

CLARICE MATSUYAMA RODEGHERI

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM SÍNDROME DA FIBROMIALGIA
(SFM)**

**Monografia apresentada como requisito parcial
para conclusão do Curso de Pós-Graduação
Lato Sensu, Especialização em Personal
Training, do Departamento de Educação Física,
Setor de Ciências Biológicas, da Universidade
Federal do Paraná.**

RODRIGO SIQUEIRA REIS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus por mais esta vitória em minha vida, porque a sua palavra nos diz: "Os que confiam no Senhor são como os montes de Sião, que não se abalam mas permanecem para sempre"

Aos meus pais pelo incentivo, compreensão e carinho.

À Marcione Munaro que sempre esteve presente apoiando em todo o decorrer do curso.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação, em especial a Professora Ms.Birgit Keller

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíam para que eu concluísse o Curso de Pós-Graduação em Personal Training UFPR.

Senhor é o meu Pastor e nada me faltará”

Salmos 23:1

RESUMO

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM SÍNDROME DE FIBROMIALGIA (SFM)

A fibromialgia é uma Síndrome de etiologia desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, além da presença de pelo menos 11 dos 18 pontos anatomicamente específicos dolorosos à palpação, chamados de *tender points*. O objetivo desse estudo foi analisar a associação entre níveis de atividade física e indicadores de qualidade de vida e qualidade de sono em mulheres com Síndrome da Fibromialgia. A pesquisa foi desenvolvida em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde. Para atingir os objetivos propostos neste estudo foram utilizados e aplicados os seguintes questionários: Fibromyalgic Impact Questionnaire, Short Form Survey Questionnaire (SF-36), Índice da qualidade do sono de Pittsburgh, International Physical Activity Questionnaire – IPAQ, em horário de comum acordo entre as pacientes e os avaliadores. Na análise de dados foram apresentadas medidas descritivas dos escores de Atividade Física, Qualidade de Vida e do Sono. A comparação entre os níveis de Atividade Física e de Qualidade de vida foram realizadas com a correlação de spearman, considerando o nível de significância de 5%. Esta pesquisa afetará a paciente no sentido de, trazer maiores benefícios para as suas atividades diárias, apresentando o nível de qualidade de vida a partir dos escores dos questionários aplicados.

Palavras chaves: Qualidade de Vida. Fibromialgia. Atividade Física.

ABSTRACT

The Fibromyalgia is a syndrome of unknown etiology, characterized by widespread musculoskeletal pain and chronic, than the presence of at least 11 of the 18 points anatomically specific painful to palpable, called tender points. The aim of this study was to examine the association between levels of physical activity and indicators of quality of life and quality of sleep in women with the Fibromyalgia Syndrome. The survey was developed in partnership with the Center of Quality of Life Research in the Department of Physics education Federal University of Parana, division of biological Sciences and Health Sciences. To achieve the goals proposed in this study were used and applied the following questionnaires: Fibromyalgic Impact Questionnaire, Short Form Survey Questionnaire (SF-36), index of the quality of sleep of Pittsburgh, the Epworth Sleepiness Scale, International Physical Activity Questionnaire - IPAQ, in time by mutual agreement between the patients and evaluators. In the analysis of data describing the measures were presented scores of Physical Activity, Quality of Life and Sleep. For both were presented the value of average, median, standard deviation and extreme values of each variable. The comparison between the levels of physical activity and quality of life were held with correlation of spearman, considering the significance level of 5%. This research will affect the patient in order to bring greater benefits to their daily activities, showing the level of quality of life from the scores of questionnaires applied.

Keys-word: Quality of life. Fibromyalgia. Physical activity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
1.1 INTRODUÇÃO	2
1.2 JUSTIFICATIVA	3
1.3 PROBLEMA	4
1.4 OBJETIVO GERAL	5
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.6 DEFINIÇÃO DE TERMOS	5
2. REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA FIBROMIALGIA	7
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA FIBROMIALGIA	10
2.3 FISIOPATOLOGIA	11
2.4 QUALIDADE DE VIDA	13
2.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	13
2.6 ATIVIDADE FÍSICA	14
2.7 FIBROMIALGIA E ATIVIDADE FÍSICA	15
2.8 FIBROMIALGIA E QUALIDADE DE VIDA	16
2.9 FIBROMIALGIA E QUALIDADE DO SONO	16
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	18
3.2 PARTICIPANTES	18
3.3 INSTRUMENTOS	18
3.4 COLETA DE DADOS	20
3.5 ANÁLISE DE DADOS	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5. CONCLUSÃO	28
5.1 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO

Segundo Wolfe (1990 apud MARQUES, 2004, p.1) a fibromialgia é uma síndrome de etiologia desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, além da presença de pelo menos 11 dos 18 pontos anatomicamente específicos dolorosos à palpação, chamados de *tender points*. Sintomas adicionais como fadiga crônica, rigidez matinal, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, parestesias, síndrome do colo irritável, estão comumente associados com a fibromialgia.

A dor manifesta-se ao repouso prolongado, após exercícios, durante a noite interrompendo o sono ou em situações de tensão ou angústia. O paciente pode relatar também fadiga, rigidez matinal. Acomete principalmente as mulheres, em uma faixa etária variável entre 30 e 50 anos de idade, sem preferência de raça, tendo uma tendência à agregação familiar (CANOSO, 2008).

De acordo com uma revisão de literatura realizada por Cavalcante (2006), em todos os estudos pesquisados a fibromialgia apontou uma maior predominância no sexo feminino em relação ao sexo masculino (80% a 90% dos casos) com um pico de incidência entre os 35 e 60 anos de idade).

Segundo Martinez (1999), a fibromialgia afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes, sendo expressa quanto a deteriorização da capacidade funcional, da qualidade do sono, da sexualidade e da vida profissional.

1.2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, “qualidade de vida” é um tema de pesquisa reconhecido como imprescindível para a área de saúde, visto que seus resultados contribuem para

aprovar e definir tratamentos e avaliar a relação entre custo e benefício do cuidado prestado (DANTAS et al., 2003).

A avaliação da qualidade de vida através de questionários tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde. Isto porque os conceitos de saúde e qualidade de vida se interpõem considerados como satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural – e a prioridade no tratamento de quaisquer doenças ou síndromes tem sido cada vez mais, a busca pela saúde, em seu âmbito mais abrangente, e a melhora da qualidade de vida (SANTOS, 2006). Neste sentido o uso de questionários de qualidade de vida permite uma avaliação mais objetiva desta combinação de fatores subjetivos (CARR, 1996).

Estes instrumentos podem ser específicos ou genéricos. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar de forma particular, determinados aspectos da qualidade de vida, próprios de uma população com uma determinada doença. Já os instrumentos genéricos foram desenvolvidos com o objetivo de estudar a qualidade de vida de indivíduos com qualquer patologia, ou mesmo de indivíduos saudáveis.

Muito utilizado, o *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (Ware & Sherborne, 1992), que em 1997, foi traduzido e validado para o português, é um instrumento genérico e multidimensional de avaliação de qualidade de vida. O SF-36 tem sido utilizado como medida genérica de avaliação de qualidade de vida em condições como artrite reumatóide e osteoartrite, além da análise do impacto na qualidade de vida em pacientes com Fibromialgia (SANTOS, 2006). Além disso, já foi utilizado para avaliar a qualidade de vida após intervenção medicamentosa e de um programa de exercícios (VALIM, 2003).

Não podem ser consideradas recentes as análises envolvendo a relação entre atividade física e saúde. No entanto, somente nas últimas décadas foi possível afirmar que o baixo nível de atividade física representa importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A atividade física relacionada à saúde consiste em manter bons índices relativos aos componentes morfológico, funcional, motor, fisiológico e comportamental. O componente morfológico refere-se à composição corporal, em particular, à quantidade de gordura corporal. O componente funcional diz respeito à aptidão

cardiorrespiratória ou a capacidade de captar, transportar e gastar oxigênio, por um período de duração moderada ou prolongada, em atividades de média intensidade. O componente motor, por sua vez, relaciona-se entre força, resistência e flexibilidade que são recursos moduladores do sistema músculo esquelético (BACURAU; COSTA ROSA, 1997).

Estudos epidemiológicos revelam resultados que atribuem à prática de diferentes tipos de exercícios físicos à reduções consideráveis nas taxas de mortalidade dos indivíduos (BACURAU; COSTA ROSA, 1997).

Portanto, a prática sistemática de atividade física tem sido indicada freqüentemente por médicos e especialistas, tanto para a prevenção, como para a reabilitação de diferentes tipos de doenças sejam essas, cardiovasculares, endócrino-metabólicas, do sistema ósteo muscular e ainda da esfera psíquica (HERRERA, 2001).

Estima-se que pequenos aumentos nos níveis de atividade física em populações sedentárias poderiam causar um impacto maior na redução de doenças crônicas do que, por exemplo, a redução do tabagismo. No entanto, embora a importância da atividade física na manutenção da saúde seja bem aceita, os níveis dessas têm sido muito reduzidos nas sociedades modernas, especialmente quando são consideradas as diferenças socioeconômicas (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001).

Portanto, o conhecimento dos níveis de atividade física de grupos populacionais é de extrema importância, uma vez que, baixos níveis de atividade física são relacionados ao comprometimento funcional do organismo e, conseqüentemente, exercem influências negativas na qualidade de vida dos indivíduos.

1.3 PROBLEMA

A Síndrome de Fibromialgia (SFM) trata-se de uma condição clínica significativa na população em geral. Afeta aproximadamente, oito vezes mais mulheres (especialmente entre 35 e 60 anos) do que homens, provocando impacto negativo sobre a qualidade de vida e atividades da vida diária dos seus portadores. Em alguns países da América do Norte e da Europa, é uma das entidades clínicas

com maior índice de incapacidade. Sendo assim, é nesta população que se manifesta um grande impacto na qualidade de vida e, talvez por este motivo foi escolhido especialmente este tema (CAVALCANTE, 2006).

