

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Cristina Pereira Lopes Ferreira

**Qualidade do Sono da Pessoa Portadora de
Fibromialgia**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 1ª edição



Janeiro de 2012

Ana Cristina Pereira Lopes Ferreira

**Qualidade do Sono da Pessoa Portadora de
Fibromialgia**

Relatório Final – Volume II

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 1ª edição



Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Janeiro de 2012

“Luto diariamente contra dores insustentáveis, insuportáveis, que me tiram a vontade de viver, que me sufocam, me entristecem, que me roubam as coisas mais bonitas que a vida tem para dar e oferecer”.

Simone Marta (APDF, 2002)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento. Pela sua sabedoria e postura académica, grata por todo o tempo que me dispensou.

Ao Professor Doutor João Duarte, serei eternamente grata pela dedicação e constante motivação para a realização deste trabalho. Por ter depositado confiança incondicional desde o início, pelas palavras de encorajamento e pela tranquilidade transmitida.

À Dr.^a Fátima Jorge e à Ana Vicente, pela disponibilização de material bibliográfico de particular relevância, pelo carinho, pela humanidade e por me fazerem acreditar que vale a pena esforçarmo-nos pelos nossos objetivos.

Ao Mestre Fernando Pina pela disponibilidade.

Às minhas colegas e amigas Ana Paula Coelho, Cristina Martins, Helena Rosário, Maria Teresa Martins, Sara Conde, por estarem sempre disponíveis para ajudar nas pequenas e grandes dúvidas.

Aos utentes e ao Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV, EPE), pela disponibilidade, sem os quais esta dissertação não seria possível.

À minha família, porque acreditaram, investiram e ajudaram e sem os quais a minha existência perde o significado.

Por fim e por ser o mais importante ao Pedro, pelo incentivo, apoio, amor e carinho. Por toda a ajuda, compreensão, paciência, pela luta constante e por não me ter deixado desistir.

RESUMO

Enquadramento: A qualidade do sono é um fator influenciador da recuperação do organismo, sendo também fundamental para o bem-estar do indivíduo e para o funcionamento adequado do seu organismo. Daí se considerar que a presença de sono não restaurador assume um papel de relevo no conjunto das manifestações da fibromialgia, porquanto esta doença complexa se caracteriza por dores músculo-esqueléticas difusas, às quais se associam múltiplos sintomas, entre os quais se destacam o sono não reparador, fadiga e rigidez matinal.

Objetivos: Avaliar a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia; Explicar em que medida as variáveis sócio demográficas, a dor e o impacto da fibromialgia afetam o sono da pessoa portadora de fibromialgia.

Métodos: O estudo transversal de natureza observacional assenta numa lógica de análise descritivo – correlacional e foi realizado numa amostra probabilística por conveniência, constituída por 77 pessoas portadoras de fibromialgia acompanhadas na Unidade de Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE. O perfil médio revela doentes do sexo feminino (98.7%), com uma média de idades de 49 anos, casadas (90.9%), empregadas ou de baixa médica (59.7%), trabalhadoras não qualificadas (51.9%) e com prevalência do ensino básico (1º ciclo) e do ensino superior (26%). Para a mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de colheita de dados constituído por uma caracterização sócio demográfica e clínica, a Escala Visual Analógica da dor – EVA - (PORTUGAL, 2003), o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh – PSQI - (BUELA-CASAL; SANCHEZ, 2002) e o Questionário do Impacto da Fibromialgia – FIQ-P (ROSADO et al., 2006).

Resultados: Constatou-se que a má qualidade de sono se configura em 97.4% dos inquiridos. Das variáveis socio demográficas, apenas a situação laboral tem influência na latência do sono ($p= 0.015$), eficiência de sono habitual ($p= 0.035$) e qualidade de sono global ($p=0.014$). A intensidade da dor e o cansaço matinal revelaram-se preditivas da qualidade de sono, explicando 32% e 13.7% da sua variabilidade, respetivamente.

Conclusão: As evidências encontradas neste estudo referem que a situação laboral influencia a qualidade do sono e a intensidade da dor e o cansaço matinal são preditivas de má qualidade de sono. Medidas para a promoção da boa qualidade do sono nos portadores de fibromialgia devem dar prioridades às estratégias relacionadas com o debelar da dor e do impacto negativo da fibromialgia.

Palavras-chave: qualidade do sono, dor e fibromialgia.

ABSTRACT

Framework: The quality of sleep is a factor that influences the body's recovery, it is also crucial to the well-being of the individual and for the proper functioning of our body. Hence it is considered that the presence of non-restorative sleep plays a key role in all of the manifestations of fibromyalgia, because this complex disease is characterized by diffuse musculoskeletal pain, which is, somehow, associated with multiple symptoms, including sleep disorders, fatigue and morning stiffness.

Objectives: Assess the quality of sleep of a person with fibromyalgia; explain the extent to which socio demographic variables, pain and fibromyalgia impact affect the sleep of the person with fibromyalgia.

Methods: The cross-sectional observational study is based on a logical analysis descriptive - correlational and was conducted in a probability sample of convenience consisting of 77 sick people with fibromyalgia followed in the Pain Unit, Rheumatology Consultation and Physical Medicine Rehabilitation CHTV, EPE. The average profile shows that female patients (98.7%), with an average age of 49 years, married (90.9%), employed or on sick leave (59.7%), unskilled workers (51.9%) and prevalence of primary education (1st cycle) and higher education (26%). To measure the variables we used a data collection instrument which consists of a socio demographic and clinical, Visual Analogue Scale of pain - EVA - (PORTUGAL, 2003), the Index of the Pittsburgh Sleep Quality - PSQI - (BUELA - CASAL; SANCHEZ, 2002) and Fibromyalgia Impact Questionnaire - FIQ-P (ROSADO et al., 2006).

Results: We found that poor sleep quality is configured in 97.4% of respondents. Socio demographic variables, only employment status has an influence on sleep latency ($p=0.015$), habitual sleep efficiency ($p=0.035$), and sleep quality overall ($p=0.014$). The intensity of pain and the morning fatigue proved to be predictive of sleep quality, explaining 32% and 13.7% of its variability, respectively.

Conclusion: The evidence from this study indicates that the employment situation influences the quality of sleep and the intensity of pain and morning fatigue are, in fact, predictive of poor quality of sleep. Measures to promote good sleep quality in patients with fibromyalgia should give priority to strategies to overcome the pain and the negative impact of fibromyalgia.

ÍNDICE

Página

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SIMBOLOS

1 – INTRODUÇÃO	23
2 – QUALIDADE DO SONO	27
3 – FIBROMIALGIA	31
3.1 – CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DO SONO DA PESSOA PORTADORA DE FIBROMIALGIA	34
4 – MÉTODOS.....	39
4.1 – PARTICIPANTES	41
4.1.1 – Caracterização sócio demográfica da pessoa portadora de fibromialgia .	42
4.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	45
4.3 – PROCEDIMENTOS.....	57
4.3.1 – Procedimentos estatísticos.....	58
5 – RESULTADOS.....	61
5.1 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA DOR NA PESSOA PORTADORA DE FIBROMIALGIA	61
5.2 – FIBROMIALGIA, VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	64
5.3 – QUALIDADE DE SONO, VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	70
5.4 – RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E QUALIDADE DE SONO.....	83
5.5 – RELAÇÃO ENTRE O IMPACTO DA FIBROMIALGIA E QUALIDADE DE SONO ...	85
5.6 – RELAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DA DOR DA PESSOA PORTADORA DE FIBROMIALGIA E QUALIDADE DE SONO.....	86

6 – DISCUSSÃO.....	91
6.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
7 – CONCLUSÕES.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICE I – Pedido de autorização para a utilização das escalas	119
APÊNDICE II – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados	125
APÊNDICE III – Declaração de Consentimento Informado.....	129
APÊNDICE IV – Medidas Estatísticas	133
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	141

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica dos participantes em função do grupo etário.....	44
Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo a localização da dor.....	61
Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a manifestação e a intensidade da dor.....	62
Tabela 4 – Estatísticas relacionadas com a intensidade da dor em função da idade.....	63
Tabela 5 – Classificação da dor.....	63
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos segundo a classificação da dor e situação laboral.....	64
Tabela 7 – Estatísticas relativas ao Impacto da Fibromialgia.....	65
Tabela 8 – Classificação do Impacto da Fibromialgia em função dos grupos etários e totais.....	66
Tabela 9 – Teste t para diferenças de médias entre o Impacto da Fibromialgia e os grupos etários.....	66
Tabela 10 – Teste t para diferenças de médias entre o Impacto da Fibromialgia e situação laboral.....	67
Tabela 11 – Resultado do Teste de UM-W entre o Impacto da Fibromialgia e o estado civil.....	68
Tabela 12 – Resultado do Teste de K-W entre o Impacto da Fibromialgia e a intensidade da dor.....	69
Tabela 13 – Resultados da Anova e testes post hoc para o Impacto da Fibromialgia e a intensidade da dor.....	69
Tabela 14 – Estatísticas relacionadas com a qualidade de sono.....	71
Tabela 15 – Classificação da qualidade de sono em função dos grupos etários.....	72
Tabela 16 – Qualidade subjetiva do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor.....	73
Tabela 17 – Latência do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor.....	75

Tabela 18 – Duração do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor.....	77
Tabela 19 – Eficiência do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor.....	78
Tabela 20 – Perturbação do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor.....	79
Tabela 21 – Uso de medicação para dormir em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor.....	80
Tabela 22 – Disfunção diurna em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor.....	81
Tabela 23 – Teste de U Mann - Whitney entre qualidade de sono e grupos etários.....	83
Tabela 24 – Teste de U Mann - Whitney entre qualidade de sono e estado civil.....	84
Tabela 25 – Teste de U Mann - Whitney entre qualidade de sono e situação laboral.....	84
Tabela 26 – Correlação de Pearson entre qualidade do sono e Impacto da Fibromialgia.....	85
Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre qualidade de sono e intensidade da dor.....	88
Tabela 28 – Resultados da Anova e testes post hoc para a qualidade de sono e a intensidade da dor.....	88

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Consistência Interna do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.....	52
Quadro 2 – Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o Índice da Qualidade de Sono.....	53
Quadro 3 – Consistência interna da FIQ.....	56
Quadro 4 – Consistência Interna das traduções da FIQ.....	57
Quadro 5 – Regressão múltipla entre qualidade de sono e o cansaço matinal.....	86
Quadro 6 – Regressão simples entre qualidade de sono e intensidade da dor.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Modelo conceptual da relação entre variáveis	41
Figura 2 – Representação esquemática das variáveis que influenciam e/ou predizem a Qualidade do Sono	89

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%VE – percentagem de variância explicada

a.C. – antes de Cristo

ACR – *American College of Rheumatology*

APDF – Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia

CENC – Centro de Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica

cf – conforme

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

cit. – citado

CV – Coeficiente de Variação

DGCG – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

DIMS – Distúrbio do Início e Manutenção do Sono

Div. - Divorciado

Dp – Desvio-padrão

DSE – Distúrbio de Sonolência Excessiva

EPE – Entidade Pública Empresarial

et al. – e outros

EVA – Escala Visual Analógica

F – Teste de Anova

Fem. – Feminino

FIQ – *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

FIQ-P – *Fibromyalgia Impact Questionnaire* – Versão Portuguesa

FM – Fibromialgia

GL – Graus de Liberdade

H² – Comunalidade

HAQ-P – Health Assessment Questionnaire – versão portuguesa

Int. – Intenso

K/erro – Kurtosis/error (Curtose)

K/S – Kurtosis/Skewness

Kg/cm² – Quilograma por centímetro quadrado

K-S – Kolmogorov-Smirnov

K-W – Teste de Kruskal-Wallis

Máx. – Máximo

Masc. – Masculino

Min. – Mínimo

Mod. – Moderado

n – Frequência absoluta

N.^o / n.^o – número

n.s. – não significativo

NREM – *Non Rapid Eye Movement*

OM – Ordenação média

p – Nível de significância

p. – página

PSQI – *Pittsburgh Sleep Quality Index*

r – Coeficiente de correlação de Pearson

R/item – Coeficientes de correlação item total

R² – Coeficiente de determinação

Sk/erro – Skewness/error (assimetria)

SPI – Síndrome Pernas Irrequietas

SS – Escala de Severidade de Sintomas

T – Valor de t de Student

UM-W – Teste U de Mann-Whitney

VIF – *Variance Inflation Factor*

vs. – *versus*

WPI – *Widespread Pain Index*

ÍNDICE DE SIMBOLOS

% – percentagem

< – menor que

<= – menor ou igual

= – igual

> – maior que

>= – maior ou igual

± – mais ou menos

χ^2 – qui-quadrado

α – alfa

\bar{X} – Média

1 – INTRODUÇÃO

A Fibromialgia tem sido descrita como uma das doenças reumatológicas mais frequentes na população mundial, encontrando-se em quarto lugar em Espanha e Bangladesh, e em segundo nos Estados Unidos da América, Brasil e México (ASSUMPÇÃO, 2006).

Portugal tem vindo a ver aumentar o número de pessoas portadoras de fibromialgia. Estima-se que a prevalência desta doença atinja cerca de 2% da população adulta europeia, afetando sobretudo mulheres com idade entre os 20 e os 50 anos (PORTUGAL, 2005). Num estudo recente realizado em 5 países europeus relatado por Branco et al. (2009), apurou-se que esta doença afeta 3.6% da população adulta portuguesa.

As pessoas portadoras de fibromialgia, participantes num estudo realizado por Martin et al. (2009), expressaram que esta patologia teve um profundo impacto negativo nas suas vidas em geral e no sono em particular. Os participantes reportaram que desde que são portadores de fibromialgia deixaram de ter a capacidade de desfrutar de uma boa noite de sono, que lhes permitisse sentirem-se revigorados ou com uma sensação de descanso ao acordar.

Moldofsky (1993), cit. por JACOBESON; DANNESKIOLD-SAMSOE; LUND, (1993), salienta que “a má qualidade de sono é um dos parâmetros de classificação da fibromialgia e está profundamente implicada no desenvolvimento e manutenção da sensibilidade muscular”.

O sono é fundamental para o bem-estar do indivíduo e para o funcionamento adequado do seu organismo. É um bem precioso, indispensável a um bom equilíbrio, caracterizando-se por uma necessidade fisiológica, que tem como funções biológicas a restauração do organismo e a conservação de energia, permitindo o nosso equilíbrio físico e emocional (RENTE; PIMENTEL, 2004).

Daí se considerar que a presença de sono não restaurador assume um papel de relevo no conjunto das manifestações da fibromialgia.

Contudo, apesar da grande relevância do tema, no contexto português, são escassos os estudos sobre a temática das implicações da alteração do sono na pessoa portadora de fibromialgia.

Tomando em consideração o pensamento de FORTIN (2009), que situa a investigação em enfermagem na área do conhecimento de fenómenos reais e visa aumentar

o campo dos conhecimentos na disciplina de forma a contribuir para a saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem integrados no sistema de saúde, a presente investigação pretende analisar a influência de algumas variáveis na qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia. Procura-se, assim, cooperar de forma ativa na construção do *saber* e desenvolver, no âmbito do nosso percurso de especialização, uma atividade de investigação que permita analisar esta situação concreta, pois esta patologia tem ainda muitos aspetos pouco estudados.

Foi este enquadramento que deu suporte ao estudo da **“Qualidade do Sono da Pessoa Portadora de Fibromialgia”**.

Para orientar a nossa investigação ganham sentido as seguintes questões:

- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia?
- Qual o impacto da fibromialgia na qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia?
- Em que medida a dor prediz a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia?

Para dar resposta às questões formuladas, tendo em atenção os limites impostos por um estudo desta natureza, emergem os seguintes objetivos:

- Avaliar a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia;
- Explicar em que medida a qualidade do sono é influenciada pelas condições sócio demográficas, a dor e impacto da fibromialgia.

Com a finalidade de dar resposta às questões formuladas e atingir os objetivos traçados, foi realizado um estudo observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa, não experimental e com recurso à análise descritivo – correlacional.

A recolha da informação será efetuada através da aplicação de um questionário e de três escalas aos participantes selecionados, que permitirá caracterizá-los e avaliar, entre outros aspetos, a dor e o impacto da fibromialgia na qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia.

O presente documento encontra-se organizado em sete capítulos, estruturados de acordo com aspetos considerados fulcrais para a compreensão dos mesmos.

No primeiro, segundo e terceiro capítulo é apresentada uma fundamentação teórica pertinente para o estudo, onde constam os aspetos descritivos da qualidade do sono, da fibromialgia e das características da qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia, fazendo uma incursão pela literatura científica nacional e internacional, permitindo desta forma contextualizar o problema em estudo, bem como sustentar as hipóteses teóricas.

No quarto capítulo são abordados os métodos seguidos na condução da investigação, onde é mencionada a conceptualização da problemática em estudo, caracterizados os participantes, os procedimentos e o respetivo instrumento para a colheita de dados. Os resultados e a discussão dos mesmos, as limitações e as dificuldades sentidas ao longo do trabalho são descritos no quinto e sexto capítulo, finalizando o presente documento com a apresentação das conclusões.

Para tal, algumas ideias funcionam como motores principais da pesquisa, podendo citar-se palavras-chave como: qualidade do sono, dor e fibromialgia.

2 – QUALIDADE DO SONO

O sono é uma necessidade humana básica e corresponde ao período de repouso em que ocorre a suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária (BURATTO, 2009).

É um processo fisiológico e dinâmico, mas pelas suas características constitui o período de maior vulnerabilidade da pessoa ante o meio, facto que tem suscitado um constante interesse por parte dos investigadores.

Atualmente, ainda que nos últimos 20 anos se tenha observado um crescendo na investigação científica sobre o sono e a sua patologia, ainda pouco se conhece. No entanto, é um campo em franca evolução e objeto de estudos multidisciplinares.

Não é fácil definir os parâmetros típicos de um sono normal, devido há grande variabilidade individual e, dentro do mesmo individuo, à variabilidade de noite para noite. Contudo, sabe-se que durante o sono são executados e desenvolvidos vários processos biológicos, que no seu conjunto são essenciais à sobrevivência (CENC, 2009). De acordo com Rente e Pimentel (2004, p.1) “um sono normal é aquele que oferece ao indivíduo uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, com recuperação de energias, possibilitando-lhe executar em boas condições físicas e mentais as tarefas do dia seguinte”.

Durante séculos o interesse médico pelos processos do sono no campo científico não encontrou respostas às questões levantadas perante o fenómeno do sono normal, dos seus distúrbios e as explicações eram procuradas na base de especulações derivadas da elevada capacidade de observação dos clínicos e de extrapolações de experiências animais (LEMOS, 1994).

De acordo com Tafner (2001), “os conhecimentos sobre o ciclo vigília-sono desenvolveram-se a partir da década de 30, quando através do uso da eletroencefalografia, descreveram o sono como um processo unitário e passivo”. Já na década de 50, Aserink e Kleitman observaram a existência de dois estados biológicos distintos: o sono lento NREM (*Non Rapid-Eye-Movements*) e o sono paradoxal REM (*Rapid-Eye-Movements*), que se alternam ciclicamente.

A pessoa adormecida encontra-se perfeitamente imóvel, insensível ao ruído e à luz e tem muita dificuldade em se situar quando é acordada. Por estas razões se diz que é a fase do esquecimento mais profundo (GEIB et al., 2003).

Rente e Pimentel (2004) referem que a vigília ocorre antes do início do sono e no despertar matinal, mas existem períodos de vigília intercalados com o sono durante a noite que são denominados por despertares breves.

Recentemente a polissonografia veio permitir o registo simultâneo de diferentes variáveis fisiológicas durante o sono, possibilitando analisar as alterações ocorridas em diversos parâmetros vitais.

A distribuição dos estágios do sono pode ser modificada por fatores como o ciclo/ritmo circadiano e os sincronizadores externos.

A capacidade do indivíduo de adequar o seu ciclo de sono e vigília ao ciclo noite/dia da terra é guiada por diversos elementos externos e internos que interagem para a manutenção de um ciclo circadiano. Assim, a luminosidade e o calor do dia, a escuridão e a redução da temperatura ambiental à noite, as variações de incidência de luz no decorrer do dia, são elementos que nos condicionam a manter um ritmo de atividade alternada com repouso e intercalada com funções de ingestão e eliminação, dentro do padrão circadiano (FERNANDES, 2006).

Duarte (2008, p.45) defende que “a maior parte dos adultos estabelece um padrão de sono estável, embora existam variantes individuais, quer na duração total do sono quer na tendência para serem pessoas que se deitam e acordam cedo (cotovias) ou pessoas que se deitam ou acordam tarde (mochos). Entre homens e mulheres não há diferenças significativas”.

Azevedo (1980, cit. por DUARTE, 2008) ao estudar as características do sono normal encontrou uma relação positiva e significativa entre o sono excelente (com facilidade em adormecer, sono profundo, acordar repousado) e a regularidade do horário do sono. Assim, aqueles que se deitavam e levantavam à mesma hora todas as noites eram também aqueles que dormiam melhor.

A qualidade do sono é um fator influenciador da recuperação do organismo. Boa qualidade de sono poder-se-á definir como uma boa noite de sono, ou seja, adormecer facilmente, não ter dificuldade em permanecer adormecido, sono profundo, satisfação com sono obtido, sensação de repouso, ausência de pesadelos ou sonhos desagradáveis, boa disposição e maior capacidade de concentração (AZEVEDO, 1980 cit. por DUARTE, 2008).

Rosales et al. (2007) referem que os estudos epidemiológicos da população adulta em geral indicam uma prevalência de má qualidade de sono entre os 15% e os 35%.

Dormir bem é essencial, pois a quantidade e a qualidade do sono são fundamentais para manter uma boa forma física e mental. As consequências de uma noite de sono

inadequado são: fadiga, cansaço, tensão, diminuição do rendimento intelectual, sintomas leves de depressão e ansiedade, sonolência diurna (que aumenta o risco de acidentes), dores musculares e irritabilidade.

A higiene do sono é, talvez, uma das necessidades básicas que mais é negligenciada de forma advertida. Ignorando a importância de fazer uma boa manutenção da qualidade do sono, um grande número de pessoas desconhece que por vezes padece de patologias do sono, por um lado por incapacidade em reconhecer os sintomas, e por outro, simplesmente porque sustentam a sua "desorganização" circadiana com mitos dissimuladores (NÉRCIO, 2010).

A falta de higiene do sono é incompatível com a manutenção de sono de boa qualidade e alerta completo diurno. A repetição de noites mal dormidas causa diminuição da concentração e da produtividade, irritabilidade, cansaço, sonolência diurna, dores de cabeça, redução da capacidade de reação em relação às doenças e aumento da suscetibilidade a acidentes de viação ou laborais. Assim sendo, a adoção de bons hábitos de higiene do sono permite uma melhoria da qualidade do sono, no sentido de favorecer níveis adequados de funcionalidade e saúde do organismo (FERRÃO, 2009).

A higiene do sono tem, pois, como objetivo geral facilitar um sono reparador e suficiente (mas não exagerado).

3 – FIBROMIALGIA

O termo Fibromialgia é constituído por uma associação de três elementos: *fibro*, com origem no latim, e com o significado de tecido fibroso, associado a *myos* e *algia*, palavras de origem grega significando, respetivamente, músculo e dor. Na verdade, entre outras queixas, segundo eles menos incómodas, as principais queixas que encontramos por parte dos doentes diagnosticados com fibromialgia, apontam essencialmente para dores difusas permanentes, sono não retemperador e cansaço, entre outras (SAMPAIO, 2010).

A Fibromialgia (FM) é uma entidade patológica que atingiu reconhecimento clínico e científico definitivo recentemente (GIAMBERARDINO, 2008). É uma condição que suscita grande interesse no seio da comunidade médica. Embora seja cada vez mais elevado o número de publicações de estudos científicos, ainda continua a constituir um conceito controverso, à procura de consensos (DOMINGUES; BRANCO, 2008).

A Circular Informativa n.º 45/DGCG (PORTUGAL, 2005, p.1) define fibromialgia como uma “Doença Reumática de causa desconhecida e natureza funcional, que origina dores generalizadas nos tecidos moles, sejam músculos, ligamentos ou tendões, mas não afeta as articulações ou os ossos”.

Embora a designação FM seja recente, segundo Wilke (2009) a doença tem estado conosco desde sempre, a palavra reumatologia pode ter a sua origem na fibromialgia. Lagier (2001, cit. por WILKE, 2009, p.346) refere que Galeno (cerca de 180 a.C.) “culpou os sintomas da dor difusa pela *“Rheuma”*, sendo estes interpretados como uma grande variação que corre [do centro?] para várias partes do corpo e, vai de um lado para o outro”.

No século XVIII, médicos europeus já diferenciavam o "reumatismo articular" de dores nos tecidos moles, que foi chamado na época de "reumatismo muscular". Em 1904, Gowers denominou estas alterações como sendo “fibrosites”, enfatizando o desenvolvimento de sensibilidade em determinados pontos e observando que não havia inflamação local ou alterações sistémicas. Moldofsky, em 1975, demonstrou anormalidades na fase IV do sono NREM, possivelmente relacionada com os sintomas da dor muscular observada em doentes fibromiálgicos (ORTIZ, 2010).

Ortiz (2010) salienta que “nos anos 80, Yunus, através de estudos randomizados, defendeu o termo Fibromialgia, que havia sido proposto anteriormente por P. Hench (1976), e elaborou os critérios que auxiliaram no diagnóstico, os quais foram baseados em estudos envolvendo doentes”.

Em 1990, foram finalmente publicados os Critérios Classificativos da Fibromialgia, pelo *American College of Rheumatology* (ACR), que resultaram de um estudo multicêntrico liderado por Wolfe et al. (1990). A Fibromialgia foi classificada como uma doença multissistêmica, com a presença de dor generalizada durante pelo menos três meses em 11 dos 18 *Tender Points* definidos, sendo estes caracterizados por desconforto doloroso no local após uma dígito pressão com intensidade de força equivalente a 4kg/cm^2 (DOMINGUES; BRANCO, 2008).

