	12
1. Fibromialgia	15
1.1. Definição	15
1.2. Epidemiologia	16
1.3. Patogenia	16
1.4. Critérios diagnósticos/classificatórios	17
1.5. Tratamento	18
1.6. A qualidade de vida em pacientes com fibromialgia	24
1.7. A depressão em pacientes com fibromialgia	26
1.8. A percepção da dor em doentes com doenças crônicas	28
2. Religiosidade e saúde	32
2.1. Estudos empíricos	34
3. Sentido de vida	36
4. Ontologia Dimensional	40
5. Modelo de interação da noopsicossomática em pacientes com fibromialgia sob a ótica de Viktor Frankl	43
6. Método e casuística	45
6.1 Local do estudo	45
6.2 Desenho do estudo	45
6.3 Participantes	45
6.4 Amostra	46
6.5 Instrumentos	47
6.6 Procedimentos éticos	49
6.7 Procedimentos de coleta	50
6.8 Procedimentos para análise de dados	50
7. Resultados	52

8. Discussão	59
9. Considerações finais	63
Referências	65
Anexos	79

Introdução

O novo conceito de saúde (estado de bem estar biopsicossocial e espiritual) tem incentivado pesquisas que investigam a influência positiva da religiosidade na saúde, diferente de outrora. Tais pesquisas buscam compreender o impacto de comportamentos religiosos e de crenças religiosas com o ser humano e sua saúde física, mental e suas relações (FARIA *et al.*, 2005; SALGADO *et al.*, 2008).

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos desta (MERKEY e BOGDUK, 1994). Ela é considerada crônica quando persiste por mais de três meses e constitui um dos problemas de saúde mais importantes na atualidade no Brasil e no mundo, e a principal causa de incapacidade física e funcional de pacientes afastados do trabalho devido a quadros álgicos (TEIXEIRA e YENG, 2008). Um dos principais exemplos de patologia que cursa com dor crônica é a fibromialgia (WOLFE *et al.*, 1990).

De acordo com Angerami-Camon (2012), a Medicina tem se preocupado em compreender a subjetividade dos indivíduos na tentativa de contemplar questões negligenciadas pela objetividade como o sofrimento. Segundo o autor, a concepção da fibromialgia demonstra que a medicina tem procurado compreender a subjetividade do portador e a sua dor.

Na prática dos profissionais de saúde é possível perceber que pacientes com fibromialgia relatam grande sofrimento e depositam esperanças nas suas crenças religiosas e na espiritualidade (CARQUEJA, 2008). Dessa forma, a religião pode ser considerada um suporte social, pois ajuda pessoas a lidar com problemas de saúde. Muitos indivíduos portadores da fibromialgia utilizam suas crenças religiosas para o enfrentamento da doença (*coping* religioso) (KOENING, 2008).

A espiritualidade tem sido considerada um importante fator na assistência à saúde. O ser humano está constantemente em busca de significado em sua vida e muitos indivíduos que tem a experiência de dor persistente relatam que buscam na religião ou na espiritualidade meios de suportar a dor (WACHHOLTZ e KEEFE, 2006). Ademais, pesquisadores tem procurado compreender como os comportamentos religiosos e

crenças religiosas se relacionam com a saúde física e mental (FARIA *et al.*, 2005; SALGADO *et al.*, 2008).

A fibromialgia é uma doença em que o paciente apresenta dor generalizada pelo corpo (em ambos os lados do corpo). A presença da dor provoca efeitos desagradáveis no indivíduo e representa um desafio ao portador e aos profissionais de saúde (JAHAN *et al.*, 2012). Assim, é possível perceber que quando o paciente se depara com a possibilidade de não ser curado ou entra em contato com a própria finitude há o desencadeamento de sofrimentos que ultrapassam os conhecimentos da fisiologia médica (ANGERAMI-CAMON, 2012).

Tendo em conta as considerações supracitadas, o estudo em questão tem como objetivo central compreender em que medida os níveis de sentido de vida, de religiosidade, de depressão e de percepção da dor estão associados em pacientes com fibromialgia.

O estudo tem com objetivos específicos identificar os níveis de Atitude Religiosa, percepção da dor, depressão e sentido de vida em pacientes com fibromialgia como também analisar as correlações entre as variáveis: Escala Visual Analógica da Dor, Atitude Religiosa, Questionário de Sentido de Vida (presença e busca de sentido), Inventário de Depressão de Beck II e o critério diagnóstico de Fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia de 1990 e 2010 (Índice de Dor Generalizada e Escala de Severidade dos Sintomas).

O primeiro capítulo trata da fibromialgia como condição clínica e de complicações e repercussões como a depressão, a qualidade de vida e a percepção da dor no portador de fibromialgia. O segundo capítulo apresenta conceitos importantes sobre religiosidade, a atitude religiosa e alguns estudos atuais sobre o tema. O terceiro capítulo apresenta as bases do pensamento de Viktor Emil Frankl sobre a busca pelo sentido como necessidade do ser humano e como psicoterapia (logoterapia). O quarto capítulo apresenta o entendimento de Viktor Frankl sobre a constituição do ser humano e sua distinção dos demais seres que o autor chamou de ontologia dimensional. O capítulo cinco apresenta a metodologia utilizada no estudo. O sexto capítulo expõe os resultados encontrados no presente estudo e o sétimo capítulo trata do debate entre os

resultados encontrados e a literatura científica sobre o assunto. O oitavo capítulo aborda as considerações e inferências conclusivas sobre a análise realizada.

1. Fibromialgia (FM)

1.1 Definição

A fibromialgia é uma síndrome complexa, não inflamatória, de etiologia desconhecida, que se manifesta no sistema musculoesquelético, por meio de dor difusa e crônica, presença de pontos hipersensíveis (*tender points*). No paciente com fibromialgia é comum a presença de sintomas psicossomáticos como cefaleia tensional, rigidez muscular, sensação de formigamento, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, síndrome do intestino irritável, dor pélvica, síndrome da bexiga dolorosa, prostatite crônica, disfunção temporomandibular e transtornos de humor que necessitam também ser tratados. Além disso, o paciente com fibromialgia pode apresentar alterações relacionadas à cognição como dificuldade de concentração (LIPHAUS *et al.*, 2001; SHAVER, 2004; MARTINEZ *et al.*, 2006; ARNOLD *et al.*, 2011; SAUER *et al.*, 2011).

1.2 Epidemiologia

A fibromialgia atinge 3% da população com uma prevalência maior no sexo feminino como demonstrada o estudo de Kalichman *et al.* (2009). Ellingson *et al.* (2012) relataram que há uma prevalência de 8% em mulheres com idades entre 55 e 64 anos e 1% da doença em mulheres entre 18 e 30 anos.

Branco *et al.* (2009) realizaram um estudo sobre a prevalência da fibromialgia em cinco países europeus (França, Alemanha, Portugal, Itália e Espanha) e chegou a valores de prevalência entre 2,9% e 4,7% na população geral. Nos Estados Unidos a taxa de prevalência da doença varia entre 6% e 15%, sendo cinco vezes mais incidente em mulheres que em homens. A quantidade de novos diagnósticos da doença varia entre 10% e 20% nos serviços especializados de reumatologia (JAHAN *et al.*, 2012).

Em um estudo realizado por Teixeira *et al.* (2001) na cidade de São Paulo (SP), com 485 doentes com condições álgicas de difícil controle de ambos os sexos e idade, média de 47,5 anos, foi observado 21,9% (106) de pacientes com fibromialgia.

De acordo com Assumpção *et al.* (2009), a fibromialgia representa uma doença reumatológica frequente nos serviços de saúde, correspondendo a 7% das consultas primárias e impondo gastos significativos. Além disso, o autor chegou a valores de prevalência de 4,4% na população em geral após realizar um estudo com 768 participantes na região metropolitana de São Paulo. Ao final do estudo foram identificados 19 portadores de fibromialgia, sendo todos do sexo feminino com idade média de 50,8 anos.

1.3 Patogenia

Para Branco (2010), vários fatores estão relacionados ao surgimento da fibromialgia. Existem evidências sobre a predisposição genética, uma vez que parentes em primeiro grau dos portadores da patologia têm oito vezes mais chances de desenvolver a doença, quando comparados com indivíduos com artrite reumatoide, por exemplo.

Segundo Tommaso (2012), as causas da fibromialgia ainda são pouco conhecidas. Estudos levantam a hipótese de que há permanente excitação dos neurônios de transmissão da dor no sistema nervoso central. Os pacientes podem apresentar alodinia ou dor evocada que corresponde a uma dor desencadeada por estímulos normalmente não dolorosos. Alterações periféricas musculares ou em nível cutâneo induzem um aumento na entrada nociva e maior recrutamento de fibras C e fibras sensoriais.

Segundo Gell (2012), a fibromialgia envolve uma desregulação na fisiologia do sono e modulação da dor no sistema nervoso central. Alterações no metabolismo central da serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT) que funciona como mediador químico do sono profundo e percepção da dor têm sido investigados em pacientes com fibromialgia. Estudos têm demonstrado baixos níveis de triptofano no soro e no plasma. O triptofano é um precursor da serotonina (5-HT). Há uma relação inversa entre os níveis de serotonina e a intensidade da dor músculo-esquelética (YUNUS *et al.*, 1992; HENRIKSSON, 1994; NEECK *et al.*, 1994). Nesses pacientes há uma desregulação das vias inibitórias de dor descendentes (mediada em parte pela 5-HT) o que contribui para maior sensibilização álgica (BRANCO, 2010).

Aliado a isso, há estudos demonstrando que os portadores de fibromialgia apresentam níveis líquidos elevados de substância P, tal fato indicaria uma atividade cerebral anormal (MEEUS *et al.*, 2007). A substância P é um neurotransmissor relacionado diretamente com a diminuição do limiar de excitação sináptica. Este facilita a hiperalgesia e a sensibilização central (BRANCO, 2010).

A substância P (SP) é um undecapeptídeo da família das taquicininas. Atualmente existem três tipos de receptores de taquicininas identificados (NK 1, 2 e 3). A SP é o principal endógeno de ligação com o receptor de neuroquinina 1 (NK1). O receptor NK1 é amplamente distribuído no sistema nervoso central e periférico; é bastante encontrado no corpo estriado, amígdala, córtex cerebral, hipotálamo, mesencéfalo e corno dorsal da medula espinhal. A SP e o receptor NK1 estão envolvidos em inúmeras funções como ansiedade, transmissão da dor e processos inflamatórios. A administração intratecal de SP produz hiperalgesia (PARENTI *et al.*, 2012).

1.4 Critérios diagnósticos / classificatórios

Segundo Arnold *et al.*, (2011), o diagnóstico da Fibromialgia favorece um melhor gerenciamento da doença. Apesar da utilização de critérios para classificar / diagnosticar a doença, é necessário um tempo significativo para tal, mas isso não deve representar um obstáculo. O diagnóstico de fibromialgia não é realizado a partir de critérios de exclusão, mas sim através da identificação de dados clínicos próprios da patologia em questão. Após um correto diagnóstico, é importante iniciar o tratamento o mais rápido possível.

O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) definiu critérios de classificação/diagnóstico da fibromialgia em 1990. Tais critérios incluem: dor difusa pelo corpo acima e abaixo da cintura e em ambos os lados do corpo por pelo menos três meses; dor em pelo menos 11 de 18 pontos hipersensíveis(*tender points*) por digitopressão de aproximadamente 4kg/cm² (WOLFE *et al.*, 1990; ELLINGSON *et al.*, 2012; TOMMASO, 2012;).

Em 2010, o Colégio Americano de Reumatologia revisou os critérios preliminares para o diagnóstico da doença através de um estudo multicêntrico com 829

indivíduos. O novo critério envolve outros sintomas além da dor difusa considerada pelos critérios de 1990. Tais critérios permitem definir a gravidade e graus de acometimento. Os critérios de 2010 incluem: um índice de dor generalizada (*widespread pain index-WPI*) em diferentes partes do corpo (19 partes) durante os últimos 7 dias; uma escala de pontuação da gravidade de sintomas (*symptom severity - SS*) que envolve o somatório da gravidade de sintomas como sono, sintomas cognitivos e sintomas somáticos (cefaleia, dor abdominal, fraqueza muscular, queda de cabelo, visão turva, falta de ar, dor muscular, dificuldade de audição, outros) e a extensão dos sintomas somáticos.

Segundo os critérios de 2010, o paciente tem o diagnóstico da Fibromialgia quando preenche os seguintes critérios: 1- índice de dor generalizada – IDG (*widespread pain index-WPI*) maior ou maior igual sete e escala de severidade de sintomas – ESS (*symptom severity - SS*) maior ou maior igual a cinco, ou IDG entre três e seis com ESS maior que nove; 2- os sintomas presentes em nível constante por pelo menos três meses; 3- ausência de alteração que explique a causa da dor que não seja relacionada a fibromialgia (WOLFE *et al.*, 2010).

1.5 Tratamento

Estudos atuais mostram que o tratamento de portadores de fibromialgia deve ser multidisciplinar, envolvendo intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O uso de antidepressivos, exercícios físicos e terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado eficácia dos sintomas relacionados à fibromialgia. Atividades físicas e exercícios terapêuticos melhoram a qualidade de vida, a capacidade física e reduzem os sintomas da fibromialgia (SAUER *et al.*, 2011).

1.5.1 Tratamento não medicamentoso

A prática de exercícios como caminhada, hidroterapia e bicicleta ergométrica melhoram o condicionamento muscular e favorecem um sono restaurador e aumento das endorfinas no sistema nervoso central (MOSMANN *et al.*, 2006). Segundo Braz *et al.* (2011), um programa de exercícios físicos, especialmente os aeróbicos com pouca carga e de baixo impacto como hidroginástica e dança, pode reduzir a sintomatologia dos portadores de fibromialgia.

Evick *et al.* (2008) realizaram um estudo com 63 portadores de fibromialgia. No estudo os pacientes foram alocados em dois grupos, um grupo realizou exercícios em água aquecida e o outro realizou exercícios em domicílio. Os dois grupos realizaram o tratamento com uma frequência de três vezes por semana e uma duração de três semanas. Os indivíduos foram avaliados com o questionário de impacto da fibromialgia, inventário de depressão de Beck, escala visual analógica da dor e quantidade de pontos dolorosos. Foi evidenciada redução da dor em ambos os grupos, a melhora foi mais evidente no grupo que realizou exercícios na água aquecida com uma redução de até 40%, que perdurou até a 24ª semana. O estudo evidenciou uma melhora mais expressiva do grupo que realizou exercícios em água aquecida, também dos parâmetros relacionados à depressão avaliados pelo inventário de depressão de Beck. (EVICK *et al.*, 2008)

Entre as terapias não medicamentosas, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) tem produzido resultados importantes no combate à dor (DIAS, 2003). A TENS é um método de produzir alívio de dor pela aplicação de uma onda retangular bifásica de pulso, por meio de eletrodos na pele. Esta modalidade tem sido utilizada tanto para o alívio da dor aguda quanto crônica há anos. A TENS de baixa frequência ou acupuntural (1- 4Hz) atua na redução da dor por mecanismos diferentes da TENS de alta frequência (LÖFGREN *et al.*, 2009).

Em um estudo randomizado realizado por Deluze *et al.* (1992) com 70 pacientes (54 mulheres), pretendeu-se demonstrar a eficácia da TENS de baixa frequência ou acupuntural (1-99Hz) em pacientes com fibromialgia. O grupo que recebeu a TENS durante três semanas, sendo duas intervenções semanais, mostrou uma melhora significativa na sintomatologia dolorosa em cinco dos oito parâmetros avaliados.

Ang *et al.* (2013) realizaram um estudo randomizado duplo-cego combinando a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e o medicamento milnacipran (antidepressivo) em 67 pacientes com fibromialgia durante 21 semanas entre 2010 e 2011. Os participantes foram divididos em três grupos (milnacipran e TCC; TCC e placebo; Milnacipran e educação). Durante o estudo os participantes continuaram a fazer uso de seus medicamentos de rotina (anticonvulsivantes, opiáceos, relaxantes musculares e anti-inflamatórios não-esteróides) e não realizar fisioterapia ou protocolo

de exercícios. Os participantes foram convidados a não fazer uso de medicamentos como paracetamol e anti-inflamatórios não esteroidais horas antes das avaliações.

