

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE
CURSO PSICOLOGIA

FERNANDA DE SOUZA RAMIRO

AVALIAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTES
FIBROMIÁLGICOS: UM ESTUDO COMPARATIVO

Orientador: Ricardo da Costa Padovani

Co-orientador: Império Lombardi Junior

Co-orientadora: Regina Cláudia Barbosa da Silva

Colaboradores: Fábio Tadeu Montesano

Ricardo Edésio Amorin Santos Diniz

Paulo Augusto Alambert

Santos, 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE
CURSO PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTES
FIBROMIÁLGICOS: UM ESTUDO COMPARATIVO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte das exigências
para obtenção do título de Psicólogo pela Universidade Federal de São
Paulo - Campus Baixada Santista**

Aluna: Fernanda de Souza Ramiro

Orientador: Ricardo da Costa Padovani

Co-orientador: Império Lombardi Junior

Co-orientadora: Regina Cláudia Barbosa da Silva

Colaboradores: Fábio Tadeu Montesano

Ricardo Edésio Amorin Santos Diniz

Paulo Augusto Alambert

Santos, 2011

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Coralina

Agradecimentos

Ao meu pai, Antônio, a quem eu tanto admiro pela sua generosidade e simplicidade com as pessoas; por batalhar tanto pelos seus objetivos e ter proporcionado a mim e aos meus irmãos uma formação pessoal e acadêmica de qualidade e nos ensinado a lutar pelos nossos sonhos com perseverança e a fazer as escolhas com o coração; e por me oferecer seu apoio incondicional em todos os meus projetos. À minha mãe, Maricélia, meu grande exemplo de vida, e por quem eu sinto o maior orgulho e a quem eu ofereço cada vitória, e por não me deixar fraquejar nos momentos mais difíceis dessa jornada. Aos meus irmãos Paulinho, Marquinho e Luisinho, que me enchem de orgulho, e multiplicaram essa família que eu amo tanto. Aos meus sobrinhos e sobrinhas queridos, Má, Bi, Fefê, Digo, Bruninho, Lelê e Vitão que fazem a tia Fê babona rir de alegria e chorar de emoção e de orgulho de vocês.

À Tia Eva e ao Tio Orlando pela acolhida nessa mudança de cidade e por estarem sempre torcendo por mim.

Ao Tio Udine que, mesmo longe, sempre apostou e investiu na minha escolha e, não desiste de me converter à psicanálise, comprando a coleção do Freud inteira.

Aos meus amigos que, de perto ou de longe, sempre estiveram comigo ao longo desses cinco anos.

Ao meu professor e orientador, Ricardo, por sua parceria, sua confiança e seu reforçamento positivo constante em meio a tantas contingências aversivas. Sou imensamente grata a você por ter acreditado no meu projeto e ter lutado com perseverança por ele comigo.

À minha professora Regina, que abriu diversas portas para mim durante a graduação e me possibilitou experiências de grande aprendizado.

Aos professores Fábio e Império pela colaboração com esse projeto. O conhecimento de vocês foi de extrema importância.

Aos doutores Ricardo e Alambert, e a todos os funcionários da UNIMES por terem aberto as portas da clínica-escola para a coleta de dados, e pela solicitude e cooperação para a conclusão desse projeto.

Às cidades de Guarujá e Santos por terem me proporcionado essa experiência inesquecível de vida.

Ficha Catalográfica

Ramiro, Fernanda de Souza

Avaliação cognitivo-comportamental em pacientes fibromiálgicos:
um estudo comparativo / Fernanda de Souza Ramiro. – Santos,
2011.

43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP - Campus Baixada Santista, 2011

Curso: Psicologia

Orientador: Ricardo da Costa Padovani

1. fibromialgia. 2. estresse psicológico. 3. depressão I. Padovani,
Ricardo da Costa II. Título. III. Santos - UNIFESP - Campus Baixada
Santista.

CDD 150

FERNANDA DE SOUZA RAMIRO

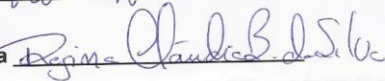
AVALIAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTES
FIBROMIÁLGICOS: UM ESTUDO COMPARATIVO

Banca Examinadora:

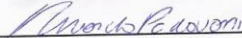
Prof. Dr. Marcos Alberto Taddeo Cipullo



Profa. Dra. Regina Cláudia Barbosa da Silva



Prof. Dr. Ricardo da Costa Padovani



Aprovado em: 05, 12, 11

Sumário

Resumo	8
1. Introdução	9
2. Materiais e Métodos	15
3. Resultados e Discussão	18
4. Considerações finais	37
5. Referências Bibliográficas	39

Resumo

A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor musculoesquelética, crônica e difusa, em locais específicos sensíveis à palpação. Sua etiologia, embora ainda desconhecida, vem sendo amplamente explorada. Estudos têm demonstrado o impacto de variáveis de ordem emocional na manutenção e exacerbação da dor, afetando a qualidade de vida dos indivíduos portadores deste transtorno. Objetivo: investigar se as reações emocionais e afetivas definidas como *stress*, raiva, ansiedade e depressão são mais expressivas, e se correlacionam, em pacientes com fibromialgia comparando com indivíduos sem este diagnóstico. Métodos: Participaram do estudo 50 mulheres, sendo a amostra constituída por 25 mulheres, adultas, com diagnóstico de fibromialgia segundo os critérios do American College of Rheumatology (ACR) e 25, sem o diagnóstico de fibromialgia, pareadas por idade. Para avaliar as variáveis emocionais foram utilizados os seguintes instrumentos: *Inventário de Sintomas de Stress de Lipp* (ISSL), *Inventário de Ansiedade Traço e Estado* (IDATE), *Inventário de Depressão de Beck* (BDI), *Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço* (STAXI) e o *Questionário de Impacto da Fibromialgia* (FIQ). Os instrumentos foram aplicados, individualmente, em uma única sessão, com duração média de 40 minutos. A pesquisa foi realizada em uma sala de atendimento designada pela instituição de ensino ou em local definido pelo participante e pesquisador. Foram realizadas análises estatísticas para analisar o desempenho dos participantes nos diferentes instrumentos. Resultados: A média de idade das participantes do grupo com fibromialgia foi de 49,36 anos, e a do grupo sem fibromialgia, 49,20 anos. Quanto à variável depressão, o grupo com fibromialgia apresentou média de 21,48 pontos no BDI, com desvio-padrão de 11,87. Já o grupo controle (sem fibromialgia), apresentou média de 7,36 pontos, com desvio-padrão de 8,12. Quanto ao *stress*, 96% do grupo experimental apresentou sintomas de *stress*, enquanto no grupo controle foi de 20%. As ansiedades estado e traço foram superiores no grupo com fibromialgia, em média, 8,8 e 16,3 pontos, respectivamente. O traço de raiva foi superior 7,2 pontos quando comparado com o grupo controle. O emprego do teste t de *Student* para amostras não relacionadas mostrou que os grupos se diferenciaram nas variáveis *stress*, depressão e ansiedades estado e traço e traço de raiva analisadas. Foram observadas correlações entre as variáveis *stress*, depressão, ansiedade-traço e traço de raiva. No FIQ, a média foi de 70,32 de um total de 100. Conclusão: Pode-se inferir o impacto negativo desta síndrome afetando a qualidade de vida destes indivíduos, indicando a necessidade de investigação do *stress*, ansiedade e depressão em programas de intervenção. Deve-se, ainda, ressaltar a necessidade de uma abordagem interdisciplinar no seu tratamento.

Palavras-chave: fibromialgia, *stress*, ansiedade, depressão, mulheres.

1. Introdução

A fibromialgia é uma síndrome complexa caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, e por sítios dolorosos específicos à palpação (*tender points*). Sua etiologia, embora ainda desconhecida, vem sendo amplamente explorada. Publicações nacionais e internacionais mostram um crescente interesse sobre o tema por profissionais da área de saúde. (Falcão et al., 2008; Pagano et al., 2004; Santos et al., 2006; Queiroz, 2009; Okifuji, Bradshaw, Donaldson , & Turk , 2011).

Estudos revelam que a fibromialgia está frequentemente associada à fadiga generalizada, distúrbios do sono, rigidez matinal, dispnéia, ansiedade e alterações do humor, podendo evoluir para quadros depressivos. Ocorre, predominantemente, em mulheres com idade entre 40 e 55 anos (Falcão et al., 2008; Pagano et al, 2004; Santos et al., 2006).

Outro aspecto que merece ser destacado na fibromialgia é que a ansiedade, a frustração e a raiva podem contribuir com o aumento e manutenção do sofrimento desses indivíduos, afetando a qualidade de suas relações interpessoais, bem como de suas atividades sociais e ocupacionais (Pagano et al., 2004). Queiroz (2009) destaca que tais respostas emocionais são produtos de comportamentos punidos ao longo da história de aprendizagem do indivíduo e que, portanto, trata-se de efeitos colaterais destas vivências.

Pérez-Pareja e colaboradores (2004) em seu estudo compararam as respostas de ansiedade e depressão em um grupo de fibromiálgicos (n=36) com as de dois outros grupos compostos por pacientes com dor crônica não fibromiálgica (n=44) e sem dor crônica (n=34). Os resultados desta pesquisa indicaram a existência de um perfil específico de depressão e ansiedade em pacientes fibromiálgicos, o que permitiu uma melhor caracterização da síndrome, contribuindo com um diagnóstico diferencial.

Goldenberg (2010), ao realizar uma revisão da literatura da dor e da depressão em doenças reumáticas no período de 1978 a 2008, encontrou que a interface dor e depressão era comum nas doenças reumáticas e que a fibromialgia constituía um excelente modelo para investigação desta interseção tendo em vista que os mecanismos neuro-hormonais eram idênticos na dor e na depressão. Afirmou, ainda, que estudos clínicos e fisiopatológicos revelaram uma estreita sobreposição entre as duas.

Estudiosos da área argumentam que a dor em pacientes fibromiálgicos não pode ser explicada apenas por fatores biomédicos; fatores cognitivos e emocionais devem ser considerados (Gier, Peters & Vlaeyen, 2003; Vlaeyen & Linton, 2000; Zautra et al., 2005). Gier e colaboradores (2003) encontraram que o medo da dor interfere no funcionamento cognitivo destes pacientes que passam a atentar seletivamente para os possíveis sinais de ameaça, mantendo-se em um estado de hipervigilância, aumentando a dor e a sensibilidade dos *tender points*, e interferindo no desempenho de outras atividades que demandam atenção.

Roizenblatt et al. (2001) ao investigarem o sono de indivíduos portadores de fibromialgia verificaram um estado de vigília durante o sono, ou seja, um sono não restaurador e superficial, devido à intrusão de ondas alfa durante o estágio 4 do sono não-REM, o que estaria associado à fadiga e às dores generalizadas características do quadro, dados corroborados nos estudos de Galgo e colaboradores (2002); Góes e colaboradores (2009) e Spitzer e Broadman (2010).

Restrepo-Medrano e colaboradores (2009) realizaram uma revisão sistemática dos artigos científicos sobre os possíveis fatores etiológicos associados à fibromialgia, e identificaram estudos que apontam relações entre o *stress*, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a hepatite C, os traumas físicos e as ocupações dos portadores da síndrome, com o desencadeamento da fibromialgia.

Sob condições de *stress* contínuo e prolongado, o indivíduo pode ter a integridade de seu organismo lesada significativamente, o que pode aumentar a vulnerabilidade do sistema imunológico às doenças e contribuir para a manifestação e exacerbação de doenças auto-imunes e síndromes dolorosas crônicas como a fibromialgia (Melzack *apud* Martins & Vandenberghe, 2007).

A fibromialgia tem sido apontada como uma doença multifatorial, em que uma possível predisposição genética, quando associada a fatores ambientais tais como agentes estressores relacionados a aspectos psicossociais e afetivos, contribuiria com o aumento do risco para o desencadeamento e agravamento dos sintomas (Becker et al., 2010).

Estudos afirmam que índices elevados de *stress* interpessoal estão relacionados à intensidade da dor e à incapacidade funcional (Berber, Kupek & Berber, 2005; Queiroz, 2001). O desenvolvimento de dor crônica e fibromialgia tem sido relacionado a estressores tais como: traumas na infância, abuso doméstico, perda parental e relacionamento emocional pobre com os pais (Imbierowicz & Egle, 2003; Gupta & Silman, 2003). O *stress* aumenta a sensibilidade das pessoas, o que pode levá-las a reagir de forma mais emotiva que o habitual.

Lipp (2005) alerta para a importante correlação entre *stress* e raiva, ao apresentar o *stress* como um potencial precipitador do comportamento de raiva. Um evento desencadeador, avaliado pelo indivíduo como uma provocação, faz seu corpo entrar em um estado de alerta, em que há a manifestação do *stress* e, conseqüentemente, a apresentação da raiva, em pessoas propensas a este comportamento. Neste sentido, o *stress* aumenta a sensibilidade das pessoas, o que pode levá-las a reagir de forma mais emotiva que o habitual. Portanto, a raiva, sob esta perspectiva, seria uma forma de manifestação do *stress*. Ademais, a autora menciona a implicação das distorções

cognitivas e da hiperatividade fisiológica, diante de demandas psicossociais dos indivíduos, na produção de respostas de *stress* e raiva.

A dor é uma experiência subjetiva inerente à existência humana, que pode ter diversas causas e significações. Além de simbolizar sofrimento, também representa um mecanismo de defesa do organismo, incluindo sistemas de fuga e sinalização de perigo. No entanto, quando crônica e sem uma etiologia definida, como é o caso do quadro de fibromialgia, a sensação de perigo, sem causa plausível, passa a gerar medo e manter o indivíduo em estado de alerta constante e *stress* contínuo, o que acarreta um comprometimento da saúde e da qualidade de vida da pessoa (Martins & Vandenberghe, 2007).

Diante da ameaça contínua que representa o quadro de dor crônica, o indivíduo, na maioria das vezes, apresenta comportamentos de fuga-esquiva e estratégias inadequadas para resolução de problemas, visando se proteger do perigo iminente. Assim que o organismo identifica um evento como ameaçador, emite a resposta emocional de medo que, por sua vez, mobiliza o repertório de esquiva e evitação do indivíduo (Vlaeyen & Linton, 2000). Estes comportamentos aumentam a probabilidade de novas respostas aversivas e dolorosas, contribuindo para a manutenção da dor, o que estabelece um círculo vicioso, em que a dor é respondente e operante ao mesmo tempo (Martins & Vandenberghe, 2007). Além de respostas emocionais negativas (ansiedade, raiva, desesperança), a ineficácia dos métodos não-assertivos de solução de problemas do indivíduo portador de fibromialgia favorece a manutenção de crenças irracionais acerca da doença e eleva o nível de *stress* (Martins & Vandenberghe, 2007; Vlaeyen & Linton, 2000).

Em geral, indivíduos portadores de fibromialgia abandonam os recursos disponíveis que poderiam melhorar a sua qualidade de vida no trabalho, vida social e

lazer, devido à ausência de expectativas de uma vida saudável, passando a viver em função do tratamento da doença, dessa forma, reforçando a sua manutenção (Martins & Vandenberghe, 2007).

Outro aspecto que merece destaque na fibromialgia é que os efeitos dos medicamentos, antidepressivos e analgésicos, que são normalmente empregados neste transtorno mostram-se insuficientes para a maioria dos pacientes. Adicionalmente, estudos apontam que a intervenção não farmacológica mais aceita e eficaz nesse tipo de síndrome é a terapia cognitivo-comportamental (Falcão et al., 2008; Queiroz, 2009).

A terapia cognitivo-comportamental tem como premissas que as cognições têm influência sobre as emoções e os comportamentos e que o modo como o indivíduo age ou se comporta afeta seu pensamento e emoção. O referido referencial teórico coloca o indivíduo como sujeito ativo no processo de construção da realidade e que essa construção depende da forma como interpretamos os eventos (Wright, Basco & Thase, 2008).

Ademais, a terapia cognitivo-comportamental visa um melhor entendimento dos aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais envolvidos na síndrome, bem como a modificação dos padrões cognitivos desadaptativos, a fim de aumentar as habilidades de enfrentamento e acelerar o processo de recuperação do indivíduo (Falcão et al., 2008). Esta abordagem envolve tentativas de diminuir a regulação neural do circuito envolvido na resposta emocional inapropriada à dor e outros sintomas, através de técnicas de reestruturação cognitiva e alteração de comportamentos. Especificamente, seus objetivos incluem o aumento do controle do indivíduo sobre a dor e a diminuição dos padrões de pensamentos disfuncionais, tais como os catastróficos sobre a dor e seus efeitos, associando-os à melhora de comportamentos em função (Bennett & Nelson, 2006). Alguns estudos apontam o pensamento catastrófico como um potencial precursor

do medo da dor, relatado por indivíduos portadores de fibromialgia (Vlaeyen & Linton, 2000).

Nessa direção, Falcão et al. (2008) buscaram avaliar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental na fibromialgia. Participaram do estudo 60 mulheres com fibromialgia, com idade entre 18 e 65 anos, sem tratamento prévio, divididas entre um grupo de intervenção de terapia cognitivo-comportamental, em que aconteceriam 10 sessões estruturadas uma vez por semana, e um grupo controle, em que seriam feitas visitas médicas semanais por 10 semanas. Os instrumentos utilizados foram a Escala Visual Análoga, o *Medical Outcomes Study 36-item Short form Health Survey* [SF-36], o Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (STAXI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) e um número razoável de comprimidos de paracetamol. Constatou-se que pacientes sob a intervenção de terapia cognitivo-comportamental necessitaram, significativamente, de menos comprimidos de analgésico e apresentaram melhores respostas no que diz respeito à depressão e a saúde mental que o grupo controle.

Diante do exposto, levantam-se as seguintes questões: Tendo em vista que a etiologia é desconhecida na fibromialgia, e sendo confirmado o impacto de variáveis de ordem emocional, qual seria o impacto do *stress* na exacerbação de reações emocionais negativas e consequente piora do quadro de fibromialgia? Será que os índices de *stress*, raiva, ansiedade e depressão são superiores em pacientes com fibromialgia do que em pacientes sem tal diagnóstico?

O presente estudo buscará investigar se as reações emocionais e afetivas definidas como *stress*, raiva, ansiedade e depressão são mais expressivas, e se correlacionam, em pacientes com fibromialgia comparando com indivíduos sem este diagnóstico.

2. Materiais e Métodos

2.1. Participantes

Participaram do estudo 50 mulheres, sendo a amostra constituída por 25 mulheres adultas com diagnóstico de fibromialgia, segundo os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR), e 25, sem o diagnóstico de fibromialgia, pareadas por idade. Para o dimensionamento da amostra, definiu-se uma diferença mínima de 10 pontos na escala BDI. Com base em informações da literatura, considerou-se o desvio-padrão de 8,7 pontos para o grupo de portadores de Fibromialgia e 4,3 para o grupo Controle. Fixando nível de significância em 0,05 e poder em 80%, verificou-se que a amostra deve contar com, no mínimo, 24 indivíduos em cada grupo (Zar, 1984).

2.2. Local

A pesquisa foi realizada em uma sala de atendimento designada pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) ou em local definido pelo participante e pesquisador. O local de escolha deverá ser apropriado para condução de uma entrevista na qual os cuidados éticos na condução sejam garantidos.

2.3. Considerações éticas

O projeto foi encaminhado ao Núcleo de Bioética da Universidade Federal de São Paulo. A participação na pesquisa foi voluntária e realizada apenas quando o potencial participante concordou em participar espontaneamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), sendo esclarecidos os propósitos do

estudo (justificativas, objetivos, procedimentos, riscos potenciais, benefícios esperados e garantia dos aspectos éticos), cuidados éticos envolvidos (sigilo, confidencialidade das informações e proteção da imagem e não estigmatização), e o fato dos dados coletados serem futuramente publicados em eventos e periódicos científicos.

2.4. Instrumentos utilizados na coleta de dados:

a) *Inventário de Sintomas de Stress (ISSL)*, (Lipp, 2000), utilizado para avaliar se o indivíduo possui sintomas de *stress*, o tipo de sintoma (físico e/ou psicológico). Baseia-se no modelo quadrifásico de *stress* (fase de alerta, fase de resistência, fase de quase-exaustão, fase de exaustão) e busca identificar em qual fase o indivíduo se encontra. Estrutura-se em três quadros referentes às quatro fases de *stress*, sendo que o quadro um avalia a fase de alerta, o quadro dois avalia a fase de resistência e a fase de quase-exaustão, e o quadro três, a fase de exaustão. Esse instrumento pode ser aplicado em adultos e jovens com mais de 15 anos de idade.

b) *Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)* (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 2003). O IDATE compreende duas escalas paralelas para medir a ansiedade-traço (IDATE-T) e a ansiedade-estado (IDATE-E), sendo cada uma delas constituídas por 20 itens. É um instrumento do tipo Likert, com escores variando de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre), para o IDATE-T, e 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo), para o IDATE-E.

c) *Inventário de Depressão Beck*, (Beck, 2001). Trata-se de uma escala de auto-relato que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3. Os itens do BDI se referem a sintomas cognitivos-afetivos e sensações somáticas e de desempenho.

d) *Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI)*, (Spielberger, 2003). Este instrumento tem a finalidade de mensurar experiências e expressões de raiva. O STAXI é composto de 44 itens que formam oito subescalas: Estado de Raiva (STAXI-1), Traço de Raiva (STAXI-2), Raiva para Dentro (STAXI-3), Raiva para Fora (STAXI-4), Controle da Raiva (STAXI-5), Expressão da Raiva (STAXI-6), Temperamento Raivoso (STAXI-7) e Reação de Raiva (STAXI-8). Respondendo a cada um dos 44 itens da escala STAXI, os indivíduos são classificados numa escala de 4 pontos que avalia tanto a intensidade dos sintomas de raiva quanto a frequência com que a raiva é vivenciada, expressada, reprimida ou controlada.

e) *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*, (Burckhardt, 1994). Este instrumento foi desenvolvido para mensurar o estado de saúde e a capacidade funcional dos indivíduos portadores de fibromialgia. Contém 20 questões organizadas em 10 itens. Os itens do FIQ se referem à capacidade do portador de fibromialgia executar as tarefas diárias, ao número de dias, na semana anterior, em que se sentiu bem e em que faltou ao trabalho, à capacidade de trabalho, à dor, à fadiga, ao cansaço matinal, à rigidez, à ansiedade e à depressão. Os valores do FIQ variam de 0 a 100. Quanto maior o escore, maior é o impacto da fibromialgia na qualidade de vida do indivíduo. Pode ser auto-administrado e a estimativa de tempo para ser respondido é de, aproximadamente, 5 minutos.