Em Maio de 2010 surgiram novos Critérios Preliminares de Diagnóstico para a Fibromialgia e a medição da severidade dos sintomas publicados pelo ACR (WOLFE et al., 2010).

Wolfe et al. (2010) basearam-se num estudo multicêntrico de doentes com diagnóstico de fibromialgia e um grupo controlo de doentes com doença reumática com disfunções não-inflamatórias e concluíram que o doente preenche os critérios de diagnóstico para a fibromialgia se as três condições seguintes estiverem presentes: o índice de dor generalizada (WPI) for igual ou superior a sete, a escala de severidade dos sintomas (SS) igual ou superior a cinco ou $WPI \geq 3$ e $SS \geq 9$, sintomas presentes a um nível similar pelo menos durante três meses e ausência de outra doença que possa explicar a dor.

O Instituto Nacional de Estatística (PORTUGAL, 2009) documenta que a doença reumática e a dor crónica são problemas referidos por proporções dos residentes próximas de 16%. Os resultados evidenciam que a doença reumática e a dor crónica afetavam bastante mais as mulheres do que os homens – com diferenças de 9,4 e 7,0 pontos percentuais.

Recentemente, numa pesquisa realizada em cinco países europeus (França, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha), para estimar a prevalência da fibromialgia na população em geral, foi aplicado o *London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire* (LFESSQ) a uma amostra representativa da Comunidade com mais de 15 anos de idade. Deste estudo obtiveram-se as primeiras estimativas da prevalência de FM em Portugal que correspondiam a 3.6% da população portuguesa, o que corresponderá a mais de 350 mil portugueses afetados por fibromialgia (BRANCO et al., 2009).

Domingues e Branco (2008, p.11-12) enfatizam que “embora não se conheça a causa exata da fibromialgia, estão hoje identificadas várias alterações que se lhe associam e que podem estar na sua génese. (...) A dor, a fadiga e as perturbações do sono são os principais sintomas”. Ainda não foi identificada nenhuma causa específica para o surgimento da fibromialgia.

Uma tal profusão de queixas não se apresenta em simultâneo no mesmo doente, havendo, por isso, muitos reumatologistas que reconhecem a existência de dois tipos de fibromialgia: a primária e a secundária. Não sendo conhecidas as causas da primária, que pode ser induzida por um acidente traumático, por uma infeção, pelo próprio *stress*, por uma inflamação ou outros fatores, sabe-se que a fibromialgia secundária ocorre quando a condição primária, como o “hipertiroidismo” ou o “lúpus” está na base de uma fibromialgia concomitante que desaparece com o tratamento da condição que lhe deu origem (SAMPAIO, 2010).

A Circular Informativa n.º 45/DGCG (PORTUGAL, 2005, p.1) aporta que “a dor causada pela FM é acompanhada de alterações quantitativas e qualitativas do sono, fadiga, (...) e, em cerca de 1/3 dos casos, depressão”.

Portanto, o estado emocional e psicológico é influenciado e influencia cronicamente o processamento neurofisiológico da dor e as atitudes comportamentais dos doentes, acarretando-lhes prejuízo na qualidade de vida, interferindo na sua produtividade (HEYMANN, 2006).

A Fibromialgia foi apresentada pelo American Academy of Sleep Medicine (2005), como distúrbio do sono associado a outras condições médicas. Mais de 90% dos doentes com fibromialgia referem sono de má qualidade, sendo este descrito como sono fragmentado, não reparador e superficial (MOLDOFSKY et al., 2010).

Os distúrbios do sono em fibromiálgicos podem ter papel não somente na etiologia da dor crónica, mas também na perpetuação dos sintomas. Portanto o estudo das condições do sono nestes doentes é relevante na medida em que possibilita um entendimento das condições fisiopatológicas e permite uma abordagem ampla para o tratamento da fibromialgia (GUI et al., 2010).

Os distúrbios do sono são catalogados como uma das principais causas para a fadiga intensa habitualmente existente nesta doença (MARQUES et al., 2008).

Domingues e Branco (2008) relatam que a fadiga e a debilidade muscular presentes podem ser ligeiras ou graves, chegando a prejudicar, neste último caso, as várias atividades da vida diária. São ainda da opinião de que a fibromialgia pode causar depressão e esta também pode estar na origem da fadiga ou do seu agravamento, admitindo-se, por isso, que, “no subgrupo de doentes com fibromialgia que sofrem de depressão, esta seja secundária ou reativa e não constitua a causa desta doença dolorosa” (DOMINGUES; BRANCO, 2008, p.28).

Berber, Kupek e Berber (2005) desenvolveram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência da depressão em pessoas com FM, bem como estabelecer

relações com a sua qualidade de vida. Verificaram que a prevalência da depressão entre os doentes com fibromialgia era de 32.9% para depressão leve, 21.4% para depressão moderada e 12.9% para depressão severa.

Tendo em consideração os resultados das pesquisas acima enunciadas, constata-se que as alterações psicológicas e comportamentais estão associadas ao desencadeamento da fibromialgia e/ou gravidade dos seus sintomas. Essas alterações fazem com que os doentes apresentem maior sensação de dor e incapacidade funcional, deficitárias relações interpessoais e diminuição da capacidade de realizar atividades diárias além de alterações nos estados emocionais, mais especificamente depressão e ansiedade.

A fibromialgia, por ser uma doença dolorosa crónica, causa um impacto negativo importante na qualidade de vida dos doentes. Aliado a isto, em função da vasta sintomatologia apresentada pelos doentes e da natureza multifatorial da sua patogénese, o seu tratamento requer uma abordagem multidisciplinar e deve incluir mudanças no estilo de vida, tratamento não farmacológico e intervenções farmacológicas objetivando o alívio da dor, melhoria da qualidade do sono e dos distúrbios do humor (BRAZ, 2011).

Moldofsky (2010) defende mesmo ser importante o reconhecimento por parte dos médicos da relação entre sono não reparador e a dor, fadiga e sintomas cognitivos e emocionais vividos por doentes com fibromialgia.

“A sintomatologia variada presente na fibromialgia dificultam o tratamento e justificam a busca por informações que ajudem a esclarecer a fisiopatologia e o quadro geral da doença a fim de melhorar e direcionar o seu tratamento” (GUI et al., 2010, p.176).

Em suma, um doente que vive com fibromialgia, não só experiencia a sensação de dor, mas também se vê forçado a viver com alterações significativas no seu dia-a-dia provocadas pela limitação da sua atividade, por alterações no estado de humor, por uma diminuição da energia e por distúrbios de sono (SAMPAIO, 2008).

3.1 – CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DO SONO DA PESSOA PORTADORA DE FIBROMIALGIA

Nos últimos anos, a fibromialgia tem sido foco de pesquisas em diversas áreas. A busca por uma melhor compreensão dos mecanismos envolvidos na fibromialgia ocorre, principalmente, pela característica crónica e pela gravidade dos sintomas que provoca sofrimento e compromete os diferentes aspetos da vida do indivíduo que apresenta esta doença (SANCHES, 2007).

O sono não retemperador foi referido por 94% dos doentes com FM num estudo realizado por Chaitow (2002), descrevendo-os como doentes com sono não reparador, estando sempre cansados e com dores no corpo.

O sono de má qualidade, segundo Martori (2011), pode levar ao agravamento do quadro algíco apresentado pelos doentes com fibromialgia, pois a queixa mais comum relacionada com o sono destes doentes foi a de sono não reparador, estando presente em 76 a 90% dos doentes com fibromialgia, em comparação com 10 a 30% dos indivíduos não portadores de fibromialgia.

A má qualidade de sono foi também observada em 99% dos voluntários do estudo realizado por Theadom, Cropley e Humphrey (2007), em 101 doentes diagnosticados com fibromialgia e avaliados pelo *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI).

Num estudo realizado com 15 mulheres portadoras de fibromialgia para a avaliação da qualidade do sono nestas, Bressan et al. (2008) verificaram que a maioria das doentes (86.67%) apresentavam sono não reparador, 60% delas tinham interrupções do sono, 40% acordavam cansadas e 20% demoravam a adormecer.

Com a finalidade de identificar o nível de atividade física e a sua relação com a sonolência excessiva diurna e a qualidade de sono, Campos et al. (2011) realizaram um estudo em 15 mulheres com fibromialgia, com idade média de 58 anos. Os resultados evidenciaram que 33.3% das mulheres classificaram-se como inativas e 66.7% minimamente ativas. Observou-se sonolência excessiva diurna em 60% das doentes. Uma má qualidade de sono foi observada em 55.6% das doentes minimamente ativas e em 60% das inativas. O tempo médio para adormecer foi de 34.3 minutos, a eficiência do sono foi 81% e o tempo total de sono foi 5.9 horas. O baixo nível de atividade física parece ser um dos fatores capazes de piorar a qualidade do sono de mulheres com fibromialgia.

Num estudo realizado por Leite, Sales e Oliveira (2009), ao determinar a existência de distúrbios do sono em 23 doentes com fibromialgia, verificou-se que os problemas relacionados com o sono foram quase universais nos casos analisados, onde 52.17% apresentaram sintomas de insónia e 82.6% relataram acordar cansadas. Constatou-se também haver uma redução do tempo de sono (65.2% da amostra), uma menor eficiência e um maior tempo de despertar durante o sono (82.6% com mais de 2 interrupções no sono/noite).

Com o objetivo de investigar a prevalência da Síndrome das Pernas Irrequietas (SPI) na fibromialgia e determinar a presença e a quantidade de distúrbios do sono em fibromiálgicos com SPI, Viola-Saltzman et al. (2010) realizaram um estudo do qual fizeram parte 172 doentes com fibromialgia (média de idades de 50 anos, 93% do sexo feminino) e

63 doentes com fibromialgia mas sem dor ou fadiga - grupo controle - (média de idades de 41 anos, 56% do sexo feminino), apurando-se que a média obtida pelo PSQI foi maior entre os doentes fibromiálgicos que apresentavam SPI e que eles também apresentavam mais sonolência diurna e insónia que o grupo de controlo.

O sono perturbado, não reparador, é, como se descreveu, uma das queixas mais frequentes e consistentes dos doentes com FM. Dauvilliers e Touchon, em 2001, por análise espectral, confirmaram as alterações dominantes do sono de doentes fibromiálgicos, com redução da eficácia, maior número de alertas e de tempo em vigília durante o sono, redução do sono lento profundo, anomalia alfa do sono NREM, complexos K-alfa, num contexto de maior densidade de potência nas bandas de frequência mais elevada e redução nas de menor frequência.

Para avaliar com que frequência ocorriam problemas de sono (qualidade e quantidade) e depressão em doentes portadores de fibromialgia, Belt, Kronholm e Kauppi (2009) realizaram um estudo na Finlândia, do qual fizeram parte 37 doentes com fibromialgia sendo os resultados obtidos comparados com os obtidos numa amostra de 1284 adultos da população geral. Os resultados mostraram que os doentes portadores de FM que dormiram menos horas reportavam mais insónias, apresentavam uma menor satisfação com o sono e uma maior falta de sono profundo e restaurador, quando comparados com a população geral. Estes doentes também relataram significativamente mais casos de depressão e dor. Face aos resultados obtidos, inferiram que os doentes apresentavam mais sintomas relacionados com a insónia do que a população geral e a maior prevalência não era explicada pela depressão ou dor.

Com o intuito de avaliar o impacto da dor na qualidade de vida de indivíduos fibromiálgicos, comparando-os com um grupo de indivíduos saudáveis, Felix et al. (2011) realizaram um estudo, onde participaram 56 mulheres, sendo 28 com diagnóstico de fibromialgia constituindo o grupo teste, e 28 mulheres saudáveis que constituíram o grupo controle. A avaliação pela Escala Numérica de Dor mostrou que as doentes fibromiálgicas tiveram índices mais elevados de dor, piorando a sua qualidade de vida, comparada com a das mulheres saudáveis. As mulheres com fibromialgia apresentaram maior limitação funcional nas atividades quotidianas, maior limitação física relacionada com o trabalho, maior impacto de aspetos psicológicos (ansiedade e depressão) no bem-estar, menor vitalidade, menor integração na sociedade e pior bem-estar psicológico.

O objetivo do estudo realizado por Souza et al. (2011) foi o de avaliar e comparar os efeitos de um programa de hidroterapia sobre a qualidade de vida e a dor das doentes fibromiálgicas. No estudo participaram 10 voluntárias com diagnóstico clínico de fibromialgia,

com idade média de 50.8 anos. As voluntárias foram submetidas a dois questionários para avaliação da sua qualidade de vida (Short-Form 36 – SF-36 e *Fibromyalgia Impact Questionnaire* - FIQ) e para avaliar a dor foi utilizada uma escala e um questionário (EVA e Questionário de Dor de McGill), antes e após a realização do programa de hidroterapia. Os resultados evidenciaram melhoras significativas ($p < 0.05$) da qualidade de vida verificando-se uma melhor capacidade funcional (28% e 46.5%) e um melhor bem-estar (32.4% e 59.9%), antes e após o programa de hidroterapia, respetivamente, e da dor (EVA: 5.8 e 3.4) antes e após o programa de hidroterapia, respetivamente. Com base nos resultados encontrados constatou-se que o programa de hidroterapia proposto foi eficaz na melhoria da dor e da qualidade de vida em geral relatada pelas voluntárias fibromiálgicas.

4 – MÉTODOS

O quarto capítulo desta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procuramos definir as estratégias para estudarmos o problema da qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia na área de influência do CHTV, EPE.

Tendo por base o quadro teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos deste modo descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, o instrumento de colheita de dados utilizado e os procedimentos estatísticos realizados.

Domingues e Branco (2008) e Wolfe et al. (2010) referem que 70% a 90% dos doentes com FM apresentam perturbações do sono, estando prejudicadas quer a quantidade quer a qualidade. Classificam-no como um estado de vigília durante o sono, que sendo fragmentado, não é reparador, tornando-se superficial e durante o qual ocorrem despertares em consequência da presença de leves estímulos.

Os investigadores Gui et al. (2010) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre os distúrbios do sono e os sintomas da fibromialgia e a sua importância na avaliação dos fibromiálgicos. Foi realizado um levantamento bibliográfico do período de 1990-2009, tendo a literatura demonstrado uma alta prevalência de distúrbios do sono em doentes portadores de fibromialgia e uma relevante relação entre as anormalidades no padrão do sono e o sintoma da dor crónica. Deste modo, as intervenções destinadas a melhorar a qualidade do sono podem ajudar a melhorar a saúde e qualidade de vida dos doentes com fibromialgia sendo relevante a avaliação do sono e novas pesquisas na procura de tratamento adequado aos distúrbios do sono nestes doentes.

Também Martin et al. (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o impacto da fibromialgia no sono e de testar a validade do conteúdo de duas escalas do sono. Nesse estudo participaram 20 indivíduos, dos quais 16 eram do sexo feminino com uma idade média de 50 anos. Os participantes relataram de forma consistente que a FM tinha um impacto debilitante nas suas vidas e no seu sono, particularmente ao adormecer e em manterem o sono. Aqueles que tinham problemas em adormecer relataram, ainda, que a dor da FM tornava difícil o encontrar de uma posição confortável para adormecer, o que levava a que fosse necessário mudar várias vezes de posição ao longo da noite, numa

tentativa de encontrar uma posição sem dor. Este estudo demonstrou o impacto significativo que a fibromialgia tem sobre a qualidade do sono na vida dos doentes.

Estudos mostram também que os distúrbios do sono, por si só, produzem um aumento da dor e da rigidez, particularmente em condições músculo-esqueléticas dolorosas. Estes podem favorecer manifestações fibromiálgicas em indivíduos predispostos sob o ponto de vista genético ou neuro endócrino (THOMAS; MISSOUNGA; BLOTMAN, 2006).

Os estudos acima referenciados convergem todos para uma mesma necessidade, a de abordar o estudo da qualidade do sono, tema ainda pouco desenvolvido no contexto português. Resulta daqui, consubstanciada na nossa experiência e inquietações pessoais, a nossa motivação para abordar este estudo.

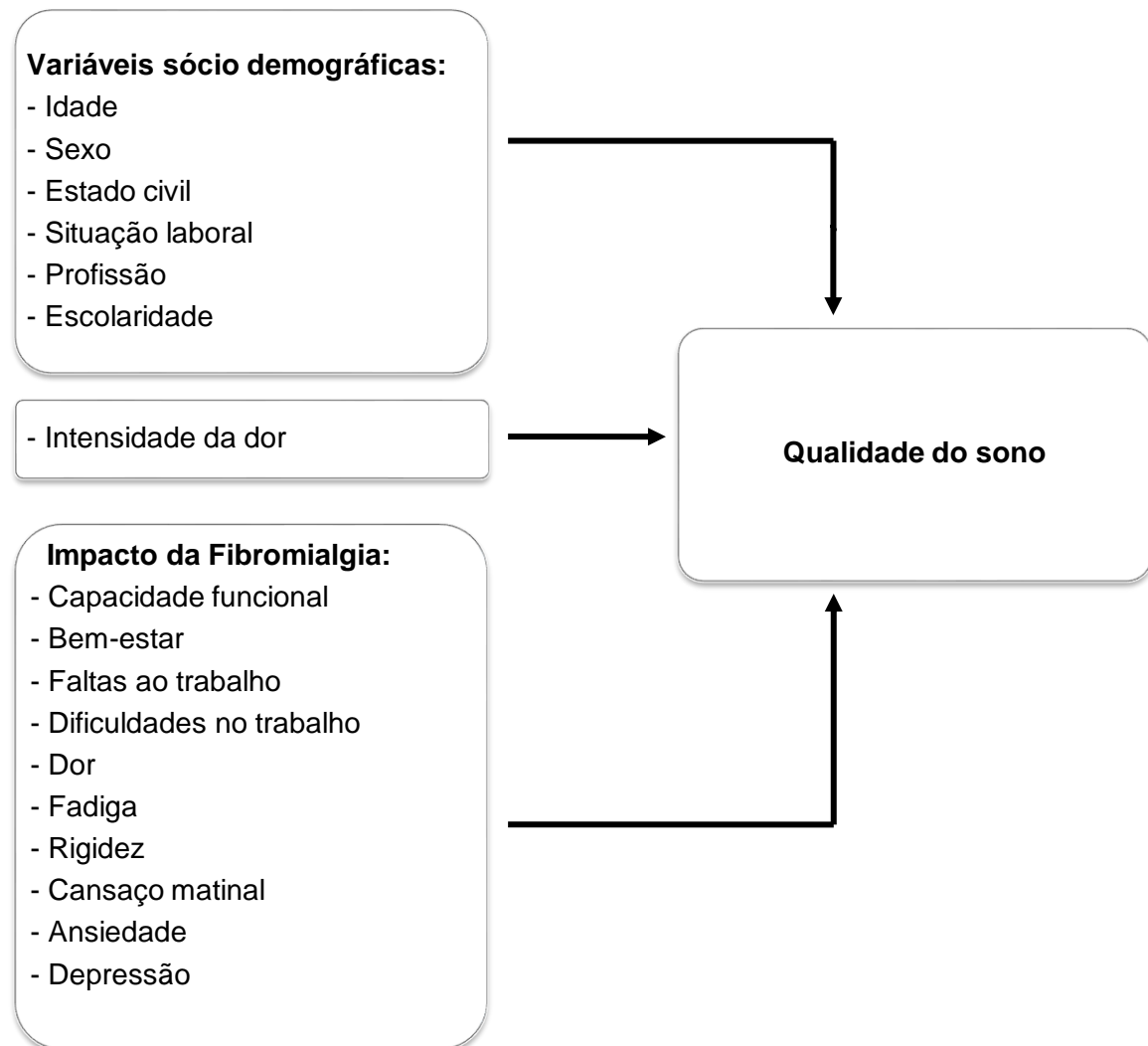
É reconhecido o impacto que a qualidade do sono pode ter no quotidiano da população portadora de fibromialgia. Poderão ser muitas as causas que originam uma degradação da qualidade do sono destes indivíduos. Estas causas poderão ter a sua génese em fatores sócio demográficos, dor ou outros.

Neste sentido delineámos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, nomeadamente:

- Avaliar a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia;
- Explicar em que medida a qualidade do sono é influenciada pelas condições sócio demográficas, a dor e impacto da fibromialgia.

Para dar resposta aos objetivos formulados, apresentamos o esquema conceptual que procura estabelecer a relação entre as variáveis.

Figura 1 – Modelo conceptual da relação entre variáveis.



O desenho da nossa investigação enquadra-se no tipo de estudo observacional, transversal, numa lógica de análise descritivo-correlacional, com o qual se procura estudar o modo como as variáveis sócio demográficas, a dor e o impacto da fibromialgia afetam o sono da pessoa portadora de fibromialgia.

4.1 – PARTICIPANTES

A amostra deste estudo é não probabilística, por conveniência e constituída por 77 pessoas portadoras de fibromialgia, que são acompanhadas na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE, com idades superiores a 18 anos, que recorreram a estas consultas entre os dias 01 de Fevereiro e 31 de Março de 2011.

Para a escolha da amostra foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

- Possuir diagnóstico de Fibromialgia e estar inscrito na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE;
- Ter mais de 18 anos;
- Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento, depois de devidamente informados sobre o assunto.

4.1.1 – Caracterização sócio demográfica da pessoa portadora de fibromialgia

Idade e sexo

As estatísticas relacionadas com a idade indicam para a totalidade da amostra um mínimo de 30 anos e um máximo de 78 anos, sendo a média das idades de 49.39 anos ($Dp= 10.44$ anos). O intervalo de confiança a 95% situa a idade média entre os 47.02 anos e os 51.76 anos. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas normocúrticas ($K= 1.875$) e não enviesadas ($SK= 0.393$) e o coeficiente de variação sugere uma dispersão moderada ($CV= 21.13\%$) em função do valor médio.

Apenas um participante é do sexo masculino, pelo que analisando as estatísticas para o sexo feminino, encontramos uma idade média de 49.01 anos e desvio padrão de 9.97 anos sendo os valores mínimos e máximos de 30 e 78 anos respetivamente.

Atendendo a que a amplitude da variação é bastante elevada, pois situa-se nos 48 anos, para uma melhor interpretação dos resultados procedemos ao seu agrupamento em duas classes, pelo que se considerou os inquiridos com idade inferior ou igual a 49 anos e superior ou igual a 50 anos. Pelos resultados apresentados na tabela 1, observamos que mais de metade da amostra (53.2%) possui uma idade inferior a 50 anos.

Estado civil

Na tabela 1 faz-se alusão ao estado civil dos constituintes da amostra. Podemos constatar que a quase totalidade dos inquiridos (90.9%) são casados, representando estes 97.2% dos inquiridos com idade igual ou superior a 50 anos. Curiosamente os participantes solteiros, divorciados ou viúvos encontram-se na quase totalidade entre os inquiridos mais novos.

Para posterior análise estatística, procedemos à recodificação desta variável aglutinando-a em dois grupos. Por um lado, figuram os solteiros/viúvos/divorciados por

possuírem uma situação algo semelhante e, por outro, os casados ou a viverem em união de facto. Os valores percentuais não diferem dos apresentados anteriormente.

Situação laboral

Os resultados relativos à situação laboral indicam que mais de metade dos participantes (57.1%) se encontram empregados, estando nesta situação cerca de 8 em cada 10, dos doentes com idade inferior a 50 anos. Em situação de reforma surgem 22.1% e a maior percentagem (44.4%) como seria de esperar tem idade acima dos 50 anos. O desemprego ocorre em 18.2%, com percentagem mais elevada (22.2%) para o grupo que possui 50 ou mais anos. Os resíduos ajustados indicam a existência de diferenças entre os que se encontram empregados e com idade inferior a 50 anos e os reformados mas com idade superior à referida (cf. tabela 1). Também para tratamento estatístico posterior, efetuamos a recodificação desta variável considerando um primeiro grupo constituído pelos empregados e em situação de baixa médica, já que estes na nossa perspetiva se encontram numa situação de emprego, e um segundo grupo que engloba os reformados e desempregados. Dos resultados obtidos verificamos que cerca de 6 em cada 10 dos inquiridos é empregado e a maior percentagem como havíamos mencionado tem idade inferior a 50 anos. Os reformados/desempregados figuram em 40.3% e de, igual modo, a maior percentagem (66.7%) tem idade superior a 50 anos. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($\chi^2= 19.602$; $p= 0.000$), situando-se as mesmas nos grupos acima relatados.

Profissão

No estudo da profissão utilizámos a classificação constante na tabela nacional de profissões (PORTUGAL, 2001). Constatamos que a maioria dos inquiridos é trabalhador não qualificado (51.9%), sendo que, destes, 69.4% possuem uma idade superior ou igual a 50 anos. É também de salientar os 16.9% da amostra que exerce a atividade classificada como especialistas das profissões intelectuais e científicas, denotando-se aqui um maior valor percentual (19.5%) entre os inquiridos com idade inferior ou igual a 49 anos.

Escolaridade

No que respeita à escolaridade, com igual percentagem (26.0%) surgem os inquiridos que possuem como escolaridade o primeiro ciclo do ensino básico e o ensino superior. Enquanto nos que possuem o primeiro ciclo do ensino básico o maior percentual

(38.9%) recai nos de maior idade, com diferenças significativas, conforme resultado do valor residual, para os do ensino superior observa-se o oposto. Com o segundo e terceiro ciclo encontramos 29.9% dos participantes, sendo que valores percentuais similares são encontrados nos dois grupos.