Existe associação entre os níveis de Atividade Física e indicadores de qualidade de vida e de sono em mulheres com Síndrome da Fibromialgia?

1.4 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre níveis de atividade física e indicadores de qualidade de vida e qualidade de sono em mulheres com Síndrome de Fibromialgia (SF).

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar a qualidade do sono e a qualidade de vida em mulheres com SFM;

Caracterizar o nível de atividade física das mulheres acometidas pela SFM;

Verificar se existe alguma relação entre qualidade de vida e qualidade de sono em mulheres de acordo com o NAF;

1.6 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Nociceção – Mecanismo de percepção da dor (MENSE, 2000).

Qualidade de Vida – Condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2003).

Serotonina – Neurotransmissor inibitório, cujos níveis no organismo estão relacionados com a nocicepção e alterações de comportamento, humor, ansiedade, depressão, fadiga e sono (RUSSELL, 1996).

Síndrome da Fibromialgia (SFM) – Condição reumática, caracterizada pela ocorrência de dor músculo-esquelética crônica generalizada não-inflamatória e pontos dolorosos específicos à palpação. Geralmente associada a sintomas como fadiga, rigidez matinal de curta duração, sono não reparador, formigamento e distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão (WOLFE et al., 1990).

Substância P – Neurotransmissor excitatório que se acredita facilitar a nocicepção, alertando os neurônios espinhais para os sinais vindos da periferia (MENSE, 2000).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA FIBROMIALGIA

Uma pesquisa histórica sobre dor muscular crônica mostra que padrões de referência de dor e pontos dolorosos, hoje característicos da SF, têm sido relatados na literatura por vários séculos. Em 1843, Froriep descreveu um processo de reumatismo com pontos dolorosos pelo corpo. No início do século XX Gowers caracterizou uma síndrome dolorosa comprometendo a região lombar e com presença de dor à palpação de alguns pontos específicos do corpo, confirmados em achados histopatológicos de Stockman (CHAITOW, 2002). Segundo Simms (1996) foi criada então, a hipótese de um processo inflamatório nos tecidos conectivos sendo a tal síndrome denominada de fibrosite. Desde então a sinonímia relacionada a fibrosite foi extensa, passando por diferentes terminologias como fibromiosite nodular, miofasceite, miofibrosite, mialgia reumática e reumatismo psicogênico entre outros.

O termo fibrosite foi restringido por Smythe e Moldofsky em 1977 à sintomatologia de pacientes que apresentavam dores musculoesqueléticas difusas, pontos dolorosos, associados a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica e distúrbios psíquicos e intestinais funcionais (CHAITOW, 2002). Mas, foi a partir da década de 80 que começou a se delinear alguma concordância quanto à terminologia associada a esta síndrome de dor generalizada, em virtude da realização de outros estudos propondo critérios (YUNUS et al., 1981; YUNUS, 1988) que auxiliassem no diagnóstico diferenciado a fibromialgia de outras condições dolorosas no sistema músculo-esquelético. Yunus et al., (1981) apresentavam o primeiro estudo com uma casuística mais ampla de fibromialgia, o qual já associava o quadro ao sexo feminino, à meia idade, nenhuma ou poucas alterações laboratoriais, alterações no sono, síndrome de cólon irritável, disminorréia, cefaléia, entre outras manifestações sintomatológicas não localizadas no sistema muscular.

A partir da homogeneização da classificação desses pacientes os estudos clínicos e epidemiológicos começaram a ter comparabilidade. Contudo, somente em

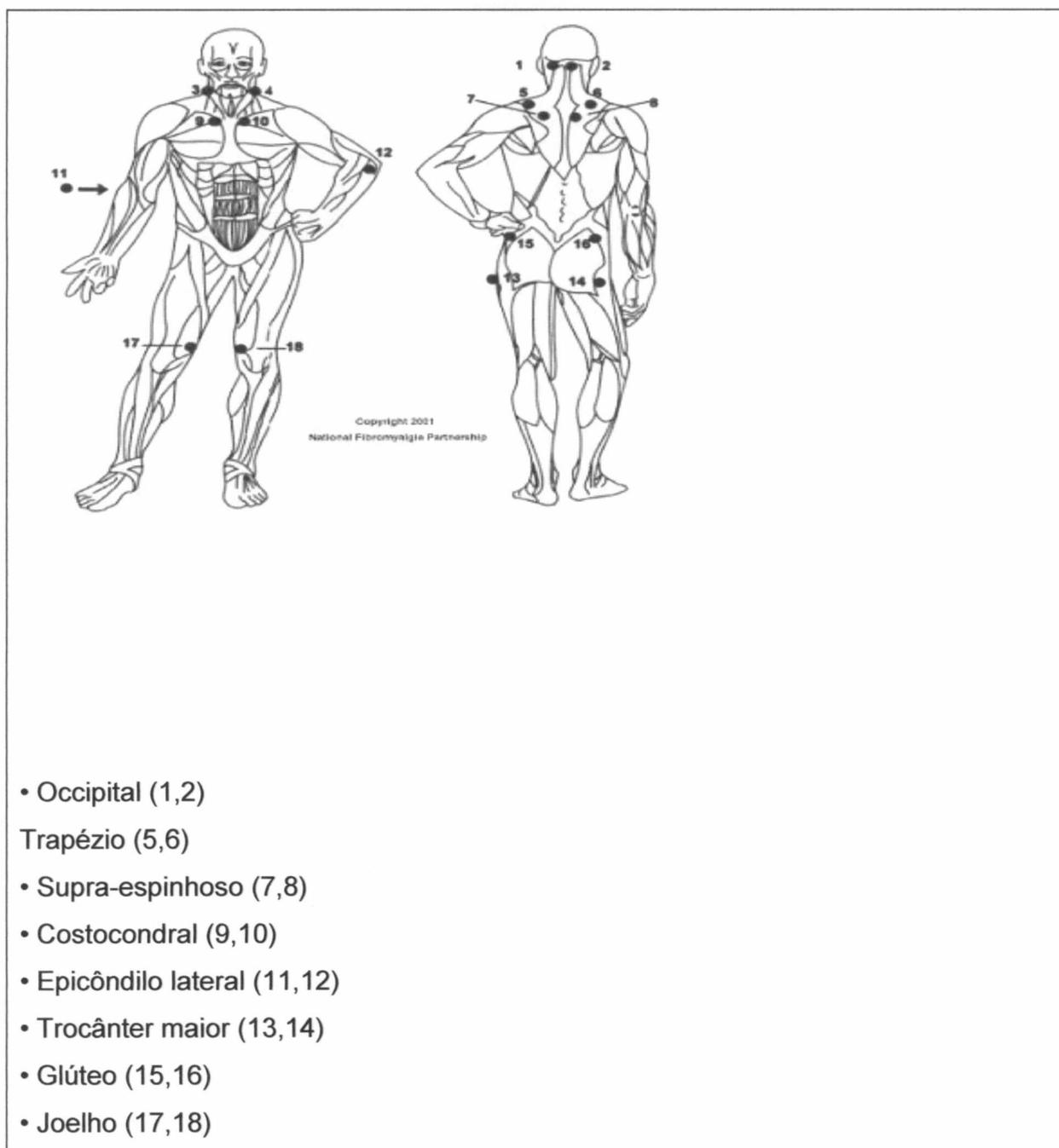
1990 o Colégio Americano de Reumatologia publicou o resultado de um estudo multicêntrico direcionado a definir critérios de classificação para a fibromialgia, baseado na observação sistemática de 558 pacientes (293 com fibromialgia e 265 controles). A seguinte definição foi proposta:

- Dor musculoesquelética difusa, presente por ao menos 3 meses, atingindo várias áreas do corpo. As dores devem ser acima e abaixo da cintura, do lado direito e lado esquerdo do corpo e ocorrer ao longo da espinha.

- Presença de ao menos 11 de 18 pontos dolorosos anatomicamente pré-determinados. Esses pontos são chamados "*tender points*" ou "pontos sensíveis" à palpação digital e, estão localizados na zona de inserção muscular e desencadeiam dor à sua palpação. O *tender point* positivo é considerado quando referido desconforto doloroso no local após digitopressão com intensidade de força equivalente ao limite de 4Kg/cm (WOLFE et al., 1990).

Os pontos dolorosos definidos pelo CAR, em 1990, para a classificação da fibromialgia, estão descritos a seguir e sua localização anatômica pode ser visualizada no Quadro 1:

- Ponto occipital: na inserção do músculo suboccipital;
- Cervical baixa: na face anterior dos espaços intertransversos de C5-C7;
- Trapézio: ponto mediano da superfície do músculo na borda superior;
- Supra-espinhoso: origem medial, acima da espinha escapular;
- Segunda costela: na segunda junção costochondral, imediatamente lateral às junções nas superfícies superiores;
- Epicôndilo lateral: distal 2 cm ao epicôndilo lateral;
- Grande trocânter: posterior à proeminência trocantérica;
- Glúteo: no quadrante superior externo das nádegas, na fáscia anterior do músculo;
- Joelho: no coxim medial de gordura próximo à linha articular.



Localização dos 18 Pontos Dolorosos Segundo Critérios do CAR (1990)

Fonte: National Fibromyalgia Partnership, 2001.