2.5. Procedimento

A equipe médica, coordenada pelo médico reumatologista responsável, realizou um levantamento das pacientes com quadro de fibromialgia, de acordo com os critérios

do *American College of Rheumatology* (ACR), atendidas na clínica-escola da Universidade Metropolitana de Santos. Feita a identificação, a pesquisadora entrou em contato, via telefone, com as pacientes fazendo uma breve apresentação dos propósitos da pesquisa e cuidados éticos envolvidos. Adicionalmente, foram informadas que a coleta seria realizada em uma sessão com duração média de 40 minutos. As interessadas em colaborar com a pesquisa agendaram horário para condução da coleta de dados.

Os instrumentos foram aplicados, individualmente, em uma única sessão, na sequência apresentada, com duração aproximada de 40 minutos, sendo o horário agendado de acordo com a disponibilidade dos participantes.

2.6. Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas (média, desvio-padrão e frequência) e inferências sobre as variáveis estudadas: *Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL)*, *Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*, *Inventário de Depressão de Beck (BDI)* e *Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI)*; e para avaliar a qualidade de vida desses indivíduos foi utilizado o *Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ)*. Para comparar os dois grupos de interesse foi empregado o teste *t Student* para amostras não relacionadas. Foi utilizado nível de significância mínimo de 5 % ($p < 0,05$) para as comparações entre os grupos (Neter, Kutnher, Nachsteim, & Wasserman, 1996; Tukey, 1977).

3. Resultados e Discussão

Para comparar mulheres com e sem fibromialgia quanto a cada uma das

variáveis de interesse empregou-se o teste t de *Student* para amostras não relacionadas. Os resultados serão apresentados como análises descritivas que contêm medidas-resumo e gráficos, análise inferencial e correlações entre as variáveis estudadas.

3.1. Análises descritivas

A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas das variáveis estudadas: idade, depressão e ansiedade.

Tabela 1: Medidas descritivas das variáveis idade, depressão e ansiedade (estado e traço) na amostra estudada.

Grupo		IDATE E	IDATE T	BDI	Idade
Com fibromialgia	Média	42,88	52,96	21,48	49,36
	Desvio-padrão	14,73	14,10	11,87	11,56
	Mínimo	20,00	23,00	3,00	20,00
	Máximo	75,00	75,00	45,00	73,00
Sem fibromialgia	Média	34,04	36,64	7,36	49,20
	Desvio-padrão	8,71	12,39	8,12	12,10
	Mínimo	20,00	20,00	0,00	18,00
	Máximo	55,00	65,00	31,00	73,00

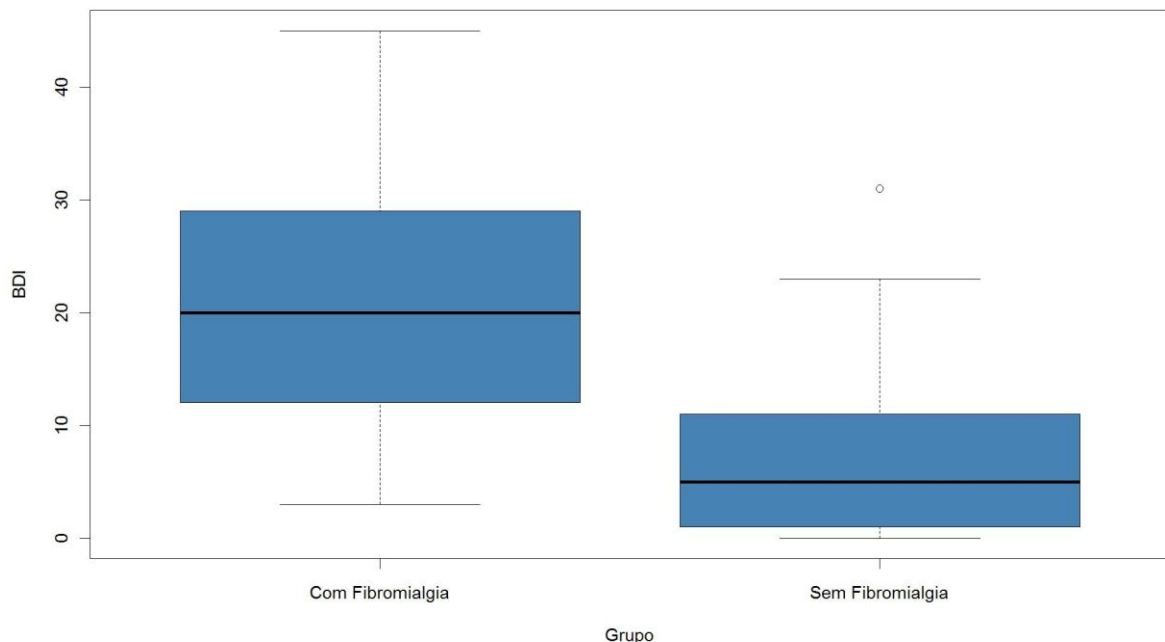
IDATE= Inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE E= ansiedade-estado, IDATE T= ansiedade-traço, BDI= Inventário de Depressão de Beck.

No que diz respeito à idade, as médias de ambos os grupos estudados foram muito próximas, sendo a média de idade do grupo com fibromialgia, 49,36 anos, e a do grupo sem fibromialgia, 49,20 anos, o que corresponde à faixa etária dos 40 aos 55 anos no estudo desenvolvido por Santos e colaboradores (2006).

Quanto à variável depressão, o grupo experimental (com fibromialgia) apresentou média de 21,48 pontos no *Inventário de Depressão de Beck* (BDI), com desvio-padrão de 11,87. Já o grupo controle (sem fibromialgia), apresentou média de

7,36 pontos, com desvio-padrão de 8,12. Portanto, a média superior da variável depressão, avaliada pelo instrumento BDI, do grupo experimental em relação ao grupo controle sustenta a associação entre a fibromialgia e a depressão, sugerida em alguns estudos (Falcão et al., 2008; Goldenberg, 2010; Pagano et al, 2004; Pérez-Pareja et al, 2004; Santos et al., 2006). A distribuição da variável depressão, avaliada através do BDI, em cada grupo da amostra estudada, pode ser observada na Figura 1.

Figura 1: Distribuição da variável BDI em cada grupo, na amostra estudada.



Pode-se observar pela Figura 1 que os escores obtidos pelas participantes com fibromialgia se apresentam distribuídos de forma distinta nos dois grupos, reforçando o impacto da sintomatologia depressiva em pacientes com fibromialgia, conforme foi extensivamente discutido por estudiosos da área (Falcão et al., 2008; Goldenberg, 2010; Pagano et al, 2004; Pérez-Pareja et al, 2004; Santos et al., 2006).

Em relação à variável ansiedade e suas subescalas ansiedade-estado e ansiedade-

traço, verificou-se que o grupo experimental apresentou média de 42,88 pontos na subescala ansiedade-estado, com desvio-padrão de 14,73, enquanto o grupo controle apresentou média de 34,04 pontos para a mesma subescala, com desvio-padrão de 8,71. No caso da subescala ansiedade-traço, o grupo teste apresentou média de 52,96 pontos, com desvio-padrão de 14,10, ao passo que o grupo controle apresentou média de 36,64 pontos, com desvio-padrão de 12,39. A diferença entre as médias das variáveis ansiedade-estado e ansiedade-traço para os dois grupos avaliados, com a relevante superioridade das médias do grupo experimental em relação ao grupo controle, corroboram os achados de estudiosos da área (Falcão et al., 2008; Pagano et al, 2004; Queiroz, 2009). Portanto, pode-se afirmar que o quadro de ansiedade se apresenta como uma importante variável na síndrome fibromiálgica. Supõe-se que o estado de ansiedade caracterizado como um estado de humor desconfortável, preocupação em excesso, apreensão negativa em relação à situação atual e futura, bem como um estado de inquietação interna desagradável e nervosismo acentuado (Leitão,2005; Shinohara & Nardi, 2001) acentuam a percepção da dor favorecendo sua manutenção.

Nas Figuras 2 e 3 estão representadas a distribuição das variáveis ansiedade-estado (IDATE-E) e ansiedade-traço (IDATE-T), respectivamente, em cada grupo da amostra estudada.

Figura 2. Distribuição da variável IDATE (E), em cada grupo, na amostra estudada.

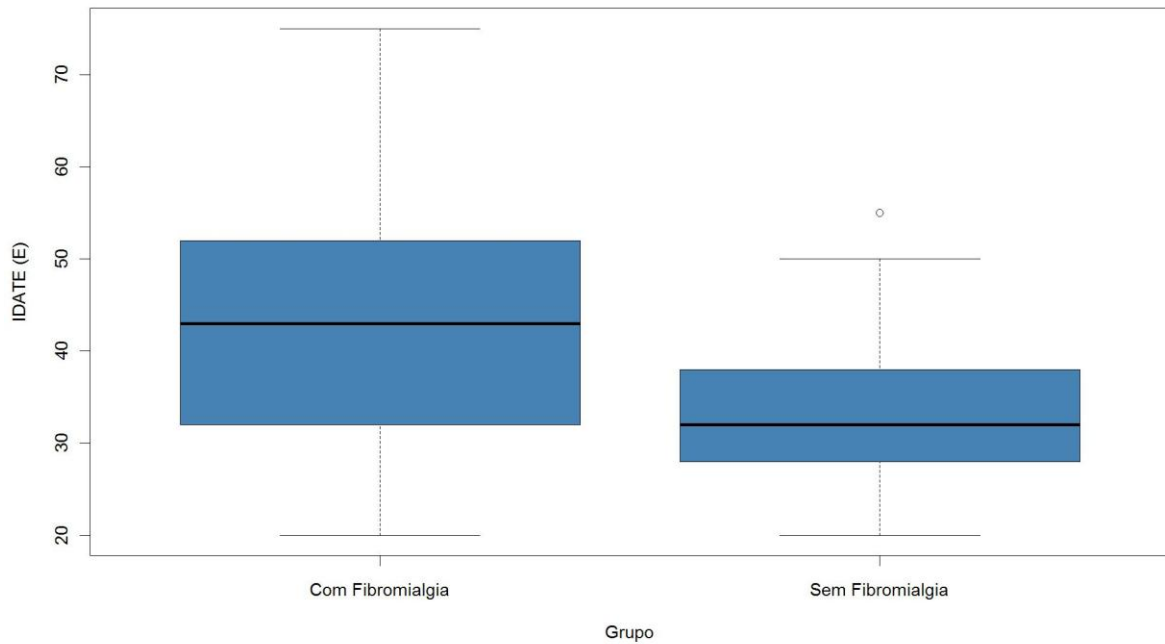
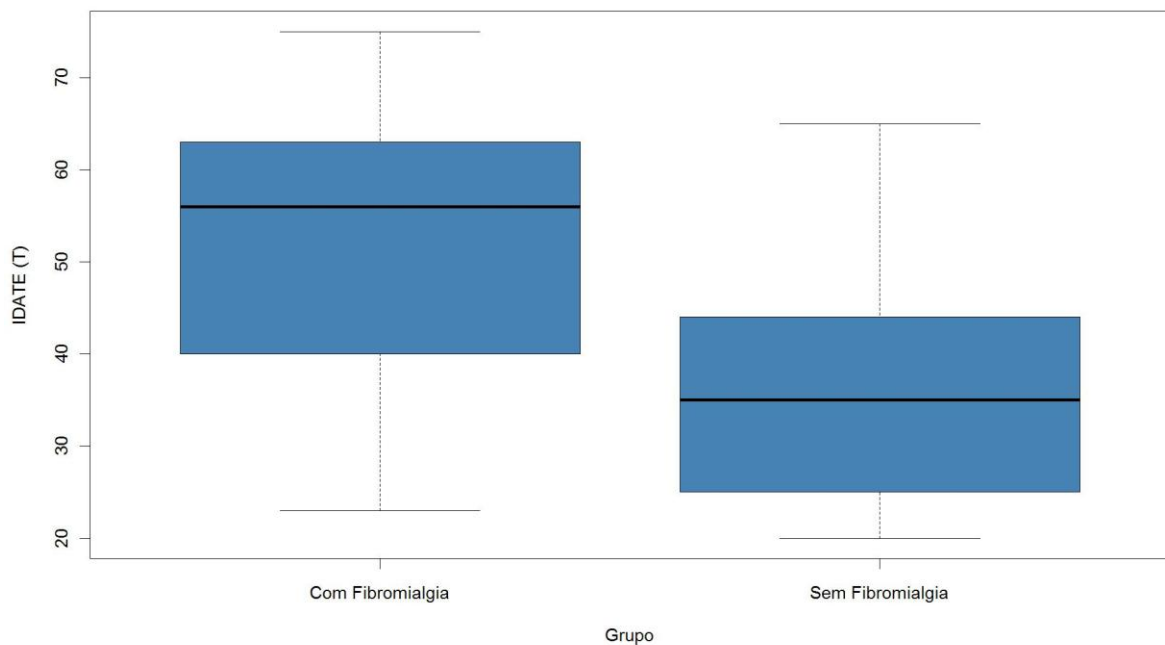