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica dos participantes em função do grupo etário

Variáveis	Grupo etário		<= 49 anos		>= 50 anos		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
	(41)	(53.2)	(36)	(46.8)	(77)	(100.0)				
Estado Civil										
Casado	35	85.4	35	97.2	70	90.9	-1.8	1.8		
Solteiro	2	4.9	1	2.8	3	3.9	Não aplicável			
Divorciado	3	7.3	-	0.0	3	3.9	Não aplicável			
Viúvo	1	1.3	-	0.0	1	1.3	Não aplicável			
Estado civil (recodificado)										
Casado	35	85.4	35	97.2	70	90.9	-1.8	1.8		
Solteiro/viúvo/divorciado	6	14.6	1	2.8	7	9.1	Não aplicável			
Situação Laboral										
Empregado	32	78.0	12	33.3	44	57.1	4.0	-4.0		
Desempregado	6	14.6	8	22.2	14	18.2	-0.9	0.9		
Baixa Médica	2	4.9	-	0.0	2	2.6	Não aplicável			
Reformado	1	2.4	16	44.4	17	22.1	-4.4	4.0		
Situação Laboral (recod)										
Empregado/baixa médica	34	82.9	12	33.3	46	59.7	4.4	-4.4		
Reformado/desempregado	7	17.1	24	66.7	31	40.3	-4.4	4.4		
Profissão										
Quadros Superiores	4	9.8	1	2.8	5	6.5	Não aplicável			
Espec. Prof. Intelectuais	8	19.5	5	13.9	13	16.9	0.7	-0.7		
Técnicos e Prof. intermédio	5	12.2	-	0.0	5	6.5	Não aplicável			
Pessoal admin. e similar	1	2.4	1	2.4	2	2.6	Não aplicável			
Pessoal de serviços/ vend.	5	12.2	3	8.3	8	10.4	0.6	-0.6		
Agricultores e pesca	-	0.0	1	2.8	1	1.3	Não aplicável			
Operários artífices/ similar.	3	7.3	-	0.0	3	3.9	Não aplicável			
Trab. não qualificados	15	36.6	25	69.4	40	51.9	-2.9	2.9		
Escolaridade										
Sabe ler e escrever	-	0.0	-	0.0	-	0.0				
1º Ciclo (ensino básico)	6	14.6	14	38.9	20	26.0	-2.4	2.4		
2º Ciclo (ensino básico)	7	17.1	5	13.9	12	15.6	0.4	-0.4		
3º Ciclo (ensino básico)	7	17.1	4	11.1	11	14.3	0.7	-0.7		
Ensino secundário	8	19.5	6	16.7	14	18.2	0.3	-0.3		
Ensino Superior	13	31.7	7	19.4	20	26.0	1.2	-1.2		

Em síntese: A amostra é constituída por **77 pessoas** portadoras de Fibromialgia. O perfil médio revela doentes do **sexo feminino (98.7%)**, com **idade média de 49 anos, casadas (90.9%), empregadas ou de baixa médica (59.7%), trabalhadoras não qualificadas (51.9%) e com prevalência do ensino básico (1º ciclo) e do ensino superior (26%)**.

4.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

No processo de análise estatística, o investigador depara-se sempre com “algo” que precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação. Este “algo” designa-se por variável. Assim, o objeto do estudo estatístico são as variáveis e a informação que estas podem fornecer (MAROCO, 2010, p.23).

A necessidade de analisar constructos como a qualidade do sono, a dor, entre outros, implica a sua definição como variáveis e a respetiva operacionalização a partir de definições conceptuais, no sentido de permitir a atribuição de valores, uma vez que por definição a variação e atribuição de valores são propriedades inerentes a qualquer variável (FORTIN, 2009, p.579).

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, foi necessário procedermos à elaboração do instrumento de medida que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar.

Para a seleção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objetivos do estudo que pretendemos realizar bem como as características da nossa amostra. Desta forma, o instrumento por nós selecionado integra um questionário sócio demográfico e clínico e três escalas: a Escala Visual Analógica da dor (EVA), o Índice da Qualidade de Sono de *Pittsburgh* (PSQI) e o Questionário do Impacto da Fibromialgia – Versão Portuguesa (FIQ-P) (cf. Anexo I).

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige que os participantes deem respostas escritas a um conjunto de questões. Este “tem por objetivo recolher informações factuais acerca de acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (NORWOOD 2000 cit. por FORTIN, 2009, p. 380). Este tipo de instrumento permite obter dados junto de um grande número de pessoas. É de natureza impessoal e anónimo, o que tranquiliza os participantes levando-os a exprimir livremente as suas opiniões (FORTIN, 2009).

A ordem pela qual o questionário e as escalas se apresentam obedece à seguinte disposição: os dados sócio demográficos do entrevistado, variável clínica dor, Escala Visual

Analgógica da dor (EVA), Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e o Questionário do Impacto da Fibromialgia (FIQ).

Escala Visual Analógica

A EVA é uma escala validada internacionalmente, utilizada para mensuração da intensidade da dor, que consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo (PORTUGAL, 2003, p.2).

Este instrumento tem sido considerado sensível, simples, reproduzível e universal, isto é, pode ser compreendido em distintas situações onde há diferenças culturais ou de linguagem do avaliador, clínico ou examinador (AZEVEDO, 2010).

“Na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso na maioria dos serviços prestadores de cuidados de saúde, o registo da intensidade da Dor” é classificado da seguinte maneira: “Sem Dor” = 0; “Dor Ligeira” = 1 a 2; “Dor Moderada” = 3 a 5; “Dor Intensa” = 6 a 8; “Dor Máxima” = 9 a 10 (PORTUGAL, 2003, p. 3).

Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh*

Em 1988, J. Buysse e colaboradores construíram o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh no intuito de disporem de um instrumento que avaliasse a qualidade de sono de um sujeito no intervalo de um mês e que pudesse ser utilizado em ensaios clínicos (BUELACASAL; SANCHEZ, 2002). Imediatamente, este instrumento foi amplamente utilizado e adotado em inúmeros trabalhos de investigação.

O Índice da qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI) consta de 19 perguntas autoaplicadas e de cinco perguntas avaliadas por um casal, se estes estiverem disponíveis, o que não foi o caso no nosso estudo, pois o doente atendia às consultas normalmente sozinho, sem acompanhante. Estas questões sobre o casal são utilizadas como informação clínica, mas não contribuem para a pontuação total do PSQI. Os 19 itens analisam os diferentes fatores da qualidade de sono que se agrupam para formar sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono,

alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna (BUELA-CASAL; SANCHEZ, 2002).

A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação que oscila entre 0 a 3 pontos. Uma pontuação de 0 pontos indica que não existe dificuldade, enquanto uma pontuação de 3 indica uma severa dificuldade. Os sete componentes somam-se para obter uma pontuação global, que oscila entre zero (0) (não existe dificuldades) e vinte e um (21) (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). O autor da escala propõe um ponto de corte de 5. Para índices iguais ou superiores a cinco encontram-se os sujeitos com pouca qualidade de sono (BUELA-CASAL; SANCHEZ, 2002).

Como instrumento autoadministrado, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh oferece uma medida “standardizada” e quantitativa da qualidade de sono que rapidamente identifica quem tem ou não problemas de sono, mas não proporciona um diagnóstico, embora oriente para áreas do sono mais deterioradas.

Componente 1 - Qualidade subjetiva do sono

Ao examinar a pergunta n.º 6 do PSQI, obtém-se uma pontuação que, de acordo com o que o inquirido responder será:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Boa	1
Má	2
Muito má	3

Componente 2 - Latência do sono

A pergunta 2 do mesmo índice refere-se ao tempo que o inquirido demora a adormecer que nos indicará uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
< 15 minutos	0
16 – 30 minutos	1
31 – 60 minutos	2
> 60 minutos	3

A pontuação obtida na questão n.º 5 a) indica-nos a quantidade de vezes que os inquiridos não conseguiram adormecer nos 30 minutos após se terem deitado e à qual corresponde a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

A latência do sono resulta do somatório destas 2 questões que irá corresponder a uma nova pontuação:

Resposta	Pontuação
0	0
1 - 2	1
3 - 4	2
5 - 6	3

Componente 3 - Duração do sono

A duração do sono obtém-se através da pergunta n.º 4 à qual é atribuída a pontuação seguinte:

Resposta	Pontuação
> 7 horas	0
6 – 7 horas	1
5 – 6 horas	2
< 5 horas	3

Componente 4 - Eficiência habitual do sono

Para se obter a eficiência habitual do sono são necessários três parâmetros:

- A quantidade de horas efetivamente dormidas, descritas na questão n.º 4;
- As horas de levantar das pessoas, obtidas com a pergunta n.º 3;
- As horas a que normalmente vão para a cama, que se obtém com a questão n.º 1.

Para o cálculo final da eficiência habitual do sono utiliza-se a seguinte fórmula:

$$(\text{N}^\circ \text{ de horas dormidas} / \text{N}^\circ \text{ de horas permanecidas na cama}) * 100$$

De acordo com a percentagem obtida corresponderá a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
> 85%	0
75 – 84%	1
65 – 74%	2
< 65%	3

Componente 5 - Perturbações do sono

As perturbações do sono resultam do somatório das questões n.º 5 b) até à n.º 5 j). Os problemas colocados com estas questões são: acordar a meio da noite ou de madrugada; levantar para ir à casa de banho; não conseguir respirar adequadamente; tossir ou ressonar; ter sensação de frio; ter sensação de calor; ter pesadelos; ter dores; e por fim, outras razões que os próprios, podiam identificar. Para cada um dos problemas o inquirido quantifica de acordo com o seguinte critério:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

O somatório total que oscila entre 0 e 27 pontos será classificado em:

Somatório (5 b a 5 j)	Pontuação
0	0
1 – 9	1
10 – 18	2
19 – 27	3

Componente 6 - Uso de medicação hipnótica

A pergunta n.º 7 indica o número de vezes a que se recorre à medicação hipnótica e à qual corresponderá uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

Componente 7 - Disfunção diurna

A disfunção diurna obtém-se com o somatório das questões n.º 8 e n.º 9. A questão n.º 8 quantifica as dificuldades em se manterem acordados nas atividades sendo atribuída a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

Com a questão n.º 9 obtém-se a quantidade de vezes em que houve dificuldade em se manter o entusiasmo nas atividades e a pontuação atribuída é:

Resposta	Pontuação
Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo	0
Indisposição e falta de entusiasmo pequenas	1
Indisposição e falta de entusiasmo moderadas	2
Muita indisposição e falta de entusiasmo	3

Do somatório destes dois parâmetros, que oscila entre zero (0) e seis (6), resultará a seguinte classificação:

Soma das questões 8 e 9	Pontuação
0	0
1 - 2	1
3 - 4	2
5 - 6	3

O **Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh** resulta do somatório dos 7 componentes e de acordo com a pontuação obtida os inquiridos serão classificados conforme se segue:

<p>< 5 – Boa qualidade de sono ≥ 5 – Má qualidade de sono</p>

Caracterização psicométrica do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

O PSQI foi traduzido, adaptado e validado por Alessandra Bertolazi, em 2008, para português do Brasil. O pedido de autorização para a tradução e adaptação da versão Brasileira para a língua Portuguesa e aplicação do respetivo Índice tornou-se infrutífero.

Foram efetuadas algumas tentativas de contacto, sem que as mesmas tivessem tido resultado positivo.

Tendo o referido Índice sido publicado no livro “Transtronos del sueño” (BUELA-CASAL; SANCHEZ, 2002), devidamente traduzido e adaptado para a língua espanhola por Royuela y Macías em 1997, e dada a proximidade da língua, tentamos recorrer aos autores da tradução para a língua Espanhola. Tendo sido igualmente infrutífera a tentativa de contacto com estes autores, não restou outra alternativa que não fosse a de contactar os autores da publicação acima referida para obter as autorizações necessárias para utilizar, traduzir e adaptar o Índice à língua Portuguesa.

Após termos obtido as devidas autorizações (cf. Apêndice I), procedemos à tradução da versão espanhola do questionário para português, tendo o cuidado de seguir os mesmos passos descritos no Índice precedente.

Outro aspeto que se nos deparou, na utilização deste Índice, esteve relacionado com a estrutura fatorial do PSQI. Nos diversos trabalhos que pudemos consultar, nos quais era abordado o tema da qualidade do sono e em que o Índice foi utilizado, constatamos que em todos eles foi mantida a estrutura original, ou seja, 19 questões que, por sua vez, davam origem a 7 componentes mensuráveis. Perante esta realidade, optamos por manter esta estrutura e efetuar o estudo de fiabilidade das 7 componentes.

Na investigação original de Buysse (1989) administrou-se o questionário a 148 pessoas, divididas em 3 grupos: o primeiro formado por 52 indivíduos “bons dormidores”; o segundo constava de 34 doentes com diagnóstico de depressão maior; o terceiro era formado por 45 doentes diagnosticados com Distúrbio do Início e Manutenção do Sono (DIMS) e 17 com diagnóstico de Distúrbio de Sonolência Excessiva (DSE). A fiabilidade medida como consistência interna – alfa de Cronbach – ($\alpha = 0.83$), foi elevada tanto para os 19 itens como para os 7 componentes, as pontuações dos itens, dos componentes e a global mantiveram-se estáveis ao longo do tempo - teste-reteste.

Durante a referida investigação os dados de validade preditiva mostraram os seguintes resultados: para um ponto de corte de 5 (≥ 5 maus dormidores) a sensibilidade era de 89.6% e a especificidade de 86.5%. A taxa de mal classificados foi de 11.5% para o conjunto da amostra, de 15.6% para o grupo de doentes com DIMS, 12% dos doentes com DSE e 3% dos doentes com depressão maior.

Os resultados de fiabilidade bem como as estatísticas nomeadamente médias e desvios padrão e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global, são apresentados no quadro 1. Em relação aos valores médios, poderemos dizer que se encontram bem centrados, pois numa escala de 1 a 3 oscilam entre 1.753 na disfunção

diurna e 2.155 na qualidade subjetiva do sono, valores que por si só já são indiciadores de má qualidade de sono subjetivamente avaliado.

No que se refere aos valores de alfa de Cronbach podemos classificá-los de razoáveis já que o menor é encontrado na disfunção diurna com ($\alpha = 0.686$) e o maior ($\alpha = 0.752$) na latência do sono com um índice de alfa para a qualidade de sono global de ($\alpha = 0.744$).

Quanto aos coeficientes de correlação item total corrigido parece existir grande discrepância entre si, dado que o valor da menor correlação ($r = 0.183$) é obtido na latência do sono e o valor correlacional máximo ($r = 0.695$) no uso de medicação para dormir.

Por sua vez, o coeficiente de bipartição também conhecido pelo método de *split-half*, ou método das metades, apresenta valores mais elevados do que o alfa para a globalidade da escala para a primeira metade ($\alpha = 0.773$), mas muito mais baixos para a segunda de ($\alpha = 0.437$) (cf. Quadro 1). No estudo de Royuela y Macías (1997) a fiabilidade expressada como consistência interna foi elevada (alfa de Cronbach de 0.81).

Quadro 1 - Consistência Interna do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh

Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
Qualidade subjetiva do sono	2.155	0.762	0.611	0.718
Duração do sono	2.168	1.068	0.635	0.702
Uso de medicação hipnótica	1.779	1.059	0.695	0.695
Disfunção diurna	1.753	1.319	0.670	0.686
Eficiência habitual do sono	2.389	0.490	0.362	0.744
Perturbações do sono	2.402	1.172	0.462	0.720
Latência do sono	1.922	0.774	0.183	0.752
Qualidade de sono	14.571	4.143	1.000	0.705
Coeficiente <i>Split-half</i>			Primeira metade = 0.773	
			Segunda metade = 0.437	
Coeficiente alpha Cronbach global			0.744	

Como nota final ao estudo de consistência interna, apresenta-se no Quadro 2 uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e o índice global. Notamos que as correlações entre as sete subescalas e a qualidade de sono (valor global) se correlacionam positiva e significativamente com valores entre ($r = 0.413$) na perturbação do sono e ($r = 0.758$) na duração do sono. Entre as sete subescalas os valores correlacionais são todos positivos oscilando entre o ínfimo ($r = 0.007$) na disfunção diurna vs. eficiência do sono e o razoável ($r = 0.686$) na eficiência do sono vs. duração sono. Estes resultados permitem-nos

inferir que o aumento ou diminuição numa das subescalas se encontra associado a aumentos ou diminuições nas restantes subescalas.

Quadro 2 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o Índice da Qualidade de Sono

Subescalas	Qualidade subj. sono	Latência sono	Duração do sono	Eficiência sono	Perturbações sono	Uso de medicação	Disfunção diurna
Latência do sono	0.500***	--					
Duração do sono	0.402***	0.475***	--				
Eficiência habitual sono	0.327**	0.431***	0.686***	--			
Perturbações do sono	0.363**	0.074ns	0.218ns	0.232*	--		
Uso de medicação	0.326**	0.239*	0.210ns	0.210ns	0.227*	--	
Disfunção diurna	0.065ns	0.127ns	0.011ns	0.007ns	0.081ns	0.093ns	--
Qualidade de sono (global)	0.667***	0.709***	0.758***	0.753***	0.413***	0.569***	0.273*

n.s. $p > 0.05$ * $p < 0.05$ *** $p < 0.001$

Questionário do Impacto da Fibromialgia – Versão Portuguesa

Burckhart, Clark e Bennett (1991) desenvolveram um instrumento de medida que foi traduzido e validado para a população portuguesa por Rosado et al. (2006). Trata-se de um instrumento que foi desenvolvido para medir o estado de saúde e a capacidade funcional dos doentes com FM e para avaliar a sua progressão clínica e os resultados terapêuticos. Contém 20 questões agrupadas em 10 itens. O primeiro item contém 11 subitens e centra-se na capacidade da pessoa portadora de fibromialgia em executar as tarefas diárias (cozinhar, limpar, andar, mobilidade, entre outras). As respostas estão distribuídas numa escala tipo *Likert* de 0 (capaz de fazer sempre) a 3 (incapaz de fazer). Os 11 subitens são somados e divididos pelo número de resultados obtidos, para se obter o resultado da capacidade funcional. Os dois itens seguintes pedem à pessoa portadora de fibromialgia para assinalar o número de dias, na semana anterior, em que se sentiu bem e em que faltou ao trabalho. Os últimos sete itens – a capacidade de trabalho, a dor, a fadiga, o cansaço matinal, a rigidez, a ansiedade e a depressão – são medidos através de uma escala visual analógica de 0 a 10 (dez centímetros), com 10 indicando a incapacidade máxima.

As regras de cotação para atribuição do valor final são claras e algoritmicamente fáceis.

O item 1 tem 11 perguntas sendo a cotação máxima de 33, com valor médio de 3. Como a pessoa pode não responder a algumas perguntas, obtém o valor médio tendo em conta as perguntas respondidas. O resultado final deverá ser multiplicado por um fator de normalização de 3.33.

O item 2 está cotado inversamente, de modo a que 7 corresponda a 0. O resultado final deverá ser multiplicado por um fator de normalização de 1.43.

O item 3 está cotado diretamente de modo a que o 7 corresponda a 7. O resultado final deverá ser multiplicado por um fator de normalização de 1.43.

Os itens de 4 a 10 variam entre 0 e 10 e atribui-se mais 0.5 quando a pessoa seleciona entre duas marcas. Não têm valores de normalização.

Os valores do FIQ variam de 0 a 100, com 100 a indicar o impacto máximo da fibromialgia. Rosado et al. (2006) consideraram a existência de três grupos de corte para o valor global: sem impacto ou impacto pouco severo até 50, impacto moderado ou moderadamente severo de 50 a 70 e impacto severo ou muito severo superior a 70.

Num estudo realizado por Rosado et al. (2006), após o processo de tradução – retroversão, foi administrado a 68 doentes com fibromialgia o FIQ-P, em conjunto com uma declaração de consentimento informado, o *Health Assessment Questionnaire* – versão portuguesa (HAQ-P), e uma grelha para caracterização sócio demográfica e da duração dos sintomas. A validade de conteúdo obteve-se pela consulta a um painel de peritos. A validade simultânea verificou-se através da correlação dos resultados obtidos pelo preenchimento do item de capacidade funcional do FIQ-P e do HAQ-P. A consistência interna, através da qual se verificou a homogeneidade do instrumento, realizou-se através do coeficiente α de Cronbach. A validade de conteúdo apresentou um elevado nível de consenso. A consistência interna apresentou um valor $\alpha = 0.814$.

Rosado et al. (2006) salientam que o FIQ-P possui um elevado nível de consenso, no que respeita à validade de conteúdo, respeita a homogeneidade na avaliação da fiabilidade e apresenta uma correlação estatisticamente significativa, em relação à comparação com o instrumento padrão, na amostra estudada. Este instrumento de medida está disponível para ser utilizado na prática clínica.

Com os resultados obtidos pela aplicação do instrumento FIQ-P, esta escala é um instrumento de medida que se encontra adaptado e validado para a realidade portuguesa, podendo ser utilizado pelos profissionais de saúde na sua prática clínica, para a avaliação de indivíduos com fibromialgia, facilitando a aquisição do perfil individual de cada doente, definindo qual o impacto da fibromialgia sobre este, permitindo planear a estratégia de intervenção adequada a cada um (ROSADO et al., 2006, p.163).

Rosado et al. (2006) e o ACR referem que o FIQ foi traduzido em várias línguas, incluindo versões publicadas em Sueco, Turco, Francês, Alemão, Coreano, Italiano e Espanhol, entre outras, mantendo as suas características métricas.

Caracterização psicométrica do Questionário do Impacto da Fibromialgia – Versão Portuguesa

Efetuámos a avaliação das propriedades psicométricas, nomeadamente ao estudo da fiabilidade, no intuito de avaliar a consistência interna ou homogeneidade dos itens, através da determinação do coeficiente alfa de Cronbach para a amostra em questão. Este indicador permite estimar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma escala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de boa (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p.526).

Determinámos ainda o coeficiente de bipartição ou método das metades (*split-half*). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade.

Detendo-nos nos resultados da fiabilidade, o Quadro 3 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios-padrão) e, como verificamos, os valores médios para os primeiros 11 itens da escala, que possuem 4 opções de resposta, variam entre 0.753 no item 10 “deslocar-se no próprio carro ou em transporte público”, sendo este item o mais problemático, e os 2.077 no item 11 “subir as escadas”.

Os itens 12 e 13, com sete opções de resposta, apresentam valores médios ligeiramente acima de 2, o que nos indica não estarem bem centrados, e os restantes 6 itens, com 10 opções de resposta, revelam índices médios bem centrados pois possuem valores acima de 6.70 no item 20 “não me senti deprimida” e 8.58 no item 17 “como se sentiu quando se levantava de manhã”.

Ao calcularmos os valores de alfa de Cronbach notamos que variam dentro dos intervalos considerados razoáveis, pois situam-se para o alfa sem item entre 0.712 no item 14 e 0.800 no item 12. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 4, 7, 8, 11 e 13 são os que apresentam menor valor correlacional podendo não se revelarem, por tal facto, homogéneos face a outros itens.

No que se refere à proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores, que é designada por comunalidade, pode classificar-se de razoável já que oscila entre os 22.0% no item 11 e 98.1% no item 20 (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p.490-492).

Relativamente ao coeficiente de bipartição ou índice de fiabilidade de *split-half*, que como referimos se obtém dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a

outra, apesar de este indicador ter tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos, uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens, notamos que os valores de alfa de Cronbach na segunda metade acompanha a tendência dos restantes itens ao apresentar um valor de alfa de 0.763 e na primeira metade registou-se um ligeiro acréscimo (0.829) face ao valor global da escala (0.754) (cf. Quadro 3), o que nos permite afirmar que a consistência dos itens continua a ser boa tanto para a primeira como para a segunda metades.

Quadro 3 – Consistência interna da FIQ

Nº Item	Itens	Média	Dp	R/item	R ²	Alpha s/item	H ²
1	Ir às compras	1.246	0.948	0.397	0.558	0.744	0.615
2	Tratar da roupa da máquina de lavar/secar	0.870	0.893	0.241	0.514	0.750	0.294
3	Cozinhar	0.896	0.836	0.312	0.621	0.748	0.424
4	Lavar louça à mão	1.285	1.024	0.147	0.473	0.753	0.396
5	Aspirar a casa	1.779	1.121	0.247	0.607	0.749	0.617
6	Fazer as camas	1.116	0.945	0.256	0.660	0.749	0.430
7	Andar vários quarteirões (200 a 500 metros)	1.493	1.165	0.163	0.402	0.753	0.373
8	Visitar a família ou os amigos	1.259	0.937	0.148	0.444	0.753	0.351
9	Tratar das plantas ou praticar o seu passatempo	1.350	0.983	0.254	0.575	0.749	0.543
10	Se deslocar no seu próprio carro ou em transporte público	0.753	0.890	0.330	0.421	0.747	0.441
11	Subir as escadas	2.077	0.885	-0.144	0.441	0.764	0.220
12	Na última semana em quantos dias se sentiu bem	2.558	2.515	-0.244	0.346	0.800	0.955
13	Na última semana quantos dias faltou ao trabalho e/ou não realizou as tarefas domésticas devido à fibromialgia?	2.363	2.554	0.182	0.376	0.761	0.997
14	Nos dias que trabalhou, quanto é que a sua doença – Fibromialgia - interferiu no seu trabalho?	7.454	2.543	0.623	0.683	0.712	0.890
15	Que intensidade teve a sua dor?	7.811	1.976	0.677	0.693	0.713	0.774
16	Que cansaço sentiu?	8.357	1.758	0.692	0.730	0.715	0.757
17	Como se sentiu quando se levantava de manhã?	8.584	1.667	0.663	0.644	0.719	0.620
18	Que rigidez sentiu?	7.746	2.512	0.472	0.571	0.729	0.957
19	Sentiu-se nervosa ou ansiosa?	7.370	2.758	0.548	0.671	0.720	0.919
20	Sentiu-se triste ou deprimida?	6.707	3.074	0.544	0.598	0.721	0.981
Coefficiente <i>Split-half</i>		Primeira metade			0.829		
		Segunda metade			0.763		
Coefficiente alpha Cronbach global					0.754		

Os investigadores Zijlstra et al. (2007) realizaram um estudo clínico aleatório sobre o efeito dos tratamentos de SPA e da venlafaxina na fibromialgia, com o objetivo de validarem

a tradução da FIQ Holandesa. Neste estudo participaram 224 doentes portadores de fibromialgia, dos quais 213 eram mulheres e 11 eram homens, com uma idade média de 47 anos e uma duração média da doença de 11 anos. A consistência interna da FIQ foi estudada usando o α de Cronbach tendo-se obtido um resultado de 0.91, indicando alta consistência interna.

