



# **CLÍNICA DA MENTE**

## Estudo Exploratório: o Impacto do Sono na Fibromialgia

**Núcleo de Investigação HBM – Clínica da Mente**

Cécile Domingues, Carla Oliveira, Isabel Gomes, Joana Oliveira e Marta Calado

**Redação do estudo e análise dos dados:**

Cécile Domingues & Joana Oliveira

**Supervisão:**

Pedro Brás

**CLÍNICA DA MENTE**

**Setembro 2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Este espaço é dedicado a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que a elaboração deste estudo fosse possível.

- A todas as doentes com fibromialgia que participaram neste estudo, pela paciência, partilha e disponibilidade... sejam felizes!

- À Dra. Fernanda Margarida de Sá, presidente da APDF, uma mulher cheia de força e coragem, obrigada pela sua disponibilidade e acompanhamento.

- À Dra. Maria Assunção Tavares, pela disponibilidade e participação neste projeto.

- A Dra. Maria do Céu Gomes, pela disponibilidade e colaboração inicial na preparação do estudo.

## RESUMO

A Fibromialgia tem sido referida como uma das patologias reumatológicas mais comuns na população mundial, situando-se em quarto lugar em Espanha e Bangladesh, e em segundo nos Estados Unidos da América, Brasil e México (Assumpção, 2006). Tendo em conta os casos de recuperação de pessoas que se dirigiram à Clínica da Mente, previamente ao presente estudo, com queixa de outras perturbações emocionais e com FM associada, este estudo teve como principal objetivo averiguar em que medida a perceção da qualidade do sono afeta a perceção da dor nos doentes com FM. Os resultados apontam para uma correlação significativa entre a qualidade do sono e a perceção da dor ( $\rho = 0,994$  para  $p \leq 0,01$ ). Foi também demonstrado que os estados emocionais como sejam, a depressão, a ansiedade e o *stress*, perturbam a perceção da qualidade do sono. Assim, os estados emocionais condicionam o sono, que por sua vez influencia a perceção da dor nos doentes com FM.

## RÉSUMÉ

La fibromyalgie (FM) a été désigné comme l'une des maladies rhumatismales les plus courantes dans la population mondiale, se situant en quatrième position en Espagne et au Bangladesh, et en deuxième aux États-Unis, au Brésil et au Mexique (Assumpção, 2006). Compte tenu des cas de récupération des personnes qui ont fréquentés la Clínica da Mente se plaignant d'autres troubles émotionnels et de FM associée, cette étude vise à déterminer dans quelle mesure la perception de la qualité du sommeil affecte la perception de la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie. Les résultats montrent une corrélation significative entre la qualité du sommeil et la perception de la douleur ( $\rho = 0,994$  à  $p = 0,01$ ). Il a également été démontré que les états émotionnels, tels que la dépression, l'anxiété et le *stress*, perturbent la perception de la qualité du sommeil. Ainsi, les états émotionnels affectent le sommeil, qui à son tour une influence sur la perception de la douleur chez les patients atteints de fibromyalgie.

## ABSTRACT

Fibromyalgia (FM) has been referred to as one of the rheumatic diseases most common in the world population, standing fourth in Spain and Bangladesh, and second in the United States, Brazil and Mexico (Assumpção, 2006). Taking into account the cases of people who went to Clínica da Mente, prior to this study, complaining of other emotional disturbances with FM associated, this study aimed to determine to what extent the perception of sleep quality affects pain perception in patients diagnosed with FM. The results suggest a very strong correlation

between sleep quality and the perception of pain ( $\rho = 0,994$ ;  $p \leq 0,01$ ). It was also shown that emotional states (depression, anxiety and *stress*) disturb the perception of sleep quality. Thus, the emotional states affect sleep, which in turn influences the perception of pain in patients with FM. Relativamente à ansiedade-traço, que, na literatura, é comumente vista como de difícil mutação, verificamos que, no pré-teste, 88% dos pacientes sofriam de ansiedade-traço moderada ou severa e que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 34,8% destes pacientes se encontravam em remissão total de sintomas ansiosos e 37% em estados de ansiedade-traço leve.

## ÍNDICE

1.	O Conceito de Fibromialgia .....	2
1.1.	História da Fibromialgia .....	2
1.2.	Definição .....	3
1.3.	Etiologia.....	4
1.3.1.	Fatores bioquímicos .....	5
1.3.2.	Fatores psicológicos e/ou emocionais .....	6
1.4.	Prevalência .....	7
1.5.	Sintomas.....	7
1.6.	Diagnóstico.....	10
2.	A Fibromialgia e o Sono.....	13
2.1.	A importância do sono .....	13
2.2.	Distúrbios do Sono na Fibromialgia .....	14
3.	Impacto da Fibromialgia no estado emocional e na qualidade de vida.....	18
3.1.	Impacto da Fibromialgia no Bem-Estar Emocional .....	18
3.2.	Modelo Psicoterapêutico HBM .....	23
3.2.1.	Sessões de intervenção psicoterapêutica .....	24
3.2.2.	As técnicas: Morfese® e Athenese® .....	24
4.	Material e Métodos.....	27
4.1.	Objetivos da Investigação .....	27
4.2.	Hipóteses de Investigação.....	28
4.3.	Descrição das Variáveis .....	28
4.4.	Descrição dos Instrumentos.....	30
4.4.1.	Escala Visual Analógica.....	30
4.4.2.	Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh .....	30
4.4.3.	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	31

4.4.4.	Questionário de dados Sócio Demográficos .....	32
4.4.5.	Diário de Registo .....	32
4.4.6.	Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ-P).....	33
4.5.	Procedimento.....	34
5.	Resultados, Análise e Interpretação .....	37
5.1.	Análise Descritiva da Amostra.....	37
5.2.	Análise Descritiva dos Resultados .....	40
5.2.1.	Análise descritiva da Escala Visual Analógica – EVA .....	40
5.2.2.	Análise descritiva do índice de qualidade de sono de Pittsburgh.....	40
5.2.3.	Análise descritiva da Escala da Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21-T .....	42
5.2.4.	Análise descritiva dos diários de bordos relativamente a qualidade do sono e a dor percecionada. ....	43
5.3.	Análise inferencial dos resultados.....	47
5.3.1.	Análise do primeiro objetivo – Testando a hipótese H1 .....	48
5.3.2.	Análise do Segundo Objetivo – Testando as Hipóteses 2, 3 e 4.....	49
5.3.3.	Análise do Terceiro Objetivo – Testando as Hipóteses 5, 6, e 7 .....	50
6.	Discussão dos resultados e linhas futuras de investigação.....	51
6.1.	Discussão dos Resultados.....	51
6.2.	Linhas Futuras de Investigação .....	53
7.	Referências Bibliográficas .....	54
	Anexos.....	65
	Anexo A: Escala Visual Analógica a Dor (EVA).....	66
	Anexo B: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.....	67
	Anexo C: Escala da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21-T) .....	69
	Anexo D: Entrevista Semi-Estruturada e Questionário Sociodemográfico .....	71
	Anexo E: Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ-P).....	74
	Anexo F: Caderno de Registo Diário.....	76

Anexo G: Formulário de Inscrição .....	81
Anexo H: Consentimento Informado .....	82

## ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS E GRÁFICOS

### TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição das participantes em função da idade .....	37
<b>Tabela 2:</b> Distribuição das participantes em função do estado civil, da situação laboral e da escolaridade .....	37
<b>Tabela 3:</b> Descrição da amostra em função da duração da dor, dos pontos de dor, da frequência e intensidade da dor .....	38
<b>Tabela 4:</b> Distribuição da amostra em função das seguintes variáveis: Horas médias de sono, Adormece com facilidade? Acorda durante a noite? Dorme acompanhada? O sono é influenciado por outras pessoas?, As condições da sua habitação influenciam o sono?.....	39
<b>Tabela 5:</b> Descrição da amostra em função das variáveis: Apoio social/familiar; Já recorreu a outras terapias? Pratica exercício físico?.....	39
<b>Tabela 6:</b> Análise descritiva da EVA na fase 0, 1, 2, e 3 .....	40
<b>Tabela 7:</b> Análise descritiva geral dos resultados obtidos no índice de qualidade de sono Pittsburgh nas diferentes fases do estudo.....	40
<b>Tabela 8:</b> Análise descritiva relativa ao item "qualidade subjetiva do sono" do índice de qualidade de sono de Pittsburgh .....	41
<b>Tabela 9:</b> Análise descritiva relativa ao item "latência habitual do sono" do índice de qualidade de sono de Pittsburgh .....	41
<b>Tabela 10:</b> Análise descritiva da subescala Depressão, da escala Ansiedade, depressão e Stress - EADS-21-T.....	42
<b>Tabela 11:</b> Análise descritiva da subescala Ansiedade, da escala Ansiedade, depressão e Stress - EADS-21-T.....	42
<b>Tabela 12:</b> Análise descritiva da subescala Stress, da escala Ansiedade, depressão e Stress - EADS-21-T.....	43

<b>Tabela 13:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente à percepção da qualidade do sono em cada dia (D) da primeira semana (S1) de intervenção psicoterapêutica. ....	43
<b>Tabela 14:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da dor na primeira semana (S1) de intervenção psicoterapêutica.....	44
<b>Tabela 15:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da qualidade do sono na segunda semana de intervenção psicoterapêutica.....	44
<b>Tabela 16:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da dor na segunda semana (S2) de intervenção psicoterapêutica.....	45
<b>Tabela 17:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da qualidade do sono na terceira semana de intervenção psicoterapêutica.....	45
<b>Tabela 18:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da dor na terceira semana (S3) de intervenção psicoterapêutica.....	46
<b>Tabela 19:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da qualidade do sono na quarta semana de intervenção psicoterapêutica.....	46
<b>Tabela 20:</b> Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da dor na quarta semana (S4) de intervenção psicoterapêutica. ....	47
<b>Tabela 21:</b> Tabela recapitulativa das médias obtidas para a percepção da Dor e da qualidade do Sono através dos registos semanais. ....	47
<b>Tabela 22:</b> Correlações de Pearson entre a Escala Visual Analógica e o Índice de qualidade de Sono de Pittsburgh.....	48
<b>Tabela 23:</b> Correlações de Pearson entre o Índice de qualidade de Sono de Pittsburgh e as subescalas da escala de Ansiedade, Depressão e Stress. ....	49
<b>Tabela 24:</b> Correlações de Pearson entre a Escala Visual Analógica da Dor e as subescalas da escala de Ansiedade, Depressão e Stress.....	50



# Primeira Parte: Desenvolvimento Teórico

# 1. O CONCEITO DE FIBROMIALGIA

## 1.1. História da Fibromialgia

Apesar de o conceito atual da Fibromialgia ter sido descrito apenas a partir dos anos 70 do século XX, Hipócrates já descrevia a Fibromialgia como o reumatismo das histéricas, ao descrever casos de mulheres com dor generalizada associada a componente psiquiátrica (Heynmann, 2012).

A existência de um estado de dor crónica sem qualquer explicação plausível e sem substrato orgânico é conhecida desde o século XVIII, quando médicos europeus já distinguem "reumatismo articular" de "reumatismo muscular" (ou dores nos tecidos moles). Descartes foi o primeiro a descrever a dor como exposição a um estímulo doloroso perante o qual, o cérebro deteta a sensação dolorosa. A escola de Charcot, em França, já descrevia esta condição como sendo um conjunto de perturbações de tipo funcional. Em 1904, Gowers designou estas desordens como sendo "fibrosites", salientando a progressão de sensibilidade em alguns pontos e verificando a não existência de tumefação local ou modificações sistémicas (Ortiz, 2010).

Entre 1975 e 1977, o termo Fibromialgia tornou-se popular através de Smythe e Moldofsky. Estes autores foram os primeiros a desenvolver critérios de diagnóstico comuns à doença, tais como a existência de pontos de dor específicos (denominados *tender points*), cansaço crónico, e ainda, perturbações do sono nas pessoas com diagnóstico de Fibromialgia (Raspe & Croft, 1995; Packard, *et al.*, 2004). O termo Fibromialgia é composto por uma conjugação de três vocábulos: *fibro*, com origem no latim, que significa tecido fibroso, ligado a *myos* e *algia*, palavras de origem grega e que significam, respetivamente, músculo e dor (Sampaio, 2010). Esta denominação continua ainda hoje a ser mundialmente utilizada, assim como a sua sigla: FM ou FMS<sup>1</sup>.

Em 1981 foi conduzido, por Yunus, o primeiro estudo clínico que validou os sintomas, assim como os pontos de dor, nos doentes fibromiálgicos, permitindo também criar a primeira base de dados nos critérios de diagnóstico (Inanici & Yunus, 2004). Só mais tarde, em 1990, o

---

<sup>1</sup> Por uma questão de coerência e maior facilidade na leitura do documento, passa-se a usar a sigla FM no presente texto para designar Fibromialgia.

American College of Rheumatology (ACR) publicou os primeiros critérios diagnósticos da FM, que tiveram origem numa pesquisa liderada por Wolfe *et al.* (1990). A FM foi designada como uma doença multissistémica, com presença de dor generalizada durante pelo menos três meses em 11 dos 18 tender points determinados, sendo estes expressos através de desconforto doloroso no ponto, depois de nele se exercer pressão com força de aproximadamente 4kg/cm<sup>2</sup> (Domingues & Branco, 2008). Nesse mesmo ano, a FM foi classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o código M79.0 e foi reconhecida, em 1992, como uma doença reumática. Em Maio de 2010, o ACR publicou novos Critérios Preliminares de Diagnóstico para a FM, assim como a alteração da medição da severidade dos sintomas (Wolfe *et al.*, 2010).

A sintomatologia variada, bem como a dor crónica presente na FM tornam o seu tratamento mais difícil. Surge, deste modo, uma necessidade de obter um maior conhecimento que auxilie na compreensão da fisiopatologia e quadro geral da doença, para assim ser possível melhorar e direccionar o seu tratamento. Uma vez que a origem desta doença é desconhecida, há ainda a dificuldade de a inserir num grupo específico, contudo uma grande percentagem dos autores classifica-a como Síndrome Astenia Crónica/Doença Reumática (Gui *et al.*, 2010; APDF, n.d.).

Assim, todos os esforços continuam a focalizar-se em encontrar uma terapêutica eficaz para diminuir as sensações de dor e proporcionar uma melhor qualidade de vida, física e emocional, aos pacientes que sofrem desta doença.

## 1.2. Definição

A FM, tal como supracitado, é caracterizada como uma doença crónica de dor difusa e de sensibilidade à dor em alguns pontos do corpo como sejam músculos, tendões e ligamentos. Na realidade, os pacientes diagnosticados com FM indicam como queixas principais, de entre outras menos incómodas, sono não reparador, cansaço e dores difusas permanentes (Sampaio, 2010).

O reconhecimento científico e clínico da FM, enquanto entidade patológica, foi atingido recentemente, sendo uma patologia que suscita enorme interesse no seio da comunidade médica (Giamberardino, 2008). Apesar de o número de publicações de estudos científicos acerca da FM ser cada vez mais elevado, ainda se apresenta como um conceito controverso, à procura de consenso (Domingues & Branco, 2008).

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

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) refere ainda que os sintomas e intensidade da FM são variáveis e intermitentes, isto é, podem diminuir ou até desaparecer porém de uma forma temporária, dificultando desta forma o seu diagnóstico. Esta condição é considerada uma síndrome (FMS) na medida em que abrange uma multiplicidade de sintomas e de sinais que podem ocorrer em simultâneo, tratando-se de uma doença crónica, não inflamatória, caracterizada por uma dor difusa (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, N.D.).

### 1.3. Etiologia

Em Janeiro de 2015, numa consulta online efetuada no motor de busca *PubMed* foram encontrados 8294 artigos acerca do estudo da FM. Porém, apesar destes inúmeros estudos, a origem da FM permanece ainda ambígua. Ademais, várias foram as especializações na área da saúde que realizaram estudos clínicos de acordo com as suas próprias práticas, causando assim variações significativas nas metodologias e nos resultados (Forbes & Chalmers, 2004).

Apesar de a denominação FM ser recente, de acordo com Wilke (2009) a patologia tem estado presente desde sempre, apontando para a origem da palavra reumatologia, na FM. Lagier (2001, citado por Wilke, 2009) refere que Galeno (cerca de 180 a.C.) identificou sintomas de dor difusa, percebendo-os como uma acentuada variação que circula para várias partes do corpo, de um lado para o outro, e atribuiu-os à causa da “*Rheuma*”.

Domingues e Branco (2008) realçam que embora se desconheça a razão exata da FM, atualmente encontram-se reconhecidas as alterações que lhe estão associadas e que podem estar na sua origem. A principal sintomatologia é a fadiga, a dor difusa e as perturbações do sono.

As queixas da FM podem não se apresentar simultaneamente no mesmo indivíduo, existindo muitos reumatologistas que afirmam a existência de dois tipos de FM: a primária e a secundária. Não sendo conhecida a génese da FM primária, que pode ser provocada por um acidente traumático, por uma infeção, por *stress*, ou outros agentes, sabe-se que a FM secundária sucede quando uma patologia primária, como o “hipertiroidismo” ou o “lúpus” está

na origem de uma FM coexistente que desaparece com a terapia da patologia que lhe deu origem (Sampaio, 2010).

Deste modo pode perceber-se que apesar de se desconhecer a origem da doença, acredita-se que a FM é causada por uma combinação complexa de fatores físicos e emocionais (McIlwain & Bruce, 2007), que provoca uma mudança na comunicação entre o corpo, o cérebro e o sistema nervoso central (American College of Rheumatology, 2003).

Deste modo, o estado emocional e psicológico é influenciado e influencia permanentemente o processamento neurofisiológico da dor e as atitudes comportamentais dos pacientes, causando-lhes prejuízo na qualidade de vida e, conseqüentemente, na sua produtividade (Heymann, 2006).

### 1.3.1. Fatores bioquímicos

Apesar do sistema nervoso central ser considerado o principal mecanismo envolvido na doença, também é conhecida a influência de outras variáveis, como sejam os fatores genéticos, imunológicos, hormonais, que possam ter um papel fundamental na evolução da FM (Bellato, *et al.*, 2012).

A predisposição genética, e mais especificamente algumas alterações nos neurotransmissores, parece ser um fator fundamental tal como o é sugerido por vários estudos familiares (Buskila, *et al.*, 1996; Arnold, *et al.*, 2004).

Os doentes com FM apresentam níveis alterados em alguns neurotransmissores, como sejam: a serotonina (Wolfe, *et al.*, 1997), a norepinefrina (Russell, *et al.*, 1992), a dopamina (Malt, *et al.*, 2003), a endorfina (Harris, *et al.*, 2007), entre outras. A maior parte dos estudos de neuroimagem funcional defendem o envolvimento do cérebro na patogénese desta condição (Bellato, *et al.*, 2012).

Outro fenómeno importante característico da FM é o efeito “*wind-up*” que reflete uma hiperestimulação do nervo raquidiano. De forma geral, após um estímulo doloroso, qualquer estímulo de mesma intensidade é percebido como mais forte do que o primeiro (Mendell & Wall, 1965). Porém, nos doentes com FM observa-se que este fenómeno é excessivo (Staud, *et al.*, 2001). Estas conclusões apontam para uma disfunção no processamento cognitivo da dor nos pacientes fibromiálgicos (Smith, *et al.*, 2011).

Mais recentemente, vários estudos na área da medicina confirmam que o sistema nervoso simpático, responsável por desencadear ações que estimulam o organismo a reagir perante situações de *stress*, encontra-se persistentemente hiperativo, porém hipoativo perante o *stress* (Stisi, *et al.*, 2008). Esta conclusão permite explicar alguns sintomas clínicos da FM como sejam: a fadiga, a rigidez muscular, as perturbações de sono, a ansiedade, alteração de humor, entre outras.

### 1.3.2. Fatores psicológicos e/ou emocionais

Nos últimos anos tem surgido um interesse crescente perante outra variável potenciadora da doença, o fator emocional e/ou psicológico. De acordo com Giesecke, *et al.* (2003), a prevalência de perturbações emocionais em pacientes com FM é maior do que com pacientes com outras doenças reumáticas. Os distúrbios emocionais mais comuns em doentes fibromiálgicos são a ansiedade, a somatização, a distímia, os ataques de pânico, o *stress* pós-traumático e a depressão (Katon, *et al.*, 2001; Cohen, *et al.*, 2002; Epstein, *et al.*, 1999).

Os estudos psicológicos referentes à dor crónica demonstram claramente a influência do estado emocional na manutenção do estado de dor (Forbes & Chalmers, 2004). Segundo Dworkin (1992) a experiência e a sensação da dor é mais do que um conjunto de estímulos nocivos, sendo que a interpretação da dor é feita de acordo com um número considerável de processos psicológicos como sejam: comparações com eventos de dor anteriores, análise da intensidade da dor, assim como o contexto social e emocional do paciente. Desta forma, as alterações nociceptivas podem mudar a reatividade no sistema nervoso central. Neeck (1998) defende a existência de alterações cognitivas e de reatividade do sistema neuro endocrinológico nos doentes com FM.

Para Flor e Birbaumer (1994), o aumento da tensão muscular pode ser condicionado pela formação de memórias de dor. Desta forma, as respostas a dor são o reflexo de estímulos dolorosos memorizados. Foi demonstrado a existência de um aumento da intensidade da dor fisiológica quando estas memórias se juntam à situação de dor vivida.

Diversos estudos analisaram a relação entre a percepção de auto-eficácia e a dor. Entende-se por auto-eficácia a crença dos pacientes de FM acerca das suas aptidões em controlar a dor e em reduzir o impacto de incapacidade sentida. Nelson e Tucker (2006) defendem a existência

de uma correlação negativa entre a auto-eficácia e a dor, a depressão e a sensação de incapacidade.

Depreende-se que os fatores cognitivos e emocionais são fundamentais na percepção da dor assim como as atitudes comportamentais dos doentes, acarretando-lhes limitações severas e prejudicando-lhes a qualidade de vida (Heymann, *et al.*, 1998).

## 1.4. Prevalência

A FM tem sido referida como uma das patologias reumatológicas mais comuns na população mundial, situando-se em quarto lugar em Espanha e Bangladesh, e em segundo nos Estados Unidos da América, Brasil e México (Assumpção, 2006).

Esta síndrome atinge homens e mulheres sem distinções sociais ou étnicas. Porém, sabe-se que a taxa de prevalência é mais alta nas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos (Myos) e que a FM atinge cerca de 2% da população adulta (Portugal, 2005; Gui *et al.*, 2010). Em 2008 (Branco *et al.*, 2009) foi efetuado um estudo em cinco países europeus (França, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha), para determinar a prevalência da FM na população em geral. Foi administrado o *London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire* (LFESSQ) a uma amostra representativa da população, tendo os indivíduos mais de 15 anos de idade. Esta pesquisa permitiu estimar a prevalência de FM em Portugal que equivalia a 3.6% da população, o que correspondia a cerca de 350 mil pessoas afetadas por FM. Contudo, nos últimos anos, o número de pessoas portadoras de FM em Portugal, tem vindo a aumentar.

De salientar que este número pode vir a crescer na medida em que, a doença continua mal diagnosticada e que, existe, ainda hoje, uma carência na divulgação da informação (Forbes & Chalmers, 2004).

## 1.5. Sintomas

Os sintomas da FM surgem com intensidades, frequências e formas variáveis de pessoa para pessoa. Porém, a gravidade dos mesmos, torna esta perturbação debilitante e, frequentemente, incapacitante (Nampiaparampil & Shmerling, 2004).

Domingues e Branco (2008, pp.11-12) defendem que:

*Embora não se conheça a causa exata da Fibromialgia, estão hoje identificadas várias alterações que se lhe associam e que podem estar na sua génese. (...) A dor, a fadiga e as perturbações do sono são os principais sintomas.*

A Circular Informativa da Direção-Geral de Saúde nº 45 (Portugal, 2005) aponta que:

*A dor causada pela FM é acompanhada de alterações quantitativas e qualitativas do sono, fadiga, cefaleias e alterações cognitivas, por exemplo perda de memória e dificuldade de concentração, parestesias/disestesias, irritabilidade e, em cerca de 1/3 dos casos, depressão (p. 1).*

A FM, sendo uma patologia dolorosa crónica, tem um forte impacto negativo na qualidade de vida dos seus portadores. A adicionar, de acordo com os inúmeros sintomas manifestados pelos doentes, bem como com a natureza multifatorial da sua patogénese, é necessário que o seu tratamento seja efetuado tendo em conta uma natureza multidisciplinar e deve englobar alterações no estilo de vida, terapia não farmacológica e, também, tratamento farmacológico com o objetivo de aliviar a dor, melhorar a qualidade do sono e os distúrbios do humor (Braz, 2011).

Os sintomas variados presentes na FM tornam difícil o seu tratamento e justificam a procura de informação que auxilie a clarificar a fisiopatologia e o quadro geral da doença, procurando melhorar e orientar o seu tratamento (Gui *et al.*, 2010). Moldofsky (2010) sustenta a importância de a classe médica reconhecer a ligação entre sono não restaurador e dor, fadiga e sintomatologia cognitiva e emocional experienciada por doentes com FM.

Deste modo, um indivíduo portador de FM, não só vivencia a sensação de dor, como também se vê obrigado a viver com modificações importantes no seu quotidiano (causadas pela restrição da sua atividade), por modificações no estado de humor, por um decréscimo da energia e por perturbações do sono (Sampaio, 2008).

## **Dor**

O principal sintoma da FM é a dor difusa e crónica por todo o corpo, apesar de algumas áreas poderem estar mais afetadas do que outras. Os doentes com FM descrevem a dor como sendo contínua e de intensidade variada durante dias ou semanas e manifesta-se como uma sensação de queimadura, ou de dor aguda, deixando-os exaustos e incapazes de pensar e/ou encontrar as palavras certas (Gui *et al.*, 2010; Henriksson *et al.*, 1992; Schaefer, 1997, citado por Raheim, 2007).



Mengshoel e Heggen (2004) realizaram um estudo longitudinal, entre 1990 e 2001, do qual fizeram parte 51 pessoas com diagnóstico de FM. A primeira fase do estudo consistia na participação num programa de exercício físico e educação, contudo não demonstrou resultados satisfatórios imediatos. Em 1998, foram novamente observadas as mesmas participantes e cinco delas não apresentavam queixas de dor generalizada. Em 2001, as participantes foram entrevistadas e referiram que, em vez de ajustarem as suas tarefas à dor, utilizaram a dor como orientação, como indício de excesso de *stress* nas suas vidas, percebendo que o cansaço que sentiam aliviava, de acordo com a alteração dos seus hábitos e rotinas.

Com o objetivo de compreender o impacto da dor na qualidade de vida de pessoas com FM, comparando-os com um grupo de pessoas saudáveis, Felix *et al.* (2011) realizaram uma pesquisa na qual participaram 56 mulheres: 28 diagnosticadas com FM constituíram o grupo teste, e 28 mulheres saudáveis constituíram o grupo controle. A avaliação pela Escala Numérica de Dor demonstrou que as mulheres com diagnóstico de FM apresentaram índices de dor mais elevados, deteriorando a sua qualidade de vida, quando comparada com a das mulheres saudáveis. As mulheres com FM mostraram maior limitação funcional nas atividades do dia-a-dia, maior limitação física relacionada com o trabalho, deterioração no estado psicológico (ansiedade e depressão) e no bem-estar, menor vitalidade e menor integração na sociedade.

A finalidade da pesquisa efetuada por Souza *et al.* (2011) foi o de avaliar e comparar os efeitos de um programa de hidroterapia na qualidade de vida e a dor das mulheres portadoras de FM. Da pesquisa fizeram parte 10 voluntárias com diagnóstico clínico de FM, com idade média de 50.8 anos. Foram administrados às participantes, antes e após a realização do programa de hidroterapia, dois questionários para avaliação da sua qualidade de vida (Short-Form 36 – SF-36 e Fibromyalgia Impact Questionnaire - FIQ) e para avaliar a dor foi administrada uma escala e um questionário (EVA e Questionário de Dor de McGill). Os resultados demonstraram uma melhoria significativa ( $p < 0.05$ ) da qualidade de vida observando-se uma melhor capacidade funcional (28% e 46.5%) e um maior bem-estar (32.4% e 59.9%), antes e após o programa de hidroterapia, respetivamente, e uma diminuição dos índices da dor (EVA: 5.8 e 3.4) antes e após o programa de hidroterapia, respetivamente. De acordo com os resultados obtidos concluiu-se que o programa de hidroterapia sugerido foi eficaz na melhoria da dor e da qualidade de vida em geral, descrita pelas mulheres com FM.

Segundo a Associação Portuguesa de Doentes Fibromiálgicos (APDF), devido à elevada intensidade, as sensações dolorosas podem provocar uma imobilização total e/ou parcial,

provocando uma desmotivação para qualquer dinâmica muscular e influenciando as diversas atividades do quotidiano, afetando claramente os hábitos e rotinas (Henriksson, 1995; Schaefer, 2007 citado por Raheim, 2007).

## 1.6. Diagnóstico

O diagnóstico é fundamentado exclusivamente em critérios clínicos devido à ausência de testes complementares que a identifiquem, tais como análises laboratoriais, exames imagiológicos, entre outros (Gui *et al.*, 2010).

A falta de divulgação desta patologia, aliada ainda por vezes à falta de conhecimento médico acerca da FM, leva a que muitos doentes estejam mal diagnosticados, ou a que não sejam diagnosticados (Sá, 2004). A atual presidente da APDF Fernanda de Sá tem vindo, sucessivamente, a reivindicar o devido reconhecimento da FM, em Portugal, conseguindo que a mesma fosse reconhecida pela DGS (2004) como pertencente ao quadro das doenças reumáticas. No entanto, a mesma (Sá, 2015) menciona a atenção que a FM tem vindo a receber por parte de médicos neurologistas e aponta também, sintomas de ordem endócrina, nutricional, entre outros já mencionados.

Em 1990, o American College of Rheumatology (ACR) definiu os critérios classificativos da FM, baseando-se numa investigação liderada por Wolfe *et al.* (1990). Através deste estudo, a FM é assim reconhecida como uma doença multissistémica, caracterizada pelos seguintes critérios:

- Histórico de uma dor difusa durante, pelo menos, três meses;
- Dor em, pelo menos, 11 pontos de dor dos 18 definidos (ilustração 1), sendo estes caracterizados por uma dor local, após uma pressão digital exercida com intensidade de força equivalente a 4kg/cm<sup>2</sup>;
- Presença de dois sintomas, dos quatro seguintes: fadiga, alterações do sono, perturbações emocionais e dores de cabeça.



**Ilustração 1:** Ilustração dos pontos de dor, definidos pela ACR em 1990

Bengtsson *et al.* (1986, citado por Branco, 1997), num estudo com sujeitos suecos com diagnóstico de FM há 7 anos, observaram que 55% dos participantes eram incapazes de executar atividades do quotidiano e 24% recebiam pensões de invalidez. No mesmo sentido, Wolfe *et al.* (1997) verificaram que doentes fibromiálgicos se tornam incapazes de efetuar as atividades da mesma forma como as realizavam antes da manifestação dos sintomas, devido à dor, fadiga e alterações do sono.

Henriksson (1995, citado por Quartilho, 2004) observou, num estudo com 40 mulheres portadoras de FM, que as limitações nas aptidões motoras tinham uma influência preponderante nas suas atividades do quotidiano. Também foi demonstrado que o nível de frustração aumentava de cada vez que os sujeitos da amostra não conseguiam alcançar os objetivos indicados.

Este estudo menciona ainda que as mulheres que organizavam e distribuían as atividades entre os “dias bons” e os “dias maus” e que cumpriam as prioridades solicitando ajuda aos familiares nas tarefas mais difíceis para elas, tinham uma melhor perceção da qualidade de vida.

A razão da incapacidade provocada pela FM não está ainda determinada, pois não se verificam restrições articulares, nem mudanças no tónus muscular. Cerca de 30% a 45% destes indivíduos decidem reformar-se antecipadamente ou concordar com uma mudança no trabalho, o que significa um decréscimo do rendimento familiar, influenciando assim a perceção da qualidade de vida (Liller, Hutter, & Catlett, 1995, citados por Quartilho, 2004).

Henriksson e Buchardt, (1996, citados por Quartilho, 2004) mencionaram que se denota uma grande variação entre os doentes e que, mesmo tendo restrições e incapacidades, muitos conseguem viver uma vida razoável.

The Vancouver Fibromyalgia Consensus Group (citado por Wolfe, 1996) divulgou um relatório em que declarava que «a maioria dos pacientes com Fibromialgia é capaz de trabalhar, por vezes com alterações de função. Apenas uma minoria é incapaz de o fazer» (p. 8).

Em Maio de 2010 emergiram novos Critérios Preliminares de Diagnóstico para a FM e a avaliação da severidade da sintomatologia, publicados pelo ACR (Wolfe *et al.*, 2010).

Wolfe *et al.* (2010), tendo por base um estudo multicêntrico (com um grupo de doentes com diagnóstico de FM e um grupo controlo de doentes com doença reumática com disfunções não-inflamatórias) concluíram que um indivíduo satisfaz os critérios de diagnóstico para a FM se estiverem presentes as três condições seguintes: o índice de dor generalizada (WPI) for igual ou superior a 7; a escala de severidade dos sintomas (SS) for igual ou superior a cinco, ou WPI entre 3-6 e SS igual ou superior a 9, sintomatologia presente a um nível semelhante pelo menos durante três meses; e inexistência de outra patologia capaz de justificar a dor.

## 2. A FIBROMIALGIA E O SONO

### 2.1. A importância do sono

O sono é uma necessidade básica do ser humano e diz respeito ao período de descanso em que sucede a interrupção transitória da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária (Buratto, 2009). O sono é essencial para o bem-estar da pessoa e para o funcionamento correto do seu organismo. É uma necessidade fisiológica valiosa, imprescindível a um equilíbrio sadio, que apresenta como funções biológicas o restabelecimento do organismo e a manutenção de energia, possibilitando o equilíbrio físico e emocional (Rente & Pimentel, 2004).

Torna-se difícil estabelecer os parâmetros típicos de um sono normal devido à enorme variação individual e, mesmo individualmente, verifica-se variação no padrão de sono de noite para noite. No entanto, conhece-se que durante o sono são realizados e desenvolvidos diversos processos biológicos, que no seu todo são fundamentais à sobrevivência (CENC, 2009). De acordo com Rente e Pimentel (2004, p.1) “um sono normal é aquele que oferece ao indivíduo uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, com recuperação de energias, possibilitando-lhe executar em boas condições físicas e mentais as tarefas do dia seguinte”.

Duarte (2008, p.45) afirma que a maioria dos adultos possui um padrão de sono estável, embora existam fatores individuais que diferenciam esse padrão (quer na durabilidade do sono, quer na propensão para deitar e acordar cedo ou para deitar e acordar tarde); quanto às diferenças de padrão de sono entre homens e mulheres, estas não são significativas.

A qualidade do sono é uma variável influenciadora no restabelecimento do organismo. Um sono de qualidade pode ser definido como uma boa noite de sono, isto é, adormecer facilmente, sono profundo, satisfação com o sono alcançado, sensação de descanso, inexistência de pesadelos ou sonhos incómodos, bom humor e melhor capacidade de concentração (Azevedo citado por Duarte, 2008).

Dormir bem é fundamental, uma vez que a quantidade e a qualidade do sono são indispensáveis para garantir uma boa forma física e mental. A higiene do sono é, provavelmente, uma das necessidades básicas mais negligenciada de modo advertido. Desconhecendo a necessidade de realizar uma boa manutenção da qualidade do sono, muitas pessoas ignoram sofrer de distúrbios do sono, por um lado por inaptidão em reconhecer a sintomatologia, e por

outro, apenas porque justificam a desordem dos ciclos de sono com mitos e explicações infundadas (Nércio, 2010).

A ausência de higiene do sono não é compatível com a manutenção de sono de boa qualidade e um estado de completa vigília diurna. Uma rotina de noites mal dormidas e de sono desajustado provoca tensão, irritabilidade, cansaço, fadiga, dores musculares, dores de cabeça, sintomas leves de depressão e ansiedade, decréscimo do rendimento intelectual, sonolência diurna e redução da capacidade de reação (que aumenta o risco de acidentes de viação ou laborais), concentração e produtividade, (Ferrão, 2009; Rosales *et al.*, 2007).

Deste modo, conclui-se que adotar hábitos saudáveis de higiene do sono é imprescindível para o bem-estar físico e mental do indivíduo, permitindo uma melhoria da qualidade do sono, que conseqüentemente possibilita atingir estados adequados de funcionalidade e saúde do organismo. O sono constitui, assim, uma necessidade fisiológica imprescindível que tem como funções biológicas o restabelecimento do organismo e a manutenção de energia, possibilitando o equilíbrio físico e emocional do indivíduo (Rente & Pimentel, 2004).

De acordo com Leproult (1997), os distúrbios do sono podem acarretar um distúrbio no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), susceptível de envolver uma alteração no regulamento de feedback negativo glicocorticóide. A perda de sono pode, portanto, afetar a resiliência da resposta ao estresse e pode acelerar o desenvolvimento de conseqüências metabólicas e cognitivas do excesso de glicocorticóides.

## 2.2. Distúrbios do Sono na Fibromialgia

Uma qualidade de sono noturno perturbado foi relatado e reconhecido em pacientes com FM. A sua importância fisiopatológica tem sido debatida, mas investigações recentes acerca desse padrão de sono noturno questionam se o distúrbio do sono é um componente primário, em vez de, secundário da doença (Spitzer & Broadman, 2010). Embora se reconheça a presença de um sono noturno “anormal” na FM, a maior parte dos autores não classifica esta doença como sendo um distúrbio do sono (APDF, n.d.). Deste modo, testes completos de sono não fazem parte da avaliação de rotina da mesma e distúrbios do sono são, muitas das vezes, considerados fenômenos secundários (Gui, *et al.*, 2010; Spitzer & Broadman, 2010).

Segundo Marques (2008), os distúrbios do sono são referidos como uma das principais causas para a fadiga intensa habitualmente existente nesta doença. A existência de queixas

como dificuldade em adormecer, acordar frequentemente durante a noite, dificuldade em retomar o sono, sono agitado e superficial, acordar cedo demais e, conseqüentemente, o sono não restaurador e o cansaço são fatores que contribuem para uma má qualidade de vida. Assim, a presença de um sono não restaurador representa um fator relevante de entre os sintomas da FM, tornando essencial a investigação de distúrbios primários do sono no diagnóstico dos doentes com FM (Teixeira *et al.*, 2001).

Modificações na fisiologia do sono originam irregularidades do traçado eletroencefalográfico e movimentos involuntários periódicos dos membros. Sujeitos saudáveis, durante uma privação completa do sono por períodos de até 200 horas, apresentaram sintomas de dores musculares difusas, fadiga extrema, transtornos na atenção e irritabilidade, com diminuição marcada da capacidade discriminativa e do limiar de dor, originando alucinações (sono REM), alteração no equilíbrio, da linguagem e da visão (Teixeira, *et al.*, 2001; Affleck, *et al.*, 1996). Desta forma, vários autores atestam que uma sintomatologia análoga à da FM é desenvolvida quando pessoas sadias são privadas do sono. Contudo, ainda não há certeza se este desequilíbrio do sono é origem ou consequência da dor crônica (McCain, A. *et al.*, 1994; Moldofsky, 2001; Teixeira *et al.*, 2001).

Affleck *et al.* (1996) analisaram a qualidade do sono e a dor de mulheres com FM durante um período de 30 anos e concluíram que uma noite de sono não reparador tem como resultado, um dia com dor mais acentuada, ao qual se sucede uma noite de sono não reparador, perpetuando os sintomas.

Em estudos sobre o sono de pessoas com FM, verifica-se um padrão representado pela introdução de ondas alfa durante o estágio quatro do sono não REM, o mais profundo. Este sono não REM é fundamental, pois a privação das fases profundas pode originar fadiga matinal e manifestações subseqüentes de FM, mesmo em indivíduos que não tenham este síndrome (Roizenblatt *et al.*, 2001). Verifica-se que 99% dos pacientes com FM descrevem sono de má qualidade. Esta percentagem decresce para 10% a 30% em sujeitos sem FM (Theadom & Cropley, 2008).

Num estudo efetuado por Chaitow (2002), 94% dos indivíduos portadores de FM referiram ter um sono não retemperador, definindo-os como doentes com sono não reparador, sempre cansados e com dores corporais. Foi também notada uma má qualidade de sono em 99% dos voluntários da investigação efetuada por Theadom *et al.* (2007), em 101 pacientes diagnosticados com FM e avaliados através do Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Numa

pesquisa efetuada com 15 mulheres portadoras de FM para a avaliação da qualidade do sono, Bressan *et al.* (2008) observaram que a maior parte dessas mulheres (86.67%) manifestavam sono não restaurador, 60% delas apresentavam sono intermitente, 40% acordavam cansadas e 20% tinham dificuldades a adormecer.

Num estudo realizado por Martin *et al.* (2009), os participantes com FM revelaram que esta doença teve um forte impacto negativo nas suas vidas, em geral e no sono em particular. Os indivíduos afirmaram que desde que são portadores de FM perderam a capacidade de usufruir de uma noite de sono restaurador, que lhes possibilitasse sentirem-se tranquilos ou com sensação de descanso ao despertar.

Numa investigação efetuada por Leite *et al.* (2009), ao estabelecer a presença de perturbações do sono em 23 pacientes com FM, verificaram que os fatores associados com o sono foram comuns à maioria dos casos estudados, onde 52.17% manifestaram sofrer de insónias e 82.6% referiram acordar cansadas. Observaram, também, existir uma diminuição do tempo de sono (65.2% da amostra), uma eficiência inferior e um maior período de despertar durante o sono (82.6% com mais de 2 interrupções no sono/noite).

Para compreender com que assiduidade aconteciam distúrbios de sono (qualidade e quantidade) e depressão em indivíduos portadores de FM, Belt *et al.* (2009) efetuaram uma pesquisa na Finlândia, que incluía 37 pessoas com FM. Posteriormente, compararam os resultados com os obtidos numa amostra de 1284 adultos saudáveis. Os resultados demonstraram que os portadores de FM que dormiram um período inferior de horas referiam mais insónias, manifestavam insatisfação com o sono e uma maior carência de sono profundo e reparador, quando comparados com a população geral. Estes pacientes também descreveram mais casos de dor e depressão. Tendo em conta os resultados obtidos, concluíram que os pacientes manifestavam mais sintomatologia relacionada com a insónia do que os adultos saudáveis e a maior prevalência não era justificada pela dor ou depressão.

Vários estudos (Gui *et al.*, 2010; Moldofsky, *et al.*, 2010) apontam para o facto de que cerca de 90% dos doentes com FM referirem ter um sono pouco profundo e de má qualidade, sendo definido como um sono fragmentado, não reparador e superficial. Desta forma, os distúrbios do sono em doentes portadores de FM podem ter um papel relevante, não só na etiologia desta perturbação como também na continuidade dos sintomas.

O estudo de Spitzer e Broadman (2010) demonstrou que pacientes portadores de FM têm uma hipersónia diurna notória e substancial, não obstante o padrão de sono noturno



perturbado. Pacientes com privação de sono e apneia de sono não apresentam dificuldades em dormir durante a noite; e aqueles com hipersonolência idiopática são descritos como tendo "sono noturno mais longo e consolidado do que os outros pacientes com sonolência diurna" (Guilleminault citado por Spitzer & Broadman, 2010). A privação de sono profundo levará, conseqüentemente, a um aumento de sono noturno profundo durante a fase de recuperação. Estes autores afirmam que, nestes casos, a incapacidade de dormir à noite é primária, em vez de secundária. Os pacientes com este grau de hipersónia deveriam estar a tentar recuperar com um aumento do sono durante a noite.

De acordo com Martori (2011), o sono de má qualidade pode conduzir ao exacerbamento dos sintomas de dor apresentados pelos pacientes com FM, sendo a queixa mais usual de 76% a 90% dos pacientes com FM, em comparação com 10 a 30% dos sujeitos não portadores de FM.

Com o objetivo de avaliar o grau de atividade física e a sua ligação com a sonolência excessiva durante o dia e a qualidade de sono, Campos *et al.* (2011) efetuaram uma investigação que incluía 15 mulheres com FM, com idade média de 58 anos. Os resultados mostraram que cerca de 33% das mulheres se rotularam como inativas e aproximadamente 67% classificaram-se como minimamente ativas. Verificaram sonolência excessiva diurna em 60% das pacientes. Em cerca de 56% das participantes minimamente ativas e em cerca de 60% das inativas verificou-se uma má qualidade de sono. Observaram que o tempo médio para adormecer foi de aproximadamente 34 minutos, a eficiência do sono foi de 81% e o tempo total de sono foi de cerca de 6 horas. O baixo grau de atividade física é apontado como um dos agentes contribuintes para a deterioração da qualidade do sono de mulheres com FM.

Todos estes estudos possibilitam inferir que a presença de um sono não reparador adota uma função relevante no conjunto dos sintomas da FM, não somente no quadro algico crónico, mas também prolongando a sua sintomatologia. Assim, o estudo das condições do sono nestes pacientes torna-se proeminente, uma vez que permite um melhor conhecimento desta patologia e, por conseguinte, alcançar uma perspetiva mais ampla para o seu tratamento (Gui *et al.*, 2010).

Porém, embora seja uma questão de relevo, no panorama português, são raras as pesquisas realizadas acerca das conseqüências da má qualidade do sono no indivíduo portador de FM.

### 3. IMPACTO DA FIBROMIALGIA NO ESTADO EMOCIONAL E NA QUALIDADE DE VIDA

#### 3.1. Impacto da Fibromialgia no Bem-Estar Emocional

A qualidade de vida pode ser definida em termos de capacidade funcional, que se reflete na capacidade de realizar atividades do dia-a-dia. O impacto da FM na qualidade de vida pode levantar questões acerca da natureza incapacitante da doença devido à sua complexidade, uma vez que envolve perturbações físicas, psicológicas e comportamentais, muitas vezes interferindo com a aptidão para o trabalho. Podemos, deste modo, compreender qualidade de vida como sendo um bem-estar subjetivo (Kurtze,1998).

A incapacidade tem de ser encarada como um problema multidimensional. Apesar de a incapacidade funcional ser uma questão central em quase todas as perturbações músculo-esqueléticas, manteve-se em grande medida inexplorada na FM, apesar do fato de que tal deficiência pode ser um dos principais resultados da síndrome da FM e que a maioria dos pacientes se queixa de uma disfunção. Esta incapacidade afeta a vida familiar, profissional e de lazer do paciente, sendo, assim, refletida no seu comportamento (Kurtze,1998).

White *et al.* (1999) relataram que a FM resulta não só numa incapacidade para exercer a atividade profissional, mas também numa perda de função para realizar atividades da vida diária. No entanto, a prevalência de incapacidade para o trabalho e indemnização estão relacionadas com as leis e regulamentos que diferem entre países, bem como com as diferenças de apoio social. Assim, a incapacidade funcional é definida subjetivamente pela aptidão para o trabalho e desconforto associado à atividade profissional.

Existem variados estudos sobre o impacto da FM na qualidade de vida (Buchardt *et al.*, 1992; Buchardt, *et al.*, 1993) e na funcionalidade e capacidade de trabalho (Henriksson, *et al.*, 1992; Wolfe & Potter, 1996). Gaston-Johansson *et al.* (1999, citado por Quartilho, 2004), num estudo com 31 mulheres portadoras de FM, observaram que estas demonstraram uma baixa autoestima e se sentiam mais inseguras. A maioria da amostra julgava que os outros não acreditavam nelas, apesar de receberem ajuda por parte dos familiares. Aproximadamente 50% delas não tinham a capacidade de cumprir atividades de vida diária (higiene pessoal, ir às compras, andar nos transportes), atividades produtivas (fazer a cama, lavar louça, aspirar,

cozinhar, passar a ferro) ou rotinas impostas pela família. Algumas delas referiram ainda evitar o contacto com pessoas (não conseguir sair de casa e viajar, por exemplo), entrando assim em situação de isolamento. De salientar também que, quando questionadas sobre o seu futuro consideravam-no sempre de um modo muito pessimista, tanto quanto aos sintomas da doença, como quanto ao funcionamento de todas as áreas da vida.

Viver com FM tem sido referido, em algumas pesquisas, como um extenso processo de transição, marcado por um esforço para viver dignamente (Söderberg, *et al.*, 1999) e procurar um equilíbrio permanente na luta pela identificação dos seus sintomas.

Inúmeros estudos (Hellstrom, *et al.*, 1997; Söderberg, *et al.*, 1999; Sturge-Jacobs, 2002) referem que viver com uma doença que é imperceptível para as outras pessoas, mesmo a nível da classe médica, é extenuante para as pessoas com FM, afetando de forma significativa a qualidade de vida.

Questões tais como a associação entre sintomatologia depressiva e ansiosa relacionada com as patologias crónicas têm sido referidos por investigadores de todo o mundo, desde a década de 80 (Mineka *et al.*, 1998). Entre 25% a 50% dos doentes com FM manifestam, simultaneamente, estas perturbações psicológicas, complicando a adesão à terapia, interferindo no tratamento da patologia. Logo, é de extrema importância avaliar a prevalência e a intensidade destes sintomas em populações distintas, para uma análise mais exata do impacto da FM na vida do seu portador.

Análogo ao que sucede em outras patologias crónicas, a depressão é usual nos doentes com FM, sucedendo em 30 a 50% dos casos (Provenza *et al.*, 2001). As suas manifestações podem confundir-se com a sintomatologia da FM, contudo não foi demonstrado que esta seja uma subcategoria da perturbação depressiva.

A ansiedade corresponde a um estado emocional, que se manifesta através de mecanismos psicofisiológicos, que pertence ao âmbito usual da vida dos indivíduos e que se traduz em determinadas reações. O comportamento ansioso manifesta-se quando, por exemplo, o indivíduo sente uma dor aguda, despoletando uma espécie de “sinal de alerta”, estando relacionado com as reações de luta e fuga. Todavia, o que aparenta ser uma reação meramente adaptativa, pode transformar-se numa doença grave se a sua intensidade atingir proporções que fujam ao controlo do indivíduo (Andrade & Gorenstein, 1998). Na FM, aproximadamente 1/3 dos pacientes sofrem de perturbação da ansiedade (Provenza *et al.*, 2001).

De acordo com Lewis (1979) a ansiedade pode apresentar diferentes modos na sua definição, como por exemplo, normal ou patológica, leve ou grave, benéfica ou prejudicial, esporádica ou constante, possuir origem somática ou psicológica, ocorrer isoladamente ou em simultâneo com outra patologia. Ainda segundo o mesmo autor, são características da ansiedade, sintomas tais como: boca seca, tremores, arrepios, sudorese, vômitos, palpitações, entre outros.

Embora esteja clinicamente estudada, a FM ainda não é totalmente entendida, nem reconhecida, pelo que a intervenção nesta síndrome é amplamente empírica. Descontinuar o ciclo da dor e reforçar os níveis de capacidade funcional e emocional, são objetivos a atingir na abordagem com estas pessoas (Branco, 1997).

Berber, *et al.* (2005) desenvolveram uma pesquisa com o intuito de avaliar a prevalência da depressão em indivíduos com FM, bem como de compreender a sua relação com a qualidade de vida nestes sujeitos. Concluíram que a prevalência da depressão entre os pacientes com FM era de 32.9% para a depressão leve, e de 21.4% para a depressão moderada e de 12.9% para a depressão severa. Nesta pesquisa, a depressão foi contributiva para o decréscimo estatisticamente significativo das pontuações relativas à qualidade de vida relacionadas com as restrições físicas, capacidade física, percepção da dor, desempenho social, saúde mental, estabilidade emocional e percepção da saúde em geral.

Considerando os resultados dos estudos acima mencionados, percebe-se que as alterações psicológicas e comportamentais estão relacionadas com o desenvolvimento da FM e/ou gravidade dos seus sintomas. Essas alterações levam a que os doentes manifestem maior sensação de dor e incapacidade funcional, escassas relações interpessoais e limitação na realização de atividades diárias, bem como mudanças nos estados emocionais, mais especificamente na depressão e na ansiedade.

Domingues e Branco (2008) referem que o cansaço e a fraqueza muscular presentes, podem ser ligeiras ou graves, interferindo negativamente nas várias atividades do quotidiano. Estes autores também acreditam que a FM pode provocar depressão, que por sua vez pode causar cansaço, ou agravá-lo. Consequentemente, os mesmos julgam que, nestes casos, a depressão não esteja na origem da FM mas que é uma patologia secundária ou reativa.

Segundo Pimenta (1999), a manifestação depressiva e ansiosa está normalmente relacionada com situações dolorosas. Apesar de ser difícil determinar uma relação causa-efeito, existem evidências de que as perturbações emocionais como ansiedade e depressão têm a

tendência a aumentar a dor, sendo a sua ocorrência frequente em doentes com dor e, em maior incidência, nas dores crónicas. Pesquisas como a de Sardá (1999), Sardá, *et al.* (2000), Cruz (2001), Caldas (2002), Sardá (2002) e Frutuoso (2006) indicam que a ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos podem concorrer para a instauração, manutenção e intensificação da intensidade de dor. De acordo com Bär (2005), há estudos que têm vindo a propor uma associação importante entre dor crónica e depressão, uma vez que indivíduos com esta perturbação emocional têm apresentado maior sensibilidade à dor, assim como, indivíduos com presença de dor crónica têm demonstrado quadro depressivo. D'Arcy e McCarberg (2005) referem que quando esta relação (entre dor crónica, depressão e ansiedade) acontece, os doentes sentem mais dor, e um decréscimo evidente no funcionamento profissional, interpessoal e social.

A associação entre FM e depressão não está, ainda, completamente entendida. Alguns estudos referem a depressão como sendo um dos motivos prováveis para o aparecimento da FM, enquanto outros a indicam como sendo resultado da sintomatologia típica da FM (Chaitow, 2002).

Segundo Sanches (2006), tanto a presença de alguma forma de *stress* pós-traumático pode estar relacionada com a origem da patologia depressiva, como a exposição sucessiva da pessoa aos variados agentes causadores de *stress*. As condições ambientais às quais a pessoa está diariamente exposta podem ser denominadas de fatores stressores, sendo a resposta a esses fatores distinta de pessoa para pessoa. Assim, a dor crónica, sintoma central da FM, conjuntamente com outra sintomatologia persistente, pode atuar como agente stressor causando o aparecimento da depressão em indivíduos com esta síndrome (Chaitow, 2002). Nesse sentido, uma pesquisa de Turk (1996) evidenciou uma prevalência superior de depressão, ansiedade em doentes que exibiam histórico de *stress* pós traumático, quando comparado com doentes sem essa perturbação. Martinez (1995) verificou, nos seus estudos, distúrbios de personalidade em 64% dos portadores de FM, além de outras perturbações, tais como ansiedade e depressão.

Uma pesquisa de Vaeroy (2005) evidenciou uma correlação positiva entre a dor de base reumática e a ocorrência de perturbações emocionais, tais como ansiedade e depressão. Walker (1997), nos seus estudos, também percebeu que indivíduos com FM demonstram uma prevalência superior de perturbações de ansiedade e humor durante a vida do que doentes com artrite reumatóide. Em estudos efetuados por esse mesmo investigador observou-se que

indivíduos com FM evidenciam, comumente, mudanças de humor mais frequentes do que indivíduos portadores de artrite reumatóide. Verificou-se, também, em 90% dos casos, um diagnóstico anterior de perturbações afetivas, enquanto 50% dos pacientes com artrite reumatóide não manifestam um diagnóstico análogo.

Tendo em conta os resultados dos estudos, verifica-se que mudanças psicológicas e comportamentais estão relacionadas com o aparecimento da FM e/ou severidade dos seus sintomas. Deste modo, essas modificações criam, nos portadores de FM, uma maior sensibilidade à dor, falta de capacidade física, relacionamentos interpessoais deficitários, aumento da incapacidade para executar atividades do quotidiano, e ainda, mudanças no estado emocional.

Desta forma, a maior parte das investigações acerca de indivíduos portadores de FM têm evidenciado um paradigma de sofrimento emocional. Apesar de a base orgânica da FM ainda permanecer incerta, o aumento progressivo da literatura tem indicado que os fatores psicológicos, cujo diagnóstico é difícil avaliar, são marcantes no seu desenvolvimento e manutenção (Walker, 1997).

A ansiedade e depressão são os agentes principais de dor psicológica. De acordo com Kurtze (1998), estas perturbações emocionais podem estar implicadas na manifestação de diferenças de sintomatologia, assim como, com a incapacidade funcional entre os doentes com FM, embora esta hipótese ainda não tivesse sido analisada de modo sistemático em estudos empíricos.

A maior parte das pessoas com FM relatam ter alguma ansiedade ou depressão. O conceito ansiedade foi, apenas, incorporado na avaliação clínica da FM após 1996, uma vez que, até então, “estar ansioso” não era entendido da mesma forma como “estar deprimido” (Wolfe, 1997). A forma como os sintomas psicológicos estão envolvidos na FM continua indeterminada e embora ansiedade e somatização sejam conceitos presentes em estudos de FM, não são descritos com tanta frequência como depressão (Yunus *et al.*, 1991). As características centrais da FM são percebidas como independentes do estado psicológico do sujeito, mas por outro lado, os fatores psicológicos podem influenciar a intensidade da dor (Yunus, 1991). Os níveis de ansiedade mais elevados para os pacientes com FM, quando comparados com os de doentes com artrite reumatóide, são relativos (Burckhardt *et al.*, 1993; Hawley *et al.*, 1993; Walker *et al.*, 1997). A ansiedade-estado pode não ser secundária à dor, mas a ansiedade-traço parece estar, causalmente, relacionada com a dor (Kurtze, 1998).

Estudos efetuados com indivíduos portadores de FM, os sintomas depressivos medidos através de questionários e entrevistas, demonstraram que a depressão atual (Burckhardt *et al.*, 1993; Hawley *et al.*, 1993), bem como a sua taxa de vida (Hudson *et al.*, 1996; Kirmayer *et al.*, 1988; Tariot *et al.*, 1996), eram mais elevadas do que noutros grupos compostos por pacientes portadores de outras patologias reumáticas e pacientes saudáveis. Hudson *et al.* (1996) sugeriram que a FM pode ser uma forma de transtorno afetivo major. No entanto, num estudo realizado por Kirmayer *et al.* (1988) não foram encontradas diferenças significativas entre pacientes com FM e pacientes com artrite reumatóide, na presença de depressão.

A dor tem constituído a grande dificuldade na compreensão da relação entre FM e depressão, talvez porque são poucos os estudos de depressão na FM que têm avaliado os níveis de dor nesta perturbação. Na FM a dor, tem sido classificada como mais grave do que a sentida por outros doentes crónicos. Numa revisão de 13 estudos sobre ansiedade e depressão, dos quais fazem parte pacientes com artrite reumatóide como grupos de controlo, Walter *et al.* (1998) recorreram a técnicas meta-analíticas para examinar a relação entre dor e depressão. Os resultados revelaram uma relação clara entre níveis de dor e diferentes estados depressivos. Foi, também, concluído que o desequilíbrio psicológico está diretamente relacionado com a FM mas não foi possível perceber se a depressão é uma consequência de sentir dor crónica. Walter *et al.* (1998) concluíram que o sofrimento afetivo não é uma característica exclusiva da FM, mas parece ser causado por níveis mais elevados de intensidade da dor.

Do ponto de vista clínico, a contribuição de estudos acerca da ansiedade e da depressão para a gravidade da doença é importante. Por um lado, porque estas condições psicológicas são tratáveis e, por outro, porque podem ter um efeito prejudicial na capacidade do paciente lidar com os sintomas da FM (Burckhardt *et al.*, 1994).

O objetivo deste estudo é perceber, de forma científica, o impacto que a terapia HBM® tem na FM, analisando a perceção da qualidade do sono e ajudando a resolver perturbações emocionais, tais como ansiedade e depressão.

### 3.2. Modelo Psicoterapêutico HBM

De acordo com Brás (2010), a terapia HBM (*Human Behavior Map*) é um modelo de psicoterapia baseada no mapa do comportamento humano, que descreve os processos mentais conscientes e inconscientes, permitindo explicar o modo de pensamento e comportamento do

ser humano. Assim, este modelo psicoterapêutico permite a resolução de conflitos emocionais, internos e externos, do indivíduo.

Através de uma visão científica do comportamento humano, o psicoterapeuta é capaz de compreender a associação existente entre as experiências que o sujeito viveu no passado e o pensamento e/ou comportamento que, no presente, o perturbam. O que, consecutivamente, leva a um trabalho terapêutico no sentido de modificar o estado emocional negativo em que a pessoa se encontra, ajudando-a a atingir o equilíbrio psicológico e emocional desejado (Brás, 2010).

### 3.2.1. Sessões de intervenção psicoterapêutica

O tratamento HBM inicia-se com uma sessão de diagnóstico, durante a qual o psicoterapeuta procede a uma avaliação do caso clínico, identificando as causas do desequilíbrio psicológico e/ou emocional e no final delinea o plano terapêutico adequado. Este plano de tratamento é discutido conjuntamente com o paciente, tendo este a oportunidade de tomar uma decisão informada relativamente ao mesmo (Brás, 2010).

As sessões de terapia HBM, com a duração de até 2 horas, são realizadas semanalmente, de acordo com o plano delineado na sessão de avaliação e até os objetivos definidos nessa mesma sessão terem sido alcançados. O número de sessões a realizar depende da avaliação do psicoterapeuta aquando da sessão de diagnóstico, contudo recomenda-se pelo menos 4 sessões terapêuticas intensivas para atingir algum equilíbrio emocional (Brás, 2010).

Se necessário, no final do tratamento intensivo será realizada uma avaliação do estado psicológico e emocional do paciente, pelo médico psiquiatra parceiro da Clínica da Mente, que o acompanhará no processo de retirada da medicação (Brás, 2010).

É recomendável que, durante o ano após as sessões de tratamento intensivo, sejam realizadas sessões de reforço, com o objetivo de manter e consolidar o equilíbrio emocional alcançado (Brás, 2010).

### 3.2.2. As técnicas: Morfese® e Athenese®

As técnicas utilizadas no Modelo Psicoterapêutico HBM – Athenese® e Morfese® – têm como referência o Mapa da Mente. A sua função é trabalhar o sistema emocional do indivíduo



para que este se liberte de emoções tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, entre outras, permitindo a alteração do seu estado depressivo ou ansioso (Brás, 2010).

O ser humano é condicionado pelo modo de pensar, pela estratégia de raciocínio que utiliza. Assim, a Athenese®, formada por um conjunto de exercícios terapêuticos, ajuda o indivíduo a articular novas estratégias de pensar e compreender a realidade (Brás, 2010).

O indivíduo, por vezes, fica associado e condicionado por experiências que o magoaram no passado e que o desequilibram emocionalmente no presente. A Morfese®, técnica de libertação emocional através da indução de um sonho orientado pelo terapeuta, durante a qual o sujeito atinge um estado intermédio entre o sono e a vigília, permite a dissociação das experiências que o perturbaram no passado e associar-se a emoções positivas (Brás, 2010).

Tendo em conta os casos de pessoas que se dirigiram à Clínica da Mente, previamente ao presente estudo, com queixa de outras perturbações emocionais e com FM associada, foi verificado, no final da intervenção psicoterapêutica, que todos eles relataram uma diminuição da sensação de dor, uma melhoria na qualidade do sono, bem como uma dissociação dos problemas que as limitavam aquando do diagnóstico.

Na sequência dos pressupostos aqui anunciados, este trabalho pretende ser uma reflexão, assim como um acrescento ao árduo esforço empreendido por muitos investigadores nesta área, sendo que se pretende analisar de que forma a redução dos níveis de ansiedade e/ou depressão e o aumento da qualidade do sono (sono reparador) desencadeiam a redução dos sintomas da FM, nomeadamente a dor crónica, com recurso à terapia HBM.

Segunda Parte:  
Desenvolvimento  
Empírico

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

Considerando os resultados dos estudos acima mencionados, percebe-se que as alterações psicológicas e comportamentais estão relacionadas com o desenvolvimento da FM e/ou gravidade dos seus sintomas. Essas alterações levam a que os doentes manifestem maior sensação de dor e incapacidade funcional, escassas relações interpessoais e limitação na realização de atividades diárias, bem como mudanças nos estados emocionais, mais especificamente na depressão e na ansiedade.

Ao longo do nosso período de investigação, a FM foi algumas vezes alvo de interesse por parte da comunicação social, fomentando desta forma algum conhecimento e/ou prevenção no que concerne esta estado de saúde. Neste contexto, observou-se um acréscimo de casos de pacientes que se dirigiram à Clínica da Mente com queixa de outras perturbações emocionais e com diagnóstico de FM associado.

O presente estudo é predominantemente quantitativo e de tipo descritivo e transversal, com seguimento (follow-up) após um ano, na medida em que são identificadas as variáveis e experimentadas as correlações entre as mesmas e recolhidos os dados num determinado período de tempo (Lakatos & Marconi, 1985).

### 4.1. Objetivos da Investigação

No intuito de desenvolver uma reflexão teórica acerca desta temática, propõem-se os seguintes objetivos:

1. Analisar o papel da qualidade do sono na intensidade da dor percebida, estudando a sua variação, após uma intervenção psicoterapêutica HBM e com um follow-up de um ano.
2. Estudar como se relaciona a qualidade do sono com algumas perturbações emocionais, como sejam, a depressão, a ansiedade e o *stress*, após uma intervenção psicoterapêutica HBM e com follow-up de um ano.
3. Verificar como se relaciona a perceção da intensidade da dor com as perturbações emocionais referidas anteriormente, após uma intervenção psicoterapêutica HBM e com um follow-up de um ano.

## 4.2. Hipóteses de Investigação

As hipóteses de investigação são ordenadas de acordo com os objetivos estipulados acima.

### **Objetivo 1**

H1: A qualidade do sono influencia a perceção da dor.

### **Objetivo 2**

H2: A ansiedade influencia significativamente a qualidade do sono, pelo que quanto maior for a ansiedade menor será a perceção da qualidade do sono.

H3: A depressão influencia significativamente a perceção do sono.

H4: O *stress* influencia negativamente a perceção da qualidade do sono.

### **Objetivo 3**

H5: A ansiedade influencia significativamente a perceção da dor pelo que quanto maior for a ansiedade, maior será a dor sentida.

H6: A depressão influencia significativamente a perceção da dor.

H7: O *stress* influencia a perceção da dor.

## 4.3. Descrição das Variáveis

Segue a descrição pormenorizada das variáveis utilizadas neste estudo. Estas encontram-se classificadas de acordo com dois critérios, a sua natureza (quantitativa, ordinal ou nominal) e a sua tipologia (dependente ou independente), é também especificado o tipo de teste estatístico a ser utilizado.

- **H1**
  - Qualidade do sono: variável dependente, quantitativa contínua
  - Perceção da dor: variável dependente, quantitativa contínua
  - Teste estatístico: correlação de *Pearson*
- **H2**
  - Ansiedade: variável dependente, quantitativa contínua
  - Qualidade do sono: variável dependente, quantitativa contínua
  - Teste estatístico: correlação de *Pearson*
- **H3**
  - Depressão: variável dependente, quantitativa contínua
  - Perceção do sono: variável dependente, quantitativa contínua
  - Teste estatístico: correlação de *Pearson*
- **H4**
  - Stress: variável dependente, quantitativa contínua
  - Perceção do sono: variável dependente, quantitativa contínua
  - Teste estatístico: correlação de *Pearson*
- **H5**
  - Ansiedade: variável dependente, quantitativa contínua
  - Perceção da dor: variável dependente, quantitativa contínua
  - Teste estatístico: correlação de *Pearson*
- **H6**
  - Depressão: variável dependente, quantitativa contínua
  - Perceção da dor: variável dependente, quantitativa contínua
  - Teste estatístico: correlação de *Pearson*
- **H7**
  - Stress: variável dependente, quantitativa contínua
  - Perceção da dor: variável dependente, quantitativa contínua
  - Teste estatístico: correlação de *Pearson*

## 4.4. Descrição dos Instrumentos

Para a escolha dos instrumentos de colheita de dados, foram tidos em consideração os objetivos da investigação, bem como as características da amostra. Deste modo, foram selecionados cinco instrumentos: a Escala Visual Analógica da dor (EVA) (Anexo A); o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Anexo B); a Escala da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21-T) (Anexo C); um questionário sociodemográfico (Anexo D); um caderno de registo diário elaborado para este estudo (Anexo F) e o Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ-P) (Anexo E).

### 4.4.1. Escala Visual Analógica

A EVA é uma escala validada internacionalmente, usada para medir a intensidade da dor e tem sido considerada sensível, simples, reproduzível e universal, ou seja, pode ser entendida em diversas situações onde existe diversidade cultural ou de linguagem do avaliador, examinador ou clínico (Azevedo, 2010).

A escala é composta por uma linha horizontal (ou vertical) com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado num extremo a classificação “Sem Dor” e, no outro, a classificação “Dor Máxima”. O participante terá de assinalar com uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, o ponto que coincide com a intensidade da sua Dor. Há, assim, uma equivalência entre a intensidade da Dor e o ponto assinalado na linha reta. Posteriormente é medida, em centímetros, a distância entre o início da linha, que equivale a zero e o ponto assinalado, alcançando-se, deste modo, uma pontuação numérica que será indicada na folha de registo (Portugal, 2003, p.2).

Na folha de registo dos sinais e sintomas fundamentais, o registo da intensidade da Dor é classificado do seguinte modo: “Sem Dor” = 0; “Dor Ligeira” = 1 a 2; “Dor Moderada” = 3 a 5; “Dor Intensa” = 6 a 8; “Dor Máxima” = 9 a 10 (Portugal, 2003, p. 3).

### 4.4.2. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

O Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) foi construído em 1988 por J. Buysse e colaboradores, com o objetivo de desenvolver um instrumento que avaliasse a qualidade de

sono de um indivíduo no espaço de um mês e que pudesse ser utilizado em estudos clínicos (Buela-Casal & Sanchez, 2002). Consecutivamente, este instrumento foi largamente escolhido e usado em vários trabalhos de pesquisa.

O PSQI é constituído por dezanove questões de auto-resposta e de cinco questões avaliadas pelo casal, se ambos puderem estar presentes aquando do preenchimento. De notar que no presente estudo, tal não aconteceu uma vez que os participantes atendiam às sessões sozinhos, sem acompanhante. As cinco perguntas avaliadas pelo casal são usadas como informação clínica, mas não contribuem para a pontuação total do PSQI. Os 19 itens analisam os distintos fatores da qualidade de sono que se reúnem para constituir sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, utilização de medicação para dormir e disfunção diurna (Buela-Casal & Sanchez, 2002).

A cada um dos componentes atribui-se uma pontuação que varia de 0 a 3 pontos. Uma pontuação de 0 pontos demonstra ausência de dificuldade, enquanto uma pontuação de 3 pontos demonstra severa dificuldade. Os sete componentes adicionam-se para alcançar uma pontuação global, que flutua entre zero (0) (não existe dificuldades) e vinte e um (21) (dificuldades severas em todas as áreas investigadas). Os autores da escala apresentam um ponto de corte de 5. Índices iguais ou superiores a cinco sugerem indivíduos com pouca qualidade de sono (Buela-Casal & Sanchez, 2002).

Como instrumento de auto resposta, o PSQI proporciona uma medida padronizada e quantitativa da qualidade de sono, que facilmente reconhece quem possui, ou não, problemas de sono. Contudo, não oferece um diagnóstico, embora direcione para áreas do sono mais perturbadas.

#### 4.4.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), de Lovibond e Lovibond (1955, citado por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal 2004) foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) a EADS-21 é constituída por 21 questões e cada variável é medida por sete itens. Cada item consiste numa frase, numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos relacionados com a ansiedade, a depressão e o stress. É pedido ao participante que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas em escala tipo *Likert* onde é

avaliada a extensão em que os participantes experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala em que o mínimo é “7” e o máximo “21”. Notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

#### 4.4.4. Questionário de dados Sócio Demográficos

Este questionário permitiu recolher alguma informação sociodemográfica (Anexo D). É baseado em parâmetros que permitem enquadrar os participantes no estudo, nomeadamente, o sexo, a idade, o peso, o estado civil, a situação laboral, a profissão e a escolaridade. São também solicitados dados complementares à situação de cada indivíduo tais como, a presença ou não de apoio sócio familiar, de outras doenças e o ano de diagnóstico das mesmas, a participação noutras terapias, a sua duração e a prática ou não de exercício físico. Considerados também pertinentes os seguintes itens, a data do início de sintomas das dores e a de diagnóstico da doença de FM, bem como, solicitado a identificação das regiões do corpo em que sente dores. Foi ainda requerida a presença de manifestação temporal da dor e a sua intensidade. Estes dados complementares permitem caracterizar a amostra e enquadrá-la nos requisitos deste estudo.

#### 4.4.5. Diário de Registo

Este instrumento pretende analisar e registar a perceção do sono assim como da dor, de cada participante, todos os dias (Anexo F). O diário tem um formato de um caderno, composto por sete páginas, onde os participantes devem registar: o nível de dor sentido no próprio dia e a perceção do sono. Os cadernos são semanais, em que cada semana será entregue um caderno novo.



#### 4.4.6. Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ-P)

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

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

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

Rosado *et al.* (2006) ressaltam que o FIQ-P possui um elevado nível de consenso, no que concerne à validade de conteúdo, respeita a homogeneidade na avaliação da fiabilidade e apresenta uma correlação estatisticamente significativa, em relação à comparação com o

instrumento padrão, na amostra estudada. Este instrumento de medida está disponível para ser utilizado na prática clínica.

Com os resultados obtidos através da aplicação do instrumento FIQ-P, este é um instrumento de medida que se encontra adaptado e validado para a realidade portuguesa, podendo ser utilizado pelos profissionais de saúde na sua prática clínica, para a avaliação de indivíduos com FM, facilitando a aquisição do perfil individual de cada doente, definindo qual o impacto da FM sobre este, possibilitando delinear a estratégia de intervenção adequada a cada paciente (Rosado *et al.*, 2006).

## 4.5. Procedimento

Na realização de uma investigação, é crucial delinear uma população-alvo, bem como desenvolver um conjunto de ações, para assim alcançar os objetivos previamente propostos. Deste modo, todos os procedimentos foram cumpridos de acordo com uma rigorosa conduta ética, respeitando todos os princípios do código ético e deontológico do Psicólogo. Segue a descrição destes vários momentos.

1. Inicialmente foi realizada uma listagem das associações de apoio aos doentes Fibromiálgicos no Distrito do Porto, com intuito de obter uma amostra heterogénea e com distintas histórias de tratamento.
2. Foi solicitado autorização para a realização do estudo através de um pedido formal, dirigidas aos administradores de cada uma das associações. Neste pedido, constava a explicação da natureza do estudo, os seus objetivos e metodologia e assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Das duas associações identificadas como associação de apoio aos doentes fibromiálgicos, uma aceitou o pedido de investigação e outra não deu qualquer resposta. Neste sentido, foi agendada uma reunião com a Dra. Fernanda Margarida Neves de Sá, presidente da associação APDF.
3. Com o intuito de obter uma participação mais ativa dos sujeitos disponibilizou-se um formulário de inscrição (Anexo G) no sítio da *internet* da Clínica da Mente. Ademais, promoveu-se nas redes de comunicação e em fóruns especializados nesta temática o propósito desta investigação. O apelo a participação desenvolveu-se num período de 3 meses.

4. Após receção das candidaturas, foram contactados os participantes selecionados de acordo com os requisitos pretendidos, de forma a comprovarem o diagnóstico da doença através de registos médicos e/ou medicamentosos.

Depois da revisão dos relatórios médicos, os participantes foram convidados a reunir, individualmente, com um Psicoterapeuta da Clínica da Mente e a Presidente da APDF, para uma entrevista semiestruturada, durante a qual foi aplicado o Questionário de Impacto da FM (FIQ-P) (Anexo E).

No final da entrevista, os participantes previamente selecionados foram submetidos a uma avaliação médica, realizada por um médico especialista, com recurso a uma entrevista estruturada da EULAR, com o intuito de comprovar ou refutar o diagnóstico de FM.

Os participantes que foram selecionados, em ambas as entrevistas, foram informados acerca do protocolo de investigação e da calendarização das várias etapas do estudo, assinando a declaração de consentimento informado (Anexo H).

*Descrição das várias fases do estudo:*

5. **Fase 0 – preenchimento dos questionários sem qualquer intervenção psicoterapêutica.**

Após seleção da amostra, procedeu-se à intervenção psicoterapêutica, baseada na terapia HBM. Inicialmente foi realizada uma sessão de avaliação e diagnóstico, pelos psicoterapeutas da Clínica da Mente, na qual resultou uma análise do caso clínico, identificando as causas das perturbações psicológicas e emocionais de cada participante, definindo assim um plano terapêutico apropriado para cada um. Nesta sessão de avaliação foi requerido o preenchimento dos supracitados instrumentos de colheita de dados – EVA, EADS e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

6. Realização das sessões de psicoterapia, efetuadas por psicoterapeutas especializados na terapia HBM, com aplicação das técnicas de Athenese® e Morfese®, de frequência semanal ao longo de quatro semanas. No início de cada sessão de tratamento foi efetuada uma reavaliação dos sintomas identificados na sessão de avaliação, bem como no diário semanal de registo das dores e do sono preenchido pelo participante. No final de cada semana, os participantes recebiam um caderno de registo diário da perceção da dor e da qualidade do sono, tendo obtido as devidas instruções para o preenchimento do mesmo (Anexo F).

**7. Fase 1 – preenchimento dos questionários após 4 semanas de intervenção psicoterapêutica.**

Na quarta semana de intervenção foi novamente pedido a cada um dos participantes o preenchimento dos questionários supracitados, com o intuito de perceber se ocorreram alterações/melhorias na percepção da dor, da qualidade do sono e dos níveis de ansiedade, depressão e stress.

**8. Fase 2 – preenchimento dos questionários um mês após intervenção psicoterapêutica.**

Após finalização da fase 1 (quatro semanas de tratamento) iniciou-se a fase 2 do nosso estudo em os participantes compareceram um mês após a intervenção realizada com intuito de efetuar uma sessão de reforço e manutenção do estado adquirido, preenchendo novamente os instrumentos de recolha de dados supracitados.

**9. Fase 3 – preenchimento dos questionários um ano após a intervenção psicoterapêutica.**

Um ano após a realização das sessões de psicoterapia, os participantes foram chamados para realizar uma nova reavaliação, preenchendo os instrumentos referidos anteriormente, com o intuito de medir o estado para as variáveis da percepção da dor, da qualidade do sono e dos níveis de ansiedade, depressão e stress.

## 5. RESULTADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

### 5.1. Análise Descritiva da Amostra

Os participantes do estudo foram recrutados de acordo com os seguintes critérios:

- Idade (superior a 18 anos)
- Diagnóstico de FM com parecer médico
- Residência no distrito Porto

Neste sentido, a amostra é constituída por 10 indivíduos diagnosticados como fibromiálgicos. No que diz respeito ao tipo de amostragem, trata-se de uma amostra não-probabilística de conveniência, na medida em que é composta por sujeitos facilmente acessíveis (Gomez, Flores, & Jimenez, 1996).

A amostra é constituída por 10 participantes (N=10), 10 são do sexo feminino (100%).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	Variância
Idade	10	42	53	48,40	4,248	18,044

*Tabela 1: Distribuição das participantes em função da idade*

Conforme se pode verificar na tabela 1, a média de idade é de 48,40 anos. A amostra possui um intervalo de idades compreendido entre os 42 anos e os 53 anos.

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Total (N)	Percentagem Total (%)
Estado Civil	Divorciado	3	30
	Casado	5	<u>50</u>
	União de facto	2	20
	Total	10	100
Situação Laboral	Empregado	3	30
	Desempregado	7	<u>70</u>
	Total	10	100
Escolaridade	2º Ciclo Ensino Básico	2	20
	3º Ciclo Ensino Básico	3	30
	12º Ano	4	<u>40</u>
	Licenciatura / Mestrado	1	10
	Total	10	100

*Tabela 2: Distribuição das participantes em função do estado civil, da situação laboral e da escolaridade*

Observando a tabela 2, 50% da amostra é casada. Além do mais, 70% das participantes se encontram, no momento do estudo, desempregadas.

No que diz respeito à escolaridade, o décimo segundo ano é o nível literário mais frequente, colocando nesta situação 40% da amostra.

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Total (N)	Porcentagem Total (%)
<b>Duração da dor (anos)</b>	De 5 a 10	1	10
	De 15 a 20	3	30
	Mais de 20	6	<u>60</u>
	Total	10	100
<b>Pontos de Dor</b>	Trapézio	1	10
	Condrocostal	1	10
	Pernas	1	10
	Todas as Zonas	7	<u>70</u>
	Total	10	100
<b>Frequência da Dor</b>	Diária	9	<u>90</u>
	Quinzenal	1	10
	Total	10	100
<b>Intensidade da Dor (ao longo dos anos)</b>	Aumentou	4	40
	Manteve-se	6	<u>60</u>
	Total	10	100

*Tabela 3: Descrição da amostra em função da duração da dor, dos pontos de dor, da frequência e intensidade da dor*

A tabela 3 informa acerca das características da dor sentida pelas participantes. 60% da amostra refere padecer da doença há mais de 20 anos. Na maioria dos casos (70%) a dor propaga-se em todas as zonas do corpo, sendo uma dor sentida diariamente (90%) e que se manteve ao longo dos anos (60% das participantes).

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Total (N)	Percentagem Total (%)
Horas médias de Sono (horas)	1	1	10
	3	3	30
	4	2	20
	5	3	30
	6	1	10
	Total	10	100
Adormece com facilidade?	Sim	5	50
	Não	5	50
	Total	10	100
Acorda durante a noite?	Sim	10	100
	Não	0	0
	Total	10	100
Dorme acompanhada?	Sim	7	70
	Não	3	30
	Total	10	100
O Sono é influenciado por outras pessoas?	Sim	6	60
	Não	4	40
	Total	10	100
As condições da sua habitação influenciam o sono?	Sim	3	30
	Não	7	70
	Total	10	100

*Tabela 4: Distribuição da amostra em função das seguintes variáveis: Horas médias de sono, Adormece com facilidade? Acorda durante a noite? Dorme acompanhada? O sono é influenciado por outras pessoas?, As condições da sua habitação influenciam o sono?*

De acordo com a tabela 4, observa-se que 100% da amostra dorme menos de 7 horas por noite e refere acordar várias vezes durante a mesma. O sono é influenciado por outras pessoas em 60% dos casos, na medida em que 70% das participantes dormem acompanhadas.

Variáveis sociodemográficas	Respostas	Total (N)	Percentagem (%)	Total
Apoio Social / Familiar?	Sim	7	70	
	Não	3	30	
Já recorreu a outras terapias?	Sim	10	100	
	Não	0	0	
Pratica exercício físico?	Sim	6	60	
	Não	4	40	

*Tabela 5: Descrição da amostra em função das variáveis: Apoio social/familiar; Já recorreu a outras terapias? Pratica exercício físico?*

No que concerne ao apoio social /familiar, 70% da amostra refere ser detentora do mesmo. Além do mais, 100% das participantes já recorreu a outras terapias e 60% pratica algum tipo de exercício físico.

## 5.2. Análise Descritiva dos Resultados

### 5.2.1. Análise descritiva da Escala Visual Analógica – EVA

Fases de aplicação da EVA	N	Máximo	Mínimo	Média	Desvio-padrão	Variância
EVA fase 0	10	9	5	7,30	1,252	1,567
EVA fase 1	10	6	0	3,00	1,944	3,778
EVA fase 2	10	5	0	2,70	1,636	2,678
EVA fase 3	10	8	3	5,30	1,494	2,233

**Tabela 6:** Análise descritiva da EVA na fase 0, 1, 2, e 3

A análise descritiva dos resultados da EVA demonstra que a pontuação média obtida na fase 0, antes de qualquer intervenção psicoterapêutica, é de 7,30 valor que se situa no nível “moderado” da escala, ligeiramente abaixo do nível “intenso”.

Na fase 1, observa-se que a média de pontuação obtida foi reduzida para mais de metade. Assim, em média as participantes referiram sentir um nível de dor “moderado”, de 3,00 pontos, ligeiramente acima do nível “leve” da escala.

Analisando a pontuação obtida na fase 2 da nossa intervenção, observa-se que a média é de 2,70 pontos, situando-se num nível “ligeiro” da escala. Assim, um mês após a realização das sessões de psicoterapia HBM as participantes referiram sentir ainda menos dor.

Na fase 3, um ano após a nossa intervenção HBM a média da pontuação aumentou até aos 5,30 pontos. Contudo, observa-se que este valor encontra-se inferior ao valor encontrado na fase 0.

### 5.2.2. Análise descritiva do índice de qualidade de sono de Pittsburgh

Fase de aplicação do instrumento	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Variância
Fase 0	10	7	21	14,40	5,103	26,044
Fase 1	10	2	10	6,50	2,759	7,611
Fase 2	10	2	7	5,10	1,595	2,544
Fase 3	10	2	19	11,20	5,473	29,956

**Tabela 7:** Análise descritiva geral dos resultados obtidos no índice de qualidade de sono Pittsburgh nas diferentes fases do estudo



A tabela 7 informa que a média obtida na fase 0 do nosso estudo é de 14,40, valor muito acima do valor máximo recomendado (inferior a 5) para caracterizar a qualidade de sono como “boa”. Em ambas as fases 1 e 2 existe uma aproximação do valor máximo recomendado (6,50 e 5,10 respetivamente), realçando desta forma, a eficácia dos tratamentos. Na fase de follow-up este valor ganha mais intensidade, porém, mantém-se inferior ao valor inicial.

Variável do índice de qualidade de sono de Pittsburgh	Fase 0		Fase 1		Fase 2		Fase 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Qualidade subjetiva do sono</b>								
Muito Boa	0	0	3	30	0	0	0	0
Boa	0	0	4	40	4	40	4	40
Má	5	50	3	30	5	50	5	50
Muito Má	5	50	0	0	1	10	1	10
Total	10	100	10	100	10	100	100	100

*Tabela 8: Análise descritiva relativa ao item "qualidade subjetiva do sono" do índice de qualidade de sono de Pittsburgh*

Relativamente ao item “qualidade subjetiva do sono” 100% das participantes referiram uma má qualidade de sono na fase 0 do estudo. Porém, após algumas sessões de psicoterapia HBM, observa-se que 70% da amostra confirma ter alcançado uma boa qualidade de sono. Este resultado decresce na segunda fase do estudo, 40%. Contudo, observa-se que após um ano, 40% da amostra continua com uma boa qualidade de sono.

Variável do índice de qualidade de sono de Pittsburgh	Fase 0		Fase 1		Fase 2		Fase 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Latência Habitual do sono</b>								
> 85%	2	20	7	70	6	60	5	50
75 – 84%	3	30	2	20	2	20	1	10
65 – 74%	1	10	1	10	1	10	0	0
< 65%	4	40	0	0	1	10	4	40
Total	10	100	10	100	10	100	100	100

*Tabela 9: Análise descritiva relativa ao item "latência habitual do sono" do índice de qualidade de sono de Pittsburgh*

A tabela 9 mostra que de forma geral a latência habitual do sono vai aumentando ao longo do estudo. Na fase 0, somente 20% da amostra tinha uma eficácia superior a 85%. Após um ano, observa-se que este resultado aumenta para 50% da amostra.

### 5.2.3. Análise descritiva da Escala da Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21-T

Fase de aplicação da Escala	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Variância
Fase 0	10	1	40	15,70	10,791	116,456
Fase 1	10	0	20	5,50	6,169	38,059
Fase 2	10	0	15	4,60	4,719	22,267
Fase 3	10	2	19	9,90	5,507	31,433

**Tabela 10:** Análise descritiva da subescala Depressão, da escala Ansiedade, depressão e Stress - EADS-21-T

Comparando as médias referidas na tabela 10, observa-se que o nível de depressão diminui mais de 50% entre a fase 0 e a fase 1, passando de 15,70 valores (nível moderado) para 5,50 (nível normal). Este estado continua a diminuir na fase 2 (4,60 valores), para depois aumentar na fase 3 (9,90 valores) mas, mesmo assim, mantendo-se uma diferença de 5,80 valores abaixo do apresentado inicialmente.

Fase de aplicação da Escala	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Variância
Fase 0	10	5	30	13,30	8,693	75,567
Fase 1	10	0	14	5,40	4,789	22,933
Fase 2	10	0	14	4,90	4,533	20,544
Fase 3	10	3	17	9,30	4,296	18,456

**Tabela 11:** Análise descritiva da subescala Ansiedade, da escala Ansiedade, depressão e Stress - EADS-21-T

No que concerne à Ansiedade, podemos observar que a amostra demonstrava inicialmente um nível de ansiedade moderado (13,30 valores). Após a intervenção psicoterapêutica HBM, estes valores diminuíram drasticamente colocando-os num nível “normal”. No momento da fase 3 a pontuação aumentou ligeiramente, sendo que em média a amostra, após um ano, se encontra num nível “ligeiro” de ansiedade. Estes resultados podem ser explicados pelos acontecimentos do dia-a-dia.

Fase de aplicação da Escala	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Variância
Fase 0	10	3	38	24,10	11,298	127,656
Fase 1	10	1	18	8,70	5,143	26,456
Fase 2	10	1	16	7,80	4,4467	19,956
Fase 3	10	9	20	13,20	3,120	9,733

**Tabela 12:** Análise descritiva da subescala Stress, da escala Ansiedade, depressão e Stress - EADS-21-T

A tabela 12 informa sobre a evolução dos níveis de stress ao longo do período de estudo. Observa-se que na fase 0, a amostra se situava num nível “moderado” de stress (24,10). Porém, nas duas primeiras fases (1 e 2) este valor diminui e passou a situar-se num nível “normal”, demonstrando assim eficácia do acompanhamento psicoterapêutico.

#### 5.2.4. Análise descritiva dos diários de bordos relativamente a qualidade do sono e a dor percebida.

##### 5.2.4.1. Análise da percepção da qualidade de sono e de dor – Semana 1

Qualidade Sono, Semana 1	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Variância
Sono S1D1	10	1	9	4,10	2,601	6,767
Sono S1D2	10	1	7	4,60	1,766	3,156
Sono S1D3	10	3	6	3,90	1,101	1,211
Sono S1D4	10	2	6	4,10	1,449	2,100
Sono S1D5	10	1	8	4,20	2,044	4,178
Sono S1D6	10	1	5	3,70	1,567	2,456
Sono S1D7	10	3	5	4,40	0,699	0,489
Total				4,143		

**Tabela 13:** Análise descritiva dos diários de bordo relativamente à percepção da qualidade do sono em cada dia (D) da primeira semana (S1) de intervenção psicoterapêutica.

S1: percepção do sono na semana 1  
D1: dia da semana

De acordo com a tabela 13, numa escala de 0 a 10, onde 10 representa uma qualidade subjetiva de sono muito boa e 0, uma percepção muito má da qualidade de sono, observa-se que em média, na primeira semana de intervenção psicoterapêutica, a qualidade subjetiva do sono é percebida abaixo do nível médio (4,14 valores).

<b>Percepção da dor, Semana 1</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Variância</b>
Dor S1D1	10	3	9	5,70	1,947	3,789
Dor S1D2	10	2	8	5,30	1,636	2,678
Dor S1D3	10	3	8	5,90	1,449	2,100
Dor S1D4	10	3	8	5,50	1,581	2,500
Dor S1D5	10	3	9	5,20	1,814	3,289
Dor S1D6	10	5	9	6,20	1,549	2,400
Dor S1D7	10	4	7	5,30	,949	,900
<b>Total</b>				<b>5,59</b>		

*Tabela 14: Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da dor na primeira semana (S1) de intervenção psicoterapêutica.*

*S1: percepção do sono na semana 1*

*D1: dia da semana*

No que concerne à percepção da dor, numa escala de 0 a 10, em que 10, representa uma percepção de dor muito alta e 0 a percepção da inexistência de dor, em média, durante a primeira semana após a sessão de intervenção psicoterapêutica, a amostra referiu sentir uma dor subjetiva de 5,59, estando assim num nível intermédio.

#### 5.2.4.2. Análise da percepção da qualidade de sono e de dor – Semana 2

<b>Qualidade Sono, Semana 2</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Variância</b>
Sono S2D1	10	5	8	6,60	1,265	1,600
Sono S2D2	10	4	8	5,70	1,494	2,233
Sono S2D3	10	3	8	5,70	1,494	2,233
Sono S2D4	10	3	8	5,70	1,636	2,678
Sono S2D5	10	3	8	5,40	1,955	3,822
Sono S2D6	10	2	9	5,40	2,119	4,489
Sono S2D7	10	4	8	5,40	1,430	2,044
<b>Total</b>				<b>5,70</b>		

*Tabela 15: Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da qualidade do sono na segunda semana de intervenção psicoterapêutica.*

*S2: percepção do sono na semana 2*

*D1: dia da semana.*

Após a segunda sessão de intervenção psicoterapêutica HBM, observa-se que a qualidade subjetiva do sono se situa num nível intermédio (5,70 valores).

<b>Percepção da dor, Semana 2</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Variância</b>
Dor S2D1	10	2	5	3,60	1,350	1,822
Dor S2D2	10	2	7	4,40	1,838	3,378
Dor S2D3	10	3	8	4,30	1,703	2,900
Dor S2D4	10	3	6	4,20	1,398	1,956
Dor S2D5	10	2	7	4,30	1,947	3,789
Dor S2D6	10	1	7	4,00	1,826	3,333
Dor S2D7	10	2	8	4,30	1,703	2,900
<b>Total</b>				<b>4,16</b>		

*Tabela 16: Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da dor na segunda semana (S2) de intervenção psicoterapêutica.  
S2: percepção do sono na semana 2  
D1: dia da semana.*

A tabela 16 informa que após duas sessões de psicoterapia, a percepção subjetiva da dor passou para 4,16 valores. Observando-se assim uma diminuição relativamente à primeira semana.

#### 5.2.4.3. Análise da percepção da qualidade de sono e de dor – Semana 3

<b>Qualidade Sono, Semana 3</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Variância</b>
Sono S3D1	10	6	10	7,50	1,509	2,278
Sono S3D2	10	5	10	6,90	1,729	2,989
Sono S3D3	10	4	10	7,00	1,563	2,444
Sono S3D4	10	4	9	6,00	1,700	2,889
Sono S3D5	10	4	8	6,30	1,337	1,789
Sono S3D6	10	4	8	6,30	1,418	2,011
Sono S3D7	10	3	8	5,90	1,792	3,211
<b>Total</b>				<b>6,56</b>		

*Tabela 17: Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da qualidade do sono na terceira semana de intervenção psicoterapêutica.  
S3: percepção do sono na semana 3  
D1: dia da semana.*

Na terceira semana de tratamento com sessões de Terapia HBM, as participantes referiram em média ter tido uma qualidade de sono acima da média (6,56 valores).

<b>Perceção da dor, Semana 3</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Variância</b>
Dor S3D1	10	1	5	2,80	1,476	2,178
Dor S3D2	10	1	5	3,60	1,430	2,044
Dor S3D3	10	2	5	3,50	1,179	1,389
Dor S3D4	10	0	5	3,60	1,713	2,933
Dor S3D5	10	2	6	4,10	1,197	1,433
Dor S3D6	10	2	6	3,60	1,430	2,044
Dor S3D7	10	2	5	3,60	1,075	1,156
<b>Total</b>				<b>3,54</b>		

*Tabela 18: Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a perceção da dor na terceira semana (S3) de intervenção psicoterapêutica.  
S3: perceção do sono na semana 3  
D1: dia da semana*

Na terceira semana de tratamento, percebe-se que a perceção da dor vai diminuindo até um valor abaixo do valor médio (3,54 valores).

#### 5.2.4.4. Análise da perceção da qualidade de sono e de dor – Semana 4

<b>Qualidade Sono, Semana 4</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Variância</b>
Sono S4D1	10	4	10	7,30	1,947	3,789
Sono S4D2	10	5	10	7,40	1,430	2,044
Sono S4D3	10	5	7	6,20	,919	,844
Sono S4D4	10	4	8	6,40	1,430	2,044
Sono S4D5	10	5	9	6,80	1,317	1,733
Sono S4D6	10	4	9	7,00	1,563	2,444
Sono S4D7	10	4	10	7,10	1,729	2,989
<b>Total</b>				<b>6,89</b>		

*Tabela 19: Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a perceção da qualidade do sono na quarta semana de intervenção psicoterapêutica.  
S4: perceção do sono na semana 4  
D1: dia da semana*

Na última semana de tratamento semanal, observa-se que a qualidade do sono aumentou para 6,89 valores, acima do valor intermédio. Desta forma, as participantes referiram estar numa qualidade de sono moderada/boa.

Percepção da dor, Semana 4	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Variância
Dor S4D1	10	1	5	3,00	1,155	1,333
Dor S4D2	10	1	5	2,90	1,197	1,433
Dor S4D3	10	2	6	3,80	1,135	1,289
Dor S4D4	10	2	5	3,60	1,174	1,378
Dor S4D5	10	2	5	3,30	1,059	1,122
Dor S4D6	10	2	6	3,20	1,549	2,400
Dor S4D7	10	1	5	2,70	1,337	1,789
Total				3,21		

**Tabela 20:** Análise descritiva dos diários de bordo relativamente a percepção da dor na quarta semana (S4) de intervenção psicoterapêutica.  
S4: percepção do sono na semana 4  
D1: dia da semana

No que concerne ao valor da percepção subjetiva da dor, na quarta semana de intervenção psicoterapêutica, podemos notar que este passou para um valor de 3,21.

Semana	Média Dor	Média Sono
1	5,59	4,14
2	4,16	5,70
3	3,54	6,56
4	3,21	6,89

**Tabela 21:** Tabela recapitulativa das médias obtidas para a percepção da Dor e da qualidade do Sono através dos registos semanais.  
S4: percepção do sono na semana 4  
D1: dia da semana

A tabela 21 resume os valores médios obtidos ao longo das quatro semanas de tratamento. De notar que antes de qualquer intervenção terapêutica (fase 0) o valor da percepção subjetiva da dor era de 7,30. Após a primeira sessão de intervenção este valor passou para 5,59, até alcançar um valor de 3,21 na última semana de intervenção psicoterapêutica semanal.

No que concerne ao sono, observa-se que ao longo das semanas, a sua qualidade subjetiva vai aumentando até alcançar um valor significativamente acima da média.

### 5.3. Análise inferencial dos resultados

Com o intuito de testar a normalidade da amostra e averiguar os testes mais adequados a aplicar (paramétricos vs não paramétricos) no tratamento estatístico dos dados, foi usado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Os níveis de significância obtidos permitem assumir

que a amostra segue uma distribuição normal. Desta forma será utilizado o teste de correlação de *Pearson*, com o objetivo de avaliar prováveis associações entre as variáveis.

Neste sentido, o coeficiente  $\rho$  de *Pearson* representa uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. Quanto mais próximo estiver desses extremos, maior será a associação entre as variáveis (Hill & Hill, 2005).

### 5.3.1. Análise do primeiro objetivo – Testando a hipótese H1

		Escala Visual Analógica da Dor (EVA)
Índice Qualidade do Sono de Pittsburgh	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,994** ,006

*Tabela 22: Correlações de Pearson entre a Escala Visual Analógica e o Índice de qualidade de Sono de Pittsburgh.*

*Correlação significativa para  $p \leq 0,05$ .\**

*Correlação significativa para  $p \leq 0,01$ \*\**

A tabela 22 mostra-nos que a variável da dor se relaciona de forma significativa e positivamente com o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh ( $\rho = 0,994$  para  $p \leq 0,01$ ). Desta forma, podemos inferir a existência de uma relação entre a qualidade do sono e a percepção da intensidade da dor, sendo que quanto mais alta for a pontuação no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (má qualidade), mais alta será a pontuação na Escala Visual Analógica da Dor (onde uma pontuação elevada representa uma dor muito forte). Assim, a qualidade do sono influencia a percepção da dor. Mais especificamente, uma boa qualidade de sono, provoca uma diminuição da intensidade da dor.



## 5.3.2. Análise do Segundo Objetivo – Testando as Hipóteses 2, 3 e 4

		Índice Qualidade do Sono de Pittsburgh
Ansiedade	Pearson Correlation	,990**
	Sig. (2-tailed)	,005
Depressão	Pearson Correlation	,983**
	Sig. (2-tailed)	,008
Stress	Pearson Correlation	,945*
	Sig. (2-tailed)	,028

*Tabela 23: Correlações de Pearson entre o Índice de qualidade de Sono de Pittsburgh e as subescalas da escala de Ansiedade, Depressão e Stress.*

*Correlação significativa para  $p \leq 0,01$ \*\**

*Correlação significativa para  $p \leq 0,05$ \**

Conforme a tabela 23, o coeficiente de correlação  $\rho$  de *Pearson* calculado na tabela 23, verificam-se relações entre as seguintes variáveis:

- A percepção da qualidade do sono relaciona-se positivamente e significativamente com a ansiedade ( $\rho=0,990$  para  $p \leq 0,01$ ).
- A percepção da qualidade do sono relaciona-se positivamente e significativamente com a depressão ( $\rho=0,983$  para  $p \leq 0,01$ ).
- A percepção da qualidade do sono relaciona-se positivamente e significativamente com o stress ( $\rho=0,945$  para  $p \leq 0,05$ ).

Os dados apresentados remetem para a influência causa-efeito das variáveis ansiedade, depressão e stress na percepção da qualidade do sono das participantes. Desta forma, a percepção da qualidade do sono depende dos estados de ansiedade, de depressão e/ou de stress. Assim sendo, e por existir uma correlação positiva entre estas variáveis, quanto maior forem os valores nestas variáveis de estados emocionais, maior será a pontuação no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, deixando assim transparecer uma qualidade de sono comprometida.

## 5.3.3. Análise do Terceiro Objetivo – Testando as Hipóteses 5, 6, e 7

		Escala Visual Analógica da Dor (EVA)
<b>Ansiedade</b>	<i>Pearson Correlation</i>	,999**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,001
<b>Depressão</b>	<i>Pearson Correlation</i>	,995**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,005
<b>Stress</b>	<i>Pearson Correlation</i>	,969*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,031

*Tabela 24: Correlações de Pearson entre a Escala Visual Analógica da Dor e as subescalas da escala de Ansiedade, Depressão e Stress.*

*Correlação significativa para  $p \leq 0,05$ \**

*Correlação significativa para  $p \leq 0,01$ \*\**

A tabela 24 apresenta as correlações de *Pearson* obtidas entre a Escala Visual Analógica da dor e as subescalas Ansiedade, Depressão e Stress da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress. Assim verificam-se relações positivas e significativas entre:

- A Escala Visual Analógica da dor e a Ansiedade ( $\rho=0,999$  para  $p \leq 0,05$ ).
- A Escala Visual Analógica da dor e a Depressão ( $\rho=0,995$  para  $p \leq 0,05$ ).
- A Escala Visual Analógica da dor e o Stress ( $\rho=0,969$  para  $p \leq 0,01$ ).

Desta forma, pode-se inferir que quanto maior forem os níveis de Ansiedade, de Depressão e de Stress, maior será a intensidade da dor percebida.

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO

### 6.1. Discussão dos Resultados

Este estudo teve como principal objetivo averiguar em que medida a percepção da qualidade do sono afeta a percepção da dor nos doentes com FM. Atendendo aos seus resultados, podemos inferir a existência de correlações muito fortes entre a qualidade do sono, a percepção da dor, e a percepção da qualidade do sono com alguns estados emocionais, tais como: a Ansiedade, a Depressão e o Stress.

Neste sentido, segue uma discussão e apresentação mais exaustiva das conclusões, de acordo com a ordem dos objetivos analisados a partir das hipóteses referidas no capítulo IV – Material e Métodos.

No que concerne à hipótese 1, os resultados apontam para uma correlação significativa entre a qualidade do sono e a percepção da dor ( $\rho = 0,994$  para  $p \leq 0,01$ ). Neste sentido, quanto menor for a qualidade do sono, maior será a intensidade da dor percebida. Este resultado enfatiza a importância de um sono saudável.

No segundo objetivo, os dados analisados demonstram relações significativas entre a percepção da qualidade do sono e diferentes estados emocionais, como sejam: a depressão ( $\rho = 0,983$  para  $p \leq 0,01$ ), a ansiedade ( $\rho = 0,990$  para  $p \leq 0,01$ ) e o stress ( $\rho = 0,945$  para  $p \leq 0,05$ ). Mais especificamente, quanto maior for a perturbação emocional, menor será a qualidade de sono percebida.

De acordo com Brás (2010), o sono representa um mecanismo que desliga a consciência do que nos rodeia e torna o indivíduo vulnerável aos perigos ambientais e circunstanciais. No seu Mapa da Mente, o autor explica que a qualidade do sono depende intrinsecamente da noção de perigo sentida. Quando existe perigo, os animais, incluindo os humanos, ficam sempre em alerta com medo que o perigo acarreta dor ou desconforto. A sensação de medo provoca um estado físico de ansiedade ou stress, na qual o indivíduo se foca e vigia os riscos e ameaças possíveis, preparando-se para reagir à agressão. Segundo o mesmo, «estes estados de vigília perturbam a nossa capacidade de nos desligarmos do presente e de adormecer» (Brás, 2010, p.20). Dormir é uma necessidade básica e, mal ou bem, se acaba por dormir. Porém, para Brás (2010), o excesso de ansiedade provoca um sono quase consciente durante o qual nos

recordamos dos sonhos que temos, parecendo estar sempre em alerta para os barulhos e sensações que nos rodeiam. Este tipo de sono não ajuda a recuperar totalmente a energia necessária para o dia-a-dia.

No que concerne ao terceiro objetivo foram encontradas correlações muito significativas entre a percepção da dor e as diferentes perturbações emocionais supracitadas. Assim, quanto maior forem os níveis de ansiedade ( $p=0,999$  para  $p \leq 0,01$ ), depressão ( $p=0,995$  para  $p \leq 0,01$ ) e/ou stress ( $p=0,969$  para  $p \leq 0,05$ ), maior será a intensidade da dor percebida.

De acordo com os resultados apresentados, podemos inferir uma relação de causalidade entre os estados emocionais e a percepção da qualidade do sono. A ansiedade, a depressão e o stress representam variáveis que podem comprometer a qualidade do sono. Pois, de acordo com Brás (2010) os estados emocionais resultam de experiências vividas, de situações psicossociais passadas, que condicionam as pessoas por ainda se encontrarem associadas às emoções negativas, prejudicando assim o bem-estar pessoal.

Desta forma, os estados emocionais perturbam a percepção da qualidade do sono. No mesmo sentido, foi demonstrada a existência de uma forte correlação entre a qualidade do sono e a percepção da dor nos doentes fibromiálgicos. Assim, os estados emocionais condicionam o sono, que por sua vez influencia a percepção da dor nos doentes com FM, e não como alguns autores afirmam que a dor condiciona o sono que por sua vez altera os estados emocionais.

Concluimos assim, esta sequência causal, porque a intervenção psicoterapêutica realizada, apenas influenciou a mudança do estado emocional, tendo sido inócua para a mudança de percepção da qualidade do sono ou da percepção da dor. As alterações no sono e na dor foram consequência direta da alteração do estado emocional.

A informação recolhida no momento de avaliação, em anamnese, e em outros momentos de psicoterapia permitiu um cruzamento de dados cuja análise valida a homogeneidade de acontecimentos de vida que parecem estar na base dos estados emocionais de ansiedade, depressão e stress. Todas as participantes do estudo experienciaram cenários de violência física e/ou psicológica em períodos de tempo significativos e constantes, na fase da infância e/ou adolescência, facto que confirma as queixas de exposição a um ambiente emocional negativo, com reflexo no presente na sua qualidade do sono.

Podemos, então, inferir que a FM apresenta uma etiologia psicológica para o desencadeamento dos sintomas físicos. Deste modo, acredita-se que seja necessário realizar

intervenções psicológicas de longo prazo para alterações do padrão emocional e não somente para contingências relacionadas com o momento de vida atual.

## 6.2. Linhas Futuras de Investigação

Este estudo pretende dar o seu contributo para a compreensão da FM e, mais especificamente, das suas consequências na perceção da qualidade do sono e na perceção da intensidade da dor.

As principais análises estatísticas permitem confirmar a influência do sono na perceção da dor nos doentes fibromiálgicos, e explicar o impacto de algumas perturbações emocionais, como sejam: a ansiedade, a depressão e o stress, na perceção da qualidade do sono e da dor.

Contudo, por ser um estudo exploratório, os resultados apresentados não podem ser generalizados para o conjunto da população portadora da doença, na medida em que o tamanho da amostra fica aquém do esperado.

No entanto, com a expressão da correlação entre as hipóteses tão elevada, sai deste estudo uma forte direção para estudos futuros, com uma amostra mais representativa do universo dos doentes com FM, que possam comprovar de forma mais consistente estes mesmos resultados.

Apesar da limitação da amostra, acredita-se que as questões formuladas contribuíram para a continuidade do estudo do tema, ficando assim uma sugestão para a realização de futuras investigações na área do sono: perceber o efeito da libertação excessiva, durante a noite de sono leve e agitado, da hormona cortisol em problemas reumáticos do corpo.

Deste modo, as questões fulcrais que se colocam são as seguintes: Será que as pessoas vítimas de *stress* e ansiedade, ao não dormirem bem, não fazem o processo de recuperação energética e de recuperação física, provocada pelo cortisol e outras hormonas, como sugere o estudo de Leproult *et al.* (1997); e, qual o efeito desta má recuperação física, principalmente no corpo da mulher, do ponto de vista reumático?

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affleck, G.; Urrows, S.; Tennen, H.; Higgens, P.; Abeles, M. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*, 68, 363-368.
- American College of Rheumatology. (2003). *Arthritis & Rheumatism*. 48 (10), 2916–2922.
- Andrade, L. & Gorestein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 285-290.
- APDF (n.d.). *Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia (APDF) Web Site*. Acedido Julho 7, 2014 em [http://www.apdf.com.pt/o\\_que\\_e.php](http://www.apdf.com.pt/o_que_e.php)
- Arnold, L.; Hudson, J.; Hess, E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 50 (3), 944-952.
- Assumpção, A. (2006). Prevalência de Fibromialgia e avaliação de sintomas associados, capacidade funcional e qualidade de vida, na população do município de Embu, São Paulo [em linha]. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo. Acedido 10 Julho 2014 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-11122006-080926/publico/anaassumpcao.pdf>
- Azevedo, A. (2010) Eficácia da acupuntura no tratamento dos sintomas na fibromialgia: projeto de investigação. [Em linha]. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. Acedido em Julho 25, 2014, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26361/2/Tese%20Mestrado%20Ana%20P.pdf>
- Bär, K. (2005). Pain perception in major depression depends on pain modality. *Pain*, 117, 97–103.
- Bellato, E.; Marini, E.; Castoldi, F.; Barbasetti, N.; Mattei, L.; Bonasia, D.; & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-17. doi: 10.1155/2012/426130
- Belt, N.; Kronholm, E.; Kauppi, M. (2009). Sleep problems in fibromyalgia and rheumatoid arthritis compared with the general population. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27 (1), 35-41.

- Branco J. (1997). Sleep cycles and alpha-delta sleep in fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 21, 1113-1117.
- Branco, J. *et al.* (2009). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. In *Seminars in arthritis and rheumatism*, 39 (6), 454-464. Acedido Julho 25, 2014 em [http://www.spreumatologia.pt/sites/spreumatologia.pt/files/pdfs/SPR\\_20090305110525\\_Artigo\\_912\\_Semin\\_Arthritis\\_Rheum.pdf](http://www.spreumatologia.pt/sites/spreumatologia.pt/files/pdfs/SPR_20090305110525_Artigo_912_Semin_Arthritis_Rheum.pdf)
- Brás, P. (2010). Manual HBM. Documento não publicado. London: Master HBM Research.
- Braz, A. *et al.* (2011). Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51 (3), 275-282. Acedido Agosto 20, 2014 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S048250042011000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S048250042011000300008&script=sci_arttext)
- Bressan, L. *et al.* (2008). Efeitos do alongamento muscular e condicionamento físico no tratamento fisioterápico de pacientes com Fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia de São Carlos*, 12 (2), 88-93.
- Buela-Casal, G. & Sanchez, A. (2002). *Transtornos del sueño*. Editorial Síntesis: Madrid.
- Buratto, J. (2009). Sono e insônia [Em linha]. Acedido Julho 18, 2011 em [http://www.bemdesaude.com/content/sono\\_e\\_insonia.html](http://www.bemdesaude.com/content/sono_e_insonia.html)
- Burckhardt, S.; Clark, R.; Bennet, M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18(5), 728-733.
- Burckhardt S.; Archenholtz B.; Bjelle, A. (1992). Measuring the quality of life of women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus: A Swedish version of the QOLS. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 21, 190-195.
- Burckhardt, S.; Clark, R.; Bennett, M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-479.
- Buskila D.; Neumann, L.; Hazanov, I.; Carmi, R. (1996). Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Seminars of Arthritis Rheumatoid*; 26, 605–611.
- Caldas, W. (2002). Avaliação Psicológica de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. Projeto de pesquisa do programa PIBIC/CNPq, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

- Campos, R. *et al.* (2011). Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. *Motriz: Revista de Educação Física*, 17 (3), 468-476.
- Chaitow, L. (2002). *Síndrome da Fibromialgia: Um Guia para o Tratamento*. (1ª ed.). Manole: São Paulo.
- Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica. (2009). O que é o sono? [em linha]. *Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica (CENC) Web site*. Acedido Julho 18, 2014 em [http://centrodoSono.com/home/index.php?option=com\\_content&view=article&id=86:diagnosticotratamento&catid=11:sono&Itemid=19](http://centrodoSono.com/home/index.php?option=com_content&view=article&id=86:diagnosticotratamento&catid=11:sono&Itemid=19)
- Clauw, D. (2009). Fibromyalgia: An Overview. *American Journal of Medicine*, 122 (2), 3-13.
- Cohen, H. *et al.* (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32 (1), 38-50.
- Cruz, R. (2001). O psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- D'Arcy, Y. & McCarberg, B. (2005). New Fibromyalgia: Pain management recommendations [em linha]. *The Journal for Nurse Practitioners*, 1(4), 218-225. Acedido Agosto 20, 2014 em <http://npjjournal.org>
- DGS (2004). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas [em linha]. Direção-Geral da Saúde (DGS) Web Site. Acedido em Julho 18, 2014 em [http://www.dgs.pt/upload/membro\\_id/ficheiros/i006345.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/i006345.pdf)
- Deitos, F.; Noal, M.; Garcia, C.; & Rodrigues, T. (1998). Prevalência de doenças orgânicas em pacientes deprimidos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48, 71-74.
- Domingues, M. & Branco, J. (2008). *Viver com Fibromialgia: a visão da doente e do médico*. Gradiva: Lisboa.
- Duarte, J. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência. [Em linha]. Dissertação de Doutorado em Saúde Mental, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- Dworkin S. (1992). Perspectives on psychogenic versus biogenic factors in orofacial and other pain states. *APS Journal*, 1 (3), 172-180.



- Edington, A.; Edington, F.; Neto, A.; Bonfim, N. (2009). Ansiedade, Depressão e qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de Fibromialgia: um estudo transversal realizado no sul da Bahia. *Psicologia.pt. – O Portal dos Psicólogos Web site*. Acedido Agosto 20, 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0331.pdf>
- Epstein, S. *et al.* (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicenter investigation. *Psychosomatics*. 40 (1), 57-63.
- EULAR (n.d.). European League Against Rheumatism (EULAR) Web Site. Acedido Julho 7, 2014 em <http://www.eular.org/>
- Felix, M. *et al.* (2011). Dor e qualidade de vida em fibromiálgicos. [em linha]. In Simbidor: Arquivos do 10º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. Acedido Junho 7, 2014 em [http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos\\_simbidor\\_2011.pdf](http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2011.pdf)
- Ferrão, A. (2010). Higiene do sono. [em linha]. Acedido em Julho 23, 2014 em <http://www.medicoassistente.com/saude-geral/higiene-do-sono>
- Ferreira, A. (2012). Qualidade do Sono da Pessoa Portadora de Fibromialgia. [em linha]. Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal. Acedido em Junho 16, 2015 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1640/1/FERREIRA%20Ana%20Cristina%20Pereira%20Lopes%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Flor, H. & Birbaumer, N. (1994). Acquisition of chronic pain. Psychophysiological mechanisms. *APS Journal*, 3 (1), 19-27.
- Forbes, D., & Chalmers, A. (2004). Fibromyalgia: revisiting the literature. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 48(2), 119–131.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Lusociência*, D. L.: Loures.
- Frutuoso, J. (2006). Mensuração de Aspectos Psicológicos em Portadores de dor crônica relacionada ao Trabalho. Tese de Doutoramento em Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Giamberardino, M. (2008). Update on fibromyalgia syndrome. *Pain Clinical Updates*, 16 (4), 1 – 6.

- Giesecke, T.; Williams, D.; Harris, R.; Cupps, T.; Tian, X.; Tian, T.; Gracely, R. & Clauw, D. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis and Rheumatism*, 48 (10),2916-2922
- Gomez, G., Flores, J., & Jiménez, E. (1996). Metodologia de la investigación cualitativa. Ediciones aljibe: Málaga.
- Gui, M.; Pedroni, C.; Rossini, S.; Reimão, R.; Rizzatti-Barbosa C. (2010). Distúrbios do Sono em Pacientes com Fibromialgia. *Neurobiologia*, 73 (1), 175 – 182.
- Harris, R.; Clauw, D.; Scott, D.; McLean, S.; Gracely S. & Zubieta, J. (2007). Decreased central  $\mu$ -opioid receptor availability in fibromyalgia. *Journal of Neuroscience*, 27 (37), 10000-10006.
- Hawley, J. & Wolfe, F. (1993). Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6153 patients with rheumatic disease. *Journal of rheumatology*, 20, 2025-2031.
- Hellström, O.; Bullington, J.; Karlsson, G.; Lindqvist, P. & Mattsson, B. (1999). A phenomenological study of fibromyalgia: Patient perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, 11-16.
- Henriksson, C. *et al.* (1992). Impact of Fibromialgia on everyday life: A study of women in the USA and Sweden. *Disability & Rehabilitation*. 18(5), 241-8.
- Henriksson, K. (2003). Fibromyalgia – From Syndrome to Disease. Overview of pathogenic mechanisms. *Journal of rehabilitation Medicine*, 41, 89-94.
- Heymann, R. (2012). Novos conceitos em Fibromialgia. [Em linha]. AtualizaDOR - Programa de Educação Médica em Ortopedia Web Site. Acedido Junho 16, 2014 em [http://www.atualizador.com.br/fasciculos/Fasciculo\\_AtualizaDOR\\_MIOLO%204.pdf](http://www.atualizador.com.br/fasciculos/Fasciculo_AtualizaDOR_MIOLO%204.pdf)
- Heymann, R.; Quaresma M.; Helfenstein M.; Feldman, D. (1998). A doubled blinded, randomized, controlled study between amitriptyline and placebo in patients with fibromyalgia: Analysis of the outcome measures. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 38, 119-127.
- Heymann, R. (2006). O papel do reumatologista frente à Fibromialgia e à dor crónica músculo-esquelética. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (1), 1-2.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Edições Sílabo: Lisboa.

- Imamura, M.; Cassius, D.; Fregni, F. (2009). Fibromyalgia: from treatment to rehabilitation. *European Journal of Pain*. 3 (2),117-122.
- Inanici, F. & Yunus, M. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current Pain and Headache Report*, 8 (5), 369-378.
- Jacobson, S.; Danneskiold-Samsøe, B.; Lund, B. (1993). Musculoskeletal pain, myofascial pain syndrome and fibromyalgia syndrome. Acedido em Outubro 4, 2014, em <http://books.google.pt/books?id=fkArVEKTWIoC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=MOLDOFSKY,+Harvey.+Chronobiological+theory+of+fibromyalgia.+Journal+of+Musculoskeletal+Pain.&source=bl&ots=D3>
- Katon, W.; Sullivan, M; Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult TRAUMA, and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134 (9), 917-925.
- Klaumann, P.; Wouk, A.; Sillas, T. (2008) Pathofisiology of Pain. *Archives of Veterinary Science*, 13 (1) 1-12.
- Kurtze, N. (1998). The Significance of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among individuals diagnosed with fibromyalgia. *British Journal of Medical Psychology*, 71 (2),185-194.
- Lakatos, E., & Marconi, M. A. (1985). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.
- Leite, A.; Sales, N.; Oliveira, R. (2009). Evidências de alterações no padrão de sono em mulheres com Fibromialgia. *Nursing*, 12 (131), 166-170.
- Leproult, R. *Et al.* (1997). Sleep loss results in an elevation of cortisol levels the next evening. *Sleep*. 20 (10), 865-70.
- Lewis, A. (1979). Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. *The Later Papers of Sir Aubrey Lewis*. Oxford University Press.
- Liphaus, B.; Campos, L.; Silva, C.; Kiss, M. (2001). Síndrome da fibromialgia em crianças e adolescentes. Estudo clínico de 34 casos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 41 (2), 71-74.
- Malt, E.; Olafsson, S.; Aakvaag, A.; Lund, A. & Ursin, H. (2014). Altered dopamine D2 receptor function in fibromyalgia patients: a neuroendocrine study with buspirone in women with fibromyalgia compared to female population based controls. *Journal of Affective Disorders*, 75 (1), 77–82

- Martin, S. *et al.* (2009). Evaluation of the impact of fibromyalgia on patients' sleep and the content validity of two sleep scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(64), 1-7.
- Martinez, J. (1995). Psychological aspects of brazilian women with fibromialgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 167-174.
- McCain, G. (1994). Fibromyalgia and myofascial pain syndromes. In: P. D. Wal & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain*, (3<sup>a</sup>ed.) (475-493) New York: Churchill Livingstone.
- McIlwain, H. & Bruce, D. (2007). *The Fibromyalgia Handbook*. Henry Holt and Company LLC: New York.
- Mendell, L.; Wall, P. (1965). Responses of single dorsal cord cells to peripheral cutaneous unmyelinated fibres. *Nature*, 4979 (206), 97-99.
- Mengshoel, A. & Heggen, K. (2004). Recovery from fibromyalgia - previous patients' own experiences. *Disability and Rehabilitation*, 26 (1), 46-53.
- Mineka, S.; Watson, D.; Clarck, L. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*. 49, 377-412.
- Moldofsky, H. (2001). Sleep and Pain. *Sleep Medicine Reviews*, 5 (5) 387-398.
- Moldofsky, H. *et al.* (2010). Effects of sodium oxybate on sleep physiology and sleep/wake-related symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of Rheumatology*, 37 (10), 2156-2166.
- Nampiaparampil, D. & Shmerling, R. (2004). A review of fibromyalgia. *American Journal of Managed Care*, 10 (11 Pt 1), 794-800.
- Neeck, G. (1998). From the fibromyalgia challenge toward a new biopsychosocial model of rheumatic diseases. *Zeitschrift fur Rheumatologie*, 57(2A),13-16.
- Nelson, P. & Tucker, S. (2006). Developing an intervention to alter catastrophising in persons with fibromyalgia. *Orthopaedic Nursing*, 2, 205-214.
- Nércio, T. (2010). Qualidade do sono e hábitos de estudo em jovens institucionalizados. *Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto*.
- Packard, R.; Brown, P.; Berkelman, R.; Frumkin, H. (eds.) (2004). *Emerging illnesses and society: negotiating the public health agenda*. Johns Hopkins University Press: London.

- Pais Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pimenta, C. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho, M. M. J. D. (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*, (pp. 31-46). Summus: São Paulo.
- Portugal. (2005). Fibromialgia – Circular informativa nº45/DGCG. [Em linha]. *Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde Web Site*. Acedido Agosto 21, 2014, em <http://www.myos.pt/downloads/circular05DGS.pdf>
- Portugal (2003). A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor [Em linha]. *Direção Geral da Saúde Web Site*. Acedido Agosto 21, 2014, em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Provenza, Jr.; Pollack, D.; Martinez, J. (2004). Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44 (6), 443-449.
- Quartilho, M. (2004). Fibromialgia: Consenso e Controvérsia. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 29, pp.111-129.
- Raspe, H. & Croft, P. (1995). Fibromyalgia. *Baillière's of Clinical Rheumatology*, 9 (3), 599-614.
- Rente, P.; Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lidel: Lisboa.
- Roizenblatt, S.; Moldofsky, H; Benedito-Silva, A; Tufik, S. (2001). Alpha Sleep Characteristics in Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*. 44 (1), 222–230.
- Rosado, M. *et al.* (2006). Adaptação cultural e validação do «Fibromyalgia Impact Questionnaire»: versão portuguesa [Em linha]. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 31(2), 157-165.
- Rosales, E. *et al.* (2007). Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Anales de la Facultad de Medicina*. 68 (2), 150-158.
- Russell, I.; Vaeroy, H.; Javors, M. & Nyberg, F. (1992). Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 35, 550–556.

- Sá, F. (2004). Prenda de Natal [em linha]. *Associação Portuguesa de Fibromialgia (APDF) Web Site*. Acedido em Setembro 09, 2015 em <http://www.apdf.com.pt/noticias.php?d=22/12/2004>
- Sá, F. (2015). Informações clínicas para a classe médica e doentes. [em linha]. *Associação Portuguesa de Fibromialgia (APDF) Web Site*. Acedido em Agosto 28, 2015 em <http://www.apdf.com.pt/noticias.php?d=04/08/2015>
- Sampaio, A. (2008). O papel do otimismo no ajustamento psicossocial do doente fibromiálgico [em linha]. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa. Acedido Setembro 27, 2014 em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/859/1/18831\\_ulsd\\_dep.17430\\_O\\_Papel\\_do\\_Optimismo.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/859/1/18831_ulsd_dep.17430_O_Papel_do_Optimismo.pdf)
- Sampaio, M. (2010). O julgamento médico: regimes de envolvimento dos atores em situação: o caso da Fibromialgia [em linha]. Dissertação de Doutoramento – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Acedido Setembro 30, 2014, em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4416/1/Tese%20PhD%20Leonor%20Sampaio.pdf>
- Sanches, S. (2006). Capacidade Psicomotora, Dor e Depressão em Mulheres com Síndrome da Fibromialgia. Dissertação de Mestrado em Ciências do Movimento Humano – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.
- Sardá, J. (1999). Avaliação Psicológica de estados emocionais associados às síndromes dolorosas. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Sardá, J. (2002). Avaliação Psicológica em pacientes com dor crônica. In: R. M. Cruz; J. C. Alchieri; J. J. Sardá Jr, (Org.) Avaliação e Medidas Psicológicas. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Smith, H.; Harris, R. & Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician*. 14 (2), 217-245.
- Smythe, H. & Moldofsky, H. (1977). Two contributions to the understanding to the “fibrositis” syndrome. *Bulletin of Rheumatism*, 28, 928-931.
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia (N.D.). Fibromialgia. [em linha]. Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) Web Site. Acedido Agosto 21, 2014 em <http://www.spreumatologia.pt/doencas/fibromialgia>

- Söderberg, S.; Lundman, B. & Norberg, A. (1999). Struggling for Dignity: The Meaning of Women's Experiences of Living with Fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 9 (5), 575-587
- Souza, L. *et al.* (2011). A hidroterapia promove redução da dor e melhora na qualidade de vida em mulheres fibromiálgicas [Poster]. In CONGRESSO BRASILEIRO DE FISIOTERAPIA [Em linha]. Acedido Outubro 25, 2014 em <http://xr2.com.br/fisioterapia/pdf/PE0873.pdf>
- Spitzer, R.; Broadman, M. (2010). A Retrospective Review of the Sleep Characteristics in Patients with Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia. *Pain Practice*, 10 (4), 294-300.
- Staud, R.; Vierck, C.; Cannon, R.; Mauderli, A.; Price, D. (2001). Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 91(1-2), 165-75.
- Stisi, S. *et al.* (2008). Etiopathogenetic mechanisms of fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*. 60 (1), 25-35
- Sturge-Jacobs, M. (2002) The experience of living with fibromyalgia: Confronting an invisible disability. *Research and Theory for Nursing Practice*, 16, 19-31
- Teixeira M., Yeng, L., Kaziyama, S. (2001). Fibromialgia e sono. In: Reimão R (Org.). *Avanços em Medicina do Sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Theadom, A.; Cropley, M.; Humphrey, K. (2007). Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (2), 145-151.
- Theadom, A. & Cropley, M. (2008). Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Medicine*, 9 (4), 376-381.
- Turk, D. (1996). Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis Care Research*, 11, 397-404.
- Vaeroy, H. (2005). Symptoms of depression and anxiety in functionally disabled rheumatic pain patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 109-113.
- Walker, E. (1997). Psychosocial factors in Fibromialgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59, 572-577.
- Walker, A.; Keegan, D.; Gardner, G.; Sullivan, M. Katon, J. Bernstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*. 59, 565-571.

- White, P.; Speechley, M.; Harth, M.; Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: The London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Athritus Rheumatoid*, 42, 76-83.
- Wilke, W. (2009). New developments in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: Say goodbye to tender points?. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76 (6), 345-352.
- Wolfe, F. *et al.* (1990). The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.
- Wolfe F. (1996). Vancouver Fibromyalgia Consensus Group. The fibromyalgia syndrome: a consensus report on fibromyalgia and disability. *Journal of Rheumatology*, 23, 534-539.
- Wolfe, F. & Potter, J. (1996). Fibromyalgia and work disability: Is Fibromyalgia a disabling disorder?. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 22 (2), 369-391.
- Wolfe, F. (1997). The fibromyalgia problem. *Journal of Rheumatology*. 24, 1247-1249
- Wolfe, F. *et al.* (1997). Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheumatoid*, 40 (9), 1571-1579.
- Wolfe, F.; Russell, I.; Vipraio, G.; Ross, K.; Anderson, J. (1997). Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *Journal of Rheumatology*, 24 (3), 555-559.
- Wolfe, F. *et al.* (2010). The American College of Rheumatology: preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62 (5), 600-610.
- Yunus, B.; Ahles, A., Aldag, C.; Masi, T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis Rheumatoid*, 34, 15 – 21.



## ANEXOS

## Anexo A: Escala Visual Analógica a Dor (EVA)

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR - EVA

1. Assinale na figura o seu tipo de dor.



## Anexo B: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

### ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH

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

<p><b>1.</b> A que horas se deitou, na maioria das vezes, à noite?</p> <p>HORÁRIO DE DEITAR: ____:____</p> <p><b>3.</b> A que horas, na maioria das vezes, acordou de manhã?</p> <p>HORÁRIO DE ACORDAR: ____:____</p>	<p><b>2.</b> Quanto tempo (minutos) demorou, na maioria das vezes, a adormecer?</p> <p>MINUTOS PARA ADORMECER: _____</p> <p><b>4.</b> Quantas horas de sono dormiu por noite? (diferente do número de horas que ficou na cama)</p> <p>HORAS DE SONO POR NOITE: _____</p>
--	---

5. Para cada uma das seguintes questões escolha a resposta que lhe parece ser a mais correta, tendo em conta o último mês. Responda, por favor, a todas as questões.

Durante o **mês passado** quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

<p><b>a. Demorar mais de 30 minutos para adormecer</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>	<p><b>b. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>
<p><b>c. Levantar-se para ir à casa de banho</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>	<p><b>d. Ter dificuldade em respirar</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>

<p><b>e. Tossir ou ressonar muito alto</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>	<p><b>f. Sentir muito frio</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>
<p><b>g. Sentir muito calor</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>	<p><b>h. Ter pesadelos</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>
<p><b>6. Durante o <u>mês passado</u>, como classificaria a qualidade do seu sono?</b></p> <p>( ) Muito boa</p> <p>( ) má</p> <p>( ) Boa</p> <p>( ) muito má</p>	<p><b>7. Durante o <u>mês passado</u>, tomou algum medicamento para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>
<p><b>8. Durante o <u>mês passado</u> teve problemas em ficar acordado enquanto conduzia, fazia as suas refeições ou participava de qualquer outra atividade social? Quantas vezes isso aconteceu?</b></p> <p>( ) nenhuma vez</p> <p>( ) menos de uma vez por semana</p> <p>( ) uma ou duas vezes por semana</p> <p>( ) três vezes por semana ou mais</p>	<p><b>9. Durante o <u>mês passado</u> sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?</b></p> <p>( ) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo</p> <p>( ) Indisposição e falta de entusiasmo pequenas</p> <p>( ) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas</p> <p>( ) Muita indisposição e falta de entusiasmo</p>

Anexo C: Escala da Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21-T)

<b>ESCALA DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS - EADS-21-T</b>
--

1. Responda, pf, a cada uma das afirmações assinalando **0, 1, 2** ou **3** para indicar o quanto a afirmação se pode aplicar a si. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada resposta.

A classificação é a seguinte:

<b>0</b> - não se aplica <i>nada</i> a mim	<b>1</b> -aplica-se a mim <i>algumas vezes</i>
<b>2</b> - aplica-se a mim <i>muitas vezes</i>	<b>3</b> - aplica-se a mim a <i>maioria das vezes</i>

	Nada	Algumas vezes	Muitas vezes	A maioria das vezes
1. Habitualmente tenho dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Sinto frequentemente a minha boca seca	0	1	2	3
3. Normalmente não consigo sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Habitualmente sinto dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Na maior parte das vezes tenho dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tenho tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Costumo sentir tremores (por ex. nas mãos)	0	1	2	3
8. Costumo sentir que estou a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Habitualmente preocupo-me com situações em que posso entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Frequentemente sinto que não tenho nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Normalmente dou por mim a ficar agitado(a)	0	1	2	3
12. Frequentemente sinto dificuldade em relaxar	0	1	2	3
13. Normalmente sinto-me desanimado(a) e melancólico(a)	0	1	2	3
14. Acho que, habitualmente, sou intolerante em relação a qualquer coisa que me impeça de terminar algo que estou a fazer	0	1	2	3
15. Dou muitas vezes por mim a sentir-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Habitualmente, não sou capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3

17. Normalmente sinto que não tenho muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Sinto frequentemente que estou sensível	0	1	2	3
19. Sinto muitas vezes alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Frequentemente sinto-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Habitualmente sinto que a vida não tem sentido	0	1	2	3

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

## Anexo D: Entrevista Semi-Estruturada e Questionário Sociodemográfico

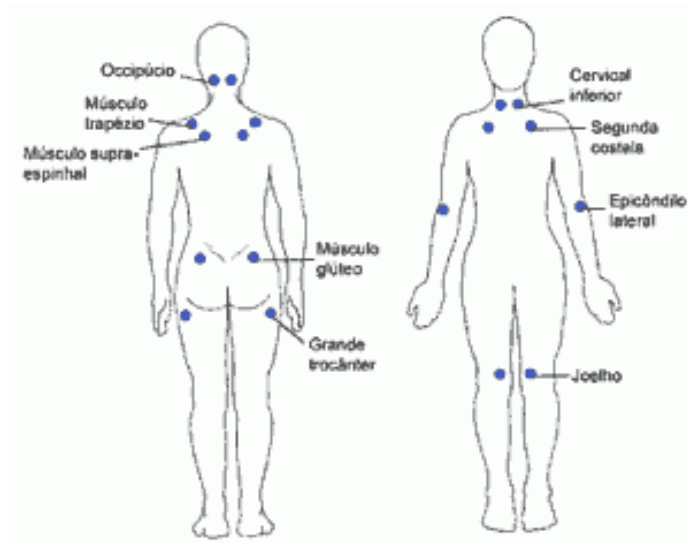
### SECÇÃO A - DADOS DEMOGRÁFICOS

Assinale a resposta que melhor se adapta à sua situação pessoal.

1. SEXO    Feminino  Masculino
2. IDADE \_\_\_\_ (anos)
3. PESO \_\_\_\_ kg
4. ALTURA \_\_\_\_ m
5. ESTADO CIVIL    Solteiro(a)     Divorciado(a)     Separado(a)   
                          Casado(a)     Viúvo(a)     União de facto
6. SITUAÇÃO LABORAL  
 Empregado(a)                       Profissão \_\_\_\_\_  
 Desempregado(a)                       Baixa Médica                       Reformado(a)
7. ESCOLARIDADE
- Sem escolaridade                       1º Ciclo Ensino Básico (4ª classe)
- 2º Ciclo Ensino Básico (6º ano)                       3º Ciclo Ensino Básico (9º ano)
- Secundário (12º ano)                       Licenciatura/Mestrado
- Doutoramento

### SECÇÃO B - AVALIAÇÃO DA DOR

1. INÍCIO DOS SINTOMAS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      2. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. ASSINALE NA FIGURA A(S) REGIÃO(ÕES) DO CORPO EM QUE SENTE DOR



**4. MANIFESTAÇÕES DA DOR**

Diária  Semanal  Quinzenal  Mensal

**5. INTENSIDADE DA DOR NO ÚLTIMO MÊS**

Aumentou  Diminuiu  Manteve-se

**SECÇÃO C - AVALIAÇÃO DO SONO**

1. EM MÉDIA QUANTAS HORAS DORME POR NOITE? \_\_\_\_\_ Horas

2. ADORMECE COM FACILIDADE? Não  Sim

3. SE **NÃO**,

PORQUÊ? \_\_\_\_\_

4. ACORDA, FREQUENTEMENTE, DURANTE A NOITE? Não  Sim

5. SE **SIM**,

PORQUÊ? \_\_\_\_\_

6. DORME ACOMPANHADO(A)? Não  Sim

7. O SEU SONO É INFLUENCIADO POR OUTRA(S) PESSOA(S)? Não  Sim



8. SE **SIM**, EM QUE CIRCUNSTÂNCIAS? (ressonar, movimentos involuntários, insónias, etc.)

---



---

9. AS CONDIÇÕES DA SUA HABITAÇÃO INFLUENCIAM O SEU SONO?

Não  Sim

10. EM QUE MEDIDA? Televisão  Colchão  Climatização  Relógio digital

Ruído Externo  Outro

---

### SECÇÃO D - DADOS COMPLEMENTARES

1. TEM APOIO SOCIAL E/OU FAMILIAR? Não  Sim

QUEM? \_\_\_\_\_

2. OUTRAS DOENÇAS

3. ANO DE DIAGNÓSTICO


4. JÁ RECORREU A OUTRA(S) TERAPIA(S) (inclui medicação)? Não  Sim

5. QUAIS?

6. DURAÇÃO


7. PRÁTICA EXERCÍCIO FÍSICO? Não  Sim

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

8. OBSERVAÇÕES

---



---

## Anexo E: Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ-P)

## QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DA FIBROMIALGIA - VERSÃO PORTUGUESA\_FIQ-P

**INSTRUÇÕES:** Nas perguntas de **1 a 11** assinale, por favor, o número que, em relação à **última semana**, melhor descreve a maneira como em geral, foi capaz de executar as tarefas indicadas.

Se habitualmente não faz uma dessas tarefas não responda a essa pergunta.

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

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

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

**Trabalhei sem problemas no trabalho** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Tive grande dificuldade**  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**15. Que intensidade teve a sua dor?**

**Não tive dor** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Tive dor muito intensa**  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**16. Que cansaço sentiu?**

**Não senti cansaço enorme** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Senti um cansaço**  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**17. Como se sentiu quando se levantava de manhã?**

**Acordei bem repousada cansada** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Acordei muito**  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**18. Que rigidez sentiu?**

**Não tive rigidez** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Senti muita rigidez**  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**19. Sentiu-se nervosa ou ansiosa?**

**Não tive ansiedade** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Senti-me muito ansiosa**  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**20. Sentiu-se triste ou deprimida?**

**Não me senti deprimida** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Senti-me muito**  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OBSERVAÇÕES

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

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

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

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

## Anexo F: Caderno de Registo Diário



**DIÁRIO DE REGISTO**

Semana \_\_\_\_\_

Este diário é de grande importância para compreender o impacto que a terapia HBM<sup>2</sup> possa ter na Fibromialgia, como tal, o seu preenchimento é fundamental.

Agradecemos a sua colaboração!

**Instruções de preenchimento:**

O diário é constituído por um conjunto de questões de respostas rápidas, relativas ao seu quotidiano. Como tal o seu preenchimento deve ser efetuado tentando respeitar o mesmo horário, todos os dias, por exemplo, antes do jantar.

Nome \_\_\_\_\_

### Dia 1

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Percepção do Sono**

Quantas horas dormiu? \_\_\_\_\_

Adormeceu com facilidade?  Sim  Não

*Se não, porquê:*

Preocupações  Dores  Falta de sono  Insónia  
 Outra \_\_\_\_\_

Acordou alguma vez durante a noite?  Sim  Não

*Se sim:*

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Porquê?  Dores  WC  Beber/Comer  
 Outra \_\_\_\_\_

Como avalia a qualidade do seu sono?

**Percepção Geral do Estado**

Acordou bem?  Sim  Não

*Se não, porquê?*

Dores  Cansaço  Outras \_\_\_\_\_

Foi trabalhar hoje?  Sim  Não

*Se não, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Sentiu dificuldades em realizar as suas tarefas do quotidiano?

Sim  Não

*Se sim, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10 como avalia a sua dor durante o dia de hoje?  
*(Assinale qual o número que mais se adequa ao seu estado)*

**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

Notas Pessoais / Observações:

### Dia 2

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Percepção do Sono**

Quantas horas dormiu? \_\_\_\_\_

Adormeceu com facilidade?  Sim  Não

*Se não, porquê:*

Preocupações  Dores  Falta de sono  Insónia  
 Outra \_\_\_\_\_

Acordou alguma vez durante a noite?  Sim  Não

*Se sim:*

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Porquê?  Dores  WC  Beber/Comer  
 Outra \_\_\_\_\_

Como avalia a qualidade do seu sono?

**Percepção Geral do Estado**

Acordou bem?  Sim  Não

*Se não, porquê?*

Dores  Cansaço  Outras \_\_\_\_\_

Foi trabalhar hoje?  Sim  Não

*Se não, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Sentiu dificuldades em realizar as suas tarefas do quotidiano?

Sim  Não

*Se sim, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10 como avalia a sua dor durante o dia de hoje?  
*(Assinale qual o número que mais se adequa ao seu estado)*

**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

Notas Pessoais / Observações:

### Dia 3

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Perceção do Sono**

Quantas horas dormiu? \_\_\_\_\_

Adormeceu com facilidade?  Sim  Não

*Se não, porquê:*

Preocupações  Dores  Falta de sono  Insónia  
 Outra \_\_\_\_\_

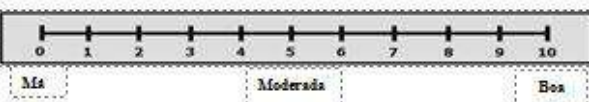
Acordou alguma vez durante a noite?  Sim  Não

*Se sim:*

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Porquê?  Dores  WC  Beber/Comer  
 Outra \_\_\_\_\_

Como avalia a qualidade do seu sono?



**Perceção Geral do Estado**

Acordou bem?  Sim  Não

*Se não, porquê?*

Dores  Cansaço  Outras \_\_\_\_\_

Foi trabalhar hoje?  Sim  Não


*Se não, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Sentiu dificuldades em realizar as suas tarefas do quotidiano?

Sim  Não

*Se sim, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10 como avalia a sua dor durante o dia de hoje?  
*(Assinale qual o número que mais se adequa ao seu estado)*



**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

Notas Pessoais / Observações:

### Dia 4

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Perceção do Sono**

Quantas horas dormiu? \_\_\_\_\_

Adormeceu com facilidade?  Sim  Não

*Se não, porquê:*

Preocupações  Dores  Falta de sono  Insónia  
 Outra \_\_\_\_\_


Acordou alguma vez durante a noite?  Sim  Não

*Se sim:*

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Porquê?  Dores  WC  Beber/Comer  
 Outra \_\_\_\_\_

Como avalia a qualidade do seu sono?



**Perceção Geral do Estado**

Acordou bem?  Sim  Não

*Se não, porquê?*

Dores  Cansaço  Outras \_\_\_\_\_

Foi trabalhar hoje?  Sim  Não


*Se não, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Sentiu dificuldades em realizar as suas tarefas do quotidiano?

Sim  Não

*Se sim, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10 como avalia a sua dor durante o dia de hoje?  
*(Assinale qual o número que mais se adequa ao seu estado)*



**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

Notas Pessoais / Observações:



**Dia 5**

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Percepção do Sono**

Quantas horas dormiu? \_\_\_\_\_

Adormeceu com facilidade?  Sim  Não

*Se não, porquê:*

Preocupações  Dores  Falta de sono  Insónia  
 Outra \_\_\_\_\_

Acordou alguma vez durante a noite?  Sim  Não

*Se sim:*

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Porquê?  Dores  WC  Beber/Comer  
 Outra \_\_\_\_\_

Como avalia a qualidade do seu sono?

Má Moderada Boa

**Percepção Geral do Estado**

Acordou bem?  Sim  Não

*Se não, porquê?*

Dores  Cansaço  Outras \_\_\_\_\_

Foi trabalhar hoje?  Sim  Não

*Se não, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Sentiu dificuldades em realizar as suas tarefas do quotidiano?

Sim  Não

*Se sim, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10 como avalia a sua dor durante o dia de hoje?  
*(Assinale qual o número que mais se adequa ao seu estado)*

LEVE MODERADA INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Notas Pessoais / Observações:

**Dia 6**

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Percepção do Sono**

Quantas horas dormiu? \_\_\_\_\_

Adormeceu com facilidade?  Sim  Não

*Se não, porquê:*

Preocupações  Dores  Falta de sono  Insónia  
 Outra \_\_\_\_\_

Acordou alguma vez durante a noite?  Sim  Não

*Se sim:*

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Porquê?  Dores  WC  Beber/Comer  
 Outra \_\_\_\_\_

Como avalia a qualidade do seu sono?

Má Moderada Boa

**Percepção Geral do Estado**

Acordou bem?  Sim  Não

*Se não, porquê?*

Dores  Cansaço  Outras \_\_\_\_\_

Foi trabalhar hoje?  Sim  Não

*Se não, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_

Sentiu dificuldades em realizar as suas tarefas do quotidiano?

Sim  Não

*Se sim, porquê?*  Dores  Outra \_\_\_\_\_



Numa escala de 0 a 10 como avalia a sua dor durante o dia de hoje?  
*(Assinale qual o número que mais se adequa ao seu estado)*

LEVE MODERADA INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Notas Pessoais / Observações:

<b>Dia 7</b>	<b>Percepção Geral do Estado</b>
Data _____ Hora _____	Acordou bem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Percepção do Sono</b>	Se não, porquê?
Quantas horas dormiu? _____	<input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> Cansaço <input type="checkbox"/> Outras _____
Adormeceu com facilidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Foi trabalhar hoje? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se não, porquê:	Se não, porquê? <input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> Outra _____
Preocupações <input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> Falta de sono <input type="checkbox"/> Insónia	Sentiu dificuldades em realizar as suas tarefas do quotidiano?
<input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Acordou alguma vez durante a noite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, porquê? <input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> Outra _____
Se sim:	Numa escala de 0 a 10 como avalia a sua dor durante o dia de hoje? (Assinale qual o número que mais se adequa ao seu estado)
Quantas vezes? _____	
Porquê? <input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Beber/Comer	<b>ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</b>
<input type="checkbox"/> Outra _____	Notas Pessoais / Observações:
Como avalia a qualidade do seu sono?	
	



## Anexo G: Formulário de Inscrição

A Clínica da Mente está a realizar um estudo científico inovador acerca do impacto da Terapia HBM® na Fibromialgia.

A Clínica da Mente investe constantemente na investigação e desenvolvimento de terapias que possam ajudar no tratamento de perturbações emocionais, mentais e psicossomáticas.

Estando a Fibromialgia associada a sintomas de Ansiedade e Depressão, a equipa da Clínica da Mente tem como objetivo avaliar a eficácia da Terapia HBM® na redução dos sintomas desta doença.

Desta forma, apelamos à participação de todas as pessoas que sofrem desta doença a colaborarem com a Clínica.

Data limite de candidatura: 15 de Abril de 2014

Processo de candidatura: Preenchimento da candidatura online, no seguinte link:

<http://goo.gl/8lh77L>

As candidaturas serão analisadas criteriosamente e selecionados os participantes alvo deste estudo.

Protocolo de investigação: os participantes selecionados vão beneficiar de sessões terapêuticas da Terapia HBM® (no mínimo cinco sessões), isentas de qualquer custo. As sessões são semanais e de duração máxima de duas horas.

Início previsto da intervenção terapêutica: 15 de Maio.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento contacte-nos através do e-mail

[geral@clinicadamente.com](mailto:geral@clinicadamente.com)

### **Fibromialgia – Projeto de Investigação**

- 1) Nome:
- 2) Morada:
- 3) Contacto telefónico
- 4) Email:
- 5) Idade:
- 6) Descrição do estado atual:
- 7) Ano do diagnóstico da doença:
- 8) Referência aos tratamentos efetuados, incluindo medicação:
- 9) Autoriza a divulgação da sua imagem (testemunho):
- 10) Outras informações pertinentes:

## Anexo H: Consentimento Informado

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Tenho conhecimento de que as sessões terapêuticas podem ser gravadas em áudio e vídeo no âmbito do estudo de investigação científica, sendo assegurada a confidencialidade de toda a informação.

No final do estudo, autorizo a divulgação do meu testemunho (áudio/vídeo) no qual são documentados os resultados obtidos.

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

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

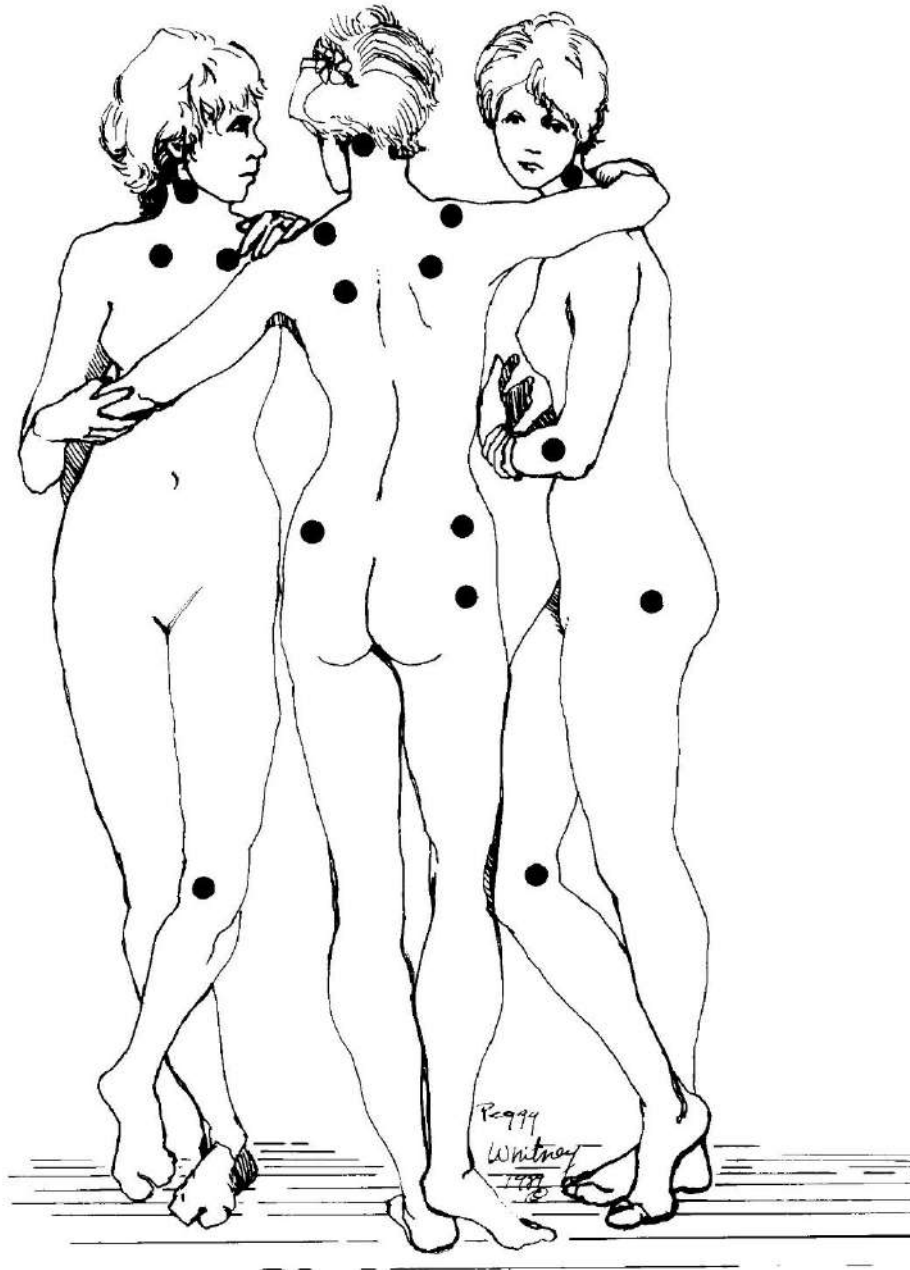
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2014

O/A Participante:

---

A Psicoterapeuta:

---





Núcleo de Investigação HBM

Rua Costa Cabral, 799 – 4200-224 Porto, Portugal

Correio eletrónico: [investigacao@clinicadamente.com](mailto:investigacao@clinicadamente.com)

Telefone: 222 081 328