Os participantes tiveram sua função física avaliada pelo *The Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) Physical Functioning (PF)*, a intensidade da dor semanal, o impacto da doença pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF), a depressão pela escala *The Patient Health Questionnaire 8-item (PHQ-8)* e a sensibilidade dolorosa através da compressão com sequência aleatória com pressão variável por um dispositivo de borracha de 1cm². Da amostra inicial, 86% preenchiaram os critérios de inclusão e 49% concluíram o estudo. O estudo demonstrou que os indivíduos submetidos à terapia combinada (milnacipran e TCC) tiveram resultados de sua função física três vezes melhor que no grupo milnacipran e placebo. Os participantes da terapia combinada (milnacipran e TCC) e do grupo milnacipran (Milnacipran e educação) apresentaram menos sensibilidade a estímulos dolorosos comparados com o grupo submetido à TCC e placebo.

Um estudo realizado por Fernández (2011), no serviço de Reumatologia do Hospital Geral de Ciudad Real com 30 sujeitos, objetivou avaliar a psicoterapia em pacientes com fibromialgia. Os participantes foram entrevistados e questionados sobre a intervenção psicoterapêutica ou psiquiátrica e sobre o tratamento medicamentoso que faziam. As variáveis avaliadas foram a dificuldade de expressão, sintomas somáticos, depressão, transtorno de personalidade, dor, saúde referida, incapacidade e apoio social. Os resultados demonstraram que os pacientes que realizam psicoterapia apresentavam mais sintomas somáticos, depressão e incapacidade. O estudo aponta para importância de uma intervenção multidisciplinar.

Brasio *et al.* (2003) realizaram um estudo de intervenção psicoterapêutica com 21 pacientes com fibromialgia. O estudo foi realizado no ambulatório de Reumatologia de um Hospital Universitário localizado no interior do estado de São Paulo. O objetivo do estudo foi comparar três formas de intervenções psicoterapêuticas. Os pacientes foram submetidos a relaxamento progressivo, treino de controle do stress e reestruturação cognitiva divididos em diferentes grupos. As técnicas foram aplicadas em oito encontros semanais de 90 minutos de duração. Na pesquisa a Escala Analógica Visual, o Inventário de Sintomas de *Stress*, o Levantamento de Crenças Irracionais, o

levantamento do Nível de Assertividade e a Escala de Ansiedade e Depressão foram utilizados como instrumentos de avaliação antes e após intervenção. Os resultados demonstraram que apesar de nenhuma das técnicas terem reduzido a percepção da dor, houve resultado significativo na redução da ansiedade, depressão, nível de estresse e assertividade.

Segundo Martins (2007), o tratamento psicoterapêutico deve abordar vivências traumáticas, conflitos familiares, significado da dor, a dependência e a submissão, a esquiva interpessoal, a catastrofização, a auto-avaliação negativa, a sensação de raiva e revolta, a frustração, a culpa, a angústia, o medo, a falta de esperança e as relações coercitivas. O autor realizou um estudo do tipo investigação participativa com cinco portadores de fibromialgia do sexo feminino com idades entre 45 e 52 anos da rede pública de Goiânia (GO). Os participantes foram acompanhados na Clínica Escola da Universidade Católica de Goiás, e o estudo foi dividido em três fases: fase I (dois encontros individuais com entrevista semi-estruturada e esclarecimentos), fase II (12 encontros em grupo com duração de 90 minutos) e fase III (reaplicação da entrevista semi-estruturada). O autor concluiu que o tratamento psicoterapêutico não deve trabalhar elementos isolados, deve favorecer a esperança, autoconsciência, autonomia e assertividade de forma a contemplar a vida do paciente em sua totalidade.

1.5.2 Tratamento medicamentoso

A intervenção medicamentosa inclui especialmente relaxantes musculares, antidepressivos, moduladores dos canais de cálcio e analgésicos, no entanto pacientes tem buscado terapias alternativas e complementares muitas vezes devido aos efeitos colaterais da intervenção farmacológica (BRAZ *et al.*, 2011).

O cloridrato de amitripilina é um medicamento antidepressivo de efeito misto, não seletivo, serotoninérgico e noradrenérgico e desencadeia efeito analgésico sobre a dor miofascial através da redução do estímulo doloroso. Tem sido utilizado na cefaleia tensional e enxaqueca nos pacientes com fibromialgia (TOMMASO, 2012).

O milnacipran (cloridrato de milnaciprano) é um medicamento usado no tratamento da fibromialgia aprovado pelo *U.S. Food and Drug Administration* (FDA)

em 2009. A ação do medicamento ainda não é totalmente conhecida e acredita-se que o mesmo seja capaz de melhorar a neurotransmissão noradrenérgica e serotoninérgica (antidepressivo dual). Os efeitos são a redução da dor e dos sintomas (ARNOLD *et al.*, 2010).

Foi realizado um estudo por Matthey *et al* (2013) sobre a ação do milnacipran em um ensaio clínico randomizado e duplo-cego, controlado com placebo em pacientes com fibromialgia. Durante sete semanas, 38 mulheres com fibromialgia foram submetidas a doses diárias de milnacipran em doses de 100,150 e 200 mg/dia e 39 receberam placebo. No estudo foram avaliados a intensidade da dor, o impacto da fibromialgia, a depressão, a ansiedade, o sono, a qualidade de vida e própria impressão do paciente de mudanças (*Patient's Global Impression of Change-PGIC*). Os resultados demonstraram que a analgesia provocada no paciente foi independente do seu estado emocional e quanto maior a dose, maior foi a redução da dor.

O cloridrato de duloxetina ou Duloxetina é um inibidor dual da recaptação de serotonina e noradrenalina aprovado em 2004 pelo FDA para o tratamento da FM (WRIGHT *et al.*, 2011). Arnold *et al.* (2005) realizaram um estudo randomizado, duplo-cego e controlado com placebo em 354 pacientes portadores de fibromialgia com e sem depressão durante 12 semanas. O estudo analisou a dosagem segura de cloridrato de duloxetina e utilizou Questionário de Impacto da Fibromialgia, o Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory*), a Impressão Clínica Global de Severidade, a Impressão Global de Melhora e outros instrumentos de qualidade de vida. Os pacientes foram alocados em três grupos: o placebo (n=120), pacientes com depressão maior com uma dose diária de 60 mg de duloxetina (n=118) e um grupo que recebeu duloxetina duas doses de 60 mg vezes ao dia (n=116). Os resultados demonstraram que ambos os grupos que receberam duloxetina tiveram redução da dor independente da presença da depressão maior não apresentando diferenças significativas em relação a dose.

Drogas com ação anticonvulsivante têm sido estudadas e utilizadas no tratamento de pacientes com fibromialgia. O topiramato tem sido utilizado na prevenção de enxaquecas, e a pregabalina é bastante indicada, pois modula a entrada de cálcio. A redução do aporte intracelular de cálcio promove redução da transmissão nociceptiva em portadores de fibromialgia (TOMMASO, 2012).

A pregabalina atua inibindo a liberação de neurotransmissores como a substância P e o glutamato. Trata-se de um $\alpha_2\delta$ ligante modulador da entrada de cálcio capaz de reduzir a excitação. O medicamento em questão é capaz de reduzir a dor e melhorar o sono em pacientes com fibromialgia. É importante que os pacientes que são tratados com pregabalina sejam constantemente acompanhados devido ao risco de desenvolvimento de depressão e o surgimento de pensamentos suicidas (BOOMERSHINE, 2010).

Há evidências que o tramadol (cloridrato de tramadol), fármaco de ação central em receptores μ opioides, seja eficaz na redução da dor de pacientes com fibromialgia. (SHAVER, 2004). Russel *et al.* (2000), realizaram um estudo com uma amostra de 100 portadores de fibromialgia que receberam entre 50 e 400mg/dia de tramadol. Da amostra inicial 69% tolerou bem o medicamento e foi dividida em dois grupos: placebo (n=34) e tramadol (n=35) por seis semanas. Os resultados demonstraram que o grupo que recebeu tramadol apresentou resultados significativos ($p < 0,001$) de redução da dor em comparação com o grupo placebo.

1.5.3 Tratamento alternativo/complementar

Entre as terapias alternativas estudadas em pacientes com fibromialgia, a acupuntura tem demonstrado resultados satisfatórios, embora haja deficiências metodológicas em alguns estudos importantes. Faz-se necessário o aumento de pesquisas controladas sobre a dosagem da acupuntura nos pacientes com fibromialgia (BRAZ *et al.*, 2011).

Braz *et al.* (2013) demonstraram eficácia do extrato de *Panax ginseng* na sintomatologia dolorosa em pacientes com fibromialgia na cidade de João Pessoa (PB). O *Panax ginseng* é uma erva fitoterápica usada há muitos anos e em sua composição é encontrada ginsenosídeos. O *P. ginseng* tem sido usado em estudos clínicos que investigam suas ações na dor crônica. O referido estudo foi do tipo randomizado, duplo-cego, placebo-controlado. A pesquisa foi realizada durante 12 semanas com 38 pacientes com fibromialgia divididos em três grupos. Um grupo (n=13) foi submetido à intervenção medicamentosa com amitriplina, um segundo grupo (n=12) foi submetido à intervenção com extrato de *P. ginseng* e um terceiro grupo (n=13) recebeu intervenção

placebo. Os resultados demonstraram redução da dor, da fadiga e melhoria do sono e qualidade de vida no pacientes submetidos à *P. ginseng*, mas não houve diferenças significativas entre os grupos. O estudo aponta pra necessidade de mais pesquisas envolvendo a eficácia dos fitoterápicos nos pacientes com fibromialgia.

1.6 A qualidade de vida (QV) em pacientes com fibromialgia

O termo “qualidade de vida” foi usado pela primeira vez em 1964 pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Jonhson e desde então vem ganhando destaque nas pesquisas com humanos (MONTEIRO *et al.*, 2010).

Não há uma definição exata sobre Qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Qualidade de vida (QV) como a própria percepção dos indivíduos sobre sua vida no contexto cultural, dos seus valores e em relação as suas expectativas, objetivos, preocupações e padrões (MONTEIRO *et al.*, 2010).

Na década de 1970, o conceito de QV passou a ganhar importância na área da medicina. Tal conceito foi sendo desenvolvido desde então a partir de algumas vertentes como estudos do tipo epidemiológicos sobre bem-estar e felicidade, estudos sobre “satisfação do cliente”, pesquisas acerca da humanização da medicina, investigações da psicologia positiva, e estudos que abordaram a pouca eficiência da objetividade das medidas na saúde (PANZINI *et al.*, 2007). Para este autor, é necessário se fazer uma distinção entre qualidade de vida e padrão de vida. A QV está relacionada à percepção subjetiva de aspectos relevantes à vida de um indivíduo. O padrão de vida envolve indicadores sobre fatores socioeconômicos, demográficos e necessidades básicas de saúde.

De acordo com Minayo *et al.* (2000), o termo “qualidade de vida” é abrangente e tem associação com o grau de satisfação que o ser humano encontra na sua vida. Minayo *et al.* (2000) afirmou:

“o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção

social com a marca da relatividade cultural” (MINAYO *et al.*, 2000, p.8)

Para o entendimento do significado de QV é necessário uma visão transdisciplinar e holística do ser humano sem excluir a mecanicista. Uma visão que aborde as diferentes dimensões. Portanto, é importante considerar os efeitos positivos da religiosidade não somente no prognóstico clínico, mas na QV dos indivíduos. (TEIXEIRA *et al.*, 2004)

Segundo Almeida *et al.* (2012), QV envolve a percepção do próprio ser e não pode ser reducionista. A compreensão do termo “qualidade de vida” envolve inúmeras áreas de conhecimento como social, biológica, econômica, política e a inter-relação entre elas. A QV não é algo a ser alcançado como objeto de desejo das sociedades atuais, mas uma percepção presente na vida das pessoas. Assim, todo ser humano tem QV independente das ações ligadas a um determinado padrão de vida (ALEMIDA *et al.*, 2012).

Existe uma importante relação da qualidade de vida com as concepções subjetivas e objetivas do ser. A OMS reconhece essas percepções na sua definição sobre qualidade de vida (ALEMIDA *et al.*, 2012).

O *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group) da OMS definiu qualidade de vida como:

“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”
(WHOQOL Group, 1995, p. 1403)

De acordo com Martinez *et al.* (1998), a QV de pacientes com fibromialgia está fortemente ligada à diminuição da capacidade funcional, à fadiga e também à intensidade da dor. O autor realizou um estudo transversal com 28 indivíduos do sexo feminino no ambulatório de reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (SP). Foi utilizado o QIF para avaliar a qualidade de vida global, o *Beck Depression Inventory* para avaliar a depressão, o *Post-sleep Inventory* adaptado (PSI) para avaliação da qualidade do sono, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) para

avaliar a capacidade física, o número de pontos dolorosos, a intensidade da dor e da fadiga. Os resultados demonstraram forte correlação entre a QV e intensidade da dor, intensidade da fadiga e capacidade física. Houve pouca correlação entre a QV e a qualidade do sono e nenhuma correlação entre a qualidade de vida e a depressão.

1.7 A depressão em pacientes com fibromialgia

Segundo Del Porto (1999), o termo depressão é muitas vezes usado para referir-se a um estado de tristeza, como um sintoma e até mesmo como uma ou mais de uma doença. Quando a depressão é referida devido a um estado de tristeza pode representar um alerta, de perda ou derrota. A depressão também pode ser referida em vários quadros clínicos como esquizofrenia e demência como um sintoma. Quando a depressão é referida como uma síndrome, há o envolvimento de fatores psicomotores e cognitivos além dos relacionados à alteração do humor. A depressão como condição primária (doença) é muitas vezes lembrada como melancolia, transtorno depressivo maior, distímias (depressões crônicas) e outros.

Segundo o atual Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM V (2013), considera como critério para o diagnóstico da depressão o paciente apresentar pelo menos cinco de nove sintomas considerados por pelo menos duas semanas. Os sintomas incluem a perda ou ganho de peso considerável, o sono excessivo ou dificuldade de dormir por vários dias, a culpa excessiva ou irritabilidade, a agitação, a dificuldade para tomar decisão ou para concentração, o pensamento suicida; a diminuição da energia ou fadiga e a alteração no humor (irritável ou deprimente).

A depressão causa muito prejuízo ao ser humano e acomete mais indivíduos do sexo feminino. Há ainda o subdiagnóstico da depressão associada a outras patologias, pois sintomas de depressão como insônia e inapetência podem ser encontrados em outras patologias, dificultando o diagnóstico da depressão (FRÁGUAS JÚNIOR; ALVES, 2002).

De acordo com Fráguas Júnior e Alves (2002), a depressão gera aumento do tempo de internação, diminui a adesão ao tratamento e reabilitação, compromete a qualidade de vida e aumenta a morbimortalidade.

A depressão é frequentemente diagnosticada em indivíduos que apresentam dor crônica. O quadro algico crônico é um potencial gerador de medo e de dependência. Apesar de não haver relação de causalidade entre dor e depressão, é possível que haja um ciclo vicioso de dor-depressão-dor. A relação dor e depressão pode ser resultado da redução de aminas biogênicas como a serotonina (5-hitroxitriptamina), a noradrenalina e a dopamina no sistema nervoso central (MERSKEY, 1965; BAHLS, 1999; TEIXEIRA, 2006).

De acordo com Pimenta *et al.* (2000), indivíduos com dor apresentam depressão maior que indivíduos sem dor. O autor realizou um estudo com 92 indivíduos com doença oncológica divididos em dois grupos, um grupo com indivíduos que referiram dor uma semana antes da entrevista e um grupo com indivíduos que não referiram dor na semana anterior a entrevista. No estudo em questão foi utilizada a escala de intensidade da dor graduada de 0 (nenhuma dor) a 10 (dor insuportável) e o inventário de depressão de Beck (BDI). Os resultados demonstraram que o grupo com dor apresentou escore médio de 19,4 com 43,9% da amostra com escore superior a 21 (depressão severa). No grupo sem dor apenas 8,6% da amostra apresentou escore superior a 21.

A depressão é um sintoma referido em pacientes com fibromialgia que pode ser decorrente do sofrimento provocado pela dor associada aos demais sintomas. A dor no paciente com fibromialgia gera um estado deprimente e as consequências no portador são a redução das atividades e um estado de isolamento social (SANTOS *et al.* 2005, GRACEY *et al.*, 2011).

Foi realizado um estudo sobre transtornos de personalidade e depressão em pacientes com fibromialgia por Santos *et al.* (2011) entre 2006 e 2008 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com 69 pacientes com fibromialgia do sexo feminino. Para tanto os pesquisadores utilizaram o Inventário de Depressão de Beck (BDI) com 21 itens, a entrevista breve para o diagnóstico de transtornos mentais (*Mini International Neuropsychiatric Interview* - MINI), a Escala Visual Analógica (EVA), O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*State Anxiety Inventory* – IDATE) com 20 itens e o *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) para avaliar as comorbidades. Os resultados demonstraram que a amostra com idade média

de 46,3 anos apresentou intensidade média da dor na EVA de 7 ($dp=1,9$) e a depressão foi encontrada em 40,5% dos pacientes.

Segundo Homann *et al.* (2012), mulheres com fibromialgia apresentam sintomas depressivos elevados. O autor realizou um estudo sobre o impacto do estresse e da depressão em pacientes com fibromialgia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Foi utilizado o BDI, a EVA, a Escala de percepção do Estresse, o HAQ e o QIF. A amostra foi constituída por 40 mulheres divididas em dois grupos igualmente divididos: um grupo controle contendo mulheres saudáveis e o grupo de pacientes com fibromialgia. O estudo demonstrou que 75% das pacientes do grupo “fibromialgia” apresentam quadro de depressão, e a depressão apresentou correlação positiva com a dor ($r= 0,58$, $p\leq 0,01$) e a qualidade de vida ($r=0,46$, $p\leq 0,05$) das pacientes.

1.8 A percepção da dor em pacientes com doenças crônicas

A dor é considerada como “uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP –*International Association for the Study of Pain*, 1994). De acordo com Angerami - Camom (2012), a dor está fortemente relacionada com a subjetividade do ser e também com a objetividade da fisiologia humana. A dor sofre influência das características de cada indivíduo. O autor afirma que “a dor é sentida, apenas e tão somente sentida e vivida em sua dimensão por quem a sente” (ANGERAMI, 2004, p.22).

A dor envolve vários aspectos entre eles, o afetivo, sensorial, autonômico e comportamental. O conceito de dor tem sido ampliado, e hoje pode ser considerado um fenômeno psicofisiológico complexo. A percepção de dor é influenciada por fatores sociais, culturais, de personalidade e comportamentais (SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2011). Segundo Carqueja (2008), a dor é considerada uma entidade sensorial diversa e está relacionada a fatores biológicos, socioeconômicos, culturais, cognitivos e ambientais. A dor sofre influência das experiências vividas e da cultura e por isso varia entre os indivíduos.

Saunders (1996) acredita que a dor não é apenas uma experiência física, pois sofre influência espiritual e psicossocial. A autora descreveu a “dor total” como sendo um complexo composto pelo físico, espiritual, social e emocional.

É possível lembrar de situações que tenham gerado dor em um dado órgão, mas a dor não pode ser sentida novamente da mesma forma e que não é possível avaliar a dor do outro em sua totalidade, pois essa jamais poderá ser repassada em sua totalidade (ANGERAMI – CAMOM, 2012)

A dor pode ser considerada crônica quando ultrapassa o período de uma “injúria” e dura mais que 3 a 6 meses. Dores crônicas tem amplitude e/ou duração aumentadas, geram comprometimento da qualidade de vida e apresentam resposta pouco significativa ao tratamento com analgésicos do tipo convencional (KLAUMANN *et al.*, 2008).

Segundo Carqueja (2008), os sentimentos de dor e sofrimento não se confundem, mas também não são distinguíveis facilmente. Um indivíduo que sente dor pode sofrer, mas também pode sofrer sem que haja dor física. O sofrimento pode ser dividido em duas dimensões uma física relacionada ao corpo e uma psicológica relacionada ao espírito; ou com o sofrimento moral embora o sofrimento possa envolver todas as dimensões do ser humano considerado ser biopsicossocial e espiritual.

É importante fazer uma distinção entre sofrimento e doença. É possível estar doente sem sofrer e sofrer sem estar doente. Mas é importante ressaltar que o sofrimento é inerente ao ser humano e que o não sofrimento pode ser considerado uma doença em determinadas condições (MOREIRA *et al.*, 2010).

O sofrimento é um fenômeno subjetivo que envolve experiências e significados únicos. As doenças, principalmente as irreversíveis, podem ser uma fonte de sofrimento, pois representam uma ameaça a integridade do indivíduo. A satisfação das necessidades de um indivíduo doente são limitadas (MARTINS, 2002).

Foi realizado um estudo por Farias (2009), com 40 católicos praticantes, agnósticos e ateus na Universidade de Oxford com o objetivo de avaliar a influência da crença religiosa no alívio da dor. Dos 40 participantes, 24 foram submetidos à

ressonância magnética antes e após a intervenção. Os participantes tiveram seus limiares de sensibilidade dolorosa testados através de um eletrodo no dorso da mão esquerda. Cada participante era convidado a participar do seguinte procedimento: observar 12 vezes imagens aleatórias entre uma imagem religiosa (virgem Maria) e uma imagem profana (“Dama do Arminho” de Leonardo da Vinci) durante 30 segundos cada, e durante cada observação sofrer um estímulo doloroso e indicar a intensidade de dor percebida entre 0 e 100 para cada imagem. O procedimento experimental foi realizado por 24 vezes. Os resultados demonstraram que o grupo de participantes católico referiu menos dor quando observavam a imagem religiosa (virgem Maria) e foi observada a ativação do córtex pré-frontal em uma área relacionada à outra forma de interpretação da dor através da ressonância magnética.

Baetz e Bowen (2008) realizaram um estudo transversal com o arquivo do Inventário de Saúde da População Canadense com 37000 indivíduos em 2002. Para o estudo foram analisadas apenas as respostas de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos que residiam em residências próprias. Os pacientes relataram serem portadores de fibromialgia (1,5%); dor na coluna, excluindo fibromialgia e outras doenças reumatológicas (20,9%); enxaqueca (10,7%) e síndrome da fadiga crônica (1,2%). Os participantes foram divididos em 14 grupos divididos por idade crescente de cinco em cinco anos entre 15 e 80 anos. Os participantes foram analisados tendo como referências os grupos de não religiosos e não espiritualizados. As variáveis de bem-estar psicológico, *coping* negativo, exercício de enfrentamento (*coping* positivo), medicamentos, álcool e drogas foram considerados no estudo. Os resultados demonstraram que os indivíduos mais espiritualizados apresentaram melhores resultados de *coping* positivo e os indivíduos mais religiosos apresentaram melhores valores de bem-estar psicológico, *coping* positivo, menor uso de álcool e de drogas e maior exercícios de *coping*.

Lago-Rizzardi (2011) realizou um estudo transversal com 24 mulheres portadoras da síndrome dolorosa miofascial no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), e teve como objetivo avaliar a espiritualidade em mulheres portadoras de síndrome dolorosa miofascial. Os indivíduos foram divididos em grupo controle e grupo de estudo. Para o estudo foi utilizado o critério diagnóstico para disfunção temporomandibular, a Escala de Perspectiva Espiritual, o Questionário de

Dor Orofacial do Hospital das Clínicas (EDOF-HC) e a análise laboratorial do sangue (hemograma completo, cortisol, hormônio adrenocoticotrófico (ACTH), fator reumatoide, imunoglobulina E, proteína C reativa, hormônios tireoidianos (TSH-hormônio estimulante da tireoide, T3 (Triiodotironina), T4 (Troxina), T4L (Tiroxina Livre) e complementos (C3 e C4). Os resultados demonstraram que o grupo do estudo referiu maior espiritualidade que o grupo controle ($p=0,048$). Além disso, no grupo de estudo foi observado que os pacientes com maior pontuação da escala espiritual referiam menos dor miofascial, menos bruxismo ($p=0,049$), tinham menor queixa de falta de energia ($p=0,016$), tinham menos comorbidades associadas ($p=0,005$), utilizavam menos antialérgicos ($p=0,035$), menos ACTH, e apresentaram menor quantidade de IgE e plaquetas. O estudo aponta para a importância da espiritualidade na redução da dor miofascial crônica.

Tendo em conta que a pergunta pelo sentido da dor também é uma questão levantada pelo homem religioso, torna-se relevante e, tem sido tema de estudos na área da saúde a influência da religiosidade na saúde.

2 Religiosidade e saúde

A religião exerce uma influência significativa na vida social e política. O próprio termo “Religião” nasce em um contexto histórico-cultural específico e desde então não pôde ser aplicado de forma universal e uniforme (HOCK, 2006). Segundo Eliade (1999), a Religião envolve uma ligação entre o sagrado que compreende um elemento importante na compreensão do fenômeno religioso (ligador do homem ao transcendente) e o profano que se opõe ao sagrado.

De forma geral, a religião pode ser definida como:

“um sistema de crenças e práticas observado por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com ou aproximam-se do sagrado, do divino, de Deus (em culturas ocidentais) ou da Verdade Absoluta, da Realidade ou do nirvana (em culturas orientais)” (KOENIG, 2012, p. 11).

Segundo Koenig (2012), a religiosidade pode ser organizacional quando se refere, por exemplo, à participação em grupos religiosos; ou não organizacional quando a atividade religiosa é realizada particularmente como em uma oração ou meditação. De acordo com este autor, as práticas religiosas nem sempre refletem a religiosidade de um indivíduo. Ele considera a religiosidade mais profunda (religiosidade subjetiva) como uma dimensão de religião importante na vida e que tem sido estudada por pesquisadores.

A religiosidade pode ser mais bem compreendida por meio de conceitos de atitude (AQUINO *et al.*, 2009). O termo “atitude” foi utilizado em 1918 por dois sociólogos (Thomas e Znaniecki) pela primeira vez na pesquisa em um estudo sobre emigrantes europeus nos Estados Unidos. No trabalho, os autores afirmam que as atitudes são definidas como processos da consciência do indivíduo que estabelecem a ação. Na obra há referência ao estado de motivação que denota no indivíduo um determinado comportamento. A atitude é determinante para evocar a ação (CAVAZZA, 2005).

Em 1935, Gordon Allport afirma que o conceito de atitude é o mais indispensável objeto de estudo da Psicologia Social. Allport apresenta uma definição referencial, ele define a atitude como sendo um momento de estado neurológico ou mental de prontidão a partir de experiências que pode influenciar diretamente na resposta em situações que o relacionem (ALLPORT, 1935).

De acordo com Rodrigues (1976), é possível analisar o comportamento dos indivíduos a partir de suas atitudes. O autor define atitude social como: “(a) uma organização duradoura de crenças e cognições em geral; (b) uma carga afetiva pró ou contra; (c) uma predisposição à ação; (d) uma direção a um objeto social” (RODRIGUES, 1976, p.397)

Para Rodrigues (1976), as atitudes sociais possuem três componentes distinguíveis (afetivo, cognitivo e comportamental). Vala *et al.* (2010) também afirmam que as atitudes possuem uma dimensão avaliativa de vários tipos. As respostas avaliativas podem ser cognitivas, comportamentais e afetivas. As afetivas envolvem os sentimentos e emoções evocados pelo objeto que desperta atitude. As comportamentais envolvem o comportamento ou intenções que podem surgir diante do que desperta atitude.

O componente cognitivo diz respeito à necessidade de que os indivíduos tenham uma representação cognitiva do objeto social para que seja evocada uma atitude afetiva contra ou a favor do mesmo. Já o componente afetivo é o componente mais peculiar das atitudes, um afeto positivo ou negativo é capaz de evocar atitude em relação a um objeto. O componente comportamental é o componente ativo pois as atitudes são evocadoras de comportamento manifesto (RODRIGUES, 1976).

A atitude envolve a organização e geração de opiniões e está diretamente ligada a dimensão afetiva dos indivíduos e compreende dado importante na relação entre o indivíduo e o ambiente (CAVAZZA, 2005).

Segundo Vala *et al.* (2010), atitudes não são observáveis diretamente pois compreende uma variável da relação existente o comportamento e a situação em que a pessoa se encontra. Assim, envolve a dedução de processos psicológicos a partir da observação de comportamentos.

Baseado no conceito de atitude, Aquino *et al.* (2013) propõem que a religiosidade possa ser compreendida por meio de comportamentos. A religiosidade pode ser um elemento evocador das dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais relativos à elementos religiosos.

De acordo com Pereira (2012), a atitude religiosa apresenta quatro dimensões que podem ser mensuráveis através da Escala de Atitude Religiosa de Aquino *et al.* (2009). A dimensão “conhecimento religioso” corresponde a busca de conhecimento através de escrituras sagradas ou doutrinas de uma religião e inclui também a participação em momentos de debate e troca de experiências religiosas como reuniões. A dimensão “sentimento religioso” corresponde às emoções evocadas dentro do templo ou igreja e sentidas ao ouvir um estilo musical de cunho religioso ou através da sensação de união a Deus. O “comportamento religioso” refere-se a dimensão do respeito às normas de uma religião, a influência da mesma na tomada de decisão como também diz respeito à participação em celebrações coletivas e frequência de orações pessoais. A dimensão “corporeidade religiosa” diz respeito a forma de expressão da religiosidade através de movimentos corporais e expressões corporais como elevar os braços como forma de demonstração da união com um ser superior.

2.1 Estudos empíricos

Estudos atuais procuram investigar a relação entre espiritualidade e saúde a partir da interferência de crenças e comportamentos religiosos na condição de saúde. O envolvimento religioso pode influenciar a saúde através de fatores como o estilo de vida, sistema de crenças, suporte social, práticas religiosas, orientação espiritual e formas de enfrentar o estresse (STROPPA *et al.*, 2008).

Existem Trabalhos publicados apontando que atividades religiosas estão relacionadas a melhor saúde física e quando não é possível melhorar a saúde física ou prolongar a vida, elas auxiliam na melhoria da qualidade de vida. Alguns estudos apresentam que o envolvimento religioso reduz o estímulo a comportamentos maléficos à saúde como o consumo de álcool (STROPPA *et al.*, 2008).

Na área da saúde é possível observar que há influência de aspectos religiosos no processo de cura e no tratamento de doenças (CARQUEJA, 2008). Nessa direção Silva

et al. (2014) realizaram um estudo sobre a atitude religiosa em 100 pacientes com insuficiência renal crônica com idade média de 55 anos em um serviço de hemodiálise na cidade de João Pessoa (Paraíba). No estudo foi utilizada a Escala de Atitude Religiosa (EAR-20). Na amostra, de maioria católica (60%), os itens dos instrumentos foram agrupados em três fatores: o domínio “conhecimento religioso” apresentou uma consistência interna com coeficiente de 0,87, os domínios “expressões e manifestações corporais” e “corporeidade” apresentaram consistência interna com coeficiente de 0,86. Os autores encontraram que católicos e evangélicos pontuam mais nas escalas busca de conhecimento e expressões e manifestações corporais. O estudo ainda faz consideração sobre a importância da religiosidade como um fator para a aceitação de condição patológica e bem-estar.

Nepomuceno *et al.* (2014) estudaram religiosidade e qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica. No estudo foi realizada a correlação entre atitude religiosa e qualidade de vida em 100 pacientes com insuficiência renal. Foi utilizada a Escala de Atitude Religiosa (EAR-20) para avaliar a religiosidade e o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL – Abreviado) para avaliar a qualidade de vida. Nos resultados o domínio “conhecimento religioso” da Escala de Atitude Religiosa apresentou correlação positiva com os domínios “psicológico” ($r=0,21$, $p<0,05$) e “relações sociais” ($r=0,28$, $p<0,01$) do instrumento avaliador da qualidade de vida. O domínio “expressões e manifestações corpóreas religiosas” da EAR-20 também apresentou correlação positiva com os domínios “nível de independência” ($r=0,28$, $p<0,01$) e “relações sociais” ($r=0,22$, $p<0,05$) do (WHOQOL – Abreviado).

Além da qualidade de vida, a religiosidade pode estar atrelada a uma busca de sentido. Dessa forma, a tópico seguinte discorre sobre esta última perspectiva na ótica da Logoterapia e análise existencial.

3 Sentido de vida

O Psiquiatra Austríaco, Viktor Emil Frankl que viveu entre 1905 e 1997, fundador da 3ª Escola Vienense de Psicoterapia fez importantes constatações sobre a

repercussão do sentido de vida nos aspectos saudáveis do ser humano. Para tanto, realizou consideráveis análises sobre o ser humano a partir de componentes essencialmente humanos (KRAUS *et al.*, 2009)

Frankl inaugurou uma teoria denominada de logoterapia e análise existencial. A mesma surgiu desse autor a psicologia individual de Adler e a psicanálise de Freud, considerando-as reducionistas. Sua teoria consiste em modalidade de psicoterapia centrada no sentido que considera a dimensão espiritual (noológica) do ser humano como fundamental para o processo de cura. Para tanto, considera que o ser humano tem capacidades pouco conhecidas e que capacidades podem ser aproveitadas em busca da saúde (HILLMANN, 2004). Frankl (1994) desenvolveu a logoterapia a partir de três postulados essenciais: o sentido de vida, a liberdade de vontade e a vontade de sentido.

3.1 Liberdade de vontade

Segundo a análise existencial proposta por Viktor Frankl, o homem determina-se a si mesmo, tendo em conta que ele é capaz de escolher entre transcender ou se submeter às condições impostas pelo psicofísico. Portanto, o autor em estudo compreende que o homem embora não esteja livre de condicionamentos biopsicossociais, mas pode ter várias escolhas; é um ser dotado de autonomia para decidir sobre suas escolhas (FRANKL, 1994; AQUINO, 2013).

Ao analisar a psicoterapia de sua época, Frankl chegou à conclusão que o ser humano em sua totalidade é dotado de responsabilidade e consciência da sua existência. O autor acredita que existe liberdade de escola, mas tal liberdade denota uma responsabilidade no ser (FRANKL, 1995; AQUINO, 2013).

Frankl acreditava que embora o indivíduo esteja sujeito a diversos condicionamentos como psicológicos e biológicos, o ser humano é dotado de liberdade para tomar uma posição a partir de situações vivenciadas (FRANKL, 1995; AQUINO, 2013).

3.2 Vontade de sentido

De acordo com Frankl, a vontade de sentido pode ser entendida como sendo um esforço básico do ser humano para realizar sentidos. Assim a vontade de sentido pode

ser compreendida como a razão para ser feliz. O autor acredita que muitas vezes o ser humano confunde o prazer como sendo seu principal objetivo e se frustra. O prazer deve ser secundário a realização de um objetivo. A felicidade é encontrada de forma espontânea como consequência de um motivo ou razão para ser feliz e não procurada. Viktor Frankl acredita que a felicidade e o sucesso naturalmente acontecem quando o ser humano menos percebe.

Frankl (2011) acredita que a motivação do homem é a vontade de sentido e não a vontade de prazer ou a vontade de sentido que são suas derivações. O poder na verdade seria considerado um meio para um fim e o prazer seria considerado um fim em si mesmo como é possível observar na Figura 1.

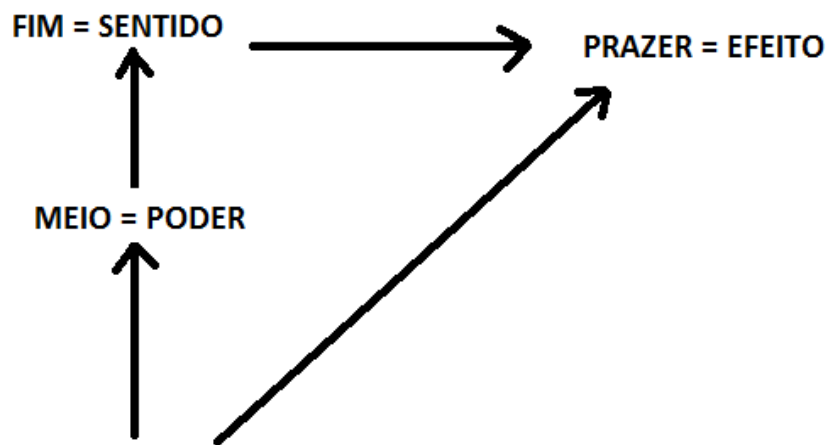


Figura 1: Representação da busca de sentido segundo Viktor Frankl

(Adaptado de FRANKL, 2011 p. 50)

Segundo Ferreira (1990), o ser humano moderno tem se deparado sem metas objetivo na vida mergulhado no que Viktor Frankl chama de “vácuo existencial” que pode ser superado quando o indivíduo encontra o sentido de sua existência. Já Nagata (2014) afirma que os pacientes com fibromialgia frequentemente relatam uma sensação de *vacuum* existencial.

A busca por um sentido próprio para sua vida é a principal motivação do homem. A oposição do indivíduo ao egocentrismo está relacionada com a vontade de sentido, pois a motivação por um sentido orienta o indivíduo para algo que não ele mesmo. Não existe um sentido genérico de vida, a cada indivíduo há um sentido de vida singular e a busca por sentido acompanha o ser durante toda sua existência (FRANKL, 1994; FRANKL, 2011).

3.3 Sentido da Vida

Viktor Frankl afirma que existe um sentido do momento, pois a cada situação vivenciada pelo ser há um sentido inerente ao mesmo. Além disso, ele acredita que exista um sentido da vida que o ser humano pode encontrar ao chegar ao final de sua vida e observar se realizou seus objetivos. Frankl afirma ainda que existe um sentido no universo que está relacionado a uma busca pelo sentido do cosmo, da existência do ser humano (FRANKL, 2009; FRANKL, 2011).

Frankl (2011) considera que a realização de valores é importante para a descoberta do sentido próprio de vida. O autor afirma que existem três tipos de valores: atitudinais, vivenciais e criativos. Os valores vivenciais dizem respeito às experiências do indivíduo, os valores atitudinais relacionados a como o indivíduo enfrenta situações que implicam em um desafio como o sofrimento e os valores criativos são relativos a capacidade de realizar ou criar algo. O paciente pode inclusive encontrar um sentido no sofrimento dependendo das atitudes que podem ser adquiridas em uma situação ou condição que denote sofrimento (FRANKL, 2013).

O sofrimento no indivíduo pode surgir perante dor física, mas ele pode estar presente para além dessa causa evidente. Os indivíduos podem referir sofrimento perante uma perda ou falta importante (MARTINS, 2002). Segundo Moreira *et al.* (2010), o sofrimento além de inerente ao ser humano traz sentido a existência em diferentes graus. Viktor Frankl (1994) concluiu em suas observações no campo de concentração que por trás de toda dor ou sofrimento existe algo ou alguém merecedora da luta pela sobrevivência.

O Viktor Frankl (1990) acredita que existe também um sofrimento necessário (imposto pelo destino) que não pode ser afastado como um procedimento terapêutico.

Dessa forma, quando o indivíduo se depara com tal sofrimento, ele pode apresenta um sentido a partir da maneira como o ser procura suportá-lo. O autor pensando sobre tal fato chegou a conclusão que “não existe situação que não se possa enobrecer, seja realizando, seja suportando” (FRANKL, 1990 p.137).

4 Ontologia dimensional

A análise existencial e a Logoterapia. A base de toda teoria é a prática clínica que conflui para uma teoria metaclínica, mas não deve ser confundida com “clanicismo”. A análise existencial qualifica a essência da existência em um modo de ser, Frankl (2012, p.59) chama de “o ser que é especificamente próprio ao homem”, um ser facultativo e dotado de liberdade e não um ser factual (FRANKL, 2012).

Frankl considera que o homem é um ser tridimensional. Corpo, alma e espírito não são uma composição do ser humano, na verdade os elementos espiritual, psíquico e corporal compreendem suas dimensões. Há uma dimensão somática relativa a fisiologia humana e fenômenos corporais; uma dimensão psíquica que envolve a cognição, a afetividade; e a dimensão noológica (espiritual) que compreende a dimensão mais profunda do ser humano, a dimensão da responsabilidade e liberdade. Essa organização que considera o fisiológico, psicológico e o espiritual, Frankl chamou de “Ontologia dimensional” (COELHO JÚNIOR e MAHFOUD, 2001; FRANKL, 2005; FRANKL, 2012).

A dimensão espiritual apesar de não ser a única é considerada a propriamente existencial, essencialmente humana onde residem suas características antropológicas e fenomenológicas (FRANKL, 1995). O homem é considerado um ser dotado de multiplicidade (mente e corpo) apesar de sua unicidade residir na dimensão noológica, posto que é a mais ampla (FRANKL, 2011).

As dimensões ontológicas podem ser representadas a partir de uma estrutura em diferentes níveis ou em camadas como na Figura 2, onde a camada nuclear corresponde a dimensão essencial do homem (nooética).



Figura 2: Representação da Ontologia Dimensional Humana

(Adaptado de Frankl, 2012, p63)

A ontologia dimensional leva em consideração duas leis desenvolvidas por Frankl (2012). Uma relativa à pluressignificância e outra relativa às contradições como demonstradas na Figura 2.

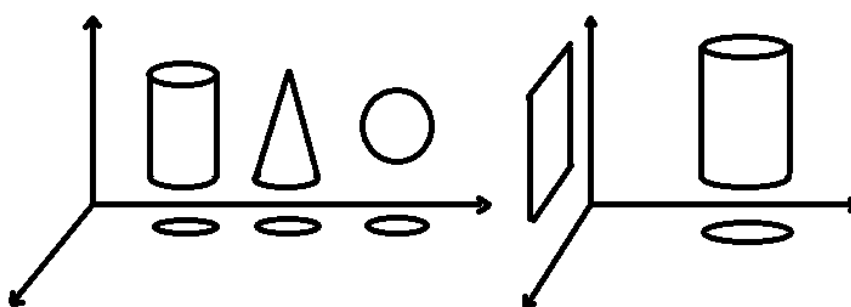


Figura 3: Primeira e segunda lei da Ontologia Dimensional de Frankl

(Adaptado de FRANKL, 2012, p.65)

O lado esquerdo da figura 3 representa a primeira lei da ontologia dimensional de Frankl, ela apresenta a projeção de um cilindro, um cone e uma esfera, como um mesmo círculo no plano demonstrando a pluressignificação. Frankl (2012) entende que qualquer fenômeno do homem pode apresentar-se plurissignificativo e exemplifica o caso de Dostoievski que não consegue distinguir a alucinação de uma histeria da visão de um santo.

O lado direito da figura 3 representa a segunda lei, a lei das contradições demonstrada pela projeção de um cilindro que em um plano aparece como um retângulo

e noutro como círculo. Os elementos corporal e psíquico são incomensuráveis, um não pode ser reduzido ao outro nem mesmo deduzido do outro. Analogamente, quando o homem é considerado um ser dotado de dimensões, é possível superar as contradições de ele possuir um sistema aparentemente fechado (sistema neurofisiológico), ele encontra-se aberto para a influência das dimensões psíquica e espiritual (FRANKL, 1995; FRANKL, 2012).

5 Modelo de interação da noopsicossomática em pacientes com fibromialgia sob a ótica de Viktor Frankl

Como apresentado anteriormente, Viktor Frankl afirmava que a essência do ser humano reside na dimensão espiritual ou noética relacionada às características valorativas, criativas, artísticas, intelectuais como também religiosas. Para Viktor Frankl o espiritual torna o homem um ser único e não restringe-se ao religioso (AQUINO, 2012; FRANKL, 2013).

Lukas (1990) inspirada na teoria de Viktor Frankl afirma que nem o físico, nem o psíquico representam o ser humano como um todo. Ela afirma que a dimensão espiritual que é muitas vezes ignorada torna o ser humano responsável pelo seu destino e capaz de inferir na sua condição de saúde. Além disso, a autora afirma que as condições imunológicas dependem também do estado afetivo. Ainda segundo a mesma autora, quando o indivíduo tem dúvida sobre a plenitude do sentido, a saúde psíquica e física podem ser prejudicadas, pois é necessário que haja um fator, uma motivação (motor) para que hajam realizações.

Lukas (1990) afirma que a teoria de Viktor Frankl evidencia que a perda de vivência no sentido desencadeia problema imunológicos, psíquicos e compromete o estado afetivo. Embora Frankl afirme que o somático e o psíquico podem influir no espiritual, ele não acredita que tal inferência possa destruí-la (FRANKL, 1978). Um estudo realizado por Pontes (2015) utilizou a explicação noopsicosomática de Frankl em portadores de HIV/AIDS. No estudo, 115 participantes soropositivos com idades entre 18 e 63 anos foram convidados a responder cinco instrumentos (Escala de Atitude Religiosa, Questionário de Sentido de Vida, Escala de Afetos Positivos e Negativos, Escala de percepção Ontológica do Tempo e Questionário Sócio-demográfico e Clínico). Os resultados apontaram para uma relação direta entre a realização de sentido (sentido de vida) e a atitude religiosa e a realização de sentido e a satisfação com o passado. O trabalho apontou para a importância da influência da religiosidade no processo de adoecimento e saúde.

A partir do esboço teórico citado e dos resultados que serão apresentados o estudo em questão procura compreender em que medida os níveis de sentido de vida, de

religiosidade, de depressão e de percepção da dor estão associados em pacientes com fibromialgia.

6 Método e casuística

6.1 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de Fisioterapia e Reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW – UFPB) com usuárias do sistema único de saúde (SUS), cadastrados no Serviço de Reumatologia e Fisioterapia do HULW da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), situados na Cidade de João Pessoa.

6.2 Desenho do estudo

O estudo correlacional do tipo *ex post facto* considerando a ontologia dimensional descrita pelo Viktor Frankl (1967) em portadores de fibromialgia.

6.3 Participantes

A) Critério de elegibilidade

Foram admitidas no estudo pacientes com diagnóstico clínico de fibromialgia.

B) Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão abrangem a participação no programa de Serviço do Controle da Dor, Reumatologia, Fisioterapia do HULW e Clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, bem como a disponibilidade e permissão para a participação do estudo e a capacidade de responder adequadamente os instrumentos a serem aplicados durante o estudo.

Além disso, foram incluídos indivíduos portadores de fibromialgia com idade entre 18 e 60 anos.

C) Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão consistiram na presença de um diagnóstico impreciso da patologia, não aceitação em participar da pesquisa, incapacidade de responder e compreender os instrumentos da pesquisa e a presença de outra patologia reumatológica

sistêmica ou condições crônicas não tratadas como diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

6.4 Amostra

A amostra foi constituída por 100 portadores de fibromialgia devidamente diagnosticados por um médico especializado em reumatologia seguindo as recomendações dos critérios preliminares do Colégio Americano de Reumatologia do ano de 1990 e 2010 (WOLFE *et al.*, 1990; WOLFE *et al.*, 2010) como consta nos anexos 7 e 8, respectivamente. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 6), conforme determina a resolução 466/2012 sobre pesquisas e testes envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A amostra foi constituída totalmente por indivíduos do sexo feminino, pois não foram identificados portadores do sexo masculino cadastrados nos locais da pesquisa. Na tabela 1 constam a caracterização sociodemográfica da amostra. A faixa etária predominante no estudo foi de 33 a 59 anos com idade média de 47,8 e desvio padrão de 6,24. No que se refere ao estado civil, 80% se declararam casadas, 15% viúvas, 4% solteiras e apenas 1% divorciada. Sobre o nível de escolaridade, 35% possuíam o nível fundamental completo, 25% o ensino médio incompleto, 2% ensino superior completo e apenas 1% nunca frequentou a escola. Por fim, no que tange a religião, 47% se autoatribuíram católicas, 46% evangélicas, 4% espíritas e 3% sem religião.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com fibromialgia (n=100)

Variáveis		
Idade	Mínima	33
	Máxima	59
	Média (desvio padrão)	47,82 (6,24)
Estado Civil	Casada	80%
	Solteira	04%
	Viúva	15%
	Divorciada	01%
Escolaridade	Nunca frequentou	01%
	1º Grau completo	35%
	2º Grau completo	14%
	Superior	02%

Religião	Católico	47%
	Evangélico	46%
	Espírita	04%
	Sem religião	03%

6.5 Instrumentos

a) Questionário socioeconômico

Os participantes foram convidados a responder um questionário socioeconômico onde foram consideradas as variáveis características da amostra como idade, estado civil, escolaridade, ocupação, religião e sexo (Anexo 1).

b) Escala de Atitude Religiosa (EAR-20)

A religiosidade foi avaliada a partir da escala de atitude religiosa (EAR – 20) que envolve 20 itens distribuídos em quatro domínios atitudinais (afetivo, comportamental, cognição e corporeidade) como consta no anexo 2. No domínio conhecimento religioso o participante é convidado a responder itens como “*Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou livro sagrado)*”, o domínio comportamento religioso inclui itens como “*Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus)*”, o item “*Sinto-me unido a um ‘ser’ maior (Deus)*” pode ser encontrado no domínio sentimento religioso e itens como “*Costumo levantar os braços em momentos de louvor*” e “*Bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos*” são encontrados no domínio corporeidade religiosa (AQUINO *et al.*, 2013).

Trata-se de um instrumento auto-aplicável em que o participante é convidado a respondê-lo utilizando uma escala de cinco pontos que variam entre “nunca” e “sempre” (AQUINO *et al.*, 2013).

A Escala de Atitude Religiosa foi validada em 2013 com uma amostra de 190 participantes. Com resultado foi obtida consistência interna (alfa *Cronbach*) de 0,82 para o fator “comportamento religioso”. Os fatores conhecimento religioso e sentimento religioso obtiveram 0,85 e 0,65, respectivamente, na consistência interna. Já o fator corporeidade religiosa obteve 0,90 de alfa *Cronbach* (AQUINO *et al.*, 2013).

c) Questionário de Sentido de Vida (QSV)

O sentido de vida foi avaliado pelo Questionário de Sentido de Vida desenvolvido por Steger, Frazier, Oishi e Kaler (2006) e validado no Brasil por Aquino *et al.* (2015) apresentado no anexo 3. Para validação do instrumento foram realizados dois estudos sendo um primeiro com 414 participantes e o segundo com 201 na cidade de João Pessoa com estudantes universitários.

O instrumento possui 10 itens divididos em dois domínios: “presença de sentido” (itens 1, 4, 5, 6 e 9) e “busca por sentido” (itens 2, 3, 7, 8 e 10). O domínio “presença de sentido” inclui itens como “*Minha vida tem um sentido claro*” e apresentou uma saturação variando entre -0,53 a 0,85 e um alfa Cronbach de 0,85 enquanto o domínio “busca por sentido” que inclui itens como “*Eu sempre estou em busca do sentido de minha vida*” apresentou saturação variando entre 0,74 e 0,83 e alfa Cronbach de 0,89 (AQUINO *et al.*, 2015). Os resultados da consistência interna do QSV no estudo da validação brasileira foram considerados satisfatórios.

Segundo Steger (2006) e Aquino *et al.* (2013), o instrumento avalia o sentido de vida a partir da “presença de sentido” referido pelos participantes que tem um propósito claro em suas vidas e da “busca de sentido” referido nos pacientes que procuram uma motivação ou maior compreensão de seu propósito de vida. A partir dos domínios em questão e após refletir sobre a motivação da sua vida, o participante é convidado a responder utilizando uma escala que varia entre 1 (totalmente falso) e 7 (totalmente verdadeiro).

d) Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF/FIQ)

O Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) foi desenvolvido em 1991 por Burckhardt *et al.* como um instrumento específico capaz de avaliar a qualidade de vida especificamente em pacientes com fibromialgia (anexo 4). O instrumento apresenta uma boa confiabilidade e assemelha-se a instrumentos como o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey*).

A QV nos pacientes do estudo foi avaliada pelo QIF validado no Brasil por Marques *et al.* em 2006. O questionário possui 19 questões ou domínios divididos em

10 itens de auto-resposta envolvendo a capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos. O primeiro item possui 10 questões relativas ao domínio “capacidade funcional” e apresenta quatro opções de resposta entre sempre realizável (zero) A incapaz de realizar (três). O item dois está relacionado ao domínio sensação de bem estar (*sentiu-se bem*) e o item três envolve a abstinência ao trabalho. Os demais itens são avaliados de zero a dez e são relativos aos domínios habilidade de trabalhar, dor, fadiga, rigidez matinal, disposição, ansiedade e depressão.

e) Inventário de Depressão de Beck - II (BDI - II)

O inventário de Beck é um instrumento do tipo *Likert* bastante utilizado na avaliação de pacientes com depressão, desenvolvido por Beck e colaboradores em 1961 e revisada no ano de 1996. (BECK *et al.*, 1961). O questionário inclui 21 questões como apresentado no anexo 5. A cada uma o participante é convidado a responder utilizando um escore com valores entre zero e três (0 e 3). Itens como humor, apetite, sono e pensamentos suicidas estão incluídos. O questionário avalia a gravidade da depressão através da soma dos escores atribuídos nas 21 questões.

O instrumento foi validado para o português por Gomes-Oliveira e colaboradores em 2012, através de uma pesquisa com adultos. O trabalho envolveu duas amostras, sendo a primeira de 60 estudantes e a segunda de 182 adultos. Sobre a confiabilidade/fidedignidade, o coeficiente de consistência interna (alfa *Cronbach*) obtido foi de 0,92 (GOMES-OLIVEIRA *et al.*, 2012).

6.6 Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS e encontra-se com o registro CAAE: 31655614.9.0000.5188. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6), conforme determina a resolução 466/2012 sobre pesquisas e testes envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

6.7 Procedimento de coleta

Os participantes foram submetidos à avaliação de um profissional médico reumatologista para confirmação diagnóstica da fibromialgia segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 2010 e 1990 (WOLFE *et al.*, 2010; WOLFE *et al.*, 1990). Em seguida, os participantes foram convidados a responder os instrumentos da pesquisa. A coleta foi realizada no ambulatório de Reumatologia e Fisioterapia do HULW na cidade de João Pessoa (PB) através do agendamento das pacientes.

Os instrumentos foram disponibilizados a cada participante em envelope único. Cada participante teve em média uma hora para responder os instrumentos. Os pacientes que optaram pela aplicação do questionário pelo pesquisador tiveram tempo semelhante sem nenhuma interferência do pesquisador nas respostas dos participantes.

6.8 Procedimento para análise dos dados

Inicialmente os dados foram tabulados no programa estatístico *Statistical Package for Social Science Statistical (SPSS)* para Windows versão 20.0. Foram utilizadas análises estatísticas descritivas tais como: média, desvio padrão, frequência e porcentagem para traçar o perfil dos participantes da pesquisa. Ademais, utilizou-se o teste de correlação de Pearson, com o intuito de verificar a magnitude das associações entre as variáveis do estudo.

Para elaboração do modelo teórico explicativo da percepção da dor, procedeu-se uma análise de caminhos (*path analysis*) por meio do programa AMOS (versão 7). O modelo foi elaborado de acordo com o preconizado por BYRNE (2001) com os indicadores abaixo:

- *Qui-quadrado* e o grau de liberdade ($\chi^2/g.l$): é um indicado que considera valores significativo de até 5;
- *Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI)*: é um avaliador da variabilidade e considera o modelo como sendo viável para valores inferiores a 0,90;
- *Comparative Fit Index (CFI)*: é um índice comparativo que considera o modelo como adequado para valores entre 0,9 e 1;

- *Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)*: é considerado um valor de ajuste e valores entre 0,05 e 0,08 são considerados significativos. Valores elevados (próximos de 0,10) apontam para uma inadequação do modelo;

- *Pclose*: é considerado um teste de ajuste estreito onde se testa a hipótese nula para RMSEA. Valores $>0,05$ indicam um bom ajuste e um modelo viável.

7 Resultados

7.1 Caracterização da amostra

Após a aplicação dos critérios diagnósticos-classificatórios de 1990 para FM, foi observada na contagem de *tender points* uma média de 15,01 e desvio padrão de 1,97 com mínima de 12 e máxima de 18 pontos de dor.

Na **Tabela 2** constam os resultados obtidos em relação ao critério diagnóstico de Fibromialgia do ACR 2010. Foi possível observar que os participantes da pesquisa apresentaram média geral do índice de dor generalizada (*widespread pain index-WPI*) de 11,56 e desvio padrão de 2,76. A região dolorosa mais referida pelos participantes foi a lombar (100%) seguida pela cervical (92%), ombro esquerdo (86%) e ombro direito (85%).

Tabela 2. Índice de dor generalizada- *widespread pain index-WPI* (Critério ACR – 2010) referido pelos pacientes com fibromialgia

	Região dolorosa	N	%
	Mandíbula direita	44	44
índice de dor generalizada (<i>widespread pain index-WPI</i>)	Mandíbula esquerda	49	49
	Ombro direito	85	85
	Ombro esquerdo	86	86
	Braço direito	79	79
	Braço esquerdo	75	75
	Antebraço direito	32	32
	Antebraço esquerdo	29	29
	Quadril direito	69	69
	Quadril esquerdo	72	72
	Coxa direita	59	59
	Coxa esquerda	55	55
	Perna direita	29	29
	Perna esquerda	26	26
	Cervical	92	92
	Tórax	61	61
	Abdômen	35	35
	Dorso	79	79
	Lombar	100	100

A **Tabela 3** apresenta os resultados obtidos em relação à gravidade dos sintomas (*symptom severity* – SS) do critério diagnóstico de Fibromialgia do ACR 2010. O critério de gravidade “Fadiga” apresentou média de 2,66 com desvio padrão de 0,62, os “sintomas somáticos” como dor muscular e cefaleia foram os que apresentaram maior gravidade com média de 2,85 e desvio padrão de 0,43 enquanto o “sono” apresentou gravidade média de 2,04 com desvio padrão de 0,80.

Tabela 3. Escala de Gravidade dos Sintomas - *symptom severity* – SS (Critério ACR – 2010)

	Sintomas	Média (desvio padrão)
Escala de Gravidade dos Sintomas (<i>symptom severity</i> – SS)	Fadiga	2,66 (0,62)
	Sono	2,04 (0,80)
	Sintomas Cognitivos	1,77 (0,82)
	Sintomas somáticos	2,85 (0,43)

A qualidade de vida foi avaliada através do QIF. Os participantes apresentaram uma média de 15,88 e desvio padrão de 5,64 em relação a capacidade funcional. O item fadiga apresentou média de 8,14 com desvio padrão de 1,92. Em relação a intensidade da dor foi observada uma intensidade média de 7,95 com desvio padrão de 1,48 e no domínio depressão foi obtida uma média de 7,22 e desvio padrão 2,41, conforme dados da **Tabela 4**.

Tabela 4. Domínios do Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) apresentados em pacientes com fibromialgia (n=100)

Variáveis	Média (desvio padrão)
1) <i>Capacidade funcional</i>	15,88 (5,64)
2) <i>Sentir-se bem</i>	1,34 (1,32)
3) <i>Faltas ao trabalho</i>	3,15 (3,12)
4) <i>Habilidade de trabalhar</i>	7,71 (2,35)
5) <i>Dor</i>	7,95 (1,48)
6) <i>Fadiga</i>	8,14 (1,92)

7) Disposição	7,37 (2,28)
8) Rigidez matinal	7,42 (2,09)
9) Ansiedade	7,53 (2,29)
10) Depressão	7,22 (2,41)

Para avaliar a religiosidade foi utilizada a Escala de Atitude Religiosa de Aquino *et al.* (2013). O domínio conhecimento religioso que inclui itens como “converso com minha família sobre assuntos religiosos” apresentou um valor médio de 23,14 com desvio padrão de 6,38 enquanto o domínio sentimento religioso que apresenta itens como “sinto-me unido a um ‘ser’ maior (Deus)” apresentou média de 12,24 e desvio padrão de 2,24 como consta na **Tabela 5**.

Tabela 5: Domínios da Escala de Atitude Religiosa (EAR – 20) de pacientes com fibromialgia (n=100)

Domínios	média (desvio padrão)
Conhecimento religioso (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7)	23,14 (6,38)
Comportamento religioso (itens 8, 9, 10, 11 e 12)	18,70 (3,95)
Sentimento religioso (itens 13, 14 e 15)	12,24 (2,24)
Corporeidade religiosa (itens 16, 17, 18, 19 e 20)	14,67 (4,96)

Em relação à depressão a amostra apresentou um escore médio total de 23,97 e desvio padrão de 7,26 com mínima de 4 e máxima de 50 avaliado pelo Inventário de Depressão de Beck II. O nível de depressão moderado foi observado em 60% (60 participantes) da amostra, o nível severo em 18% e apenas 6% da amostra não referiu nenhuma característica de depressão através do instrumento utilizado como consta na **Tabela 6**.

Tabela 6. Nível de depressão a partir do Inventário de Depressão de Beck II – (BDI- II) apresentado em pacientes com fibromialgia (n=100)

Nível de depressão	n (%)
--------------------	-------

<i>Pessoas sem depressão clínica (0 a 12 pontos)</i>	06 (6%)
<i>Depressão leve (13 a 20 pontos)</i>	16 (16%)
<i>Depressão moderada (21 a 30 pontos)</i>	60 (60%)
<i>Depressão severa (31 ou mais pontos)</i>	18 (18%)

Em relação à intensidade da dor analisada pelo item 5 do QIF, a **Tabela 7** apresenta a distribuição entre dor leve, moderada e severa entre os participantes do estudo. Foi observada intensidade mínima de 2 em apenas 1% da amostra e intensidade geral da dor severa (8 a 10) em 63% dos participantes e intensidade moderada em 36%.

Tabela 7. Intensidade da dor avaliada pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia em 100 participantes

Intensidade da dor	n (%)
<i>Dor leve (0 a 3)</i>	1(1%)
<i>Dor moderada (4 a 7)</i>	36 (36%)
<i>Dor severa (8 a 10)</i>	63(63%)

O sentido de vida foi avaliado pelo Questionário de Sentido de Vida (QSV), o domínio “presença de sentido” com questões como “minha vida tem um sentido claro” apresentou média de 28,26 com desvio padrão de 7,37. O domínio “busca de sentido” que inclui 5 itens como “Eu sempre estou em busca do sentido da minha vida” resultou em uma média de 30,09 com desvio padrão de 10,00, mínima de 5 e máxima de 102 pontos como consta na **Tabela 8**.

Tabela 8. Domínios do Questionário de Sentido de Vida (QSV) de pacientes com fibromialgia (n=100)

Domínios	média (desvio padrão)	Mínima	Máxima
<i>Presença de sentido</i>	28,26 (7,37)	5	35

7.2 Correlações

A análise do coeficiente de correlação de *Pearson* entre as variáveis utilizadas no estudo é apresentada na **Tabela 9**, onde foram avaliadas a Atitude Religiosa, Sentido de Vida, Inventário de Depressão de Beck II, Capacidade Funcional (item 1 do QIF), Dor (Item 5 do QIF), índice de dor generalizada (*widespread pain index-WPI*) e Escala de Gravidade dos Sintomas (*symptom severity – SS*).

Tabela 9: Valores das correlações entre as variáveis do estudo (coeficiente de *Pearson*)

2	0,374**										
3	0,458**	0,304**									
4	0,410**	0,713**	0,467**								
5	-0,118	0,196	-0,059	0,226*							
6	-0,150	0,086	0,178	0,162	0,129						
7	0,063	-0,064	-0,227*	-0,112	-0,198*	-0,036					
8	-0,002	0,144	-0,304**	0,220*	0,130	0,019	0,276**				
9	0,231*	0,189	0,006	0,158	-0,063	-0,086	-0,007	0,222*			
10	0,120	-0,148	-0,132	-0,191	-0,442**	-0,188	0,271**	0,127	0,48		
11	0,089	-0,136	-0,304*	-0,068	-0,063	-0,030	0,305**	0,203*	0,158	0,369**	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Notas: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; Identificação das variáveis: 1- Sentimento religioso, 2- Comportamento religioso, 3- Corporeidade religiosa, 4- Conhecimento religioso, 5- Presença de sentido, 6- Busca de sentido, 7- Inventário de Depressão de Beck II, 8- Capacidade Funcional (QIF 1), 9- Dor (QIF)5- Escala Visual Analógica da Dor), 10- Índice de dor generalizada (*widespread pain index-WPI*), 11- Escala de Gravidade dos Sintomas (*symptom severity – SS*)

7.3 Modelo teórico sobre a noopsicossomática em pacientes com fibromialgia

Apesar de não representar um objetivo do estudo. Os resultados possibilitaram a elaboração de um modelo teórico para pacientes com fibromialgia tendo como base a teoria da noopsicossomática de Viktor Frankl. O modelo teórico encontrado é estatisticamente significativo, foram encontrados os índices: $\chi^2/\text{gl}= 1,10$; GFI= 0,99; AGFI=0,94;CFI=0,99 e RMSEA=0,03 (IC90%=0,00-0,18), $P_{\text{close}}=0,45$. O modelo pode ser observado na **figura 4**.

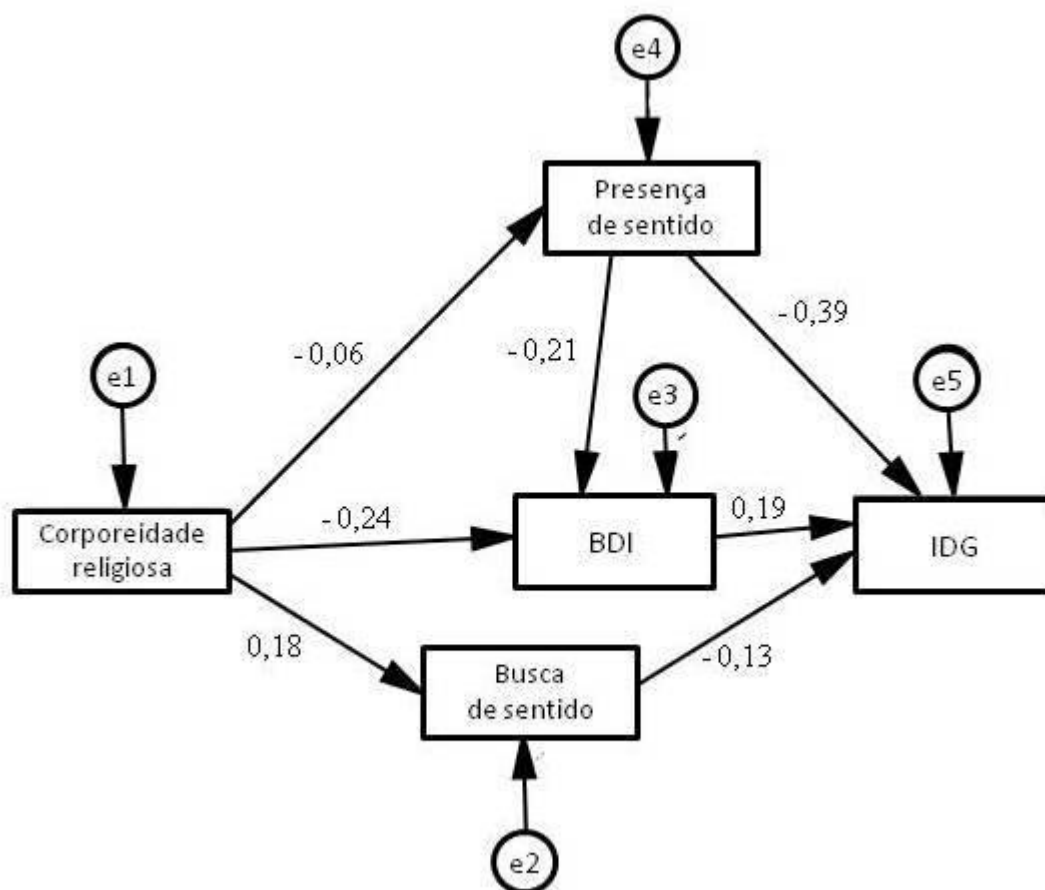


Figura 4: Modelo teórico explicativo sobre a noopsicossomática em pacientes com fibromialgia

No modelo os retângulos são as variáveis consideradas enquanto os círculos representam os valores latentes e as setas representam os sentidos causais. É possível observar que há analogia com o modelo proposto por Viktor Frankl onde a dimensão noética (corporeidade religiosa, presença de sentido e busca de sentido) apresentam associação com a dimensão psíquica representada pela depressão (Inventário de Beck de Depressão II) e com a dimensão somática representada pela dor (Índice de Dor Generalizada ou *widespread pain index-WPI*).

Para o modelo encontrado, as saturações (λ) foram diferentes de zero. Observando o modelo é possível encontrar o domínio corporeidade religiosa da Escala de Atitude Religiosa apresentando associação com a presença de sentido ($\lambda=-0,06$), com o Inventário de Depressão de Beck II ($\lambda=-0,24$) e com a busca de sentido ($\lambda=0,18$) que por sua vez se associou com o índice de Dor Generalizada – IDG ($\lambda=-0,13$). A presença de sentido associou-se com o Índice de Dor Generalizada do critério diagnóstico de Fibromialgia de 2010 ($\lambda = -0,39$) e o Inventário de Depressão de Beck II ($\lambda=-0,21$) que por sua vez se relaciona com também com o índice de dor Generalizada ($\lambda=0,19$).

8 Discussão

8.1 Relação entre dor e religiosidade

Em relação as variáveis Escala Analógica Visual da Dor e a Atitude Religiosa, foi possível observar que a “dor” (avaliada pelo item 5 do Questionário de Impacto da Fibromialgia) apresentou correlação positiva com o domínio “sentimento religioso” da Escala de Atitude Religiosa (EAR-20) elaborada por Aquino *et al.*, 2013 com $r= 0,231$ ($p<0,05$). Os resultados sugerem associação da religiosidade na percepção da dor de portadores de fibromialgia em uma correlação positiva indicando que quanto maior a percepção da dor, maior o sentimento religioso. Tal resultado corrobora com os resultados encontrados por Baetz e Bowen (2008). De acordo com estes autores, pessoas com dor crônica e fadiga tendem a buscar apoio espiritual e religioso mais que os demais indivíduos para lidar com suas limitações. Nos resultados foi observado que tanto indivíduos mais espiritualizados quanto mais religiosos buscam apoio seja religioso ou espiritual como enfrentamento de seus problemas.

Lago-Rizzardi *et al.* (2010), afirmam que o homem tem procurado enfrentar dificuldades como a dor através da religiosidade e espiritualidade, principalmente quando o ser não acha respostas precisas para superação de seus problemas. O autor afirma ainda que a religiosidade pode auxiliar na redução do estresse, que por sua vez pode auxiliar na redução do quadro algico de pacientes com dor recorrente.

Os resultados correlacionais entre a Escala Visual Analógica de dor e o domínio “sentimento religioso” apresentaram valores significativos com $r=0,231$ ($p<0,05$). O resultado demonstra que quanto maior a percepção geral da dor do paciente com fibromialgia maior a sua religiosidade.

Os resultados encontrados corroboram ainda com os resultados encontrados no estudo de Rippentrop *et al.* (1999). Os autores encontraram uma associação entre a saúde física e a religiosidade/espiritualidade numa população de pacientes com dor crônica. Apesar do estudo não ter identificado relação significativa entre a intensidade da dor e a religiosidade/espiritualidade, os autores encontraram uma relação inversa entre a saúde física e a prática religiosa individual (ex.: oração) sugerindo que quanto pior a saúde física, maior a religiosidade. É possível fazer uma analogia ao presente

estudo, com as pacientes portadoras de fibromialgia, que encontrou relação diretamente proporcional entre a dor e a religiosidade, a dor pode representar estar relacionada com uma má saúde física.

Bovero *et al.* (2013) realizaram um estudo com pacientes oncológicos em estado avançado e apesar de não ter encontrado uma associação estatisticamente significativa entre a percepção da dor e a prática religiosa, os autores sugeriram que a religião pode representar uma estratégia de enfrentamento da dor.

8.2 Relação entre dor, depressão e religiosidade

De acordo com Wilson *et al.* (2002), a depressão e a insônia são problemas frequentes em pacientes com dor crônica. Segundo os autores, há indícios de uma associação entre pacientes com dor crônica e depressão maior.

Gracely *et al.* (2012) afirmam que a depressão não é a única complicação nos pacientes com fibromialgia e que ela pode ser entendida como uma reação ao sofrimento causado pela dor. Para os autores, a depressão e a fibromialgia apresentam mecanismos semelhantes tanto que são tratados com os mesmos medicamentos de ação no sistema serotoninérgico e noradrenérgico.

Ao realizar uma análise entre as variáveis ‘Índice de dor generalizada (*widespread pain index-WPI*)’ e o ‘Inventário de Depressão de Beck II’, foi possível observar que houve correlação positiva ($r= 0,271$; $p<0,01$). O resultado sugere que quanto maior o escore do IDG, maior o nível de depressão.

Outro dado observado no presente estudo foi a confirmação dos resultados encontrados por Berber *et al.* (2005). De acordo com os autores, pacientes com fibromialgia frequentemente apresentam depressão. Os autores sugerem que a depressão aumenta a sensação de dor favorecendo ao isolamento.

Em relação a depressão nos pacientes de fibromialgia e a religiosidade, pelo coeficiente de correlação de *Pearson* foi observada correlação negativa ($r= -0,027$, $P<0,05$) entre o Inventário de Depressão de Beck II e o domínio “corporeidade religiosa”

da Escala de Atitude Religiosa (EAR-20). O resultado indica que quanto maior o nível de depressão, menor a corporeidade religiosa.

Os resultados encontrados corroboram com os apresentados por Lucchetti *et al* (2012) que realizaram um importante estudo sobre religiosidade, saúde e depressão em idoso. Naquele estudo, apesar de não identificar uma relação de causa e efeito, identificaram que a depressão estava relacionada a uma menor frequência religiosa e que a religiosidade teve associação com menos hospitalizações, mais atividade física e menos depressão.

Hayward *et al.* (2011) elaboraram um modelo teórico relacionando os efeitos de fatores religiosos como religiosidade subjetiva, uso da mídia religiosa e prática religiosa em pessoas com depressão severa. O estudo aponta que a religião está associada a gravidade da depressão. Os autores identificaram que a prática religiosa apresentou relação inversa com a depressão e houve associação da religiosidade subjetiva com a gravidade da depressão. Os autores levantaram a hipótese de que depressão grave pode desestimular a prática religiosa, mas isso pode não acontecer com a religiosidade subjetiva.

Allen *et al.* (2008) estudaram a relação entre a religiosidade/espiritualidade na saúde mental de uma população carcerária masculina. O estudo apontou que os carcerados que autodeclararam maior religiosidade/espiritualidade apresentaram melhor controle emocional. Além disso, os autores encontraram uma associação positiva entre o *coping* religioso positivo e a depressão, e uma relação negativa entre as experiências espirituais e os níveis de depressão.

8.3 Relação entre sentido de vida e depressão

Sobre o coeficiente de correlação de *Pearson* entre o sentido de vida e depressão foi identificada uma associação negativa ($r=-0,198$, $p<0,05$) entre o domínio presença de sentido e o escore do Inventário de Depressão de Beck II. O resultado sugere que quanto maior o nível de depressão, menor a presença de sentido.

Os resultados correlacionais foram semelhantes aos encontrados por Hedayati e Khazaei (2014). Os autores realizaram um estudo com uma população de estudantes

universitários e identificaram uma correlação negativa entre o domínio sentido de vida e a depressão. Os autores sugerem que o resultado encontrado deve-se a baixa autoestima que está relacionada com a depressão.

O estudo de Bas *et al.* (2014) também chegou a resultados semelhantes a partir de um estudo com universitários em que correlacionaram depressão, estresse, sentido de vida e ansiedade. Os resultados demonstraram correlação positiva com o domínio busca de sentido e negativa com o domínio presença de sentido. Os autores acreditam que a presença de sentido é capaz de reduzir os níveis de depressão, ansiedade e estresse.

8.4 Relação entre sentido de vida e dor

Em relação às variáveis sentido de vida e dor foi observada correlação negativa ($r=-0,442$, $p<0,01$) entre o domínio presença de sentido e o IDG sugerindo que quanto maior a dor menor a presença de sentido. O estudo identifica que a intensidade da dor apresenta efeito indireto sobre a presença de sentido em pacientes com fibromialgia.

Os resultados são reforçados pelos encontrados por Dezutter *et al.* (2014). Apesar de não ter sido identificado correlação negativa significativa direta entre a intensidade da dor e a presença de sentido, os autores chegaram a conclusão que a presença de sentido é um fator importante para a sensação psicológica de bem-estar em pacientes com dor crônica. Segundo os mesmos, pacientes com dor crônica que fazem uso de medicações como opióides para reduzir a dor na tentativa de se adaptar a condição algica podem apresentar baixos níveis de sentido.

9 Considerações Finais

O objetivo do presente estudo foi o de compreender em que medida os níveis de sentido de vida, de religiosidade, de depressão e de percepção da dor estão associados em pacientes com fibromialgia. Concebe-se que tal escopo foi plenamente alcançado, entretanto, cabe nesse momento elencar algumas limitações do estudo como a impossibilidade de generalizar os resultados aqui encontrados, tendo em vista que a amostra foi de conveniência.

O mérito do estudo foi o de acrescentar mais uma evidência da importância da religiosidade/espiritualidade para pacientes com dor crônica, tendo em vista a escassez de estudos nesse âmbito (MOREIRA-ALMEIDA & KOENIG, 2008). Assim, o estudo corroborou com a literatura que sugere uma associação entre dor e a religiosidade (BUSH *et al.*, 1999; RIPPENTROP *et al.*, 2005; GLOVER-GRAF *et al.*, 2007; BAETZ e BOWEN, 2008; LUCCHETTI *et al.*, 2011). Não obstante, é importante lembrar que a religiosidade pode melhorar a saúde mental, reduzir níveis de estresse e fornecer apoio social e espiritual aos que sofrem.

De forma geral, o presente estudo procurou de forma empírica contribuir para um melhor entendimento sobre a influência da religiosidade e do sentido de vida em pacientes com fibromialgia. Além disso, foi possível observar que a relação do sentido de vida com a religiosidade, depressão e a percepção da dor apresentam evidências da adequação da teoria desenvolvida por Viktor Frankl que considera o ser humano como multidimensional com portadores de fibromialgia.

O modelo encontrado merece ser testado em outras amostras, com o intuito de verificar a sua confirmação, por esse motivo não deve ser generalizado a todo paciente com fibromialgia. Diante do fato de não existir na literatura nenhum modelo teórico explicativo, compreende-se que o modelo e o estudo como um todo contribuem para um melhor entendimento da patologia em questão e da relevância da religiosidade e sentido de vida no processo saúde-doença.

Assim, é possível utilizar o modelo como um indicativo para que os profissionais de saúde possam abordar fatores multidimensionais na assistência e nos cuidados com os portadores dessa síndrome, levando em conta a dimensão psicológica

(religiosidade e busca de sentido). Sendo assim, faz-se necessário o desenvolvimento de uma assistência centrada no paciente em sua totalidade, considerando o ser humano na sua totalidade biopsicossocial e espiritual e não apenas focado o psicofísico. Diante do exposto, conclui-se que a religiosidade e o sentido de vida exercem impacto na saúde de pacientes com fibromialgia, enfatizando que são necessários mais estudos sobre a influência das experiências religiosas na melhoria da saúde desses pacientes.

O estudo aponta para a necessidade da intervenção sobre a funcionalidade e da religiosidade e sob esse ponto de vista é possível que a abordagem corporal através de danças sagradas respeitando a subjetividade religiosa do participante possa inferir na saúde dos portadores de fibromialgia

Referências

AHLS, S. **Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos.** InterAÇÃO, v. 3, 49-60, 1999.

ALLEN, R. S.; PHILLIPS, L. L.; ROFF, L. L.; CAVANAUGH, R.; DAY, L. **Religiousness/Spirituality and mental health among older male inmates.** The Gerontologist Society of America, (5) 48, 692–697, 2008.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

ALLPORT, G. W. **Attitudes.** In **Handbook of social psychology.** Edited by C. Murchison, 798–844. Worcester, MA: Clark Univ. Press, 1935.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.** 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ANDERSON, R. J.; McCRAE, S. C.; STAUD, R.; BERRY, R. B.; ROBINSON, M. E. **Predictors of Clinical Pain in Fibromyalgia: Examining the Role of Sleep.** The Journal of Pain, 4(131): 350-358, 2012.

ANG, D. C.; JENSEN, M. P.; STEINER, J. L.; HILLIGOSS, J.; GRACEY, R. H.; SAHA, C. **Combining cognitive-behavioral therapy and milnacipran for fibromyalgia: a feasibility randomized-controlled trial.** Clin J Pain., 29(9):747-54, 2013.

ANGERAMI – CAMOM, V. A. **Psicossomática e psicologia da dor.** São Paulo: Cengage Learning, 2ª ed., 2012.

ANGERAMI, V. A. **Psicoterapia e subjetivação.** São Paulo: Cengage Learning, 2004.

AQUINO, T. A. A.; VELOSO, V. G.; AGUIAR, A. A.; PEREIRA, G. A.; FERNANDES, A. S.; SERAFIM, T. D. B.; PONTES, A. M. **Questionário de sentido**

de vida: Evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Psicologia: Ciência e Profissão, 35(1), 4-19, 2015.

AQUINO, T. A. A.; CORREIA, A. P. M.; MARQUES, A. L. C.; SOUZA, C. G.; FREITAS, H. C. A.; ARAÚJO, I. F.; DIAS, P. S.; ARAÚJO, W. F. **Atitude religiosa e sentido de vida: um estudo correlacional.** Psicologia: ciência e profissão, 29 (2), 228-243, 2009.

AQUINO, T. A. A.; GOUVEIA, V. V.; SILVA, S. S.; AGUIAR, A. A. **Escala de atitudes religiosas, versão Expandida (EAR-20): evidências de validade.** Avaliação Psicológica, 12(2): 109-119, 2013.

ARAÚJO, R. L. **Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos.** Revista Brasileira de Reumatologia, 1 (46):56-60, 2006.

ARNOLD, L. M.; CLAUW, D. J.; MCCARBERG, B. H. **Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia.** Mayo Clin Proc., 86(5):457-464, 2011

ARNOLD, L. M.; GENDREAU, R. M.; PALMER, R. H.; GENDREAU, F. J.; WANG, Y. **Efficacy and safety of milnacipran 100 mg/day in patients with fibromyalgia: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled Trial.** Arthritis & Rheumatism, 62(9), pp 2745–2756, 2010.

ARNOLD, L. M.; ROSEAN, A.; PRITCHETT, Y. L.; D'SOUSA, D. N.; GOLDSTEIN, D. J.; IYEGAR, S.; WERNICKE, J. F. **A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder.** Pain 119(1-3):5-15, 2005.

BAHLS, S-C. **Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos.** Interação, 3:49-60, 1999.

BAS, V.; HAMARTA, E.; KOKSAL, O. **The correlations between the meaning of life, depression, stress and anxiety among university students.** Agora Psycopragmatica, 8 (2), 36-50, 2014.

BEATZ, M.; BOWIE, R. **Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality.** Pain Res Manage, 13 (5), 2008.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUCH, G. **An inventory for measuring depression.** Archives of General Psychiatry, 4: 53-63, 1961.

BENNETT, R. **The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses.** Clin Exp Rheumatol 2005; 23 (Suppl. 39): S154-S162.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. **Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia,, 45 (2), 47-54, 2005.

BYRNE, M. B. Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming. 2nd ed. New York, NY: Taylor & Francis Group, 2010.

BOOMERSHINE, C. S. **Pregabalin for the management of fibromyalgia syndrome.** Journal of Pain Research, ;3:81-8, 2010.

BOVERO, A.; LEOMBRUNI, P.; MINIOTTI, M.; TORTA, R. **Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients.** World cultural psychiatry research review, 51-59,2013.

BRANCO, J. C.; BANNWARTH, B.; FAILDE, I.; CARBONELL, J. A.; BLOTMAN, F.; SPAETH, M.; SARAIVA, F.; NACCI, F.; THOMAS, E.; CAUBÈRE, J. LAY, K. L.; TAIEB, C.; MATUCCI- CERINIC, M. **Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries.** Semin Arthritis Rheum.,39(6):448-53, 2009

BRANCO, J. C. **State of the art on fibromyalgia mechanism.** Acta Reumatol Port, 35:10-5, 2010.

BRASIO, K. M.; LALONI, D. T.; FERNANDES, Q. P.; BEZERRA, T. L. **Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para o tratamento da fibromialgia: Treino de controle de stress, Relaxamento progressivo e**

reestruturação cognitiva. Revista de Ciências Médicas, Campinas, 12 (4):307-318, 2003.

BRAZ, A. S.; PAULA, A. P.; DINIZ, M. F. F. M.; ALMEIDA, R. N. **Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, 51(3): 269-282, 2011.

BRAZ, A. S.; MORAIS, L. C. S.; PAULA, A. P.; DINIZ, M. F. F. M.; ALMEIDA, R. N. **Effects of Panax ginseng extract in patients with fibromyalgia: A 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 35 (1): 021-028, 2013.

BUSH, G. E.; RYE, M. S.; BRANT, C. R.; EMERY, E.; PARGAMENT, K. I.; RIESSINGER, C. A. **Religious coping with chronic pain.** Applied Psychophysiology and Biofeedback, 24 (4), 1999.

CAVAZZA, N. **Psicologia das atitudes e das religiões.** Edições Loyola, São Paulo. 2008.

CARQUEJA, E. **A prática religiosa e a percepção de sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crônica.** Caderno, 1 (2): 7-40, 2008.

CHAKRABARTY, S.; ZOOROB, R. **Fibromyalgia.** American Family Physician, 76(2)247-254, 2007.

COELHO JÚNIOR, A. G.; MAHFOUD, M. **As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl.** Psicologia USP, 2 (12): 95-103. 2001

CONSOLI, G.; MARAZZITI, D.; CIAPPARELLI, A.; BAZZICHI, L.; MASSIMETI, G.; GIACOMELLI, C.; ROSSI, A.; BOMBARDIERI, S.; DELL'ÓSSO, L. **The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia.** Comprehensive Psychiatry, 53: 962–967, 2012.

DELUZE, C., BOSIA, L., ZIRBS, A., CHANTRAINE, A., VISCHER, T. L. **Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial.** BMJ 305: 1249-52. 1992.

DEZUTTER, J.; LUYCKX, K.; WACHHOLTZ, A. **Meaning in life in chronic pain patients over time: associations with pain experience and psychological well-being.** J Behav Med, 38:384–396, 2015.

DEL PORTO, J. A. **Conceito e diagnóstico.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 21(1):6-11, 1999.

DIAS, K. S. D. **Melhora da qualidade da vida em pacientes fibromiálgicos tratados com hidroterapia.** Revista de Fisioterapia Brasil, 4(5): 320-25, 2003.

ELLINGSON, L. D.; SHIELDS, M. R.; STEGNER, A. J.; COOK, D. B. **Physical Activity, Sustained Sedentary Behavior, and Pain Modulation in Women With Fibromyalgia.** The Journal of Pain, 13(2): 195-206, 2012.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano** [tradução Rogério Fernandes]. – São Paulo: Martins Fontes, 1992.

EVCIK, D.; YIGIT, I.; PUSAK, H.; KAVUNCU, V. **Efectiveness of aquatic therapy in the treatment of fibromyalgia syndrome: a randomized controlled open study.** Rheumatol Int, 28:885–890, 2008.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F.; **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura.** Psicologia: reflexão e crítica, 18 (3): 381-389, 2005.

FARIAS, M. **A dor e a crença religiosa: uma perspectiva neuropsicológica.** Religare – Revista de Ciências das Religiões, Nº 6, 81-87, 2009.

FERNÁNDEZ, M. P. P. **Fibromialgia y psicoterapia.** Revista da Sociedade Espanhola de Psicossomática e Psicoterapia, 1(1):1-42, 2011.

FERREIRA, B. W. **O sentido da vida.** Educação e Filosofia, 5 (9): 129-134, 1990.

FILORANO, G.; PRANDI, C. **As ciências das religiões**. Editora Paulus, São Paulo, 1999.

FRÁGUAS JÚNIOR, R.; ALVES, T. C. T. F. **Depressão no hospital geral: estudo de 136 casos**. Revista da Associação Médica Brasileira, 48(3): 225-30, 2002.

FRANKL, V. E. **Logoterapia e análise existencial: textos de seis décadas**. (M. A. Casanova, tradução). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FRANKL, V. E. **A vontade de sentido**. São Paulo: Editora Paulus, 2011.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. (W. O. Schlupp e H. H. Reinhold, Tradução). 11º Ed., São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2009.

FRANKL, V. E.; LAPIDE, P. **Búsqueda de Dios y sentido de La vida: diálogo entre um teólogo y um psicólogo**. (G.C. Marcos, tradução). Barcelona: Herder, 2005.

FRANKL, V. E. **Logoterapia y análisis existencial**. Tradução: Jonas Pereira dos Santos. Campinas: Editora PSY II, 1995.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia para todos: uma psicoterapia coletiva para contrapor-se à neurose coletiva**; tradução de Antônio Estevão Allgayer- Petrópolis, Rj: Editora Vozes, 1990.

GELL, S. E. **The fibromyalgia syndrome: musculoskeletal pathophysiology**. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 5 (23):347-353. 1994.

GOMES-OLIVEIRA, M. H.; GORENSTEIN, C.; NETO, F. L.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P. **Validação da versão brasileira em português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 4 (34): 389-394, 2012.

GLOVER-GRAF, N.; MARINI, I.; BUCK, T. **Religious and spiritual beliefs and practices of persons with chronic pain**. *Rehabil. Counsel. Bull.* 2007, 51, 21-33.

GRACEY, R. H.; CEKO, M.; BUSHNELL, M. C. **Fibromyalgia and Depression.** Pain Research and Treatment, Volume 2012, 1-9, 2012.

HAUSER, W.; THIEME, K.; TURK, D. C. **Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – A systematic review.** European Journal of Pain, 14: 5–10. 2010.

HAYWARD, R. D.; OWEN, A. D.; KOENING, H. G.; STEFFENS, D. C.; PAYNE, E. **Longitudinal relationships of religion with posttreatment depression severity in older psychiatric patients: evidence of direct and indirect effects.** Hindawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment, 1-8, 2012.

HEDAYATI, M. A. M.; KHAZAEI, M. A. M. **An Investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope.** Procedia - Social and Behavioral Sciences, 114, 598 – 601, 2014.

HENRIKSSON, K. G. **Chronic muscular pain: a etiology and pathogenesis.** Baillibre's Clinical Rheumatology, 4(8): 707-719, 1994.

HEYMANN, R. E. **O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética.** Revista Brasileira de Reumatologia, 1(46): 1-1, 2006.

HILLMANN, M. **Handbook of motivational counseling: concepts, approaches, and assessment.** England, Chinchester. John Wiley & Sons, Ltd., 2004.

HOMANN, D.; STEFANELLO, J. M. F.; GÓES, S. M.; BREDA, C. A.; PAIVA, E. S.; LEITE, N. **Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia.** Revista Brasileira de Reumatologia, 52(3):319-330,2012.

IASP. **Task Force on Taxonomy - Classification of Chronic Pain, Second Edition, Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage.** IASP Press, Seattle, 209-214,1994.

JAHAN, F.; NANJI, K.; QIDWAI, W.; QASIM, R. **Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management.** Oman Medical Journal, 3 (27): 192-195, 2012

KLAUMANN, P. R.; WOUK, A. F. P. F.; SILLAS, T. **Patofisiologia da dor.** Archives of Veterinary Science, 13(1), 1-12, 2008.

KOENING, G. H. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade.** Tradução de Iuri Abreu, - Porto Alegre, Rs: L&PM , 2012.

KRAUS, T.; RODRIGUES, M.; DIXE, M. A. **Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano.** Revista Referência, II Série, n.10, pp77-88,2009.

LAGO-RIZZARDI, C. D. **A espiritualidade em mulheres com síndrome dolorosa miofascial crônica do segmento cefálico comparada a um grupo controle.** Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Neurologia. 2011.

LAGO-RIZZARDI, C. D.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, S. R. D. T. **Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor.** O Mundo da Saúde, 34(4):483-487, 2010.

LIPHAUS, B. L.; CAMPOS L. M. M. A.; SILVA, C. A. A.; KISS, M. H. B. **Síndrome da fibromialgia em crianças e adolescentes: estudo clínico de 34 casos.** Rev. Bras. Reumat., 41(2):71-74, 2001.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PERES, M. F. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENING, H. G. **Religiousness, Health, and Depression in Older Adults from a Brazilian Military Setting.** International Scholarly Research Network, (2)1-7, 2012.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BADAN-NETO, A. M.; PERES, P. T.; PERES, M. F. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GOMES, C.; KOENING, H. G. **Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting.** J. Rehabil. Med., 43: 316–322, 2011.

LUKAS, E. **Mentalização e saúde: a arte de viver e logoterapia** (Trad. Helga Hinkenickel Reinhold). Petrópolis: Vozes, 1990.

LÖFGREN, M., NORRBRINK, C. **Pain relief in women with fibromyalgia: a cross-over study of superficial warmth stimulation and transcutaneous electrical nerve stimulation.** J Rehabil Med 41: 557–562. 2009.

MARTINEZ J. E.; BARAUNA-FILHO, I.S.; KUBOKAWA, K.; PEDREIRA, I.S.; MACHADO, L.A.M.; VELASCO, G. **Análise crítica de parâmetro de qualidade de vida em fibromialgia.** Acta Fisiátrica 5:116-20, 1998

MARTINEZ, J. E.; PANOSSIAN, C.; GAVIOLLI, F. **Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidas em serviço público de reumatologia e em consultórios particular.** Rev Bras Reumat, 46(1):32-36, 2006.

MARTINS, M. A. Q. **Alvos Terapêuticos para o Tratamento Psicológico da Fibromialgia.** Goiânia: Universidade Católica de Goiás. Dissertação de Mestrado. 76 p., 2007.

MARTINS, M. G. J. B. **Autoatualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crônica: uma investigação no adulto em tratamento de hemodiálise.** Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Dissertação). Porto – Portugal, 2002.

MARQUES, A. P.; SANTOS, A. M. B.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L. A.; LAGE, L. V.; PEREIRA, C. A. B. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Revista Brasileira de Reumatologia, 1 (46): 24-31, 2006.

MARANGELL, L. B.; CLAUW, D. J.; CHOY, E.; WANG, F.; SHOEMAKER, S.; BRADLEY, L.; MEASE, P.; WOHLREICH, M. M. **Comparative pain and mood effects in patients with comorbid fibromyalgia and major depressive disorder: Secondary analyses of four pooled randomized controlled trials of duloxetine.** PAIN, 152: 31–37, 2011.

MATTHEY, A.; CEDRASCHI, C.; PIQUET, V.; BESSON, M.; CHAQBET, J.; DAALI, Y.; COURVOISIER, D.; MONTAGNE, A.; DAYER, P. DESMEULES, J. A. **Dual reuptake inhibitor milnacipran and spinal pain pathways**

in fibromyalgia patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Pain Physician, 16(5):E553-62, 2013.

MEEUS, M.; NIJS, J. **Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome.** Clin. Rheumatol., 26: 465–473, 2007.

MERKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** 2nd Ed. Seattle: IASP Press.

MIELE, N.; POSSEBON, F. **Ciências das Religiões: proposta pluralista da UFPB.** Numen: revista de estudos e pesquisa da religião, 2 (15): 403-43, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):7-18, 2000.

MONTEIRO, R.; BRAILE, D.; BRANDAU, R.; JATENE, F. B. **Qualidade de vida em foco.** Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 25(4): 568-574, 2010.

MOSMANN, A.; ANTUNES, C.; OLIVEIRA, D. NEVES, C. L. M. **Atuação fisioterapêutica na qualidade de vida de fibromiálgicos.** Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS n. 4 (16): 172-177, 2006.

MOREIRA-ALMEIRAA.; KOENIG, H. G. **Religiousness and Spirituality in Fibromyalgia and Chronic Pain Patients.** Curr Pain Headache Rep., 12(5):327-32, 2008.

MOREIRA, N.; HOLANDA, A. **Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa.** Psico-USF, 3(15), 345-356, 2010.

NAGATA, Katsutaro. **Efectiveness of balneo-logotherapy in fibromyalgia. The Future of logotherapy: II International Congress on Logotherapy and existential analysis,** Viena, 2014.

NECK,G.; CROFFORD, L. J. **Neuroendocrine perturbations in fibromyalgia and chronic fadigue syndrome.** Rheumatic disease clinics of North America, 4 (26): 989-1002, 2000.

NEPUMUCENO, F. C. L.; MELO JÚNIOR, I. M.; SILVA, E. A.; LUCENA, K. D. T. **Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise.** Saúde Debate, 38(100): 119-128, 2014.

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. **Qualidade De vida e espiritualidade.** Revista de Psicologia Clínica, 34: 105-115, 2007.

PARENTI, C.; ARICÒ, G.; RONSISVLLE, G.; SCOTO,G. M. **Supraspinal injection of Substance P attenuates allodynia and hyperalgesia in a rat model of inflammatory pain.** Peptides, 34: 412–418, 2012.

PETERSON, E. L. **Fibromyalgia—Management of a misunderstood disorder.** Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19: 341–348, 2007.

PEREIRA, G. A. **A culpa e suas relações com a religiosidade e com o sentido da vida.** 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) Universidade Federal da Paraíba.

PINTO, P. M. **Ciências das religiões: elementos para definição de uma área de conhecimento (Editorial).** Revista Portuguesa de Ciência das Religiões– Ano II, n.º 3/4, 11-15, 2003.

PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. **Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes.** Rev.Esc.Enf.USP, 34(1), 76-83, 2000.

PONTES, A. M; AQUINO, T. A. A.; GOUVEIA, V. V.; FONSECA, P. N.; KLUPPEL, B. L. P. **Noopsicossomática em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Evidências de um Modelo Explicativo.** Psico, 46(1), 129-138, 2015.

PONTES, A. M. **Evidências empíricas de um modelo teórico para explicar a noopsicosomática em pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões (Dissertação), UFPB/CE, 2012.

RIPPENTROP, A. E.; ALTMAIER, E. M.; CHEN, J. J.; FOUND, E. M.; KEFFALA, V. J. **The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population.** PAIN, 116 (3), 311-321, 2005.

RODRIGES, A. **Psicologia social.** Editora Vozes, Petrópolis, 1976.

RUSSEL, J. T.; KAMIN, M.; SCHINITZER, T. J.; GREEN, J. A.; KATZ, W. A. **Efficacy of Tramadol in Treatment of Pain in Fibromyalgia.** Journal of Clinical of Rheumatology, 6 (5), 205 -257, 2000.

SALGADO, M. I.; FREIRE, G.; STROOPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina.** Belo Horizonte: Editora Inede, 427-443, 2008.

SANTOS, D. M.; LAGE, L. V.; JABUR, E. K.; KAZYIAMA, H. H. S.; IOSIFESCU, D. V.; LUCIA, M. C. S.; FRAGUAS, R. **The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia.** Clinics, 66(6):973-978, 2011.

SANTOS, A. M. B.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L. A.; PEREIRA, C. A. B.; LAGE, L. V.; MARQUES, A. P. **Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia.** Revista Brasileira de Fisioterapia, 10(3), 317-324, 2006.

SAUER, K.; KEMPER, C.; GLAESKE, G. **Fibromyalgia syndrome: Prevalence, pharmacological and non-pharmacological interventions in outpatient health care. An analysis of statutory health insurance data.** Joint Bone Spine, 78: 80–84, 2011.

SAUNDERS, C. **A personal therapeutic journey.** British Medical Journal, 313 (7072), 1599–1601, 1996.

SHAVER, J. L. **Fibromyalgia syndrome in women.** The Nursing Clinics of North America, 39: 195–204, 2004.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **A dor como um problema psicofísico.** Rev Dor. São Paulo, 12(2):138-51, 2011.

SILVA, E. A.; MELO JÚNIOR, I. M. de; NEPOMUCENO, F. C. L.; LUCENA, K. D. T. ; DEININGER, L. S. C. **Atitude religiosa: uma espera de cura para os pacientes**

renais crônicos no serviço de diálise. Revista de Enfermagem da UFPE, 8(8):2576-83, 2014.

SOUSA, F. A. E. F. **Dor: o quinto sinal vital.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 10(3):446-7, 2002.

STEGER, F. M.; FRAZIER, P.; OISHI, S.; KALER, M. **The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life.** Journal of Counseling Psychology, 53 (1): 80-93, 2006.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, ALEXANDER. **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina.** Inede, Belo Horizonte, 427-443, 2008.

TEIXEIRA, M. J.; YENG, L. T. **Conceitos dualistas e multidisciplinares na atenção ao doente com dor.** Dor é coisa séria. 2008. 4:11-17.

TEIXEIRA, M. J. **Dor e depressão.** Revista de Neurociência, 14 (2), 44-53, 2006.

TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. **Espiritualidade e qualidade de vida.** Editora PUCRS, Porto Alegre, 2004.

TEIXEIRA, M. J.; TEIXEIRA, W. G. J.; SANTOS, F. P. S.; ANDRADE, D. C. A.; BEZERRA, S. L.; FIGUEIRÓ, J. B.; OKADA, M. **Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética.** Rev. Med., 80(ed. esp. pt.1):1-21, 2001.

TOMMASO, M. **Prevalence, clinical features and potential therapies for fibromyalgia in primary headaches.** Expert Rev. Neurother. 12(3), 287–296, 2012.

WRIGHTHC.; MIST, S. D.; ROSS. R. L.; JONES, K. D. **Duloxetine for the treatment of fibromyalgia.** Expert Rev Clin Immunol. Sep 2010; 6(5): 745–756.

WOLFE, F; CLAUW, D. J.; FITZCHARLES, M.; GOLDENBERG, D. L.; KATZ, R. S.; MEASE, P.; RUSSELL, A. S.; RUSSELL, I. J.; WINFIELD, J. B.; YUNUS, M. B. **The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity.** Arthritis Care & Research.5(62): 600–610, 2010.

WOLFE, F.; SMYTHE, H.; YUNUS, M.; GOLDENBERG, D.; et.al. **The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicentre criteria committee.** Arth. Rheum. 33:160-172, 1990.

WACHHOLTZ, A.B.; KEEF, F.J. **What physicians should know about spirituality and chronic pain.** South Med J 99(10): 1174-1175, 2006.

WILSON, K. G.; ERIKSSON, M. I.; D'EON, J. L.; MIKAIL, S. F.; EMERY, P. C. **Major depression and insomnia in chronic pain.** Clin J Pain, 18(2):77-83, 2002.

WHOQOL GROUP. **THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Social Sci. Med., 41: 1403-1409, 1995.

YUNUS, M. B.; DAILEY, J. W.; ALDAQ, J. C.; MASI, A. T.; JOBE, P. C. **Plasma tryptophan and other amino acids in primary fibromyalgia: a controlled study.** J Rheumatol., 9(1):90-4, 1992

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário socioeconômico

Data: _____

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Estado civil: _____ Ocupação: _____

- 1) Quantas pessoas moram com você? (Incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos)
 - a) Moro sozinha
 - b) Uma a três
 - c) Quatro a sete
 - d) Mais de oito
- 2) Qual seu nível de escolaridade?
 - a) Não frequentou escola
 - b) Ensino Fundamental incompleto
 - c) Ensino Fundamental completo
 - d) Ensino Médio incompleto
 - e) Ensino Médio completo
 - f) Ensino Superior incompleto
 - g) Ensino Superior completo
- 3) A partir de suas condições socioeconômicas, você se considera:
 - a) Classe baixa
 - b) Classe média baixa
 - c) Classe média
 - d) Classe média alta
 - e) Classe alta
- 4) Qual a sua religião?

ANEXO 2

Escala de atitude religiosa (EAR – 20)

Data:

Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre religiosidade e fé. Assinale a alternativa que mais corresponde a sua pessoa, utilizando a escala de resposta abaixo. Não deixe de responder a nenhum item.

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentement e</i>	<i>Sempre</i>
01. Leio as escrituras sagradas (bíblia ou outro livro sagrado).	1	2	3	4	5
02. Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.	1	2	3	4	5
03. Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
04. Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade	1	2	3	4	5
05. Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
06. Assistio programas de televisão sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
07. Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.	1	2	3	4	5
08. A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.	1	2	3	4	5
09. Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
10. Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos...).	1	2	3	4	5
11. Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).	1	2	3	4	5
12. Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto.	1	2	3	4	5
13. Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.	1	2	3	4	5
14. Sinto-me unido a um “Ser” maior (Deus).	1	2	3	4	5
15. Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.	1	2	3	4	5
16. Costumo levantar os braços em momentos de louvores.	1	2	3	4	5
17. Ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus.	1	2	3	4	5
18. Bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos.	1	2	3	4	5
19. Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus.	1	2	3	4	5
20. Danço com as músicas religiosas nas ocasiões de contemplações.	1	2	3	4	5

ANEXO 3

Questionário de Sentido de Vida - QSV (STEGER et al., 2006)

Por favor, pense por um momento sobre o que faz com que sua vida seja importante para você. Por favor, responda as sentenças seguintes de modo verdadeiro e com o máximo de cuidado que você puder. Também se lembre de que estas questões muito subjetivas e que não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda de acordo com a seguinte escala:

Totalment e Falso	Geralment e Falso	Parcialment e Falso	Nem verdadeir o nem Falso	Parcialment e Verdadeiro	Geralment e Verdadeir o	Absolutamen te Verdade
1	2	3	4	5	6	7

1. ____ Eu compreendo o sentido da minha vida.
2. ____ Eu estou procurando alguma coisa que faça com que minha vida tenha sentido.
3. ____ Eu sempre estou em busca do sentido da minha vida.
4. ____ Minha vida tem um sentido claro.
5. ____ Eu tenho uma boa consciência do que faz minha vida ter sentido.
6. ____ Eu descobri um sentido de vida satisfatório.
7. ____ Eu estou sempre procurando por algo que faça com que minha vida seja significativa.
8. ____ Eu estou buscando um significado ou missão para minha vida.
9. ____ Minha vida não tem um propósito claro.
10. ____ Eu estou procurando um sentido em minha vida.

ANEXO 4

Questionário de Impacto da Fibromialgia

QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO DA FIBROMIALGIA (QIF)

ANOS DE ESTUDO:

1- Com que frequência você consegue:	Sempre	Quase sempre	De vez em quando	Nunca
a) Fazer compras	0	1	2	3
b) Lavar roupa	0	1	2	3
c) Cozinhar	0	1	2	3
d) Lavar louça	0	1	2	3
e) Limpar a casa (varrer, passar pano etc.)	0	1	2	3
f) Arrumar a cama	0	1	2	3
g) Andar vários quarteirões	0	1	2	3
h) Visitar parentes ou amigos	0	1	2	3
i) Cuidar do quintal ou jardim	0	1	2	3
j) Dirigir carro ou andar de ônibus	0	1	2	3

Nos últimos sete dias:

2- Nos últimos sete dias, em quantos dias você se sentiu bem?

0 1 2 3 4 5 6 7

3- Por causa da fibromialgia, quantos dias você faltou ao trabalho (ou deixou de trabalhar, se você trabalha em casa)?

0 1 2 3 4 5 6 7

4- Quanto a fibromialgia interferiu na capacidade de fazer seu serviço:



Não interferiu

Atrapalhou muito

5- Quanta dor você sentiu?



Nenhuma

Muita dor

6- Você sentiu cansaço?



Não

Sim, muito

7- Como você se sentiu ao se levantar de manhã?



Descansado/a

Muito cansado/a

8- Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?



Não

Sim, muita

9- Você se sentiu nervoso/a ou ansioso/a?



Não, nem um pouco

Sim, muito

10- Você se sentiu deprimido/a ou desanimado/a?



Não, nem um pouco

Sim, muito

ANEXO 5

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BECK (BDI – II)

Nome: _____

Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1.

0. Não me sinto triste.

1. Sinto-me triste.

2. Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de sentir-me assim.

3. Sinto-me tão triste ou tão infeliz que não posso suportá-lo.

2.

0. Não me sinto particularmente desanimado em relação ao futuro.

1. Sinto-me desanimado em relação ao futuro.

2. Sinto que não existe nada porque lutar.

3. O futuro não apresenta nenhuma esperança e as coisas não melhorarão.

3.

0. Não me sinto como um fracassado.

1. Fracassei mais do que a maioria das pessoas.

2. Quando olho para trás, o único que vejo é um fracasso atrás do outro.

3. Sou um fracasso total como pessoa.

4.

0. As coisas me satisfazem tanto como antes.

1. Não desfruto das coisas tanto como antes.

2. Já não tenho nenhuma satisfação em relação às coisas.

3. Estou insatisfeito ou chateado em relação a tudo.

5.

0. Não me sinto particularmente culpado.

1. Sinto-me culpado em muitas ocasiões.

2. Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.

3. Sinto-me culpado constantemente.

6.

0. Não acho que esteja sendo castigado.

1. Sinto que talvez esteja sendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Sinto que estou sendo castigado.

7.

0. Não estou descontente comigo mesmo.

1. Estou descontente comigo mesmo.
2. Estou desgostoso comigo mesmo.
3. Detesto-me.

8.

0. Não me considero pior do que qualquer outro.

1. Autocritico-me por minha debilidade ou por meus erros.
2. Sempre me culpo por minhas faltas.
3. Culpo-me por tudo de ruim que acontece.

9.

0. Não tenho nenhum pensamento de suicídio.

1. Às vezes, penso em me suicidar, mas não o farei.
2. Desejaria terminar com minha vida.
3. Suicidar-me-ia se tivesse oportunidade.

10.

0. Não choro mais do que o normal.

1. Agora, choro mais do que antes.
2. Choro sempre.
3. Não posso deixar de chorar mesmo quando me proponho.

11.

0. Não estou particularmente irritado.

1. Chateio-me ou me irrita mais facilmente do que antes.
2. Sinto-me sempre irritado.
3. Agora não me irritam, de nenhuma maneira, coisas que antes me impacientavam.

12.

0. Não perdi o interesse pelos outros.

1. Estou menos interessado nos outros do que antes.
2. Perdi grande parte do interesse pelos outros.
3. Perdi completamente o interesse pelos outros.

13.

0. Tomo minhas próprias decisões.

1. Evito tomar decisões, mais do que antes.
2. Para mim, tomar decisão é mais difícil do que antes.
3. É impossível, para mim, tomar decisões.

14.

0. Não acredito que tenha pior aspecto do que antes.

1. Não estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
2. Noto mudanças constantes em meu aspecto físico que me tornam pouco atraente.

3. Acho que tenho um aspecto horrível.

15.

0. Trabalho como antes.

1. Tenho que me esforçar mais para começar a fazer algo.

2. Tenho que me obrigar a fazer algo.

3. Sou incapaz de realizar alguma tarefa.

16.

0. Durmo bem como sempre.

1. Não durmo tão bem quanto antes.

2. Acordo 1-2 horas antes do habitual e demoro a dormir de novo.

3. Acordo várias horas antes do habitual e já não posso voltar a dormir.

17.

0. Não me sinto mais cansado do que normalmente.

1. Canso-me mais do que antes.

2. Canso-me quando faço qualquer coisa.

3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.

0. Meu apetite não diminuiu.

1. Meu apetite não é tão bom quanto antes.

2. Agora tenho muito menos apetite.

3. Perdi completamente o apetite.

19.

0. Não perdi peso ultimamente (se está tentando perder peso, esta pergunta fica invalidada).

1. Perdi mais de 2 kg. Estou tentando perder peso.

2. Perdi mais de 4 kg, intencionalmente, comendo menos.

3. Perdi mais de 7 kg. Sim _____ Não _____ (No caso afirmativo invalidar a resposta)

20.

0. Não estou preocupado por minha saúde.

1. Preocupam-me os problemas físicos como dores, etc. O mal-estar no estômago ou as gripes.

2. Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar em outras coisas.

3. Estou tão preocupado pelas doenças que não posso pensar em outras coisas.

21.

0. Não observei nenhuma mudança em meu interesse pelo sexo.

1. A relação sexual me atrai menos do que antes.

2. Estou muito menos interessado no sexo do que antes.

3. Perdi totalmente o interesse sexual. Qualifica-se somando somente as respostas, a forma de classificar a pontuação é a seguinte:

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Atitude religiosa, sofrimento e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia e está sendo desenvolvida pelo pesquisador José Eudes Gomes Pinheiro Júnior aluno do Curso de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos Professores Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino e Dr^a Alessandra Sousa Braz Caldas de Andrade.

O objetivo geral do estudo é avaliar os níveis de realização de sentido, religiosidade, depressão, qualidade de vida e suas relações com a percepção da dor em portadores de fibromialgia. A finalidade deste trabalho é contribuir para a maior compreensão sobre as relações entre a religiosidade, a realização de sentido, a depressão, a qualidade de vida e a percepção da dor em portadores de fibromialgia.

A pesquisa oferece baixos riscos e serão respeitadas as condições psicológicas, físicas, sociais e educacionais dos participantes. Há risco psicológico devido à quantidade de instrumentos a ser utilizada e as impressões que o participante pode ter ao responder os instrumentos. Pode haver riscos sociais quando da possibilidade da geração de situação de conflito ou abalo de vínculo entre o pesquisador e o participante podendo levar a devolução ou preenchimento inapropriado dos instrumentos. Todos os riscos serão minimizados pelo pesquisador.

Solicitamos a sua colaboração para o preenchimento de questionários auto-aplicáveis, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Espaço para impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador José Eudes Gomes Pinheiro Júnior.

Endereço: Rua Luiz Germóglia, 439, apt 201, Bairro Bancários

Telefone: (83) 9650-9697

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I

Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Local:

Data:

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

ANEXO 8

ACR 1990 CRITERIA FOR FIBROMYALGIA



Figure 3. Tender point locations for the 1990 classification criteria for fibromyalgia (The Three Graces, after Baron Jean-Baptiste Regnault, 1793, Louvre Museum, Paris). See Table 8 for details of the tender point site locations.

ANEXO 8

Critérios Preliminares Diagnósticos para Fibromialgia

(WOLFE *et al.*, 2010)

1.ÍNDICE DE DOR DIFUSA: Marque com X as áreas que teve dor nos últimos / dias

MANDIBULA E		MANDIBULA D	
OMBRO E		OMBRO D	
BRAÇO E		BRAÇO D	
QUADRIL E		QUADRIL D	
COXA E		COXA D	
CERVICAL		TORAX	
ABDOMEN		DORSO	
ANTEBRAÇO E		ANTEBRAÇO D	
PERNA E		PERNA D	
LOMBAR			

1. ESCALA DE GRAVIDADE DOS SINTOMAS

FADIGA (Cansaço ao executar atividades)	0	1	2	3
SONO (Acordar cansado)	0	1	2	3
SINTOMAS COGNITIVOS (dificuldade de memorizar, concentração, etc)	0	1	2	3
SINTOMAS SOMÁTICOS				

Dor de cabeça, dor muscular, dor abdominal, etc	0	1	2	3
--	----------	----------	----------	----------

Para cada um dos três sintomas acima, indique o grau de gravidade, de acordo com a Escala:

0 = sem alteração

1 = alterações brandas ou leves, geralmente brandas e intermitentes

2 = moderado, alterações consideráveis, frequentemente presentes e/ou em nível moderado

3 = severo: difuso, contínuo, problemas que atrapalham a vida diária

Considerando sintomas somáticos em geral, indique se o paciente tem:*

0 = nenhum sintoma

1 = poucos sintomas

2 = um moderado número de sintomas

3 = uma grande quantidade de sintomas



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 23/10/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“ATITUDE RELIGIOSA, DEPRESSÃO E PERCEPÇÃO DA DOR EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA: UM ESTUDO À LUZ DO SENTIDO DA VIDA”**, do Pesquisador José Eudes Gomes Pinheiro Júnior. Protocolo 272/14. CAAE: 31655614.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andréa Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB