

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

MAYARA LEITE ALVES DA SILVA

**COMPORTAMENTO SUICIDA E DOR PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM
FIBROMIALGIA**

Maceió
2021

MAYARA LEITE ALVES DA SILVA

**COMPORTAMENTO SUICIDA E DOR PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM
FIBROMIALGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Epidemiologia, Fisiopatologia e Terapêutica em Ciências Médicas

Orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto
Coorientador: Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda

Maceió
2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586c Silva, Mayara Leite Alves da.
Comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com fibromialgia /
Mayara Leite Alves da Silva. – 2022.
94 f. : il.

Orientador: Valfrido Leão de Melo Neto.
Coorientador: Claudio Torres de Miranda.
Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de
Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas. Macció, 2021.

Bibliografia: f. 49-61.
Apêndice: f. 62-64.
Anexos: f. 65-94.

1. Comportamento suicida. 2. Dor (Psicologia). 3. Fibromialgia. I.
Título.

CDU: 616.89-008.441.44

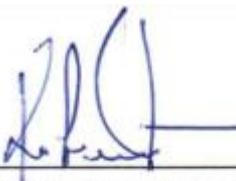
FOLHA DE APROVAÇÃO

MAYARA LEITE ALVES DA SILVA

COMPORTAMENTO SUICIDA E DOR PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 29 de setembro de 2021

Banca Examinadora:



Dr. Roberto Cordeiro de Andrade Teixeira
UNCISAL/UNIT
Examinador externo

JORGE ARTUR
PECANHA DE MIRANDA
COELHO:02788815484

Assinado de forma digital por
JORGE ARTUR PECANHA DE
MIRANDA COELHO:02788815484
Dados: 2022.11.03 16:16:32 -03'00'

Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho
UFAL-PPGP
Examinador externo



Documento assinado digitalmente
TIAGO GOMES DE ANDRADE
Data: 04/11/2022 14:51:08-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Dr. Tiago Gomes de Andrade
UFAL-PPGCM/PPGCS
Examinador interno

AGRADECIMENTOS

Agradeço fortemente aos meus pais, Nailza Leite e José Wanderley, pelo apoio e amor incondicional durante essa trajetória árdua e gratificante; à minha irmã, Mayanna, e ao meu sobrinho Caio, por todo suporte de carinho; e agradeço imensamente ao acadêmico de Medicina da Uncisal e meu irmão Maykon Wanderley, por ser fonte de inspiração inesgotável e por sua colaboração insolúvel na coleta de dados da pesquisa.

Agradeço imensamente ao meu orientador, Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto, por ter me acolhido com afeto e maestria, e ser fonte imensurável de conhecimento e de sabedoria. Gratidão por acreditar no meu potencial e por ser a personificação de resiliência e de empatia. A você, toda a minha admiração e apreço.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda, pelos ensinamentos, suporte e disponibilidade, por todo apoio e inestimáveis contribuições durante a evolução da presente dissertação. Gratidão eterna.

Aos pesquisadores do grupo de pesquisa Vital da UFAL, sobretudo ao acadêmico de medicina da Ufal Carlos Remigio, pela parceria, colaboração incansável na coleta e na interpretação dos dados; a Dra. Melina Pedrosa, pela participação em algumas etapas da pesquisa, assim como a Dra. Larissa Pinto e a Dra. Sasha Rodrigues, pelo suporte prático na coleta; em especial agradeço com afinho aos colegas que fiz no mestrado Thiago, Jacyara e Emmanuele pelas palavras de incentivo e encorajamento. Aos colegas da turma, Luísa, Crystenise, Rafaela, Amaro e Márcio pelos bons momentos compartilhados durante às aulas.

Aos usuários do ambulatório de reumatologia e da dor do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes que aceitaram gentilmente participar desta pesquisa.

Aos membros da banca do exame de qualificação, Profa. Dra. Mércia Lamenha e Profa. Dra. Michelle Jacintha, pelas contribuições imprescindíveis na pesquisa.

Aos membros da banca examinadora da defesa do mestrado, Prof. Dr. Roberto Teixeira, Prof. Dr. Jorge Artur, Prof. Dr. Tiago Andrade, Profa. Dra. Maria Cícera, Prof. Dr. Samir Buainaim que, tão gentilmente, aceitaram participar e colaborar com o aperfeiçoamento do trabalho.

Por fim, gostaria de agradecer a Universidade Federal de Alagoas, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PPGCM/UFAL), pelo apoio fornecido e o progresso de excelência.

“Tenho uma espécie de dever de sonhar sempre, pois, não sendo mais, nem querendo mais, que um espectador de mim mesmo, tenho que ter o melhor espetáculo que posso. Assim me construo a ouro e sedas, em salas supostas, palco falso, cenário antigo, sonho criado entre jogos de luzes brandas e músicas invisíveis.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem por objetivo investigar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com Fibromialgia (FM). **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa que foi realizado no ambulatório de reumatologia e no ambulatório de dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) – Universidade Federal de Alagoas na cidade de Maceió (Alagoas). A amostra é não probabilística por conveniência que foi constituída por pacientes em atendimento ambulatorial. A coleta de dados se deu a partir da aplicação do questionário sociodemográfico e clínico, instrumentos diagnósticos como Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2) e Escala diagnóstica de FM de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), assim como instrumentos de intensidades de sintomas como, Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI), Escala de qualidade de vida (SF-36), Inventário de depressão de Beck-II (BDI-II), Escala de desesperança de Beck (BHS), Psychache Scale (Escala de dor psicológica), Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11), Escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ). **Resultados:** 20 (40%) das 50 pacientes entrevistadas apresentaram comportamento suicida. A média de idade foi de aproximadamente 50 anos ($\pm 8,66$). A média do escore do (PSQI) foi 13,54 ($\pm 3,60$). A partir da amostra, 64% das pacientes apresentaram depressão maior atual, assim como 22% transtorno afetivo bipolar. A média dos escores de desesperança, dor psicológica, impulsividade e agressividade foram, respectivamente: 8,86 ($\pm 5,05$), 34,61 ($\pm 11,75$), 73,86 ($\pm 12,76$), 74,34 ($\pm 18,92$). Na análise de correlação, foi observado correlação diretamente proporcional entre dor psicológica e sintomas depressivos ($p < 0,01$; $r = 0,648$), assim como correlação inversamente proporcional com qualidade de vida ($p = 0,01$; $r = -0,361$) e correlação moderada com as variáveis de risco de suicídio ($p = 0,01$; $r = 0,349$) e desesperança ($p = 0,029$; $r = 0,312$). **Conclusão:** A prevalência de comportamento suicida em mulheres fibromiálgicas é maior que na população geral. Também, são mais elevadas as prevalências de episódio depressivo maior e de transtorno afetivo bipolar (TAB). Todas as fibromiálgicas apresentaram prejuízo na qualidade do sono, havendo prejuízos clinicamente maiores entre aquelas com comportamento suicida. Os escores de impulsividade, agressividade e de dor psicológica foram mais elevados entre aqueles com comportamento suicida. Há ainda, uma correlação forte entre dor psicológica e sintomas depressivos, assim como correlação moderada entre dor psicológica e qualidade de vida, risco de suicídio e desesperança.

Palavras-chave: Fibromialgia. Ideação suicida. Tentativa de suicídio. Sofrimento mental.

ABSTRACT

Objective: This study aims to investigate an association between suicidal and psychological behavior in patients with fibromyalgia (FM). **Methodology:** This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach that was carried out in the rheumatology clinic and pain clinic of the University Hospital Prof. Alberto Antunes (HUPAA) - Federal University of Alagoas in the city of Maceió (Alagoas). The sample is non-probabilistic for convenience that was found by patients in outpatient care. Data collection was based on the application of the sociodemographic and clinical questionnaire, diagnostic instruments such as the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2) and the FM diagnostic scale according to the criteria of the American College of Rheumatology (ACR), as well as Symptom intensity instruments such as Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Quality of Life Scale (SF-36), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), Psycheche Scale (Psychological Pain Scale), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Buss-Perry Aggressiveness Scale (AQ). **Results:** 20 (40%) of the 50 patients interviewed showed suicidal behavior. The mean age was approximately 50 years (± 8.66). The mean of the (PSQI) score was 13.54 (± 3.60). From the sample, 64% of patients had current major depression, as well as 22% bipolar affective disorder. The mean scores of hopelessness, psychological pain, impulsiveness and aggressiveness were, respectively: 8.86 (± 5.05), 34.61 (± 11.75), 73.86 (± 12.76), 74.34 (± 18.92). In the correlation analysis, a directly proportional correlation was observed between psychological pain and depressive symptoms ($p < 0.01$; $r = 0.648$), as well as an inversely proportional correlation with quality of life ($p = 0.01$; $r = -0.361$) and moderate correlation with the variables of suicide risk ($p = 0.01$; $r = 0.349$) and hopelessness ($p = 0.029$; $r = 0.312$). **Conclusion:** The prevalence of suicidal behavior in women with fibromyalgia is higher than in the general population. Also, the prevalence of major depressive episode and bipolar affective disorder (BAD) are higher. All fibromyalgia patients had impaired sleep quality, with clinically greater losses among those with suicidal behavior. Impulsiveness, aggressiveness and psychological pain scores were higher among those with suicidal behavior. There is also a strong correlation between psychological pain and depressive symptoms, as well as a moderate correlation between psychological pain and quality of life, suicide risk and hopelessness.

Keywords: Fibromyalgia. Suicidal ideation. Suicide attempt. Mental suffering.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características Sociodemográficas das Pacientes Fibromiálgicas Atendidas no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA)	32
Tabela 2 Características Clínicas das Pacientes Fibromiálgicas Atendidas no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA)	34
Tabela 3 Análise Comparativa dos Índices de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) em Mulheres Fibromiálgicas Com ou Sem Risco de Suicídio	37
Tabela 4 Análise Comparativa dos Domínios de Qualidade de Vida (SF-36) em Mulheres Fibromiálgicas Com ou Sem Risco de Suicídio	39
Tabela 5 Características Psiquiátricas das Mulheres Fibromiálgicas Atendidas no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) de acordo com a Presença ou Ausência de Risco de Suicídio Clinicamente Significativo	41
Tabela 6 Análise Comparativa dos Escores de Impulsividade e Agressividade, em Mulheres Fibromiálgicas de acordo com o Risco de Suicídio	43
Tabela 7 Análise correlativa dos escores de Dor Psicológica com BDI, PSQI, BUSS PERRY, BARRATT, SF-36, IDEIAÇÃO SUICIDA PASSIVA, BHS.	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 História da FM e revisão de conceitos.....	16
3.2 Evolução diagnóstica da FM.....	17
3.3 Importância epidemiológica da FM.....	18
3.4 Fisiopatologia da FM.....	20
3.5 Comorbidades psiquiátricas na FM.....	21
3.6 Comportamento suicida na FM.....	22
3.7 O papel e o impacto da dor psicológica em doenças crônicas como a FM.....	24
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 Local do estudo.....	26
4.3 Critérios de inclusão.....	26
4.4 Critérios de exclusão.....	26
4.6 Coleta de dados.....	27
4.7 Questionário sociodemográfico e clínico (Anexo B).....	27
4.8 Instrumentos diagnósticos.....	27
4.8.1 Escala diagnóstica de FM de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR 2010) (Anexo C).....	27
4.8.2 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2) (Anexo D).....	28
4.9 Instrumentos de intensidades dos sintomas.....	28
4.9.1 Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) (Anexo E).....	28
4.9.2 Escala de qualidade de vida (SF-36) (Anexo F).....	28
4.9.3 Inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) (Anexo G).....	29
4.9.4 Escala de desesperança de Beck (BHS) (Anexo H).....	29
4.9.5 Psychache Scale (Escala de dor psicológica) (Anexo I).....	29
4.9.6 Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) (Anexo J).....	29
4.9.7 Escala de agressividade de Buss-Perry (AQ) (Anexo K).....	29
4.10 Procedimentos.....	30
4.11 Análise dos dados.....	30
5 RESULTADOS.....	31

6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	49
8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE	64
ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome musculoesquelética caracterizada por uma dor crônica multifocal que pode vir associada a uma série de outras queixas somáticas, como astenia, dificuldade cognitiva, distúrbios no ciclo sono-vigília e transtornos de humor (ACR, 2013). Nesse sentido, os pacientes fibromiálgicos apresentam limitações funcionais, comprometimento da autonomia pessoal, assim como na qualidade de vida (JÚNIOR; ALMEIDA, 2018).

Estudos epidemiológicos demonstram um aumento expressivo na frequência de pacientes com FM em todo o mundo (MARQUES, 2017). No Brasil, a FM atinge cerca de 2,5% da população geral, sobretudo mulheres entre 2,4% e 6,8% com faixa etária entre os 30 e 60 anos de idade (MATTOS; LUZ, 2012).

Os distúrbios relacionados à FM são condições diversas com uma patobiologia complexa decorrentes de alterações significativas no processamento da dor no Sistema Nervoso Central (SNC) que provocam profundas alterações cognitivas e consequências emocionais com sofrimento mental, exigindo uma abordagem biopsicossocial (SLUKA; CLAUW, 2016; ARNOLD *et al.*, 2016).

Nesse seguimento, os pacientes fibromiálgicos com dor crônica são extremamente propensos ao diagnóstico de alterações psiquiátricas (MIKI *et al.*, 2018). Embora as associações da FM com os transtornos psiquiátricos sejam heterogêneas entre os estudos, normalmente as doenças comórbidas são depressão, ansiedade, transtorno bipolar e transtorno de personalidade borderline (LICHTENSTEIN; TIOSANO; AMITAL, 2018).

As consequências econômicas e sociais, que geram um custo direto para o sistema de saúde, são inerentes aos pacientes com a saúde mental fragilizada que apresentam limitação funcional (WHO, 2014). O custo global com pacientes psiquiátricos no ano de 2010 foi estimado em US\$ 2,5 trilhões, com estimativas de aumento para U\$6,0 trilhões em 2030 (BLOOM *et al.*, 2011).

Além disso, ter uma condição de dor física crônica associada a um transtorno psiquiátrico, aumenta significativamente o comportamento de risco de suicídio (GALVEZ-SÁNCHEZ; DUSCHEK; REYES DEL PASO, 2019; RATCLIFFE *et al.*, 2008). Estudos epidemiológicos demonstram que há forte associação entre dores crônicas no corpo e sofrimento mental com uma dor psicológica intensa (LORENA, 2016).

A dor psicológica é definida como um estado agudo de dor interna intolerável, associada a uma experiência introspectiva ligada a emoções negativas, decorrentes de dificuldades em lidar com o sofrimento, raiva, dor, angústia avassaladora e medo (SHNEIDMAN, 1993). Esse quadro provoca modificações do humor, o que pode levar ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (MARCOLAN, 2018).

Nesse sentido, há uma associação entre dor psicológica severa e impulsividade no comportamento e ideação suicida. (CÁCEDA *et al.*, 2014). Assim, a dor psicológica é uma dimensão proeminente na alteração do humor e tem um papel importante na fisiopatologia de transtornos psiquiátricos e maior risco de suicidalidade (CONEJERO *et al.*, 2018).

As dores psicológica e física são preditores significativos associados com o aumento do risco de suicídio e são contribuintes nas teorias modernas de suicidologia (RIZVI *et al.*, 2017). Nesse sentido, a dor psicológica não é apenas um fenômeno associado a distúrbios de humor, mas se torna um importante fator de risco para o comportamento suicida e os indivíduos com maior propensão para esse sofrimento mental, estariam em maior risco de cometer suicídio (LUÍS, 2016).

O suicídio não ocorre apenas em países de alta renda e cerca de 77% dos suicídios globais ocorrem em países de renda baixa ou média em 2019, um total de mais de 700 mil suicídios cada ano, uma pessoa a cada 40 segundos (WHO, 2021).

No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil e segundo as características dos casos notificados de lesão autoprovocada, as tentativas de suicídio foram maiores entre as mulheres 69,0% (BRASIL, 2017). A literatura aponta que um dos grandes fatores de risco para o suicídio consumado, além da presença de transtornos psiquiátricos são as tentativas anteriores de suicídio (PEREIRA *et al.*, 2018).

O comportamento suicida caracteriza-se como um dos elementos que envolve desde a ideação, o planejamento, a tentativa de autoextermínio e o suicídio consumado (WHO, 2018). As categorias de risco para ideação suicida incluem as queixas polissomáticas generalizadas e constantes, tonturas e presença de transtorno mental grave e persistente (MCKERNAN *et al.*, 2018).

A intencionalidade e a persistência suicida pode ser passiva ou ativa, em que o pensamento passivo cresce a partir de ideias vagas sobre morrer, geralmente o paciente pensa que seria melhor estar morto, mas que não teria coragem de se matar, diferentemente da ideação ativa, em que o paciente apresenta ideias persistentes de morrer com um plano letal (BOTEGA, 2015).

A depressão e a ansiedade são os transtornos de humor mais importantes e frequentes em pacientes fibromiálgicos e fazem parte de um complexo mecanismo que pode interferir na qualidade de vida desses indivíduos e conseqüentemente um fator de risco para o comportamento suicida (HOMANN *et al.*, 2012).

O paciente com depressão que expressa traços de personalidade de impulsividade e agressividade apresenta risco aumentado para o comportamento suicida, sobretudo quando o indivíduo relata tentativas prévias (BARBI, 2018). Dentre os diversos fatores de risco para o suicídio, o alto nível de desesperança torna-se uma mola propulsora para o comportamento suicida (MARBACK; PELISOLI, 2014).

Por tudo isso, o comportamento suicida, assim como a dor psicológica, tornou-se um grave problema de saúde pública, que interfere diretamente no estado geral de saúde dos pacientes com FM. Sendo assim, a avaliação dos principais transtornos psiquiátricos pode servir de guia para direcionar as políticas públicas, além de orientar programas e condutas terapêuticas para um melhor manejo nessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com fibromialgia

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra;
- Descrever a prevalência de risco de suicídio, depressão maior, transtorno bipolar e distúrbio do sono;
- Mensurar os escores de qualidade de vida, depressão, desesperança, dor psicológica, impulsividade, agressividade;
- Avaliar a associação entre risco de suicídio e dor psicológica na amostra, com a presença de transtornos do sono, qualidade de vida, transtornos de humor, desesperança, impulsividade e agressividade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História da FM e revisão de conceitos

As síndromes musculoesqueléticas caracterizadas como um tipo de reumatismo não articular foram descritas em 1592 pelo médico Guillaume de Baillou (RUHMAN, 1940, KENNEDT; FELSON, 1996). As primeiras definições sobre reumatismo muscular eram vagas e desde o século 19 diferentes nomenclaturas foram descritas (BLOCK, 1993).

No ano de 1815, William Balfour definiu os pontos sensíveis musculares que eram causados por inflamações no tecido conjuntivo fibroso, de nódulos de tensão (BALFOUR, 1815). Após alguns anos, Valleix referiu o conceito de ponto gatilho (neuralgia) causado por dor referida em regiões à palpação na direção dos nervos (VALLEIX, 1841). Em 1843, Froriep descreveu os pontos dolorosos ou calos musculares em indivíduos com reumatismo (FRORIEP, 1843).

Beard, em 1880, caracterizou a dor generalizada acompanhada de miastenia e neurastenia, em que o indivíduo apresentava uma fadiga muscular e distúrbios psicológicos (BEARD, 1880). Em 1903, Cornelius defendeu que a direção da irradiação dolorosa dos pontos era diferente das rotas nervosas descritas por Valleix (CORNELIUS, 1903).

O termo fibrosite foi mencionado pela primeira vez por Willian Gower em 1904 e foi descrito como queixa dolorosa dos tecidos moles associada a dor espontânea ao toque, fadiga e distúrbio do sono (TRAUT, 1965). A fibrosite inclui tipos de manifestações; primária que tem como característica a dor generalizada e não associada a qualquer artropatia e a secundária, com manifestações em algumas regiões específicas do corpo, sendo associada a doenças articulares subjacentes (TRAUT, 1952).

Em 1937, Halliday, sugeriu a mudança do termo fibrosite para reumatismo psicogênico com dor e rigidez articular em que muitas vezes está associada à sofrimento mental dos pacientes ansiosos e deprimidos (BEETHAM, 1979). Gutstein, em 1940, estava convencido de que as lesões com dores crônicas no corpo eram relacionadas aos músculos e por isso chamou os nódulos da fibrosite de manchas miálgicas ou mialgia idiopática (GUTSTEIN, 1938).

O termo fibromialgia, foi sugerido pela primeira vez por Hench em 1976, embora em 1979, Smythe foi o primeiro a propor a síndrome dolorosa fibromiálgica como dor generalizada com critérios diagnósticos de dor difusa com duração de mais de três meses, sensibilidade na região escapular superior, alteração do sono, cansaço muscular e rigidez matinal (SMYTHE, 1972; SMYTHE, 1981; WOLFE; CATHEY; KLEINHEKSEL, 1984).

Nesse contexto, a síndrome fibromiálgica foi descrita em 1984 por Yunus, com características principais de dor crônica generalizada não inflamatória e persistente, além de associar a FM com outras síndromes semelhantes de ligação fisiopatológica comum, como espasmo muscular, síndrome do intestino irritável, síndrome da dismenorreia primária, síndrome da fibromialgia primária e cefaleia do tipo tensional (YUNUS, 1984; INANICI; YUNUS, 2004).

Por tudo isso, em 1987, a American Medical Association aceitou o termo de síndrome fibromiálgica em que foi reconhecida pelo American College of Rheumatology (ACR) que criou um comitê para estabelecer os critérios diagnósticos para FM (WOLFE *et al.*, 1986).

3.2 Evolução diagnóstica da FM

Os critérios de diagnóstico são clínicos e dependem da história fisiopatológica dos sinais e sintomas, assim como do exame físico através dos critérios diagnósticos para excluir afecções associadas ou de doenças de base da síndrome dolorosa miofascial (HEYMANN *et al.*, 2017).

Nesse sentido, em 1987, um consórcio de centros de pesquisa interessados na síndrome fibromiálgica se reuniu em um comitê para discutir objetivos específicos; 1) fornecer uma definição consensual de FM; 2) estabelecer novos critérios diagnósticos da FM; 3) rever a relação da FM primária e secundária ou concomitante; 4) rever os critérios anteriores em um estudo multicêntrico, em 16 centros nos Estados Unidos e Canadá e em ambientes clínicos para estabelecer novos critérios sugerindo abolir a distinção entre fibromialgia primária e secundária no nível do diagnóstico (WOLFE *et al.*, 1990).

Em 1990, o ACR propôs os primeiros critérios para classificação da FM com ênfase em: 1) História de dor generalizada acima de três meses, exame físico de ponto doloroso bilateralmente no corpo acima e abaixo da cintura e dor esquelética axial; 2) Dor em 11 de 18 locais de pontos sensíveis à palpação digital aproximadamente de 4kg em áreas simétricas no occipital, cervical, trapézios, supraespinhal, segundas costelas, epicôndilos, glúteos, proeminências trocântéricas, joelhos e, pelo menos, mais dois dos quatro sintomas seguintes: fadiga, alteração do sono, perturbações emocionais e dores de cabeça (WOLFE; CATHEY; KLEINHEKSEL, 1984; WOLFE *et al.*, 1990; ACR, 1990).

Apesar da grande contribuição dos critérios do ACR 1990 para a classificação da FM, houve muitas críticas ao longo dos anos de sua utilização e novas discussões foram necessárias. Os critérios do ACR 2010 não exigiam o exame físico nos pontos dolorosos, porém dependiam do número de regiões corporais dolorosas relatadas pelo paciente avaliado pelo índice de dor generalizada (WPI), em que o paciente refere dor durante os últimos 7 dias, composto por 19

áreas potencialmente dolorosas (mandíbula direita e esquerda, ombro direito e esquerdo, braço direito e esquerdo, antebraço direito e esquerdo, quadril direito e esquerdo, coxa direita e esquerda, perna direita e esquerda, cervical, tórax, abdome, dorso e lombar) e um índice de gravidade dos sintomas (SSI) que resulta da soma dos escores de fadiga, distúrbios do sono, distúrbios cognitivos e sintomas somáticos (WOLFE *et al.*, 2010; HEYMANN *et al.*, 2017, BRAGA, 2012).

Em 2011, foi realizada uma atualização com a criação de uma versão autoaplicável que permite o uso em estudos epidemiológicos e clínicos sem a necessidade de um examinador, mas, que não deve ser usada para autodiagnóstico. Estudos futuros devem avaliar a aceitação, confiabilidade e validade dos critérios diagnósticos do ACR FM modificados em estudos epidemiológicos e clínicos (WOLFE *et al.*, 2011).

Com isso, em 2016 houve uma revisão dos critérios diagnósticos 2010/2011 com as seguintes alterações; (1) altera o critério 1 para "índice de dor generalizada (WPI) ≥ 7 e escala de gravidade dos sintomas (SSS) escore ≥ 5 OU WPI entre 4 e 6 e pontuação SSS ≥ 9 com WPI mínimo de ≥ 4 em vez de ≥ 3 ; os sintomas geralmente estão presentes há pelo menos 3 meses; remove a exclusão referente a distúrbios que poderiam explicar a dor e acrescenta o seguinte texto: "Um diagnóstico de fibromialgia é válido independentemente de outros diagnósticos. Um diagnóstico de fibromialgia não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes"; adiciona a escala de sintomas FM como um componente completo dos critérios; cria um conjunto de critérios em vez de ter critérios separados de médico e paciente, averigua a presença de cefaleias, dores ou câibras na parte inferior do abdômen e depressão durante os últimos 6 meses (WOLFE *et al.*, 2016).

3.3 Importância epidemiológica da FM

A dor crônica é um grave problema de saúde pública e apresenta uma prevalência de aproximadamente 20% da população mundial (TREEDE *et al.*, 2015). No Brasil, cerca de 39% dos adultos e idosos sofrem de dor crônica com predomínio no sexo feminino 56%, com média de idade de 41 anos (SOUZA *et al.*, 2017; SOUZA; PERISSINOTTI, 2018).

A fibromialgia é uma condição de dor crônica complexa com uma prevalência de 2,1% no mundo (CABO-MESEGUER; CERDÁ-OLMEDO; TRILLO-MATA, 2017). A epidemiologia da FM ainda não está bem elucidada (NEUMEISTER; NEUMEISTER, 2020), porém tem havido um aumento expressivo de estudos de prevalência ao redor do mundo (VINCENT *et al.*, 2013; GRANADOS *et al.*, 2014; MARQUES *et al.*, 2017).

Segundo relatos de revisões sistemáticas, a média da prevalência é mais baixa na Venezuela 0,2% e mais alta nos EUA 6,4% (QUEIROZ, 2013). No Brasil, a prevalência foi estimada em cerca de 2% da população, cujos dados foram coletados em 2015-2016 (SOUZA; PERISSINOTTI, 2018; WOLFE *et al.*, 2013).

Em um estudo realizado em Montes Claros, Brasil, estimou uma prevalência de 34,7% pacientes fibromiálgicos dos 219 que foram identificados com doenças reumáticas (SENNA *et al.*, 2004). Nesse sentido, em outro estudo epidemiológico, a prevalência de FM foi de 5,5%, em idosos residentes na zona oeste de São Paulo, Brasil (BARSANTE *et al.*, 2010).

A dor crônica generalizada com gravidade variável é uma das manifestações clínicas presentes na síndrome fibromiálgica, sendo distintas de acordo com o contexto sociocultural de cada indivíduo (CHINN; CALDWELL; GRITSENKO, 2016; RAMOS, 2016). O perfil de pacientes fibromiálgicos é principalmente feminino, com média de idade jovem, alta comorbidade, especialmente psiquiátrica, alto consumo de medicamentos e impacto importante da doença na qualidade de vida e funcionalidade desses indivíduos (MARTÍ *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, um estudo de revisão demonstrou que um dos fatores de risco para FM e dor crônica, mencionados pelo menos duas vezes na literatura, foram pacientes do sexo feminino e idade avançada, além de apresentar uma forte associação com distúrbios do sono, dores de cabeça e depressão (CREED, 2020).

Os estudos em geral apontam para um predomínio da FM em mulheres, com proporções de 3:1 até 5,6:1 (QUEIROZ, 2013; SOUZA; PERISSINOTTI, 2018). Acredita-se que especificidades fisiológicas (associadas com os sistemas neuroendócrino, cardiovascular, musculoesquelético e imunológico), além de psicopatologia e resposta a drogas possam justificar tais diferenças entre os sexos (FARO *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a FM mostra uma imagem impressionante de multimorbidade dependente do gênero, em que as mulheres fibromiálgicas são mais propensas de serem diagnosticadas com transtornos psiquiátricos, dor de cabeça e doenças do tecido conjuntivo (AROUT *et al.*, 2018).

Em uma meta-análise, a prevalência da FM na população em geral foi de 1,78% e foi consideravelmente menor do que a população com FM e comorbidades associadas, a saber, 12,90% síndrome do intestino irritável, 6,30% em pacientes de hemodiálise, 14,80% em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e 80% em pacientes que sofrem de síndrome de Behçet (HEIDARI; AFSHARI; MOOSAZADEH, 2017).

3.4 Fisiopatologia da FM

A Fisiopatologia da FM permanece ainda obscura. Evidências de uma predisposição genética associada a fatores estressores é uma proposta que interfere em até 50% no desenvolvimento de dor crônica (MOGIL, 2012). Nesse sentido, a FM é decorrente de vários fatores patogênicos e mecanismos fisiopatológicos que precisam ser melhor estudados (SOMMER *et al.*, 2012).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define este sintoma fibromiálgico como uma vivência de alteração sensitiva e emocional desagradável, que pode vir associada a uma lesão real ou potencial do tecido, embora a dor possa variar muito em relação à intensidade, qualidade e duração dos sintomas apresentando-se com uma fisiopatologia peculiar (DESANTANA *et al.*, 2020; RODRÍGUEZ; MENDOZA, 2020).

Nesse contexto, embora haja hipóteses gerais de mecanismos subjacentes na FM, alterações no processamento nociceptivo do SNC é consistentemente significativo em pacientes FM levando ao aumento da dor por intermédio do processamento sensorial (JULIEN *et al.*, 2005; SLUKA; CLAUW, 2016). No entanto, os efeitos periféricos, como a neuroinflamação neurogênica, também contribuem de maneira importante para as características clínicas em pacientes fibromiálgicos (LITTLEJOHN, 2015).

Ademais, o processo fisiopatológico da FM é supostamente uma interação entre a hipersensibilidade do SNC com atividade cortical significativa e hiperatividade no sistema nervoso simpático, sendo a atividade parassimpática normal (HAZRA *et al.*, 2020). A sensibilização central caracteriza-se com muitos aspectos neurofisiológicos, incluindo o aumento da excitabilidade neuronal do corno dorsal da medula espinhal e aumento da atividade neuronal espontânea que conseqüentemente leva a uma percepção exagerada de dor prolongada e persistente (CASSISI *et al.*, 2014; STAUD; SMITHERMAN, 2002).

Nessa perspectiva, há evidências de inflamação central com elevada presença de neuropeptídeos que causam neuroinflamação no líquido cefalorraquidiano de pacientes com FM (VAEROY *et al.*, 1998). A inflamação neurogênica é um mecanismo importante e é a provável origem da cascata de eventos que leva a esse processo inflamatório e às subsequentes alterações no cérebro, medula espinhal e periferia, caracterizando muitos dos sinais e sintomas fibromiálgicos (LITTLEJOHN; GUYMER, 2018).

Novos achados na fisiopatologia da FM podem ser classificados como anormalidades neuroendócrinas (a partir de disfunção no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal),

neurotransmissoras (com desequilíbrio entre propriocepção e antinocicepção) e neurossensoriais (com alterações no cérebro e na medula espinhal), por intermédio de predisposição genética e evento desencadeador (CHENG *et al.*, 2018).

Estudos com neuroimagem descrevem diferentes áreas do sistema nervoso que estão envolvidas na etiopatogenia da FM com mudanças funcionais e estruturais (GOMEZ-ARGUELLES; MAESTU-UNTURBE; GOMEZ-AGUILERA, 2018). Há uma evidência moderada para mudanças volumétricas em áreas específicas da massa cinzenta do cérebro em pacientes com FM, uma conectividade funcional diminuída no sistema modulador descendente da dor e um aumento da atividade na matriz da dor relacionada à sensibilização central (CAGNIE *et al.*, 2014).

3.5 Comorbidades psiquiátricas na FM

A FM é uma condição prevalente, crônica e incapacitante que está associada a sofrimento psicológico e redução da qualidade de vida. Entre as condições crônicas mais notáveis associadas destacam-se depressão, ansiedade, transtorno bipolar e transtorno de personalidade (CARTA *et al.*, 2018; LICHTENSTEIN; TIOSANO; AMITAL, 2018; IŞIK-ULUSOY, 2019).

Há diferentes níveis clínicos nas dimensões da psicopatologia e personalidade em pacientes com FM, em que essas características específicas podem comprometer qualquer tratamento regular para a dor crônica (GONZALEZ; NOVO; FERREIRA, 2019). Em um estudo de revisão, mostra que a prevalência de transtorno de personalidade em pacientes com FM variou de 8,7 a 96,7%, sendo maior do que o encontrado na população em geral que variou de 6 e 13% (ATTADEMO; BERNARDINI, 2017).

Os transtornos de humor (depressão maior e transtorno bipolar) são mais comuns na população com FM que na população geral. Foi observado que um quarto de todos os pacientes com FM tinha transtorno depressivo maior, mais da metade já havia experimentado um episódio ao longo da vida e 21% apresentavam transtorno do espectro bipolar. (LØGE-HAGEN *et al.*, 2019; ARNOLD *et al.*, 2006; KUDLOW *et al.*, 2015). As taxas de depressão chegam até 80% nesses indivíduos (BORTOLATO *et al.*, 2016; FIETTA; FIETTA; MANGANELLI, 2007; MIKI *et al.*, 2018).

A fisiopatologia da FM envolve aspectos que interferem em duas condições, dor e depressão, que são mutuamente exacerbadas e incapacitantes (ALCIATI *et al.*, 2012). Um estudo de associação bidirecional observou que os pacientes depressivos tiveram um aumento

do risco de desenvolver FM mais tarde na vida e aqueles com FM eram propensos a desenvolver depressão durante o acompanhamento (CHANG *et al.*, 2015).

Em um estudo realizado com 84 pacientes depressivos, foi observado que cerca de um terço apresentava-se com FM associada e isso estava relacionado com a piora da qualidade de vida (HASS; MURAROTO; HEYDE; SKARE, 2014). Pesquisadores de São Paulo estudaram a associação entre um episódio depressivo maior e FM e relataram que, entre os pacientes com FM, 66% faziam uso de antidepressivos, 8,6% de benzodiazepina e 23,1% antipsicóticos (SANTOS *et al.*, 2011).

A associação de sinais de depressão com a gravidade da FM e a qualidade de vida em mulheres com FM e sugerem que a gravidade dos sintomas depressivos grave a moderado com prevalência entre 41% e 71% (SORIANO-MALDONADO *et al.*, 2015). Descobertas recentes têm mostrado que a depressão em pacientes com FM é frequentemente associada a sintomas de transtorno bipolar, assim como alterações de humor, caracterizada como a segunda condição clínica mais frequente associada ao transtorno depressivo maior, com razão de chance de 3,4 vezes maior (ALCIATI *et al.*, 2012).

Traços de depressão e ansiedade foram os principais preditores de mais de um terço dos componentes mentais da avaliação de pacientes fibromiálgicos pelo questionário de qualidade de vida que, por sua vez, podem agravar os sintomas primários da FM (GALVEZ-SÁNCHEZ *et al.*, 2020). Com isso, pacientes fibromiálgicos apresentam temperamentos atípicos, são mais propensos a ter ansiedade e têm mais sintomas dissociativos com experiências traumáticas, do que aqueles com outras doenças reumáticas (DUARTE *et al.*, 2019; IŞIK-ULUSOY, 2019).

3.6 Comportamento suicida na FM

Comportamentos suicidas (incluindo ideação suicida, planejamento e tentativa de suicídio) podem ser mais frequentes em doenças reumáticas, sobretudo em FM, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e artrites (CALANDRE; RICO-VILLADEMOROS; SLIM, 2017).

As causas de uma taxa acentuadamente elevada de suicídio entre pacientes do sexo feminino com FM são desconhecidas no momento, mas podem estar relacionadas a taxas aumentadas de depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos ao longo da vida (DREYER *et al.*, 2010).

A dor física crônica e generalizada é um fator de risco consistente para pensamentos e comportamentos suicidas (CALATI *et al.*, 2015). Nesse sentido, os pacientes psiquiátricos que

têm uma condição de dor crônica, aumentam significativamente a associação com ideação suicida e tentativa de suicídio (RATCLIFFE *et al.*, 2008).

Os resultados indicaram que tanto a ideação suicida quanto o comportamento suicida foram prevalentes entre os indivíduos com FM e comorbidade psiquiátrica, dificuldades para dormir e hospitalização foram associadas tanto à ideação suicida quanto ao comportamento suicida (LEVINE; HORESH, 2020).

Comorbidades psiquiátricas, como os transtornos afetivos, também desempenham um papel importante no comportamento suicida, assim como na ideação suicida entre indivíduos diagnosticados com FM (LEVINE; HORESH, 2020; GALVEZ-SÁNCHEZ; DUSCHEK; REYES DEL PASO, 2019). Um risco leve a moderado de um evento suicida em pacientes com fibromialgia primária é semelhante ao de pacientes com outras doenças crônicas e esse risco se acentua em pacientes fibromiálgicos com comorbidade concomitante (LAN *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, um fator preditor para o comportamento suicida é a sobrecarga emocional percebida entre os pacientes fibromiálgicos, pois há uma relação forte e significativa entre os escores de depressão e suicídio nesses pacientes (LAFUENTE-CASTRO *et al.*, 2018).

Pacientes com FM que apresentam uma condição clínica de gravidade dos sintomas de moderado-alto juntamente com um alto grau de sobrecarga percebida, pertencimento frustrado, derrota, aprisionamento, dor psicológica e desesperança, formam um grupo com alto risco de ideação suicida (ORDÓÑEZ-CARRASCO *et al.*, 2020).

Pacientes com limitação funcional devido à dor crônica generalizada e que apresenta um prejuízo do sono, acabam fragilizando a saúde mental, devido a uma cascata de eventos que estão ligadas a um risco elevado de suicídio, além de ser levado em consideração o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos associados ao comportamento suicida (HOOLEY; FRANKLIN; NOCK, 2014; RACINE; CHOINIERE; NIELSON, 2014; HUSAK; BAIR, 2020).

A prevalência de ideação suicida entre mulheres com FM foi de 32,5% e os dados mostraram que essas mulheres apresentaram um nível moderado de depressão, pontuação média do BDI 20,46, em que os sintomas de humor deprimido estão mais intimamente relacionados à ideação suicida (TRIÑANES *et al.*, 2014). Comorbidades psiquiátricas, assim como distúrbio do sono em pacientes fibromiálgicos estão associados com maior risco do desenvolvimento de ideação suicida e comportamento suicida (LEVINE; HORESH, 2020).

O suicídio é um fenômeno complexo que envolve variáveis clínicas, como dor psicológica e física que acabam sendo preditores significativos e são destacados nas teorias modernas de suicidologia (RIZVI *et al.*, 2017).

Os pacientes suicidas apresentam escores significativamente mais altos de dor mental do que pacientes psiquiátricos sem comportamento suicida, às custas de três fatores específicos de dor mental: irreversibilidade da dor, perda de controle e sentimento de vazio, os quais contribuem para tentativa de suicídio (ORBACH *et al.*, 2003; VERROCCHIO *et al.*, 2016; LEVI-BELZ; GVION; GRISARU; APTER, 2017).

Ideação suicida e comportamento suicida associam-se à impulsividade e dor psicológica intensa (CÁCEDA *et al.*, 2014). Nesse sentido, a dor psicológica associada à depressão severa é frequentemente percebida como pior do que qualquer dor física que o indivíduo já experimentou e pode ser um componente crítico da tendência suicida (MEE *et al.*, 2006). Deve ser enfatizado que o risco de suicídio em pacientes com transtorno de somatização e dor mental, especialmente aqueles com depressão comórbida ou transtornos de personalidade, não deve ser negligenciado (GIUPPONI *et al.*, 2017).

3.7 O papel e o impacto da dor psicológica em doenças crônicas como a FM

Os pacientes com FM apresentam maiores dificuldades no processo de regulação emocional, incluindo sofrimento psicológico e isso interfere diretamente na intensidade da dor física e na sua limitação funcional (TRUCHARTE *et al.*, 2020). A dor física na FM é causada por uma combinação complexa de processos nociceptivos psicológicos com sofrimento mental e centrais que reduzem o limiar de dor e tolerância à dor (WINFIELD, 1999).

Estudos demonstram que regiões do cérebro associadas à dor física incluem as mesmas regiões associadas à dor psicológica (GOESLING; CLAUW; HASSETT, 2013). Estas regiões sobrepostas envolvem-se com o componente afetivo da dor, tais como o córtex cingulado anterior e a ínsula anterior (YU; JIANG; YANG, 2017). Embora no estudo

Nessa conjuntura, estudos indicam uma associação significativa entre trauma físico ou psicológico anterior e o subsequente desenvolvimento de dor crônica generalizada e FM com elevadas taxas e vários estudos indicam um efeito mediador do transtorno de estresse pós-traumático e dor crônica (YAVNE *et al.*, 2018). Evitação funcional e a alexitimia são dois fatores potenciais indicativos de desregulação afetiva e psicológica na FM (VUCUROVIC *et al.*, 2019).

O estresse parece ter um papel importante na modulação de vários processos de alteração psicológica e sofrimento mental na FM (MALIN; LITTLEJOHN, 2013). No entanto, os relatos de mulheres fibromiálgicas são descritos por dificuldade maior no convívio da dor física que impõe limitações em algumas e incapacitação funcional e pela reação social que acaba evidenciando um sentimento de culpa, rejeição e sofrimento mental (MILANI *et al.*, 2012).

Pacientes com FM apresentam sintomatologia em praticamente todas as medidas de sofrimento psicológico (WHITE *et al.*, 2002). A dor psicológica é um dos principais fatores de risco para a intensificação da dor crônica e conseqüentemente o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos que podem levar ao comportamento suicida. Por esta razão, estudos de associação entre dor psicológica e comportamento suicida em paciente com FM são necessários para melhor compreender essa problemática.

A dor psicológica está presente tanto em pacientes deprimidos como em pacientes com ideação e/ou comportamentos suicidas, mas parece ser maior em pacientes suicidas, assim como a sensibilidade às dores psicológica e física parece aumentar a depressão (CONEJERO *et al.*, 2018).

Em altos níveis de dor psicológica, uma dimensão da tolerância à dor psicológica, foi menor em participantes com histórico de tentativa de suicídio do que em participantes que nunca tentaram suicídio (MEERWIJK; WEISS, 2018). Evitar a dor psicológica durante um episódio depressivo, pode evitar significativamente a ideação suicida e atos suicidas (LI *et al.*, 2013).

Diante disso, a dor psicológica é um construto potencialmente importante para o comportamento suicida e a partir de medidas adicionais pode melhorar a avaliação de risco e orientar mais efetivamente a alocação de recursos clínicos para promoção e prevenção ao suicídio (REIST *et al.*, 2017).

4 METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Número do Parecer: 3.775.141), de acordo com os princípios a Declaração de Helsinki (1964) e foi conduzida de acordo com as recomendações da Declaração de Fortalecimento do Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia (STROBE) (MALTA *et al.*, 2010).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Esse tipo de pesquisa trabalha com uma maior precisão e confiabilidade dos dados, já que são expressos em forma numérica com análise estatística (GIL, 2008).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com pacientes diagnosticadas com fibromialgia acompanhadas no ambulatório de Dor, assim como no ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) – Universidade Federal de Alagoas na cidade de Maceió (Alagoas).

4.3 Critérios de inclusão

- Pacientes com diagnóstico confirmado de FM pelos critérios do American College of Rheumatology (ACR 2010) que estejam em acompanhamento ambulatorial no setor de reumatologia e no ambulatório de dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes - HUPAA;
- Pacientes com diagnóstico de FM que tivessem ou não outros diagnósticos reumatológicos associados;
- Pacientes do sexo feminino;
- Pacientes com idade entre 18 e 65 anos;
- Pacientes que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice a).

4.4 Critérios de exclusão

- Pacientes com perda auditiva, visual e com comprometimento grave da fala que prejudiquem a coleta dos dados;
- Pacientes que fizessem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas ilícitas;
- Pacientes que por algum motivo retiraram o consentimento dado pelo TCLE.

4.5 Amostragem

A amostra foi selecionada por conveniência e de modo consecutivo no período previsto para coleta dos dados. Esse tipo de amostragem seleciona indivíduos da população mais acessíveis e disponíveis no momento da pesquisa (GUIMARÃES, 2012).

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em uma sala fechada, reservada e livre de ruídos no ambulatório de Dor, assim como no ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Alberto Antunes a fim de manter confidencialidade dos dados e conforto no momento das respostas aos questionários. As entrevistas duravam em média de uma hora com cada pacientes, com tempo mínimo de 40 minutos e tempo máximo de uma hora e 20 minutos e foram realizadas por dois pesquisadores colaboradores estudantes de medicina e pela mestrandia fisioterapeuta. Os entrevistadores passaram por um treinamento prévio de aplicação de todos os questionários e escalas a fim de se familiarizar com os instrumentos antes da coleta.

4.7 Questionário sociodemográfico e clínico (Anexo B)

Questionário criado pelos pesquisadores a fim de caracterizar a amostra com informações como: idade (em anos), estado civil (com ou sem companheiro), escolaridade (em anos estudados concluídos), naturalidade (interior, capital ou fora do estado), hábitos de vida: tabagista, considerado como fumante ativo aquele indivíduo que fumou no mínimo cem cigarros na vida e atualmente fuma diariamente ou ocasionalmente (alguns dias), etilista, em que foi levado em consideração um consumo máximo de álcool permitido por semana de 21 unidades para homens e 14 unidades para mulheres, cada unidade equivalendo a 10g de álcool, assim como praticante de exercício físico, em que as recomendações são de no mínimo 150 minutos de exercício físico por semana para adultos (REICHERT *et al.*, 2008; OMS, 2018; SUPERA, 2006; HASKELL *et al.*, 2007). Comorbidades (hipertensão, diabetes - se presentes ou não), idade do início dos sintomas e idade do diagnóstico (ambas em anos), uso ou não uso de medicamentos Anti-Inflamatórios Não Hormonais (AINH), corticosteróides, imunomoduladores, imunossupressores e imunobiológico, Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), Antidepressivos Tricíclicos (ADT), anticonvulsivantes, antipsicóticos, analgésicos opióides, miorrelaxantes, lítio, metotrexato e outras terapias não medicamentosas.

4.8 Instrumentos diagnósticos

4.8.1 Escala diagnóstica de FM de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR 2010) (Anexo C)

Um paciente satisfaz os critérios diagnósticos de acordo com o ACR (2010) para fibromialgia se as 3 condições a seguir forem atendidas:

- 1) Índice de dor generalizada (WPI) maior ou igual a 7 e escore de gravidade dos sintomas (SS) maior ou igual a 5 ou WPI entre maior ou igual a 3 e menor ou igual a 6 e escore da escala SS maior ou igual a 9.
- 2) Os sintomas estão presentes em um nível semelhante há pelo menos 3 meses.
- 3) O paciente não tem um distúrbio que, de outro modo, explicaria a dor.

4.8.2 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2) (Anexo D)

Foi utilizado o MINI 7.0.2 que permite o diagnóstico de vários transtornos psiquiátricos (depressão, risco de suicídio, episódio maníaco, episódio hipomaníaco, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático, dependência e abuso de álcool e outras drogas, síndrome psicótica, transtornos alimentares, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de personalidade antissocial) de acordo com os critérios do DSM-5 (GORENSTEIN *et al.*, 2016), porém foram utilizados, apenas, os módulos A, B e C relacionados com transtorno depressivo maior, risco de suicídio e transtorno afetivo bipolar.

4.9 Instrumentos de intensidades dos sintomas

4.9.1 Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) (Anexo E)

O questionário é composto por 9 questões referentes a qualidade e distúrbios de sono no último mês. Avalia sete componentes do sono: qualidade subjetiva, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono, uso de medicamentos e disfunção diária. Para cada componente o escore pode variar de 0 a 3, chega-se a um escore de no máximo 21 pontos, em que quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Um escore global com pontuação de 0 a 4 qualidade do sono boa, 5 a 10 qualidade do sono ruim, acima de 10 presença de distúrbio do sono (PASSOS, 2017).

4.9.2 Escala de qualidade de vida (SF-36) (Anexo F)

Consiste em um questionário multidimensional formado por 11 questões e 36 itens, englobados em 8 domínios, que são: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral da saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100, em que zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde (CICONELLI, 1997).

4.9.3 Inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) (Anexo G)

Avalia a severidade de episódios depressivos. Consiste em 21 itens de múltipla escolha relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Cada item é composto por quatro opções, com pontuação em escala ordinal de 0 a 3, sendo que os escores mais altos representam a maior intensidade do sintoma (GANDINI *et al.*, 2007).

4.9.4 Escala de desesperança de Beck (BHS) (Anexo H)

É uma escala dicotômica de certo ou errado com 20 itens com afirmações que envolvem cognições sobre a desesperança em níveis. Os pontos de corte e seus respectivos níveis são: de 0 a 3, esperança normal; de 4 a 8, desesperança leve; de 9 a 14, desesperança moderada e maior que 14, desesperança severa. (CUNHA, 2001).

4.9.5 Psychache Scale (Escala de dor psicológica) (Anexo I)

Esta escala de autoresposta é composta por 13 itens e foi desenvolvida especificamente para avaliar o construto da dor psicológica e não dor física. Cada resposta corresponde a uma pontuação numa escala de likert de 1 a 5 pontos. As 9 primeiras respostas avaliam a frequência da dor (1=nunca, 2=algumas vezes, 3=frequentemente, 4=muito frequentemente, 5=sempre) e as 4 últimas respostas avaliam a intensidade da dor (1=discordo fortemente, 2=discordo, 3=indeciso(a), 4=concordo, 5=concordo fortemente) de acordo com a concordância e quanto maior os valores, maiores os níveis de dor psicológica (CAMPOS; HOLDEN, 2015).

4.9.6 Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) (Anexo J)

A escala de impulsividade é composta por 30 itens que avalia como o indivíduo age ou pensa de acordo com três aspectos do comportamento impulsivo: impulsividade atencional, impulsividade motora e impulsividade por dificuldade de planejamento (GORENSTEIN *et al.*, 2016). Para cada item, o paciente deve julgar, de acordo com uma escala likert de 4 pontos, a frequência com que o comportamento em questão ocorre: raramente ou nunca (1 ponto), de vez em quando (2 pontos), com frequência (3 pontos) ou quase sempre/ sempre (4 pontos), quanto maiores os valores, maiores os níveis de impulsividade (DINIZ *et al.*, 2010).

4.9.7 Escala de agressividade de Buss-Perry (AQ) (Anexo K)

A escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ) é uma escala do tipo likert que está associada a respostas que variam entre 1 (Nunca ou quase nunca) e 5 (Sempre ou quase sempre). Avalia a estrutura fatorial de quatro fatores que variam de acordo com as perguntas: agressividade física (9 itens), agressividade verbal (5 itens), raiva (7 itens) e hostilidade (8

itens), quanto maiores os valores, maiores os níveis de agressividade (CUNHA; GONÇALVES, 2012).

4.10 Procedimentos

A paciente, após consulta de rotina no ambulatório da Dor e de Reumatologia do HU, com o médico responsável, se dirigia a uma sala fechada e livre de ruídos para a entrevista e aplicação dos questionários com o pesquisador. Caso as pacientes necessitassem de acompanhamento psicológico e/ou com médico psiquiatra, as mesmas eram encaminhadas, pela equipe médica, para acompanhamentos e intervenções terapêuticas necessárias, assim como foram orientadas a buscar mais informações na Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes.

4.11 Análise dos dados

Para análise dos dados referentes às pacientes que apresentavam risco de suicídio, foi levado em consideração a questão B2 do Módulo B (suicidalidade) do MINI 7.0.2, que faz referência a uma pergunta em que paciente desejou estar morta (ideação suicida passiva). Caso a paciente respondesse sim para essa pergunta, a mesma pontuava o valor mínimo para risco de suicídio e já se enquadrava no grupo com risco de suicídio.

Os dados foram tabulados no *software* SPSS 22 e foi feita uma análise descritiva (média, desvio padrão, frequência e porcentagem) de toda a amostra em conjunto, bem como dividida em dois grupos (com e sem risco de suicídio). A comparação entre os achados dos grupos com e sem risco de suicídio foi feita de acordo com o tipo de variável analisada. Foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov–Smirnov para as variáveis numéricas e aquelas que se apresentaram com distribuição normal, foram submetidas ao Teste t de Student para verificar associação entre médias de dois grupos. Para as variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui-quadrado para verificar associação entre frequências de dois grupos. Para avaliar a chance de ocorrência de um evento no grupo com risco de suicídio em comparação ao grupo sem risco de suicídio foi utilizado o cálculo do *Odds ratio* (razão de chance). Valores de p menores que 0,05 foram considerados como de valor estatístico significativo em todos os testes de comparação. As correlações entre duas variáveis numéricas foram realizadas pelo teste correlação de Pearson em que foi levado em consideração as variáveis testadas, sendo que os valores da correlação podem variar de -1 até 1 em que $r=0$ (nula), $r \leq 0,3$ (fraca), $0,3 < r \leq 0,6$ (moderada), $0,6 < r \leq 0,9$ (forte), $0,9 < r < 1$ (muito forte), $r = 1$ (perfeita).

5 RESULTADOS

A amostra total é composta por 50 mulheres diagnosticadas com FM pelo ACR 2010. O grupo com risco de suicídio é composto por 20 mulheres e o grupo sem risco de suicídio por 30. Sendo assim, a prevalência de risco de suicídio foi de 40% da amostra. De acordo com os resultados na tabela 1, a média de idade das pacientes fibromiálgicas foi de 50,24 anos ($\pm 8,66$) e os anos de estudo concluídos foram em média 5,90 ($\pm 5,44$), o que indica baixa escolaridade, já que em média as pacientes não concluíram o ensino fundamental. Pouco mais da metade da amostra (54%) possui um companheiro. Vale ressaltar que a variável sociodemográfica idade foi a única que se mostrou com diferença estatística em relação aos grupos com risco e sem risco de suicídio. Indicando que o grupo com risco de suicídio foi mais jovem que o grupo de mulheres sem risco de suicídio.

Tabela 1: Características Sociodemográficas das Pacientes Fibromiálgicas Atendidas no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA)

Variáveis	Amostra Geral (N=50)	Com Risco de Suicídio (N=20)	Sem Risco de Suicídio (N=30)	Análise Estatística			
				X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95%	
						Inferior	Superior
Idade, média (DP)	50,24 (±8,66)	46,95 (±8,51)	52,43 (±8,17)		-2,28 (0,02)*	-10,30	-0,65
Anos de Estudo, média (DP)	5,90 (±5,44)	5,75 (±5,05)	6,00 (±5,77)		-0,15 (0,87)	-3,44	2,94
Estado civil				0,215 ^a (0,64)			
Com companheiro, N (%)	27 (54,0)	10 (50,0)	17 (56,6)				
Sem companheiro, N (%)	23 (46,0)	10 (50,0)	13 (43,3)				
Naturalidade				0,131 ^a (0,93)			
Interior, N (%)	34 (68,0)	14 (70,0)	20 (66,6)				
Capital, N (%)	10 (20,0)	4 (20,0)	6 (20,0)				
Fora do estado, N (%)	6 (12,0)	2 (10,0)	4 (13,3)				

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

A distribuição das características clínicas das participantes é apresentada na tabela 2. Em relação aos hábitos de vida, apenas duas das pacientes fumavam (4%), duas bebiam (4%) e onze (22%) das entrevistadas faziam alguma atividade física funcional. Mais da metade (56%) das participantes é hipertensa e apenas 24% da amostra geral apresentam diabetes mellitus, sendo que, curiosamente, o grupo sem risco de suicídio (40,0%) apresentou significativamente mais diabéticas que o grupo com risco de suicídio (0%). A média de anos dos sintomas foi de 10,86 anos, já a média de anos do diagnóstico foi 4,00 anos, o que demonstra um atraso médio de aproximadamente 7 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico da condição. Em relação ao uso de medicamentos, mais da metade fazia uso de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) com (68,0%) da amostra geral, (50,0%) fazia uso de anticonvulsivante, assim como miorrelaxante. É importante ressaltar que não houve diferença significativa entre os grupos na variável uso de medicamentos. Em referência ao diagnóstico da FM, por intermédio do ACR 2010, as pacientes com risco de suicídio apresentaram manifestações clínicas distintas com escores significativamente mais altos no item índice de dor generalizada ($p=0,03$), como também no item sono não reparador ($p=0,03$), embora o intervalo de confiança passou pelo 1.

Tabela 2: Características Clínicas das Pacientes Fibromiálgicas Atendidas no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA)

Variáveis	Amostra Geral (N=50)	Com Risco de Suicídio (N=20)	Sem Risco de Suicídio (N=30)	Análise Estatística		
				X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95% Inferior Superior
Hábitos de Vida						
Tabagismo, N (%)	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (6,6)	1,389 ^a (0,23)		
Etilismo, N (%)	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (6,6)	1,389 ^a (0,23)		
Atividade física, N (%)	11 (22,0)	3 (15,0)	8 (26,6)	0,952 ^a (0,32)		
Comorbidades						
Hipertensão, N (%)	28 (56,0)	9 (45,0)	19 (63,3)	1,637 ^a (0,20)		
Diabetes, N (%)	12 (24,0)	0 (0,0)	12(40,0)	10,526 ^a (0,00) ^{***}		
Tempo dos sintomas, média (DP)	10,86(±7,34)	9,95(±7,41)	11,46(±7,36)		-0,71(0,48)	-5,80 2,77
Tempo de diagnóstico, média (DP)	4,00(±4,39)	3,60(±4,45)	4,28(±4,41)		-0,53(0,59)	-3,25 1,89

Uso de medicamentos

AINH ⁽¹⁾ , N (%)	13 (26,0)	6 (30,0)	7 (23,3)	0,277 ^a (0,59)
ISRS ⁽²⁾ , N (%)	34 (68,0)	16 (80,0)	18 (60,0)	2,206 ^a (0,13)
ADT Tricíclico, N (%)	12 (24,0)	7 (35,0)	5 (16,6)	2,211 ^a (0,13)
Anticonvulsivante, N (%)	25 (50,0)	10 (50,0)	15 (50,0)	0,000 ^a (1,00)
Antipsicótico, N (%)	2 (4,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	3,125 ^a (0,07)
Analgésico opioide, N (%)	13 (26,0)	6 (30,0)	7 (23,3)	0,277 ^a (0,59)
Miorrelaxante, N (%)	25 (50,0)	11 (55,0)	14 (46,6)	0,333 ^a (0,56)
Lítio, N (%)	1 (2,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	1,531 ^a (0,21)

ACR⁽⁴⁾ 2010

Índice de dor generalizada, média (DP)	11,75(±3,03)	12,89(±3,33)	11,00(±2,61)	2,20(0,03)*	0,16	3,62
Fadiga, média (DP)	2,54(±0,65)	2,73(±0,56)	2,41(±0,68)	1,71(0,09)	-0,05	0,70
Sono não reparador, média (DP)	2,27(±0,67)	2,52(±0,61)	2,10(±0,67)	2,20(0,03)*	0,03	0,80
Sintomas cognitivos, média (DP)	2,06(±0,66)	2,21(±0,63)	1,96(±0,68)	1,25(0,21)	-0,14	0,63
Sintomas Somáticos, média (DP)	2,08(±0,70)	2,26(±0,73)	1,96(±0,68)	1,43(0,15)	-0,11	0,71
Score total, média (DP)	20,91(±4,94)	23,15(±5,40)	19,44(±4,07)	2,70(0,00)***	0,95	6,46

⁽¹⁾ Anti-inflamatório não hormonal (AINH), ⁽²⁾ Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS), ⁽³⁾ Antidepressivo (ADT) Tricíclico, ⁽⁴⁾ Critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Verifica-se na tabela 3 que a média do escore total do PSQI foi 13,54 ($DP \pm 3,60$), embora não tenha apresentado diferença significativa entre os grupos. A amostra geral em média apresenta prejuízo do sono, sendo mal dormidoras no mínimo. O único componente que houve diferença significativa foi uso de medicação para dormir ($p=0,02$), embora o IC 95% passe pelo 1 (0.10, 1.39).

Tabela 3: Análise Comparativa dos Índices de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) em Mulheres Fibromiálgicas Com ou Sem Risco de Suicídio

Distúrbio do sono (PSQI) ⁽⁵⁾	Amostra Geral (N=50)		Com Risco de Suicídio (N=20)		Sem Risco de Suicídio (N=30)		Análise Estatística			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Teste t	p valor	IC 95% Inferior	Superior
Qualidade do sono	1,88	(±0,79)	1,95	(±0,94)	1,83	(±0,69)	0,50	0,61	-0,35	0,58
Latência para o sono	2,12	(±0,98)	2,05	(±1,05)	2,16	(±0,94)	-0,40	0,68	-0,69	0,45
Duração do sono	1,80	(±1,22)	1,70	(±1,26)	1,86	(±1,22)	-0,46	0,64	-0,88	0,55
Eficiência do sono	1,30	(±0,99)	1,10	(±0,91)	1,43	(±1,04)	-1,16	0,25	-0,90	0,24
Disfunção do sono noturno	2,26	(±0,52)	2,30	(±0,57)	2,23	(±0,50)	0,43	0,66	-0,24	0,37
Medicação para dormir	2,20	(±1,24)	2,65	(±0,93)	1,90	(±1,34)	2,32	0,02*	0,10	1,39
Sonolência e disfunção diurna do sono	2,02	(±0,91)	2,25	(±0,85)	1,86	(±0,93)	1,46	0,14	-0,14	0,90
Escore total	13,54	(±3,60)	13,90	(±2,97)	13,30	(±4,00)	0,57	0,56	-1,50	2,70

⁽⁵⁾ Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI). *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo questionário SF-36, os grupos apresentaram diferenças significativas nos itens limitações capacidade funcional ($p=0,04$) (IC 95% -17,59 -0,07) em que avaliou as dificuldades na realização de atividades que poderiam fazer durante o dia, como subir lances de escadas, ajoelhar-se, andar vários quarteirões, tomar banho, vestir-se, como também limitações por aspectos emocionais ($p=0,03$) (IC 95% -30.07 - 1.09) em que avaliou, no último mês, consequência de algum problema emocional, como ser deprimido ou ansioso, nas atividades diárias ou no trabalho e no item saúde mental ($p=0,00$) (IC 95% -31.26 -13.39) que avaliou a percepção de como a paciente se sente em relação as últimas 4 semanas, como quanto tempo a pessoa tem se sentido deprimido, calmo, nervoso, feliz e desanimado, embora a média da amostra geral tenha demonstrado um escore de comprometimento do estado geral de saúde das pacientes fibromiálgicas, embora o intervalo de confiança passe pelo 1. Os resultados estão listados na tabela 4.

Tabela 4: Análise Comparativa dos Domínios de Qualidade de Vida (SF-36) em Mulheres Fibromiálgicas Com ou Sem Risco de Suicídio

Domínios de Qualidade de Vida – SF-36	Amostra Geral (N=50)		Com Risco de Suicídio (N=20)		Sem Risco de Suicídio (N=30)		Análise Estatística			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Teste t	p valor	IC 95%	
									Inferior	Superior
Capacidade Funcional	17,30	(±16,75)	12,00	(±12,29)	20,83	(±18,52)	-2,02	0,04*	-17,59	-0,07
Limitação por Aspectos Físicos	4,50	(±15,72)	1,25	(±5,59)	6,66	(±19,62)	-1,42	0,16	-13,11	2,28
Dor	24,20	(±22,02)	17,87	(±23,49)	28,41	(±20,30)	-1,68	0,09	-23,09	2,00
Estado Geral de Saúde	26,40	(±12,85)	24,00	(±13,72)	28,00	(±12,21)	-1,07	0,28	-11,45	3,45
Vitalidade	29,30	(±14,67)	24,75	(±14,18)	32,33	(±14,42)	-1,83	0,07	-15,90	0,73
Aspectos Sociais	37,50	(±21,12)	32,50	(±17,86)	40,83	(±22,72)	-1,37	0,17	-20,48	3,81
Limitação por Aspectos Emocionais	14,88	(±29,65)	5,53	(±13,65)	21,11	(±35,54)	-2,17	0,03*	-30,07	-1,09
Saúde Mental	40,80	(±20,28)	27,40	(±11,03)	49,73	(±20,22)	-5,02	0,00**	-31,26	-13,39
Escore Total	26,00	(±23,12)	23,75	(±24,96)	27,50	(±22,11)	-0,55	0,58	-17,26	9,76

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Na tabela 5, observa-se que, a partir da amostra geral, a prevalência de episódio depressivo maior atual entre as pacientes foi de 64%. Foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos ($p=0,02$). A prevalência de transtorno afetivo bipolar no grupo que apresenta risco de suicídio foi de 40% e sem risco de suicídio foi de 10%, o que aponta uma associação entre risco de suicídio e o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar ($p=0,01$). As pacientes que apresentaram transtorno afetivo bipolar possuem 6,0 vezes mais chances de apresentar risco de suicídio, de acordo com o cálculo do *Odds ratio*. Na gravidade dos sintomas depressivos avaliados pelo BDI, a amostra geral em média apresentou escores de depressão moderada a grave com média de 22,47, o que apresenta uma associação entre os grupos com e sem risco de suicídio ($p=0,00$). A média dos escores de desesperança no grupo com risco de suicídio foi de 12,10 e caracteriza essa amostra com desesperança moderada, havendo diferença significativa entre os grupos ($p=0,00$). Clinicamente, a dor psicológica foi maior no grupo com risco de suicídio com a média do escore sendo mais elevada (41,89), havendo diferença significativa entre os grupos ($p=0,00$).

Tabela 5: Características Psiquiátricas das Mulheres Fibromiálgicas Atendidas no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) de Acordo com a Presença ou Ausência de Risco de Suicídio Clinicamente Significativo

Variáveis	Amostra Geral (N=50)		Com Risco de Suicídio (N=20)		Sem Risco de Suicídio (N=30)		Análise Estatística			
	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95%	
									Inferior	Superior
Episódio Depressivo Maior Atual	32 (64,0)		16 (80,0)		16 (53,3)		5,426 ^a (0,02)*			
Transtorno Afetivo Bipolar⁽⁶⁾	11 (22,0)		8 (40,0)		3 (10,0)		6,294 ^a (0,01)*			
BDI ⁽⁷⁾		22,47 (±10,98)		32,36 (±8,68)		16,00 (±6,64)		7,38 0,00**	11,90	20,83
BHS⁽⁸⁾		8,86 (±5,05)		12,10 (±4,78)		6,70 (±4,00)		4,31 0,00**	2,88	7,91
Dor Psicológica		34,61 (±11,75)		41,89 (±11,48)		30,00 (±9,49)		3,93 0,00**	5,81	17,97

⁽⁶⁾ Transtorno Afetivo Bipolar: Odds ratio: 6.0, ⁽⁷⁾ Inventário de Depressão de Beck (BDI), ⁽⁸⁾ Escala de Desesperança de Beck (BHS). *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Na tabela 6, observa-se que houve diferença significativa entre os grupos com e sem risco de suicídio quanto às modalidades da impulsividade, a saber, impulsividade motora ($p=0,00$), impulsividade atencional ($p=0,04$), impulsividade por não planejamento ($p=0,02$), embora a amostra geral em média se apresente altamente impulsiva (73,86) com diferença significativa entre os grupos. Em relação a agressividade, as modalidades que se apresentaram com diferenças significativas entre os grupos com e sem risco de suicídio foram raiva e hostilidade, embora o grupo com risco de suicídio clinicamente apresenta maior componente agressivo (81,70), quando comparado com o grupo sem risco de suicídio (69,43).

Tabela 6: Análise Comparativa dos Escores de Impulsividade e Agressividade, em Mulheres Fibromiálgicas de Acordo com o Risco de Suicídio

Variáveis	Amostra Geral (N=50)		Com Risco de Suicídio (N=20)		Sem Risco de Suicídio (N=30)		Análise Estatística			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Teste t	p valor	IC 95%	
									Inferior	Superior
Impulsividade de Barratt										
Impulsividade motora	22,90	(±5,63)	25,50	(±4,44)	21,16	(±5,74)	2,84	0,00**	1,27	7,39
Impulsividade atencional	21,38	(±4,12)	22,80	(±4,09)	20,43	(±3,91)	2,05	0,04*	0,05	4,68
Impulsividade por não planejamento	29,58	(±5,34)	31,65	(±5,81)	28,20	(±4,59)	2,33	0,02*	0,48	6,41
Escore total	73,86	(±12,76)	79,95	(±11,81)	69,80	(±11,88)	2,96	0,00**	3,26	17,03
Agressividade de Buss-Perry										
Agressividade física	19,48	(±6,81)	21,05	(±6,64)	18,43	(±6,82)	1,34	0,18	-1,30	6,53
Agressividade verbal	12,72	(±4,35)	13,75	(±4,81)	12,03	(±3,95)	1,37	0,17	-0,78	4,21
Raiva	19,48	(±5,12)	21,75	(±4,76)	17,97	(±4,86)	2,71	0,00**	0,98	6,58
Hostilidade	22,64	(±6,73)	25,10	(±5,73)	21,00	(±6,93)	2,18	0,03*	0,33	7,86
Escore total	74,34	(±18,92)	81,70	(±15,33)	69,43	(±19,72)	2,34	0,02*	1,75	22,78

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Na análise de correlação (tabela 7), foi observada correlação positiva significativa entre Dor Psicológica (DP) e a intensidade dos sintomas depressivos avaliados pelo BDI ($p= 0,000$, $r= 0,648^{***}$), assim como o valor de r indica uma correlação forte. Observa-se ainda uma correlação negativa significativa entre DP e qualidade de vida avaliada pelo SF-36 ($p=0,011^{**}$, $r= -0,361$), ou seja, é inversamente proporcional e quanto maior a intensidade da dor psicológica pior o estado geral de saúde das pacientes em que o valor de r indica uma correlação moderada. Em relação a DP e o risco de suicídio avaliado pelo módulo B de Suicidalidade do Mini 7.0.2, a correlação é moderada, sendo significativamente positiva ($p=0,014^{**}$, $r= 0,349$), assim como houve correlação moderada com o índice de desesperança (BHS) ($p=0,029^*$, $r=0,312$).

Tabela 7: Análise correlativa dos escores de Dor Psicológica com BDI, PSQI, BUSS PERRY, BARRATT, SF-36, IIDEAÇÃO SUICIDA PASSIVA, BHS.

Variáveis ^a	Coeficiente de correlação							
	DP	BDI	PSQI	BUSS PERRY	BARRATT	SF-36	IIDEAÇÃO SUICIDA PASSIVA	BHS
DP ⁽⁹⁾	1	0,648***	0,130	0,208	0,195	-0,361**	0,349**	0,312*
BDI ⁽¹⁰⁾		1	0,310*	0,433**	0,442**	-0,194	0,532**	0,564**
PSQI ⁽¹¹⁾			1	0,085	0,037	-0,013	0,173	0,423**
BUSS PERRY ⁽¹²⁾				1	0,225	-0,066	0,267	0,367**
BARRATT ⁽¹³⁾					1	-0,124	0,469**	0,522**
SF-36 ⁽¹⁴⁾						1	0,035	-0,12
IIDEAÇÃO SUICIDA PASSIVA ⁽¹⁵⁾							1	0,532**
BHS ⁽¹⁶⁾								1

⁽⁹⁾Dor Psicológica (DP), ⁽¹⁰⁾Inventário de Depressão de Beck (BDI), ⁽¹¹⁾Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), ⁽¹²⁾Escala de agressividade de Buss-Perry, ⁽¹³⁾Escala de impulsividade de Barratt, ⁽¹⁴⁾Escala de qualidade de vida (SF-36), ⁽¹⁵⁾Suicidalidade, ⁽¹⁶⁾Escala de Desesperança de Beck (BHS). * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, 40% das pacientes fibromiálgicas entrevistadas expressavam um desejo passivo de morte e com média de idade (50,24 anos), um dado semelhante ao estudo de Calandre e seus colaboradores, que avaliaram a prevalência de ideação suicida em uma amostra de pacientes com fibromialgia com média de idade (49 anos) e 39,7% relataram ideação suicida passiva, embora tenha sido avaliadas através da questão 9 do Inventário de Depressão de Beck (BDI) (CALANDRE *et al.*, 2014).

A média de idade, da amostra total, foi de 50,24 anos, o que se assemelha a outros estudos sobre comportamento suicida na FM (MCKERNAN *et al.*, 2018; WAN, 2019). A escolaridade é baixa (média de 5,9 anos de estudo), permanecendo a maioria das entrevistadas com ensino fundamental incompleto. Ressalte-se o fato de que nenhuma das variáveis sócio-demográficas analisadas, exceto idade, diferiu entre os grupos com e sem risco de suicídio. Tal homogeneidade permite uma melhor comparação dos achados de saúde mental entre os grupos.

A prevalência da prática de atividade física entre as mulheres investigadas foi baixa (22%), sem apresentar diferenças entre os grupos analisados (com e sem risco de suicídio). Estudos reforçam o entendimento de que a prática de exercício físico em pacientes com FM pode reduzir os sintomas clínicos e otimizar o bem-estar dessa população (SIECZKOWSKA *et al.*, 2020). As evidências indicam que o exercício físico aeróbico melhora a qualidade de vida em adultos fibromiálgicos (BIDONDE *et al.*, 2017).

A literatura mostra uma alta frequência de FM em pacientes com diabetes *mellitus*, variando de (9%) para (23,3%) dessa população e os pacientes fibromiálgicos parecem estar propensos a ter diabetes *mellitus* concomitante (LICHTENSTEIN; TIOSANO; AMITAL, 2018). Esses dados parecem com os nossos achados em que a prevalência de diabetes na amostra geral foi de (24%), embora a prevalência de diabetes no grupo sem risco de suicídio tenha sido maior (40%) em comparação com o grupo de FM com risco de suicídio.

No nosso estudo, o uso de Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) teve uma prevalência de (68%) na amostra geral. Vários ensaios clínicos publicados avaliando o uso de ISRS mostraram uma melhora significativa na dor em pacientes com FM e sintomas depressivos com o uso de duloxetina (CALANDRE; RICO-VILLADEMOROS; SLIM, 2015). De acordo com o consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia, entre os ISRS's, a fluoxetina em altas doses (acima de 40 mg) também reduz a dor e frequentemente melhora a

capacidade funcional sendo também recomendada para o tratamento da fibromialgia e o uso de ISRS, como a fluoxetina, em combinação com tricíclicos também está recomendado (HEYMANN *et al.*, 2010).

Nesse contexto, em uma meta-análise, incluindo sete estudos com 2.642 pacientes com FM, demonstrou que uso de ISRS, duloxetina e milnaciprano, podem ser considerados como a primeira opção de medicamento para pacientes fibromiálgicos com depressão maior (LIAN *et al.*, 2019).

A FM é uma condição crônica que causa dor e cansaço em todo o corpo por mais de 3 meses (BAIR; KREBS, 2020). No nosso estudo, a dor generalizada mostrou-se ser significativamente maior no grupo com risco de suicídio (t de Student = 2,20, $p=0,03$, IC 95% 0,16 – 3,62; ver tabela 2). Em um estudo de comparação da estrutura do sono em pacientes com FM e grupo controle sem FM, foi observado que os pacientes fibromiálgicos tinham uma pior qualidade subjetiva do sono e significativa diferença nos parâmetros polissonográficos. No nosso estudo, houve diferença significativa entre os grupos na categoria sono não reparador avaliado pelo ACR 2010 ($p=0,03$).

A intensidade dos sintomas da FM foi associada à redução da qualidade, eficiência e duração do sono e aumento da perturbação do sono e latência de início e tempo total de vigília (KESKINDAG; KARAAZIZ, 2017). Neste estudo, todas as entrevistadas apresentam algum prejuízo do sono. Ainda assim, é possível perceber que as fibromiálgicas com risco de suicídio apresentam prejuízo mais significativo que aquelas sem risco de suicídio no componente uso de medicamento para dormir ($p=0,02$). Tais resultados corroboram os achados de estudos anteriores, que afirmam que dor, distúrbio do sono, alteração do humor como ansiedade e depressão se correlacionam positivamente com o aumento do risco de suicídio (CALANDRE *et al.*, 2011).

O comprometimento físico devido à dor generalizada, limitação nas relações interpessoais e alteração psicológica, como depressão e ansiedade, afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes com FM levando, como evidenciado pelos escores totais do SF-36 em estudos anteriores (33,67) (LEE *et al.*, 2017). Contudo, nossos achados expressam uma média do escore total do SF-36 ainda mais baixo (26,00), apesar de não diferir entre os grupos com e sem risco de suicídio. Ao contrário do escore total, observa-se uma diferença significativa entre os grupos nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Com maior destaque para os achados que versam sobre as questões

psicológicas, como observado ao analisar os intervalos de confiança a 95% dos testes de associação (ver tabela 4).

A fibromialgia é uma condição prevalente, crônica e incapacitante que está associada a sofrimento psicológico e redução da qualidade de vida. A maioria das comorbidades psiquiátricas consistentemente relatadas em pacientes fibromiálgicos são depressão que ocorre em até 80% desses indivíduos (BORTOLATO *et al.*, 2016; FIETTA; FIETTA; MANGANELLI, 2007). Esse estudo corrobora com nossos achados em que (64%) das pacientes com FM apresentaram episódio depressivo maior atual. No entanto, ainda não é conhecido se a depressão é uma das causas ou o resultado da FM ou um distúrbio concomitante, mas parece importante disseminar essa relação, pois tal conscientização poderia levar os fibromiálgicos a ter um melhor tratamento (BARTKOWSKA; SAMBORSKI; MOJS, 2018).

A prevalência de Transtorno Afetivo Bipolar (22%) se mostra bem mais elevada em nosso estudo, quando comparada com dados da população geral e até com estudos anteriores em pacientes fibromiálgicos (KUDLOW *et al.*, 2015). Também, a importância da associação entre a presença de Transtorno Afetivo Bipolar e risco de suicídio na FM, foi maior no presente estudo, que expressou uma razão de chance de 6,0 vezes, semelhante à média apresentada em estudos anteriores de 7,5 (KUDLOW *et al.*, 2015).

Em nossa amostra a média dos escores do Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi de 22,47 e isso descreve que a amostra geral em média apresenta depressão de moderada a grave. De fato, mulheres fibromiálgicas apresentam maior gravidade de sintomas depressivos que controles saudáveis (PALOMO-LÓPEZ *et al.*, 2019).

Associados a sintomas clínicos de ansiedade e depressão em pacientes com FM, observou-se um sentimento de desesperança (RIBEIRO; MARINHO, 2005). A média do escore de desesperança da amostra foi de (8,86) caracterizando a amostra fibromiálgica em média com desesperança moderada.

A vivência de uma dor emocional insuportável possibilita pôr fim à falta de sentido que é continuar vivendo com uma dor psicológica intensa (DUTRA, 2011). No estudo de Ducasse e seus colaboradores, os níveis mais elevados de dor psicológica estão associados a ideação e atos suicidas (DUCASSE *et al.*, 2018). No nosso estudo houve diferença significativa nos escores de dor psicológica entre os grupos com e sem risco de suicídio.

No presente estudo, a amostra de pacientes com FM em média foi caracterizada como altamente impulsiva com média de 75,11 ($\pm 13,11$). Estudos demonstram uma associação de impulsividade por não planejamento ($10,91 \pm 3,89$; $p=0,000^*$), como também impulsividade atencional ($9,06 \pm 3,07$; $p=0,039^*$) no grupo de pacientes com FM em relação ao grupo controle (YILMAZ; TAMAM, 2018). Nos nossos achados também houve diferença significativa entre os grupos com e sem risco de suicídio nos domínios de impulsividade por não planejamento ($29,58 \pm 5,34$; $P=0,02^*$), assim como impulsividade atencional ($21,38 \pm 4,12$; $P=0,04^*$).

Os nossos dados evidenciam diferenças significativas nos escores de agressividade entre os grupos com risco e sem risco de suicídio (ver tabela 6). Nesse contexto, a comorbidade entre transtornos de personalidade e outras psicopatologias pode aumentar características específicas, como agressividade e impulsividade, impactando no aumento do risco para o comportamento suicida (HAWTON *et al.*, 2003).

Comportamentos suicidas (incluindo ideação suicida e tentativa de suicídio) podem ser mais frequentes em doenças reumáticas com dor crônica, como a FM, do que na população geral, já que a dor crônica e generalizada é um fator de risco consistente para pensamentos e comportamentos suicidas (CALATI *et al.*, 2015; CALANDRE; RICO-VILLADEMOROS; SLIM, 2017).

Nos resultados das correlações entre dor psicológica e gravidade dos sintomas depressivos foi observado que a relação foi diretamente proporcional, assim como quando comparado com risco de suicídio e desesperança, ainda houve uma correlação inversamente proporcional em relação a dor psicológica e a qualidade de vida, ver tabela 7. A dor psicológica é um fator de risco para o suicídio e a partir de um ponto de vista clínico, um importante alvo terapêutico (VERROCCHIO *et al.*, 2016). A gravidade da dor psicológica foi significativamente associada com a frequência de ideação suicida (CACEDA *et al.*, 2014). Sendo assim, é possível perceber características clínicas e físicas marcantes em pacientes com FM, como a presença de transtornos psiquiátricos e dor psicológica sendo fatores de risco para o comportamento suicida.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de comportamento suicida em mulheres fibromiálgicas é maior que na população geral. Também, são mais elevadas as prevalências de episódio depressivo maior e de transtorno afetivo bipolar (TAB). O TAB eleva em mais de 6 vezes, o risco de haver comportamento suicida. Todas as fibromiálgicas apresentam prejuízo na qualidade do sono, havendo prejuízos clinicamente maiores entre aquelas com comportamento suicida. Os escores de impulsividade e agressividade, foram mais elevados que a população geral, assim como os de dor psicológica, havendo diferenças significativas desses escores de acordo com a presença ou não de comportamento suicida. Há ainda, uma correlação forte entre dor psicológica e sintomas depressivos, assim como correlação moderada entre dor psicológica e qualidade de vida, como também com o risco de suicídio e desesperança.

8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Algumas considerações precisam ser feitas sobre os presentes achados. A investigação foi conduzida com base nas informações obtidas das pacientes, o que pode ter provocado vieses de memória nas entrevistadas. O atual cenário pandêmico, em que limitou o acesso das pacientes no tratamento ambulatorial, assim como dos pesquisadores. O tamanho da amostra foi relativamente pequeno, o que pode dificultar algumas análises de associação. Ainda assim, vários testes estatísticos demonstram haver diferenças significativas entre as mulheres fibromiálgicas com e sem risco de suicídio. Sendo estes achados importantes aspectos a serem ativamente investigados em pacientes com FM.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR). Prevalência de fibromialgia em 2,1% da população geral da Alemanha. 2013. (ACR). Acesso em 17 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.rheumatology.org/About-Us/Newsroom/Press-Releases/ID/17>.
- ARNOLD, LM; CHOY, E; CLAUW, DJ; GOLDENBERG, DL; HARRIS, RE; HELFENSTEIN, M; JENSEN, ST; NOGUCHI K; SILVERMAN, SL; USHIDA T; WANG, G. Fibromialgia e síndromes de dor crônica. **The Clinical**. 2016.
- AROUT, CA; SOFUOGLU, M; BASTIAN, LA; ROSENHECK, RA. Gender Differences in the Prevalence of Fibromyalgia and in Concomitant Medical and Psychiatric Disorders: A National Veterans Health Administration Study. **Journal of women's health**. 2018.
- ARNOLD, LM; HUDSON, JI; KECK, PEJR; AUCHENBACH, MB; JAVARAS, KN; HESS, EV. Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 67(8), 1219–1225. 2006.
- ALCIATI, A; SGIAROVELLO, P; ATZENI, F; SARZI-PUTTINI, P. Psychiatric problems in fibromyalgia: clinical and neurobiological links between mood disorders and fibromyalgia. **Reumatismo**, 64 (4): 268-274. 2012.
- ATTADEMO, L., BERNARDINI, F. Prevalence of personality disorders in patients with fibromyalgia: a brief review. **Primary Health Care Research & Development**, 1–6. 2017.
- ALCIATI, A; SGIAROVELLO, P; ATZENI, F; SARZI-PUTTINI, P. Psychiatric problems in fibromyalgia: clinical and neurobiological links between mood disorders and fibromyalgia. **Reumatismo**, 64(4). 2012.
- BARBI, KBS. Impulsividade e manifestações do comportamento suicida em pacientes com diagnóstico de depressão. Recurso online (116 p.). **Dissertação (mestrado)** - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2018.
- BLOOM, DE; CAFIERO, ET; JANÉ-LLOPIS, E; ABRAHAMS-GESSEL, S; BLOOM, LR; FATHIMA, S; FEIGL, AB; GAZIANO, T; MOWAFI, M; PANDYA, A; PRETTNER, K; ROSENBERG, L; SELIGMAN, B; STEIN, AZ; WEINSTEIN, C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. **Geneva: World Economic Forum**. 2011.
- BLOCK SR. Fibromyalgia and the rheumatism: common sense and sensibility. **Rheum Dis Clin North Am**. 19:61–78. 1993.
- BALFOUR W. Observations on the pathology and cure of rheumatism. **Edinb Med Surg J**. 11:168–187. 1815. BEARD GM. A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). **New York: William Wood and Co**; 1880.
- BEETHAM, WP. Diagnóstico e Tratamento da Síndrome de Fibrose e Reumatismo Psicogênico. **Medical Clinics of North America**, 63 (2), 433–439. 1979.
- BRAGA BP. Fibromialgia – O Desafio do Diagnóstico. Universidade da Beira Interior. **Dissertação de mestrado em medicina**. Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, Maio de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. ISSN 2358-9450. 2017.

- BORTOLATO, B; BERK, M; MAES, M; MCINTYRE RS; CARVALHO, AF. Fibromyalgia and Bipolar Disorder: Emerging Epidemiological Associations and Shared Pathophysiology. **Current Molecular Medicine**, Vol. 16, No. 2. 2016.
- BOTEGA, N J. Crise suicida : avaliação e manejo. Porto Alegre : Artmed, 2015.
- BARSANTE SANTOS, A. M., BURTI, J. S., LOPES, J. B., SCAZUFCA, M., PASQUAL MARQUES, A., PEREIRA, R. M. R. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. **Maturitas**, 67(3), 251–255. 2010.
- BIDONDE, J., BUSCH, A. J., SCHACHTER, C. L., OVEREND, T. J., KIM, S. Y., GÓES, S. M., ... FOULDS, H. J. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 6. Art. No.: CD012700. 2017.
- BAIR, MJ; KREBS, EE. Fibromyalgia. **Annals of Internal Medicine**, 172(5). 2020.
- BARTKOWSKA, W., SAMBORSKI, W., & MOJS, E. Cognitive functions, emotions and personality in woman with fibromyalgia. **Anthropologischer Anzeiger**. Published online September 2018.
- CORNELIUS A. Narben und nerven: deutsche militärärztliche. **Zeitschrift**. 32:657–673. 1903.
- CÁCEDA, R; DURAND, D; CORTES, E; PRENDES-ALVAREZ, S; MOSKOVCIK, T; HARVEY, PD; NEMEROFF, CB. Impulsive Choice and Psychological Pain in Acutely Suicidal Depressed Patients. **Psychosomatic Medicine** 76:445-451. 2014.
- CHINN, S; CALDWELL, W; GRITSENKO, K. Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update. **Curr Pain Headache Rep**. Apr;20(4):25. 2016. CHENG, CW; WONG, CS; HUI, GK; CHUNG, EK; WONG, SH. Fibromyalgia: is it a neuropathic pain? **Pain Manag**. Vol 8, N 5; 2018.
- CAGNIE, B; COPPIETERS, I; DENECKER, S; SIX, J; DANNEELS, L; MEEUS, M. Central sensitization in fibromyalgia? A systematic review on structural and functional brain MRI. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 44 (1), 68-75. 2014.
- COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR 1990). Criteria for the classification of fibromyalgia. **Arthritis & Rheumatism**, 33 (2), 160–172. 1990.
- CALANDRE, EP; RICO-VILLADEMOROS, F; SLIM, M. Suicidal behaviors in patients with rheumatic diseases: a narrative review. **Rheumatology International**, 38 (4), 537-548. 2017.
- CALANDRE, EP; NAVAJAS-ROJAS, MA; BALLESTEROS, J; GARCIA-CARRILLO, J; GARCIA-LEIVA, JM; RICO-VILLADEMOROS, F. Suicidal Ideation in Patients with Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study. **Pain Practice**, 15(2), 168–174. 2014-2015.
- CALANDRE, EP; RICO-VILLADEMOROS, F; SLIM, M. An update on pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, vol. 16, no. 9, pp. 1347–1368, 2015.
- CALANDRE EP; VILCHEZ JS, MOLINA-BAREA R, TOVAR MI, GARCIA-LEIVA JM, HIDALGO J, RODRIGUEZ-LOPEZ CM, RICO-VILLADEMOROS F. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. **Rheumatology** (Oxford). Oct;50(10):1889-93. 2011.

- CALANDRE, E. P., NAVAJAS-ROJAS, M. A., BALLESTEROS, J., GARCIA-CARRILLO, J., GARCIA-LEIVA, J. M., & RICO-VILLADEMOROS, F. Suicidal Ideation in Patients with Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study. **Pain Practice**, 15(2), 168–174. 2014.
- CALATI, R; LAGLAOUI BAKHIYI, C; ARTERO, S; ILGEN, M; COURTET, P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. **Journal of Psychiatric Research**. 71. 16-32. 2015.
- CARTA, MG; MORO, MF; PINNA, FL; TESTA, G; CACACE, E; RUGGIERO, V; PIRAS, M; ROMANO, F; MINERBA, L; MACHADO, S; FREIRE, RC; NARDI, AE; SANCASSIANI, F. The impact of fibromyalgia syndrome and the role of comorbidity with mood and post-traumatic stress disorder in worsening the quality of life. **International Journal of Social Psychiatry** 64(7). 2018.
- CHANG, M.-H; HSU, J.-W; HUANG, K.-L; SU, T.-P; BAI, Y.-M; LI, C.-T; YANG, AC; CHANG W-H; CHEN, T-J; TSAI, S-T; CHEN, M.-H. Bidirectional Association Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. **The Journal of Pain**, Vol 16, No 9 (September), pp 895-902. 2015.
- CONEJERO, I., OLIÉ, E., CALATI, R., DUCASSE, D., COURTET, P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. **Current Psychiatry Reports**, 20(5). 2018.
- CÁCEDA, R., DURAND, D., CORTES, E., PRENDES-ALVAREZ, S., MOSKOVCIK, T., HARVEY, P. D., NEMEROFF, C. B. Impulsive Choice and Psychological Pain in Acutely Suicidal Depressed Patients. **Psychosomatic Medicine**, 76(6), 445–451. 2014.
- CONEJERO, I; OLIÉ, E; CALATI, R; DUCASSE, D; COURTET, P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. **Curr Psychiatry Rep**, 20 (5). 2018.
- CAMPOS, R.; HOLDEN, R. Testing Models Relating Rejection, Depression, Interpersonal Needs, and Psychache to Suicide Risk in Nonclinical Individuals. **Journal of Clinical Psychology**. doi: 10.1002/jclp.22196. 2015.
- CUNHA, O; GONÇALVES, RA. Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. **Laboratório de Psicologia**, 10(1): 3-17. 2012.
- CUNHA JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: **Casa do Psicólogo**; 2001.
- CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “**Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**”. São Paulo, 1997. 148 p. Tese (Doutorado).
- CABO-MESEGUER, A; CERDÁ-OLMEDO, G; TRILLO-MATA, JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. **Medicina Clínica**, 149(10), 441–448. 2017.

CREED, F. A review of the incidence and risk factors for fibromyalgia and chronic widespread pain in population-based studies. **Pain**. Jun;161(6):1169-1176. 2020.

CASSISI, G; SARZI-PUTTINI, P; CASALE, R; CAZZOLA, M; BOCCASSINI, L; ATZENI, F; STISI, S. Pain in fibromyalgia and related conditions. **Reumatismo**. Jun 6;66(1):72-86. 2014.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. Bioestatística: princípios e aplicações. Tradução. [s.l.] **Artmed Editora**, 2009.

CACEDA R, DURAND D, CORTES E, PRENDES-ALVAREZ S, MOSKOVCIAK T, HARVEY P, ET AL. Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. **Psychosom Med** (2014) 76:445–51.

DUARTE, JM; CROW, C; ANTIK, A; APPIANI, F; CARIDE, A. Fibromyalgia and dissociative symptoms. **CNS Spectr**. Dec;24(6):605-608. 2019.

DESANTANA JM et al. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. **Diretoria da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - Gestão 2020-2021**. Acesso em 05 de janeiro de 2021. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf

DUCASSE, D; HOLDEN, RR; BOYER, L; ARTÉRO, S; CALATI, R; GUILLAUME, S; COURTET, P; OLIÉ, E. Dor psicológica no suicídio: uma meta-análise. **J Clin Psychiatry**. May/Jun;79(3):16r10732. 2018.

DINIZ, LFM., et al. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **J. bras. psiquiatr**. vol.59 no.2 Rio de Janeiro.2010.

DREYER, L., KENDALL, S., DANNESKIOLD-SAMSØE, B., BARTELS, E. M., & BLIDDAL, H. Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: Increased frequency of suicide. **Arthritis & Rheumatism**, 62(10), 3101–3108. 2010.

FRORIEP, R. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Rheumatismus. **Weimar**, 1843. GAL, P.L.L. 1843.

FARO, M; SÀEZ-FRANCÁS, N; CASTRO-MARRERO, J; ALISTE, L; FERNÁNDEZ DE SEVILLA, T; ALEGRE, J. Diferencias de género en pacientes con síndrome de fatiga crónica. **Reumatología Clínica**, 12(2), 72–77. 2016.

FIETTA, P; FIETTA, P; MANGANELLI, P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. **Acta Biomed**. Aug;78(2):88-95. 2007.

GUTSTEIN, M. Diagnosis and treatment of muscular rheumatism. **Br J Phys Med**. 1:302–321. 1938.

GRANADOS, Y; CEDEÑO, L; ROSILLO, C; BERBIN, S; AZOCAR, M; MOLINA, ME; PELÁEZ-BALLESTAS, I. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic

diseases in an urban community in Monagas State, Venezuela: a COPCORD study. **Clinical Rheumatology**, 34 (5), 871–877. doi: 10.1007 / s10067-014-2689-9. 2014.

GALVEZ-SÁNCHEZ, CM; DUSCHEK, S; REYES DEL PASO, GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. **Psychology Research and Behavior Management**, volume 12, 117 – 127. 2019.

GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M., MONTORO, C. I., DUSCHEK, S., & REYES DEL PASO, G. A. Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. **Journal of Affective Disorders**, 265, 486–495. 2020.

GOMEZ-ARGUELLES JM; MAESTU-UNTURBE C; GOMEZ-AGUILERA EJ. Neuroimaging in fibromyalgia. **Rev Neurol**. Nov 16;67(10):394-402. 2018.

GIUPPONI, G; MANISCALCO, I; MATHÀ, S; FICCO, C; PERNTHER, G; SANNA, L; POMPILI, M; KAPFFHAMMER HP; CONCA, A. Suizidrisiko bei somatoformen Störungen. **Neuropsychiatr**, 32 (1), 9–17. 2017.

GONZALEZ, B., NOVO, R., FERREIRA, A. S. Fibromyalgia: heterogeneity in personality and psychopathology and its implications. **Psychology, Health & Medicine**, 1–7. 2019.

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2008.

GUIMARÃES, PRB. Métodos quantitativos estatísticos. Curitiba, PR. Brasil, 1 ed, **Iesde**; 252p, 2012.

GORENSTEIN, C. et al. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre. **Ed Artmed**, 2016.

GANDINI, RC; MARTINS, M C F; RIBEIRO, MP; SANTOS, DTG. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, 12(1), 23–31. 2007.

GOESLING, J., CLAUW, D. J., & HASSETT, A. L. (2013). Pain and Depression: An Integrative Review of Neurobiological and Psychological Factors. **Current Psychiatry Reports**, 15(12). doi:10.1007/s11920-013-0421-0.

HOMANN D., STEFANELLO, JMF., GÓES, SM., BREDA, CA., PAIVA, ES., LEITE, N. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fi bromyalgia. **Rev Bras Reumatol**;52(3):319-330. 2012.

HEIDARI, F; AFSHARI, M; MOOSAZADEH, M. Prevalence of fbromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. **Rheumatol Int**. Sep;37(9):1527-1539. 2017.

HEYMANN, RE, PAIVA, ES, MARTINEZ, JE, HELFENSTEIN, M., REZENDE, MC, PROVENZA, JR, RANZOLINA A., ASSIS, MR., FELDMAN, DP., RIBEIRO, LS; SOUZA, EJR. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia** (edição em inglês), 57, 467–476. 2017.

- HAZRA, S., VENKATARAMAN, S., HANDA, G., YADAV, SL., WADHWA, S., SINGH, U., KOCHHAR, K.P., DEEPAK, K.K., SARKAR, K. A. Cross-Sectional Study on Central Sensitization and Autonomic Changes in Fibromyalgia. **Frontiers in Neuroscience**. Aug 4;14:788. 2020.
- HOOLEY, JM; FRANKLIN, JC; NOCK, MK. Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association. **Curr Pain Headache Rep**, 18 (8) (2014).
- HUSAK, AJ; BAIR, MJ. Chronic Pain and Sleep Disturbances: A Pragmatic Review of Their Relationships, Comorbidities, and Treatments. **Pain Medicine**, 0(0), 1–11. 2020.
- HASS' DRG; MURAROTO, E; HEYDE, MVD SKARE, TL. Prevalence of fibromyalgia in depressive patients and its influence in the degree of depression and quality of life. **Asia-Pacific Psychiatry**. 458–459. 2014.
- HAWTON, KEITH; HOUSTON, KELLY; HAW, CAMILLA; TOWNSEND, ELLEN; HARRISS, LOUISE (2003). Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide. **American Journal of Psychiatry**, 160(8), 1494–1500. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1494.
- HASKELL WL, LEE I-M, PATE RR, POWELL KE, BLAIR SN, FRANKLIN BA, MACERA CA, HEATH GW, THOMPSON PD, AND BAUMAN A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Vol. 39, No. 8, pp. 1423–1434, 2007.
- HEYMANN et al. CONSENSO BRASILEIRO DO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA. **Rev Bras Reumatol** 2010;50(1):56-66
- INANICI, FF, YUNUS, MB. História da fibromialgia: passado para o presente. **Current Pain and Headache Reports**, 8 (5), 369-378. 2004.
- IŞIK-ULUSOY, S. Evaluation of affective temperament and anxietydepression levels in fibromyalgia patients: a pilot study. **Brazilian Journal of Psychiatry**. 00(00). 2019.
- JÚNIOR, J.O.O; ALMEIDA, M.B. O tratamento atual da fibromialgia. **BrJP** vol.1 no.3 São Paulo July/Sept. 2018.
- JULIEN N; GOFFAUX P; ARSENAULT P; MARCHAND S. Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. **Pain**. 114:295–302. 2005.
- KENNEDT, M.; FELSON, D.T. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. **Arth Rheum**, v.39, p.682-685, 1996.
- KUDLOW, PA; ROSENBLAT, JD; WEISSMAN, CR; CHA, DS; KAKAR, R; MCINTYRE, RS; SHARMA, V. Prevalence of fibromyalgia and co-morbid bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**. 188; 134–142. 2015.
- KESKINDAG B; KARAAZIZ M. The association between pain and sleep in fibromyalgia. **Saudi Med J**. May;38(5):465-475. 2017.

- LICHTENSTEIN, A., TIOSANO, S., & AMITAL, H. The complexities of fibromyalgia and its comorbidities. Lichtenstein, A., Tiosano, S., & Amital, H. (2018). As complexidades da fibromialgia e suas comorbidades. **Current Opinion in Rheumatology**, 30 (1), 94–100. 2018.
- LUÍS, M.M.C.G. Dor psicológica e risco suicidário: Um estudo longitudinal com indivíduos da comunidade. **Dissertação de Mestrado em Psicologia**. Universidade de Évora Escola de Ciências Sociais. 2016.
- LITTLEJOHN, G. Neuroinflamação neurogênica na fibromialgia e na síndrome dolorosa regional complexa. **Nature Reviews Rheumatology**, 11 (11), 639-648. 2015.
- LITTLEJOHN, G., GUYMER, E. Neurogenic inflammation in fibromyalgia. **Semin Immunopathol**. Maio; 40 (3): 291-300. 2018.
- LØGE-HAGEN, JS; SÆLE, A; JUHL, C; BECH, P; STENAGER, E; MELLENTIN, A. Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**. 245, 1098–1105. 2019.
- LORENA et al. Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Rev Dor**. São Paulo, 2016 jan-mar;17(1):8-11.
- LEVINE, D; HORESH, D. Suicidality in Fibromyalgia: A Systematic Review of the Literature. **Frontiers in Psychiatry**, Sep 23;11. 2020.
- LEVI-BELZ, Y; GVION, Y; GRISARU, S; APTER, A. When the Pain Becomes Unbearable: Case-Control Study of Mental Pain Characteristics Among Medically Serious Suicide Attempters. **Archives of Suicide Research**, 22 (3), 380-393. 2017.
- LICHTENSTEIN, A., TIOSANO, S., AMITAL, H. The complexities of fibromyalgia and its comorbidities. **Current Opinion in Rheumatology**, 30 (1), 94–100. 2018.
- LAFUENTE-CASTRO, CP, ORDOÑEZ-CARRASCO, JL, GARCIA-LEIVA, JM, SALGUEIRO-MACHO, M., & CALANDRE, EP. Perceived burdensomeness, thwarted belongingness and suicidal ideation in patients with fibromyalgia and healthy subjects: a crosssectional study. **Rheumatology International**. 38 (8), 1479–1486. 2018.
- LI, H., XIE, W., LUO, X., FU, R., SHI, C., YING, X., WANG, N; YIN, Q; Wang, X. Clarifying the Role of Psychological Pain in the Risks of Suicidal Ideation and Suicidal Acts among Patients with Major Depressive Episodes. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, 44 (1), 78-88. 2013.
- LEE, J.-W; LEE, K.-E; PARK, D.-J; KIM, S.-H; NAH, S.-S; LEE, J. H; ... LEE, S.-S. Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. **Plos One**, 12(2). 2017.
- LAN, C.-C., TSENG, C.-H., CHEN, J.-H., LAN, J.-L., WANG, Y.-C., TSAY, G. J., & HSU, C.-Y. Increased risk of a suicide event in patients with primary fibromyalgia and in fibromyalgia patients with concomitant comorbidities. **Medicine**, 95(44), e5187. 2016.

- LIAN, Y.-N., WANG, Y., ZHANG, Y., YANG, C.-X. Duloxetine for pain in fibromyalgia in adults: a systematic review and a meta – analysis. **International Journal of Neuroscience**, 1–16. 2019.
- MIKI, K., NAKAE, A., SHI, K., YASUDA, Y., YAMAMORI, H., FUJIMOTO, M., IKEDA, M., SHIBATA, M., YUKIOKA, M., HASHIMOTO, R. Frequency of mental disorders among chronic pain patients with or without fibromyalgia in Japan. **Neuropsychopharmacology Reports**. 1–8. 2018.
- MCKERNAN, LC., LENERT, MC., CROFFORD, LJ., WALSH, CG. Outpatient Engagement Lowers Predicted Risk of Suicide Attempts in Fibromyalgia. **Arthritis Care & Research**. 2018.
- MARCOLAN, JP. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. **Rev Bras Enferm**, 2018;71(supl 5):2479-83.
- MARBACK, RF; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Rev. bras.ter. cogn**, vol.10 no.2 Rio de Janeiro, dez. 2014.
- MARQUES et al. A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. **Rev bras reumatol**. 2017;57(4):356–363.
- MATTOS, RS; LUZ, MT. Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor e sofrimento: um estudo de caso sobre fibromialgia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. 22 [4]: 1459-1484.
- MOGIL, JS. Pain genetics: past, present and future. **Trends Genet.**;28:258-266.2012.
- MEE, S; BUNNEY, BG; REIST, C; POTKIN, SG; BUNNEY, WE. Psychological pain: A review of evidence. **Journal of Psychiatric Research**. 40, 680–690. 2006.
- MARTÍ, T.M, LLORDÉS, M.L, JORDÀ, M.C, JUAN, G.L, PARDO, S. M. Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. **Reumatología Clínica**, 13(5), 252–257. 2017.
- MARQUES, A.P; SANTO, A.S.E; BERSSANETI, A.A; MATSUTANI, L.A; YUAN, S. L.K. A prevalência de fibromialgia: atualizac ão da revisão de literatura. **rev bras reumatol**; 57(4):356–363. 2017.
- MEERWIJK, EL; WEISS, SJ. Tolerance for Psychological Pain and Capability for Suicide: Contributions to Suicidal Ideation and Behavior. **Psychiatry Research**, 262, 203–208. 2018.
- MALIN, K; _LITTLEJOHN, GO. Stress modulates key psychological processes and characteristic symptoms in females with fibromyalgia. **Clin Exp Rheumatol**. Nov-Dec; 31, 2013.
- MILANI, RG; OLIVEIRA, LP; SANTOS, VR; PAULUK, IM. The psychological suffering in the lifepath of a fibromyalgic patient. **Aletheia**, No.38-39 Canoas dez. 2012.

MALTA, M; CARDOSO, LO; BASTOS, FI; MAGNANINI, MMF; SILVA, CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública**. 44(3):559-65. 2010.

NEUMEISTER, MW; NEUMEISTER, EL. Fibromyalgia. **Clin Plast Surg**, Apr;47(2):203-213. 2020.

ORDÓÑEZ-CARRASCO, JL; SÁNCHEZ-CASTELLÓ, M; CALANDRE, EP; CUADRADO-GUIRADO I; ROJAS-TEJADA, AJ. Suicidal Ideation Profiles in Patients with Fibromyalgia Using Transdiagnostic Psychological and Fibromyalgia-Associated Variables. **Int J Environ Res Public Health**. Dec 30;18(1):209. 2020.

ORBACH I; MIKULINCER M; GILBOA-SCHECHTMAN E; SIROTA P. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. **Suicide Life Threat Behavior**, Vol. 33, No. 3, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2018. **Genebra**, Suíça. 2018.

PALOMO-LÓPEZ, P; BECERRO-DE-BENGOA-VALLEJO R; ELENA-LOSA-IGLESIAS, M; LÓPEZ-LÓPEZ, D; RODRÍGUEZ-SANZ, D; CÁCERES-LEÓN, M; CALVO-LOBO, C. Relationship of Depression Scores and Ranges in Women Who Suffer From Fibromyalgia by Age Distribution: A Case-Control Study. **Worldviews on Evidence-Based Nursin**. 2019; 1–10.

PASSOS MHP; SILVA HA; PITANGUI ACR; OLIVEIRA VMA; LIMA AS; ARAÚJO, RC. Confiabilidade e validade da versão brasileira do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh em adolescentes. **J. Pediatr.** (Rio J.) 93 (2) • Mar/Apr 2017.

QUEIROZ, L.P. Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia. **Curr Pain Headache Rep** 17 (8) 356. 2013.

RATCLIFFE, GE; ENNS, MW; BELIK, S.-L; SAREEN, J. Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective. **Clin J Pain**. Volume 24, Number 3, March/April. 2008.

RIZVI, SJ; ISKRIC, A; CALATI, R; COURTET, P. Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: evidence from clinical and neuroimaging findings. **Current Opinion in Psychiatry**, 30 (2), 159-167. 2017.

RUHMAN W: The earliest book on rheumatism. **Br J Rheumatol**. 2:140–162. 1940.

RACINE, M; CHOINIERE, M; NIELSON, WR. Predictors of suicidal ideation in chronic pain patients: An exploratory study. **Clin J Pain**;30(5):371–8. 2014.

REIST, C; MEE, S; FUJIMOTO, K; RAJANI, V; BUNNEY, WE; BUNNEY, BG. Assessment of psychological pain in suicidal veterans. **PLOS ONE**, 12 (5), 2017.

RIZVI, SJ; ISKRIC, A; CALATI, R; COURTET, P. Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: evidence from clinical and neuroimaging findings. **Current Opinion in Psychiatry**, 30 (2), 159-167. 2017.

RATCLIFFE, G. E., ENNS, M. W., BELIK, S.-L., & SAREEN, J. (2008). Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective. **The Clinical Journal of Pain**, 24(3), 204–210.

RODRÍGUEZ, DFG; MENDOZA, CA. Physiopathology of fibromyalgia. **Reumatol Clin (Engl Ed)**. May-Jun 2020;16(3):191-194.

RIBEIRO, K. L.; MARINHO, I. S. F. Fibromialgia e Atividade Física. **Fitness & Performance Journal**, v. 4, n. 5, p. 280 - 287, 2005.

SLUKA KA, CLAUW DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. **Neuroscience**, 338, 114-129. 2016.

SHNEIDMAN, E. Suicide as psychache. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 1993, 181, 147-149.

SMYTHE, H. Nonarticular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes. In *Arthritis and Allied Conditions*, edn 8. **Edited by McCarty DJ**. Philadelphia: Lea & Febiger; 1972:881–891.

SMYTHE, H. Fibrositis and other diffuse musculoskeletal syndromes. In: KELLY, W. (Ed.) **Textbook of rheumatology**. Philadelphia: WB Saunders, 1981, v.1.

SOUZA, JB DE; GROSSMANN, E; PERISSINOTTI, DMN; OLIVEIRA JUNIOR, JO DE; FONSECA, PRB DA; POSSO, I. DE P. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. **Pain Research and Management**. 2017.

SOUZA, J B; PERISSINOTTI, D M N. A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 345-348, dic. 2018.

SLUKA, KA; CLAUW, DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. **Neuroscience**. 338, 114-129. 2016.

SOMMER C; HÄUSER W; BURGMEYER M; ENGELHARDT R; GERHOLD K; PETZKE F; SCHMIDT-WILCKE T; SPÄTH M; TÖLLE T; ÜÇEYLER N; WANG H; WINKELMANN A; THIEM K. Ätiologie und Pathophysiologie des Fibromyalgiesyndroms. June; **Der Schmerz** 26(3):259-67. 2012.

STAUD, R; SMITHERMAN, ML. Peripheral and central sensitization in fibromyalgia: pathogenetic role. **Curr Pain Headache Rep**. 6: 259-66. 2002.

SIECZKOWSKA, SM; VILARINO, GT; SOUZA, LC; ANDRADE A. Does physical exercise improve quality of life in patients with fibromyalgia? **Ir J Med Sci**. 2020 Feb;189(1):341-347.

SENNA, ER; DE BARROS, AL; SILVA, EO; COSTA, IF; PEREIRA, LV; CICONELLI, RM; ET, AL. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **J Rheumatol.** 31(3):594-7. 2004.

SANTOS D M; LAGE LV; JABUR EK; ET AL. The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia. São Paulo Braz. **CLINICS**, 66(6):973-978. 2011.

SORIANO-MALDONADO, A., AMRIS, K., ORTEGA, F. B., SEGURA-JIMÉNEZ, V., ESTÉVEZ-LÓPEZ, F., ÁLVAREZ-GALLARDO, I. C., ... RUIZ, J. R. Association of different levels of depressive symptoms with symptomatology, overall disease severity, and quality of life in women with fibromyalgia. **Quality of Life Research**, 24(12), 2951–2957.2015.

SUPERA. Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, **Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento**. Vol. 3. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2006.

TREDE, R-D; RIEF, W; BARKE, A; AZIZ, Q; BENNETT, M.I; BANOLIEL, R; COHEN, M; EVERS, S; FINNERUP, N.B; FIRST, M.B; GIAMBERARDINO, M.A; KAASA, S; KOSEK, E; LAVAND'HOMME, P; NICHOLAS, M; PERROT, S; SCHOLZ, J; SCHUG, S; SMITH, B.H; SVENSSON, P; VLAEYEN, J.W.S; WANG, S.J. A classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**; v. 156, n. 6, p. 1003–1007. 2015.

TRUCHARTE A; LEON L; CASTILLO-PARRA G; MAGÁN I; FREITES D; REDONDO M. Emotional regulation processes: influence on pain and disability in fibromyalgia patients. **Clin Exp Rheumatol.** 09 de Janeiro. 2020.

TRAUT, EF (1965). Fibrosite. **Medical Clinics of North America**, 49 (1), 151-164. 1965.

TRAUT, E. F. Histopathology of muscle in rheumatoid arthritis and other diseases. **A.M.A. Arch. Int. Med.** 89: 724,1952.

TRIÑANES, Y., GONZÁLEZ-VILLAR, A., GÓMEZ-PERRETTA, C., CARRILLO-DE-LA-PEÑA, M. T. Suicidality in Chronic Pain: Predictors of Suicidal Ideation in Fibromyalgia. **Pain Practice**, 15(4), 323–332. 2014.

VERROCCHIO, MC; CARROZZINO, D; MARCHETTI, D; ANDREASSON, K; FULCHERI, M; BECH, P. Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. **Mental Pain and Suicide**. Vol 7, Art 108, 2016.

VUCUROVIC, K; DUPONT-GAUDIN, C; CHÉNÉ, DR; KALADJIAN, A; CUERVO-LOMBARD, C.-V. Fibromyalgia patients make scarce reference to pain in self-defining memories. **Comprehensive Psychiatry**, 90, 30–36. 2019.

VAEROY H., HELLE R., FORRE O., KASS E., TERENIUS L. Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. **Pain** 32(1):21–26. 1988.

VALLEIX, FL. *Traite Des Neuralgies ou Affections Douloureuses Des Nerfs*. Paris: **JB Bailliere**; 266–594. 1841.

VINCENT, A; LAHR, BD; WOLFE, F; CLAUW, DJ; WHIPPLE, MO; OH, TH,...ST. SAUVER, J. Prevalence of Fibromyalgia: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota, Utilizando the Rochester Epidemiology Project. **Arthritis Care & Research**, 65 (5), 786–792. 2013.

VERROCCHIO, M. C. *et al.* Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. **Frontiers in psychiatry**, v. 7, p. 108, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020. **Geneva**. 2014. Acesso em 22 de julho de 2021. Disponível em: file:///C:/Users/Mayara%20Leite/Downloads/9789241506021_eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a global imperative. **Genebra**. 2014. Acesso em 24 de julho de 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Mayara%20Leite/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/WHO%20preve%20naosuicidio.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização **Pan-Americana da Saúde**; 2018.

WOLFE, F. Desenvolvimento de critérios para o diagnóstico de fibrosite. **The American Journal of Medicine**, 81 (3), 99-104. 1986.

WOLFE F, CATHEY MA, KLEINHEKSEL SM. Fibrositis (fibromyalgia) in rheumatoid arthritis. **J Rheumatol**. 11:814–818. 1984.

WOLFE F; SMYTHE HA; YUNUS MB; BENNETT RM; BOMBARDIER C; GOLDENBERG DL; TUGWELL P; HAMATY D; LESSARD J; LICHTBROUN AS; MAIS AT; MCCAIN GA; REYNOLDS WJ; ROMANO TJ; RUSSELL IJ; SHEON RP. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. **Arthritis Rheum**. Feb;33(2):160-72. 1990.

WOLFE, F; HASSETT, AL; WALITT, B; MICHAUD, K. Mortality in Fibromyalgia: A Study of 8,186 Patients Over Thirty-Five Years. **Arthritis Care & Research**, 63 (1), 94–101. 2010.

WOLFE, F., CLAUW, DJ, FITZCHARLES, M.-A., GOLDENBERG, DL, HAUSER, W., KATZ, RS, MEASE, P., RUSSELL, AS., RUSSELL, IJ., WINFIELD, JB. Critérios de Fibromialgia e Escalas de Gravidade para Estudos Clínicos e Epidemiológicos: Uma Modificação dos Critérios de Diagnóstico Preliminar do ACR para Fibromialgia. **The Journal of Rheumatology**, 38 (6), 1113–1122. 2011.

WOLFE, F., CLAUW, DJ, FITZCHARLES, M.-A., GOLDENBERG, DL, HÄUSER, W., KATZ, RL, MEASE, PJ., RUSSELL, AS., RUSSELL, IJ., WALITT, B. Revisões de 2016 para os critérios diagnósticos de fibromialgia de 2010/2011. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 46 (3), 319-329. 2016.

- WOLFE, F; BRÄHLER, E; HINZ, A; HÄUSER, W. Fibromyalgia Prevalence, Somatic Symptom Reporting, and the Dimensionality of Polysymptomatic Distress: Results From a Survey of the General Population. **Arthritis Care & Research**. Vol. 65, No. 5, May, pp 777–785. 2013.
- WINFIELD, JB. Pain in fibromyalgia. **Rheumatic disease clinics of north america**. February, v25 (1), 55–79. 1999.
- WHITE, KP; NIELSON, WR; HARTH, M; OSTBYE, T; SPEECHLEY, M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. **J Rheumatol**. Mar;29(3):588-94. 2002.
- WAN, B., GEBAUER, S., SALAS, J., JACOBS, C. K., BREEDEN, M., & SCHERRER, J. F. Gender-Stratified Prevalence of Psychiatric and Pain Diagnoses in a Primary Care Patient Sample with Fibromyalgia. **Pain Medicine**. 2019. 0(0), 2019, 1–5.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. **Geneva: World Health Organization; 2021**.
- YUNUS, MB. Primary fibromyalgia syndrome: current concepts. **Compr Ther**. Aug;10(8):21-8. 1984.
- YU WJ; JIANG JX; YANG L. A sketch of the overlap in the neural circuitry underlying psychological- and physical-pain. **Sheng Li Xue Bao**. Dec 25; 69(6):830-842. 2017.
- YAVNE, Y; AMITAL, D; WATAD, A; TIOSANO, S; AMITAL, H. A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia Trauma and the fibromyalgia. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 48 (1), 121–133. 2018.
- YILMAZ, E; TAMAM, L. Attention-deficit hyperactivity disorder and impulsivity in female patients with fibromyalgia. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Volume 14, 1883–1889. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.L.C.E)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa “COMPORTAMENTO SUICIDA E DOR PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA”, dos pesquisadores Valfrido Leão de Melo Neto, Claudio Torres de Miranda e Mayara Leite Alves da Silva. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

- 1) Que o objetivo geral do estudo se destina a investigar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com fibromialgia.
- 2) Que a importância do estudo além de demonstrar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com Fibromialgia é contribuir para mudanças na abordagem terapêutica desses pacientes a fim de melhorar a qualidade de vida; tendo início planejado para coleta de dados em janeiro de 2020 e finalizando em julho de 2020.
- 3) Que a coleta dos dados será por intermédio de um questionário sociodemográfico e clínico, aplicação de uma mini entrevista neuropsiquiátrica para diagnosticar possíveis transtornos psiquiátricos, aplicação de uma escala de dor psicológica, escala de impulsividade, escala de agressividade, escala de depressão, escala de desesperança, escala de qualidade do sono, escala de qualidade de vida.
- 4) Que o possível risco à sua saúde é constrangimento ao responder os instrumentos de avaliação. Entretanto, esse risco será controlado pelos pesquisadores, exposto de maneira clara e objetiva o trabalho, além dos entrevistadores estarem devidamente habilitados e treinados para aplicação dos instrumentos, diminuindo o risco.
- 5) Que o anonimato dos participantes da pesquisa será resguardado e suas informações pessoais só serão divulgadas entre os profissionais da pesquisa mediante sua autorização. Serão adotados cuidados para não haver revelação da identidade dos pacientes como: uso de senha no arquivo e no computador, nenhum dado que identifique o paciente, nome, iniciais e número de prontuário. 57
- 6) Que os benefícios esperados são, fornecer informações sobre a condição estudada e orientações sobre educação em saúde, como também a partir das avaliações dos pacientes com fibromialgia, será a identificação dos principais transtornos psiquiátricos

e dos fatores de risco para o comportamento suicida, pois subsidiará os gestores do SUS para justificar a ampliação dos serviços já existentes e a criação de novos serviços de cuidados com a saúde mental dessa população.

- 7) Que o estudo começará a partir da aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- 8) Que, a qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo.
- 9) Que a divulgação dos resultados será realizada no meio científico pertinente a fim de gerar estímulo para um empenho maior do poder público no sentido de que outros serviços sejam implantados e mais pacientes sejam beneficiados.
- 10) Que, caso você necessite de acompanhamento psicológico, o mesmo será encaminhado a um psicólogo na Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes para acompanhamento e intervenção terapêutica.
- 11) Você deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.
- 12) Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.
- 13) Que os resultados da pesquisa serão apresentados a você como relatório individual e distribuição de folder explicativo.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Nome e Endereço dos Pesquisadores Responsáveis: (Obrigatório)

Pesquisador: Valfrido Leão de Melo Neto

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, *Maceió* - AL, Cep: 57072-970

Pesquisador: Claudio Torres de Miranda

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, *Maceió* - AL, Cep: 57072-970

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Pesquisador: Mayara Leite Alves da Silva

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, *Maceió* - AL, Cep: 57072-970

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária, Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, ____ de _____ de _____.

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de Associação entre Comportamento Suicida e Dor Psicológica em Pacientes com Fibromialgia

Pesquisador: Valfrido Leão de Melo Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24393519.0.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.775.141

Apresentação do Projeto:

Resumo:

A fibromialgia (FM) é uma síndrome musculoesquelética caracterizada por uma dor crônica generalizada associada a outros sinais e sintomas, como fadiga muscular, distúrbios do sono, como também episódios de ansiedade e depressão. A dor física vivenciada por esses pacientes pode gerar alterações emocionais e sofrimento mental, como dor psicológica. Nesse sentido, a dor psicológica se torna um importante fator de risco para o comportamento suicida. Este estudo tem por objetivo investigar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com FM. Trata-se de um estudo observacional, transversal e com abordagem quantitativa que será realizado no serviço de reumatologia e no ambulatório de dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) – Universidade Federal de Alagoas na cidade de Maceió (Alagoas). A amostra é não probabilística por conveniência que será constituída por pacientes em atendimento ambulatorial. A coleta de dados se dará a partir da aplicação de questionário sociodemográfico e clínico, instrumentos diagnósticos como Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2) e Escala diagnóstica de FM de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), assim como instrumentos de intensidades como Psychache Scale (Escala de dor psicológica), Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11), Escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ), Inventário de depressão de Beck (BDI), Escala de desesperança de Beck (BHS), Índice de qualidade do sono de

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeticufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.775.141

Pittsburgh (PSQI), Escala de qualidade de vida (SF-36). As variáveis primárias são os escores dos instrumentos diagnósticos e de intensidades e as variáveis secundárias são idade, estado civil, escolaridade, naturalidade, hábitos de vida (tabagismo, etilismo e exercício físico), comorbidades, idade do início dos sintomas e idade do início do diagnóstico e uso de medicamentos. Os resultados serão avaliados por meio do pacote estatístico SPSS - versão 23.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O projeto de pesquisa que gerou este trabalho foi elaborado de acordo com as recomendações éticas contidas na resolução CNS/MS 466 de 12/12/2012 e a coleta de dados só iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este projeto será submetido.

7.1 Tipo de estudo Trata-se de um estudo observacional, transversal e com abordagem quantitativa. Esse tipo de pesquisa trabalha com uma maior precisão e confiabilidade dos dados, já que são expressos em forma numérica com análise estatística (GIL, 1996).

7.2 Local O estudo será realizado com pacientes diagnosticados com fibromialgia que estejam em acompanhamento ambulatorial no serviço de reumatologia e no ambulatório de dor do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) – Universidade Federal de Alagoas na cidade de Maceió (Alagoas).

7

“Os resultados da pesquisa serão apresentados a você como relatório individual e distribuição de folder explicativo”.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Investigar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com fibromialgia

Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra; o Identificar os fatores de riscos para o comportamento suicida;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.775.141

- Descrever a prevalência de comportamento suicida, depressão maior, transtorno bipolar e distúrbio do sono;
- Mensurar os escores de depressão, dor psicológica, impulsividade, agressividade, desesperança e qualidade de vida;
- Avaliar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica na amostra, com a presença de transtornos de humor, transtornos do sono, impulsividade, agressividade, desesperança e qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ANÁLISE DE RISCOS

A pesquisa oferece baixo risco aos participantes, uma vez que não será realizado nenhum tipo de experimentação, procedimento ou medicação. Um dos possíveis riscos encontrados para os pacientes participantes do estudo seria o constrangimento ao responder aos instrumentos de avaliação. Entretanto, esse risco será controlado pelos pesquisadores, exposto de maneira clara e acessível no TCLE que a participação no estudo é voluntária e que a recusa em participar não trará quaisquer consequências e que a qualquer momento o paciente pode se desligar do estudo. Como também, o risco moral com a possibilidade da quebra de privacidade ou confidencialidade. Entretanto, esse risco será controlado pelos pesquisadores, estando de acordo com os termos definidos pela Resolução 466/2012, sobre a ética aplicada à pesquisa com seres humanos. A privacidade do indivíduo e a proteção da imagem do mesmo será preservada por meio do sigilo profissional, do respeito à decisão do indivíduo de não expor alguma informação e da inclusão de dados da pesquisa em computador pessoal, em documentos protegidos por senha, através do programa Kruptos 2.0, cujo acesso será restringido apenas aos pesquisadores. Além disso, os entrevistadores estarão devidamente habilitados e treinados para aplicação dos instrumentos de avaliação.

Benefícios

Em se tratando dos benefícios do estudo, é que será possível identificar a associação entre comportamento suicida e dor psicológica em pacientes com FM que irá favorecer uma melhor abordagem terapêutica desses pacientes e consequentemente uma melhora em seu bem-estar e

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Síndes,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.775.141

qualidade de vida. Outro benefício importante será a identificação dos principais transtornos psiquiátricos e dos fatores de risco para o comportamento suicida, pois subsidiará os gestores do SUS para justificar a ampliação dos serviços já existentes e a criação de novos serviços de cuidados com a saúde mental dessa população. Embora a propriedade dos resultados gerados por esta pesquisa seja de seus autores, os resultados encontrados serão publicados na forma de um artigo original em um periódico indexado. Ressalta-se que na publicação do artigo os participantes não serão identificados. Por fim, a divulgação dos resultados poderá gerar estímulo para um empenho maior do poder público no sentido de que outros serviços sejam implantados e mais pacientes sejam beneficiados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo apresentado para avaliação de pendências de parecer anterior.

O pesquisador resolveu as pendências, de modo organizado e adequadamente. O protocolo se encontra de conformidade com o que determina as Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos examinados para este parecer:

Projeto:

TCLE;

Declaração dos pesquisadores;

Carta-resposta.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeticafufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.775.141

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1428269.pdf	01/12/2019 22:50:33		Aceito
Outros	CartarespostaCEP.pdf	01/12/2019 22:49:59	Mayara Leite Alves da Silva	Aceito
Outros	CumprimentoNormasResolucao.pdf	01/12/2019 22:49:02	Mayara Leite Alves da Silva	Aceito
Outros	Declaraçao psicologa.pdf	01/12/2019	Mayara Leite Alves	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Neto, s/n - Campus A - C. Símbios,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO -B

Questionário sociodemográfico e clínico

Nome: _____ CPF: _____ Idade: _____

Estado civil: () Com companheiro () Sem companheiro

Anos de estudo: () Analfabeto () Alfabetizado () fundamental completo-9anos ()
Ensino médio completo-12 anos () Superior completo-16 anos

Naturalidade: () Interior () Capital () Fora do estado

Hábitos de vida:

Tabagista () Sim () Não

Etilista () Sim () Não

Exercício físico () Sim () Não

Comorbidades:

Hipertensão () Sim () Não

Diabetes () Sim () Não

Outras comorbidades () Sim () Não

Idade do início dos sintomas: _____ Idade do início do diagnóstico: _____

Uso de medicamento:

() AINH – anti-inflamatórios não hormonais (aspirina, o naproxeno, o ibuprofeno e o ácido mefenâmico)

() Corticoides (prednisona ou deflazacorte)

() Imunomoduladores (hidroxicloroquina, Betaferon, Avonex)

() Imunossupressores (Prednisona, Azatioprina, Ciclosporina, Tacrolimo)

() Imunobiológicos

() ISRS- inibidor seletivo de recaptação de serotonina (Fluoxetina, Citalopram, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Escitalopram)

() ADT – tricíclicos (Amitriptilina, Clomipramina, Desipramina, Imipramina, Doxepina)

() Anticonvulsivante (Gabapentina, Carbamazepina, Topiramato, Acetazolamida)

() Antipsicótico (Clorpromazina, Haloperidol, Flupentixol, Levomepromazina)

() Analgésicos opióides (Metadona, Morfina, Tramadol, Hidromorfona, Fentanil)

() Miorrelaxante (Diazepan, Mioflex, Tandrilax, Bioflex e Dorflex, Musclare, Miosan e Mirtax)

() Lítio (Carbolitium)

() Metotrexato

ANEXO C

Escala diagnóstica de FM de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) 2010/2011

ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA

Marque com X as áreas onde teve dor nos últimos 7 dias - TOTAL DE ÁREAS DOLOROSAS: _____

ÁREA	SIM	NÃO	ÁREA	SIM	NÃO
MANDIBULA E			MANDIBULA D		
OMBRO E			OMBRO D		
BRAÇO E			BRAÇO D		
ANTEBRAÇO E			ANTEBRAÇO D		
QUADRIL E			QUADRIL D		
COXA E			COXA D		
PERNA E			PERNA D		
CERVICAL			DORSO		
TORAX			LOMBAR		
ABDOME					

ESCALA DE GRAVIDADE DOS SINTOMAS

Marque a intensidade dos sintomas, conforme você estase sentindo nos últimos 07 dias

FADIGA (cansaço ao executar atividades)	0	1	2	3
SONO NÃO REPARADOR (acordar cansado)	0	1	2	3
SINTOMAS COGNITIVOS (dificuldade de memória, concentração, etc.)	0	1	2	3
SINTOMAS SOMÁTICOS (dor abdominal, dor de cabeça, dor muscular, dor nas juntas, etc.)	0	1	2	3

Índice de dor generalizada ≥ 7 + gravidade de sintomas ≥ 5 = FIBRO OU:
Índice de dor generalizada entre ≥ 3 e ≤ 6 + gravidade de sintomas ≥ 9 = FIBRO

ANEXO D

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, CIRCULAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

A1	a	Você <u>alguma vez</u> se sentiu deprimido(a) ou desanimado(a), ou se sentiu triste, vazio(a) ou sem esperança durante a maior parte do dia, quase todos os dias durante duas semanas? SE NÃO , ASSINALAR NÃO PARA A1b . SE SIM , PERGUNTAR:	NÃO	SIM		
	b	Nas <u>duas últimas semanas</u> , você se sentiu deprimido(a) ou desanimado(a), ou se sentiu triste, vazio(a) ou sem esperança durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM		
A2	a	Você <u>alguma vez</u> teve, durante 2 semanas, muito menos interesse pela maioria das coisas ou foi muito menos capaz de aproveitar as coisas das quais gostava habitualmente? SE NÃO , ASSINALAR NÃO PARA A2b . SE SIM , PERGUNTAR:	NÃO	SIM		
	b	Nas <u>duas últimas semanas</u> , você teve, durante a maior parte do tempo, muito menos interesse pela maioria das coisas ou foi muito menos capaz de aproveitar as coisas das quais gostava habitualmente?	NÃO	SIM		
		A1a OU A2a FOI ASSINALADA SIM ?	➔ NÃO	SIM		
A3	SE A1b OU A2b = SIM : EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL E O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO, CASO CONTRÁRIO, SE A1b E A2b = NÃO : EXPLORAR SOMENTE O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO					
	Durante essas duas semanas, quando você se sentia deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas:					
			<u>2 últimas semanas</u>	<u>Episódio passado</u>		
	a	O seu apetite diminuiu ou aumentou quase todos os dias? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado (isto é, variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês ou ± 8 lb ou $\pm 3,5$ kg para uma pessoa de 160 lb/70 kg)? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM .	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	b	Você teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, ou dormir demais)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	c	Você falou ou se movimentou mais lentamente que de costume ou se sentiu agitado(a), irrequieto(a) ou teve dificuldade em ficar sentado(a) quieto(a) quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	d	Você se sentiu cansado(a) ou sem energia quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	e	Você se sentiu sem valor ou culpado(a) quase todos os dias? SE SIM , PEDIR EXEMPLOS. OBSERVE DELÍRIOS DE FALHA, INADEQUAÇÃO, CULPA OU RUÍNA, OU NECESSIDADE DE PUNIÇÃO OU DELÍRIO DE DOENÇA OU MORTE OU DELÍRIOS NIILISTAS OU SOMÁTICOS. OS EXEMPLOS SÃO COERENTES COM UMA IDEIA DELIRANTE. Episódio atual <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Episódio passado <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	f	Você teve dificuldade em se concentrar, pensar ou em tomar decisões quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	g	Você pensou repetidamente sobre a morte (MEDO DE MORRER NÃO CONTA AQUI), ou teve pensamentos sobre se matar, ou teve qualquer intenção ou plano de se matar? Você tentou suicídio? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM .	NÃO	SIM	NÃO	SIM
A4	Esses sintomas causaram sofrimento ou problemas significativos em casa, no trabalho, na escola, socialmente, em seus relacionamentos ou de qualquer outra maneira importante e significam uma mudança no seu desempenho anterior?		NÃO	SIM	NÃO	SIM
A5	Entre 2 episódios de depressão, você alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses sem nenhuma depressão importante ou nenhuma perda de interesse importante?		N/A		NÃO	SIM

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS (A1-A3) SIM E A4 FOI ASSINALADA SIM PARA ESSE PERÍODO EXPLORADO?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA SIM?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E/OU PASSADO.

SE A5 FOI ASSINALADA SIM, ASSINALAR SIM PARA RECORRENTE.

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	
ATUAL	<input type="checkbox"/>
PASSADO	<input type="checkbox"/>
RECORRENTE	<input type="checkbox"/>

A6 a Quantos episódios de depressão você teve ao longo de sua vida? _____

Entre cada episódio deve haver pelo menos 2 meses sem nenhuma depressão importante.

B. SUICIDALIDADE

			Pontos								
Durante o último mês, você:											
B1	Sofreu algum acidente? Isso inclui tomar muito remédio acidentalmente. SE RESPOSTA NÃO PARA B1, PASSAR PARA B2. SE RESPOSTA SIM, PERGUNTAR B1a:	NÃO SIM	0								
B1 a	Planejou ou teve a intenção de se machucar em algum acidente, quer seja não evitando um risco ou de propósito? SE RESPOSTA NÃO PARA B1a, PASSAR PARA B2. SE RESPOSTA SIM, PERGUNTAR B1b:	NÃO SIM	0								
B1 b	Pretendeu morrer como resultado de um acidente?	NÃO SIM	0								
B2	Pensou (mesmo que por um momento) que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) ou precisava estar morto(a)?	NÃO SIM	1								
B3	Pensou (mesmo que por alguns momentos) em se machucar ou se ferir ou se acidentar - com pelo menos alguma intenção ou consciência de que, como resultado, você poderia morrer - ou pensou em suicídio (ou seja, se matar)? SE NÃO PARA B2 + B3, PASSAR PARA B4. CASO CONTRÁRIO, PERGUNTAR:	NÃO SIM	6								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Frequência</td> <td style="width: 50%;">Intensidade</td> </tr> <tr> <td>De vez em quando <input type="checkbox"/></td> <td>Leve <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frequentemente <input type="checkbox"/></td> <td>Moderada <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quase sempre <input type="checkbox"/></td> <td>Grave <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Frequência	Intensidade	De vez em quando <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>
Frequência	Intensidade										
De vez em quando <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>										
Frequentemente <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>										
Quase sempre <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>										
B4	Ouvia vozes dizendo para se matar ou tinha sonhos com qualquer conteúdo suicida? SE a resposta for SIM, marque <input type="checkbox"/> ouvia uma voz ou várias vozes? <input type="checkbox"/> acontecia num sonho? um ou ambos:	NÃO SIM	4								
B5	Tinha um método de suicídio em mente (isto é, como se matar)?	NÃO SIM	8								
B6	Tinha um meio de suicídio em mente (isto é, com o que se matar)?	NÃO SIM	8								
B7	Tinha um local de suicídio em mente (isto é, onde se matar)?	NÃO SIM	8								
B8	Tinha uma data/período em mente (isto é, quando se matar)?	NÃO SIM	8								

B8	Tinha uma data/período em mente (isto é, quando se matar)?	NÃO	SIM	8
B9	Pensou em alguma tarefa que gostaria de terminar antes de tentar se matar? (como escrever um bilhete de suicídio)	NÃO	SIM	8
B10	Pretendeu executar os planos de se matar? SE a resposta for SIM , marque <input type="checkbox"/> pretendeu executar os planos de se matar naquele momento? um ou ambos: <input type="checkbox"/> pretendeu executar os planos de se matar futuramente?	NÃO	SIM	8
B11	Pretendeu morrer como resultado de um ato suicida? SE a resposta for SIM , marque <input type="checkbox"/> você pretendia morrer se suicidando naquele momento? um ou ambos: <input type="checkbox"/> você pretendia morrer se suicidando em algum momento futuramente?	NÃO	SIM	8
B12	Sentiu a necessidade ou o impulso de se matar ou planejar se matar antes que o inicialmente planejado? SE a resposta for SIM , <input type="checkbox"/> isso significava se matar? <input type="checkbox"/> isso significava planejar se matar? marque um ou ambos: SE a resposta for SIM , <input type="checkbox"/> isso, em grande parte, não foi intencional? <input type="checkbox"/> isso foi intencional? marque um ou ambos: AO AVALIAR SE ISSO, EM GRANDE PARTE, NÃO FOI INTENCIONAL, PERGUNTE: "5 minutos antes desse impulso, você poderia prever que isso ocorreria naquele momento?" SE B12 FOR NÃO , PASSAR PARA B14 .	NÃO	SIM	8
B13	Teve dificuldade de resistir a esses impulsos?	NÃO	SIM	8
B14	Tomou alguma iniciativa para preparar uma tentativa de suicídio na qual esperava ou tinha a intenção de morrer (incluindo qualquer coisa feita ou não propositadamente que faça com que chegue mais perto de tentar se suicidar)? Isso inclui as vezes em que você ia se matar, mas foi interrompido(a) ou parou por vontade própria antes que se fizesse algum mal. SE B14 FOR NÃO , PASSAR PARA B15 .	NÃO	SIM	
B14 a	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas não deu início à tentativa de suicídio?	NÃO	SIM	9
B14 b	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas parou por vontade própria pouco antes que se fizesse algum mal ("abortou a preparação")?	NÃO	SIM	10
B14 c	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas alguém ou algo interrompeu você pouco antes que se fizesse algum mal ("a preparação foi interrompida")?	NÃO	SIM	11
B15	Machucou-se de propósito sem intenção de se matar? (B15 NÃO É CONSIDERADA COMO UM COMPORTAMENTO SUICIDA)	NÃO	SIM	0
B16	Tentou se suicidar (se matar)? SE B16 FOR NÃO , PASSAR PARA B17 .	NÃO	SIM	
B16 a	Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas parou por conta própria e não terminou a tentativa?	NÃO	SIM	12
B16 b	Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas foi interrompido(a) e não terminou a tentativa?	NÃO	SIM	13
B16 c	Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar), exatamente como pretendia? Uma tentativa de suicídio significa que você fez alguma coisa que poderia causar lesão, com ao menos uma pequena intenção de morrer. SE B16c FOR NÃO , PASSAR PARA B17 : Esperou ser socorrido(a) / sobreviver <input type="checkbox"/> Esperou / pretendeu morrer <input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	14

- B16 a Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas **parou por conta própria** e não terminou a tentativa? NÃO SIM 12
- B16 b Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas **foi interrompido(a)** e não terminou a tentativa? NÃO SIM 13
- B16 c Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar), **exatamente** como pretendia? NÃO SIM 14
Uma tentativa de suicídio significa que você fez alguma coisa que poderia causar lesão, com ao menos uma pequena intenção de morrer.
SE B16c FOR NÃO, PASSAR PARA B17:

Esperou ser socorrido(a) / sobreviver

Esperou / pretendeu morrer

B17 TEMPO GASTO DIARIAMENTE COM IMPULSOS, PENSAMENTOS OU AÇÕES SUICIDAS:

Tempo habitual gasto por dia: ____ horas ____ minutos.

Tempo mínimo gasto por dia: ____ horas ____ minutos.

Tempo máximo gasto por dia: ____ horas ____ minutos.

Ao longo da sua vida:

- B18 Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar)? NÃO SIM 4
Se a resposta for **SIM**, quantas vezes? _____
Se a resposta for **SIM**, quando foi a última tentativa de suicídio?
Atual: durante os últimos 12 meses
Em remissão recente: entre 12 e 24 meses atrás
Em remissão: mais de 24 meses atrás

“Uma tentativa de suicídio é um comportamento autolesivo, com ao menos alguma intenção (> 0) de morrer como resultado da ação. A evidência que a pessoa tinha a intenção de se matar, ao menos até certo grau, pode ser explícita ou inferida do comportamento ou circunstância. Por exemplo, é definido como tentativa de suicídio se é óbvio que não é um acidente ou se a pessoa pensa que o ato poderia ser fatal, mesmo negando a intenção.” (Documento FDA Guidance for Industry Suicidal Ideation and Behavior 2012 e definição C-CASA.) Posner K et al. Am J Psychiatry 2007; 164 (7): 1035-1043 & <http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/default.htm/>

- B19 Qual é a probabilidade de você tentar se matar nos próximos 3 meses numa escala de 0 a 100% QUALQUER PROBABILIDADE > 0% NA B19 DEVE SER ASSINALADA SIM NÃO SIM 13

PELO MENOS 1 DAS PERGUNTAS ACIMA (EXCETO B1) FOI ASSINALADA SIM?

SE **SIM**, SOMAR O TOTAL DE PONTOS PARA AS RESPOSTAS (B1 A B19) ASSINALADAS “SIM” E ESPECIFICAR O RESULTADO DA SUICIDALIDADE COMO INDICADO NO QUADRO DIAGNÓSTICO:

INDICAR SE A SUICIDALIDADE É ATUAL (ÚLTIMO MÊS) OU UMA TENTATIVA AO LONGO DA VIDA OU AMBAS, ASSINALANDO AS CAIXAS APROPRIADAS OU DEIXANDO UMA DELAS OU AMBAS SEM ASSINALAR.

ATUAL = QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DE B1a ATÉ B16c (EXCETO B15) OU QUALQUER TEMPO GASTO EM B17.

TENTATIVA AO LONGO DA VIDA = B18 ASSINALADA SIM.

PROBABILIDADE EM UM FUTURO PRÓXIMO = B19 ASSINALADA SIM.

FAZER QUALQUER COMENTÁRIO ADICIONAL SOBRE SUA AVALIAÇÃO DA SUICIDALIDADE ATUAL E EM UM FUTURO PRÓXIMO DESTE PACIENTE NO ESPAÇO ABAIXO:

B18 FOI ASSINALADA SIM?

E UMA RESPOSTA SIM PARA

O ATO DE SUICÍDIO COMEÇOU QUANDO O PACIENTE NÃO ESTAVA EM ESTADO DE CONFUSÃO OU DELÍRIO?

E UMA RESPOSTA SIM PARA

O ATO DE SUICÍDIO FOI COMETIDO SEM FINS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O TRANSTORNO É ATUAL, EM REMISSÃO RECENTE OU EM REMISSÃO.

NÃO	SIM
SUICIDALIDADE	
1-8 pontos	Leve <input type="checkbox"/>
9-16 pontos	Moderada <input type="checkbox"/>
≥ 17 pontos	Elevada <input type="checkbox"/>
ATUAL	<input type="checkbox"/>
TENTATIVA AO LONGO DA VIDA	<input type="checkbox"/>
PROBABILIDADE EM UM FUTURO PRÓXIMO	<input type="checkbox"/>

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO SUICIDA	
Atual	<input type="checkbox"/>
Em remissão recente	<input type="checkbox"/>
Em remissão	<input type="checkbox"/>

C. EPISÓDIO MANÍACO E HIPOMANÍACO

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AOS QUADROS DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

	Você tem alguma história familiar de doença maniaco-depressiva ou de transtorno bipolar, ou algum membro da sua família teve mudanças de humor tratadas com medicação como lítio, valproato de sódio (Depakote) ou lamotrigina (Lamictal)? ESTA PERGUNTA NÃO É UM CRITÉRIO PARA TRANSTORNO BIPOLAR, MAS É FEITA PARA AUMENTAR A VIGILÂNCIA DO CLÍNICO EM RELAÇÃO AO RISCO DE TRANSTORNO BIPOLAR. CASO SIM, ESPECIFICAR QUEM: _____	NÃO	SIM
C1	a Você alguma vez teve um período em que se sentia 'pra cima' ou 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)' e tão ativo(a) ou cheio(a) de energia ou se achava superior aos outros que isso lhe causou problemas ou em que outras pessoas pensaram que você não estava no seu estado habitual? (Não considerar períodos em que estava sob o efeito de drogas ou álcool.) SE O PACIENTE NÃO COMPREENDE OU ESTÁ CONFUSO SOBRE O SIGNIFICADO DE 'PRA CIMA' OU 'EUFÓRICO' OU 'SUPEREXCITADO', EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por 'pra cima', 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)', quero dizer: ter humor elevado; aumento de energia ou aumento de atividade; precisar dormir menos; rapidez do pensamento; estar cheio de ideias; aumento da produtividade, da motivação, da criatividade ou comportamento impulsivo; telefonar ou trabalhar excessivamente ou gastar mais dinheiro. SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA C1b. SE SIM, PERGUNTAR:	NÃO	SIM
	b Você atualmente se sente 'pra cima' ou 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)' ou cheio(a) de energia?	NÃO	SIM
C2	a Você alguma vez esteve constantemente irritável, durante vários dias, se desentendia ou brigava, verbalmente ou fisicamente, ou gritava com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas perceberam que você estava mais irritável ou que reagia além do normal em comparação com outras pessoas, mesmo em situações em que achava que sua reação se justificava? SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA C2b. SE SIM, PERGUNTAR:	NÃO	SIM
	b Atualmente você se sente irritável o tempo todo?	NÃO	SIM
	C1a OU C2a FOI ASSINALADA SIM?	NÃO	SIM

C3 SE C1b OU C2b = SIM: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL PRIMEIRO E DEPOIS O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO. CASO CONTRÁRIO, SE C1b E C2b = NÃO: EXPLORAR SOMENTE O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO

AO EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL, COMECE CADA PERGUNTA DA SEGUINTE MANEIRA:

Nos últimos dias, incluindo hoje, quando se sentiu eufórico(a) e cheio(a) de energia ou irritável, você:

AO EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO, COMECE CADA PERGUNTA DA SEGUINTE MANEIRA:

Em um período de alguns dias no passado, quando se sentiu o mais eufórico(a) e cheio(a) de energia ou irritável possível, você:

	Episódio atual		Episódio passado	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM
a Teve a sensação de que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM, PEDIR EXEMPLOS. OS EXEMPLOS SÃO COERENTES COM UMA IDEIA DELIRANTE.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	Episódio atual <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Episódio passado <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
b Teve menos necessidade de dormir do que de costume (por exemplo, sentiu-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
c Falou sem parar ou sentiu uma pressão para ficar falando?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
d Observou seus pensamentos evoluindo muito rápido ou atribulados ou acelerado ou indo muito rapidamente de um assunto para o outro?	NÃO	SIM	NÃO	SIM

		<u>Episódio atual</u>		<u>Episódio passado</u>	
e	Ficava distraído com tanta facilidade que a menor interrupção o(a) fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
f	Teve um aumento significativo da sua atividade ou da sua motivação no trabalho, na escola, socialmente ou sexualmente ou se tornou fisicamente ou mentalmente irrequieto(a)? Esse aumento na atividade pode ter sido com ou sem um propósito.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (por exemplo, gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter um comportamento sexual irresponsável)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C3	<p>SUMÁRIO: AO PONTUAR O EPISÓDIO ATUAL: SE C1b É NÃO, HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM? SE C1b É SIM, HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM?</p> <p>AO PONTUAR O EPISÓDIO PASSADO: SE C1a É NÃO, HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM? SE C1a É SIM, HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM?</p> <p>ASSINALAR SIM SOMENTE SE 3 OU 4 SINTOMAS ACIMA ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO EXPLORADO.</p> <p>REGRA: EXALTAÇÃO/EXPANSIVIDADE EXIGE SOMENTE 3 SINTOMAS C3, ENQUANTO IRRITABILIDADE SOZINHA REQUER 4 SINTOMAS C3.</p>	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C4	Qual foi o tempo mais longo de duração desses sintomas (durante a maior parte do dia, quase todos os dias)? AVALIE A DURAÇÃO DESDE O INÍCIO ATÉ O FIM DOS SINTOMAS, NÃO APENAS O PICO.				
	a) 3 dias consecutivos ou menos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	b) 4, 5 ou 6 dias consecutivos ou mais		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	c) 7 dias consecutivos ou mais		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C5	Você foi internado(a) por causa desses problemas? SE RESPOSTA SIM , ASSINALAR SIM NO EPISÓDIO MANÍACO PARA ESSE PERÍODO EXPLORADO E PASSAR PARA C7.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C6	Esses sintomas causaram problemas significativos em casa, no trabalho, socialmente, em seus relacionamentos com outras pessoas, na escola ou de qualquer outra maneira importante?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C7	Esses sintomas foram associados com uma clara mudança na sua maneira de agir anterior e isso foi diferente do seu jeito normal de ser?	NÃO	SIM	NÃO	SIM

O SUMÁRIO DE C3 E C7 E (C4c OU C5 OU C6 OU QUALQUER SINTOMA PSICÓTICO DE K1 ATÉ K8) FORAM ASSINALADOS **SIM**?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA **SIM**?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
ATUAL	<input type="checkbox"/>
PASSADO	<input type="checkbox"/>

O **SUMÁRIO DE C3** FOI ASSINALADO **SIM** E **C5** E **C6** FORAM ASSINALADAS **NÃO** E **C7** FOI ASSINALADA **SIM** E **C4b** OU **C4c** FORAM ASSINALADAS **SIM**?

E

"DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (**SUMÁRIO DE O2**)" FOI ASSINALADA **SIM**?

E

TODOS OS SINTOMAS PSICÓTICOS DE **K1** ATÉ **K8** FORAM ASSINALADOS **NÃO**?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO.

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO ATUAL, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL COMO **NÃO**.

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO PASSADO, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO PASSADO COMO **NÃO EXPLORADO**.

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

ATUAL NÃO
 SIM

PASSADO NÃO
 SIM
 NÃO EXPLORADO

O **SUMÁRIO DE C3** E O ITEM **C4a** FORAM ASSINALADOS **SIM** E **C5** FOI ASSINALADO **NÃO**?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO ATUAL, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL COMO **NÃO**.

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO PASSADO OU **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO, ENTÃO ASSINALAR OS SINTOMAS HIPOMANÍACOS PASSADOS COMO **NÃO EXPLORADOS**.

SINTOMAS HIPOMANÍACOS

ATUAIS NÃO
 SIM

PASSADOS NÃO
 SIM
 NÃO EXPLORADOS

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| C8 | <p>a) SE O EPISÓDIO MANÍACO É POSITIVO PARA ATUAL OU PASSADO, PERGUNTAR:
 Pelo menos 2 desses episódios (maníacos) duraram 7 dias ou mais (C4c) ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual, caso presente)?</p> | NÃO | SIM |
| | <p>b) SE O EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO É POSITIVO PARA ATUAL OU PASSADO, PERGUNTAR:
 Pelo menos 2 desses <u>episódios</u> (hipomaníacos) duraram 4 dias ou mais (C4b) ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual)?</p> | NÃO | SIM |
| | <p>c) SE A CATEGORIA "SINTOMAS HIPOMANÍACOS" PASSADOS ESTIVER ASSINALADA POSITIVA, PERGUNTAR:
 Esses <u>sintomas</u> hipomaníacos que duram somente de 1 a 3 dias (C4a) aconteceram pelo menos 2 vezes ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual, caso presente)?</p> | NÃO | SIM |

ANEXO E

Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

Instruções: As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

As 19 questões são agrupadas em 7 componentes com pesos distribuídos numa escala de 0 a 3.

Componente 1 (Qualidade subjetiva do sono)

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____ (0) Boa _____ (1) Ruim _____ (2) Muito ruim _____ (3)

Pontuação do componente 1.....

Componente 2 (Latência para o sono)

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite? Número de minutos _____

< ou = 15 minutos (0) 16 a 30 minutos (1) 31 a 60 minutos (2) > 60 minutos (3)

5. Durante o último mês, com que frequência você **teve dificuldade de dormir** porque você...

(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês _____ (0) Menos de 1 vez/ semana _____ (1)

1 a 2 vezes/ semana _____ (2) 3 ou mais vezes/ semana _____ (3)

Atribua a pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma	Score
0	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 6	3

Pontuação do componente 2.....

Componente 3 (Duração do sono)

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama). Horas de sono por noite _____

> 7 horas (0) 6 a 7 horas (1) 5 a 6 horas (2) < 5 horas (3)

Pontuação do componente 3

Componente 4 (Eficiência habitual do sono)

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite? Número de minutos _____

Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

- Escreva o número de horas dormidas (da questão 4) _____
- Calcule o número de horas no leito: {horário de levantar (questão 3) – horário de deitar (questão 1)} total: _____
- Calcule a eficiência do sono: {n° de hrs dormidas Q4 /n° de hrs no leito} x 100 = eficiência do sono (%) _____

Eficiência do sono (%)	Escore
> 85%	0
75 a 84%	1
65 a 74%	2
<65%	3

Pontuação do componente 4

Componente 5 (Distúrbios do sono)

5. (b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma vez no último mês _____(0) Menos de 1 vez/ sem _____(1)

1 a 2 vezes/ sem _____ (2) 3 ou mais vezes/ semana _____(3)

5. (c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês _____(0) Menos de 1 vez/ semana _____(1)

1 ou 2 vezes/ semana _____(2) 3 ou mais vezes/ semana _____(3)

5. (d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês _____(0) Menos de 1 vez/ semana _____(1)

1 ou 2 vezes/ semana _____(2) 3 ou mais vezes/ semana _____(3)

5. (e) Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês _____(0) Menos de 1 vez/ semana _____(1)

1 ou 2 vezes/ semana _____(2) 3 ou mais vezes/ semana _____(3)

5. (f) Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês _____(0) Menos de 1 vez/ semana _____(1)

1 ou 2 vezes/ semana ____ (2) 3 ou mais vezes/ semana ____ (3)

5. (g) Sentiu muito calor

Nenhuma no último mês ____ (0) Menos de 1 vez/ semana ____ (1)

1 ou 2 vezes/ semana ____ (2) 3 ou mais vezes/ semana ____ (3)

5. (h) Teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês ____ (0) Menos de 1 vez/ semana ____ (1)

1 ou 2 vezes/ semana ____ (2) 3 ou mais vezes/ semana ____ (2)

5. (i) Teve dor

Nenhuma no último mês ____ (0) Menos de 1 vez/ semana ____ (1)

1 ou 2 vezes/ semana ____ (2) 3 ou mais vezes/ semana ____ (2)

5. (j) Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

Nenhuma vez no último mês ____ (0) Menos de 1 vez/ sem ____ (1)

1 ou 2 vezes/ sem ____ (2) 3 ou mais vezes/ sem ____ (3)

Some a pontuação de 5b a 5j: _____

Soma de 5b a 5j	Escore
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

Pontuação do componente 5

Componente 6 (Uso de medicamentos para dormir)

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês ____ (0) Menos de 1 vez/ semana ____ (1)

1 a 2 vezes/ semana ____ (2) 3 ou mais vezes/ semana ____ (3)

Pontuação do componente 6

Componente 7 (Disfunção diurna)

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês ____ (0) Menos de 1 vez/ semana ____ (1)

1 ou 2 vezes/ semana ____ (2)

3 ou mais vezes/ semana ____ (3)

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade ____ (0)

Pequena ____ (1)

Moderada ____ (2)

Muita ____ (3)

Some a pontuação das questões 8 e 9

Soma	Escore
0	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 7	3

Pontuação do componente 7

*a pontuação de cada componente é somada para produzir um escore global que varia de 0 a 21, onde quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Um escore global de PSQI > 5 indica que o indivíduo está apresentando grandes dificuldades em pelo menos 2 componentes, ou dificuldades moderadas em mais de 3 componentes.

Pontuação	Qualidade do sono
0 a 4	boa
5 a 10	ruim
> 10	presença de distúrbio do sono

Escore global: _____

ANEXO F

Questionário de Qualidade de Vida -SF-36**Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36**

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ESCORE TOTAL: _____

Cálculo do Escore do SF36

Fase 1: Ponderação dos dados.

QUESTÃO	PONTUAÇÃO
01	Se a resposta for:
	1 5,0
	2 4,4
	3 3,4
	4 2,0
	5 1,0
02	Manter o mesmo valor
03	Soma de todos os valores
04	Soma de todos os valores
05	Soma de todos os valores
06	Se a resposta for:
	1 5
	2 4
	3 3
	4 2
	5 1
07	Se a resposta for:
	1 6,0
	2 5,4
	3 4,2
	4 3,1
	5 2,2
6 1,0	

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 =1 e se 8=1 o valor da questão é 6 Se 7=2 a 6 8=1 o valor da questão é 5 Se 7=2 a 6 8=2o valor da questão é 4 Se 7=2 a 6 8=3 o valor da questão é 3 Se 7=2 a 6 8=4 o valor da questão é 2 Se 7=2^a6 e se 8=5 o valor da questão é 1</p> <p>S a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for 1 a pontuação será 6 Se a resposta for 2 pontuação será 4,75 Se a resposta for 3 a pontuação será 3,5 Se a resposta for 4 a pontuação será 2,25 Se a resposta for 5 a pontuação será 1,0</p>
09	<p>Nesta questão a pontuação para os itens a,d,e,h deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1 o valor será 6 Se a resposta for 2 o valor será 5 Se a resposta for 3 o valor será 4 Se a resposta for 4 o valor será 3 Se a resposta for 5 o valor será 2 Se a resposta for 6 o valor será 1</p> <p>Para os demais itens (b,c,f,g,i) o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém nos itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1 o valor será 5 Se a resposta for 2 o valor será 4 Se a resposta for 3 o valor será 3 Se a resposta for 4 o valor será 2 Se a resposta for 5 o valor será 1</p>

Fase II:

Cálculo do RAW SCALE

Nesta fase vc irá transformar os valores das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 a 100, onde 0=pior e 100=melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

DOMÍNIOS:

1. Capacidade Funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de Saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos Emocionais
8. Saúde Mental

Fórmula para cálculo de Domínio:

$$\text{DOMÍNIO: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula os valores de limite inferior e variação de (escore range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

DOMÍNIO	PONTUAÇÃO DA(S) QUESTÃO (ÕES) CORRESPONDENTES	LIMITE INFERIOR	VARIAÇÃO (ESCORE RANGE)
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente p/ os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente p/ os itens b + c + d + f + h)	5	25

ANEXO G

Inventário de depressão de Beck (BDI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

- 1** 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
- 2** 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
- 3** 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
- 4** 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
- 5** 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
- 6** 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
- 7** 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

- 8** 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10** 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
- 11** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
- 12** 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
- 13** 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes

- 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
- 3 Acredito que pareço feio

15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

- 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
- 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual

- 1 Não durmo tão bem como costumava
- 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17 0 Não fico mais cansado do que o habitual

- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava
- 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual

- 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2 Meu apetite é muito pior agora
- 3 Absolutamente não tenho mais apetite

19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
- 2 Perdi mais do que 5 quilos
- 3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____

20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual

- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava
- 2 Estou muito menos interessado por sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

Total (somatório da pontuação):

Intensidade: () sem ou mínimo de depressão () leve a moderada () moderada a grave () depressão grave

***menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; 30 a 63 = depressão grave**

ANEXO H

Escala de desesperança de Beck

As afirmações descrevem a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**

Otimista

1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.....C.....E
 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.....C.....E
 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.....C.....E
 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.....C.....E
 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.....C.....E
 10. Minhas experiencias passadas me preparam bem para o futuro.....C.....E
 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.....C.....E
 15. Tenho uma grande fé no futuro.....C.....E
 17. Posso esperar mais tempos bons do que maus.....C.....E

Total somatório:

Correto vale: 0

Errado vale: 1

Pessimista

2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.....C.....E
 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.....C.....E
 7. Meu futuro me parece negro.....C.....E
 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.....C.....E
 11. Tudo que posso ver a minha frente é mais desprazer do que prazer.....C.....E
 12. Não espero conseguir o que realmente quero.....C.....E
 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que quero.....C.....E
 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.....C.....E
 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real no futuro.....C.....E
 18. O futuro me parece vago e incerto.....C.....E
 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.....C.....E

Total somatório:

Correto vale: 1

Errado vale: 0

Total Intensidade:

0-3: esperança normal

4-8: desesperança leve

9-14: desesperança moderada

Maior que 14: desesperança severa

*Quanto mais alto o escore, maior o nível de desesperança

ANEXO I

Escala de Dor Psicológica

Psychache Scale
(Holden e colaboradores, 2000)
versão portuguesa, Campos, 2013

INSTRUÇÕES: As frases a seguintes referem-se à sua dor psicológica **NÃO** a sua dor física. Faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que ocorre cada uma das seguintes experiências.

1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente; 5 = sempre

1.	Sinto dor psicológica	1	2	3	4	5
2.	Parece-me que dói por dentro	1	2	3	4	5
3.	A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	1	2	3	4	5
4.	A minha dor faz-me ter vontade de gritar	1	2	3	4	5
5.	A minha dor faz a minha vida parecer sombria	1	2	3	4	5
6.	Não consigo compreender porque soffro	1	2	3	4	5
7.	Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	1	2	3	4	5
8.	Dói-me, porque me sinto vazio	1	2	3	4	5
9.	A minha alma dói	1	2	3	4	5

Por favor continue, usando a escala seguinte

1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = indeciso(a); 4 = concordo; 5 = concordo fortemente

10.	Não consigo aguentar mais a minha dor	1	2	3	4	5
11.	Por causa da minha dor, a minha situação é impossível	1	2	3	4	5
12.	A minha dor está a desfazer-me	1	2	3	4	5
13.	A minha dor psicológica afeta tudo o que faco	1	2	3	4	5

ANEXO J

Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11)

1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre.

Impulsividade motora

- 2. Eu faço coisas sem pensar ()
- 3. Eu tomo decisões rapidamente ()
- 4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, “desencanado”) ()
- 16. Eu troco de emprego ()
- 17. Eu ajo por impulso ()
- 19. Eu ajo no “calor” do momento ()
- 21. Eu troco de casa (residência) ()
- 22. Eu compro coisas por impulso ()
- 23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez ()
- 25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho ()
- 30*. Eu me preparo para o futuro ()

Total ()

Impulsividade atencional

- 5. Eu não presto atenção ()
- 6. Eu tenho pensamentos que se atropelam ()
- 9*. Eu me concentro facilmente ()
- 11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras ()
- 20*. Eu mantenho a linha de raciocínio (não perco o fio da meada) ()
- 24. Eu troco de interesses e passatempos (hobbys) ()
- 26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo ()
- 28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas ()

Total ()

Impulsividade por não planejamento

- 1*. Eu planejo tarefas cuidadosamente ()
- 7*. Eu planejo viagens com bastante antecedência ()
- 8*. Eu tenho autocontrole ()
- 10*. Eu economizo pouco regularmente ()
- 12*. Eu penso nas coisas com cuidado ()
- 13*. Eu faço planos para me manter no emprego ()
- 14. Eu falo coisas sem pensar ()
- 15*. Eu gosto de pensar em problemas complexos ()
- 18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente ()
- 27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro ()
- 29*. Eu gosto de jogos e desafios mentais ()

Total ()

Total de todos os escores ()

- Os itens marcados com o sinal * recebem escore inverso para o cálculo dos escores parciais e total (4,3,2,1).

- A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos.

ANEXO K

Escala de agressividade de Buss-Perry**1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; 5- Sempre****Agressividade física (Questões)**

02. Se tiver que recorrer à violência para proteger os meus direitos, faço-o ()
05. Já fiquei tão zangado que parti coisas ()
08. De vez em quando não consigo controlar a necessidade de bater noutra pessoa ()
11. Já ameacei pessoas que conheço. ()
13. Se me provocarem bastante, posso bater noutra pessoa. ()
16. Não consigo encontrar nenhuma boa razão para bater em alguém ()
22. Se alguém me bate, bato-lhe também ()
25. Houve pessoas que me pressionaram tanto que chegámos a “vias de facto” ()
29. Meto-me em brigas mais vezes que a maioria das pessoas ()

Média ()**Agressividade verbal (Questões)**

04. Quando discordo dos meus amigos, digo-lhes abertamente ()
06. Não consigo evitar discutir com as pessoas quando elas discordam de mim ()
14. Quando as pessoas me irritam, chego a dizer-lhes o que penso delas ()
21. Muitas vezes entro em desacordo com as pessoas ()
27. Os meus amigos dizem que gosto de me meter em discussões ()

Média ()**Raiva (Questões)**

01. Alguns dos meus amigos pensam que sou conflituoso ()
09. Sou uma pessoa extremamente calma () 12. Exalto-me facilmente, mas passa-me depressa ()
18. Tenho dificuldades em controlar o meu feitio ()
19. Quando fico frustrado, mostro a minha irritação ()
23. Por vezes sinto-me um barril de pólvora pronto a explodir ()
28. Às vezes perco o controlo sem razão alguma ()

Média ()**Hostilidade (Questões)**

03. Quando os outros são especialmente amáveis comigo, pergunto-me o que quererão. ()
07. Pergunto-me porque é que às vezes me sinto tão amargo com as coisas ()
10. Fico desconfiado de estranhos muito amáveis ()
15. Às vezes fico cheio de ciúmes dos outros ()
17. Por vezes sinto que a vida tem sido injusta comigo ()
20. Por vezes sinto que as pessoas se riem nas minhas costas ()
24. As outras pessoas parecem ter sempre as melhores oportunidades ()
26. Sei de “amigos” que falam de mim () **Média ()**

Escore Total: _____ ***Os scores das diferentes subescalas foram obtidos através da média dos itens que compõem cada subescala e o score total foi obtido a partir da média da soma dos 29 itens**