Figura 3. Distribuição da variável IDATE (T), em cada grupo, na amostra estudada.



As figuras evidenciam como a variável ansiedade enquanto estado e traço se comportam de forma diferenciada nos grupos analisados. Conforme analisado, pode-se inferir a relevância do manejo da ansiedade no processo de intervenção com pacientes

fibromiálgicos. Nessa direção, deve-se ressaltar o trabalho de Bohlmeijer, Prenger, Taal, Cuijpers (2010), examinando o efeito da *mindfulness* na redução do *stress*, da depressão e da depressão entre pacientes com doenças somáticas crônicas.

A distribuição das variáveis ligadas à avaliação do *stress* e as medidas descritivas dessa variável emocional na amostra estudada seguem representadas nas Tabelas 2 e 3 a seguir.

Tabela 2. Distribuição da amostra estudada em relação à variável *stress*, em cada grupo.

Grupo	Stress		Total
	Não	Sim	
Com fibromialgia	1 (4%)	24 (96%)	25 (100%)
Sem fibromialgia	20 (80%)	5 (20%)	25 (100%)
Total	21 (42%)	29 (58%)	50 (100%)

Tabela 3. Medidas descritivas das variáveis ligadas à avaliação de *stress* na amostra estudada.

Grupo		ISSL (Q1)	ISSL (Q2)	ISSL (Q3)
Com Fibromialgia	Média	6,92	8,16	11,20
	Desvio-padrão	1,93	3,44	4,42
	Mínimo	3,00	2,00	3,00
	Máximo	11,00	14,00	19,00
Sem Fibromialgia	Média	1,44	2,40	2,40
	Desvio-padrão	1,33	2,63	2,74
	Mínimo	0,00	0,00	0,00
	Máximo	4,00	10,00	12,00

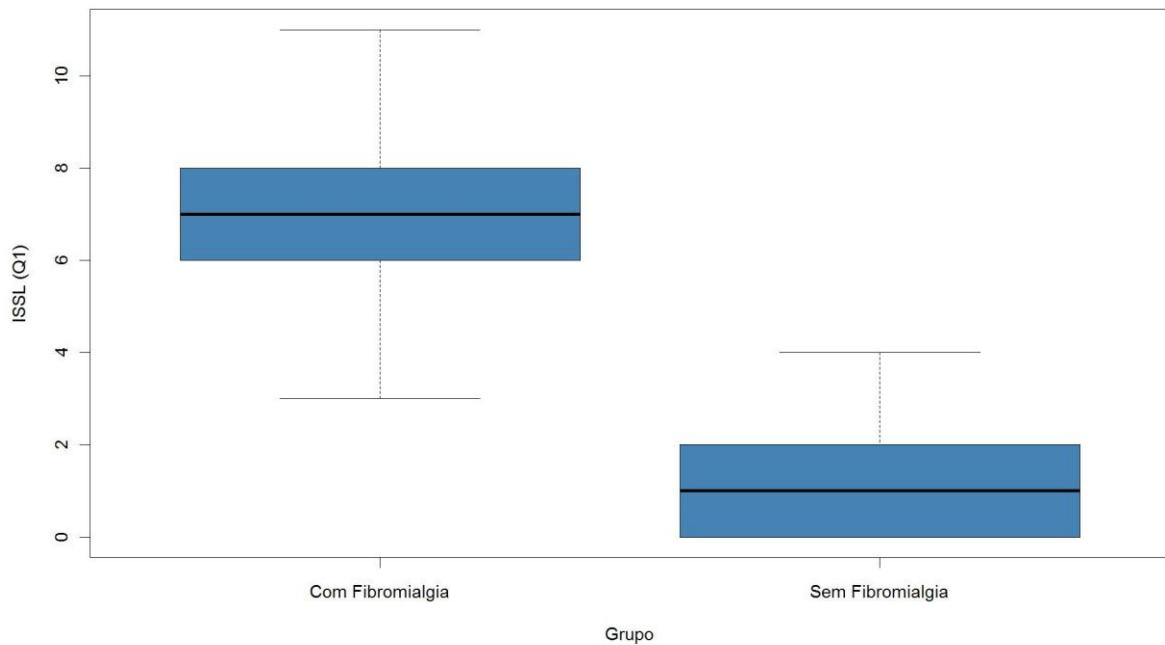
ISSL= Inventário de Sintomas de Stress de Lipp, ISSL(Q1)= sintomas físicos e psicológicos de *stress* apresentados nas últimas 24 horas, ISSL(Q2)= sintomas físicos e psicológicos de *stress* apresentados na última semana, ISSL(Q3)= sintomas físicos e psicológicos de *stress* apresentados no último mês.

Analisando a Tabela 2, nota-se que 96% do grupo experimental apresentou

sintomas de *stress*, ao passo que apenas 20% do grupo controle os apresenta, evidenciando a predominância dessa variável emocional no grupo de portadoras de fibromialgia. Contudo, os dados obtidos não são suficientes para viabilizar uma discussão sobre o *stress* como um possível fator etiológico da fibromialgia (Becker et al., 2010; Berber, Kupek & Berber, 2005; Melzack *apud* Martins & Vandenberghe, 2007; Queiroz, 2001; Restrepo-Medrano et al, 2009) e/ou um efeito colateral deste quadro diagnóstico (Martins & Vandenberghe, 2007), o que indica a importância e necessidade de mais estudos nessa área. No entanto, apesar de não se poder afirmar tratar-se de um fator etiológico, intervenções que venham a trabalhar o manejo do *stress* tornam-se de fundamental importância. O estudo de Bohlmeijer e colaboradores (2010) envolvendo o manejo do *stress* em uma perspectiva cognitivo-comportamental em pacientes com dores crônicas merece destaque.

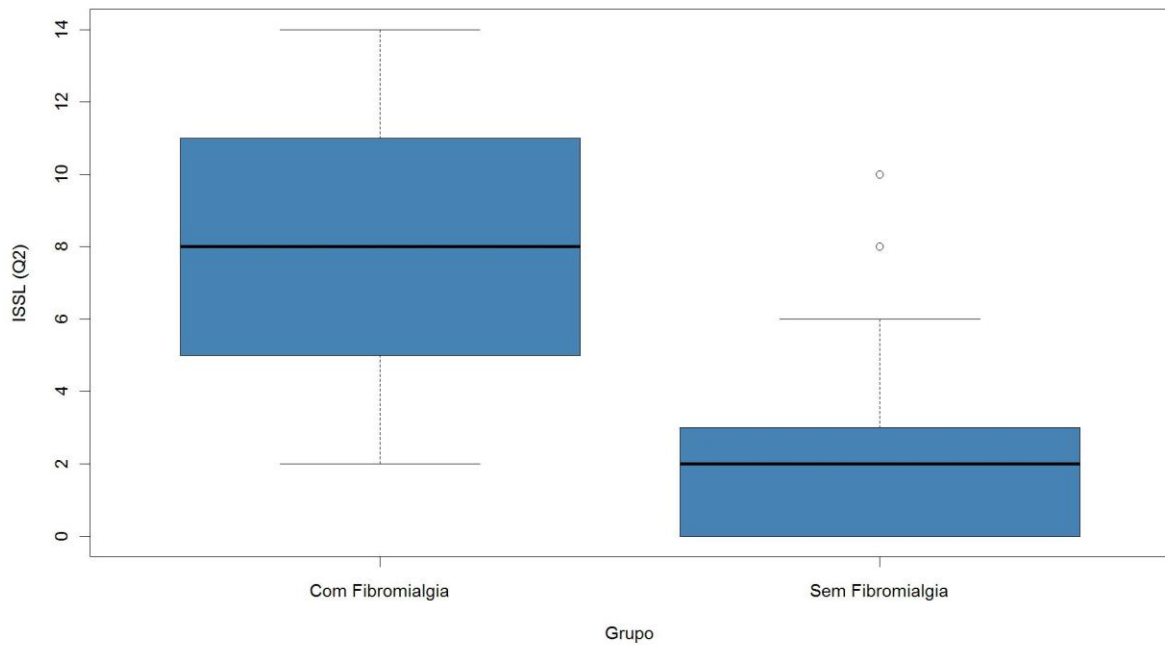
Na Tabela 3, podemos observar as médias com o referido desvio-padrão dos dois grupos da amostra estudada no que concerne às fases de *stress* avaliadas pelo *Inventário de Sintomas de Stress de Lipp* (ISSL) identificadas como Q1, Q2 e Q3, as quais se referem aos sintomas físicos e psicológicos de *stress* vivenciados pelos indivíduos nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês, respectivamente. A seguir, está representada nas figuras 4, 5 e 6 a distribuição das variáveis citadas Q1, Q2 e Q3 em cada grupo da amostra estudada.

Figura 4. Distribuição da variável ISSL (Q1) em cada grupo, na amostra estudada.



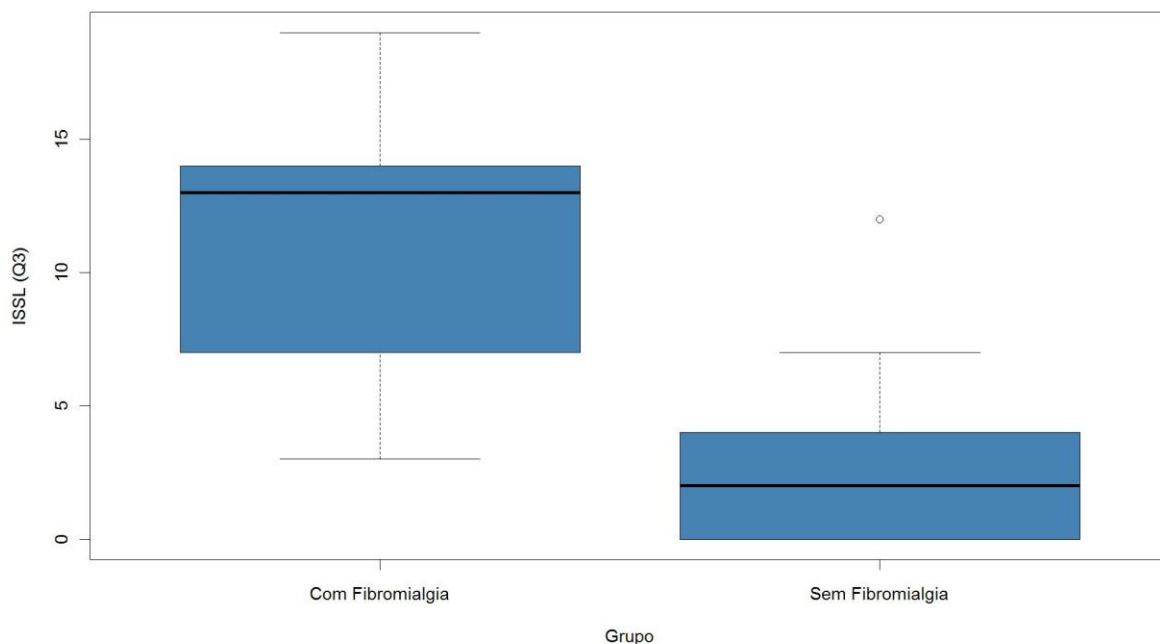
ISSL(Q1)= sintomas físicos e psicológicos de *stress* apresentados nas últimas 24 horas.

Figura 5. Distribuição da variável ISSL (Q2) em cada grupo, na amostra estudada.



ISSL(Q2)= sintomas físicos e psicológicos de *stress* apresentados na última semana.

Figura 6. Distribuição da variável ISSL (Q3) em cada grupo, na amostra estudada.



ISSL(Q3)= sintomas físicos e psicológicos de *stress* apresentados no último mês.

As Figuras 4,5 e 6 revelam que o *stress* se apresentou significativamente superior nas três categorias analisadas (24 horas, última semana e último mês) no grupo experimental quando comparado com o grupo controle. Conforme analisado, a investigação criteriosa do *stress* se faz necessária nesta população. Pinho Jr (2003) alerta que o nível elevado do *stress* afeta a imunidade do indivíduo, bem como pode funcionar como liberador de catecolaminas como cortisol, desregulando o ritmo circadiano normal. Tal impacto ajuda a explicar a alteração do sono nos pacientes fibromiálgicos (Galgo et al,2002; Góes et al, 2009; Spitzer.& Broadman, 2010).

No que concerne à raiva, na Tabela 4 temos as medidas descritivas das variáveis ligadas ao *Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço* (STAXI).

Tabela 4. Medidas descritivas das variáveis ligadas ao Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI).

Grupo		STAXI 1	STAXI 2	STAXI 3	STAXI 4	STAXI 5	STAXI 6	STAXI 7	STAXI 8
	Média	11,80	24,40	9,52	10,84	19,28	15,24	23,56	26,64
Com	DP	4,16	8,44	3,83	3,92	6,19	5,36	6,49	13,06
Fibromialgia	Mínimo	10,00	11,00	4,00	4,00	9,00	8,00	9,00	7,00
	Máximo	23,00	40,00	16,00	16,00	31,00	26,00	32,00	60,00
	Média	10,60	17,24	6,12	8,16	12,52	13,56	23,28	19,04
Sem	DP	1,94	6,15	2,67	2,88	2,82	3,93	5,60	9,07
Fibromialgia	Mínimo	10,00	10,00	4,00	4,00	8,00	9,00	10,00	7,00
	Máximo	19,00	36,00	14,00	15,00	20,00	23,00	31,00	40,00

STAXI= Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço, STAXI 1= estado de raiva, STAXI 2= traço de raiva, STAXI 3= temperamento, STAXI 4= reação de raiva, STAXI 5= raiva para dentro, STAXI 6= raiva para fora, STAXI 7= controle de raiva, STAXI 8= expressão de raiva, DP= desvio-padrão.

Na Tabela 4, as variáveis STAXI 1 a 8 representam, respectivamente, as seguintes subescalas da variável emocional raiva, avaliadas no *Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço* (STAXI): estado de raiva, traço de raiva, temperamento, reação de raiva, raiva para dentro, raiva para fora, controle de raiva e expressão de raiva. Verifica-se nessa tabela destaque para as variáveis STAXI 2 (traço de raiva), STAXI 3 (temperamento), STAXI 4 (reação de raiva), STAXI 5 (raiva para dentro) e STAXI 8 (expressão de raiva), ao se comparar os dois grupos analisados, em que o grupo teste apresenta médias maiores em relação ao grupo controle: 24,40 no componente traço de raiva, 9,52 em temperamento, 10,84 em reação de raiva, 19,28 em raiva para dentro e 26,64 em expressão de raiva, ao passo que o grupo controle apresenta médias de 17,24 no componente traço de raiva, 6,12 em temperamento, 8,16 em reação de raiva, 12,52 em raiva para dentro e 19,04 em expressão de raiva.

A distribuição das variáveis citadas nos dois grupos avaliados da amostra

estudada está ilustrada nas figuras a seguir (7 a 14).

Figura 7. Distribuição da variável STAXI (1) em cada grupo, na amostra estudada.

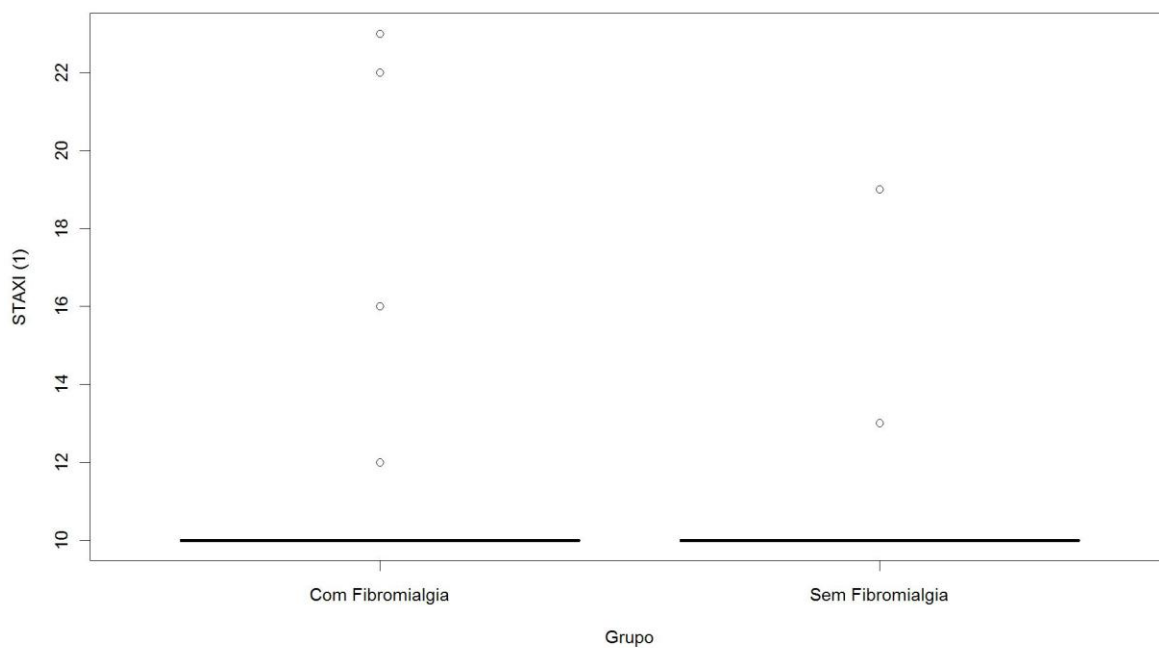


Figura 8. Distribuição da variável STAXI (2) em cada grupo, na amostra estudada.

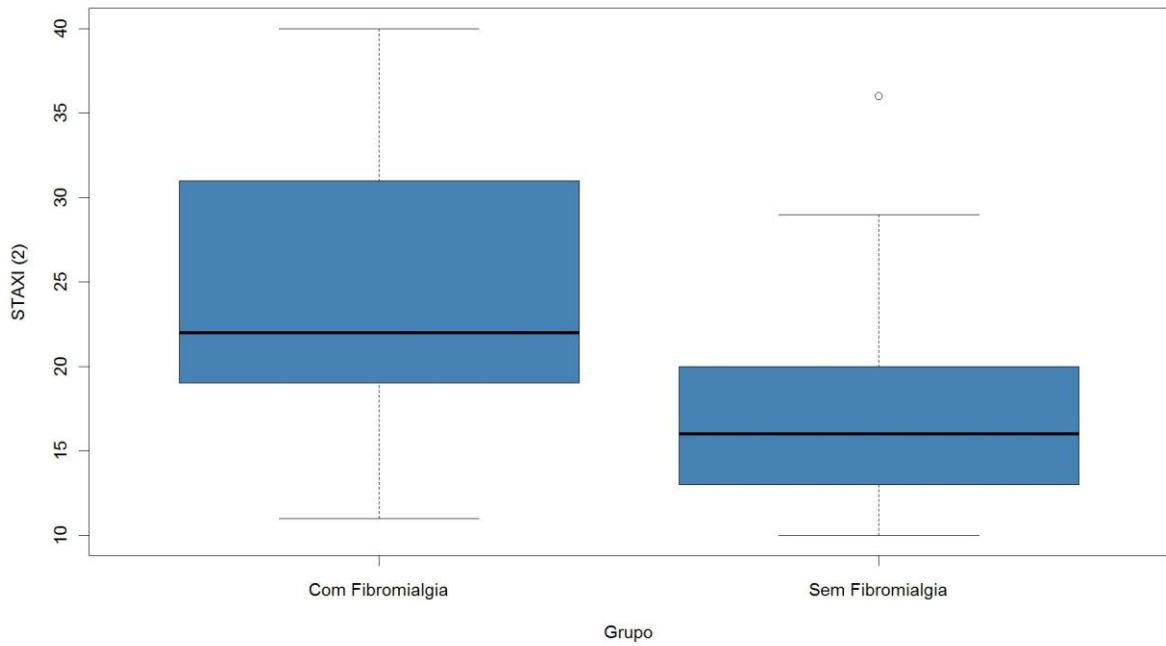


Figura 9. Distribuição da variável STAXI (3) em cada grupo, na amostra estudada.