Também Poca-Dias et al. (2006) ao avaliarem a fiabilidade e a validade da versão mais recente do FIQ, traduzido e adaptado para a língua catalã (C-FIQ), aplicaram o questionário a 100 mulheres diagnosticadas com Critérios ACR para a fibromialgia, em 1990, e para analisar a confiabilidade dos resultados os doentes foram solicitados a repetir o teste passados sete dias, algo que foi realizado por 78 doentes. A consistência interna foi medida pelo coeficiente alfa de Cronbach (item válido para o impacto igual ou superior a 25% de participação), tendo-se obtido um valor de 0.85 no primeiro teste e 0.82 no segundo, indicando boa consistência interna.

Perante estes estudos e os resultados por nós obtidos inferimos que a FIQ-P é um instrumento válido para medir o impacto da fibromialgia em portadores com esta patologia, mostrando fiabilidade suficiente, validade de constructo e capacidade de resposta.

Quadro 4 – Consistência Interna das traduções da FIQ

Questionário Impacto Fibromialgia	n	Média de Idades	Alpha
Espanha (FIQ-S)	102	48.7	0.82
Coreia (FIQ-K)	62	47.1	0.80
Itália (FIQ-I)	50	57.4	0.90
Turquia (FIQ-T)	51	-	0.72
Alemanha (FIQ-G)	55	54.3	0.92
Holanda (FIQ)	224	47	0.91
Catalunha (C-FIQ)	100	49	0.85
Portugal (FIQ-P)	68	48.63	0.814

4.3 – PROCEDIMENTOS

Na realização de qualquer investigação, é fundamental não só delinear uma população mas também desenvolver um conjunto de ações, no sentido de alcançar os objetivos inicialmente propostos para o estudo. Assim, todos os procedimentos devem ser efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Foi efetuado, até 31 de Janeiro de 2011, o pedido formal de autorização à realização do estudo ao Conselho de Administração do CHTV, EPE, tendo-se obtido o consentimento para a realização do mesmo (cf. Apêndice II).

Foi ainda solicitado aos serviços da Unidade da Dor, da Consulta de Reumatologia e da Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE, autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de informação, a qual foi obtida em 11/02/2011 (cf. Apêndice II).

O questionário foi aplicado pelos investigadores, em gabinetes gentilmente cedidos para o efeito, de modo a não perturbar a dinâmica das consultas, bem como proporcionar um espaço acolhedor cumprindo os critérios de privacidade, salvaguardando o direito ao anonimato e à confidencialidade.

Foi explicado a todos os participantes os objetivos do nosso trabalho, não esquecendo, em momento algum, de pedir a cada utente, o seu consentimento informado (cf. Apêndice III) para participar no estudo. Entendemos este requisito não só como um preceito legal mas sobretudo como um direito de todas as pessoas.

4.3.1 – Procedimentos estatísticos

A fase do tratamento estatístico decorre desde a colheita dos dados, prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados.

Ao longo desta etapa da investigação iremos recorrer a diversos procedimentos quer de estatística descritiva, no sentido de apresentar e descrever os dados obtidos, quer através da estatística inferencial.

Com a estatística descritiva determinamos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, como médias e medidas dispersão, como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio-padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento (cf. Apêndice IV).

Na análise estatística utilizar-se-ão os seguintes valores de significância (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p.122):

- $p \geq 0.05$ - diferença estatística não significativa (n.s.);
- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa;
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa.

O tratamento dos dados estatísticos será efetuado com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 19.0.

A apresentação dos resultados efetuar-se-á com o recurso de tabelas e quadros, onde se apresentarão os dados mais relevantes.

Por questões de segurança e fiabilidade, sempre que as frequências das respostas forem demasiado baixas (o que pode comprometer a utilização dos testes de significância) efetuar-se-ão os agrupamentos necessários das variáveis em estudo, para obter frequências consideradas aceitáveis.

5 – RESULTADOS

Com vista a facilitar a interpretação e compreensão dos dados colhidos passamos à sua apresentação e análise, que será efetuada “(...) com o objetivo de responder às questões de investigação” como refere Fortin (2009, p.410).

A apresentação e a análise dos resultados estão decompostas em duas partes. Na primeira procedemos a uma análise do tipo descritivo e na segunda é feita uma análise do tipo inferencial, testando a existência de associações entre as diferentes variáveis sócio demográficas, dor, fibromialgia e qualidade do sono.

Na análise descritiva é elaborado um perfil dos indivíduos que participaram no estudo, apresentando um agregado de características que os distinguem de forma inequívoca (FORTIN, 2009).

5.1 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA DOR NA PESSOA PORTADORA DE FIBROMIALGIA

A dor na fibromialgia é geralmente generalizada embora possa começar numa região, como pescoço e ombros, e possa difundir-se ou irradiar-se a outros pontos do corpo. Tal facto também ocorre com os participantes do nosso estudo, pois ao confrontá-los sobre as regiões do corpo onde sentem mais dor, notamos pelos resultados insertos na tabela 2 que a dor generalizada por todo o corpo se manifesta em 76.62% dos inquiridos, mas a dor mais localizada, como membros superiores e membros inferiores, surge em 23.37% e 18.18% respetivamente.

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo a localização da dor

Localização da dor	n	%
Membros superiores	18	23.37
Membros inferiores	14	18.18
Coluna	11	14.28
Cabeça	6	7.79
Corpo	59	76.62

Questionados sobre o modo como se tem manifestado a dor, 63.6% relatam que é continuamente e 23.4% muitas vezes ao dia. Apenas um percentual de 13.0% afirma que a dor se manifesta várias vezes por semana ou várias vezes por mês. Analisando os

resultados em função da idade, é notório pelos valores percentuais apresentados que a dor contínua ocorre particularmente no grupo dos mais velhos (69.4% vs. 58.5%), enquanto a manifestação da dor muitas vezes ao dia se verifica sobretudo nos mais jovens, embora as percentagens encontradas estejam bastante próximas (24.4% vs. 22.2%). O teste de qui quadrado não revela significância estatística ($\chi^2 = 2.870$; $p = 0.238$) entre as variáveis em estudo.

A intensidade da dor foi avaliada através duma questão do questionário em que se procurava saber se a dor tinha aumentado, diminuído ou se se tinha mantido sempre igual ao longo do último mês. Mais de 50% dos inquiridos referiram um aumento de dor e, neste particular, cerca de 6 em cada 10 dos participantes no estudo têm uma idade inferior a 50 anos, contrastando com os 41.7% com idade superior à aludida. Por outro lado, é escasso o percentual (11.7%) dos que referem ter havido uma diminuição da dor, enquanto 36.4% afirmam ter mantido a dor sempre igual ao longo do último mês, sendo que é o grupo mais velho que apresenta maior percentagem. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste de qui quadrado ($\chi^2 = 3.935$; $p = 0.269$).

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a manifestação e a intensidade da dor

Grupo etário	<= 49 anos		>= 50 anos		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%		
Manifestação dor								
Continuamente	24	58.5	25	69.4	49	63.6	-1.0	1.0
Muitas vezes dia	10	24.4	8	22.2	18	23.4	0.2	-0.2
Várias vezes semana	3	7.3	3	8.3	6	7.8	-0.2	0.2
Varias vezes mês	4	9.8	-	0.0	4	5.2	1.9	-1.9
Intensidade da dor								
Tem aumentado	25	61.0	15	41.7	40	51.9	1.7	-1.7
Tem diminuído	4	9.8	5	13.9	9	11.7	-0.6	0.6
Mantido sempre igual	12	29.3	16	44.4	28	36.4	-1.4	1.4

A intensidade da dor é avaliada pela EVA e é descrita na tabela 4. No que respeita aos sujeitos com idade inferior ou igual a 49 anos, o valor mínimo é de 2.60 e a máxima de 10.0, sendo a média de 7.46 (± 2.01 Dp). Os sujeitos com idade superior ou igual a 50 anos apresentam um valor mínimo e máximo de 1 e 10 respetivamente, com um índice médio de 7.51 e desvio padrão de 2.28. As diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas (teste t para amostras independentes $t = -0.097$; $p = 0.923$). Para a amostra global o índice médio é de 7.48 (± 2.13 Dp). Os valores de assimetria e curtose indiciam a

existência de curvas normocúrticas mas enviesadas à direita, e as probabilidades do teste de aderência à normalidade (KS) são sugestivas duma distribuição normal. Os coeficientes de variação ao apresentarem valores superiores a 15.0% para a amostra global e a 30% para ambos os grupos revelam respetivamente dispersões moderadas e altas.

Tabela 4 - Estatísticas relacionadas com a intensidade da dor em função da idade

Dor	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<= 49 anos	2.60	10.0	7.46	2.01	34.85	-1.596	-0.498	0.170
>= 50 anos	1	10	7.51	2.28	30.35	-2.246	0.447	0.079
Amostra global	1	10	7.48	2.13	28.47	-2.695	0.739	0.085

Na grande maioria dos serviços prestadores de cuidados de saúde, a intensidade da dor, é registada de acordo com a Circular Normativa n.º 9 (PORTUGAL, 2003). Efetivamente é encontrada uma correspondência entre a dor medida na escala numérica e a classificação da dor. Notamos na tabela 5 que a dor intensa é a que se manifesta em maior percentagem pelos constituintes da amostra, com 44.2%, sendo que, destes, 46.3% têm idade inferior a 49 anos. A dor máxima é encontrada em mais de um terço da amostra, registando-se com maior prevalência nos inquiridos com idade superior a 50 anos (38.9%). Com dor moderada o percentual é menor e manifesta-se sobretudo no grupo mais jovem. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas conforme resultado dos resíduos ajustados (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação da dor

Grupo etário	<= 49 anos		>= 50 anos		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sem dor	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Dor ligeira	-	0.0	1	2.8	1	1.3	Não aplicável	
Dor moderada	9	22.0	6	16.7	15	19.5	0.6	-0.6
Dor intensa	19	46.3	15	41.7	34	44.2	0.4	-0.4
Dor máxima	13	31.7	14	38.9	27	35.1	-0.7	0.7
Total	41	100.0	36	100.0	77	100.0		

Ainda no seguimento da avaliação e classificação da dor procurámos saber como a mesma se manifestava quando relacionada com a situação laboral. Os resultados evidenciam que a dor intensa se declara em metade dos inquiridos com a situação laboral de empregado e em 35.5% dos reformados/desempregados. Mais se verifica que a dor

máxima atinge o maior percentual precisamente neste grupo com 51.6% ao invés do grupo de empregados cuja percentagem ronda os 24.0%. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 8.980$; $p = 0.030$), situando-se as diferenças no grupo dos reformados/desempregados (cf. tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos segundo a classificação da dor e situação laboral

Situação laboral	Empregado		Reformado/ desempregado		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sem dor	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Dor ligeira	-	0.0	1	3.2	1	1.3	Não aplicável	
Dor moderada	12	26.1	3	9.7	15	19.5	-1.2	1.2
Dor intensa	23	50.0	11	35.5	34	44.2	1.8	-1.8
Dor máxima	11	23.9	16	51.6	27	35.1	-2.5	2.5
Total	41	100.0	36	100.0	77	100.0		

Síntese: Da **caracterização clínica da dor** inferimos que a maioria da amostra apresenta **manifestações de dor por todo o corpo (76.62%)**, mas também é relevante os que referem **dor nos membros superiores (23.37%)**. A dor manifesta-se de **forma contínua em (63.6%)**, principalmente no **grupo mais velho (69.4%)** referindo a maioria dos inquiridos **(51.9%) que a intensidade da dor tem vindo a aumentar**.

Em média a **intensidade da Dor** é maior nos doentes com **idade igual ou superior a 50 anos (7.51)** do que nos doentes com idade inferior a 50 anos (7.46). Em ambos os grupos etários a **“Dor intensa”** é a que prevalece **em maior percentagem**.

Nos doentes com **atividade profissional ativa** (empregados), a **“Dor intensa” manifesta-se em metade da amostra (50%)**, enquanto nos doentes em **situação de reformado/desempregado é a “Dor máxima” aquela que mais se exterioriza (51.6%)**.

5.2 – FIBROMIALGIA, VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

O FIQ é um instrumento autoadministrado desenvolvido para avaliar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida através de 10 componentes: capacidade funcional, bem-estar, faltas ao trabalho, dificuldades no trabalho, dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, ansiedade e depressão. As estatísticas obtidas com as diferentes dimensões revelam valores mínimos e máximos a oscilarem respetivamente entre 0.00 em várias subescalas e 10.0 no bem-estar, e estimativas médias também muito variadas situando-se no 2.43 na falta ao trabalho e 8.58 relativamente ao cansaço matinal. Estes índices médios estão em consonância com o número de itens que o constituem e com os fatores de correção

introduzidos de acordo com as indicações dos autores da escala. Os coeficientes de dispersão revelam dispersões situadas entre o moderado e o elevado, sendo que na falta ao trabalho e nas dificuldades no trabalho ultrapassa os 100%, o que é derivado do facto do desvio padrão ser superior ao valor médio encontrado.

Para o valor global da escala o valor mínimo e máximo foram de 19.63 e 85.70, a que lhe corresponde uma média de 64.40 (Dp=13.40) e um coeficiente de variação moderado (20.80).

Tabela 7 – Estatísticas relativas ao Impacto da Fibromialgia

Impacto da Fibromialgia	Min	Max	Media	Dp	CV (%)
Capacidade funcional	0.91	8.78	4.27	1.77	41.45
Bem-estar	0.00	10.0	3.65	3.59	98.35
Faltas ao trabalho	0.00	7.21	2.43	2.63	108.23
Dificuldades no trabalho	0.50	10.0	7.45	2.54	340.93
Dor	1.50	10.0	7.81	1.97	25.22
Fadiga	2.50	10.0	8.35	1.75	20.95
Rigidez	0.50	10.0	7.74	2.51	32.42
Cansaço matinal	0.50	10.0	8.58	1.66	19.34
Ansiedade	0.50	10.0	7.37	2.75	37.31
Depressão	0.50	10.0	6.70	3.07	45.82
Impacto da Fibromialgia (global)	19.63	85.70	64.40	13.40	20.80

Os autores da escala consideraram a existência de três grupos de corte para o valor global: **sem impacto ou impacto pouco severo até 50, impacto moderado ou moderadamente severo de 50 a 70 e impacto severo ou muito severo superior a 70**. Os resultados da tabela 8 procuram espelhar os grupos estabelecidos. Como notamos, apenas 14.3% dos participantes revelam impacto pouco severo com a fibromialgia, com maior prevalência nos sujeitos com idade inferior a 50 anos. O impacto moderado observa-se em cerca de metade da amostra e, neste particular, 55.6% pertencem ao grupo com idade superior a 50 anos. Por sua vez, o impacto severo a que correspondem 37.7% da totalidade da amostra tem maior incidência nos indivíduos mais jovens. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (qui. quadrado, $\chi^2 = 1.606$; $p = 0.448$) e resíduos ajustados.

Tabela 8 – Classificação do Impacto da Fibromialgia em função dos grupos etários e totais

Grupo etário	<= 49 anos		>= 50 anos		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	<= 49	>=50
Sem impacto	7	17.1	4	11.1	11	14.3	0.7	-0.7
Impacto moderado	17	41.5	20	55.6	37	48.1	-1.2	1.2
Impacto severo	17	41.5	12	33.3	29	37.7	0.7	-0.7
Total	41	100.0	36	100.0				

Decorrente da análise que estamos a efetuar para a fibromialgia, procurámos saber o comportamento de cada subescala com os grupos etários, pelo que efetuámos o teste t para amostras independentes. Assumindo a homogeneidade de variâncias para todas as variáveis, exceto para o cansaço matinal ($p= 0.034$), os resultados revelam que os participantes no estudo com idade inferior a 50 anos apresentam maior severidade em relação ao bem-estar, falta ao trabalho, dificuldades no trabalho, maior intensidade de dor, maior rigidez, maior ansiedade e maior estado depressivo, mas menor capacidade funcional, fadiga e cansaço matinal, em suma maior severidade com a fibromialgia que os do grupo dos 50 anos, mas as diferenças encontradas apenas são significativas em relação ao cansaço matinal. Poderemos eventualmente relacionar este cansaço matinal com a menor duração e latência do sono, que é normal neste grupo etário, e não como causa direta da fibromialgia (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Teste t para diferenças de médias entre o Impacto da Fibromialgia e os grupos etários

Grupo etário	<= 49 anos		>= 50 anos		Levene p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Capacidade funcional	4.11	1.73	4.46	1.82	0.767	-0.869	0.388
Bem-estar	4.15	3.57	3.09	3.59	0.886	1.286	0.202
Faltas ao trabalho	2.53	2.66	2.31	2.59	0.623	0.364	0.717
Dificuldades no trabalho	7.48	2.20	7.41	2.91	0.100	0.122	0.903
Dor	7.86	1.80	7.75	2.18	0.268	0.255	0.799
Fadiga	8.32	1.66	8.38	1.88	0.824	-0.148	0.883
Rigidez	8.64	1.53	8.51	1.84	0.802	0.346	0.730
Cansaço matinal	7.13	2.77	8.44	1.99	0.034	-2.400	0.019
Ansiedade	7.54	2.72	7.16	2.82	0.956	0.604	0.548
Depressão	6.84	3.03	6.55	3.15	0.861	0.405	0.687
Impacto da Fibromialgia (global)	64.65	3.79	64.11	13.13	0.658	0.174	0.862

Alguns estudos evidenciam que a fibromialgia se agrava com o esforço desenvolvido na atividade profissional. Apesar de não podermos mensurar o esforço despendido no desempenho da profissão, parece-nos óbvio que o facto de um indivíduo exercer uma atividade profissional possa desencadear maior impacto na fibromialgia. Para constatar essa realidade efetuámos um teste t para amostras independentes e os resultados incertos na tabela 10 parecem indicar uma realidade diferente para a maioria das dimensões da escala e valor global. Claro que deveremos ter em consideração situações como falta ao trabalho e dificuldade no trabalho, que não deverão ser tidos em consideração nos reformados/desempregados, pois salvo outra situação por nós não controlada, não desenvolverão uma atividade profissional. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, excetuando-se o cansaço matinal que afeta ambos os grupos e com maior incidência nos reformados/desempregados.

Tabela 10 – Teste t para diferenças de médias entre o Impacto da Fibromialgia e situação laboral

Situação laboral	Empregado		Reformado/desempregado		Levene p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Capacidade funcional	4.34	1.73	4.17	1.85	0.745	0.395	0.694
Bem-estar	3.57	3.15	3.78	4.21	0.013	-0.233	0.816
Faltas ao trabalho	2.26	2.51	2.69	2.82	0.166	-0.701	0.486
Dificuldades no trabalho	7.26	2.33	7.74	2.83	0.827	-0.812	0.419
Dor	7.68	1.87	8.00	2.14	0.824	-0.684	0.496
Fadiga	8.27	1.67	8.48	1.89	0.732	-0.517	0.607
Rigidez	8.61	1.48	8.53	1.92	0.909	0.224	0.823
Cansaço matinal	7.20	2.71	8.54	1.95	0.018	-02.521	0.014
Ansiedade	7.22	2.65	7.58	2.93	0.716	-0.547	0.586
Depressão	6.53	3.10	6.96	3.05	0.342	-0.607	0.546
Impacto da Fibromialgia (global)	62.98	12.93	66.50	14.00	0.825	-1.134	0.261

Por outro lado, também procurámos saber se haveria alguma relação entre a severidade da fibromialgia e o estado civil. O estilo de vida que se adota após o casamento faz com que as pessoas com este estatuto tenham o dobro da probabilidade de se tornarem obesas, de efetuar menos exercício físico, de diminuir a frequência sexual, de se preocuparem com a qualidade de sua alimentação e a sentirem-se mais acomodadas. Os resultados da tabela 11 indicam não se encontrarem significâncias estatísticas, mas denota-se uma maior propensão para os que auferem do estado civil de casado de maior dificuldade funcional, bem-estar mais severo, mais faltas ao emprego, embora com menor dificuldade no trabalho, menos dor e menor fadiga, mas com maior rigidez, cansaço matinal

e maior severidade da fibromialgia. Os maiores índices de ansiedade e depressão são a par das dificuldades de trabalho, intensidade da dor e fadiga observados nos solteiros.

Tabela 11 – Resultado do Teste de UM-W entre o Impacto da Fibromialgia e o estado civil

Estado civil	Casado OM	Solteiro OM	UM-W	p
Impacto da Fibromialgia				
Capacidade funcional	39.44	34.64	214.500	0.588
Bem-estar	39.15	33.86	209.000	0.515
Faltas ao trabalho	39.18	37.21	232.500	0.816
Dificuldades no trabalho	38.94	39.64	240.500	0.936
Dor	38.36	45.36	200.500	0.424
Fadiga	38.48	44.21	208.500	0.501
Rigidez	39.61	32.93	202.500	0.431
Cansaço matinal	39.78	31.21	190.500	0.321
Ansiedade	38.15	47.50	185.500	0.283
Depressão	38.35	45.50	199.500	0.416
Impacto da Fibromialgia (global)	39.40	35.00	217.000	0.620

Procurámos ainda relacionar a severidade da fibromialgia com a intensidade da dor subjetivamente avaliada pelos participantes no estudo. O teste de Kruskal-Wallis realizado demonstra que os que referiram dor máxima apresentam índices mais elevados, condizentes com maior gravidade na capacidade funcional, dificuldades no trabalho, intensidade da dor, fadiga, rigidez, cansaço matinal, ansiedade, depressão e maior severidade na fibromialgia, enquanto os que referem dor intensa manifestam maior severidade na falta ao trabalho e os com dor moderada no bem-estar. As probabilidades indicam significância estatística entre os grupos no que se refere às dificuldades no trabalho, à intensidade da dor, à fadiga, ao cansaço matinal, ao estado depressivo e à severidade global da escala, pelo que podemos afirmar que encontramos relação com estas variáveis, mas são independentes para as restantes.

Tabela 12 – Resultado do Teste de K-W entre o Impacto da Fibromialgia e a intensidade da dor

Intensidade da dor	Moderada OM	Intensa OM	Máxima OM	χ^2	p
Impacto da Fibromialgia					
Capacidade funcional	30.30	37.31	44.56	4.215	0.122
Bem-estar	45.20	36.40	37.43	1.826	0.401
Faltas ao trabalho	38.13	40.12	36.67	0.408	0.816
Dificuldades no trabalho	27.80	34.79	49.06	10.900	0.004
Dor	26.53	35.37	49.09	11.631	0.003
Fadiga	21.33	39.16	47.20	14.430	0.001
Rigidez	27.87	39.22	43.50	5.372	0.068
Cansaço matinal	19.87	37.74	49.81	18.815	0.000
Ansiedade	37.40	34.25	44.46	3.385	0.184
Depressão	32.13	34.26	47.37	6.987	0.030
Impacto da Fibromialgia (global)	26.60	36.09	48.15	9.915	0.007

Ainda na continuidade da análise da tabela anterior, procurámos localizar os grupos onde se situavam as diferenças, tendo recorrido à análise da variância a um com as ordenações médias. Dos resultados da tabela 13, notamos que o valor de F deixou de ser explicativo para o cansaço matinal ($p= 0.066$) com uma variabilidade de 7.16%, podendo deste modo firmar-se que entre os três grupos com dor (moderado, intensa e máxima) encontramos significâncias estatísticas, mas dentro dos mesmos as diferenças não são observáveis. Em relação às restantes variáveis as diferenças situam-se para as dificuldades no trabalho entre os que referem dor moderada e máxima e entre esta e a dor intensa, o mesmo ocorrendo para a dor. Para a fadiga, a dor manifesta-se entre os grupos com dor moderada e intensa e moderada e máxima e para a depressão e valor global apenas os grupos com dor moderada e máxima.

Tabela 13 – Resultados da Anova e testes post hoc para o Impacto da Fibromialgia e a intensidade da dor

Intensidade da dor	F	p	%VE	Mod. vs. Int.	Mod. vs. Max.	Max. vs. Int.
Impacto da Fibromialgia						
Dificuldades no trabalho	6.192	0.003	14.50	–	0.005	0.023
Dor	6.652	0.002	15.41	–	0.003	0.029
Fadiga	8.669	0.000	19.19	0.011	–	–
Cansaço matinal	2.816	0.066	7.16	–	–	–
Depressão	3.714	0.029	9.23	–	0.050	–
Impacto da Fibromialgia (global)	5.560	0.006	13.22	–	0.006	–

Em síntese: **O cansaço matinal** é a componente que apresenta o **maior índice médio (8.58) de impacto da fibromialgia**.

A maioria dos doentes com **50 ou mais anos de idade apresentam um impacto moderado da fibromialgia (55.6%)**, enquanto os doentes com menos de 50 anos apresentam, em igual percentagem (41.5%), um impacto moderado e severo. **Na globalidade dos inquiridos, o impacto moderado representa quase metade da amostra (48.1%)**.

Já o grupo com **menos de 50 anos apresenta maior severidade com a fibromialgia** do que os do grupo de 50 ou mais anos. Verifica-se uma maior severidade em 8 das 11 subescalas no grupo com menos de 50 anos, excetuando-se a capacidade funcional, fadiga e cansaço matinal.

O impacto da fibromialgia é semelhante no grupo dos empregados e no grupo dos reformados/desempregados, não se verificando por esse facto significâncias estatísticas entre estes dois grupos. De igual modo, concluiu-se que o estado civil não tem influência no impacto da fibromialgia.

Já a intensidade da dor máxima produz no doente com fibromialgia dificuldades no trabalho, maior intensidade de dor, fadiga, cansaço matinal, maiores índices de depressão e maior impacto global de fibromialgia.

5.3 – QUALIDADE DE SONO, VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

O sono é essencial ao nosso bem-estar e quando não dormimos as horas suficientes para o nosso corpo recuperar energia, aumenta a fadiga, a irritabilidade, apresentamos flutuações de humor, falta de atenção, a nossa produtividade diminui e aumenta o risco de depressão. Na idade adulta, geralmente 8 horas de sono são suficientes para um bom funcionamento ao longo do dia, no entanto, há pessoas que conseguem ter um bom rendimento com apenas 4 ou 5 horas, enquanto outras precisam de 10 horas de sono todas as noites para as restantes 14 horas do dia em atividade. Presume-se que cerca de 30% dos portugueses apresentam algum distúrbio do sono, sendo o mais frequente a insónia (BRÁS, 2009).

Para determinar a qualidade de sono da amostra utilizámos o PSQI que avalia, conforme descrito nos métodos, a qualidade subjetiva do sono, a latência de sono, a duração do sono, a eficiência de sono global, as perturbações do sono, o uso de medicação hipnótica, a disfunção diurna e o índice global de sono. Iremos inicialmente proceder ao estudo da qualidade de sono com algumas das variáveis sócio demográficas e clínicas.

Em relação às estatísticas, os valores mínimos e máximos oscilam entre o zero e três em todas as subescalas, com exceção da perturbação do sono cujo mínimo foi de dois. O valor global da escala apresenta uma cotação mínima de 0 e um máximo de 21. Reportando-nos aos valores médios, nota-se que a variabilidade média se situa acima do ponto crítico que é de 1.5 sendo a menor eficiência do sono habitual (Média = 1.75) e a maior no uso de medicação para dormir (Média = 2.40), enquanto para o índice global o valor médio é de 14.57, o que traduz uma deficiente qualidade de sono. O teste de aderência à normalidade Kolmogorov-Smirnov (K-S), por apresentar significância estatística, indica que a amostra não tem distribuição normal e os coeficientes de variação apresentam dispersões que oscilam entre o moderado, na qualidade subjetiva do sono e perturbações do sono, e elevadas para as restantes dimensões da escala. Os valores de curtose indicam que as subescalas são todas normocúrticas, exceção feita às perturbações do sono que revela ser leptocúrtica e as medidas de assimetria indicam que a latência do sono, duração do sono, uso de medicação para dormir e qualidade subjetiva do sono são enviesadas à direita.

Tabela 14 - Estatísticas relacionadas com a qualidade de sono

Qualidade do sono	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Qualidade subjetiva sono	0	3	2.16	0.581	26.89	-1.664	-1.022	0.000
Latência do sono	0	3	2.17	1.069	49.26	-3.689	-0.609	0.000
Duração do sono	0	2	1.78	1.059	59.49	-2.062	-1.587	0.000
Eficiência do sono habitual	0	3	1.75	1.319	75.37	-1.113	-1.166	0.000
Perturbações do sono	2	3	2.39	0.491	20.54	1.686	-3.391	0.000
Uso de medicação para dormir	0	3	2.40	1.173	48.87	-5.631	0.881	0.000
Disfunção diurna	0	3	1.92	0.774	40.31	-0.138	-1.670	0.000
Qualidade do sono (global)	0	21	14.57	4.143	28.43	-2.959	0.401	0.001

A tabela 15 dá-nos os resultados relativos à classificação da qualidade de sono tendo por base os pontos de corte apresentados pelo autor da escala. Apenas dois participantes no estudo, a que correspondem 2.6% da totalidade da amostra apresentam uma boa qualidade de sono subjetivamente avaliada. A má qualidade de sono configura-se em 97.4% dos inquiridos, distribuída de forma homogénea (97.6% e 97.2%) pelos dois grupos etários.

Tabela 15 – Classificação da qualidade de sono em função dos grupos etários

Grupo etário	<= 49 anos		>= 50 anos		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	<= 49	>=50
Boa qualidade sono	1	2.4	1	2.8	2	2.6	Não aplicável	
Má qualidade sono	40	97.6	35	97.2	75	97.4	0.1	-0.1
Total	41	100.0	36	100.0	77	100.0		

As tabelas seguintes procurarão dar uma perspetiva do modo como as diferentes subescalas da qualidade de sono se relacionam com algumas variáveis sócio demográficas e de contexto clínico, iniciando essa apresentação pela qualidade subjetiva do sono.

- **Qualidade subjetiva do sono**

Os resultados apresentados na tabela 16 indicam que a perceção que os inquiridos têm sobre a qualidade subjetiva do sono é para a maioria má (44.2%) ou muito má (36.4%). Entre os que a consideram má, o maior valor percentual recai nos indivíduos com idade inferior ou igual a 49 anos (58.8%) e dos que a consideram muito má, igual percentagem (50.0%) é encontrada nos dois grupos. Os resultados do teste de χ^2 infirmam de significância estatística ($\chi^2 = 2.028$; $p = 0.567$).

No que se refere ao estado civil, não é visível grande diferença entre casados com boa ou má perceção da qualidade de sono (92.9% vs. 94.1%), mas se considerarmos os percentuais entre casados e solteiros relativos à má qualidade de sono (94.1% vs. 5.9%) e muito má qualidade de sono (85.7% vs. 14.3%) as diferenças são bastante elevadas, embora o teste de qui quadrado não evidencie significância estatística ($\chi^2 = 1.502$; $p = 0.682$).

Por outro lado, são os indivíduos com situação de emprego que percecionam melhor qualidade de sono (71.4%), mas é também neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais dos que afirmam ter uma qualidade de sono má (61.8%) ou muito má (50.0%). Uma vez mais, as diferenças entre grupos e qualidade subjetiva do sono não são significativas ($\chi^2 = 2.632$; $p = 0.452$).

Numa análise ao impacto da fibromialgia na qualidade de sono, observa-se pelos resultados apresentados que, dos que referem boa qualidade de sono, cerca de 8 em cada 10 têm impacto moderado de fibromialgia. Já entre os classificados com má ou muito má qualidade de sono 82.4% e 92.9%, respetivamente, têm impacto moderado e severo de fibromialgia, com diferenças significativas ($\chi^2 = 15.180$; $p = 0.019$) entre os que possuem boa qualidade de sono e sem grande impacto de fibromialgia de que são portadores e os com impacto moderado e com boa qualidade de sono.

Já em relação à qualidade subjetiva do sono e a intensidade da dor, verificamos que o valor percentual mais elevado (41,2%) é registado nos que referem dor intensa ($\chi^2=11.160$; $p=0.084$), embora os resíduos ajustados indiquem a existência de significância estatística entre os que possuem uma boa qualidade do sono e dor intensa e má qualidade de sono e dor máxima.

Tabela 16 – Qualidade subjetiva do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor

Qualidade sono	Muito boa		Boa		Má		Muito má		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Variáveis	1	1.3	14	18.2	34	44.2	28	36.4	77	100.0				
Grupo etário														
≤49 anos	1	100.0	6	42.9	20	58.8	14	50.0	41	53.2	0.9	-0.9	0.9	-0.4
≥50 anos	-	0.0	8	57.1	14	41.2	14	50.0	36	46.8	-0.9	0.9	-0.9	-0.4
Estado civil														
Casado/uni.facto	1	100.0	13	92.9	32	94.1	24	85.7	70	90.9	0.3	0.3	0.9	-1.2
Solteiro/div./sep	-	0.0	1	7.1	2	5.9	4	14.3	7	9.1	-0.3	-0.3	-0.9	-1.2
Situação laboral														
Empregado	1	100.0	10	71.4	21	61.8	14	50.0	46	59.7	0.8	1.0	0.3	-1.3
Refor./desemp.	-	0.00	4	28.6	13	38.2	14	50.0	31	40.3	-0.8	-1.0	-0.3	1.3
Fibromialgia														
Sem impacto	1	100.0	2	14.3	6	17.6	2	7.1	11	14.3	2.5	0.0	0.7	-1.4
Moderado	-	0.0	11	78.6	14	41.2	12	42.9	37	48.1	-1.0	2.5	-1.1	-0.7
Severo	-	0.0	1	7.1	14	41.2	14	50.0	29	37.7	-0.8	-2.6	0.6	1.7
Intensidade Dor														
Moderada	-	0.0	4	30.8	7	20.6	4	14.3	15	19.7	-0.5	1.1	0.2	-0.9
Intensa	1	100.0	9	69.2	14	41.2	10	35.7	34	44.7	1.1	2.0	-0.6	-1.2
Máxima	-	0.0	-	0.0	13	38.2	14	50.0	27	35.5	-0.7	-2.9	0.4	2.0

- **Latência do sono**

A latência do sono é definida como o tempo de demora a adormecer. Trata-se de uma desordem de sono relativamente grave que pode ocorrer em qualquer idade, mas que habitualmente está associada à idade (DUARTE, 2008).

No nosso estudo, notamos que a maior percentagem (53.2%) obteve uma pontuação entre cinco a seis pontos, ou seja, um tempo de demora a adormecer superior a 60 minutos com uma ocorrência de três ou mais vezes por semana. Esta situação prevalece sobretudo nos indivíduos com idade superior a 49 anos (58.5%). A percentagem mais baixa (10.4%) surge nos que obtiveram uma pontuação de um a dois a que corresponde um tempo de

demora para dormir de 16 a 30 minutos e com uma ocorrência de menos de uma vez por semana, sendo que o valor percentual mais elevado neste grupo se verificou nos indivíduos com idade inferior a 50 anos. Dos sujeitos com uma pontuação de 3 a 4, mais de seis em cada dez têm uma idade inferior a 50 anos. O teste de qui quadrado não revela significância estatística entre os grupos ($\chi^2 = 7.402$; $p = 0.060$).

Analisando os resultados em função do estado civil, verifica-se que cerca de 9 em cada dez dos sujeitos que são casados ou coabitam em união de facto sofrem com maior ou menor intensidade de latência de sono. Contudo, neste grupo os maiores percentuais são registados entre os que obtiveram uma pontuação de 5-6 pontos com 90.2% e 3-4 pontos com 88.9%. Os resultados do teste de qui quadrado conjugado com os resíduos ajustados não são suficientemente fortes para produzir significância estatística entre grupos.

São sobretudo os empregados que demoram menos tempo a adormecer e menos de uma vez por semana (87.5%) que registam as maiores percentagens, enquanto nos reformados/desempregados se registam os maiores valores percentuais dos que demoram mais tempo para adormecer e com maior número de ocorrências por semana, não sendo porém significativas as diferenças entre grupos ($\chi^2 = 0.921$; $p = 0.820$).

Entre os participantes no estudo, cuja patologia de fibromialgia não manifesta grande impacto, denota-se que a latência de sono se distribui de modo similar pelos diferentes grupos, excepcionando os 40.0% cuja pontuação foi zero que corresponde a menos de quinze minutos para adormecer e com uma duração de menos de uma vez por semana. Já o impacto moderado e severo da fibromialgia repercute-se na latência do sono. Com efeito, cerca de 5 em cada 10 inquiridos com impacto moderado demoram entre trinta a sessenta minutos a adormecer com uma ocorrência de uma ou duas vezes por semana, e valor semelhante é encontrado nos que possuem impacto severo, demorando mais de 60 minutos a adormecer e com uma ocorrência de três ou mais vezes por semana. Na relação entre a latência do sono e impacto da fibromialgia encontramos significância estatística (**$\chi^2 = 17.214$, $p = 0.009$**) com os resíduos ajustados a situarem-se nos que não possuem impacto e latência zero e nos com impacto moderado e severo e latência do sono com cotação de 3 a 4 e 5 a 6, respetivamente.

Por outro lado, o percentual da latência de sono nos que possuem dor moderada pode classificar-se de baixa nos diferentes grupos já que oscilam entre os 17.1% e 25.0% para pontuações de 5 a 6 e 1 a 2, respetivamente. Denota-se que a dor intensa produz poucos efeitos na latência de sono entre os classificados com pontuação inferior a dois o que significa que demoram menos de trinta minutos a adormecer com uma ocorrência de menos de uma vez por semana (87.5%). Para os 44.4% e os 46.3% com dor intensa e

máxima respetivamente a latência do sono obtém pontuações entre 3 e 4 e 5 e 6, isto é uma demora máxima de 60 minutos e uma ocorrência de uma ou duas vezes por semana para o primeiro caso e uma demora superior a 60 minutos e ocorrência de três ou mais semanas para o segundo caso, não sendo porém significativas as diferenças entre os grupos ($\chi^2=6.564$; $p=0.363$).

Tabela 17 – Latência do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor

Latência sono	0		1 – 2		3 – 4		5 - 6		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Variáveis	10	13.0	8	10.4	18	23.4	41	53.2	77	100.0				
Grupo etário														
≤49 anos	5	50.0	7	87.5	12	66.7	17	41.5	41	53.2	-0.2	2.1	1.3	-2.2
≥50 anos	5	50.0	1	12.5	6	33.3	24	58.5	36	46.8	0.2	-2.1	-1.3	2.2
Estado civil														
Casado/uni.facto	9	90.0	8	100.0	16	88.9	37	90.2	70	90.9	-0.1	0.9	-0.3	-0.2
Solteiro/div./sep	1	10.0	-	0.0	2	11.1	4	9.8	7	9.1	0.1	-0.9	0.3	0.2
Situação laboral														
Empregado	7	70.0	7	87.5	13	72.2	19	46.3	46	59.7	0.7	1.7	1.2	-2.6
Refor./desemp.	3	30.3	1	12.5	5	27.8	22	53.7	31	40.3	-0.7	-1.7	-1.2	2.6
Fibromialgia														
Sem impacto	4	40.0	1	12.5	2	11.1	4	9.8	11	14.3	2.5	-0.2	-0.4	-1.2
Moderado	5	50.0	7	87.5	10	55.6	15	36.6	37	48.1	0.1	2.4	0.7	-2.1
Severo	1	10.0	-	0.0	6	33.3	22	53.7	29	37.7	-1.9	-2.3	-0.4	3.1
Intensidade Dor														
Moderada	2	22.2	2	25.0	4	22.2	7	17.1	15	19.7	0.2	0.4	0.3	-0.6
Intensa	6	66.7	5	62.5	8	44.4	15	36.6	34	44.7	1.4	1.1	0.0	-1.5
Máxima	1	11.1	1	12.5	6	33.3	19	46.3	27	35.5	-1.6	-1.4	-0.2	2.1

- **Duração do Sono**

É muito difícil estabelecer uma relação direta entre a duração do sono e o bem-estar, porquanto imensos fatores nos remetem para diferentes direções, sendo inadequado afirmar-se que dormir muito ou pouco causaria problemas de saúde, e por sua vez os problemas de saúde estarem na origem de maior ou menor duração de sono. Apesar desta dualidade, vários estudos têm demonstrado que dormir cerca de 6 a 8 horas por dia está associado a um menor risco de mortalidade (VARELLA, 2010).

Apenas 19.5% dos inquiridos, que participaram no estudo, dorme mais de 7 horas por noite registando-se uma maior prevalência entre os de idade inferior a 49 anos (60.0%)

sendo também nestas que se verifica a maior percentagem dos que dormem 6-7 horas por noite com 62.5%. Salienta-se também os 61.9% que, neste grupo etário, dorme menos de 5 horas. Apesar dos diferenciais observados, não são significativas as diferenças conforme resultado do teste de qui quadrado ($\chi^2= 2.735$; $p= 0.434$) (cf. tabela 18).

São os casados ou em união de facto (93.3%) que referem dormir mais de 7 horas por noite, mas é também neste grupo que encontramos o maior percentual entre os que dormem menos de 5 horas (85.7%), sem contudo as diferenças encontradas se mostrarem significativas ($\chi^2= 1.592$; $p= 0.661$).

A situação laboral também não parece influir substancialmente na duração do sono, pois como pode comprovar-se pela mesma tabela os maiores percentuais sem significâncias estatísticas ($\chi^2= 0.736$; $p= 0.865$) registam-se nos que exercem profissão e que têm uma duração de sono superior a 6 horas. Porém no grupo com duração e sono inferior a 5 horas a maior percentagem (61.9%) é observada nos empregados.

De igual modo, os valores percentuais indicam que o impacto da fibromialgia na duração do sono não exerce qualquer influência, pois o teste de qui quadrado não é estatisticamente significativo ($\chi^2= 8.520$; $p= 0.202$), embora um valor residual indique diferença entre os grupos extremos, isto é, os que dormem mais de 7 horas e cuja doença não manifesta impacto. Denota-se que os classificados com impacto moderado são os que apresentam maiores percentuais em todos os grupos relativos à duração do sono, com exceção dos que dormem menos de 5 horas e com impacto severo, cuja percentagem é de 52.4%.

Já em relação à duração do sono e à intensidade da dor, continuamos a encontrar percentuais não significativos entre os grupos em estudo ($\chi^2= 6.052$; $p= 0.417$), mas não é notório que a intensidade da dor produza efeito na diminuição da duração do sono, porquanto os que referem ter dor intensa ou máxima dormem mais de seis horas por noite.

Tabela 18 – Duração do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor

Duração sono	<5		5 - 6		6 - 7		>7		Total	Residuais				
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
	21	27.3	33	42.9	8	10.4	15	19.5	77	100.0				
Grupo etário														
≤49 anos	13	61.9	14	42.4	5	62.5	9	60.0	41	53.2	0.9	-1.6	0.6	0.6
≥50 anos	8	38.1	19	57.6	3	37.5	6	40.0	36	46.8	-0.9	1.6	-0.6	-0.6
Estado civil														
Casado/u. facto	18	85.7	30	90.9	8	100.0	14	93.3	70	90.0	-1.0	0.0	0.9	0.4
Solteiro/div./sep	3	14.3	3	9.1	-	0.0	1	6.7	7	9.1	1.0	0.0	-0.9	-0.4
Situação laboral														
Empregado	13	61.9	18	54.5	5	62.5	10	66.7	46	59.7	0.2	-0.8	0.2	0.6
Refor./desemp.	8	38.1	15	45.5	3	37.5	5	33.3	31	40.3	-0.2	0.8	-0.2	-0.6
Fibromialgia														
Sem impacto	2	9.5	4	12.1	-	0.0	5	33.3	11	14.3	-0.7	-0.5	-1.2	2.3
Moderado	8	38.1	18	54.5	5	62.5	6	40.0	37	48.1	1.6	1.0	0.9	-0.7
Severo	11	52.4	11	33.3	3	37.5	4	26.7	29	37.7	1.6	-0.7	0.0	-1.0
Intensidade Dor														
Moderada	4	19.0	8	24.2	1	12.5	2	14.3	15	19.7	-0.1	0.9	-0.5	-0.6
Intensa	9	42.9	12	36.4	3	37.5	10	71.4	34	44.7	-0.2	-1.3	-0.4	2.2
Máxima	8	38.1	13	39.4	4	50.0	2	14.3	27	35.5	0.3	0.6	0.9	-1.8

- **Eficiência Habitual do Sono**

Reportando-nos à eficiência habitual do sono, na nossa amostra, a maioria dos participantes no estudo (48.1%) apresenta uma eficiência habitual inferior a 65%, registando-se a maior percentagem nos sujeitos de maior idade (56.8%), casados ou em união de facto (91.9%), em situação de desemprego ou reformados (51.4%), com impacto da fibromialgia severa (51.4%) e manifestação de dor máxima (48.6%).

Cerca de 29.0% manifestam uma eficiência habitual de sono superior a 85% e, neste âmbito, os maiores valores percentuais recaem para os sujeitos com idade inferior a 50 anos (59.1%), casados ou em união de facto (90.9%), a exercerem uma atividade profissional (72.7%), com impacto de fibromialgia moderada (40.9%) e manifestação de dor intensa (66.7%). O resultado do teste de χ^2 indica-nos existirem significâncias estatísticas no que se refere à **situação laboral ($\chi^2= 7.952$; $p= 0.047$)**, ao **impacto da fibromialgia ($\chi^2= 13.697$; $p= 0.033$)** e à **intensidade da dor ($\chi^2= 20.102$; $p= 0.003$)**. Para a situação laboral os resíduos ajustados não apresentam diferenças dentro dos grupos, enquanto para o impacto

da fibromialgia as diferenças são encontradas entre os que têm uma eficiência de sono superior a 85% e sem impacto, e eficiência inferior a 65% e impacto severo. No que respeita à eficiência do sono e intensidade da dor, os resíduos ajustados indicam diferenças entre intensidade de dor moderada e eficiência do sono superior a 85% e intensidade de dor máxima e eficiência de sono inferior a 65%.

Tabela 19 – Eficiência do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor

Eficiência sono	>85%		75 – 84%		65- 74%		<65%		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Variáveis	22	28.6	12	15.6	6	7.8	37	48.1	77	100.0				
Grupo etário														
≤49 anos	13	59.1	9	75.0	3	50.0	16	43.2	41	53.2	0.7	1.6	-0.2	-1.7
≥50 anos	9	40.9	3	25.0	3	50.0	21	56.8	36	46.8	-0.7	-1.6	0.2	1.7
Estado civil														
Casado/u. facto	20	90.9	10	83.3	6	100.0	34	91.9	70	90.9	0.0	-1.0	0.8	0.3
Solteiro/div./sep	2	9.1	2	16.7	-	0.0.	3	8.1	7	9.1	0.0	1.0	-0.8	-0.3
Situação laboral														
Empregado	16	72.7	10	83.3	2	33.3	18	48.6	46	59.7	1.5	1.8	-1.4	-1.9
Refor./desemp.	6	27.3	2	16.7	4	66.7	19	51.4	31	40.3	-1.5	-1.8	1.4	1.9
Fibromialgia														
Sem impacto	7	31.8	1	8.3	-	0.0	3	8.1	11	14.3	2.8	-0.6	-1.0	-1.5
Moderado	9	40.9	9	75.0	4	66.7	15	40.5	37	48.1	-0.8	2.0	1.0	-1.3
Severo	6	27.3	2	16.7	2	33.3	19	51.4	29	37.7	-1.2	-1.6	-0.2	2.4
Intensidade Dor														
Moderada	5	23.8	6	50.0	1	16.7	3	8.1	15	19.7	0.6	2.9	-0.2	-2.5
Intensa	14	66.7	1	8.3	3	50.0	16	43.2	34	44.7	2.4	-2.8	0.3	-0.3
Máxima	2	9.5	5	41.7	2	33.3	18	48.6	27	35.5	-2.9	0.5	-0.1	2.3

● Perturbações do sono

Um dos parâmetros na avaliação da qualidade de sono são as perturbações do sono. A maioria dos participantes do estudo (61.0%) refere ter perturbação do sono, uma ou duas vezes por semana, dado terem obtido uma pontuação de 10 a 18 pontos. Com perturbações de sono, três ou mais vezes por semana, figuram 39.0% da amostra, já que obtiveram uma pontuação de 19 a 27 pontos. Ressalta portanto que a totalidade da amostra tem perturbações de sono com menor ou maior frequência.

Entre os que têm perturbações de sono uma ou duas vezes por semana e relativamente à idade, ao estado civil e à situação laboral, notamos pela tabela 20 que são os de idade inferior a 50 anos (53.2%), casados ou a coabitarem em união de facto (93.6%)

e que estão empregados (66.0%) que apresentam maior prevalência de perturbações de sono. Particularizando para o impacto da fibromialgia e a intensidade da dor, neste mesmo grupo, a mesma tabela dá-nos indicações que as perturbações ocorrem nos de impacto moderado e intensidade de dor intensa com 44.7% e 50%, respetivamente.

Já no que respeita aos que apresentam três ou mais perturbações por semana, encontramos percentuais mais elevados nas mesmas variáveis com exceção para a situação laboral que regista, igual percentagem (50.0%) para os empregados ou em situação de desemprego ou reformados e para a intensidade da dor, cujo valor percentual mais elevado (44.7%) é registado nos que referem dor intensa. Os testes de qui quadrado e os valores residuais não apresentam significância estatística entre os diferentes grupos.

Tabela 20 – Perturbação do sono em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor

Perturbações sono Variáveis	0		1 - 9		10 - 18		19 - 27		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2
	-	0.0	0	0.0	47	61.0	30	39.0	77	100.0		
Grupo etário												
≤49 anos	-	0.0	-	0.0	25	53.2	16	53.3	41	53.2	0.0	0.0
≥50 anos	-	0.0	-	0.0	22	46.8	14	46.7	36	46.8	0.0	0.0
Estado civil												
Casado/u. facto	-	0.0	-	0.0	44	93.6	26	86.7	70	90.9	1.0	-1.0
Solteiro/div./sep	-	0.0	-	0.0	3	6.4	4	13.3	7	9.1	-1.0	1.0
Situação laboral												
Empregado	-	0.0	-	0.0	31	66.0	15	50.0	46	59.7	1.4	-1.4
Refor./desemp.	-	0.0	-	0.0	16	34.0	15	50.0	31	40.3	-1.4	1.4
Fibromialgia												
Sem impacto	-	0.0	-	0.0	10	21.3	1	3.3	11	14.3	2.2	-2.2
Moderado	-	0.0	-	0.0	21	44.7	16	53.3	37	48.1	-0.7	0.7
Severo	-	0.0	-	0.0	16	34.0	13	43.3	29	37.7	-0.8	0.8
Intensidade Dor												
Moderada	-	0.0	-	0.0	8	17.4	7	23.3	15	19.7	-0.6	0.6
Intensa	-	0.0	-	0.0	23	50.0	11	36.7	34	44.7	1.1	-1.1
Máxima	-	0.0	-	0.0	15	32.6	12	40.0	27	35.5	-0.7	0.7

- **Uso de medicação hipnótica**

Apenas 18.2% da totalidade da amostra informa que não toma medicação para dormir, sendo também pouco frequente para os que o fazem menos de uma vez por semana ou uma a duas vezes por semana, representando no total 3.9% (cf. tabela 21). Nesse

sentido, e tendo em consideração somente os que usam medicação para dormir três ou mais vezes por semana, cujo percentual ascende os 77.0%, verificamos que a sua ocorrência é mais prevalente nos participantes com idade inferior a 50 anos (53.3%), casados ou em união de facto (88.3%), no exercício de uma atividade profissional (58.3%), com impacto moderado de fibromialgia (45.0%) e que manifestam intensidade de dor máxima (45.0%). O teste de qui quadrado ($\chi^2 = 18.409$, $p = 0.005$) e resíduos ajustados simplesmente revelam significância estatística com a **intensidade da dor**, situando-se estas entre os que não tomam medicação e dor intensa e os que tomam medicação e dor máxima.

Tabela 21 – Uso de medicação para dormir em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor

Uso medicação	Nenhuma vez		Menos de uma vez por semana		1 a 2 vezes semana		3 ou mais vezes semana		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Variáveis	14	18.2	1	1.3	2	2.6	60	77.9	77	100.0				
Grupo etário														
≤49 anos	7	50.0	1	100.0	1	50.0	32	53.3	41	53.2	-0.3	0.9	-0.1	0.0
≥50 anos	7	50.0	-0.	0.0	1	50.0	28	46.7	36	46.8	0.3	-0.9	0.1	0.0
Estado civil														
Casado/u. facto	14	100.0	1	100.0	2	100.0	53	88.3	70	90.9	1.3	0.3	0.5	-1.5
Solteiro/div./sep	-	0.0	-	0.0	-	0.0	7	11.7	7	9.1	-1.3	-0.3	-0.5	1.5
Situação laboral														
Empregado	9	64.3	1	100.0	1	50.0	35	58.3	46	59.7	0.4	0.8	-0.3	-0.5
Refor./desemp.	5	35.7	-	0.0	1	50.0	25	41.7	31	40.3	-0.4	-0.8	0.3	0.5
Fibromialgia														
Sem impacto	4	28.6	-	0.0	-	0.0	7	11.7	11	14.3	1.7	-0.4	-0.6	-1.2
Moderado	8	57.1	-	0.0	2	100.0	27	45.0	37	48.1	0.8	-1.0	1.5	-1.0
Severo	2	14.3	1	100.0	-	0.0	26	43.3	29	37.7	-2.0	1.3	-1.1	1.9
Intensidade Dor														
Moderada	1	7.7	-	0.0	1	50.0	13	21.7	15	19.7	-1.2	-0.5	1.1	0.8
Intensa	12	82.3	1	100.0	1	50.0	20	33.3	34	44.7	3.8	1.1	0.2	-3.9
Máxima	-	0.0	-	0.0	-	0.0	27	45.0	27	35.5	-2.9	-0.7	-1.1	3.3

- **Disfunção diurna**

Finalmente, no que se refere à disfunção diurna a cotação mais elevada 44.2% situa-se nos que obtiveram entre os 3 a 4 pontos, secundados pelos de 1 a 2 pontos com 29.95%. Percentagem muito próxima (24.7%) entre os participantes do estudo com 5 a 6 pontos.

Analisando os resultados em função das variáveis em estudo, notamos pelos resultados apresentados na tabela 22, que, em relação à idade e à situação laboral, os mais jovens e empregados apresentam valores percentuais com 3-4 e 5-6 pontos respetivamente, consentâneos de maior disfunção de sono. Ao invés, os de mais de 50 anos pontuaram na sua maioria (60.9%) entre 1 e 2 pontos.

Já no que se refere ao estado civil, a disfunção do sono parece ser um “atributo” dos casados, porquanto se obteve o percentual máximo para o grupo com pontuação entre 1e 2 e percentagens superiores a 80.0% nos grupos com cotação acima de 3 pontos.

Por outro lado, a disfunção do sono reflete-se essencialmente nos de impacto moderado com a fibromialgia nos três grupos, e de dor intensa nos grupos com cotação de 1 a 2 e 3 a 4 e máxima para o grupo com cotação de 5 a 6. Os resultados do teste de qui quadrado e os resíduos ajustados não apresentam diferenças estatísticas entre os grupos.

Tabela 22 – Disfunção diurna em função da idade, estado civil, situação laboral, impacto da fibromialgia e intensidade da dor

Disfunção diurna	0		1 - 2		3 - 4		5 - 6		Total		Residuais			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Variáveis	1	1.3	23	29.9	34	44.2	19	24.7	77	100.0				
Grupo etário														
≤49 anos	1	100.0	9	39.1	21	61.8	10	52.6	41	53.2	0.9	-1.6	1.3	-0.1
≥50 anos	-	0.0	14	60.9	13	38.20	9	47.7	36	46.8	-0.9	1.6	-1.3	0.1
Estado civil														
Casado/u. facto	1	100.0	23	100.0	28	82.4	18	94.7	70	90.9	0.3	1.8	-2.3	0.7
Solteiro/div./sep	-	0.0	-	0.0	6	17.6	1	5.3	7	9.1	-0.3	-1.8	2.3	-0.7
Situação laboral														
Empregado	1	100.0	10	43.5	25	73.5	10	52.6	46	59.7	0.8	-1.9	2.2	-0.7
Refor./desemp.	-	0.0	13	56.5	9	26.5	9	47.4	31	40.3	-0.8	1.9	-2.2	0.7
Fibromialgia														
Sem impacto	-	0.0	5	21.7	5	14.7	1	5.3	11	14.3	-0.4	1.2	0.1	-1.3
Moderado	1	100.0	12	52.2	15	44.1	9	47.4	37	48.1	1.0	0.5	-0.6	-0.1
Severo	-	0.0	6	26.1	14	41.2	9	47.4	29	37.7	-0.8	-1.4	0.6	1.0
Intensidade Dor														
Moderada	-	0.0	5	22.7	9	26.5	1	5.3	15	19.7	-0.5	0.4	1.3	-1.8
Intensa	-	0.0	10	45.5	16	47.1	8	42.1	34	44.7	-0.9	0.1	0.4	-0.3
Máxima	1	100.0	7	31.8	9	26.5	10	52.6	27	35.5	1.4	-0.4	-1.5	1.8

Síntese: Dos resultados obtidos com a **qualidade de sono**, observamos que a **má qualidade de sono se verifica em 97.4%** dos inquiridos, distribuída de forma homogénea

(97.6% e 97.2%) pelos dois grupos etários (≤ 49 anos e ≥ 50 anos) e que apenas dois participantes (2.6%) do estudo apresentam boa qualidade de sono.

A qualidade subjetiva do sono é considerada de má para 44,2% da amostra e é mais prevalente nos mais jovens, casados, empregados, com igual percentagem (41.2%) de impacto moderado ou severo de fibromialgia e com dor intensa.

No referente à **latência do sono, 53.2% demoraram 60 minutos ou mais a adormecer e com uma ocorrência de três ou mais vezes por semana**, sendo que esta se manifesta sobretudo nos mais velhos, casados, reformados ou em situação de desemprego, com impacto severo de fibromialgia e intensidade de dor máxima.

A **duração do sono** com uma pontuação de 5 a 6 pontos, a que corresponde uma percentagem de **42.9%, é mais recorrente nos de maior idade**, casados ou em união de facto, nos que exercem atividade laboral, com moderado impacto de fibromialgia e com intensidade de dor máxima.

Para a maioria dos inquiridos (**48.1%**) **a eficiência de sono habitual é inferior a 65%** e manifesta-se sobretudo nos participantes no estudo de maior idade, casados ou em união de facto, na situação de reformados/desempregados, com moderado impacto na fibromialgia e intensidade de dor máxima.

As perturbações de sono são mais prevalentes (**61.0%**) nos que obtiveram uma cotação entre 10 e 18 pontos sendo mais incidentes nos mais jovens, casados/união de facto, empregados, com moderada intensidade de fibromialgia e com dor intensa.

Quanto ao **uso de medicação para dormir ocorre prevalentemente em 77.9%** da amostra, sendo que se verifica o seu maior uso nos sujeitos com menos de 49 anos, casados ou em união de facto, empregados, com moderado impacto de fibromialgia e manifestação de dor intensa.

Finalmente a **disfunção diurna ocorre em 44.2%** da amostra nos que obtiveram cotação entre 3 a 4 pontos e manifesta-se nos de menor idade, casados ou união de facto, em situação e emprego, moderado impacto de fibromialgia e com manifestação de dor intensa.

Uma vez efetuada a análise descritiva, iremos proceder à análise inferencial, procurando dar resposta às questões de investigação que formulámos e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

5.4 – RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E QUALIDADE DE SONO

A primeira questão procura determinar em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam a qualidade do sono da pessoa portadora de Fibromialgia.

Para dar resposta a esta questão optámos por estudar a relação entre as variáveis sócio demográficas com as diversas subescalas que constituem a qualidade de sono.

- **Relação entre qualidade de sono e idade**

Para procurarmos saber em que medida os grupos etários discriminavam a qualidade do sono nas diferentes vertentes da escala, realizámos o teste de UM-W, tendo-se verificado que os sujeitos com idade inferior ou igual a 49 anos apresentavam melhor qualidade de sono no que respeita à qualidade subjetiva do sono, latência do sono, eficiência do sono habitual e melhor qualidade de sono na globalidade. Ao invés, notámos pior qualidade de sono para os congéneres com idade superior ou igual a 50 anos em relação à duração do sono, perturbação do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna, contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas, inferindo-se assim a relação de independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 23 – Teste de U Mann - Whitney entre qualidade de sono e grupos etários

Idade	<= 49 anos	>= 50 anos	UM-W	p
	OM	OM		
Qualidade subjetiva sono	38.80	39.22	730.000	0.930
Latência do sono	34.83	43.75	567.000	0.056
Duração do sono	39.04	38.96	736.500	0.987
Eficiência do sono habitual	35.67	42.79	601.500	0.133
Perturbações do sono	39.02	38.97	737.000	0.990
Uso medicação para dormir	39.12	38.86	733.000	0.944
Disfunção diurna	40.72	37.04	667.500	0.441
Qualidade do sono (global)	36.45	41.90	633.500	0.284

- **Relação entre qualidade de sono e estado civil**

De igual modo, para estudarmos a relação entre a qualidade de sono da pessoa portadora de fibromialgia e o estado civil, realizámos o teste de UM-W. Os resultados apresentados na tabela 24 indicam que os indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos, apresentam piores índices de qualidade de sono em todas as dimensões em comparação com os casados ou a coabitarem em união de facto, mas o resultado do teste de UM-W não

é estatisticamente significativo, pelo que podemos inferir que não há relação entre as variáveis em estudo, não se confirmando a relação de dependência.

Tabela 24 – Teste de U Mann - Whitney entre qualidade de sono e estado civil

Estado civil Qualidade de sono	Casado/união facto	Solteiro/div./viúvo	UM-W	p
	OM	OM		
Qualidade subjetiva sono	38.22	46.79	190.500	0.298
Latência do sono	38.78	41.21	229.500	0.763
Duração do sono	38.20	47.00	189.000	0.294
Eficiência do sono habitual	39.23	36.71	229.000	0.760
Perturbações do sono	38.30	46.00	196.000	0.304
Uso medicação para dormir	38.15	47.50	186.500	0.144
Disfunção diurna	38.37	45.29	201.000	0.404
Qualidade do sono (global)	37.99	49.07	174.500	0.210

- **Relação entre situação laboral e qualidade de sono**

Pronunciando-nos agora sobre a situação laboral, os resultados obtidos com o teste de UM-W indicam-nos que os indivíduos que não exercem atividade profissional têm índices mais elevados, com pior qualidade de sono em todas as subescalas, exceto na disfunção diurna, em comparação com os que exercem atividade profissional, sendo que se **encontraram significâncias estatísticas na latência do sono, eficiência do sono habitual e na qualidade de sono global**. Face ao exposto, inferimos que existe relação de dependência para estas três variáveis e de independência para as restantes, confirmando-se assim a hipótese em estudo.

Tabela 25 – Teste de U Mann - Whitney entre qualidade de sono e situação laboral

Situação laboral Qualidade de sono	Empregados	Desempregados/reformados	UM-W	p
	OM	OM		
Qualidade subjetiva sono	36.03	43.340	576.500	0.126
Latência do sono	34.36	45.89	499.500	0.015
Duração do sono	38.45	39.82	687.500	0.779
Eficiência do sono habitual	34.91	45.06	525.000	0.035
Perturbações do sono	36.55	42.63	600.500	0.167
Uso medicação para dormir	38.29	40.05	680.500	0.640
Disfunção diurna	40.18	37.24	658.500	0.544
Qualidade do sono (global)	33.90	46.56	478.500	0.014

5.5 – RELAÇÃO ENTRE O IMPACTO DA FIBROMIALGIA E QUALIDADE DE SONO

A questão 2 procura saber de que modo o impacto da fibromialgia influencia a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia.

Procurando dar resposta a esta questão de investigação efetuámos uma regressão múltipla, pois trata-se do método mais utilizado para realizar análises multivariadas, principalmente quando se pretende estudar mais que uma variável exógena de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável endógena também de natureza quantitativa.

O método de estimação usado foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários, até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente ou endógena.

Os resultados apresentados na tabela 26 mostram as correlações entre a qualidade de sono e as variáveis independentes, oscilando entre o ínfimo ($r = -0.066$) no bem-estar e razoável ($r = 0.565$) no cansaço matinal. Apenas o bem-estar se correlaciona negativamente com a qualidade de sono, sendo também esta variável conjuntamente com a falta ao trabalho que não apresentam significância estatística.

Tabela 26 – Correlação de Pearson entre qualidade do sono e o Impacto da Fibromialgia.

Variáveis	r	p
Capacidade funcional	0.246	0.016
Bem – estar	-0.066	0.283
Falta ao trabalho	0.121	0.148
Dificuldade no trabalho	0.311	0.003
Dor	0.369	0.000
Fadiga	0.393	0.000
Rigidez	0.286	0.006
Cansaço matinal	0.565	0.000
Ansiedade	0.290	0.005
Depressão	0.427	0.000
Impacto fibromialgia (global)	0.485	0.000

A primeira e única variável a entrar no modelo de regressão foi o cansaço matinal pois era a que em valor absoluto apresentava valor correlacional mais elevado. Esta variável explica **32.0%** da variabilidade da qualidade do sono e o erro padrão de regressão é de 3.440, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da qualidade do sono.

Utilizou-se o VIF (*variance inflation factor*) para diagnosticar a multicolinearidade, concluindo-se que a variável presente no modelo não é colinear.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t, dado também apresentar significância estatística, permite afirmar que a variável que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo na qualidade de sono.

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que esta variável estabelece uma **relação positiva moderada**, pelo que podemos inferir que a **índices mais elevados de má qualidade de sono, corresponde um maior cansaço matinal, isto é, acordar muito cansada**.

O modelo final ajustado para a qualidade de sono é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Qualidade de sono} = 2.508 + 1.405 \text{ do cansaço matinal}$$

Quadro 5 – Regressão múltipla entre qualidade de sono e o cansaço matinal

Variável dependente = qualidade do sono					
R = 0.565					
R ² = 0.320					
R ² Ajustado = 0.311					
Erro padrão da estimativa = 3.440					
Incremento de R ² = 0.320					
F = 35.232					
p = 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	colinearidad VIF
Constante	2.508				
Cansaço matinal	1.405	0.565	5.936	0.000	1.000
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	417.051	1	417.051	35.232	0.000
Residual	887.806	75	11.837		
Total	1304.857	76			

5.6 – RELAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DA DOR DA PESSOA PORTADORA DE FIBROMIALGIA E QUALIDADE DE SONO

A questão 3 procura saber em que medida a dor influencia a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia.

Para procurar dar resposta a esta questão e investigação efetuámos, em primeiro lugar, uma regressão linear simples entre a qualidade de sono e a intensidade da dor. Os

resultados revelam que entre as duas variáveis existe uma correlação positiva moderada ($r=0.370$) e significativa o que nos permite afirmar que **a maior intensidade de dor corresponde uma pior qualidade de sono**. A percentagem de variância explica a influência da intensidade da dor na qualidade de sono, sendo esta de **13,7%**, e os valores de F e t são estatisticamente significativos o que confirma que a intensidade da dor tem efeito significativo na qualidade de sono.

A equação de regressão para a qualidade de sono é-nos dada pela fórmula:

$$\text{Qualidade de sono} = 9.183 + 0.720 \text{ da intensidade da dor}$$

Quadro 6 – Regressão simples entre qualidade de sono e intensidade da dor

Variável dependente = qualidade do sono					
R = 0.370					
R ² = 0.137					
R ² Ajustado = 0.126					
Erro padrão da estimativa = 3.874					
Incremento de R ² = 0.137					
F = 11.928					
p = 0.001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	colinearidade VIF
Constante	9.183				
Intensidade da dor	0.720	0.370	3.454	0.001	1.000
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	179.044	1	179.044	11.828	0.01
Residual	1125.813	75	15.011		
Total	1304.857	76			

Como complemento da análise da tabela anterior procurámos saber o comportamento de cada uma das subescalas da qualidade do sono em função da intensidade da dor. Realizado o teste de K-W, este revelou que os participantes no estudo apresentam maiores problema de sono nos diversos fatores, com exceção das perturbações de sono que ocorrem com mais frequência nos de perturbação moderada, sendo que as diferenças entre os grupos apenas se manifestam significativas na qualidade subjetiva do sono, eficiência de sono habitual, uso de medicação para dormir e qualidade de sono (global).

Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre qualidade de sono e intensidade da dor

Variáveis	Intensidade da dor			χ^2	p
	Moderada OM	Intensa OM	Máxima OM		
Qualidade subjetiva sono	33.50	33.50	47.57	8.264	0.016
Latência do sono	35.67	33.81	45.98	5.901	0.052
Duração do sono	40.63	35.07	41.63	1.687	0.430
Eficiência do sono habitual	28.70	35.85	47.28	8.971	0.011
Perturbações do sono	41.23	35.79	40.39	1.308	0.520
Uso medicação para dormir	41.80	30.69	46.50	16.162	0.000
Disfunção diurna	32.93	38.50	41.59	1.703	0.427
Qualidade do sono (global)	33.00	31.12	50.85	13.286	0.001

Realizados os testes *post hoc* de Tukey, os resultados indicam que para a qualidade subjetiva do sono, as diferenças se situam entre os de dor avaliada com intensidade máxima e dor intensa, para a eficiência do sono entre a dor moderada e dor máxima, no uso de medicação para dormir obtemos diferenças significativas nos grupos com dor moderada vs. dor intensa e dor máxima vs. dor intensa e finalmente para a qualidade de sono (global) entre a dor moderada vs. dor máxima e dor máxima vs. intensa (cf. tabela 28).

A percentagem de variância explicável (%VE) é razoável em cada uma das subescalas da qualidade de sono oscilando entre os 11.09% na qualidade subjetiva sono e os 21.56% no uso de medicação para dormir.

Tabela 28 – Resultados da Anova e testes post hoc para a qualidade de sono e a intensidade da dor

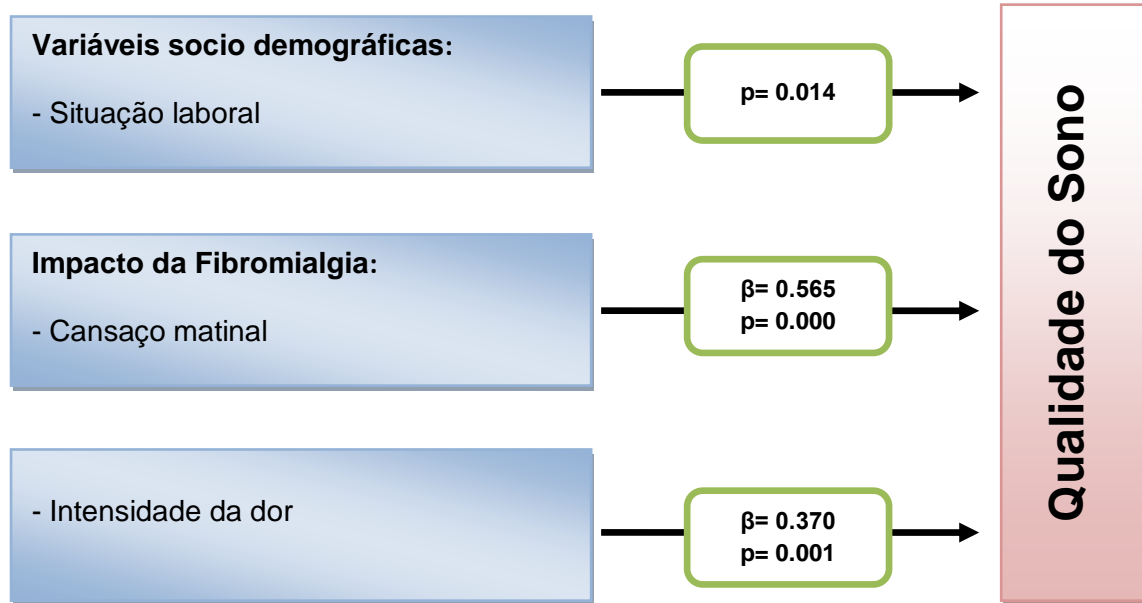
Intensidade da dor	F	p	%VE	Mod. vs. Int.	Mod. vs.Max.	Max. vs. Int.
Qualidade subjetiva sono	4.553	0.014	11.09	–	–	0.017
Eficiência do sono habitual	4.958	0.010	11.95	–	0.012	–
Uso medicação para dormir	10.033	0.000	21.56	0.034	–	0.000
Qualidade do sono (global)	7.860	0.001	17.71	–	0.021	0.001

Em síntese: Das variáveis sócio demográficas, apenas a situação laboral influencia a latência do sono, eficiência de sono habitual e a qualidade de sono global.

A intensidade da dor também influi na qualidade do sono, sobretudo na qualidade subjetiva do sono, eficiência de sono habitual, uso de medicação para dormir e qualidade de sono (global).

O cansaço matinal e a intensidade da dor são preditores da qualidade de sono.

Figura 2 – Representação esquemática das variáveis que influenciam e/ou predizem a Qualidade do Sono



6 – DISCUSSÃO

Concluída a apresentação e análise dos resultados obtidos, bem como o respetivo tratamento estatístico, cabe-nos agora proceder à discussão dos mesmos. Esta é uma fase pertinente dum estudo científico, pois permite-nos refletir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica.

Ao longo do processo de investigação foram sentidas algumas limitações.

Apesar do tema ser atual, ainda não mereceu a devida atenção por parte da comunidade científica portuguesa. Assim, apesar de existir um número significativo de trabalhos sobre este tema, a sua maioria aborda a realidade existente noutros países, sendo muito reduzido o número de estudos realizados em Portugal.

Trata-se de um estudo transversal que apresenta uma clara limitação na medida em que ao não considerarem um delineamento temporal, não nos permite aferir da evolução dos sintomas de Fibromialgia nos doentes, nem em que medida a evolução da qualidade do sono acompanha a evolução dos sintomas de fibromialgia, tornando difícil estabelecer uma relação de casualidade.

Outra dificuldade que se nos deparou está relacionada com a definição de uma amostra válida e representativa da população. As pessoas portadoras de Fibromialgia frequentavam três consultas distintas, pelo que o universo de doentes a considerar era bastante mais reduzido do que supnhamos inicialmente. Por não dispormos duma listagem dos doentes que frequentavam as consultas, inquirimos apenas os doentes que iam às consultas. Assim, optámos por uma amostra não probabilística, por conveniência.

A diversidade de consultas acima exposta veio criar algumas limitações também na aplicação do instrumento de colheita de dados. Obrigou a deslocações constantes entre os diferentes locais das consultas, com os doentes a demonstrarem, por vezes, pouca disponibilidade para acederem ao preenchimento dos questionários, não só por falta de vontade, mas também por falta de tempo (o doente encontrava-se por vezes entre consultas). Em muitas situações o preenchimento do instrumento de recolha de dados era efetuada pelo investigador, dado que a alternativa era o doente levar o questionário consigo para preencher, o que se traduziu em diversas situações na falta de devolução dos mesmos.

6.1 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Precedentemente, analisámos a informação fornecida pelos participantes no estudo, introduzindo alguns comentários aos resultados obtidos sempre que tal se foi justificando e considerado oportuno. Neste capítulo realizamos uma discussão mais detalhada, dando especial atenção aos resultados mais significativos, confrontando-os em simultâneo com o quadro conceptual que deu suporte ao estudo, com os objetivos e as questões enunciadas e com os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática em discussão, enquadrando-os no contexto nacional e internacional.

Se a qualidade de sono surge, frequentemente, como um dos componentes a incluir na abordagem da fibromialgia, o impacto que as variáveis sócio demográficas, a variável clínica dor, a capacidade funcional e o bem-estar possam ter a esse nível merece uma reflexão cuidadosa.

Nesta perspetiva, um dos principais pontos de discussão relaciona-se com as variáveis sócio demográficas.

A amostra é constituída por 77 pessoas portadoras de Fibromialgia. O perfil médio revela doentes do sexo feminino (98.7%), com uma média de idades de 49 anos, casadas (90.9%), empregadas ou de baixa médica (59.7%), trabalhadoras não qualificadas (51.9%) e com prevalência do ensino básico (1º ciclo) e do ensino superior (26%).

Resultado semelhante foi recentemente encontrado numa pesquisa conduzida por Branco et al. (2009), realizada em cinco países europeus (França, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha), onde se obtiveram as primeiras estimativas da prevalência de FM em Portugal, que correspondiam a 3.6% da população portuguesa. O predomínio do sexo feminino foi de 81%, constatando-se que as mulheres eram quatro vezes mais afetadas do que os homens e que a média de idades era de 57 anos.

Um estudo espanhol conduzido por Mas et al. (2008) descreve que a prevalência da fibromialgia naquele país se situava nos 2.4%, sendo significativamente mais frequente em mulheres (4.2%) do que em homens (0.2%), principalmente na faixa etária dos 40 aos 49 anos.

Também, num estudo realizado por Viola-Saltzman et al. (2010), com 172 participantes com FM, se constatou mais uma vez o predomínio do sexo feminino (93%) com uma idade média de 50 anos.

Similarmente, num estudo com 25 doentes portadoras de fibromialgia para avaliar a qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas, realizado por Oliveira

et al. (2009), observou-se que, em relação ao sexo e ao estado civil, 88% eram do sexo feminino e 64% dos participantes eram casados.

Em relação à situação laboral, resultados análogos foram encontrados num estudo realizado com 30 mulheres portadoras de fibromialgia para a avaliação dos aspetos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia, realizado por Saltarelli et al. (2008), onde constataram que 73.3% das participantes eram empregadas (remuneradas) e apenas 26.7% eram desempregadas (não remuneradas).

No estudo da profissão constatámos que a maioria dos inquiridos é trabalhador não qualificado (51,9%). É também de salientar os 16.9% da amostra que exerce a atividade classificada como especialistas das profissões intelectuais e científicas. São escassos os estudos encontrados na literatura que englobe a classificação constante na tabela nacional de profissões (PORTUGAL, 2001), contudo na análise ao trabalho de Resende (2009), que avaliou o desempenho ocupacional das pessoas com fibromialgia depois de terem participado num programa de reabilitação, constatou-se haver maior predomínio de trabalhadores não qualificados entre os participantes (39.8%).

No que respeita à escolaridade, resultados semelhantes foram encontrados por Oliveira et al. (2009) ao observarem que 48% dos inquiridos possuíam a 4ª classe (1º ciclo do ensino básico). Torna-se difícil a comparação desta variável com a literatura internacional uma vez que as realidades sociais diferem muito quanto ao nível da escolaridade.

Domingues e Branco (2008, p.49) são da opinião de que “uma boa educação do doente, a sua instrução acerca das características fundamentais da fibromialgia, os seus tipos de manifestação e formas de intervenção terapêutica, contribuem indiscutivelmente para a eficácia do tratamento”.

No entanto, verificou-se uma exceção em relação à situação laboral. Oliveira et al. (2009) encontraram com igual percentagem participantes em situação de ativo empregado e em situação de reforma (36.0%), o que corresponde a um diferencial de 21.1%, no caso dos empregados, e 13,9% nos reformados, não existindo dados concretos sobre o número de desempregados.

Reportando-nos à dor, Domingues e Branco (2008, p.37 e 61) referem, que a nível do sistema musculoesquelético, os doentes identificam a dor como “dor total – “doí-me tudo” – ou global – “só tenho uma dor”. As dores são também muitas vezes referidas nos membros superiores e/ou inferiores e aqui podem ter sede nas articulações”.

Tal facto, também ocorreu com os participantes do nosso estudo ao apresentarem manifestações de dor por todo o corpo (76.62%), sendo também relevantes os que referiram dor nos membros superiores (23.37%). A dor manifesta-se de forma contínua em (63.6%),

principalmente no grupo mais velho (69.4%) referindo a maioria (51.9%) que a intensidade da dor tem vindo a aumentar.

Mais de 50% dos inquiridos referiram um aumento da dor e, neste particular, cerca de 6 em cada 10 dos participantes no estudo têm uma idade inferior a 50 anos, contrastando com os 41.7% com idade superior à aludida. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de estes inquiridos se encontrarem ativos profissionalmente e apresentarem uma carga adicional de trabalho (DOMINGUES; BRANCO, 2008).

Em média a intensidade da Dor é mais elevada nos doentes com idade igual ou superior a 50 anos (7.51) do que nos doentes com idade inferior a 50 anos (7.46). Em ambos os grupos etários a “Dor intensa” é a que prevalece em maior percentagem.

Resultados análogos foram observados por Maeda, Martinez e Neder (2006) ao avaliarem a eutonia como método terapêutico auxiliar no tratamento da fibromialgia, num grupo de 20 mulheres portadoras de fibromialgia, com idade média de 45.4 anos, observando-se que a intensidade da dor avaliada pela EVA atinge o valor médio de 7.83.

Nos doentes com atividade profissional ativa (empregados), a “Dor intensa” manifesta-se em metade da amostra (50%), enquanto nos doentes em situação de reformado/desempregado é a “Dor máxima” aquela que mais se exterioriza (51.6%), o que poderá levar à conclusão de que a dor, na fibromialgia, tem sido apontada como principal causa de afastamento da sua atividade profissional, além de comprometer aspetos ocupacionais como mudanças de funções ou setores e diminuição das horas de trabalho (Riberto, 2004).

Diversos têm sido os estudos sobre os impactos da fibromialgia, na qualidade de vida e na funcionalidade e capacidade de trabalho. A dor tem sido descrita como contínua, embora variando de intensidade durante os dias e semanas, influenciando todas as atividades de vida diária, perturbando significativamente os hábitos e rotinas. A dor contínua da fibromialgia é fisicamente limitante e desmoralizante, conduzindo a desordens afetivas com conseqüente isolamento a nível social e pessoal, originando mudanças nos papéis ocupacionais e sociais de cada um. Nas pessoas com patologia de dor crónica, como é o caso das pessoas com fibromialgia, os níveis de angústia e invalidez são acompanhados por incapacidade funcional e tendência ao isolamento (RESENDE, 2009).

As estatísticas obtidas no nosso estudo, com as diferentes dimensões, revelam valores mínimos e máximos a oscilarem respetivamente entre 0.00 em várias subescalas e 10.0 no bem-estar, e estimativas médias também muito variadas situando-se no 2.43 na falta ao trabalho e 8.58 relativamente ao sono.

Para o valor global da escala o valor mínimo e máximo foram de 19.63 e 85.70 a que lhe corresponde uma média de 64.40 ($Dp=13.40$) e um coeficiente de variação moderado (20.80). Resultados semelhantes com um valor médio da FIQ de 62.60 ($Dp=12.40$) foram obtidos por Riberto (2008) ao avaliar se a estimulação transcortical com corrente contínua em 23 mulheres portadoras de fibromialgia aumentaria os resultados no controlo da dor e melhorava a qualidade de vida destas.

A maioria dos doentes com 50 ou mais anos de idade apresentam um impacto moderado da Fibromialgia (55.6%), enquanto os doentes com menos de 50 anos apresentam, em igual percentagem (41.5%), um impacto moderado e severo. Na globalidade dos inquiridos, o impacto moderado representa quase metade da amostra (48.1%).

Fonseca (2008) num estudo com o objetivo de verificar os efeitos da prática de *hatha yoga* sobre a qualidade do sono e qualidade de vida na perceção de mulheres com fibromialgia, em 13 mulheres portadoras de fibromialgia, com idade média de 50 anos, observou que o valor médio do impacto da fibromialgia sobre a qualidade de vida das participantes foi de 59, indicando um impacto moderado, assim, como no nosso estudo.

O impacto da fibromialgia é semelhante no grupo dos empregados e no grupo dos reformados/desempregados, não se verificando por esse facto significâncias estatísticas entre estes dois grupos. De igual modo, concluiu-se que o estado civil não tem influência no impacto da fibromialgia.

As limitações nas atividades de vida diária foram descritas como intensas na fibromialgia. White et al. (1999, cit. por ASSUMPÇÃO, 2006, p. 2) afirmam que a fibromialgia “causa um impacto negativo na qualidade de vida nas pessoas em idade produtiva de trabalho, uma vez, que os sintomas levam a uma perda de função, atingindo a capacidade para o trabalho”.

Em relação ao estado civil, a Circular Informativa n.º45/DGCG (PORTUGAL, 2005, p. 2) identifica o divórcio e/ou a separação como um fator de risco associado à dor crónica generalizada, indo de encontro à literatura existente, sem que esta, no entanto, clarifique em que medida o estado civil casado possa proteger os indivíduos com dor crónica. No nosso estudo, esta situação não se verificou, já que a maioria das doentes era casada, à semelhança de um estudo realizado por Leão e Silva (2004). Estes autores consideram que as modificações relacionais que a sociedade tem sofrido nos últimos anos, podem estar a influenciar este aspeto. O stresse psicológico enfrentado outrora por quem se via solitário, parece acometer, na atualidade, indivíduos que, por razões económico-financeiras, não se

conseguem separar/divorciar, gerando desequilíbrio conjugal e levando a condição marital a perder a sua "função protetora" em relação à dor.

Já a intensidade da dor máxima produz no doente com fibromialgia dificuldades no trabalho, maior intensidade de dor, fadiga, cansaço matinal, maiores índices de depressão e maior impacto global de fibromialgia.

Konrad (2005) observou ao avaliar o efeito agudo de três diferentes formas de exercícios físicos sobre a qualidade de vida de 17 mulheres diagnosticadas com FM, que assim como no nosso estudo, a intensidade da dor esteve correlacionada significativamente com a dificuldade no trabalho, a rigidez, a ansiedade e a depressão.

Referindo-nos à qualidade do sono, observámos que apenas dois participantes no estudo, a que correspondem 2.6% da totalidade da amostra, apresentaram uma boa qualidade de sono. A má qualidade de sono configura-se em 97.4% dos inquiridos, distribuída de forma homogênea (97.6% e 97.2%) pelos dois grupos etários (≤ 49 anos e ≥ 50 anos).

Reportando-nos aos valores médios, nota-se que a variabilidade média se situa acima do ponto crítico que é de 1.5, sendo a menor eficiência do sono habitual (Média = 1.75) e a maior no uso de medicação para dormir (Média = 2.40), enquanto para o índice global o valor médio é de 14,57, o que traduz uma deficiente qualidade de sono.

Resultados análogos foram observados por Ferro, Ide e Streit (2008) ao avaliarem a prevalência de distúrbios do sono na fibromialgia. A qualidade de sono avaliada pelo PSQI obteve uma pontuação ≥ 5 em 98% dos indivíduos, indicando má qualidade de sono em 40 indivíduos do sexo feminino. Apenas um relatou boa qualidade de sono. O comportamento do sono nos indivíduos estudados, de acordo com o PSQI, obteve um valor médio entre 10 e 15 pontos.

Em relação aos resultados obtidos com as diferentes subescalas da qualidade de sono, no nosso estudo, e de uma forma generalizada, observámos que 44.2% da amostra apresentavam uma má qualidade subjetiva do sono, 53.2% demoraram 60 minutos ou mais a adormecer e uma duração do sono de 5 a 6 horas (42.9%). Dos nossos inquiridos, 48.1% apresentaram uma eficiência de sono habitual inferior a 65%, perturbações de sono (61.0%), disfunção diurna (44.2%) e 77,9% referiram usar medicação para dormir.

A qualidade subjetiva, a latência, as perturbações do sono e as disfunções diurnas foram os componentes que mais contribuíram para a uma má qualidade de sono entre as mulheres com fibromialgia que participaram no estudo de Konrad (2005). Neste estudo a maioria das participantes apresentaram problemas em adormecer em função da dor e do sono interrompido. Além disso, 47% das doentes referiram fazer uso de medicação para

dormir em três ou mais dias na semana e mais da metade referiu falta de entusiasmo para completar as suas tarefas durante o dia.

Relativamente à duração do sono, Campos et al (2011) observaram no seu estudo um tempo total de sono de 5.9 horas.

No que concerne ao impacto da fibromialgia e da intensidade da dor, no nosso estudo verificaram-se oscilações entre moderada a severa e intensa a máxima, respetivamente.

Resultados semelhantes foram encontrados por Konrad (2005) ao referir que de uma maneira geral, no seu estudo, o FIQ apresentou uma média de 58.1. Esse valor está abaixo de 70, revelando impacto moderadamente severo e 35.3% das participantes apresentaram impacto severo.

Num estudo realizado por Silverman et al. (2010), ao avaliarem se o agravamento da FM, descrito pelos doentes, estava associado à severidade da dor, às alterações do sono ou à presença de outras co morbididades, verificaram que destes, 40.3% apresentavam dor máxima e 45.7% dor intensa.

Das variáveis socio demográficas, apenas a situação laboral tem influência na latência do sono, eficiência de sono habitual e qualidade de sono global. No entender de Antunes (2008) constatou-se que a sociedade portuguesa alterou os seus hábitos de vida e consequentemente os seus hábitos de sono, assistindo neste último século a uma substituição das horas de sono por atividades laborais, sociais ou de lazer, comum a todas as faixas etárias.

No nosso estudo verificámos que o cansaço matinal estabelece uma relação positiva moderada pelo que podemos inferir que a índices mais elevados de má qualidade de sono corresponde um maior cansaço matinal, isto é, acordar muito cansada.

Também Ferro, Ide e Streit (2008) concluíram que as pessoas portadoras de FM e que apresentam distúrbios do sono geralmente apresentam queixas de dormirem pouco durante a noite, sentindo-se cansados quando acordam.

Estudos atuais revelam que uma má qualidade de sono em doentes com FM conduzem à dor, a maior número de pontos dolorosos, à fadiga, à diminuição das capacidades funcionais, faltas no trabalho, *deficits* cognitivos, disfunções sociais e propensão ao desencadeamento de distúrbios psiquiátricos, resultando em implicações negativas à qualidade de vida dos portadores. Estes achados sugerem que as alterações do sono podem desempenhar papel importante na etiologia da FM (THEADOM; CROPLEY; HUMPHREY, 2007).

Reportando-nos à intensidade da dor e qualidade de sono, os resultados do nosso estudo revelaram que a intensidade da dor é preditor da qualidade de sono, sobretudo na qualidade subjetiva do sono, eficiência de sono habitual, uso de medicação para dormir e qualidade de sono (global).

Estes dados são equivalentes aos de Affleck et al. (1996, cit. por GUI et al., 2010, p. 178) que realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade do sono e a dor em mulheres com fibromialgia durante 30 anos, concluindo “que uma noite de sono não restaurador estabelece, como consequência, um dia significativamente com mais dor, que é seguida por uma noite de sono não restaurador, perpetuando os sintomas”. Affleck et al. (1996, cit. por Ferro, Ide e Streit, 2008, p.37) referem ainda que “a relação entre dor e distúrbio do sono pode ser uni ou bidirecional: dor durante o dia poderia dificultar o sono, e distúrbio do sono poderia intensificar a dor, ou ambos”.

Ao terminar este capítulo, ficamos cientes da relação estrita existente entre o suporte teórico e a investigação empírica, no que concerne à temática que temos vindo a aprofundar. No entanto, julgamos que a riqueza científica reside, não apenas nas similaridades e nos aspetos comuns e sobreponíveis, mas também, e sobretudo, nas matrizes que encontramos e explanámos.

7 – CONCLUSÕES

A Fibromialgia é uma patologia extremamente complexa e, apesar de estar clinicamente estudada, esta doença ainda não é completamente compreendida, pelo que a intervenção na fibromialgia é largamente empírica (DOMINGUES; BRANCO, 2008).

Também nós, durante este tempo de pesquisa e investigação, procurámos alargar os conhecimentos subjacentes a esta temática, quer no campo da bibliografia consultada, quer no terreno, no momento da concretização deste estudo. O mesmo permitiu uma abordagem que procurou compreender e avaliar a qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia.

Convictos deste contributo, salientamos que a má qualidade de sono se configurou em 97.4% dos inquiridos, distribuída de forma homogénea (97.6% e 97.2%) pelos dois grupos etários (≤ 49 anos e ≥ 50 anos).

Para além das conclusões decorrentes da leitura e análise da bibliografia consultada, devemos dar, neste momento, ênfase especial às conclusões a que a investigação nos levou. Deste modo, os parágrafos seguintes procuram sintetizar os resultados decorrentes da investigação no terreno.

A análise dos dados do nosso estudo leva-nos a concluir que os nossos doentes são do sexo feminino (98,7%), com uma média de idades de 49 anos, casadas (90.9%), empregadas ou de baixa médica (59.7%), trabalhadoras não qualificadas (51.9%) e com prevalência do ensino básico (1º ciclo) e do ensino superior (26%).

Relativamente à dor inferimos que, a maioria, apresenta manifestações de dor por todo o corpo, de forma contínua, principalmente no grupo mais velho e que a intensidade da dor tem vindo a aumentar.

Inferimos que a intensidade da Dor é superior nos doentes com idade igual ou superior a 50 anos. Em ambos os grupos etários a “Dor intensa” é a que prevalece em maior percentagem. Nos doentes com atividade profissional ativa (empregados), a “Dor intensa” manifesta-se em metade da amostra, enquanto nos doentes em situação de reformado/desempregado é a “Dor máxima” aquela que mais se exterioriza.

Um aspeto fulcral dos resultados obtidos prende-se com o facto de o cansaço matinal ser a componente que apresenta o maior índice médio de impacto da fibromialgia.

De salientar, também, que nos nossos resultados a maioria dos doentes com mais de 49 anos apresentam um impacto moderado de Fibromialgia, enquanto que os doentes com menos de 50 anos apresentam um impacto moderado e severo. Na globalidade dos inquiridos, o impacto moderado representa quase metade da amostra. Já o grupo com menos de 50 anos apresenta maior severidade com a fibromialgia do que os do grupo de 50 ou mais anos.

No tocante à situação laboral e ao estado civil concluiu-se que estes não têm influência no impacto da fibromialgia. Já a intensidade da dor máxima produz no doente com fibromialgia dificuldades no trabalho, maior intensidade de dor, fadiga, cansaço matinal, maiores índices de depressão e maior impacto global de fibromialgia.

Relativamente aos resultados obtidos com as diferentes subescalas da qualidade do sono, no nosso estudo, e de uma forma generalizada, observámos que 44.2% da amostra apresentavam uma má qualidade subjetiva do sono, 53.2% referiram demorar mais de 60 minutos a adormecer e uma duração do sono de 5 a 6 horas (42.9%). Dos nossos inquiridos, 48.1% apresentaram uma eficiência de sono habitual inferior a 65%, perturbações de sono (61.0%), disfunção diurna (44.2%) e 77.9% referiram usar medicação para dormir.

No que concerne ao impacto da fibromialgia e da intensidade da dor, no nosso estudo, verificaram-se oscilações entre moderada a severa e intensa a máxima, respetivamente.

Realçamos o facto de entre as variáveis socio demográficas, apenas a situação laboral ter influência na latência do sono, eficiência de sono habitual e qualidade de sono global. De salientar, também, que o cansaço matinal e a intensidade da dor são preditores da qualidade de sono.

Admitimos que muitas questões ainda ficam por esclarecer, no que concerne ao complexo fenómeno que é a qualidade do sono e os fatores que o determinam.

A realização desta investigação foi uma oportunidade de grande aprendizagem. Sabíamos à partida que este não seria um tema fácil de abordar, pois o facto de ser ainda pouco explorado em Portugal torna difícil compararmos resultados.

Espera-se que este estudo contribua para alertar da necessidade de se desenvolverem esforços multidisciplinares na intervenção junto das pessoas portadoras de Fibromialgia, para que a qualidade do sono destas pessoas seja melhorada e encontrem nos profissionais de saúde uma resposta verdadeiramente humanizada e, sobretudo, para que estas pessoas entendam que há sensibilidade e disposição dos profissionais de saúde para diminuir os sintomas nefastos de que são portadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE - **International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual**. 2ªed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2005. 298 p. ISBN 0-9657220-1-5.

ANTUNES, Elisabete - **Prevalência das queixas de insónia nos doentes que recorrem às consultas de clínica geral do Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos e a sua relação com a qualidade de vida**. [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, 2008. 128 p. Dissertação de Mestrado em Medicina do Sono. [Consult. 19 Jan. 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1081/3/16978_DisserParte2.pdf>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DOENTES COM FIBROMIALGIA - **Testemunho de Simone Marta** [Em linha]. Porto: 2002. [Consult. 14 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.apdf.com.pt/testem_02.php>.

ASSUMPÇÃO, Ana - **Prevalência de fibromialgia e avaliação de sintomas associados, capacidade funcional e qualidade de vida, na população do município de Embu, São Paulo** [Em linha]. São Paulo: Faculdade de Medicina, 2006. 433 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-11122006-080926/publico/anaassumpcao.pdf>>.

AZEVEDO, Ana Paula Carvalho - **Eficácia da acupunctura no tratamento dos sintomas na fibromialgia: projeto de investigação**. [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. 131 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 25 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26361/2/Tese%20Mestrado%20Ana%20P.pdf>>.

BELT, N. K.; KRONHOLM, E.; KAUPPI, M. J. - Sleep problems in fibromyalgia and rheumatoid arthritis compared with the general population. Clin Exp Rheumatol. Piza. ISSN 0392-856X. 27:1 (Jan./Feb. 2009) 35-41.

BERBER, Joana. S. S.; KUPEK, Emil; BERBER, Saulo C. - Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia [Em linha]. São Paulo. 45:2 (Mar./Abr. 2005) 47-54. [Consult. 10 Ago. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n2/v45n2a01.pdf>>. ISSN 0482-5004.

BERTOLAZI, Alessandra N. - **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade do sono de Pittsburgh.** [Em linha]. Porto Alegre: Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul., 2008. 93 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 25 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14041/000653543.pdf?sequence=1>>.

BRANCO Jaime C. [et al.] - Prevalence of fibromyalgia: a survey in five european countries. Seminars in arthritis and rheumatism [Em linha]. New York. 39:6 (2009) 454-464. [Consult. 25 Jun. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.spreumatologia.pt/sites/spreumatologia.pt/files/pdfs/SPR_20090305110525_Artigo_912_Semin_Arthritis_Rheum.pdf>. ISSN 0049-0172.

BRÁS, Célia - Perturbações do sono [Em linha]. 2009. [Consult. 16 Jan. 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://psicologiasaojoaolampas.blogspot.com/2009_09_01_archive.html>.

BRAZ, Alessandra de Sousa [et al.] - Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia [Em linha]. São Paulo. 51:3 (Mai./Jun. 2011) 275-282. [Consult. 20 Ago. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042011000300008&script=sci_arttext>. ISSN 0482-5004.

BRESSAN, L.R. [et al.] - Efeitos do alongamento muscular e condicionamento físico no tratamento fisioterápico de pacientes com fibromialgia. Rev. Bras. Fisioter. São Carlos. ISSN 1413-3555. 12:2 (Mar./Abr. 2008) 88-93.

BUELA-CASAL, Gualberto; SANCHEZ, Ana Isabel – **Transtornos del sueño**. Madrid: Editorial Síntesis, 2002. 159 p. ISBN 84-7738-944-6.

BURATTO, Josiane – **Sono e insônia** [Em linha]. Santa Catarina, 2009. [Consult. 18 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.bemdesaude.com/content/sono_e_insonia.html>.

BURCKHARDT C.S.; CLARK S.R.; BENNETT R.M. - The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol [Em linha]. 18:5 (Maio 1991) 728-733. [Consult. 10 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1865419>>. ISSN 1499-2752.

BUYSSE, Daniel J. - The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research [Em linha]. Amsterdam. 28 (1989) 193-213. [Consult. 10 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&fileID=1296>>. ISSN 0165-1781.

CAMPOS, Raquel Munhoz da Silveira [et al.] - Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. Motriz Rev. Educ. Fís. Rio Claro. ISSN 1980-6574. 17:3 (Jul./Set. 2011) 468-476.

CENTRO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA E NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA – **O que é o sono?** [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://centrodoSono.com/home/index.php?option=com_content&view=article&id=86:diagnostico_cotratamento&catid=11:sono&Itemid=19>.

CHAITOW, Leon - **Síndrome da fibromialgia: um guia para o tratamento**. 1ª ed. São Paulo : Manole, 2002. 238 p. ISBN 85-204-1209-2.

COUTINHO, Clara Pereira - **Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática**. Coimbra: Almedina, 2011. 343 p. ISBN 978-972-40-4487-3.

DAUVILLIERS, Y.; TOUCHON, J. - Sleep in fibromyalgia: review of clinical and polysomnographic data. Neurophysiol Clin. Paris. ISSN 0987-7053. 31:1 (Feb. 2001) 18-33.

DOMINGUES, Maria Elisa; BRANCO, Jaime C. - **Viver com fibromialgia: a visão da doente e do médico**. Lisboa: Gradiva, 2008. 198 p. ISBN 978-989-616-246-7.

DUARTE, João Carvalho - **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência** [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008. 433 p. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19371/7/ndices.pdf>>.

FELIX, Márcia [et al.] - Dor e qualidade de vida em fibromiálgicos. In PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; CORRÊA, Cláudio Fernandes; KURITA, Geana Paula – Simbidor: Arquivos do 10º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. [Em linha]. São Paulo: Solução e Marketing Editora e Publicidade Ltda., 2011. [Consult. 25 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2011.pdf>. ISSN 2175-8794260. p. 260.

FERNANDES, Regina – O sono normal. Medicina Ribeirão Preto [Em linha] 39:2 (Abr./Jun. 2006) 157-168. [Consult. 19 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n2/1_o_sono_normal1.pdf>. ISSN 2176-7262

FERRÃO, Ana – **Higiene do sono**. [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consult. 17 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.medicoassistente.com/saude-geral/higiene-do-sono>>.

FERRO, Cláudia Valéria; IDE, Maiza Ritomy; STREIT, Marcos Vinícius - Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia. Fisioter. Mov. [Em linha]. Curitiba. 21:1 (Jan./Mar. 2008) 33-38. [Consult. 19 Jan. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=2809&dd99=pdf>>. ISSN 0103-5150.

FONSECA, Alessandra Bertinatto Pinto [et al.] - **Efeitos do hatha yoga sobre a qualidade do sono e qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia.** [Em linha]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina, 2008. 32 p. Bacharelado em Fisioterapia. [Consult. 11 Dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.pergamum.udesc.br/dados-bu/000000/000000000000C/00000C71.pdf>>.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusociência, D. L. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter [et al.] - Sono envelhecimento. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul. [Em linha]. Porto Alegre. 25:3 (2003) 453-465. [Consult. 19 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. ISSN 0101-8108.

GIAMBERARDINO, Maria Adele - Update on fibromyalgia syndrome. Pain Clinical Updates [Em linha]. Seattle. 16:4 (July 2008) 1-6. [Consult. 10 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&CONTENTID=12089&SECTION=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm>>. ISSN 1083-0707.

GUI, Maísa [et al.] - Distúrbios do sono em pacientes com fibromialgia. Neurobiologia [Em linha]. São Paulo. 71:1 (Jan./Mar. 2010) 175-182. [Consult. 10 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.neurobiologia.org/ex_2010/18_artigo%20RBF%20Fibromialgia%20Misa%20Gui\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2010/18_artigo%20RBF%20Fibromialgia%20Misa%20Gui(OK).pdf)>. ISSN 0028-3800.

HEYMANN, Roberto Ezequiel - O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica músculo-esquelética. Revista Brasileira de Reumatologia. [Em linha]. São Paulo. 46:1 (Jan./Fev. 2006) 1-2. [Consult. 20 Ago. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n1/29378.pdf>>. ISSN 0482-5004.

JACOBESON, Soren; DANNESKIOLD-SAMSOE, Bente; LUND, Birger – **Musculoskeletal pain, myofascial pain syndrome and fibromyalgia syndrome**. [Em linha]. New York: Haworth Medical Press, 1993. 341p. [Consult. 01 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://books.google.pt/books?id=fkArVEKTWloC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=MOLDOFSKY,+Harvey.+Chronobiological+theory+of+fibromyalgia.+Journal+of+Musculoskeletal+Pain.&source=bl&ots=D3>> ISBN 1-56024-485-2.

KONRAD, Lisandra Maria - **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia**. [Em linha]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. 129 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 11 Dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cds.ufsc.br/mestrado/TESE%20Lisandra%20Maria%20%20Konrad%20defendida%20em%2028%20fev%202005.pdf>>.

LEÃO, Eliseth Ribeiro; SILVA, Maria Julia Paes da - Música e dor crônica músculo-esquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Em linha]. Ribeirão Preto. 12:2 (Mar./Abr. 2004). [Consult. 20 Dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200013&lng=pt&nrm=iso> ISSN 0104-1169.

LEITE, Ana Cláudia de Souza; SALES, Nayane Coelho; OLIVEIRA, Roberta Meneses - Evidências de alterações no padrão de sono em mulheres com fibromialgia. Nursing. São Paulo. ISSN 1415-8264. 12:131 (Abril 2009). 166-170.

LE MOS, Fátima - Fisiologia do sono. Psiquiatria Clínica. São Paulo. ISSN 0101-6083. 15:4 (Outubro/Dezembro 1994) 187-194.

MAEDA, Cecília; MARTINEZ, José Eduardo; NEDER, Matilde - Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia Rev Bras Reumatol. [Em linha]. Campinas. 46:1, (Jan./Fev., 2006) 3-10. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n1/29380.pdf>>. ISSN 0482-5004.

MARÔCO, João - **Análise estatística com o PASW Statistics : ex SPSS**. Pêro Pinheiro: Report Number, 2010. 953 p. ISBN 978-989-96763-0-5.

MARQUES Amélia Pasqual [et al.] - Pain in fibromyalgia and discriminative power of the instruments: visual analog scale, dolorimetry and the McGill pain questionnaire. Acta Reumatol Port [Em linha]. Lisboa. 33 (2008) 345-351. [Consult. 10 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.spreumatologia.pt/SPR_Pubmed.php?filename=ARP_2008_3_345_AO_-_Pain_in_fibromyalgia.pdf>. ISSN 0303-464X.

MARTIN, Susan [et al.] - Evaluation of the impact of fibromyalgia on patients' sleep and the content validity of two sleep scales. Health and Quality of Life Outcomes [Em linha]. Londres. 7:64 (Julho 2009) 1-7. [Consult. 10 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-7-64.pdf>>. ISSN 1477-7525.

MAS, A.J. [et al.] - Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. Clin Exp Rheumatol. Piza. ISSN 0392-856X. 26: 4 (2008) 519-526.

MOLDOFSKY, Harvey [et al.] - Effects of sodium oxybate on sleep physiology and sleep/wake-related symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. J Rheumatol [Em linha]. 37:10 (Out. 2010) 2156-2166. [Consult. 20 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.irheum.org/content/37/10/2156.long>>. ISSN 1499-2752.

NÉRCIO, Tiago Ricardo – **Qualidade do sono e hábitos de estudo em jovens institucionalizados** [Em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2010. 134 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: [Consult. 11 Dez. 2010]. Disponível em WWW: <URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1462/3/dm_tiagonercio.pdf>.

OLIVEIRA, Paula [et al.] - Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. Acta Reumatol Port. Lisboa. 34 (2009) 511-519. ISSN 0303-464X.

ORTIZ, Fernando - Fibromialgia. In Neurologia Online [Em linha]. São Paulo, 2010. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://foz9.wordpress.com/2010/06/27/fibromialgia/>>.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 690 p. ISBN 972-618-391-X.

POCA-DIAS, V. [et al.] - Validación de la versión catalana del fibromyalgia impact questionnaire. Reumatol Clin [Em linha]. Barcelona. 2 (2006) 63-4 [Consult. 10 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.institutferran.org/documentos/poster_fig_c.pdf>. ISSN 1699-258X.

PORTUGAL. Instituto do Emprego e Formação Profissional – **Classificação nacional de profissões – Versão 1994** [Em linha]. 2.ª ed. Lisboa: IEFP, 2001. [Consult. 19 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>>. ISBN: 972-732-146-1.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **Inquérito nacional de saúde 2005/2006** [Em linha]. Lisboa: INE, 2009. [Consult. 22 Set. 2011]. 330 p. Disponível em WWW: <URL: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf>. ISBN 978-972-673-845-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – *Circular normativa nº09/DGCG* [Em linha]. 2003-06-14. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. [Consult. 21 Ago. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - *Circular informativa nº45/DGCG* [Em linha]. 2005-09-05. Fibromialgia. [Consult. 21 Ago. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.myos.pt/downloads/circular05DGS.pdf>>.

RENTE, Pilar; PIMENTEL, Teresa – **A patologia do sono**. Lisboa [etc.]: Lidel, cop. 2004. 212 p. ISBN 978-972-757-273-1.

RESENDE, Maria João Pinto - **Desempenho ocupacional e fibromialgia: intervenção em equipa multidisciplinar, contributo da terapia ocupacional** [Em linha]. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. 242 p. Dissertação de Mestrado [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1389/1/LC696.pdf>>.

RIBERTO, Marcelo – **Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não traumática** [Em linha]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004. 100 p. Dissertação de Mestrado [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5145/tde-22092004-175930/publico/Fibromialgia-e-Trauma.pdf>>.

RIBERTO, Marcelo - **Estimulação transcraniana com corrente contínua associada ao tratamento multidisciplinar da fibromialgia: um estudo duplo-cego, aleatorizado e controlado**. [Em linha]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008. 115 p. Dissertação de Doutorado [Consult. 15 Dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-13022009-134542/publico/Marceloriberto.pdf>>.

ROSADO, Maria da Lapa [et al.] - Adaptação cultural e validação do «Fibromyalgia Impact Questionnaire»: versão portuguesa. Acta Reum. Port [Em linha]. Lisboa. 31:2 (Abr./Jun. 2006) 157-65 [Consult. 21 Ago. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.spreumatologia.pt/sites/spreumatologia.pt/files/pdfs/ARP_2006_2_157_Adaptacao_cultural.pdf>. ISSN: 0303-464X.

ROSALES, [et al.] - Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. An. Fac. Med. Lima. ISSN 1025-5583. 68:2 (Abr./Jun. 2007) 150-158.

ROYUELA, Angel Rico; MACÍAS, José A. Fernández - Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. Vigilia-Sueño. Barcelona. ISSN: 1132-9572. 9:2 (1997) 81-94.

SALTARELI, Simone [et al.] - Avaliação de aspetos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia. Rev Bras Reumatol. [Em linha]. Campinas. 48:3 (Mai./Jun. 2008) 151-156. [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n3/a04v48n3.pdf>>. ISSN 0482-5004.

SAMPAIO, Ana Lúcia Viana - **O papel do otimismo no ajustamento psicossocial do doente fibromiálgico** [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, 2008. 153 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 27 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/859/1/18831_ulsd_dep.17430_O_Papel_do_Otimismo_o.pdf>.

SAMPAIO, Maria Leonor Fernandes Cabral de - **O julgamento médico: regimes de envolvimento dos atores em situação: o caso da fibromialgia** [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2010. 398 p. Dissertação de Doutoramento. [Consult. 30 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4416/1/Tese%20PhD%20Leonor%20Sampaio.pdf>>.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista - **Metodología de la investigación**. 4ª ed. México [etc.]: McGrawHill, cop. 2006. 850 p. ISBN 970-10-5753-8.

SANCHES, Sabrina de Oliveira - **Controle motor, dor e depressão em mulheres com síndrome da fibromialgia** [Em linha]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, 2007. 131 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 25 Set. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.tede.udesc.br/tde_arquivos/9/TDE-2007-09-17T082021Z-409/Publico/dissertacao%20sabrina%20de%20oliveira%20sanches_udesc.pdf>.

SCOPEL, Evanea Joana - **Efeitos da hipnose na percepção de dor em mulheres com síndrome da fibromialgia** [Em linha]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 2008. 121 p. Dissertação de Mestrado. [Consult. 25 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/evanea%20j%20scopel.pdf>>.

SILVERMAN [et al.] - Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. BMC Musculoskeletal Disorders. [Em linha]. London. 11:66 (April. 2010) 1-9. [Consult. 16 Dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-11-66.pdf>>. ISSN 1471-2474.

SOUZA, Luana [et al.] - A hidroterapia promove redução da dor e melhora na qualidade de vida em mulheres fibromiálgicas [Poster]. In CONGRESSO BRASILEIRO DE FISIOTERAPIA 19 [Em linha]. Florianópolis: AFB, 2011. [Consult. 25 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://xr2.com.br/fisioterapia/pdf/PE0873.pdf>>.

TAFNER, Malcon Anderson – O sono, sua estrutura e monitoração. Cérebro e Mente. [Em linha]. Campinas. 12 (Jan./Abr. 2001). [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cerebromente.org.br/n12/mente/sono.html>>. ISSN 1414-3690.

THEADOM, A.; CROPLEY, M.; HUMPHREY, K. L. - Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. J. Psychosom. Res. Oxford. ISSN 0022-3999. 62:2 (Feb. 2007) 145-151.

THOMAS, E.; MISSOUNGA, L., BLOTMAN, F. – Fibromialgia. Kinésithérapie-médecine physique-réadaptation [Em linha]. Paris. (2006) 1-7 [Consult. 21 Ago. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://facilsalud.com/libros/ENCICLOPEDIAS%20DEPORTIVAS/Medicina%20Fisica/Aplicaciones/reumatologia%20y%20ortopedia/Fibromialgias.pdf>>. ISSN 1769-6852.

VARELLA, António - O sono, natural e restaurador!!! [Em linha]. 2010. [Consult. 16 Jan. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://antoniovarella.wordpress.com/2010/11/30/antonio-varella-fala-do-sono-melhor-remedio-de-todos/>>.

VIOLA-SALTZMAN, M. [et al.] - High prevalence of restless legs syndrome among patients with fibromyalgia: a controlled cross-sectional study. J Clin Sleep Med. Wetchester. ISSN 1550-9389. 6:5 (Oct. 2010) 423-427.

WILKE, William S. - New developments in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: Say goodbye to tender points? Cleveland Clinic Journal of Medicine [Em linha]. Cleveland. 76:6 (Junho 2009) 345-352. [Consult. 10 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ccm.org/content/76/6/345.long>>. ISSN 1939-2869.

WOLFE, Frederick [et al.] - The American College of Rheumatology: preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care & Research [Em linha]. New York. 62:5 (Maio 2010) 600-610 [Consult. 15 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/fibromyalgia/2010_Preliminary_Diagnostic_Criteria.pdf>. ISSN 2151-4658.

ZIJLSTRA, T. R. [et al.] - Validation of a Dutch translation of the fibromyalgia impact questionnaire. Rheumatology [Em linha]. Oxford. 46:1 (2007) 131-134. [Consult. 30 Jul. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/46/1/131.long>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de autorização para a utilização das escalas



ana cristina <anacris.plf@gmail.com>

"Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh"

2 mensagens

ana cristina <anacris.plf@gmail.com>
Para: gbuela@ugr.es

29 de junho de 2011 09:02

Exma Srª Drª .

Bom dia, antes de mais apresento-me: chamo-me Ana Cristina Ferreira e sou aluna do 1º Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Peço desde já desculpa de a estar a incomodar com este assunto, mas no âmbito do presente curso de mestrado, estou a realizar uma tese sobre o tema "Qualidade do sono na pessoa com fibromialgia". No processo de pesquisa de informação para o meu trabalho, tomei conhecimento da existência do "Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh", que o Srª Drª o validou.

Por o considerar relevante para a realização da minha Tese, venho por este meio solicitar a Vª Exª que se digne autorizar-me a utilizar o referido "Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh" e se me poderia fornecer as instruções para o cálculo dos valores das diferentes componentes.

Grata pela sua atenção e disponibilidade

Cumprimentos,

Ana Cristina Ferreira

Gualberto Buela-Casal <gbuela@ugr.es>
Para: ana cristina <anacris.plf@gmail.com>

29 de junho de 2011 09:28

Por mi si puede utilizarlo.

[Texto das mensagens anteriores oculto]



ana cristina <anacris.pt@gmail.com>

Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF)™.

ana cristina <anacris.pt@gmail.com>
 Para: mariadalapa@gmail.com

29 de dezembro de 2010 16:02

Exma Srª Drª Maria da Lapa Rosado,

Bom tarde, antes de mais apresento-me: chamo-me Ana Cristina Ferreira e sou aluna do 1º Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu. No seguimento do contacto telefónico estabelecido com a Unidade de Fisioterapia do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcobça, a colega terapeuta Inês Proença forneceu-me este seu contacto de e-mail. Peço desde já desculpa de a estar a incomodar com este assunto, mas no âmbito do presente curso de mestrado, estou a realizar uma tese sobre o tema "Qualidade do sono na pessoa com fibromialgia". No processo de pesquisa de informação para o meu trabalho, tomei conhecimento da existência do "Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF)", que a Sra Dra validou para Portugal. Por o considerar relevante para a realização da Tese, venho por este meio solicitar a Vª Exª que se digne autorizar-me a utilizar o referido "Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF)".

Grata pela sua atenção e disponibilidade

Cumprimentos,

Ana Cristina Ferreira

Maria da Lapa Rosado <mariadalapa@gmail.com>
 Para: ana cristina <anacris.pt@gmail.com>

29 de dezembro de 2010 16:01

Estimada Ana

Envio-lhe em anexo o artigo da publicação do questionário.
 Mantenha-se o nome do questionário original na sua publicação.
 Tem o meu consentimento para a sua utilização na sua base de mestrado.
 No entanto gostaria de estar a par do seu estudo e resultados obtidos.
 Fico a aguardar por novidades suas.
 Qualquer dúvida ou outra questão, disponha.
 Com os meus melhores cumprimentos e votos de bom ano de 2011

Maria da Lapa Rosado

No dia 29 de Dezembro de 2010 16:02, ana cristina <anacris.pt@gmail.com> escreveu:

[Todo o conteúdo desta mensagem é enviado em oculto]

—
 Maria da Lapa Rosado

ARP_2006_2_167_Adeplacao_culturaLpdf
 141K

APÊNDICE II

Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados

Exmo. Presidente da @ES do Hospital
para emitir parecer.



27/02/11



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes do Almeida, nº132
3500-643 VISEU
Tel. 232 419 100
Telex. 961 111 800
Fax 232 420 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital São Teotónio EPE de Viseu
Av. Rei D. D. Teotónio
3504-509 VISEU

Made a ofício. Tu há-vos e
signou o meu nome e
intencio para ser pessoal
das conclusões referidas
P. do V. S. M. F. R.

Exmo. Coordenadora da
Unidade da Dor e chefe de
de e. especial para informações.

Autorização
INFORMES

4/02/11

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº: 79	Data: 25/01/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

Na resposta indicar a mesma referência. Em cada ofício tratar-se de um assunto

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a Escola Superior de Saúde de Viseu, a Professora Doutora Madalena Cunha e a estudante Ana Cristina Pereira Lopes Ferreira do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, interessados em desenvolver um estudo sobre a "Qualidade do sono na pessoa portadora de Fibromialgia", com o objectivo de avaliar a qualidade do sono nas pessoas portadoras de Fibromialgie.

Neste contexto, vimos solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante os meses de Fevereiro e Março de 2011, junto das pessoas portadoras de Fibromialgia acompanhadas na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do Hospital de S. Teotónio EPE de Viseu.

Será pedido o consentimento informado.

Em anexo, enviamos um exemplar do instrumento de colheita de dados/informação.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V.ª Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que a Professora Doutora Madalena Cunha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais célere possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito graças pela disponibilidade e atenção dispensadas, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

(c.)
Ao Coordenador
da Unidade da Dor
15/02/11

Escola Superior de Saúde de Viseu
14-02-2011
Prof. Dr. João

Prof. Doutor João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

Hospital de São Teotónio - Viseu	
Secretariado de Administração	
Documento nº	239
Entrada	27/01/2011 h/
Saida	03/02/2011 h/
Processo	0810212011 h/
	11/02/2011 h/

APÊNDICE III

Declaração de Consentimento Informado



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
 UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E
 INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica

COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Investigador Principal: Professora Doutora Madalena Cunha

Investigadores Colaboradores: Ana Cristina Pereira Lopes Ferreira

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante _____

BI nº _____ emitido em ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE IV

Medidas Estatísticas

A presente investigação assenta num estudo **transversal** de natureza **observacional** – pois centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de variáveis comportamentais e/ou sócio afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica (COUTINHO, 2011 p. 24).

Inserir-se no tipo de **investigação não experimental** dado que procura averiguar a forma como se relacionam as variáveis do seu estudo sem pretensão de causalidade (COUTINHO, 2011, p. 231).

Trata-se de **estudo transversal**, quando, “se compara grupos diferentes num mesmo momento temporal”. (COUTINHO, 2011, p. 262).

Apresenta as características de um **estudo descritivo e** correlacional, por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer previsões, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (SAMPLERI; COLLADO; LÚCIO, 2006).

A amostra é não probabilística, por conveniência. Não probabilística, porque a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos (MAROCO, 2010, p. 27). Por conveniência porque é constituída por indivíduos facilmente acessíveis para o nosso estudo e que respondem a critérios de inclusão precisos (FORTIN, 2009, p. 321).

Refere Fortin (2009) que o método de colheita de dados utilizado é definido pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis e pelas estratégias de análise estatística que se preveem realizar.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas:

- Frequências: Absolutas (N) e Percentuais (%);
- Medidas de tendência central: Médias (\bar{X});
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV)

As medidas de **assimetria Skewness** (SK) obtêm-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita

e se SK/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p. 77).

Para as medidas de **achatamento curtose** (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP). Deste modo, se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a +2, a distribuição é leptocúrtica. A distribuição é normal quando for simétrica e mesocúrtica. Os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis serão aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p. 78).

Relativamente à análise bivariada aplicaremos o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste.

Tal como referem Pestana e Gageiro (2005, p.123-131), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui. quadrado na medida em que “ (...) os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...) “os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”. Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2005, p.79), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Fonte: PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS. 4ªed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 690 p.. ISBN 972-618-391-X.

No nosso estudo recorreremos a testes paramétricos e para o estudo de proporções recorreremos a testes não paramétricos.

Testes t de Student ou teste U de Mann Whitney (U de M-W) para amostras independentes – o primeiro compara as médias de duas amostras independentes enquanto o segundo compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes; o teste U de M-W mostra-se como uma alternativa não paramétrica ao t de student. (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p. 444).

Teste Kolmogorov-Sminov (K-S) – com a correção de Lilliefors “(...) analisa a distribuição de uma variável ordinal nas categorias de uma variável dicotómica” e permite verificar se a distribuição é normal (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p. 140).

Análise de variância a um fator ou teste de Kruskal-Wallis (K-W) – teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, para a comparação de médias em mais de dois grupos (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p. 455).

Coefficiente de correlação R de Pearson – é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Ainda em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que segundo Pestana e Gageiro (2005, p.179), por convenção que:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Teste de qui. quadrado (χ^2) - para o estudo de relações entre duas variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p.127, 128, 131, 435).

Teste de One-Way ANOVA (F) – Analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. Quando se atesta a igualdade de mais de duas médias, e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se aos testes *Post-hoc*, à análise da tendência ou às comparações planeadas, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (PESTANA; GAGEIRO, 2005, p.272).

O estudo da associação entre variáveis, bem como a descrição das características da amostra em função destas, pressupõe a utilização de diferentes procedimentos estatísticos, selecionados de acordo com a natureza das mesmas.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO (UnICISE)

Área Científica: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Investigador Principal (orientador): Professora Doutora Madalena Cunha

Investigadores colaboradores: Ana Cristina Pereira Lopes Ferreira

Curso: Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1ª Edição

Estudo: *Qualidade do Sono da Pessoa Portadora de Fibromialgia*

Instruções de Preenchimento do Instrumento da colheita de dados

Caro utente,

No âmbito do desenvolvimento do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1ª Edição na Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, está em curso uma investigação sobre a “Qualidade do Sono na Pessoa Portadora de Fibromialgia”.

Assim, vimos solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário/escalas em anexo.

As respostas serão apenas para tratamento estatístico, não sendo fornecidas a terceiros, sendo garantidas a sua confidencialidade e anonimato.

No final, certifique-se que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Muito Obrigado(a)

Viseu, 2011

QUESTIONÁRIO

SECÇÃO A – DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Assinale com uma X a resposta que melhor se adequa à sua situação pessoal.

1. IDADE _____ (anos) 2. SEXO Masculino
- Feminino
3. ESTADO CIVIL Casado(a) Divorciado(a) Separado(a)
- Solteiro(a) Viúvo(a) União de Facto
4. SITUAÇÃO LABORAL:
- Empregado Profissão: _____
- Desempregado
- Baixa Médica
- Reformado
5. ESCOLARIDADE
- Não sabe ler nem escrever Sabe Ler e/ou Escrever
- 1º Ciclo Ensino Básico (4ª classe) 2º Ciclo Ensino Básico (6º ano)
- 3º Ciclo Ensino Básico (9º ano) Secundário (12º ano)
- Ensino Superior

SECÇÃO B – AVALIAÇÃO DA DOR

- 1- Em que região (ões) do corpo sente dor? _____
- 2- Manifestações da Dor:
- Continuamente Muitas vezes ao Dia
- Várias vezes/semana Várias vezes/mês
- 3- Intensidade da Dor ao longo do último mês?
- Tem aumentado Tem Diminuído Mantido Sempre Igual

SECÇÃO C - ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR

Faça a equivalência colocando uma cruz sobre o tipo de Dor ao qual corresponde à sua:

**Sem
Dor**



**Dor
Máxima**

SECÇÃO D – INDICE DA QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante o último mês. As suas respostas devem refletir fielmente o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as perguntas.

Instruções:

- 1) As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado.
- 2) As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- 3) Por favor, responda a todas as questões.

.....

- 1) Durante o mês passado, a que horas se deitou, na maioria das vezes, à noite?

HORÁRIO DE DEITAR: ____:____

- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou, na maioria das vezes, a adormecer?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA ADORMECER: _____

- 3) Durante o mês passado, a que horas, na maioria das vezes, acordou de manhã?

HORÁRIO DE ACORDAR: ____:____

- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que ache mais correta.

Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

SECÇÃO E - FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE

(VERSÃO PORTUGUESA) – FIQ-P

INSTRUÇÕES: Nas perguntas 1 a 11 por favor faça um círculo no número que, em relação à **última semana**, melhor descreve a maneira como **em geral**, foi capaz de executar as tarefas indicadas. Se habitualmente não faz uma dessas tarefas risque essa pergunta.

	Sempre	Quase Sempre	Quase nunca	Nunca				
Foi capaz de:								
1.Ir às compras?	0	1	2	3				
2.Tratar da roupa na máquina de lavar/secar?	0	1	2	3				
3.Cozinhar?	0	1	2	3				
4.Lavar louça à mão?	0	1	2	3				
5.Aspirar a casa?	0	1	2	3				
6.Fazer as camas?	0	1	2	3				
7.Andar vários quarteirões (200 a 500 metros)?	0	1	2	3				
8.Visitar a família ou os amigos?	0	1	2	3				
9.Tratar das plantas ou praticar o seu passatempo?	0	1	2	3				
10.Deslocar-se, no seu próprio carro ou em transportes públicos?	0	1	2	3				
11.Subir as escadas?	0	1	2	3				
12. Na última semana, em quantos dias se sentiu bem?								
	0	1	2	3	4	5	6	7
13.Na última semana, quantos dias faltou ao trabalho e/ou não realizou as tarefas domésticas, devido à fibromialgia?								
	0	1	2	3	4	5	6	7

INSTRUÇÕES: Nas perguntas que se seguem, assinale um ponto na linha que melhor indica o modo como **em geral**, se sentiu **na última semana**.

14. Nos dias que trabalhou, quanto é que a sua doença – Fibromialgia - interferiu no seu trabalho?

Trabalhei sem problemas | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Tive grande dificuldade no trabalho

15. Que intensidade teve a sua dor?

Não tive dor | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Tive dor muito intensa

16. Que cansaço sentiu?

Não senti cansaço | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Senti um cansaço enorme

17. Como se sentiu quando se levantava de manhã?

Acordei bem repousada | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Acordei muito cansada

18. Que rigidez sentiu?

Não tive rigidez | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Senti muita rigidez

19. Sentiu-se nervosa ou ansiosa?

Não tive ansiedade | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Senti-me muito ansiosa

20. Sentiu-se triste ou deprimida?

Não me senti deprimida | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Senti-me muito deprimida

OBRIGADO (A)