O diagnóstico é basicamente de exclusão, uma vez que não se conhece o mecanismo fisiopatológico da doença. Apesar de ter recebido nomenclatura variada, como fibrosite, fibromiosite e dor miofacial, atualmente o termo mais empregado é fibromialgia, que é um nome derivado do grego em que “algia” significa dor, “mio” significa músculo e fibro significa o tecido conectivo de tendões e ligamentos (GROOPMAN, 2000). Outras características relevantes associadas são o sono não restaurador, a fadiga, a cefaléia crônica, problemas de memória a curto prazo, visão borrada, entre outros (GRACE, NIELSON, HOPKINGS, BERG, 1999).

A fibromialgia pode ser de origem primária ou secundária. A fibromialgia primária é provocada por estresse crônico sobre os músculos, não estando associada à doença prévia. Já na fibromialgia secundária deve ser verificado o diagnóstico de uma doença reumatológica ou sistêmica preexistente ao diagnóstico. Apesar de sua classificação recente a fibromialgia tem recebido bastante atenção, com o crescente desenvolvimento de pesquisas investigando seus determinantes e formas de tratamento mais eficazes (MARQUES, 2004, p.37).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA FIBROMIALGIA

De acordo com Kirmayer e Robbins (1991), a fibromialgia é a terceira doença reumatológica mais presente em consultórios reumatológicos, seguindo a osteoartrite e artrite reumatóide.

A SFM é comum e afeta 2% da população em geral. É responsável por 25% das consultas nos laboratórios de reumatologia (SILVA et al,1997). Inicia-se preferencialmente entre a quarta e a quinta década de vida (MARQUES et al,1994), “sem distinção de raça” (SETTE et al, 2002).

Pode também afetar ambos os sexos em qualquer idade, mas sempre o homem em menor proporção (WEINSTEIN; BUCKWALTER, 2000). O sexo feminino é responsável por 70 a 95% dos casos (ANTÔNIO, 2001; WEST, 2001; FERREIRA et al. 2002).

A observação de que os brancos representam mais de 90% dos indivíduos com fibromialgia pode representar um viés da seleção (WEST, 2001). No estudo

realizado pelo ACR, em 1990, 93% dos indivíduos correspondiam a caucasianos, 5% a hispânicos e 1% a negros (ANTÔNIO, 2001).

A média de idade de início é de aproximadamente 35 a 40 anos, mas a variação é grande, com início ocorrendo mais comumente entre 10 e 55 anos (WEST, 2001).

Silva et al (1997), cita que a patologia é responsável por 25% das consultas nos ambulatórios de reumatologia. Isto a torna o terceiro distúrbio reumático mais comum, atrás somente da osteoartrite e da artrite reumatóide (WEINSTEIN; BUCKWALTER, 2000).

No Brasil, queixas de dores crônicas musculoesqueléticas nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre e Rio de Janeiro são expressadas por 10,2% dos indivíduos. Martinez et al (1999) constataram que ocorreu decréscimo de 65% na renda familiar dos pacientes com SFM no Brasil.

2.3 FISIOPATOLOGIA

Algumas teorias (Bennett, 1993; Moldofsky, 1993; Wolfe, 1994) têm tentado explicar, através de aspectos cronobiológicos, genéticos, disfunções imunológicas e hormonais ou ainda a combinação deles, a evolução da SFM. Atualmente são levantadas três hipóteses para a explicação da fisiopatologia desta síndrome, que envolvem os sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e sistema nervoso central.

Alterações nos tecidos musculares não apresentam forte evidência para a comprovação desta hipótese, sugerindo apenas que anormalidades bioquímicas dos músculos poderiam contribuir para alguns sintomas da fibromialgia, como por exemplo, a fadiga (BENGTSSON, 2002). O mesmo ocorre com a hipótese de que um distúrbio funcional do sistema neuroendócrino, causada por alteração na liberação de níveis hormonais, contribuiria para o espectro dos sintomas da síndrome (GRIEP; BOERSM, 1994).

Uma deficiência de neurotransmissores inibitórios em níveis espinhais ou supra-espinhais (serotonina, noradrenalina, encefalina, norepinefrina e outros), ou uma hiperatividade de neurotransmissores excitatórios (substância P, glutamato,

bradicinina e outros peptídeos), ou ainda, ambas as condições poderiam estar presentes na amplificação da dor. Os principais substratos funcionais envolvidos no processo de nocicepção são a serotonina e a substância P (RUSSE et al., 1994).

A serotonina faz parte das estruturas das vias descendentes inibitórias da dor que partem do tronco encefálico para os diversos níveis segmentares da medula. As alterações no metabolismo da serotonina (produção, absorção, ou ativação nas plaquetas sanguíneas) implicam na redução da atividade do sistema inibidor da dor, resultando na elevação da resposta dolorosa frente a estímulos algogênicos ou aparecimento de dor espontânea (RUSSEL et al., 1994).

O mecanismo pelo qual a substância P atua na medula espinhal é incerto, mas acredita-se que ela facilite a nocicepção alertando os neurônios espinhais para os sinais vindos da periferia. A substância P está presente em fibras nervosas do tipo C, não-mielinizadas. Quando sofrem estímulos nociceptivos, essas fibras liberam a substância P para um grupo específico de neurônios da parte posterior da medula, que passam a responder com potenciais lentos, prolongados e com somação temporal, num fenômeno chamado *windup*. Qualquer distúrbio da sua produção, atividade funcional ou degradação pode resultar numa percepção dolorosa defeituosa (MENSE, 2000).

Uma concentração elevada da substância P (líquor) e níveis reduzidos de serotonina (líquor e soro) foram detectados em pacientes fibromiálgicos contribuindo para evidências de que, a atuação não coordenada dos mecanismos de nocicepção e inibição da dor resultam numa percepção dolorosa aumentada. A desregulação destes substratos pode levar ainda a anormalidade funcionais, neuroendócrinas e gerais, inclusive a perturbações do sono (RUSSEL et al., 1994).

A serotonina inibe a secreção de substância P na medula, fazendo o papel antinociceptivo (amortecedora na percepção da dor), logo a liberação de substância P é influenciada pela serotonina seja no sistema nervoso central, seja no sistema nervoso periférico. Assim, se os níveis de serotonina e substância P são normais, a amplitude de dor será moderada ou suave. Por outro lado, se os níveis de serotonina e substância P são normais, a amplitude de dor será moderada ou suave. Por outro lado, se os níveis de serotonina são mais baixos que o normal, ou se os níveis de substância P são mais altos que o normal, a transmissão da dor será ampliada. Isto poderia sugerir que, até mesmo se mensagens de dor aferentes normais (desconforto) estivessem sendo transmitidas, estas seriam aumentadas e

poderiam ser percebidas como dor intensa. Estes conceitos dão suporte para um mecanismo neuromoral para a patogênese da SFM (RUSSEL, 1996).

2.4 QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) definiu qualidade de vida como:

“[...] a percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistemas de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, expectativas e padrões sociais”.

Segundo conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível sócio-econômico, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (ROCHA et al, 2000).

2.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da qualidade de vida através de questionários tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde.

Santos (2006, p.318) afirma:

Os conceitos de saúde e qualidade de vida se interpõem considerados como satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural – e a prioridade no tratamento de quaisquer doenças ou síndromes tem sido cada vez mais, a busca pela saúde, em seu âmbito mais abrangente, e a melhora da qualidade de vida. Neste sentido o uso de questionários de qualidade de vida permite uma avaliação mais objetiva desta combinação de fatores subjetivos.

Estes instrumentos podem ser específicos ou genéricos. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma particular, determinados aspectos da qualidade de vida, próprios de uma população com uma determinada doença. Já os instrumentos genéricos foram desenvolvidos com o objetivo de estudar a qualidade de vida de indivíduos com qualquer patologia, ou mesmo de indivíduos saudáveis (SANTOS, 2006).

2.6 ATIVIDADE FÍSICA

O termo é habitualmente definido como “qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético” (CASPERSEN et al, 1985).

Portanto, realiza-se atividade física em várias ocasiões do dia, no trabalho, no lazer, em tarefas domésticas e nos deslocamentos de um lugar a outro. O termo exercício físico, inadequadamente utilizado como sinônimo de atividade física, representa uma das formas de atividade física planejada, estruturada e repetitiva (CASPERSEN et al., 1985).

Apesar de encontrar na literatura estudos que avaliam a atividade física em diversas populações e faixas etárias, não há um consenso em relação ao tipo de atividade física realizada, sendo predominante a avaliação de atividades realizadas durante o lazer. Estudos mostram que a inatividade física é progressiva, e sua prevalência é elevada até mesmo nos países desenvolvidos, alcançando 40% a 60% da população. Nos países em desenvolvimento, especificamente no Brasil, os índices são próximos a 70% da população, sendo as mulheres mais inativas que os homens (MATSUDO et al, 2001).

O Center for Disease Control and Prevention (CDC) e o American College of Sports Medicine (ACSM) recomendam que para a promoção da saúde, indivíduos devem realizar atividade física de intensidade moderada, pelo menos trinta minutos por dia, na maior parte dos dias da semana, de preferência todos, de forma contínua ou acumulada.

Conclui-se que a Síndrome de Fibromialgia provoca um impacto negativo importante na qualidade de vida de pacientes, envolvendo aspectos pessoais, profissionais, familiares e sociais. O impacto na qualidade de vida correlaciona-se fortemente com a intensidade da dor, fadiga e decréscimo da capacidade funcional. A avaliação da qualidade de vida pode ser feita através de questionários padronizados genéricos ou específicos, com a finalidade de refletir sobre o impacto da doença sobre a vida de uma determinada população (WAYLONIS, 1977 p., 299-302)..