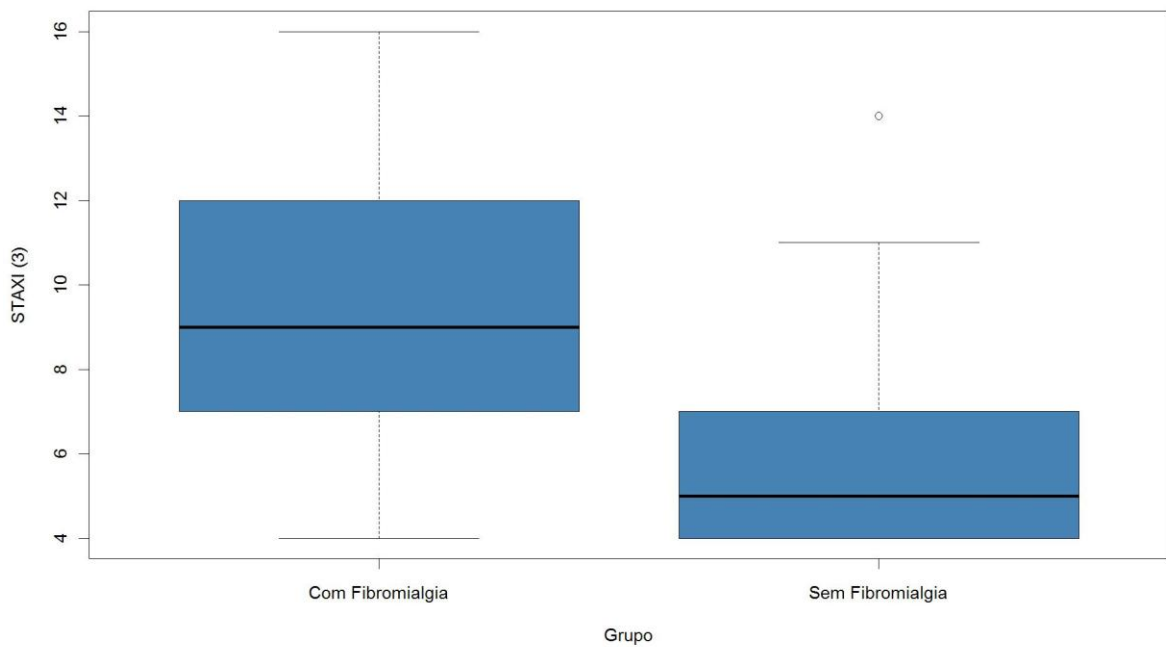


Figura 10. Distribuição da variável STAXI (4) em cada grupo, na amostra estudada.

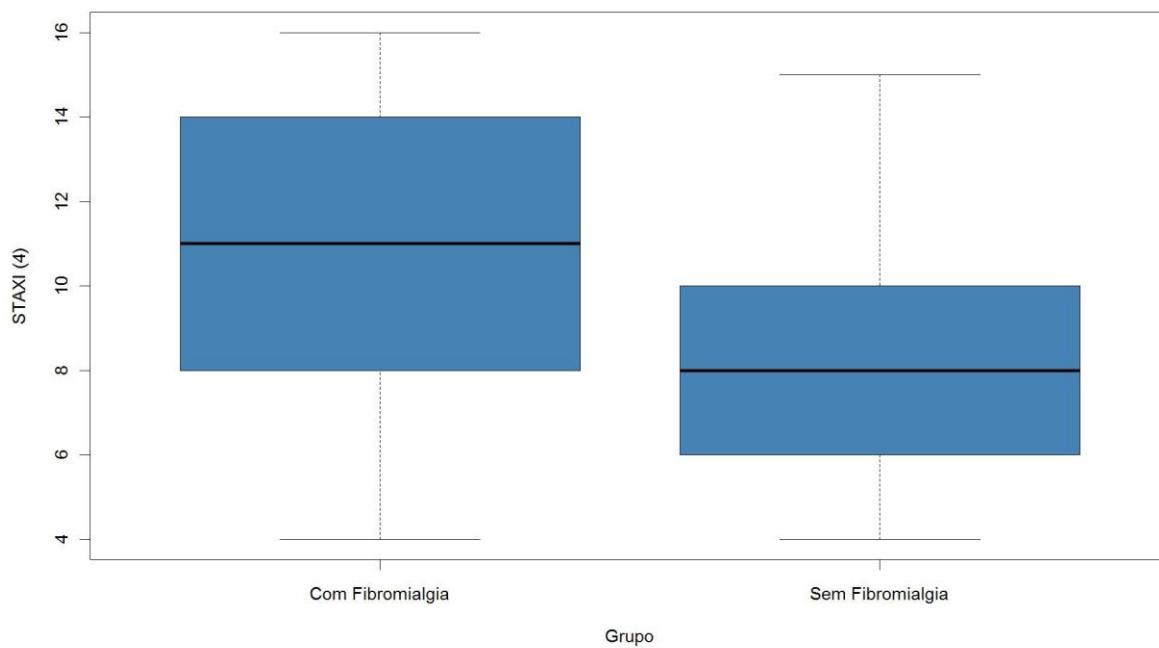


Figura 11. Distribuição da variável STAXI (5) em cada grupo, na amostra estudada.

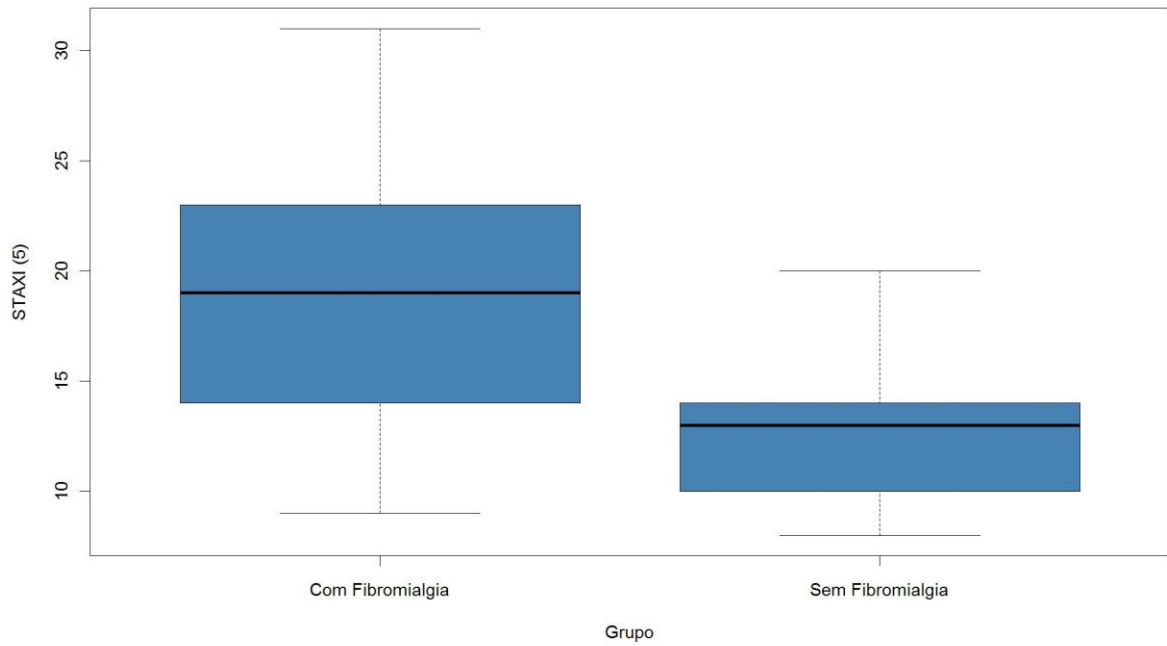


Figura 12. Distribuição da variável STAXI (6) em cada grupo, na amostra estudada.

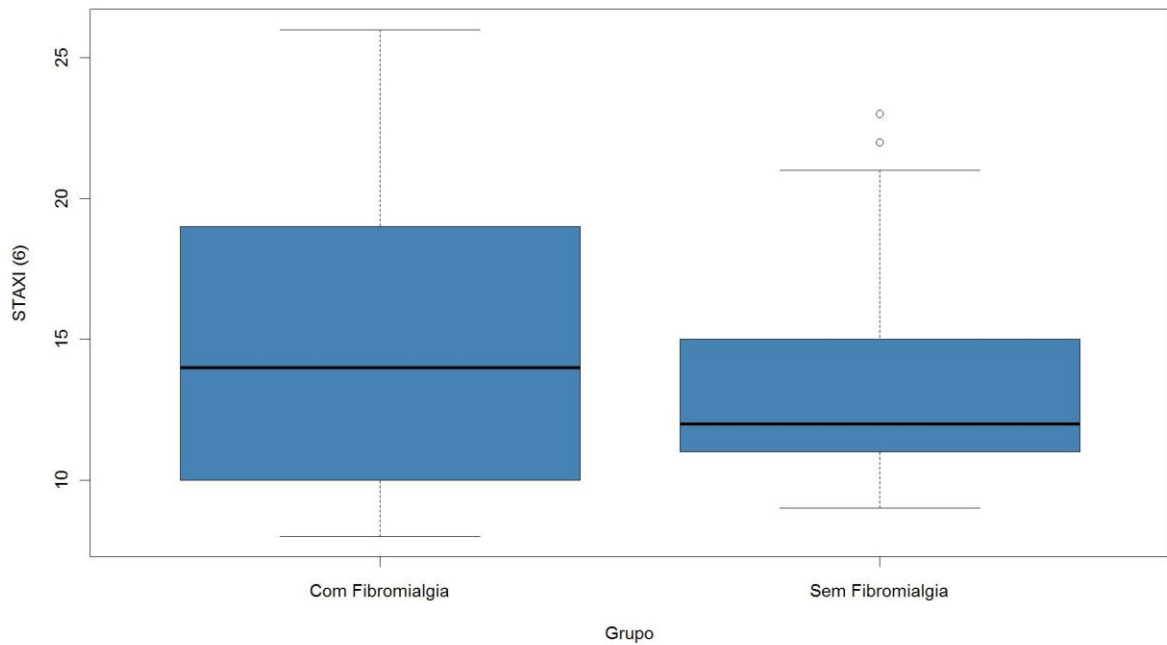


Figura 13. Distribuição da variável STAXI (7) em cada grupo, na amostra estudada.

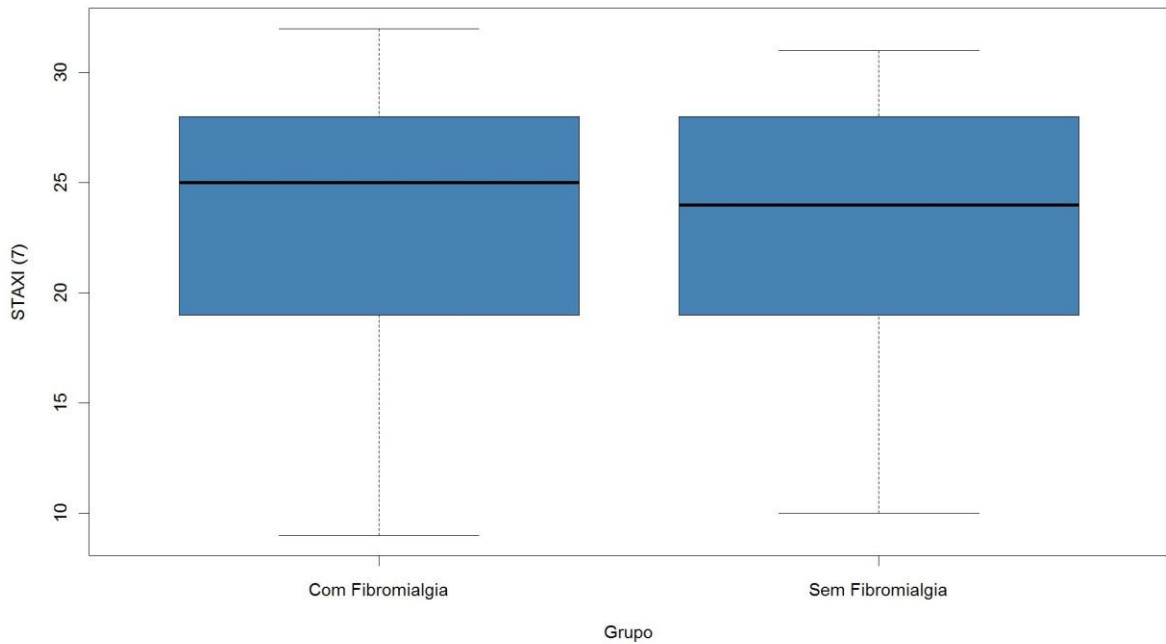
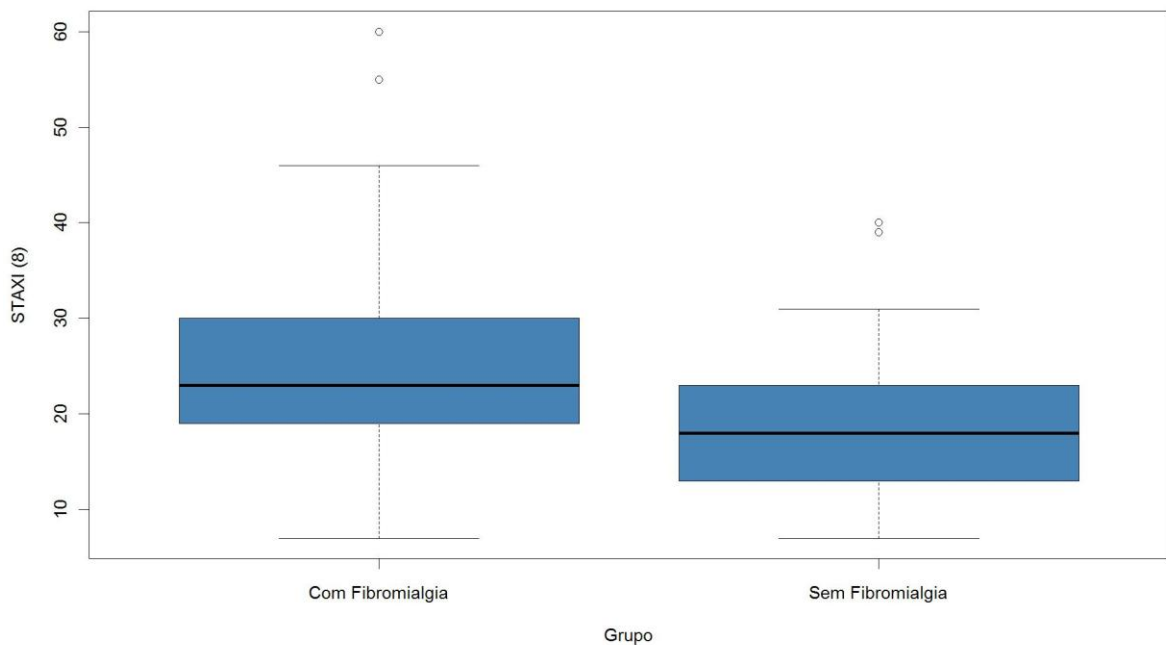


Figura 14. Distribuição da variável STAXI (8) em cada grupo, na amostra estudada.



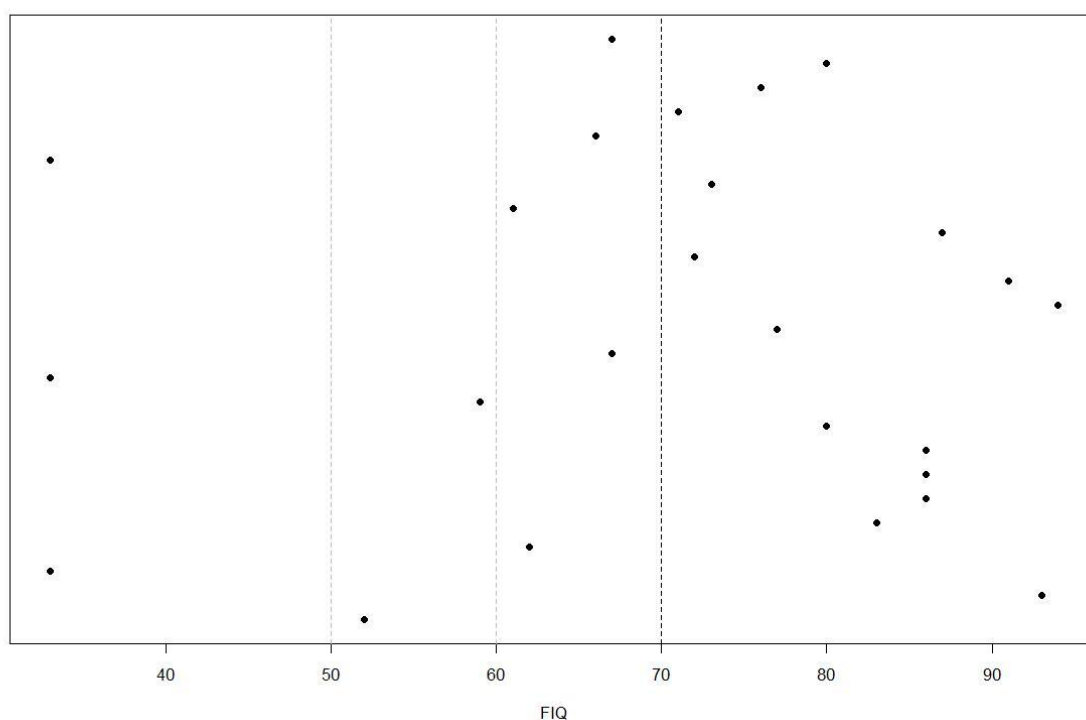
A Tabela 5 apresenta as medidas descritivas da variável FIQ no grupo experimental.

Tabela 5. Medidas descritivas da variável FIQ, na amostra estudada.

Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
70,72	18,01	33,00	93,00

O *Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ)*, por sua vez, apontou média de 70,72 pontos para o grupo experimental do estudo, com um desvio-padrão de 18,01, como pode ser visto na Tabela 5. Tais dados corroboram os achados de Falcão e colaboradores (2008) e Konrad (2005) a respeito do impacto da fibromialgia na qualidade de vida desses indivíduos. Para melhor visualização da distribuição da variável FIQ na amostra estudada foi desenvolvida a Figura 15.

Figura 15. Distribuição da variável FIQ, na amostra estudada.



A distribuição da variável FIQ, conforme ilustrado na Figura 15, evidencia a tendência de aumento de participantes com valores acima de 60 pontos, o que é

preocupante, já que o instrumento tem como ponto crítico valores de 70 ou mais.

3.2. Análise Inferencial

Os resultados obtidos, apresentados a seguir permitem afirmar que as participantes portadoras de fibromialgia apresentam média maior que as não portadoras de fibromialgia com relação às seguintes variáveis: *IDATE E* (8,8 pontos em média); *IDATE T* (16,3 pontos); *ISSL Q1* (5,5 pontos); *ISSL Q2* (5,8 pontos); *ISSL Q3* (8,8 pontos); *BDI* (14 pontos); *Traço de raiva* (7,2 pontos); *Temperamento* (3,4 pontos); *Reação de raiva* (2,7 pontos); *Raiva para dentro* (6,8 pontos) e *Expressão* (7,6 pontos).

Tabela 6. Resultados da comparação entre os grupos, segundo cada variável de interesse.

Variável	Nível descritivo	Diferença	Intervalo de confiança	
IDATE (E)	0,014	8,84	1,92	15,76
IDATE (T)	0,001	16,32	8,77	23,87
ISSL (Q1)	0,001	5,48	4,53	6,43
ISSL (Q2)	0,001	5,76	4,02	7,50
ISSL (Q3)	0,001	8,80	6,70	10,90
BDI	0,001	14,12	8,32	19,92
STAXI (1)	0,200	1,20	-0,67	3,07
STAXI (2)	0,001	7,16	2,95	11,37
STAXI (3)	0,001	3,40	1,52	5,28
STAXI (4)	0,009	2,68	0,72	4,64
STAXI (5)	0,001	6,76	4,00	9,52
STAXI (6)	0,213	1,68	-1,00	4,36
STAXI (7)	0,871	0,28	-3,17	3,73
STAXI (8)	0,021	7,60	1,19	14,01

Como se observa na Tabela 6, com exceção das variáveis relacionadas ao STAXI, mais especificamente, STAXI (1), que se refere ao estado de raiva, STAXI (6), raiva para fora, STAXI (7), controle de raiva e, STAXI(8), expressão de raiva, o p-valor foi inferior a 0,01, o que evidencia a diferença estatística dos grupos analisados, grupo com fibromialgia (grupo experimental) e grupo sem fibromialgia (grupo controle).

Os resultados obtidos corroboram o impacto negativo da fibromialgia na qualidade de vida dos portadores desta síndrome, afetando suas relações interpessoais e atividades sociais e ocupacionais (Pagano et al., 2004).

3.3. Correlações

Foram realizadas correlações entre as variáveis *stress*, depressão, ansiedade-traço e traço de raiva. Os coeficientes de correlação linear de Pearson para os pares de variáveis de interesse estão expostos na tabela 7.

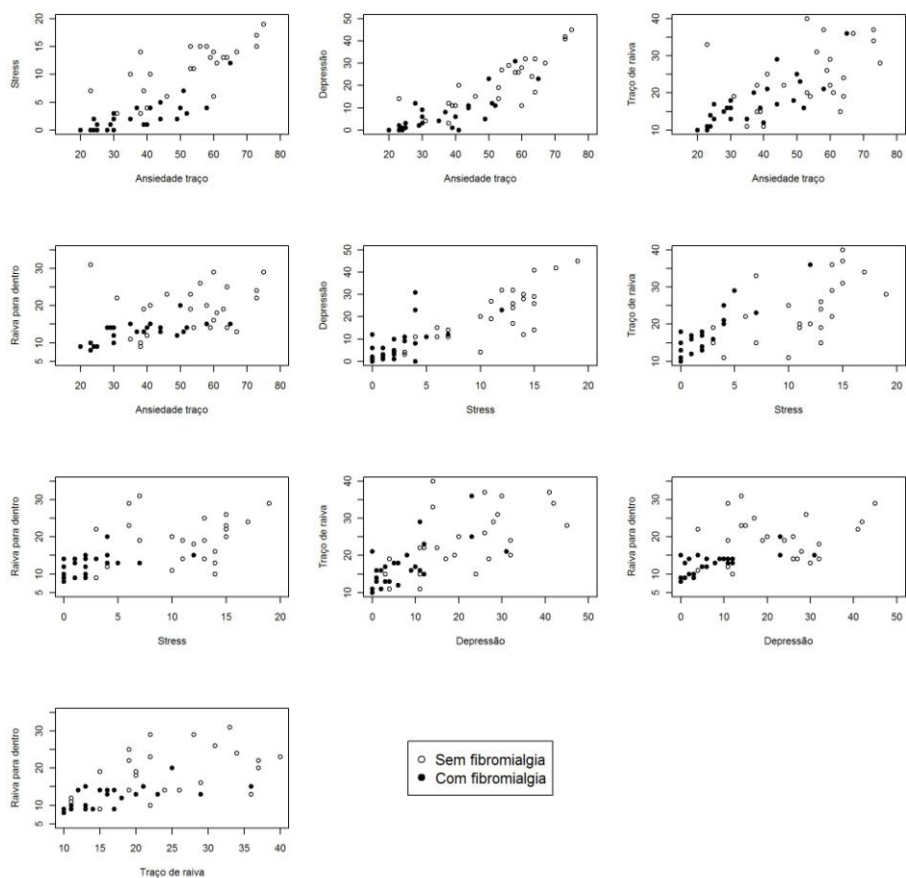
Tabela 7. Coeficientes de correlação linear de Pearson para os pares de variáveis de interesse.

Variáveis consideradas		Sem fibromialgia			Com fibromialgia		
		Coefficiente	Intervalo de confiança		Coefficiente	Intervalo de confiança	
Ansiedade traço	Stress	0,738	0,485	0,877	0,793	0,579	0,904
	Depressão	0,835	0,656	0,925	0,776	0,549	0,896
	Traço de raiva	0,416	0,025	0,697	0,774	0,545	0,895
	Raiva para dentro	0,188	-0,224	0,543	0,699	0,421	0,858
Stress	Depressão	0,793	0,580	0,905	0,636	0,322	0,824
	Traço de raiva	0,601	0,271	0,805	0,888	0,759	0,950
	Raiva para dentro	0,152	-0,259	0,516	0,491	0,119	0,742
Depressão	Traço de raiva	0,551	0,199	0,777	0,681	0,392	0,848
	Raiva para dentro	0,239	-0,172	0,580	0,673	0,379	0,844
Traço de raiva	Raiva para dentro	0,417	0,027	0,697	0,573	0,230	0,789

Os grupos experimental e controle se mostraram diferentes para os seguintes pares de variáveis: ansiedade-traço e traço de raiva, ansiedade-traço e raiva para dentro, e *stress* e raiva para dentro. O grupo experimental apresentou correlações mais fortes, representadas pelos respectivos coeficientes de correlação de Pearson (0,774, 0,699, 0,888 e 0,673) que o grupo controle (0,416, 0,188, 0,601 e 0,239) no que concerne aos pares de variáveis citados anteriormente, o que pode ser evidenciado na Tabela 7, disposta acima.

As distribuições conjuntas das variáveis de interesse se encontram representadas na Figura 16 disposta a seguir:

Figura 16. Distribuições conjuntas das variáveis de interesse, em cada grupo da amostra estudada.



4. Considerações finais

A investigação do estado emocional definido no presente estudo pela investigação das variáveis *stress*, ansiedade, depressão, e raiva, entre mulheres com fibromialgia e sem o referido diagnóstico evidenciou a relevância do estudo para o desenvolvimento de pesquisas futuras. Especificamente, a inclusão da investigação do *stress* e da raiva se apresentou como um aspecto de grande relevância uma vez que pôde trazer novas questões, bem como reflexões sobre a síndrome fibromiálgica na população feminina. Como limitações do estudo pode-se destacar o número da amostra e o fato de não ter sido feito um controle da variável socioeconômica das participantes do estudo. No entanto, deve-se ressaltar a relevância acadêmica e social do estudo, principalmente,

no que se refere à investigação criteriosa do estado emocional definido como ansiedade, depressão, *stress* e raiva.

5. Referências Bibliográficas

- Beck, A.T (2001). Inventário de Depressão de Beck. Em J.A. Cunha. (2001), Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Becker, R.M.R., Silva, V.K., Machado, F.S., Santos, A.F., Meireles, D.C., Mergener, M., Santos, G.A., Andrade, F.M. (2010). Interação entre qualidade do meio ambiente, estresse e a variação do gene APOE na determinação da suscetibilidade à fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50 (6), 617-630.
- Bennett, R. & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Natural Clinical Practice: Rheumatology*, 2(8), 416-424.
- Berber, J.S.S., Kupek, E. & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome de Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2), 47-54.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539–544.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R. & Bennett, R.M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. *Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Falcão, D.M., Sales, L., Leite, J., Feldman, D., Valim, V. & Natour, J. (2008). Cognitive behavioral therapy for the treatment of fibromyalgia syndrome: a randomized controlled Trial. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 16(3), 133-140.
- Galgo, A., Sánchez-Montero, M. & Cabrera, R. (2002). Diagnóstico de la fibromialgia. *JANO*, 1422(62), 63-66.
- Gier, M., Peters, M.L. & Vlaeyen, J.W.S. Fear of pain, physical performance, and attentional processes in patients with fibromyalgia. *Pain*, 104, 121–130.

- Góes, S.M., Fabrício Cieslak, F., Stefanello, J.M.F., Milano, G.E., Paiva, E., & Leite, N. (2009). Sono não-reparador e comorbidades Associadas em mulheres com fibromialgia. *Fisioterapia em Movimento*, 22, 3, 323-333.
- Goldenberg, D.L. (2010). The interface of pain and mood disturbances in the rheumatic diseases. *Seminars Arthritis Rheumatism*, 40,1, 15-31.
- Gupta, A. & Silman, A. (2004,). Psychological stress and fibromyalgia: a review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Recharch & Therapy*, 6(3), 98-106.
- Imbierowicz, K. & Egle, V.T. (2002). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7, 113-119.
- Konrad, L.M. (2005). Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Leitão, R.J. (2005). Transtornos ansiosos. Em J.J. Mari, D. Razzouk, M.F.T. Peres & J.A. Del Porto (Eds), *Guia de Psiquiatria* (pp.7-17). Barueri: Manole.
- Lipp, M.E.N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp – ISSL*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M.E.N. (2005). *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Magalhães, M. N, Lima, A.C.P. (2005). Noções de probabilidade e estatística. 6ª edição. São Paulo: EdUSP.
- Marques, A.P., Santos, A.M.B., Assumpção, A., Matsutani, L.A., Lage, L.V. & Pereira, C.A.B. (2006). Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 24-31.
- Martins, M.A. & Vandenberghe, L. (2007). Intervenção psicológica em portadores de fibromialgia. *Revista Dor*, 8(4), 1103-1112.
- Neter, J, Kutnher, M. H., Nachsteim, C. J., Wasserman W. (1996). *Applied Liemar Statistical Models*. Chicago: Irwin.

Okifuji, A., Bradshaw, D.H., Donaldson, G.W., & Turk, D.C. Sequential analyses of daily symptoms in women with fibromyalgia syndrome. *Journal of Pain*, 12, 1, 84-93.

Pagano, T., Matsunani, L.A., Ferreira, E.A.G., Marques, A.P. & Pereira, C.A.B. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal*, 122(6), 252-258.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.

Pinho Jr.,A.J. (2003). Stress e imunidade. Em M.E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicação clínica* (pp.54-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Queiroz, M.A.M. (2009) *Psicoterapia comportamental e fibromialgia: alvos para intervenção psicológica*. Santo André: ESETec.

Restrepo-Medrano, J.C., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C. (2009). ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia? *Revista Salud Pública*, 11 (4) , 662-674.

Roizenblatt, S., Modlofsky, H., Benedito, S.A.A. & Tufik, S. (2001). Alpha sleep characteristics in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.*, 44, 222-230.

Santos, A.M.B., Assumpção, A., Matsunani, L.A., Pereira, C.A.B., Lage, L.V. & Marques, A.P. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(3), 317-324.

Shinohara, H. & Nardi, A.E. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamental* (pp.217-229). Porto Alegre: Artmed.

Spielberger, C.D. (2003). Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço. São Paulo: Vetor.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (2003). Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Rio de Janeiro: CEPA.

Spitzer A.R. & Broadman, M. (2010). A retrospective review of the sleep characteristics in patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Pain Practice, 10*,4,294-300.

Tukey J.W. (1977). Exploratory data analysis. Addison-Wesley.

Vlaeyen, J.W.S. & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequence in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85*, 317-332.

Wright, J.H., Basco, M.R. & Thase, M.E. (2008). Aprendendo a terapia comportamental. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wolfe, F., Smythe, H.A.A., Yunus, M.B., Bennett, A.M., Bombardier, C.E. & Goldenberg, D.L. (1990). The American College of Rheumatology: Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum., 33*(2), 160-172.

Zar, J. H. 1984. Biostatistical Analysis (Second Edition). Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

Zautra, A.J., Fasman, R., Reich, J.W, Harakas, P., Johnson, M.L., Olmsted, M.E. & Davis, M.C. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine, 67*, 147-155.

ANEXO I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação cognitivo-comportamental com pacientes fibromiálgicos: um estudo comparativo”. A fibromialgia é uma síndrome complexa caracterizada por dor crônica e difusa, e locais específicos sensíveis à palpação. Embora sua causa seja desconhecida, acredita-se que variáveis emocionais contribuam com a manutenção e aumento da dor na fibromialgia. O objetivo deste estudo é investigar se as reações emocionais e afetivas definidas como estresse, raiva, ansiedade e depressão são mais expressivas, e se correlacionam, em pacientes com fibromialgia comparando com indivíduos sem este diagnóstico. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos instrumentos: *Inventário de Sintomas de Stress de Lipp*, *Inventário de Estado e Traço de Raiva (STAXI)*, *Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (IDATE)*, *Inventário de Depressão de Beck* e *Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ)* que nos fornecerão dados importantes para o entendimento acerca do impacto destas variáveis emocionais na fibromialgia. Os dados serão coletados em uma única sessão, com duração média de 30 minutos. Tudo foi planejado para minimizar os riscos relacionados com a sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Ricardo da Costa Padovani que pode ser encontrado no endereço Av. Alm. Saldanha da Gama, 89 Ponta da Praia - Santos/SP - CEP: 11030-400, telefones: (13) 3261-3324.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito de pesquisa. Os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecimentos da pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador

afirma seu compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu, _____, RG, _____, CPF _____, abaixo assinado, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim descrevendo o estudo “Avaliação cognitivo-comportamental com pacientes fibromiálgicos: um estudo comparativo”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do sujeito de pesquisa

data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e

Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Responsáveis pela pesquisa:

Dr. Ricardo da Costa Padovani

data

São Paulo, 26 de Novembro de 2010.
CEP 1785/10

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) RICARDO DA COSTA PADOVANI
Co-Investigadores: FERNANDA DE SOUZA RAMIRO (Aluno); Império Lombardi Junior; Regina Claudia Barbosa da Silva;
Disciplina/Departamento: SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE/Trabalho de Conclusão de Curso - Psicologia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Avaliação cognitivo-comportamental com pacientes fibromiálgicos: um estudo comparativo**".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo observacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Investigar se as reações emocionais e afetivas definidas como estresse, raiva, ansiedade e depressão são mais expressivas, e se correlacionam, em pacientes com fibromialgia comparando com indivíduos sem este diagnóstico.

RESUMO: Participarão do estudo 60 mulheres, sendo a amostra constituída por 30 mulheres, adultas, com diagnóstico de fibromialgia segundo os critérios do ACR, e, 30 sem o diagnóstico de fibromialgia, pareadas por idade. Para avaliar as variáveis emocionais serão utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL), Inventário de Ansiedade Traço e Estado, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço e o Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ). Os instrumentos serão aplicados, preferencialmente, em grupo em uma única sessão, com duração média de 40 minutos. A pesquisa será realizada em uma sala de atendimento designada pela instituição de ensino ou em local definido pelo participante e pesquisador. Serão realizadas análises estatísticas para analisar o desempenho dos participantes nos diferentes instrumentos.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: O estudo da fibromialgia se apresenta de fundamental importância uma vez que, quando elevado, pode trazer prejuízos significativos na saúde física e mental, e, conseqüentemente, no seu processo de ajustamento psicossocial como também no processo de desenvolvimento acadêmico.

MATERIAL E MÉTODO: Descritos os procedimentos que serão realizados e apresentado os instrumentos que serão utilizados.

TCLE: Apresentado adequadamente.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 12 Meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Graduação.