2.7 FIBROMIALGIA E ATIVIDADE FÍSICA

As atividades físicas têm sido amplamente indicadas como coadjuvantes no tratamento para a redução da sintomatologia da fibromialgia (RIBEIRO; MARINHO, 2005). Sabe-se que a prática de AF apresenta um efeito analgésico e funciona como um antidepressivo, além de proporcionar uma sensação de bem-estar global e autocontrole (MARQUES et al., 2002; KONRAD, 2005). De forma geral, exercícios de baixa intensidade são eficazes e tem sido reportado como positivos na diminuição do impacto da fibromialgia na qualidade de vida. Programas que incluem exercícios de alongamento, fortalecimento muscular e aeróbio são freqüentes no tratamento da SF e tem produzido resultados igualmente favoráveis (RIBEIRO; MARINHO, 2005). Entretanto, a comparação dos benefícios derivados da prática de exercícios físicos é difícil em função da variação nos protocolos e da subjetividade dos métodos de avaliação aplicados. A duração destes programas varia de oito até 24 semanas e de forma geral, pode-se notar que os exercícios de baixa intensidade são mais eficazes na diminuição dos sintomas da fibromialgia e melhora na qualidade de vida (MARQUES et al., 2002). A melhoria objetiva da função muscular em sujeitos com SFM em função de programas de atividade física através de testes funcionais não tem sido muito explorados. O único estudo que visou relacionar os efeitos da SFM sobre atividades funcionais foi conduzido durante o teste de caminhada de 6 min. Apesar de revelar importantes alterações em alguns parâmetros da marcha (velocidade de deslocamento, comprimento da passada, cadência), os mecanismos

responsáveis por tais alterações ainda precisam ser determinados (CARBONARIO, 2006).

Os benefícios que a atividade física proporciona atuam diretamente na melhora dos sintomas, evitando contrações dolorosas de grupos musculares, melhorando a força muscular, a disposição e a auto-estima. Além disso, favorece a coordenação motora para as atividades diárias, promove uma postura adequada, auxilia o controle de peso, da ansiedade e melhora a condição cardiovascular e a energia (CHAITOW, 2002).

2.8 FIBROMIALGIA E QUALIDADE DE VIDA

Os pacientes fibromiálgicos apresentam vários sintomas crônicos, além da dor, que atuam negativamente sobre sua qualidade de vida (Martinez et al., 1999; Wolfe et al., 1995; Henriksson & Burckhardt, 1996). A dor causa um impacto negativo sobre o humor do indivíduo, deixando-o irritado, frustrado e ansioso (SALTARELI, 2007). White et al. (1999) relataram que dor, fadiga e fraqueza subjetiva são os sintomas mais citados em relação ao prejuízo na capacidade de trabalho, que conseqüentemente levam à diminuição do rendimento familiar e piora na qualidade de vida.

Picavet et al. (2003) realizaram um estudo na Holanda com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em indivíduos com doenças musculoesqueléticas. Foi utilizado o SF-36 e o Euroqol Questionnaire (EQ-5D). Os resultados mostraram que doenças musculoesqueléticas envolvem dor e redução da capacidade funcional e a co-existência de doenças musculoesqueléticas deveriam receber atenção especial devido sua alta prevalência e impacto na qualidade de vida.

2.9 FIBROMIALGIA E QUALIDADE DO SONO

A SF não está somente relacionada à presença de pontos dolorosos e a dor crônica generalizada, mais sim associado a outros sintomas como distúrbio do sono e depressão. Pacientes com fibromialgia apresentando distúrbios do sono geralmente queixam-se de possuírem tempo reduzido de sono durante a noite, despertarem sentindo-se cansados, terem insônia e alterações de humor. O ciclo sono-vigília normal é composto por três estágios: vigília, sono de ondas lentas (NREM) e sono de movimento rápido dos olhos (REM). O sono NREM apresenta estágios progressivos de sono profundo, sendo o estágio delta (IV) o mais profundo e reparador. É este estágio do sono que se apresenta comprometido nos indivíduos com FM (KONRAD, 2005).

Segundo Kakiyama et al (2001) quando os indivíduos são submetidos à privação do estágio delta do sono não-REM, com intrusão das ondas alfa, podem apresentar sintomas musculoesqueléticos e alterações do humor similares às da fibromialgia. Porém indivíduos com bom condicionamento cardiorrespiratório, quando submetidos à privação do estágio delta não-REM, apresentam queixa de fadiga, mas não apresentam dor no corpo, sugerindo que a atividade física de alguma maneira protege os indivíduos contra a dor crônica generalizada.

O problema de despertar durante o sono é um sintoma encontrado em 80% a 100% de todos os indivíduos com fibromialgia. A melhora da qualidade do sono deve reduzir a gravidade dos sintomas experimentados por indivíduos com fibromialgia (BATES; HANSON, 1998).

Uma boa qualidade de sono possui importante papel na manutenção da saúde e é essencial para a sensação de bem-estar. Um sono ruim perpetua e piora a percepção dos sintomas da fibromialgia, especialmente a fadiga.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento da Pesquisa foi adotado um estudo descritivo, transversal, com aplicação de questionários. Este tipo de estudo caracteriza-se pela

determinação simultânea do fator de interesse e do desfecho em investigação em uma população bem definida. As vantagens desse estudo são: facilidade de execução, baixo custo e rapidez nos resultados, pois não há necessidade de seguimento (BARROS; REIS, 2003).

O estudo transversal trata-se de “retrato” da associação em dado momento (MEDEIROS; FERRAZ; 1998) e examina as características, atitudes, comportamentos e as intenções de um grupo de pessoas, solicitando às pessoas respostas às perguntas, seja por meio de entrevistas ou de questionários auto-administrados (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2 PARTICIPANTES

Foram selecionados 60 indivíduos do sexo feminino, no Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná com diagnóstico clínico de fibromialgia (pelos critérios do Colégio Americano de Reumatologia), com idades entre 30 e 59 anos.

3.3 INSTRUMENTOS

Para atingir os objetivos propostos neste estudo foram utilizados, na coleta dos dados os seguintes questionários

a) “Fibromyalgic Impact Questionnaire” (FIQ) – (Anexo A)

O FIQ é um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida através de 10 componentes: capacidade funcional, bem-estar, faltas no trabalho, dificuldades no trabalho, dor, fadiga rigidez, sono, ansiedade e depressão (IVERSEN, 2003).

A primeira questão avalia a função física. São 11 questões rankeadas (classificadas) pela escala de Likert, que envolve valores de 0 (sempre) a 3 (nunca). O número de itens respondidos pode não ser o total, visto que algumas atividades

não necessariamente são desempenhadas por todos. Assim, soma-se todos os escores e divide-se pelo número de questões respondidas, o que resultará num valor entre 0 e 3. Este valor será multiplicado por 3,33, com o objetivo de gerar um valor entre 0 e 10. O item dois trata do número de dias em que se sentiu bem. Seu escore gera valores invertidos (0=7, 1=6...7=0), entre 0 e 7. O item indica dia sem trabalhar, também gerando valores entre 0 e 7. Os itens 2 e 3 serão multiplicados por 3,33 para gerar um valor entre 0 e 10. Os outros sete itens incluem escalas análogo numéricas de 0 a 10, gerando valores diretos. Se alguma das questões não for respondida, será realizada a média aritmética das demais questões, com o objetivo de gerar um escore entre 0 e 100 (BURCKHARDT et al, 2001).

As questões do FIQ foram respondidas tendo como base as atividades realizadas e as percepções dos últimos sete dias. Ao final os dados foram equalizados e transformados e o impacto é confiado a um escore que varia de zero a 100 pontos. Considera-se como casos severos aqueles que apresentam uma pontuação igual ou superior a 70 (BUCHARDT et al.,1991).

b)“Short Form Survey Questionnaire” (SF-36) – (Anexo B)

“[...] muito utilizado, o *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (SF-36), é um instrumento genérico e multidimensional de avaliação da qualidade de vida que engloba 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), limitação por aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Cada componente varia de zero a cem, sendo zero o pior escore e, cem o melhor (CICONELLI, 1997).

Foi validado e traduzido para o português por Ciconelli (1997) que concluiu que este instrumento traduzido e adaptado à cultura brasileira é de fácil e rápida administração. O SF-36 tem sido utilizado como medida genérica de avaliação da qualidade de vida em condições como artrite reumatóide e osteoartrite, além da análise do impacto na qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. internacional pelo SF.

A tradução do SF-36 tem sido desenvolvida em mais de 60 países e tem sido o tema de destaque de mais de 800 publicações (IQOL, 2007).

A fim de visualizar melhor e de forma genérica os domínios do SF-36 podem ser divididos em dois grandes componentes, são eles: componentes físicos que englobam os domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e componente mental que engloba os domínios aspectos sociais, vitalidade, saúde mental e aspectos emocionais (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994).

A escolha do SF-36, para este estudo, baseou-se em: é um instrumento traduzido e validado no Brasil (CICONELLI, 1997), bem desenhado, multidimensional, de fácil e rápida administração e compreensão e de utilização por diversas doenças crônicas, além de ótima confiabilidade, apresentando α de Cronbach de 0,90 no trabalho realizado por Ciconelli (1997).

c) “Índice da qualidade do sono de Pittsburgh” - (Anexo C)

É utilizado para quantificar a qualidade do sono. A escala varia de 0 a 21 pontos e escores maiores do que cinco implicam em qualidade de sono ruim (ALMONDES; ARAÚJO, 2003 apud FERRO, 2005).

d) International Physical Activity Questionnaire – IPAQ versão longa para análise do nível de atividade física.

O IPAQ é um instrumento que apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade moderada a vigorosa, com duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, esporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada (MATSUDO, 2001).

3.4 COLETA DE DADOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Departamento de Educação Física (DEF) da Universidade Federal do Paraná.

A Pesquisa foi desenvolvida em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Qualidade de Vida do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde.

A coleta de dados foi realizada no período correspondente entre o final de maio e final do mês de agosto de 2008, por apenas dois avaliadores afim de evitar a ocorrência de erro de medida interavaliador. Na tentativa de facilitar a presença do indivíduo ao local, optou-se por realizar as coletas de dados em horários de comum acordo entre o indivíduo e os avaliadores, compreendidos no horário de funcionamento do Hospital de Clínicas (HC) e no Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, onde a pesquisa foi realizada.

Os questionários acima citados foram aplicados e preenchidos pelas próprias pacientes.

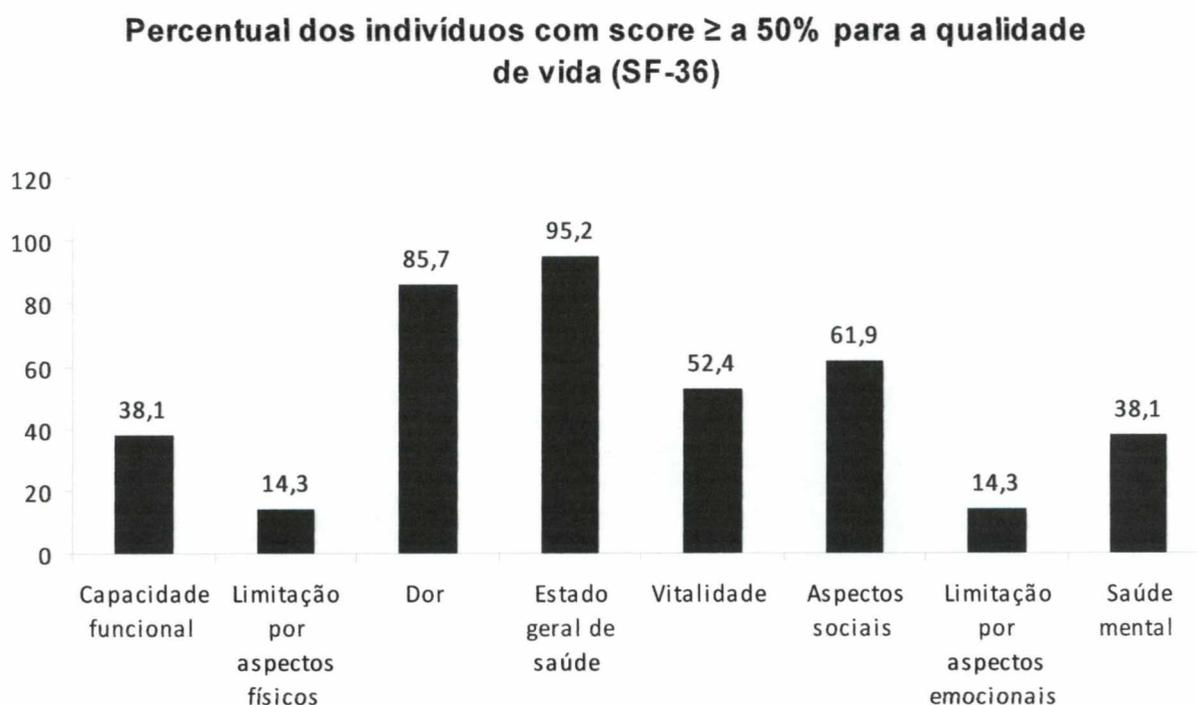
Todas essas etapas foram realizadas em salas individualizadas, com portas fechadas, respeitando a privacidade do sujeito e propiciando a criação de ambiente organizado e calmo, favorecendo a concentração para os avaliadores no preenchimento do questionário.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Na análise de dados foram apresentadas medidas descritivas dos escores de Atividade Física, Qualidade de Vida e de Sono. Para tanto foram apresentados o valor de média, mediana, desvio padrão e valores extremos de cada variável.

A comparação entre os níveis de Atividade Física e de Qualidade de vida foram realizadas com a correlação de spearman, considerando o nível de significância de 5%.

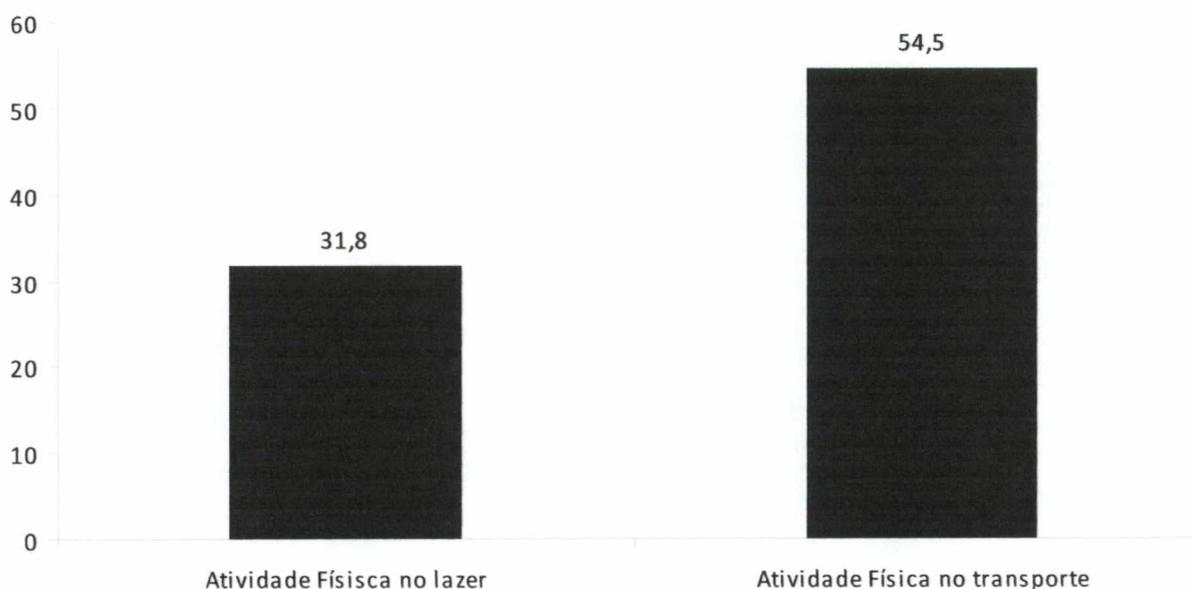
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO



Observou-se que entre os indivíduos pesquisados a maior proporção de sujeitos, não pratica atividades do cotidiano por reportar um estado de saúde débil, em seguida a dor.

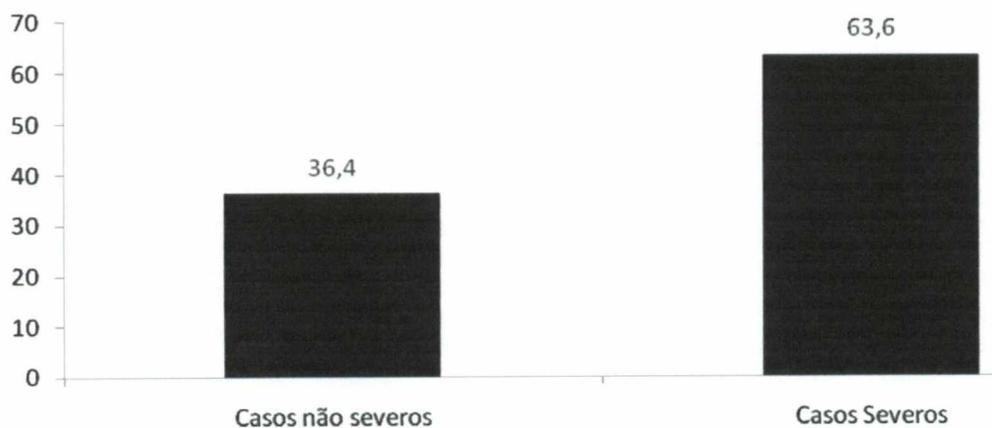
Na SFM, a dor têm sido apontada como principal causa de afastamento do trabalho, além de afetar outros aspectos no trabalho como mudanças de funções ou setores e diminuição das horas de trabalho (MARTINEZ et al, 1995; HENRIKSSON; BURCKHARDT, 1996; RIBERTO, 2004). A intensidade da dor parece estar ligada a vários fatores como: maior estresse emocional, menor controle sobre diversos aspectos da vida, menor rede de suporte e percepção negativa de relações pessoais (KONRAD, 2005).

Proporção de indivíduos que atingiram a recomendação para atividade física de lazer e transporte (>150min/sem)

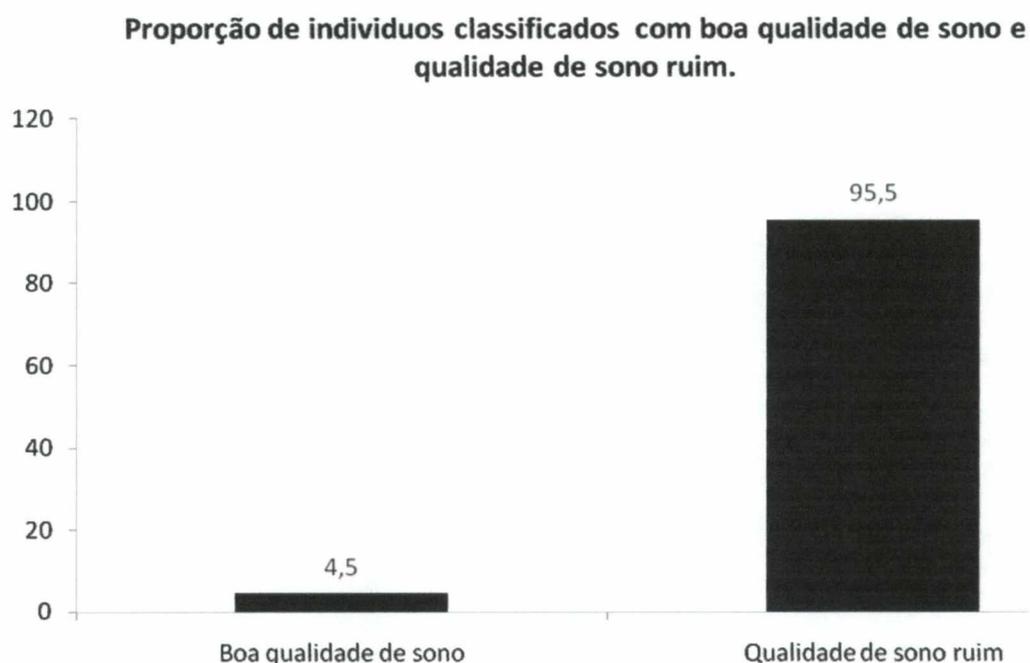


De acordo com o nível de atividade física verificada no total da amostra, a proporção de mulheres que atingiu atividade física no lazer foi de 31,8% e 54,5% através do transporte (caminhada e bicicleta).

Proporção de indivíduos classificados como casos severos e não severos de Fibromialgia



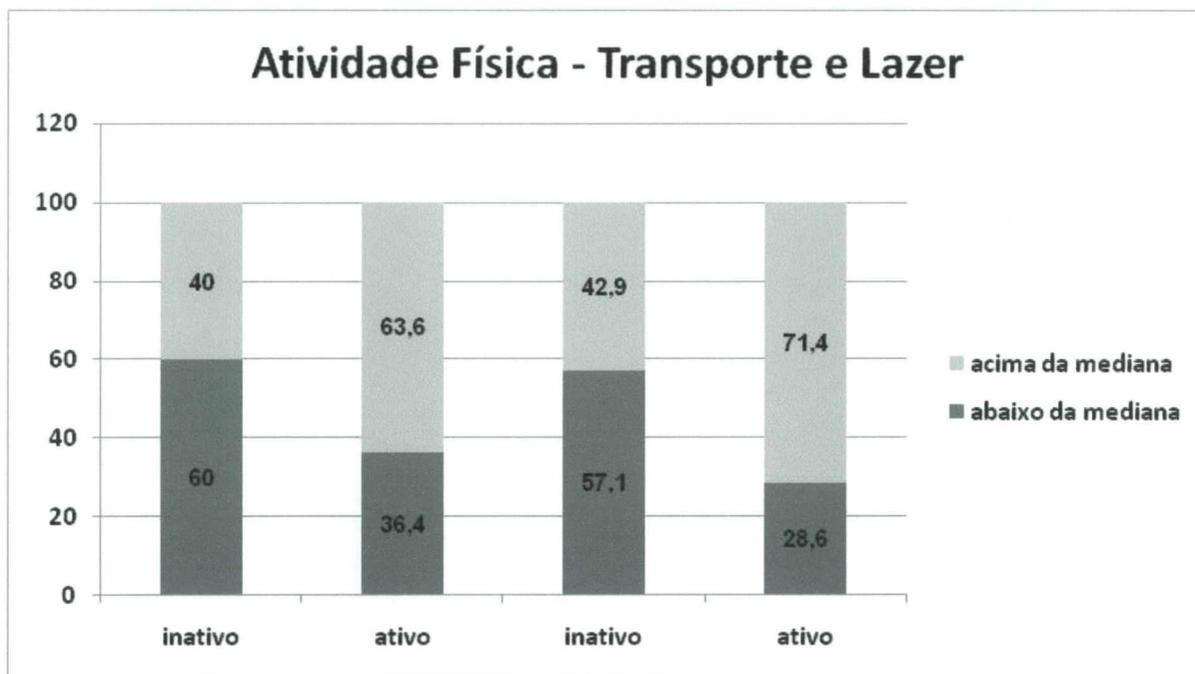
Com relação a amostra de indivíduos, foi observado que 63,6% das pacientes apresentam fibromialgia severa e 36,4% não severa.



Com relação a amostra de indivíduos, foi observado que 95,5% das pacientes apresentam qualidade de sono ruim e apenas 4,5% têm boa qualidade de sono.

Relação entre qualidade de vida, qualidade de sono e síndrome de fibromialgia, respectivamente, entre mulheres ativas e não ativas

Os benefícios que a atividade física proporciona atuam diretamente na melhora dos sintomas, evitando contrações dolorosas de grupos musculares, melhorando a força muscular, a disposição e a auto-estima. Além disso, favorece a coordenação motora para as atividades diárias, promove uma postura adequada, auxilia o controle de peso, da ansiedade e melhora a condição cardiovascular e a energia (CHAITOW, 2002).

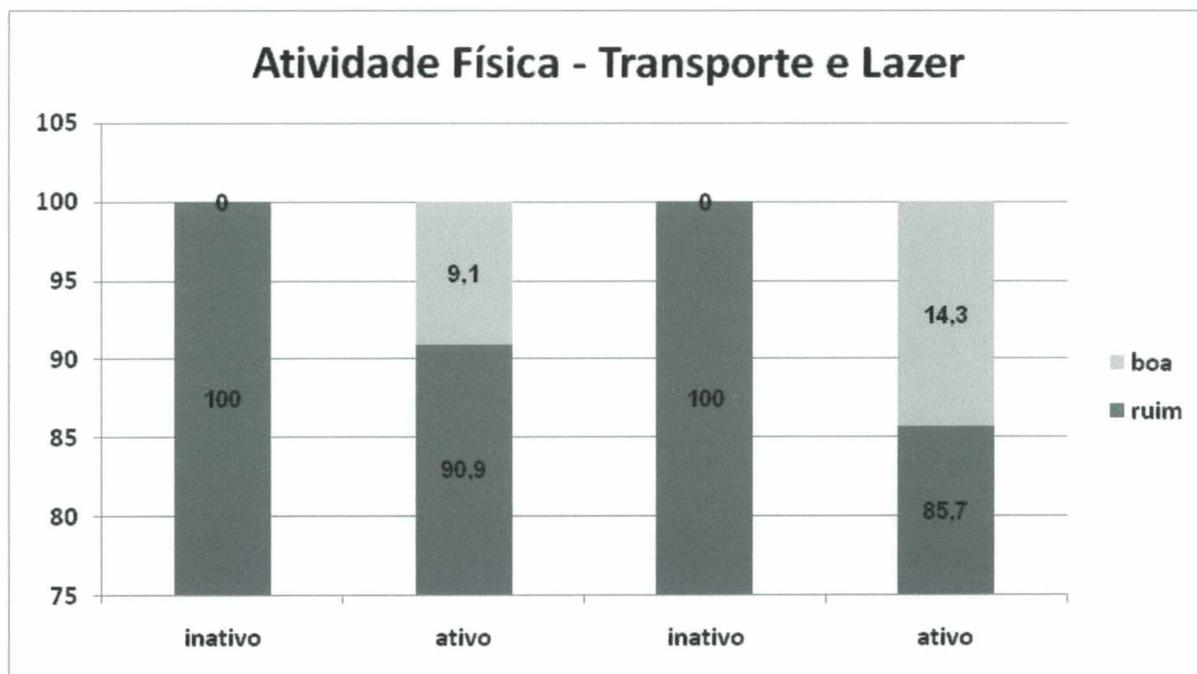


De acordo com os resultados deste estudo e com a literatura, observou-se que em relação à atividade física como transporte, 60% dos indivíduos inativos apresentam QV abaixo da média e 40% acima da média.

Em relação aos indivíduos ativos 36,4% apresentam QV abaixo da média e 63,6% QV acima da média.

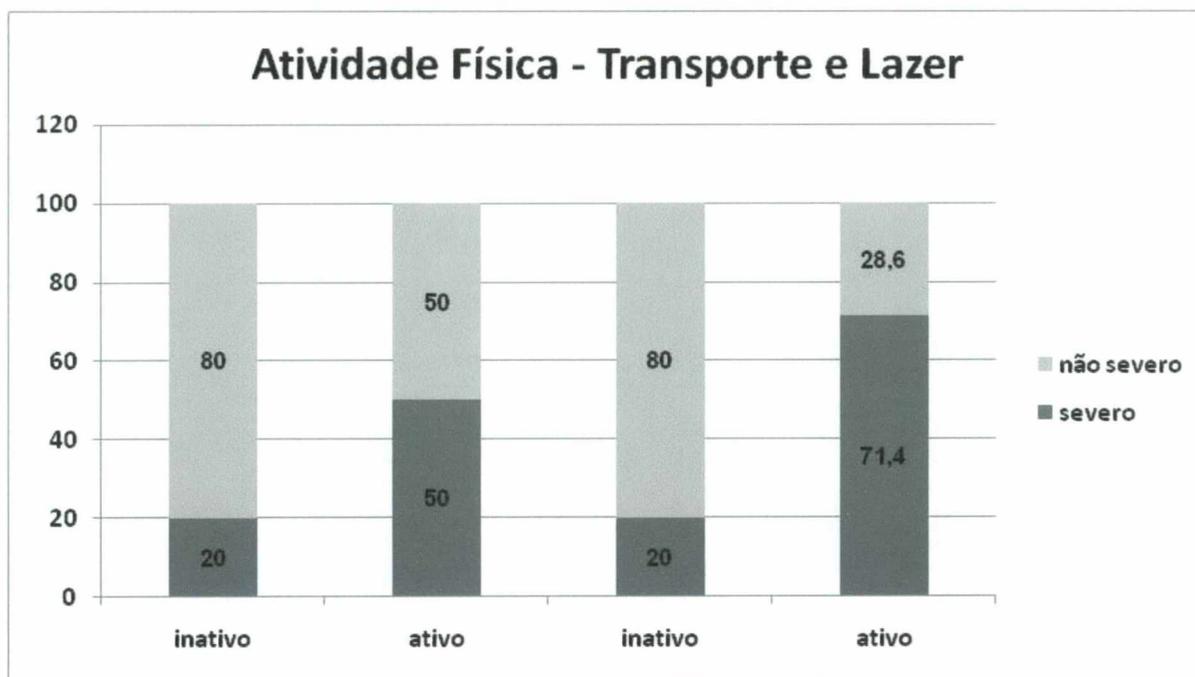
Com relação à atividade física como lazer, dos inativos, 57,1% foram classificados abaixo da média e, 42,9% acima da média. Em contrapartida, os indivíduos ativos obtiveram como resultado 28,6% (abaixo da média) e 71,4% (acima da média).

No presente estudo, os resultados indicam que os instrumentos utilizados foram eficientes para discriminação dos objetivos. Os indivíduos ativos apresentam qualidade de vida acima da média em relação aos indivíduos não ativos. Visto que a atividade física atua diretamente na melhora dos sintomas, evitando contrações dolorosas de grupos musculares, melhorando a força muscular, a disposição e a auto-estima (CHAITOW, 2002).



Com relação à Qualidade de Sono, observou-se que em relação à atividade física como transporte, 100% das pacientes inativas apresentaram qualidade de vida ruim. As pacientes ativas apresentaram 90,9% qualidade de sono ruim e apenas 9,1% obtiveram como resultado boa qualidade de sono.

O problema de despertar durante o sono é um sintoma encontrado em 80% a 100% de todos os indivíduos com fibromialgia (BATES; HANSON, 1998)



Através da aplicação do questionário FIQ (Fibromyalgic Impact Questionnaire), obtivemos como resultado em relação à atividade física como transporte: 20% inativos apresentam FM severa, 80% não severos, 50% ativos severos e 50% não severos.

Com relação à atividade física como lazer, dos indivíduos inativos: 20% apresentam FM severas e 80% não severa. Já as pacientes ativas apresentam 71,4 casos severos e 28,6 não severos.

5. CONCLUSÃO

5.1 CONCLUSÃO

A maior parte dos participantes apresentou baixa qualidade de sono e em relação à qualidade de vida, os aspectos que mais acometem os portadores de SFM são aqueles que se referem à dor e estado geral de saúde. A maioria dos participantes atinge a recomendação de atividade física quando se analisa aquelas relacionadas ao transporte, enquanto que no lazer, a maior parte não atinge os níveis recomendados.

A atividade física realizada no transporte e no lazer apresentou associação com o indicador de qualidade de vida relacionada à saúde e com a qualidade do sono, no entanto não houve associação com o indicador de fibromialgia. Sendo assim, o impacto da fibromialgia na qualidade de vida foi considerado relevante, porém pouco específico para a SFM.

Diante dos resultados encontrados e considerando as limitações deste estudo, propostas de estudos futuros podem considerar amostras com número maior de pessoas e incluindo sujeitos que não apresentem a SFM para que os efeitos da AF possam ser considerados em vários domínios da qualidade de vida e não apenas da SFM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTÔNIO, Sílvio Figueira . Fibromialgia. Elementos básicos de diagnóstico da: Fibromialgia. **Temas de Reumatologia Clínica**. v.3, n.2, 2002.

BACURAU, R.F. P.; COSTA ROSA, L. F. B. P. Efeitos do exercício sobre a incidência e desenvolvimento do câncer. **Revista Paulista Educação Física**. SãoPaulo,v. 11, n.2, p.142-47, 1997

BARROS, Mauro; REIS, Rodrigo Siqueira. **Análise de dados em atividade física e saúde**: Demonstrando a utilização do SPSS. 1ª.ed. Londrina: Midiograf, 2003.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development andValidation. The Journal of Rheumatology, 18, 5, pp. 728-33

BATES, Andrea; HANSON, Norm. **Exercícios Aquáticos Terapêuticos**. 1ª.ed. São Paulo: Manole, 1998.

CANOSO, Juan. **Fibromialgia**. Disponível em: <<http://www.cerir.org.br/revistas/marco2002/editorial.htm>> Acesso em: 4 junho.de 2008.

CARBONARIO, Fernanda. **Efeitos de um Programa fisioterapêutico na melhora da sintomatologia e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia**. 2006. 69 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CASPERSEN, C.J.,KE.POWELL, et al.(1985).Phisical activity,exercise,and physical fitness: definitions and distinctions for health-related resenarch. Public Health Rep 100(2);126-31

CAVALCANTE, Alane et al. A prevalência da fibromialgia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1 p 40-48, São Paulo, Janeiro/Fevereiro, 2006.

CHAITOW, Leon. **Síndrome da Fibromialgia: Um guia para o tratamento**. Tradução de Eduardo Rissi e Neli Ortega. Barueri: Manole, 2002.

CICONELLI, Rozana. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida**. 1997. 120 f. Tese de Doutorado em Ciências Médicas - Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, São Paulo, 1997.

COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA ESPORTIVA. **Guia para Teste de Esforço e Prescrição de Exercícios**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.

DANTAS, Rosana Aparecida; SAWADA, Namie Okino; MALERBO, Maria Bernadete. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p. 523-8, Julho/Agosto 2003.

FERRO, Cláudia Valéria. **Correlação dos distúrbios do Sono e Parâmetros Subjetivos em Indivíduos com Fibromialgia**. 2005. 82 f. Monografia – Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2005.

GOMES, Valéria Barbosa; SIQUEIRA, Kamile; SICHIERI, Rosely. Atividade Física em uma Amostra Probabilística da População do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.969-976, Julho/Agosto 2001.

HERRERA, J.B. Estudo comparativo do limiar anaeróbio antes e depois de um programa de treinamento em sedentários de 40 a 50 anos de idade. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. Taguatinga, v. 9 n. 3 p.53-58, 2001.

KONRAD, Lisandra. **Efeito Agudo do Exercício Físico sobre a Qualidade de Vida de Mulheres com Síndrome da Fibromialgia**. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

MARQUES, Amélia. **Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação**. 2004. 68 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARTINEZ, José Eduardo; *Avaliação da qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia através do "Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study"*. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.11, n.6, p.312-316, 1999.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

MEDEIROS, Marta; FERRAZ, Marcos; QUARESMA, Mariana. **Cuidadores: as "vítimas ocultas" das doenças crônicas**. **Revista Brasileira de Reumatologia**. 1998; v.38, n.4 p.189-192, Julho/Agosto, 1998.

MENSE, S. Neurobiological concepts of fibromyalgia – the possible role of the descending spinal tracts. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, 29 (S113), 24-29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade Física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256,2002.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3ª ed. Londrina: Midiograf, 2003, 238p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003.

PENIDO, Maria. **A Influência das Habilidades Sociais em Pacientes Fibromiálgicas**. 2004. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PINHO, Ricardo Aurino. **Nível habitual de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes durante período de férias escolares**. 1999. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1999.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: delineamento de pesquisa**. 1ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.107-40.

RIBEIRO, Karina Larios; MARINHO, Ildélia de Souza. Fibromialgia e Atividade Física. **Fitness & Performance Journal**, v.4, n. 5, p. 280-287, Julho/2005.

ROCHA, Alby Duarte; OKABE, Irene; MARTINS, Marcelo Edmundo; MACHADO, Paulo Henrique; MELLO, Terezana. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000.

SABBAG; Livia Maria; PASTORE, Carlos Alberto; JÚNIOR, Paulo Yazbek; MIYAZAKI, Margarida Harumi; Gonçalves, Adilson; Kaziyama, Helena; BATTISTELLA, Linamara. Efeitos do condicionamento físico sobre pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v.13, n.1, Jan/Fev 2007.

SALTARELI, Simone. **Avaliação de Aspectos Quantitativos e Qualitativos da Dor na Fibromialgia**. 2007, 113 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SANTOS AMB; ASSUMPÇÃO, A; MATSUTANI, LA; PEREIRA CAB; LAGE LV; MARQUES AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.10, n 3, p. 317-24, Jul/Set 2006.

SILVA, Gerson D'Addio da. Efeitos do yoga com e sem aplicação da massagem *tui na* em pacientes com fibromialgia. 2005. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, Raimunda. **Atividade Física e Aptidão Física em mulheres na Pós-Menopausa**. 2004. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SIMMS, Robert. (1996). Is there muscle pathology in fibromyalgia syndrome? **Rheumatic Diseases Clinics of North América**, v. 22, n.2, p. 245-265, Maio/1996.

SKARE, Thelma Larocca. Reumatologia: Princípios e Prática. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

VALIM, Valéria. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.46, n.1, p.49-55, Jan/Fev 2006.

VECCHIA, Roberta Dalla; RUIZ, Tânia; BOCCHI, Silvia Cristina; CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Botucatu, v.8, n.3, p.246-52, Maio/Junho 2005.

WEINSTENIN, Stuart; BUCKWALTER, Joseph. **Ortopedia de Turek**: princípios e suas aplicações. 5ª ed. São Paulo: Manole, 2000.

WEST, Sterling G. **Segredos em reumatologia**: respostas necessárias ao dia-a-dia, em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ANEXOS

ANEXO A - Fibromyalgic Impact Questionnaire (FIQ) - versão brasileira

Quadro 9 - Questionário de qualidade de vida em fibromialgia (FIQ)³⁹

Durante os últimos 7 dias você tem conseguido?

	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Nunca
Fazer compras	0	1	2	3
Lavar a louça e passar roupa	0	1	2	3
Cozinhar	0	1	2	3
Lavar a louça	0	1	2	3
Limpar o chão, tapete, carpete	0	1	2	3
Arrumar as camas	0	1	2	3
Andar vários quarteirões	0	1	2	3
Visitar parentes e amigos	0	1	2	3
Cuidar do quintal	0	1	2	3
Dirigir	0	1	2	3

2. Nos últimos 7 dias da semana, em quantos você se sentiu mal?
0 1 2 3 4 5 6 7

3. Quantos dias da semana passada você perdeu seu trabalho por causa da fibromialgia? Se não trabalha fora deixe a questão em branco.
0 1 2 3 4 5 6 7

4. Quando você vai ao trabalho, quanto a sua dor ou outros sintomas da fibromialgia interferem na sua habilidade em trabalhar?
Sem dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Com muita dificuldade

5. Como tem sido sua dor?
Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito forte

6. Como tem estado a sua disposição física?
Sem cansaço 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito cansada

7. Como você acordá pela manhã ?
Bem disposto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Cansado

8. Como tem sido o nível da rigidez ?
Sem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita

9. Qual o nível de tensão, nervosismo ou ansiedade que você tem sentido?
Sem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita

10. Qual o nível de tristeza ou depressão que você tem sentido?
Sem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita

Método de pontuação:
 Questão 1- somar e dividir pelo questões respondidas e o resultado multiplicado por 3,33
 Questão 2- resultado multiplicado por 1,43
 Questão 3- resultado multiplicado por 2
 Questões de 4 a 10- valor simples
 Valor máximo-100 pontos, quanto maior a pontuação, mais prejudicado se encontra o paciente.

ANEXO B - Short Form 36 Health Survey(SF-36)- versão brasileira**SF – 36 PEQUISA EM SAÚDE****SCORE _____**

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Profissão: _____ (se aposentado descreva ocupação anterior)

Grau de instrução: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Patologia: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1 - Em geral você diria que sua saúde é: (Circule uma)

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

2 - Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (Circule uma)

- | | |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás | 1 |
| Um pouco melhor agora do que há um ano atrás | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano atrás | 5 |

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

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

4 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a – Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b – Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c – Esteve limitado no seu trabalho ou em outras atividades?	1	2
d – Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? (necessitou de um esforço extra?)	1	2

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

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

6 – Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (Circule uma)

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

7 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (Circule uma)

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

8 – Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (Circule uma)

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

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas. (Circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a - Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, força?	1	2	3	4	5	6
b - Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c - Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d - Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

calmo ou tranqüilo?						
e - Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f - Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g- Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h - Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i - Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Todo o tempo 1
A maior parte do tempo 2
Alguma parte do tempo 3

Uma pequena parte do tempo 4

Nenhuma parte do tempo5

11 – O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações (Circule um número em cada linha)

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

ANEXO C- Índice de Qualidade do sono de Pittsburgh – versão brasileira
ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: As seguintes questões relacionam-se aos seus hábitos de sono apenas durante a **ÚLTIMA SEMANA**. Suas respostas deverão indicar a opção mais precisa para a maioria dos dias e noites na última semana. Por favor responda **todas** as questões.

 Durante a **ÚLTIMA SEMANA**,

1. Em que horário você costumava deitar-se para dormir? _____				
2. Quanto tempo (em minutos), você levava para adormecer a cada noite? _____				
3. Em que horário você costumava acordar pela manhã? _____				
4. Quantas horas você conseguia dormir durante a noite? (Esta resposta pode ser diferente do número de horas passadas na cama) _____				
5. Durante a última semana , com que frequência você teve problemas de sono em virtude de:	Nenhuma vez	1 vez	2 vezes	3 ou mais vezes
a) Não conseguir dormir dentro de 30 minutos				
b) Acordar no meio da noite ou cedo da manhã				
c) Levantar para usar o banheiro				
d) Não conseguir respirar confortavelmente				
e) Tossir ou roncar muito alto				
f) Sentir muito frio				
g) Sentir muito calor				
h) Ter pesadelos				
i) Sentir dor				
j) Outras razões, por favor descreva a frequência:				
6. Durante a última semana , com que frequência você ingeriu medicamentos (prescritos ou não) para auxiliá-la a dormir?				
7. Durante a última semana , com que frequência você teve problemas para permanecer acordada enquanto dirigia o automóvel, fazia suas refeições ou participava de atividades sociais?				
8. Durante a última semana , quão problemático foi manter o entusiasmo para completar suas tarefas?				
	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim
9. Durante a última semana , em geral, como você classificaria a qualidade do seu sono?				

ANEXO D - International Physical Activity Questionnaire – IPAQ versão longa para análise do nível de atividade física

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA.

Nome: _____

Data: ___/___/___

Idade : ___ Sexo: F () M () Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não.

Quantas horas você trabalha por dia: ___ Quantos anos completos você estudou:

De forma geral sua saúde está: Excelente () Muito boa () Boa ()

Regular () Ruim ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **ultima semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a 1 D**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho** ?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1f**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1.f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na ultima semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para questão 2c**

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na *ultima semana*.

2c. Em quantos dias da ultima semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias da ultima semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na ultima semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3c.**

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para questão 3e.

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para a seção 4.

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na ultima semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da ultima semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para questão 4c

4b. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para questão 4e.

4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer

Jogging (trote):

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para seção 5.

4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total

você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas ____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas ____ minutos

ANEXO E – Termo de Consentimento livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Exercícios físicos programados em mulheres com Síndrome da Fibromialgia (SFM)

INVESTIGADOR: Prof. Dra. Neiva Leite.

LOCAL DA PESQUISA 1: Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Endereço: Rua Gal Carneiro, 111. Centro.

Telefone (41) 3333-3333.

LOCAL DE PESQUISA 2: Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná.

Endereço: Rua Coração de Maria, 92. Jardim Botânico.

Telefone: (41) 3360-4325.

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa. Este termo de consentimento livre e esclarecido tem informações para ajudá-lo a decidir se irá participar deste estudo. Leve o tempo que necessitar, leia este termo cuidadosamente, e se tiver qualquer dúvida, pergunte ao pesquisador ou à equipe envolvida na pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é avaliar os efeitos de uma abordagem terapêutica com exercícios físicos programados na percepção de dor, distúrbios do sono e qualidade de vida em mulheres com síndrome da fibromialgia.

A síndrome da fibromialgia (SFM) é caracterizada por dores músculo-esqueléticas crônicas, generalizadas e pela presença de pontos dolorosos específicos à palpação. A subjetividade clínica da SFM provocou a busca de novos parâmetros para o acompanhamento clínico e tratamento. De forma geral, pode-se afirmar que os exercícios de baixa intensidade são eficazes, produzindo diminuição do impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes. Os programas de condicionamento físico são freqüentes no tratamento de pacientes com fibromialgia e inclui os exercícios de alongamento, fortalecimento muscular e aeróbio.

As razões pelas quais poderá participar desta pesquisa serão:

- Sexo feminino.
- Idade entre 30 e 59 anos.
- Diagnóstico de Fibromialgia pelo ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas da UFPR.
- Ausência de fibromialgia (no caso do grupo controle).



Maria José Mocelin

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
EM SERES HUMANOS - HC/UFPR
SECRETÁRIA - MAT. / HC 7462

Pode haver razões pelas quais não poderá participar desta pesquisa, quais sejam:

- História de doença cardíaca.
- Incapacidade de realizar exercício em bicicletas, ou caminhada.
- Não obtenção do termo de consentimento.

Se você participar deste experimento, será avaliado na primeira fase quanto as suas condições clínicas, através de uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a sua doença. Serão medidos o peso, altura, cintura e um teste de caminhada de seis minutos para avaliar o seu condicionamento cardiorrespiratório (a velocidade da caminhada varia de pessoa para pessoa, você deverá caminhar o mais rápido possível durante 6 minutos e será anotada a distância que você caminhou, é possível fazer paradas para descanso durante o teste), serão aplicados também questionários relacionados a sua qualidade vida e sono. A segunda fase do estudo consiste na execução de atividades físicas programadas como a caminhada, o alongamento e o ciclismo *indoor*. Os possíveis efeitos colaterais (desconfortos) poderão ocorrer na segunda fase, pois os exercícios programados (ciclismo indoor, caminhada e alongamento) provavelmente acarretarão desconforto nos primeiros dias após as atividades, devido a dores musculares relacionadas à prática de exercício físico e ao tempo de adaptação.

Os resultados dessa pesquisa trarão benefício direto à sua saúde, porque será avaliado os efeitos de uma abordagem terapêutica com exercícios físicos programados na percepção de dor, distúrbios do sono e qualidade de vida em mulheres com síndrome da fibromialgia, isto é, a atividade física como uma forma de tratamento para a síndrome da fibromialgia, e a partir de seus resultados trazer maiores benefícios para as suas atividades diárias.

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Todas as despesas necessárias para realização da pesquisa (exames, medicamentos, etc.) são de responsabilidade do pesquisador.

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo. Embora não seja esperado, caso você tenha algum problema e não possa ir ao trabalho ou outro compromisso, você receberá um atestado médico para justificar a sua falta.

O Investigador responsável pelo estudo e a equipe irão coletar as suas informações. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, a sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. Você tem direito de acesso aos dados. Você pode discutir esta questão mais adiante com o pesquisador do estudo.

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do avaliado, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo (Neiva Leite (41) 3360-4326). Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: (41) 3360-1896. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para o mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

_____	_____	____/____/____
NOME DO PACIENTE	ASSINATURA	DATA
_____	_____	____/____/____
NOME DO INVESTIGADOR (Pessoa que tomou o TCLE)	ASSINATURA	DATA



10 Anos

Curitiba, 31 de agosto de 2007.

Ilmo (a) Sr. (a)
Neiva Leite
Nesta

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "EXERCÍCIOS FÍSICOS PROGRAMADOS EM MULHERES COM SÍNDROME DA FIBROMIALGIA (SFM)", foi analisado e aprovado com pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 26 de junho de 2007. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0147.0.208.000-07
REGISTRO CEP/HC: 1469.137/2007-06

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 03 de março de 2008.

Atenciosamente,



Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR