

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Rosa Martins, pela contínua disponibilidade e orientação extraordinária, sem as quais não poderia ser possível a consecução deste trabalho.

À minha família, pelo suporte incondicional que me deram durante todo este percurso.

A todos os profissionais de saúde que colaboraram no processo de colheita de dados.

A todos os doentes que permitiram a realização deste estudo.

A todos a minha enorme gratidão...

RESUMO

Introdução: A Fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa e crónica, que se manifesta no sistema músculo-esquelético e apresenta repercussões graves aos níveis cognitivos, emocionais, físicos e sociais com impacto negativo na Qualidade de Vida das Pessoas.

Objetivo: Analisar o impacto da FM na Qualidade de Vida das pessoas e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas e clínicas influenciam essa Qualidade de Vida.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, não experimental, transversal numa lógica de análise descritivo-correlacional. A amostra é constituída por 70 doentes com diagnóstico de FM, que frequentam as consultas da dor no Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro EPE – Unidade Hospitalar de Vila Real e a consulta de Reumatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu – Unidade Hospitalar de Viseu.

O Instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica, caracterização clínica, avaliação da dor e Questionário do Impacto da Fibromialgia (FIQ). Para o tratamento estatístico foi usado o programa SPSS versão 19.

Resultados: A amostra é maioritariamente feminina, vive acompanhada, tem idade média de 56,97 anos, possui o 4º ano de escolaridade e encontra-se a trabalhar em média 8h/dia. Os dados revelam que as variáveis que influenciaram significativamente a Qualidade de Vida são: a idade; situação profissional; a “forma como vivem”; o exercício físico que praticam e a dor, sendo esta última a que representa maior associação.

Conclusão: Os resultados reforçam a multidimensionalidade e variabilidade da qualidade de vida dos doentes com FM e evidenciam a necessidade dos profissionais de saúde apostarem em programas de intervenção na comunidade, de forma a implementar estratégias de intervenção que minimizem a dor, limitem a incapacidade funcional e promovam a qualidade de vida dos doentes fibromiálgicos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Profissionais de Saúde; Incapacidade Funcional e Impacto da Fibromialgia.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic and painful syndrome, which manifests itself in the musculoskeletal system and has serious repercussions levels cognitive, emotional, physical and social factors impacting negatively on the Quality of Life of People.

Aim: To analyze the impact of FM on quality of life of people and to verify the extent to which socio demographic and clinical variables that influence quality of life.

Methodology: This is a quantitative, non-experimental, transversal, a logic of descriptive and correlational analysis. The sample consisted of 70 patients diagnosed with FM, who attend pain clinics in the Hospital Centre of Tras-os-Montes and Alto Douro EPE - Unit Hospital of Vila Real and consultation of Rheumatology Hospital Center-Tondela Viseu - Unit Hospital of Viseu.

The instrument for data collection is a questionnaire consisting of socio demographic, clinical characterization, assessment of pain and Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). The statistic used was SPSS version 19.

Results: The sample is mainly female, lives together, has an average age of 56.97 years, has the 4th grade and is working on average 8h/day. The data reveal that the variables that influenced the quality of life are: age, employment status, the "way they live"; practicing physical exercise and pain, being this last that represents the largest association.

Conclusion: The results support the multidimensionality and variability in the quality of life of patients with FM and show the need for health professionals get on board intervention programs in the community, in order to implement intervention strategies that minimize pain, functional disability and promote the quality of life of patients with fibromyalgia.

Key-words: Quality of life, Health Professionals, Functional Disability and Fibromyalgia Impact.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica da articulação das variáveis	45
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores desencadeantes da FM.....	27
Quadro 2 – Características clínicas da Fibromialgia.....	28
Quadro 3 - Critérios do ACR (1990) para a classificação de FM.....	30
Quadro 4 – Taxonomia das definições de Qualidade de Vida	34
Quadro 5 - Consistência interna da escala FIQ	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes.	54
Tabela 2 – Dados sociodemográficos da amostra.....	55
Tabela 3 – Dados sociodemográficos da amostra (continuação).....	57
Tabela 4 – Dados sobre a situação clinica dos participantes	59
Tabela 5 – Dados sobre a situação clinica dos participantes (continuação).....	60
Tabela 6 – Práticas de exercício físico e fisioterapia dos participantes.....	61
Tabela 7 – Práticas de exercício físico e fisioterapia dos participantes.....	63
Tabela 8 – Dados sobre a avaliação da dor dos participantes	64
Tabela 9 – Estatísticas quantificadoras da dor dos Participantes.	65
Tabela 10 – Estatísticas da qualidade de vida dos Participantes.	66
Tabela 11 - Teste U de Mann-Whitney entre o género e impacto da FM	67
Tabela 12 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e impacto da FM	68
Tabela13- Teste U de Mann-Whitney entre as habilitação literárias e impacto da FM	68
Tabela 14- Associação entre habilitações académicas e impacto da FM	69
Tabela 15- Teste de Kruskal-Wallis entre situação profissional e impacto da FM	70
Tabela 16- Teste U de Mann-Whitney entre exercício físico e impacto da FM	70
Tabela 17- Teste U de Mann-Whitney entre prática de fisioterapia e impacto da FM	71
Tabela 18 - Teste de kruskal-wallis entre perceção de incapacidade e impacto da FM.....	72
Tabela 19- Teste de kruskal-wallis entre a dor quantificada e o impacto da FM.....	72

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE TABELA

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO	19
I – PARTE ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1 – FIBROMIALGIA.....	23
1.1– EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITOS.....	23
1.2 – PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA, ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA	25
1.3 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	28
2 – QUALIDADE DE VIDA.....	33
2.1 – IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS	37
II – PARTE TRABALHO EMPÍRICO	41
1 – METODOLOGIA	43
1.1 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	47
III PARTE APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	51
1 – RESULTADOS.....	53
2 – DISCUSSÃO.....	75
2.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
3 – CONCLUSÃO	79
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANEXOS	87
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	89
ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS	97
ANEXO III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE/REPRESENTANTE	103
ANEXO IV AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	107

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's - Atividades da Vida Diárias

CAR – Colégio Americano Reumatologia

(Dp) – Desvio padrão

DGS – Direção Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FIQ – Questionário de Impacto da Fibromialgia

FM – Fibromialgia

(Md) – Mediana

N – Frequência Absoluta

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional de Doenças Reumáticas

Pág. - Página

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

QV – Qualidade de Vida

(%) – Percentuais

(\bar{x}) – Média

(CV) – Coeficientes de variação

(K-S) – Teste Kolmogorov-Smirnov

(X^2) – Teste de Qui Quadrado

INTRODUÇÃO

As patologias do sistema músculo-esquelético são a causa mais frequente de morbidade de acordo com as estimativas do Observatório Nacional de Doenças Reumáticas (ONDR). De acordo com a mesma fonte, em 2005 estimava-se que a prevalência da dor resultante de patologia músculo-esquelética nos adultos seria de 20 a 30%. Assim, a elevada incidência, baixo nível de letalidade e baixo potencial de cura, asseguram uma prevalência que desencadeia fortes consequências a nível individual e populacional no que diz respeito à qualidade de vida dos indivíduos.

No quadro das patologias do foro reumatológico, encontra-se a Fibromialgia em franca ascensão, tal como nos referem LUCAS e MONJARDINO em 2009, de acordo com um estudo Europeu que envolveu 5 países, estimou-se que em Portugal a prevalência da Fibromialgia na população portuguesa era de 2,3% em homens e 3,1% em mulheres.

No entanto e apesar do aumento considerável do número de pessoas com diagnóstico de fibromialgia, esta continua a ser mal compreendida, inclusive pela comunidade científica que no sentido de colmatar as inúmeras dúvidas que circundam as causas e os seus sintomas, desenvolvem de forma regular estudos científicos.

Contudo a sensibilização da sociedade em geral para esta patologia é cada vez maior, através dos diversos meios de comunicação, das redes sociais e também de testemunhos reais de pessoas tão bem conhecidas a nível nacional.

Os estudos continuam a referir que apesar do sofrimento e do impacto físico, psíquico e social é possível ter qualidade de vida, para que tal aconteça é essencial a existência de uma abordagem multidisciplinar que dê resposta às necessidades e condicionantes específicas de cada indivíduo.

O tema proposto para estudo pretende analisar qual o real impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos indivíduos. Com base nessa análise é possível verificar até que ponto a fibromialgia no momento atual condiciona as diversas atividades diárias, desencadeando limitações aos mais diversos níveis.

A tomada de consciência deste impacto permite que se desenvolvam estratégias de intervenção na comunidade dos doentes fibromiálgicos permitindo maior qualidade de vida.

A escolha desta temática está relacionada com a escassez de estudos realizados a nível nacional sobre esta patologia e ao mesmo tempo vem sensibilizar cada vez mais para a componente reabilitativa na intervenção individual.

Assim, este estudo tem como objetivo principal *analisar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida das pessoas*. Para além deste, delinear-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a qualidade de vida das pessoas com fibromialgia.
- Verificar em que medida as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na qualidade de vida dos doentes com fibromialgia.
- Analisar a relação existente entre as variáveis clínicas e a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia;
- Quantificar a dor do doente fibromiálgico e relacioná-la com a qualidade de vida.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo possuindo ainda, uma componente analítica que incide, especificamente, sobre a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia. A amostra do estudo é não probabilística e acidental (FORTIN, 2009), constituída por 70 participantes. A colheita de dados foi realizada durante o período de Dezembro de 2012 a Maio de 2013. Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19 para o Windows.

Este trabalho está estruturado em três partes. A 1ª Parte consiste no enquadramento teórico, no qual são abordados os temas mais pertinentes e atuais relacionados com a problemática em estudo, tais como: fibromialgia, qualidade de vida e exercício físico. A 2ª Parte reporta-se à investigação empírica. A 3ª e última Parte, baseia-se na apresentação e análise dos resultados obtidos.

Por fim são apresentadas as principais conclusões, e algumas sugestões para futuras investigações, seguidas das referências bibliográficas que sustentam a realização do estudo e dos anexos.

Considera-se ser pertinente avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com fibromialgia, de forma a desenvolver estratégias de intervenção precoces, sobretudo na área da reabilitação, pretendendo devolver a cada doente o máximo de autonomia para que possa desempenhar as suas atividades.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – FIBROMIALGIA

A Fibromialgia (FM) surge envolta de múltiplas controvérsias apesar do desenvolvimento científico e tecnológico das ciências da saúde. A verdade é que esta síndrome continua a ser um desafio para todos aqueles que a investigam e as lacunas persistem ao longo dos anos.

Como nos descreve COSTA (2009), apesar da aparente diversidade nas características sintomatológicas de cada doente, todos apresentam uma aspeto comum: a dor incapacitante e persistente.

1.1– EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEITOS

Ao longo dos anos existiram inúmeras atribuições nominais à dor muscular crónica. Descrições de dor e sofrimento músculo-esquelético datam desde o século XVI. Em 1592, o físico francês Guillaume de Baillou, falou acerca do reumatismo muscular e quais as manifestações clínicas da dor muscular.

Mais tarde, em 1824 William Baefour de Edimburgo faz pela primeira vez referência, aos pontos dolorosos e seguindo a sua linha de pensamento F. Valleix, em 1841 consegue interrelacionar os pontos dolorosos com o trajeto dos nervos, pelo que atribui o termo nevrálgia ao reumatismo muscular.

Em 1880, G. Beard, neurologista americano, faz alusão a um quadro sintomatológico caracterizado por dor generalizada, fadiga e também alterações psicológicas, ao qual atribuiu o nome de neurastenia/mielastenia, sintomas esses associados ao *stress* induzido pelo dia a dia em sociedade.

Por conseguinte, em 1904 o neurologista William Growers introduziu o termo de “fibrosite”, que diz respeito a qualquer forma de inflamação dos tecidos fibrosos musculares. Nesta sequência de termos, muitos se seguiram a ele atribuindo novas denominações, até que em 1979, P. Hanch propõe o nome “síndrome fibromiálgica/fibromialgia” (BRANCO, 2008).

Outro marco importante na história da FM data de 1990, altura em que o Colégio Americano de Reumatologia publicou os critérios classificativos da fibromialgia, que

resultam de um longo processo de investigação de vários especialistas, liderado por Wolfe (CHAITOW, 2003).

Após um ano, foi desenvolvido um questionário sobre o impacto da fibromialgia, no qual se pretendia avaliar as funções, física e psicológica dos doentes portadores de fibromialgia.

Na verdade, o que se constatou após a criação de um novo modelo para a patogénese da fibromialgia, no qual se atribuía enorme valor às alterações dos mecanismos centrais do processamento da dor, foi a ocorrência de múltiplas investigações que demonstraram disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal entre outras.

Em suma, os últimos trinta anos foram alvo de inúmeras publicações acerca de estudos relativos à fibromialgia em revistas científicas internacionais. Pode afirmar-se sem qualquer dúvida que a fibromialgia é “... uma síndrome em geral bem conhecida, nem sempre reconhecida, mas que causa dor e incapacidade a largas faixas da população e, dessa forma, acarreta enormes custos socioeconómicos e motiva o consumo de elevados custos aos Sistemas de Saúde e de Segurança Social” (BRANCO, pág. 21, 2008).

Conceitos

São vários os autores que nos descrevem a fibromialgia. Para ARAGON (2010) “Podemos conceber a fibromialgia como a expressão atual de sofrimentos contemporâneos, resultado de uma transfiguração do tecido social, implicando seus regimes de signos, sua lógica clínica, sua forma de sofrer e de lidar com esse sofrer”.

Numa versão mais precedente, MARQUES apud Wolfe et al (2004) descreve a fibromialgia como “... uma síndrome de dor difusa e crónica, caracterizada pela presença de pelo menos 11 dos 18 pontos anatomicamente específicos chamados de tender points, dolorosos à palpação de cerca de 4Kgf”.

Trata-se de uma síndrome de dor generalizada e crónica, cuja etiologia continua indeterminada sendo o principal alvo as mulheres. É frequentemente acompanhada de sintomas inespecíficos que causam dificuldades no diagnóstico são eles: fadiga, distúrbios do sono e rigidez muscular.

Assim, como salienta BRANCO (2008, pág. 12) “Como não existem sinais físicos visíveis de doença e esta também não provoca alterações dos exames auxiliares de diagnóstico (...), as outras pessoas, incluindo os médicos, podem não perceber a dor, a fadiga e a incapacidade do doente fibromiálgico que, na maioria dos casos, parece bem mas sente-se péssimo”.

1.2 – PREVALENCIA, INCIDÊNCIA, ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

De acordo com BRANCO (2008) nos EUA, os estudos revelam uma prevalência de 2% de indivíduos com fibromialgia, sendo esta sete vezes mais frequente no sexo feminino. Foi por isso considerada o 2º transtorno reumatológico mais frequente.

Relativamente ao limiar da dor, estudos realizados por Wolfe em 1995 apontam para que o limiar da dor nas mulheres é menor, tendo por isso mais *tender points* (MARQUES, 2004).

À semelhança do que aconteceu nos EUA, também na Europa foram desenvolvidos vários estudos de prevalência da FM. Na Noruega, em 1992 foi feito um estudo com mulheres entre os 20 e os 49 anos, cuja prevalência de FM foi de 10,5%. Na Dinamarca em 1993 a população entre os 18 e os 79 anos apresentava uma prevalência de 0,66%.

No Canadá em 1999 a prevalência da FM era de 3,3% nos adultos, sendo que 4,9% eram mulheres e 1,6% Homens.

Em 2007, de acordo com os resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 16,3% da população portuguesa assume que tem ou já teve doença reumática.

No Continente e Madeira a prevalência da patologia situa-se nos 85 anos ou mais (48,6% e 31% respetivamente). Nos Açores o intervalo é entre 75-84 anos. Verificou-se também maior prevalência no sexo feminino (LUCAS e MONJARDINO, 2010).

Em 2004 realizaram-se de acordo com o mesmo Observatório 41575 consultas de Reumatologia nos Hospitais de SNS, dos quais 41,2% foram realizadas em Lisboa e Vale o Tejo, 36% na Região Norte e 20,4% na região Centro e 2,3% Algarve.

Desta forma, os estudos realizado no âmbito de consultas de Reumatologia a nível nacional apontam para uma prevalência de 10% de Fibromialgia, nas consultas de clínica geral os números apontam para uma percentagem de 2%.

Como denota BRANCO (2008, pág. 23) “...o valor da prevalência mais encontrado nos estudos realizados em adultos europeus e norte-americanos situa-se entre os 2 e os 3%. Isto é, duzentos a trezentos mil portugueses, neste caso, sobretudo as portuguesas, sofrem com certeza de fibromialgia”.

Recentemente foi realizado um estudo europeu que envolvia diversos países, cujo resultado foi de que mais de 350mil portugueses seriam fibromiálgicos.

Quanto ao seu impacto pessoal, familiar e socioprofissional, sabe-se que a fibromialgia afeta e muito a qualidade de vida. Em Portugal não se efetuaram até ao momento

estudos sobre o impacto socioeconómico da FM, mas em certos países, 1/3 dos doentes tem de mudar de profissão e 1/4 reforma-se devido à doença.

No Norte da Europa os estudos apontam para que mais de metade dos doentes com FM não consegue realizar tarefas domésticas (BRANCO, 2008).

Etiologia e Fisiopatologia

O fator causal da FM continua indefinido. Grande parte dos doentes associa o aparecimento dos sintomas, à ocorrência de eventos stressantes ou a alterações do estado de saúde, contudo a maioria das pessoas apesar de sujeitas a climas hostis física ou psicologicamente, não desenvolvem a doença.

Com a realização de importantes estudos científicos ao longo dos anos e como salienta HIDALGO (2011) definiram-se algumas teorias acerca da etiogénese da FM, tais como:

- Alterações neuroendócrinas e de neurotransmissão: estudos demonstram baixas taxas de produção de hormona do crescimento e de somatomedina C em doentes com FM. A hormona de crescimento inerente à homeostase e recuperação muscular, necessita de um sono profundo para se produzir, contudo este processo encontra-se comprometido nos doentes com FM devido aos seus distúrbios de sono.
- Transtorno da Tireoide: Em 1990, Honeyman e Lawe estabeleceram relação entre o metabolismo da tireoide e a FM.
- Melatonina: Alterações nesta substância provocam distúrbios no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, com implicações no sono e na perceção da dor. Tanto os problemas de absorção intestinal de triptofano, bem como a ação de anticorpos antiserotonina (ambos percursores da melatonina), poderiam justificar o défice desta hormona.
- Alterações do sono: é uma das características mais predominantes na FM, traduzida num sono não reparador, no qual o despertar resulta num momento altamente desconfortável (maior cansaço, maior intensidade dolorosa e maior rigidez musculoesquelética, comparativamente ao momento de ir deitar).

Duna e Wilke afirmam que as alterações do sono desencadeiam défices na produção de serotonina, cuja baixa produção reduziria a proteção endorfinica à dor, induziria o aumento da substancia P e a uma hiperexcitação simpática e conseqüentemente isquémia e hipersensibilidade dolorosa.

- Microtrauma muscular: estudos revelam uma relação existente entre as lesões musculares repetidas por sobrecarga física laboral e o desenrolar da sintomatologia dolorosa. Constatando-se que determinadas atividades laborais podem desencadear dor crónica que se coaduna com os critérios de FM, enquanto que os trabalhadores não sujeitos a sobrecarga muscular e com menor numero de lesões musculares, geralmente não desencadeiam a doença.
- Traumatismo agudo: grande parte dos doentes atribuiu o início da sintomatologia da FM à ocorrência de um acontecimento traumático (queda, acidente de trabalho, acidente de viação), com atingimento particular da coluna vertebral no seu segmento cervical. As consequências desse trauma resultariam em perturbações funcionais das vias neurológicas, com implicações na perceção sensitiva proveniente dos recetores proprioceptivos.
- Predisposição genética: Vários estudos revelam a existência de agregação familiar na FM. Familiares diretos de doentes com FM têm mais predisposição a esta patologia comparativamente à restante população.
- Aspetos psicológicos: os doentes com FM apresentam mais diagnósticos do foro psiquiátrico. A depressão está presente em cerca de 1/3 dos doentes, que se pressupõe decorrer da dor crónica, insónia, incapacidade funcional, compromisso na qualidade de vida e na desvantagem delas resultante, que simultaneamente promovia o crescendo da dor e da fadiga.

De forma sucinta NEVES (2008) apresenta os fatores desencadeantes da FM, tendo em conta a frequência com que ocorrem.

Quadro 1 – Fatores desencadeantes da FM

Evento	Frequência (%)
Stress crónico	41,9
Trauma emocional	31,3
Doença aguda	26,7
Lesão física	17,1
Cirurgia	16,1
Acidente de Viação	16,1
Abuso emocional e físico enquanto adulto	12,2
Abuso emocional e físico enquanto criança	11,9
Patologia tiroideia	10,3
Menopausa	10,1
Abuso sexual na infância	8,7
Parto	7,6
Abuso sexual em adulto	2,9

Conclui-se portanto que são vários os potenciais fatores etiológicos da FM, contudo não podemos defini-la exclusivamente como um problema orgânico ou puramente psicológico como salienta BRANCO (2008, pág. 27) “A dor na fibromialgia é real, provavelmente devida

a uma disfunção do processamento sensorial doloroso. Assim, as manifestações psicológicas podem ser todas secundárias ao quadro físico doloroso”.

Corroborando esta afirmação NEVES (2008, pág.26) “A etiologia da FM reside nos mesmos alicerces tão incertos e multicausais quanto à sua fisiopatologia. Todavia, a importância de fatores sociais, emocionais, familiares, aliados a uma característica de maior resposta aos estímulos dolorosos, baixo nível de condição cardiovascular e performance muscular, tem vindo a tornar-se importante”.

1.3 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

São escassos os estudos que revelam quais as formas como a fibromialgia se desencadeia. Contudo, os doentes associam que o despoletar da doença se deveu a múltiplas situações, muito díspares por sinal, o que vem revelar a dificuldade de cada doente estabelecer com exatidão o início da sintomatologia fibromiálgica.

Os fatores precipitantes podem ser ambientais, emocionais, físicos ou até mesmo circunstanciais. Embora assumam uma evolução lenta e gradual, a FM desencadeia, na grande maioria dos doentes queixas que evoluem de forma súbita e bem localizada.

Podem ser múltiplas as manifestações clínicas, cujo sintoma cardinal é a dor, contudo as mais comuns são de seguida descritas.

Quadro 2 – Características clínicas da Fibromialgia

Manifestações nucleares (definição)	Manifestações comuns/acessórias (> 25% dos doentes)
Dor generalizada	Cefaleias
Pontos sensíveis	Cólon irritável
Manifestações características (> 75% dos doentes)	Vesícula irritável
Fadiga crónica	Fenómeno de Raynaud
Sono não reparador	Edema “subjetivo”* das extremidades
Alterações do sono	Parestesias
Rigidez (sobretudo matinal)	Impotência funcional
	Síndrome de pernas inquietas
	Perturbações cognitivas (memória, concentração, atenção)
	Alterações psicológicas (ansiedade, depressão)
	Sensibilidade sintomática (frio, stress)
	Síndrome de dor tempero-mandibular)

*referido pelo doente, mas não observado pelo médico

Como refere MATSUTANI (2003, pag.10), a grande maioria dos autores sugere que “...o primeiro desafio consiste no correto reconhecimento deste síndrome e igualmente das suas condições associadas, para que a abordagem de investigação diagnóstica e de conduta terapêutica possam ser bem-sucedidas”.

A complexidade das manifestações clínicas leva a que o doente consulte inúmeros especialistas, sendo alvo de múltiplos exames complementares de diagnóstico e por conseguinte de múltiplos diagnósticos.

Diagnóstico

O diagnóstico da FM é essencialmente clínico tendo como base de apoio os exames complementares de diagnóstico, a fim de excluir outras patologias.

Tal como define NEVES (2008, pág. 41) a FM “...é uma síndrome clínica definida por sintomas e sinais, sem alterações laboratoriais associadas. Consequentemente, o diagnóstico é baseado na presença de achados clínicos positivos e os exames complementares não confirmam, nem excluem a FM”.

O mesmo autor salienta que a grande maioria dos doentes com FM são mulheres que denotam fadiga ou agitação, cuja queixa principal predominante é a dor generalizada e tendencialmente persistente.

Estas queixas não têm um ritmo predefinido mas são mais intensas pela manhã, associadas a rigidez matinal que por vezes é persistente, sendo também comum ao fim da tarde e início da noite.

O exame físico não denota diminuição da força muscular, atrofia, rigidez ou presença de edemas. As amplitudes articulares estão preservadas e o exame neurológico é normal.

A característica mais objetiva é a presença dos pontos dolorosos.

Quadro 3 - Critérios do ACR (1990) para a classificação de FM

Diagnóstico da FM	1. História de dor generalizada*
	Definição: a dor é considerada generalizada quando se verificam todas as seguintes condições: dor do lado esquerdo e dor no lado direito do corpo, dor acima da cintura, dor abaixo da cintura e dor no esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior, ou coluna dorsal ou coluna lombar). A dor generalizada deve estar presente pelo menos há 3 anos.
	2 . Dor à palpação digital de 11 de 18 pontos dolorosos**
	Definição: A dor à palpação deve estar presente em pelo menos 11 dos 18 seguintes pontos bilaterais simétrico: - occipital : bilateral, nas inserções do músculo suboccipital; - Cervical inferior : bilateral, na face anterior dos espaços intertransversários de C5 a C7; - Trapézio : bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo; - Supra-espinhoso : bilateral, imediatamente para fora da junção costocodral da 2ª costela e na face superior; - Epicondilo : bilateral, 2cm externamente ao epicôndilo; - Glúteo : bilateral, no quadrante superior-externo da nádega no folheto anterior do músculo; - Grande trocânter : bilateral, posterior à proeminência trocântérica; - Joelho : bilateral, na almofada adiposa interna, acima da interlinha articular.
	*diz-se que os doentes têm FM se ambos os critérios forem satisfeitos. A presença da segunda entidade clinica não exclui a FM. **a palpação digital deve ser realizada com a força aproximadamente de 4kg. Para que um ponto doloroso seja considerado positivo o doente deve referir que a palpação foi “dolorosa”, uma resposta de “sensível” não deve ser considerada dolorosa.
	Fonte: Critérios de Classificação de FM do Colégio Americano de Reumatologia Wolfe et al., 1990 Arthritis & Rheumatism, vol. 33, pp.160-72

Tratamento

Tal como nos descreve MARQUES (2004) o tratamento da FM continua a ser um forte desafio para todos os profissionais de saúde. Não há dúvida que o foco essencial é o controlo da dor, capacitando a pessoa para manter o seu grau de funcionalidade, minimizando as manifestações clinicas e atenuando conseqüentemente o sofrimento vivido e descrito pelo doente.

Por seu turno BRANCO (2008) vem também denotar que ao longo dos anos foram propostas diversas formas de abordagem terapêutica, reforçando a ideia de que o estabelecer de um diagnóstico correto é primordial para que se possa dar início a uma abordagem terapêutica de qualidade.

O mesmo autor afirma com base nos estudos realizados, que a tomada de consciência da patologia por parte do doente melhora a sua auto-satisfação e permite uma redução na sintomatologia descrita.

As propostas terapêuticas atuais, incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Relativamente às **medidas farmacológicas** e como descreve MARQUES (2004), os estudos apontam eficácia no tratamento no uso de antidepressivos, relaxantes musculares, analgésicos e anti-inflamatórios.

De referir ainda que, o único fármaco aprovado para o tratamento da FM é a pregabalina, pela Autoridade do Medicamento Norte-Americana, no entanto, não está aprovado pela autoridade europeia.

Este fármaco é um anticolvulsivante da 2ª geração derivado da gabapentina, cujos ensaios clínicos revelam que reduz a intensidade da dor, melhora o sono, reduz a fadiga e aumenta a qualidade de vida.

Em suma, BRANCO (2008, pág. 54) afirma que “ A maioria dos fármacos utilizados é constituída por compostos antigos com indicações associadas ao sistema nervoso central-relaxantes musculares, antidepressivos, anticonvulsivantes, analgésicos- com efeito sobre vários neuromediadores-substancia P, serotonina, norepinefrina- que apresentam um amplo espectro de acções centrais-cérebro, espinhal medula- sobretudo no âmbito da sensibilidade e tolerância à dor e sua modelação”.

Relativamente às **medidas não farmacológicas**, os dados resultantes da investigação, vêm reforçar a ideia de que a prática regular de exercício físico, constitui uma mais-valia para o tratamento da fibromialgia. Como refere MATSUTANI (2003) os exercícios de baixa intensidade e todos aqueles em que o doente reconhece os seus limites de dor e esforço, são os mais eficazes.

Exercícios cardiovasculares, treino aeróbico e reforço muscular têm sido benéficos. Os exercícios de alongamento dentro de água reduzem a intensidade da dor, fadiga e rigidez muscular.

Na intervenção não farmacológica à FM, também ganha particular importância a Terapia Cognitivo-comportamental, que consiste na tomada de consciência de que a dor é uma experiência complexa, para a qual contribuem fatores comportamentais, afetivos e cognitivos individuais, para além da fisiopatologia subjacente.

Desta forma, conceitos como o condicionamento clássico e o operante são associados a doentes com dor crónica.

Um estudo realizado, no qual se procedeu a sessões semanais de Terapia Cognitivo-comportamental, demonstrou importantes melhorias na capacidade física, redução da intensidade da dor e sofrimentos emocional, comparativamente ao grupo que não foi alvo da mesma intervenção.

Os estudos revelam não existir uma eficácia simultânea de terapêutica farmacológica e não farmacológica, pelo que uma abordagem multidisciplinar permitiria a identificação assertiva dos quadros clínicos e contexto psicossocial inerente, de forma a direccionar o tratamento para atingir um nível de qualidade de vida superior (AGUIAR, 2008).

2 – QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida tem vindo a tornar-se um tema expressivamente importante para a sociedade.

Como descrevem ALMEIDA, GUTIRREZ e MARQUES (2012), pág. 15 “o senso comum se apropriou desse objecto de forma a resumir melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, sejam elas de ordem económica, social ou emocional”.

A compreensão sobre qualidade de vida circunscreve os mais diversos campos do conhecimento humano, biológico, social, político, económico, entre tantos outros, pelo que as definições do termo são comuns, mas nem sempre concordantes.

O conceito de qualidade de vida tem suscitado inúmeras pesquisas e tem ganho utilizadores nas mais diversas áreas do conhecimento.

Como referem SEIDL e ZANNON (2004) os determinantes e condicionantes envolvidos ao processo de saúde-doença são multifatoriais e simultaneamente complexos.

Desta forma, tanto a saúde com a doença assumem um *continuum* ao qual estão inerentes aspetos económicos, socioculturais, vivências pessoais e estilos de vida.

A 1ª referência ao termo data de 1920 por Pigou, num livro sobre economia e bem – estar. Como não foi valorizado e portanto remetido ao esquecimento, considera-se por parte de alguns autores, que o termo qualidade de vida foi utilizado pela 1ª vez por Lyndon Johnson em 1964 (Presidente os EUA), com a seguinte frase “...os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através do balanço da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (*cit. in KLUTHCOVSKY e TAKAYAMAGUI, 2007*).

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, a consecução de bens materiais refletia-se numa melhoria do padrão de vida e por conseguinte, o termo ganha cada vez mais adeptos sendo usado para medir o quanto uma sociedade se desenvolvia sob o ponto de vista económico.

Acompanhando a evolução dos tempos, foram também incluídos aspetos como o desenvolvimento social, educação, saúde e lazer.

Recentemente valorizam-se fatores como satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção do nível de bem-estar, acessibilidades entre outros.

Na década de 70 Campbell exortou as dificuldades sentidas na conceituação do termo, referindo que “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe o que é”.

Po seu turno, Farquhar *cit in* SEIDL e ZANNON (2004), efetuou revisão bibliográfica até aos meados da década de 90 propondo taxonomia sobre as definições de qualidade de vida.

Quadro 4 – Taxonomia das definições de Qualidade de Vida

TAXONOMIA	CARACTERÍSTICAS E IMPLICAÇÕES DAS DEFINIÇÕES
I – Definição global	1 ^{as} definições. Predominam até meados da década de 80. Muito gerais, não abordam possíveis dimensões do constructo. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação da satisfação/insatisfação com a vida
II – Definição com base me componentes	Baseadas em componentes surgem nos anos 80. Inicia-se o funcionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
III – Definição focalizada	Valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada com saúde. Ênfase em aspetos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.
IV – Definição combinada	Incorporam aspetos dos tipos II e III. Favorecem aspetos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o constructo. Ênfase em aspetos empíricos e operacionais, desenvolvem instrumentos de avaliação global e fatorial.

A partir daí começa a haver unanimidade quanto a dois aspetos relativos ao termo: **subjetividade** (perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre aspetos não médicos) e **multidimensionalidade** (inerente a múltiplas dimensões).

A natureza multidimensional foi validada com base em 4 dimensões que constituíram o instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS:

- a) Física: perceção do individuo sobre a sua condição física;
- b) Psicológica: perceção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva;
- c) Relacionamento social: perceção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e papéis adotados na vida;
- d) Do ambiente: perceção do indivíduo sobre aspetos relacionados com o ambiente de onde vive.

Assim, surgem duas tendências no campo da saúde, uma mais genérica e outra de qualidade de vida relacionada com a saúde. A 1^a vai de encontro à definição da OMS (1995),

a qual define qualidade de vida como “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A 2ª está diretamente relacionada com a percepção que cada um tem e si e dos outros, do mundo que o cerca e pode ser avaliada com base em critérios apropriados como são: a educação; a formação de base, atividade profissional, competências adquiridas, resiliência pessoal, grau de otimismo, necessidades individuais e a saúde (PRAÇA, 2012).

Fatores determinantes em saúde

Corroborando afirmação de PRAÇA (2012), a saúde é indiscutivelmente um fator determinante da qualidade de vida dos indivíduos.

O alcançar de um pleno bem-estar físico, psicológico e social está intrinsecamente dependente de fatores que ultrapassam os limites da medicina, abrangendo a sociedade em geral.

Nos diferentes estudos realizados, surgem múltiplos indicadores tais como: indicadores da capacidade funcional da qualidade de vida, de bem-estar psicológico e satisfação com a vida. Contudo, o conteúdo subjetivo da percepção da saúde tem vindo a ganhar grande relevância na comunidade científica (OLIVEIRA, 2009).

Na opinião de PRAÇA, 2012, pág.18 “É a melhoria da qualidade de vida, um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos a promoção da saúde, da prevenção das doenças e da melhoria da esperança de vida”.

Assim, a mesma autora define como principais fatores determinantes em saúde:

- Indicadores económicos (idade, género, local de residência e estado civil);
- Indicadores socioeconómicos (nível de escolaridade; rendimento e ocupação);
- Indicadores gerais de saúde (história familiar; doença crónica; estilos de vida e personalidade do indivíduo).

A **idade** é considerada como fator fortemente influenciável na saúde e bem-estar, uma vez que o avançar da idade se traduz no aumento de problemas de saúde (ALVES, 2004).

O mesmo autor salienta estudos cujos resultados revelam que a probabilidade dos indivíduos classificarem o estado de saúde como ruim, aumenta significativamente a partir dos 65 anos.

Relativamente ao *género*, a esperança média de vida é tendencialmente superior nas mulheres, comparativamente aos homens, pelo que os índices de morbilidade são superiores.

Um estudo feito na população Britânica, demonstrou que as mulheres afirmam sofrer mais de doenças crónicas limitativas, de restrições nas AVD's e perturbações mentais do que os homens (PRAÇA, 2012).

O *estado civil* é referenciado como fator muito determinante na perceção o estado de saúde. Estudos revelam que as pessoas casadas apresentavam mais saúde e menor mortalidade comparativamente às solteiras. O indivíduo casado apresenta melhor saúde, seguido do solteiro, viúvo e por fim do divorciado (OLIVEIRA, 2009).

No que diz respeito aos *indicadores socioeconómicos*, COSTA (2009), afirma que o motivo pelo qual as pessoas com maior nível de escolaridade experimentam melhores níveis de saúde deve-se ao facto de que a educação desenvolve a autoeficácia, promovendo a sua saúde individualmente.

Estudos realizados na Holanda referem que quanto maior o nível de escolaridade, menor é a incidência de doenças crónicas e melhor é a autoavaliação da saúde (CABRAL [et al.], 2002 *cit. in* PRAÇA, 2012).

Conclui-se assim que “A educação cria uma afinidade cultural com o discurso médico oficial e uma maior abertura às mensagens preventivas. Diferentes níveis de escolaridade estão associados a diferentes valores, normas, hábitos e atitudes, que contribuem para a explicação da maneira como cada pessoa contribui e percebe o seu estado de saúde” (PRAÇA, 2012, pág.21).

Por seu turno, também a ocupação é determinante na perceção do estado de saúde. Ocupação menos prestigiada é diretamente proporcional ao estado de saúde.

Tal como seria de esperar, indivíduos com rendimento superior, podem escolher determinados comportamentos saudáveis (atividade física/nutrição) que um indivíduo de classe social baixa não usufrui e por isso apresenta pior nível de saúde.

Conclui-se assim que as circunstâncias socioeconómicas dos espaços em que cada um vive, os fatores ambientais e as particularidades da comunidade na qual se inserem a quantidade e qualidade dos serviços públicos oferecidos determinam os níveis de saúde.

Na continuidade do seu trabalho de investigação PRAÇA (2012), refere que a capacidade individual de se perceber o estado de saúde assume-se como principal indicador para a monitorização em saúde.

Outro aspeto importante relaciona-se com o estilo de vida, a adesão a determinadas atitudes e comportamentos, a prática de exercício físico demonstra fortes melhorias no estado

de saúde. O estilo de vida adotado vai influenciar de forma positiva ou negativa o seu estado de saúde.

Com o aumento da longevidade o número de doenças crónicas como é exemplo a FM, também aumentou, apresentando uma relação significativa com o estado subjetivo, pois a Auto percepção da saúde diminui com o aumento das doenças crónicas.

Com igual nível de pertinência surge a capacidade funcional, relativa à capacidade e desempenhar as AVD's ou determinado ato, a fim de assegurar as condições mínimas de sobrevivência ou com vista a proporcionar bem-estar e qualidade de vida.

Determinantes da qualidade de vida são também aspetos sociais como o papel social na família, no trabalho e na comunidade, como também os aspetos emocionais, a confiança, capacidade de tomar decisões e avaliar, incluindo também sentimentos de autoestima, atitudes de relacionamento, pensamentos sobre o futuro e eventos críticos da vida.

O uso de instrumentos de avaliação da qualidade de vida tem sido reconhecido como essenciais na investigação clínica na saúde.

O FIQ (desenvolvido por Burckhard [et al.], 1991) tem sido amplamente usado na avaliação dos doentes com fibromialgia.

2.1 – IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS

De acordo com estudos realizados em 1999 por Martinez et al *cit in* MATSUTANI (2003), verificou-se que a qualidade de vida dos doentes portadores de FM era significativamente menor. Facto esse intrinsecamente relacionado com o impacto desta patologia na capacidade funcional para efetuar as atividades de vida diárias (AVD's), maior limitação no trabalho, bem como maior impacto de fatores psicológicos, tais como ansiedade e depressão no bem-estar individual.

Verifica-se também um nível de dor mais significativo e seu condicionamento na realização de AVD's, menor vitalidade e pior capacidade de integração na sociedade.

De acordo com MATSUTANI (2003), em 1998 Schlenkct [et al.], procederam à comparação entre a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia e doente com outras patologias (ex.: DPOC; cancro da próstata), concluindo que os doentes com FM, apresentam um nível mais elevado de dor e seu consequente impacto na realização de AVD's.

Também foram realizados estudos com o intuito de avaliar até que ponto a FM condiciona a capacidade para o trabalho. Pelo que em 1999, White descreve que 87% dos pacientes revela que a dor é a principal causa de limitação para o trabalho, seguida da fadiga (80%) e fraqueza (73%). Também 74% dos indivíduos, revela que diminuiu substancialmente o nível das suas atividades usuais.

Com base nos mesmos princípios ABREU (2011) também faz alusão a vários estudos. Verbent [et al.] (2011) concluem que os portadores de FM sofrem grande impacto na qualidade de vida, cujo fator principal é a dor. Também o estado psicológico/emocional se encontra comprometido relativamente a outros doentes com síndromes de dor crónica.

Num estudo desenvolvido por o mesmo autor, concluiu-se que “quanto mais tempo decorreu até à confirmação do diagnóstico, com maior número de médicos consultados antes e após o diagnóstico, mais severa é a interferência clínica da FM na qualidade de vida”.

Corroborando estes mesmos resultados também NOGERAS, PINTO e ARENILLAS (2011), desenvolveram um estudo que pretendia analisar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida, verificando-se que esta está gravemente afetada, quando comparada com a restante população, sendo as dimensões mais afetadas: a dor; problemas físicos, vitalidade e perceção da saúde em geral.

A prática de exercício físico tem vindo a ser gradativamente recomendada, como parte integrante dos programas de reabilitação a instituir nos doentes com FM, com o intuito de diminuir a sintomatologia e otimizar a capacidade física individual.

Com a finalidade de avaliar qual a relação existente entre a implementação de um programa de treino e a melhoria dos sintomas da FM, Valkeinen [et al.] (2008) *cit. in* SOARES (2011), foi posto em prática um treino intensivo a 26 mulheres, atingindo-se resultados notórios na redução dos sintomas e na melhoria da capacidade física.

Quando se associa ao programa de treinos, plataformas vibratórias, Alentorn-Geli [et al.] (2008) *cit. in* SOARES (2011), os sintomas como a intensidade da dor e a fadiga, podem ser reduzidos em cerca de 30%, quando comparados com os que não usam esta plataforma.

Com base na sua revisão sistemática SOARES (2011) conclui que a modalidade que demonstrou mais benefícios foi a hidroterapia, dado que todos os doentes referem melhorias significativas na sua qualidade de vida. Isto inclui a prática regular (3 vezes por semana), durante longos períodos (pelo menos 8 meses).

Sob o ponto de vista do uso da eletroterapia, também se verificou melhoria na intensidade da dor, redução do números de pontos dolorosos, rigidez muscular e espasmos musculares.

Conclui-se portanto com base na análise dos diferentes estudos realizados, que estes não são suficientes para deduzir e tirar conclusões exatas sobre quais as modalidades, que mais benefícios proporcionam no colmatar da sintomatologia e na qualidade de vida, pelo que se torna primordial e imprescindível que maior e mais investigação se faça nesta área, para que a Enfermagem de Reabilitação possa intervir eficazmente.

II PARTE – TRABALHO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

Na fase metodológica, delineou-se o problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, procedeu-se uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática em estudo, tendo a preocupação de selecionar os aspetos mais pertinente e atuais.

De acordo com FORTIN (2009) a fase metodológica é definida como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a investigação científica.

A qualidade de vida dos doentes com FM está diretamente relacionada com a capacidade para desempenhar as mais diversas atividades fazendo uso das capacidades físicas, mentais, sociais e funcionais.

Assim, emerge quantificar-se a qualidade de vida do individuo fibromiálgico e qual o real impacto desta patologia em relação às variáveis sociodemográficas, clinicas e à dor.

No sentido de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com fibromialgia bem como as variáveis que a influenciam, foram formuladas as seguintes Questões de Investigação:

- Será que a fibromialgia interfere na qualidade de vida dos indivíduos portadores desta doença?
- Em que medida os fatores sociodemográficos, clínicos e percepção da dor influem o impacto sentido?

Na procura de respostas para as questões supracitadas foram formulados os seguintes objetivos:

- Identificar as condições sociodemográficas dos participantes;
- Conhecer características clinicas dos pacientes com fibromialgia
- Avaliar o impacto da FM na qualidade de vida dos indivíduos portadores da doença.
- Verificar em que medida as variáveis sociodemográficas têm efeito significativo na qualidade de vida dos indivíduos com fibromialgia.

- Analisar a associação existente entre as variáveis clínicas e a qualidade de vida dos indivíduos.
- Quantificar a dor do doente fibromiálgico e relacioná-la com a limitação na realização das AVD's.

O estudo realizado é de natureza quantitativa, transversal e descritiva. Possui, ainda, uma componente analítica que incide, especificamente, sobre a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia.

AMOSTRA

A técnica de amostragem para selecionar os doentes com fibromialgia foi não probabilística¹. A amostra ficou constituída por 70 doentes, a maioria dos quais frequenta a consulta da dor no Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro EPE- Unidade de Vila Real e no Centro Hospitalar Tondela-Viseu – Unidade de Viseu.

A colheita de dados ocorreu nos meses de Novembro de 2012 a Maio de 2013.

Como critérios de inclusão foram considerados todos os doentes com diagnóstico de Fibromialgia com base nos critérios do CAR.

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A investigação leva-nos à construção de enunciados formais que estabeleçam uma relação possível entre duas ou mais variáveis, a população e o tipo de investigação, isto é, implica a estruturação de hipóteses (FORTIN, 2009).

Assim, tendo em conta que uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis em estudo, neste trabalho, partindo-se do conhecimento teórico e prático, elaboram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – A Qualidade de vida dos doentes com Fibromialgia é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Habilitações Literárias/Académicas e situação profissional atual);

¹Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem, (Maroco, 2007)

Hipótese 2 – As variáveis clínicas influenciam a qualidade de vida dos doentes com Fibromialgia;

Hipótese 3 – A dor e a intensidade dos sintomas predizem um forte impacto na qualidade de vida dos doentes com Fibromialgia;

DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

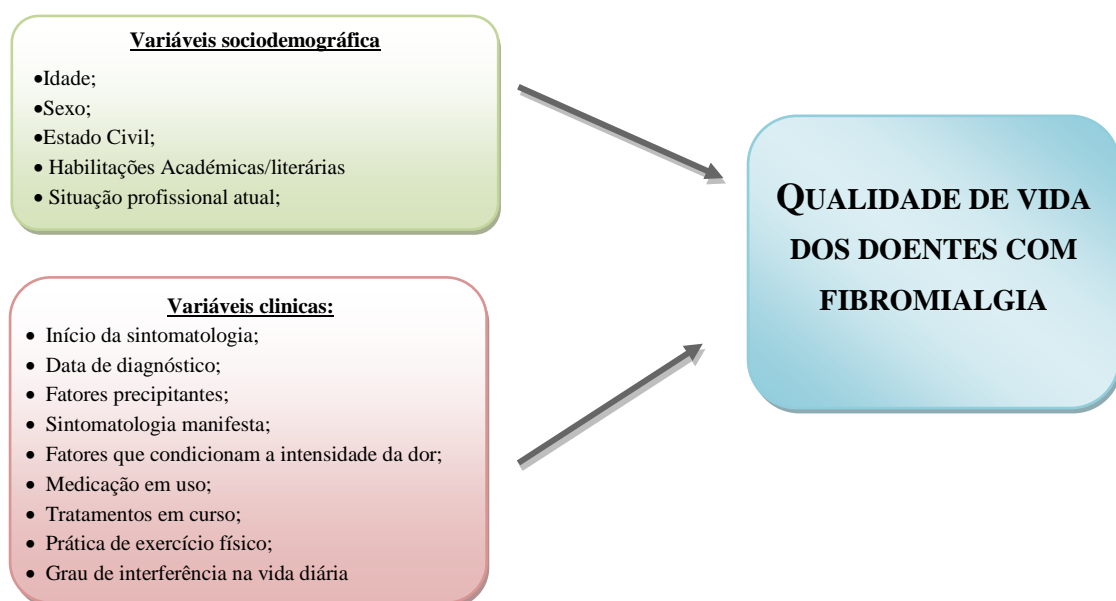
De acordo com as hipóteses enunciadas foi elaborado o desenho de investigação, que constituiu um excelente guia para a realização e progresso deste estudo.

Assim, considera-se como variável dependente **o impacto da fibromialgia na Qualidade de vida dos indivíduos**, e como variáveis independentes descrevem-se as seguintes:

- Variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, Habilitações Literárias/Académica e situação profissional atual);
- Variáveis de caracterização clínica (início da sintomatologia, data de diagnóstico, médico assistente, fatores desencadeantes da doença, sintomatologia manifesta, fatores que modificam a intensidade da dor, medicação em uso, tratamentos em curso, prática de exercício físico e nível de interferência da doença na vida diária).

-

Figura 1 – Representação gráfica da articulação das variáveis



Instrumento de colheita de dados

De acordo com os objetivos do estudo, as características dos diversos instrumentos de colheitas de dados e a população em estudo desenvolveu-se um instrumento de colheita de dados, constituído por 4 partes.

A 1ª parte diz respeito aos dados sociodemográficos das pessoas portadoras de Fibromialgia, nomeadamente no que diz respeito ao género; idade; se vive só ou acompanhado; local de residência, habilitações académicas; profissão; situação profissional e carga horária/dia.

Numa 2ª parte relativa à caracterização clínica, pretende-se saber o tempo de início da sintomatologia dolorosa; especialidade médica que procedeu ao diagnóstico da patologia em estudo; determinar quem acompanha a pessoa na fase atual; quais os potenciais fatores causais; sintomas presentes; fatores que agravam a intensidade da dor, medicação em uso; tratamento instituído; prática de exercício físico; fisioterapia e qual o impacto sentido na vida diária.

Relativamente à 3ª parte, pretende-se avaliar a dor, sua durabilidade e qual o período do dia em que é mais intensa.

Para avaliar a dor foi utilizada a escala das faces, na qual é solicitado à pessoa que classifique a intensidade da dor de acordo com a mimica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde à classificação “sem dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação de “dor máxima”. Por fim regista-se o número equivalente à face selecionada (DGS, 2003).

Finalmente numa 4ª e última parte é apresentado o FIQ (Questionário do Impacto da Fibromialgia).

O FIQ é um instrumento que foi desenvolvido para medir o estado de saúde e a capacidade funcional dos doentes com FM e para avaliar a sua progressão clínica bem como os resultados terapêuticos. Contém 20 questões agrupadas em 10 itens. O 1º item contém 11 sub-itens e centra-se na capacidade do doente executar as tarefas diárias (cozinhar; limpar; andar; mobilidade, entre outras). As respostas estão distribuídas numa escala tipo Likert de 0 (capaz de fazer sempre) a 3 (incapaz de fazer). Os 11 sub-itens são somados e divididos pelo número de resultados obtidos, para se obter o resultado funcional. Os dois itens seguintes pedem ao doente para assinalar o número de dias, na semana anterior, em que se sentiu bem e em que faltou ao trabalho. Os últimos 7 itens: a capacidade de trabalho; a dor; a fadiga; o cansaço matinal; a rigidez; a ansiedade e a depressão – são medidas através de uma escala

visual analógica (EVA) de 0 a 10 (10cm), com 10 indicando a incapacidade máxima. Os valores do FIQ variam de 0 a 100 a indicar o impacto máximo da FM.

No que respeita à análise da consistência interna da FIQ, (cf. Quadro5) verificamos que para a globalidade dos itens (valor total) temos um valor de alfa de Cronbach de 0,892, o que revela uma boa consistência interna. Para cada um dos itens verificou-se uma consistência razoável uma vez que os valores oscilaram entre 0,733 no item depressão e 0,781 no item faltas ao trabalho.

Quadro5- Consistência interna da escala FIQ

Questões	Alpha cronbach's
Capacidade Funcional	0,767
Sentir-se bem	0,766
Faltas ao Trabalho	0,781
Capacidade de Trabalhar	0,743
Dor	0,742
Fadiga	0,740
Cansaço Matinal	0,740
Rigidez	0,742
Ansiedade	0,735
Depressão	0,733
Total	0,892

1.1 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

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

- **Frequências:** Absolutas (N) e Percentuais (%)
- **Medidas de tendência central:** Médias (\bar{x}) e Medianas (Md)

- **Medidas de dispersão ou variabilidade:** Desvios padrão (Dp) e Coeficientes de variação (CV)

O **coeficiente de variação** permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo (PESTANA e GAGEIRO, 2008):

- CV \leq 15% – Dispersão fraca;
- 15% < CV \leq 30% – Dispersão média;
- CV > 30% – Dispersão elevada.

- **Medidas de simetria e achatamento:**

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana e Gageiro (2008) consideraram os seguintes valores de referência:

Desta forma, para $p = 0,05$ uma distribuição é:

- * Simétrica – quando “ [Skewness/std_{Error}] < 1,96, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- * Assimétrica – quando “ [Skewness/std_{Error}] > 1,96, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- * Mesocúrtica quando [kurtosis/std_{Error}] < 1,96;
- * Platicúrtica quando [kurtosis/std_{Error}] < -1,96;
- * Leptocúrtica quando [kurtosis/std_{Error}] > 1,96;

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respectivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes para a distribuição ser considerada normal.

O teste **Kolmogorov-Smirnov (K-S)** serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (PESTANA e GAGEIRO, 2008).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos. Quando esta distribuição normal não se verifica temos que utilizar testes não paramétricos.

Em relação à estatística inferencial, fizemos uso de testes não paramétricos, uma vez que a variável dependente não tem uma distribuição normal. Neste sentido e em relação à estatística analítica utilizámos:

Testes Não-Paramétricos

- **Teste U-Mann Withney** – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes, ou seja, compara os valores das medianas. Este teste é utilizado quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (PESTANA e GAJEIRO, 2008, p. 433).
- **Teste de Kruskal-Wallis (KRUSKAL-WALLIS)** - Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (PESTANA e GAJEIRO, 2008, p. 482).
- **Teste de Qui Quadrado (X^2)** - Este teste permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do factor, estas são ou não iguais entre si (PESTANA e GAJEIRO, 2008, p. 386)

III PARTE – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

1 – RESULTADOS

O presente capítulo tem por finalidade apresentar e analisar os resultados obtidos nesta investigação, a partir dos questionários aplicado aos Participantes.

A organização e sequência dos assuntos apresentados terão em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de colheita de dados, os objetivos propostos para o estudo e ainda o referencial teórico de suporte.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, uma vez que facilitam uma melhor visualização, permitindo uma leitura mais clara e objetiva. As tabelas onde não apresentamos totais nas colunas referem-se a resultados onde eram permitidos respostas múltiplas. Também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados.

Em termos de tratamento, começaremos por apresentar uma estatística descritiva e só posteriormente realizada a análise inferencial.

I – Caracterização Sociodemográfica dos Inquiridos

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo.

Idade e género

A tabela 1 permite constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 70 participantes, sendo que 59 pertencem ao sexo feminino e 11 ao sexo masculino.

Constatamos também que a **idade** da amostra total oscila entre um valor mínimo de 39 e um máximo de 75 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 56,47 anos, um desvio padrão de 8,57 e um coeficiente de variação de 15,17%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do **género**, verificamos que a média de idades para o sexo feminino (\bar{x} =56,08) é ligeiramente inferior à do sexo masculino

($\bar{x} = 58,55$), apresentando o primeiro grupo uma baixa dispersão, e o segundo uma dispersão moderada.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes.

Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk	K	CV (%)
Masculino	11	40	70	58,55	9,69	-1,13	-0,23	16,54
Feminino	59	39	75	56,08	8,38	-0,11	-0,89	14,94
Total	70	39	75	56,47	8,57	-0,45	-1,16	15,17

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra, que a percentagem mais elevada se encontra no último escalão (61-75), seguindo-se o segundo com 34,3% e apenas 28,6% se encontra entre os 39-50 anos. Com se pode verificar existe uma assimetria relevante entre homens e mulheres, contudo não se verificam diferenças significativas na distribuição.

Com quem vive

Os resultados relativos à situação com quem vive mostram (c.f. tabela 2), que o maior número de respostas (72,9%) se reporta à alternativa *acompanhado*, seguindo-se o item “sozinho” para 27,1 %.

Avaliando esta distribuição por sexo verificamos, que quer homens quer mulheres, vivem essencialmente acompanhados e apenas uma pequena percentagem de uns e outros se localiza no item sozinho.

Onde vive

Os resultados desta variável mostram que a maioria (51,4%) dos pacientes com fibromialgia reside em meio urbano enquanto 48,6 % vive em meio rural.

Avaliando de igual modo esta distribuição por sexo verificamos, que os homens vivem essencialmente em meio urbano (11,4%) ao inverso das mulheres que vivem maioritariamente (44,3%) em meio rural.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos da amostra

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO					
	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
39-50	2	2,9	18	25,7	20	28,6
51-60	3	4,3	21	30,0	24	34,3
61-75	6	8,6	20	28,6	26	37,1
COM QUEM VIVE						
Sozinho	2	2,9	17	24,3	19	27,1
Acompanhado	9	12,9	42	60,0	51	72,9
ONDE VIVE						
Meio rural	3	4,3	31	44,3	34	48,6
Meio Urbano	8	11,4	28	40,0	36	51,4
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS						
1º Ciclo (4ª classe)	3	4,3	28	40,0	31	44,3
2º Ciclo (até 6º ano)	3	4,3	4	5,7	7	10,0
3º Ciclo (até 9º ano)	1	1,4	8	11,4	9	12,9
Ensino Secundário	2	2,9	8	11,4	10	14,3
Ensino Superior	2	2,9	11	15,7	13	18,6
TOTAL	11	15,7	59	84,3	70	100,0

Habilitações Académicas

A tabela 2 mostra que o nível de escolaridade dos nossos pacientes é ligeiramente baixo. Assim, com maior destaque (44,3%) encontramos os que tem 4 anos de escolaridade, seguindo-se os que têm ensino superior com 18,6% e com um valor próximo deste (14,3%) aqueles que possuem o ensino secundário.

Em termos de habilitações académicas existem algumas diferenças por género uma vez que para as mulheres o maior valor percentual (40,0%) se situa no item inferior (4ª classe) e no caso dos homens existe uma distribuição mais equitativa pelos diversos níveis.

Profissão

Relativamente à variável descrita, verificamos que o grupo profissional mais representativo é o doméstico com 30,8%, seguindo-se o grupo dos administrativos 25,0% e em terceiro lugar, os técnicos superiores com 15,4%. Com menores valores percentuais, temos ainda os grupos profissionais constantes da tabela 3.

Analisando a distribuição profissional por género, constatamos que os homens desempenham profissões de nível superior relativamente às mulheres.

Situação Profissional

Quanto à situação profissional, verificamos que a maioria dos participantes ainda se encontram a trabalhar (59,7%) seguindo-se os reformados com 29,0%, e por fim os desempregados com 11,3%.

Analisando a distribuição da situação profissional por género, constatamos que os homens que estão a trabalhar e em reforma se encontram em igual nº (8,1%), enquanto as mulheres seguem a distribuição verificada para a amostra total.

Número de horas de trabalho dia

A tabela 3 mostra que o nº de horas trabalho/dia dos nossos inquiridos varia entre 7 e 10 horas. Assim, com maior destaque (43,2%) encontramos os que trabalham 8 horas por dia, 37,8% trabalha em média 10 horas e os restantes 18,9% referem 7 horas.

A distribuição por sexo não revela diferenças significativas relativamente a esta variável.

Tabela 3 – Dados sociodemográficos da amostra (continuação)

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PROFISSÃO						
Administrativo	2	3,8	11	21,2	13	25,0
Agricultor	1	1,9	3	5,8	4	7,7
Bancário	-	-	1	1,9	1	1,9
Cabeleireiro/esteticista	-	-	5	9,6	5	9,6
Comerciante	-	-	5	9,6	5	9,6
Doméstica	-	-	16	30,8	16	30,8
Técnico superior	3	5,8	5	9,6	8	15,4
SITUAÇÃO PROFISSIONAL						
A trabalhar	5	8,1	32	51,6	37	59,7
Desempregado	1	1,6	6	9,7	7	11,3
Reformado	5	8,1	13	21,0	18	29,0
Nº DE HORAS/DIA						
7h	1	2,7	6	16,2	7	18,9
8h	3	8,1	13	35,1	16	43,2
10h	2	5,4	12	32,4	14	37,8

II – Caracterização Clínica dos Inquiridos

Os resultados que apresentamos nesta seção visam fundamentalmente proceder a uma caracterização clínica dos participantes. Serão abordados diferentes aspetos ligados a fibromialgia do tipo: data do diagnóstico, quem fez esse diagnóstico, especialista que trata, eventos relacionados com o aparecimento da doença, sintomas mais frequentes, fatores agravantes da dor, etc....

Início da sintomatologia

De acordo com os dados da tabela 4 os primeiros sintomas da doença para 40,0% dos participantes, surgiram há mais de 10 anos; seguem-se os que referem ter surgido entre 1-5 anos (34,8%), e o menor nº (23,2%) entre 6 a 9 anos.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que os homens descobriram os sintomas mais recentemente que as mulheres que também aqui seguem a distribuição da amostra total.

Data do diagnóstico

De acordo com os dados da tabela 4 a data do diagnóstico para 41,4% dos participantes, foi feito no período temporal que vai de 0-3 anos, 35,7% referem 4-6 anos e os restantes por um período superior a 7 anos.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que apenas dois homens descobriram o diagnóstico há mais de 7 anos contra 20.0% das mulheres.

Especialidade que diagnosticou

Quisemos saber por quem tinha sido feito o diagnóstico: os dados mostram que para a maioria dos nossos inquiridos foi o reumatologista, seguindo – se o ortopedista para 25,7%, distribuindo-se os restantes por neurologistas, psiquiatras e outros. No item outros discriminavam, fisiatras, médicos de medicina interna e médicos da família.

A distribuição por sexo não revela diferenças significativas relativamente á distribuição de amostra total.

Especialidade responsável por tratamento

Na sequência da questão anterior quisemos saber quem instituía o tratamento: os dados mostram uma variedade de especialistas, contudo para 42,9% dos nossos inquiridos é o reumatologista, seguindo – se o ortopedista e outros para 34,3% com igual valor percentual. Também aqui o item “outros”, especifica fisiatras, medicina interna médicos da família e consulta da dor.

A distribuição em função das respostas de género não revela diferenças significativas relativamente á distribuição de amostra total.

Tabela 4 – Dados sobre a situação clínica dos participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		N	%	N	%
INÍCIO DA SINTOMATOLOGIA						
De 1 a 5 anos	5	7,2	19	27,5	24	34,8
De 6 a 9 anos	3	4,3	13	18,8	16	23,2
≥ 10 anos	3	4,3	26	37,7	29	40,0
DATA DO DIAGNOSTICO						
De 0 a 3 anos	4	5,7	25	35,7	29	41,4
De 4 a 6 anos	5	7,1	20	28,6	25	35,7
≥ 7 anos	2	2,9	14	20,0	16	22,9
QUEM DETETOU						
Reumatologista	9	12,9	35	50,0	44	62,9
Ortopedista	3	4,3	15	21,4	18	25,7
Neurologista	1	1,4	7	10,0	8	11,4
Psiquiatra	-	-	1	1,4	1	1,4
Outro	1	1,4	6	8,4	7	9,8
RESPONSÁVEL TRATAMENTO						
Reumatologista	7	10,0	23	32,9	30	42,9
Ortopedista	4	5,7	20	28,6	24	34,3
Neurologista	2	2,9	9	12,9	11	15,7
Psiquiatra	3	4,3	10	14,3	13	18,6
Outro	1	1,4	23	32,9	24	34,3

Causas da doença

A multicausalidade percebida é uma característica dos pacientes com fibromialgia que também está presente nos elementos do nosso estudo. Assim, os dados mostram que, para 25,7% dos nossos inquiridos a causa foi um trauma físico, com igual percentagem causa desconhecida, seguindo-se a depressão e os traumas emocionais. No entanto são também referidos situações do tipo, cirurgias, uso de medicamentos, mudanças no estilo de vida, doença ocupacional e herança genética.

A distribuição em função das respostas de género não revela diferenças significativas relativamente á distribuição de amostra total.

Sintomas mais presentes

Os sintomas mais presentes (com maiores valores percentuais) nos nossos participantes são o cansaço/fadiga, dores localizadas, as perturbações do sono e rigidez articular. Há ainda quem refira outro tipo de sintomas mas com relevância percentual inferior. Acrescentam ainda em resposta aberta tristeza, ideias suicidas e sensação de compressão no peito.

A distribuição das respostas de género não difere substancialmente da distribuição de amostra total.

Tabela 5 – Dados sobre a situação clínica dos participantes (continuação)

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CAUSA DA DOENÇA						
Trauma Físico	5	7,1	13	18,6	18	25,7
Cirurgia	1	1,4	4	5,7	5	7,1
Uso de medicamentos	-	-	8	11,4	8	11,4
Mudança no estilo de vida	-	-	6	8,6	6	8,6
Doença ocupacional	1	1,4	3	4,3	4	5,7
Trauma emocional	1	1,4	12	17,1	13	18,6
Depressão	-	-	16	22,9	16	22,9
Herança genética	2	2,9	5	7,1	7	10,0
Desconhece	2	2,9	16	22,9	18	25,7
Outra	-	-	2	2,9	2	2,9
SINTOMAS DA DOENÇA						
Cansaço/fadiga	11	15,7	58	82,9	69	98,6
Dor localizada	11	15,7	55	78,6	66	94,3
Perturbações do sono	10	14,3	53	75,7	63	90,0
Perda de memória	3	4,3	30	42,9	33	47,1
Rigidez articular	10	14,3	51	72,9	61	87,1
Ansiedade excessiva	6	8,6	34	48,6	40	57,1
Dificuldades na concentração	4	5,7	36	51,4	40	57,1
Formigueiro	6	8,6	51	72,9	57	81,4
Outros	-	-	3	4,3	3	4,3

Fatores que influenciam a dor

Sabemos que a dor pode ser condicionada por diversos fatores: assim quisemos conhecê-los e os dados da tabela 6 mostram que por ordem de importância temos o esforço físico (88,6%), o stress (72,9%), o período noturno (64,3%), e o estado emocional (62,9%).

A distribuição das respostas de género mostra que a sequência assumida pelas mulheres é o esforço físico, o stress e o estado emocional, enquanto para os homens é o esforço físico, o período noturno e o stress.

Tabela 6 – Práticas de exercício físico e fisioterapia dos participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		N	%	N	%
FACTORES QUE AFECTAM A DOR						
Esforço físico	10	14,3	52	74,3	62	88,6
Stress	8	11,4	43	61,4	51	72,9
Período noturno	10	14,3	35	50,0	45	64,3
Estado emocional	5	7,1	39	55,7	44	62,9
MEDICAMENTOS USADOS						
Antidepressivos	5	7,1	30	42,9	35	50,0
Relaxante muscular	8	11,4	42	60,0	50	71,4
Analgésico	10	14,3	55	78,6	65	92,9
Anti-inflamatório	5	7,1	32	45,7	37	52,9
OUTROS TRATAMENTOS						
Psicoterapia	5	7,1	27	38,6	32	45,7
Acupunctura	3	4,3	18	25,7	21	30,0
Massagem	3	4,3	22	31,4	25	35,7
Fisioterapia/reabilitação	8	11,4	26	37,1	34	48,6
Nenhum	2	2,9	14	20,0	16	22,9
Outros	-	-	6	8,6	6	8,6

Medicamentos usados

Relativamente aos medicamentos usados pudemos constatar que para 92,9% dos Participantes os analgésicos assumem a primeira posição, seguindo-se os relaxantes musculares para 71,4%, na terceira posição temos os anti-inflamatórios e por fim os antidepressivos.

A distribuição das respostas por género corresponde á distribuição de amostra total.

Outros tratamentos

Na sequência da questão anterior quisemos ainda conhecer outras medidas terapêuticas utilizadas: os dados mostram que de facto as pessoas recorrem a outras alternativas de tratamento ou seja 48,6% dos nossos inquiridos faz fisioterapia/reabilitação, 45,7% recorre a psicoterapia 35,7% a massagem e 30,0% à acupunctura. Apenas 22,9% não recorre a nada e 8,6% faz hidroginástica.

A distribuição em função das respostas de género não revela diferenças significativas relativamente á distribuição de amostra total.

Prática e tipo de exercício físico

A tabela 7 expressa, um conjunto de dados sobre as práticas de atividade física: assim verificamos que 51,4% dos inquiridos pratica exercício físico e 48,6% responde não praticar. Além disso verificamos que as mulheres praticam mais exercício do que os homens.

Quisemos ainda saber junto do grupo que respondeu afirmativamente que tipo de atividade praticava. Os resultados mostram que a atividade mais praticada (27,1%) é a caminhada, seguindo-se a hidroterapia para 21,4%. A sequência apresentada é também seguida nas respostas por género.

Faz fisioterapia?

Procurámos ainda indagar se fazem no seu dia-a-dia fisioterapia: as respostas mostram que 51,4% dos inquiridos responde sim e 48,6% responde não. Junto dos que responderam sim perguntámos sobre o nº de sessões que faziam, e as respostas dividiram-se entre as 0-2 sessões para 54,3% e as 3-5 por semana para os restantes 47,7%.

Tabela 7 – Práticas de exercício físico e fisioterapia dos participantes

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PRÁTICA EXERCÍCIO FÍSICO						
Sim	4	5,7	32	45,7	36	51,4
Não	7	10,0	27	38,6	34	48,6
TIPO EXERCÍCIO						
Caminhar	2	2,9	17	24,3	19	27,1
Hidroterapia	1	1,4	14	20,0	15	21,4
PRÁTICA FISIOTERAPIA						
Sim	8	11,4	28	40,0	36	51,4
Não	3	4,3	31	44,3	34	48,6
Nº DE SESSÕES SEMANAIS						
0-2	5	14,3	14	40,0	19	54,3
3-5	3	8,6	13	37,1	16	45,7
INTERFERÊNCIA NAS AVD'S						
Extremamente incapacitante	-	-	2	2,9	2	2,9
Bastante incapacitante	5	7,1	30	42,9	35	50,0
Moderadamente incapacitante	6	8,6	26	37,1	32	45,7
Discretamente incapacitante	-	-	1	1,4	1	1,4
Nada incapacitante	-	-	-	-	-	-

Interferência da fibromialgia nas AVD's

Uma questão que nos pareceu fulcral neste estudo prende-se com a perceção que os indivíduos com fibromialgia têm da interferência ou incapacidade da doença nas suas atividades de vida diárias.

As respostas dadas permitem-nos constatar que 50,0% acha a doença bastante incapacitante e 45,7% moderadamente incapacitante. Apenas 2,9% (do sexo feminino) a classifica como extremamente incapacitante e ninguém acha que é “nada incapacitante”.

III – Avaliação da Dor

Os resultados que apresentamos nesta seção visam fundamentalmente proceder a uma caracterização da dor sentida pelos participantes. Deste modo queremos saber há quanto tempo sente dor associada à fibromialgia, período do dia em que a dor agrava e ainda o modo como a classificam segundo a escala das faces.

Do sexo feminino A tabela 8 demonstra que a maioria (91,4%) dos inquiridos apresenta dor num período temporal que oscila entre 1 e 10 anos. Apenas 8,6% refere dor há mais de 10 anos, sendo todos os elementos.

Já quanto ao período do dia em que a dor é mais intensa, verificamos que para a maioria das pessoas é o período da noite, seguindo-se com igual valor percentual o período da manhã e o acordar e ao deitar. O período da tarde é o menos referido.

Tabela 8 – Dados sobre a avaliação da dor dos participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
TEMPO DA DOR								
1-5	6	8,6	29	41,4	35	50,0		
6-10	5	7,1	24	34,3	29	41,4		
≥ 11	-	-	6	8,6	6	8,6		
PERIODO DO DIA								
De manhã	2	2,9	11	15,7	13	18,6		
A tarde	1	1,4	3	4,3	4	5,7		
A noite	7	10,0	33	47,1	40	57,1		
Ao acordar e ao deitar	1	1,4	12	17,1	13	18,6		
TOTAL	11	15,7	59	84,3	70	100,0		

Quantificação da dor

A tabela 9, permite constatar o modo como os participantes do nosso estudo quantificam a dor de acordo com a escala de faces. Esta oscila entre 0 (sem dor) até 5 (dor máxima).

Constatamos que a **dor** da amostra total oscila entre o valor mínimo de 1 e um máximo de 5 correspondendo-lhe uma média de 3,83 um desvio padrão de 0,79 e um coeficiente de

variação de 20,62%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas em função do **género**, verificamos que a média da dor para o sexo feminino ($\bar{x}=3,80$) é ligeiramente inferior à do sexo masculino ($\bar{x}=4,00$), apresentando homens e mulheres uma dispersão moderada em torno da média.

Tabela 9 – Estatísticas quantificadoras da dor dos Participantes.

Dor	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)
Masculino	11	3	5	4,00	0,77	19,25
Feminino	59	1	5	3,80	0,80	21,05
Total	70	1	5	3,83	0,79	20,62

IV – Resultados do Impacto da fibromialgia na vida dos Participantes

Os resultados do impacto foram avaliados através do FIQ, que é um questionário estandardizado e auto-administrado, que mede a capacidade funcional para o trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar sentidos pelos participantes na última semana. O valor total da escala oscila entre 0 e 100, com 100 a indicar o impacto máximo da FM (maior impacto negativo) (Rosado et al., 2006).

Assim pudemos verificar (cf. Tabela 10) que a nível da capacidade funcional para realizar as AVD os participantes sentem que esta é afetada ($\bar{x}=1,95$) na maioria das vezes.

Vimos ainda que na maioria dos dias da semana não se sentiram bem ($\bar{x}=8,58$) sentiram dificuldades em trabalhar ($\bar{x}=7,34$), referiam dores intensas ($\bar{x}=7,41$) sentiram-se muito cansados ($\bar{x}=7,87$) incluindo o cansaço matinal ($\bar{x}=7,44$), manifestaram rigidez articular ($\bar{x}=7,36$), sentiram ansiedade ($\bar{x}=7,61$) e até depressão ($\bar{x}=7,66$).

O item onde o impacto é menor encontra-se ao nível das faltas ao trabalho ($\bar{x}=1,73$).

Considerando os valores globais verificamos que a amostra oscila entre 0 (min) e 90 (max.) com uma média de 63,76 e com um desvio padrão de 12,37 o que significa um impacto relevante na vida das pessoas, uma vez que os autores da escala consideram existir impacto relevante a partir dos 50.

Tabela 10 – Estatísticas da qualidade de vida dos Participantes.

Questões	Min	Máx	\bar{x}	Dp
Capacidade Funcional	1	3	1,95	0,52
Sentir-se bem	4	10	8,58	1,67
Faltas ao Trabalho	0	7	1,73	1,64
Capacidade de Trabalhar	4	10	7,34	1,80
Dor	4	10	7,41	1,63
Fadiga	3	10	7,87	1,65
Cansaço Matinal	3	10	7,44	1,79
Rigidez	0	10	7,36	2,00
Ansiedade	3	10	7,61	2,12
Depressão	3	10	7,66	1,99
Total	0	90	63,76	12,37

Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados, passaremos a apresentar a análise inferencial uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, pois corroboramos com PESTANA e GAGEIRO (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: habilitações literárias e intensidade da dor.

H1 – Existe associação entre género e o impacto da fibromialgia na QDV dos participantes.

Para se perceber a influência do género no impacto da fibromialgia (FM) na QDV das pessoas, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 11, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,704$) entre as duas variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que são os elementos do sexo feminino aqueles que apresentam valores mais elevados, ($M= 35,90$) o que significa que são também os que sentem maior impacto da doença nas suas vidas.

Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o sexo não influencia impacto da fibromialgia na QDV das pessoas.

Tabela 11- Teste U de Mann-Whitney entre o género e impacto da FM

Género	O.M.	U	P
Masculino	33,36	301,000	0,704
Feminino	35,90		

H2 – Existe associação entre a idade e o impacto da fibromialgia na QDV dos participantes.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que são os participantes com idades entre os 61 e os 75 anos os que apresentam médias mais elevadas ($M= 49,75$) logo percebem maior impacto nas AVD's sendo as diferenças estatísticas altamente significativas entre os grupos ($p=0.000$).

Face aos resultados somos levados a aceitar a hipótese formulada afirmando que a idade dos participantes, está associada ao impacto da FM na QDV das pessoas.

Tabela 12 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e impacto da FM

Grupos etários	O.M	χ^2	P
39-50	27,55	20,311	0,000
51-60	26,69		
61-75	49,75		

H3 – O impacto da fibromialgia na QDV dos participantes está associado a forma como vivem?

Para entendermos a influência da variável “com quem vive”, no impacto da FM na vida das pessoas, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney. A tabela 13 revela pelo valor de ($p=0,282$) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a rejeição da hipótese formulada.

No entanto constatamos, que a média mais elevada ($M= 39,79$) corresponde aos participantes que vivem sós levando-nos a pensar que são estes que sentem impactos mais negativos na sua vida.

Tabela13- Teste U de Mann-Whitney entre as habilitação literárias e impacto da FM

Com quem vive	O.M.	U	P
Só	39,79	403,000	0,282
Acompanhado	33,90	-	-

H4 – Existe associação entre habilitações académicas e o impacto da FM na QDV dos participantes.

A análise da associação entre formação académica e o impacto da FM na vida dos inquiridos, foi efetuada através do *Teste Kruskal-Wallis*. Ao observar a tabela 14, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,171$) entre as duas variáveis em estudo, apesar do grupo detentor do 1º ciclo apresentar ordenações médias mais elevadas ($M=40,19$) que os restantes grupos logo com maior impacto da doença nas suas vidas.

Mais uma vez somos levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que o impacto da FM na vida dos pacientes é independente das suas habilitações literárias.

Tabela 14- Associação entre habilitações académicas e impacto da FM

Habilitações académicas	O.M.	χ^2	p
1º ciclo	40,19	3,534	0,171
2º e 3º ciclo	28,81		
Secundário/Licenciatura	33,83		

H5 – Existe associação entre a Situação Profissional o impacto da FM na QDV dos participantes.

Para testar a hipótese cinco recorreremos ao *Teste Kruskal-Wallis* (c.f. tabela 15) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que se encontram a trabalhar os que apresentam médias mais baixas ($M= 27,51$) logo menor impacto e maior QDV, do que os desempregados e reformados, com diferenças estatísticas significativas entre os respondentes ($p = 0,225$).

Face aos resultados somos levados a aceitar a hipótese formulada afirmando que a situação profissional dos participantes está associada ao impacto da FM na sua QDV.

Tabela 15- Teste de Kruskal-Wallis entre situação profissional e impacto da FM

Situação profissional	O.M.	χ^2	P
A trabalhar	27,51	7,205	0,027
Desempregado	27,86		
Reformado	41,11		

H6 – Existe associação entre as práticas de exercício físico e o impacto da FM na QDV dos participantes.

Para testar esta hipótese recorreremos mais uma vez ao Teste U de Mann-Whitney. (c.f. tabela 16) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que praticam exercício físico os que sentem menor impacto na QDV, contrariamente aos que não praticam, sendo as diferenças estatísticas significativas ($p = 0,001$).

Deste modo aceitamos a hipótese formulada afirmando que os participantes que praticam exercício físico sentem menor impacto da FM na sua QDV.

Tabela 16- Teste U de Mann-Whitney entre exercício físico e impacto da FM

Pratica exercício físico	O.M.	U	P
Sim	27,44	322,000	0,001
Não	44,03	-	-

H7 – A realização de fisioterapia diminui o impacto da FM na QDV dos participantes.

Para testar esta hipótese recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney. (c.f. tabela 17) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que fazem fisioterapia os que apresentam médias mais elevadas (M= 20,93) no impacto, porém as diferenças estatísticas não são estatisticamente significativas ($p = 0,169$).

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que nestes participantes a fisioterapia não influi no impacto da FM sentido.

Tabela 17- Teste U de Mann-Whitney entre prática de fisioterapia e impacto da FM

Prática fisioterapia	O.M.	U	P
Sim	38,75	495,000	0,169
Não	32,06	-	-

H8 – A (in) capacidade nas AVD percebida pelos participantes interfere no impacto da FM na sua QDV.

A (in) capacidade percebida pelas pessoas para a realização das AVD's tem sido uma variável influente no impacto da FM em vários estudos: com base neste pressuposto quisemos também conhecê-la neste trabalho.

Para o efeito, utilizou-se mais uma vez o Teste *Teste Kruskal-Wallis*. (c.f. tabela 18) que nos indica (pelos valores da média) que são os participantes que percebem incapacidade moderada (M=20,73) os que sentem menor impacto na QDV, contrariamente aos restantes grupos, sendo as diferenças estatísticas altamente significativas ($p = 0,000$).

Deste modo, aceitamos a hipótese formulada afirmando que quanto maior for a percepção de incapacidade expressa pelos participantes maior é o impacto da FM na sua QDV.

Tabela 18 - Teste de kruskal-wallis entre percepção de incapacidade e impacto da FM

Incapacidade	O.M.	χ^2	P
Extremamente incapacitante	67,50	33,085	0,000
Bastante incapacitante	47,01		
Moderadamente incapacitante	20,73		
Discretamente incapacitante	41,00		

H9 – Existe associação entre a dor sentida pelos participantes e o impacto da FM na QDV.

Para terminar e testarmos esta última hipótese, utilizou-se mais uma vez o Teste *Kruskal-Wallis*. A tabela 19 mostra (pelos valores da média) que são os participantes que quantificam níveis de dor mais baixos (M=19,24) os que sentem menor impacto na QDV, contrariamente aos restantes grupos, sendo as diferenças estatísticas altamente significativas (p = 0,000).

Tabela 19- Teste de kruskal-wallis entre a dor quantificada e o impacto da FM

Dor	O.M.	χ^2	P
Baixa Dor	19,24	21,887	0,000
Dor moderada	41,00		
Dor elevada	43,49		

Deste modo aceitamos a hipótese formulada dizendo que de facto existe uma associação significativa entre estas duas variáveis, uma vez que quanto maior for a percepção da dor sentida pelos participantes maior é o impacto da FM na sua QDV.

2 – DISCUSSÃO

Apresentados e analisados os resultados alcançados, procede-se de seguida a uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, focando estudos publicados nesta área do impacto da Fibromialgia na Qualidade de Vida das Pessoas.

Atendendo aos objetivos e hipóteses inicialmente indicados procede-se à discussão dos resultados de acordo com a sequência da sua apresentação.

2.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito à hipótese que testa a influência do *género* no impacto da FM na qualidade de vida das pessoas, verificamos que nesta amostra esta variável não influencia a qualidade de vida das pessoas.

No presente estudo à semelhança do que se verifica nos demais estudos e como denota BRAGA (2012) o sexo feminino é 5 a 9 vezes mais afetado do que o masculino. Nos resultados apresentados verificamos que 59 dos 70 doentes com FM são mulheres. Desta forma, a representatividade feminina é muito grande, desencadeando limitações nas diferenças de género.

No entanto, são as características clínicas que mudam entre os géneros, sendo mais prevalentes nas mulheres (CASTRO, KITANISHI e SKARE, 2011).

Relativamente à hipótese que testa a associação entre a *idade* e o impacto da FM, verifica-se que são as pessoas com idade superior as que percecionam maior impacto na QDV sobretudo nas AVD's.

Sabemos que com o avançar da idade são múltiplas as co morbilidades que se associam às patologias crónicas como é a FM, desencadeando auto perceções gradativamente mais negativas sobre o *status* psíquico, físico e social. Assim, são múltiplos os relatos de dependência que surgem aquando da realização das AVD's com o aumento da idade.

No que concerne à hipótese que testa o impacto da *forma como se vive* na QDV das pessoas, constata-se que são as pessoas que vivem sós, as que apresentam menor qualidade.

Este dado de algum modo corrobora as afirmações de ABREU (2011), quando se refere ao suporte social, afirmando que quanto maior for este, menor será o impacto da FM, uma vez que as pessoas com esta patologia, procuram naqueles que lhe são mais próximos, como o parceiro, o suporte que necessitam para ultrapassar as contrariedades que esta patologia traz.

Contudo e como destaca TOMÁS (2009), o facto da dor não ser perceptível e objetivamente testada, leva a que no seu estudo as mulheres revelem falta de suporte emocional e aumento de discussões no seio familiar, sendo as relações prejudicadas, consoante a experiência de dor por parte do doente.

A hipótese que procurou analisar a associação entre as *habilitações académicas* e o impacto da FM na vida das pessoas, foi rejeitada uma vez que não foram encontradas diferenças significativas. Este achado vem contrariar as afirmações de PRAÇA (2012), quando diz que são as pessoas com maior nível de instrução, as que apresentam melhor perceção da QV. Uma possível justificativa para este facto prende-se a nosso ver, com o baixo nível de escolaridade da nossa amostra, uma vez que 44,3% das pessoas tem apenas o 4º ano de escolaridade. Na verdade, a forma com se percebe a QV e se conceitualiza também é diferente, relativamente a quem possui habilitações académicas superiores.

Quanto ao impacto da situação profissional na QV das pessoas, temos uma situação diferente dado que, as pessoas que exercem diariamente uma atividade profissional apresentam menor impacto na QV, comparativamente àquelas que estão desempregadas ou reformadas.

Contrariamente, os resultados do estudo desenvolvido por DARAZ [et al.] (2011) mostraram que 69% das pessoas não tinham trabalho devido às limitações criadas pela FM. No nosso estudo verifica-se uma tendência divergente, pois 59,7% dos indivíduos encontra-se a trabalhar, 29% está reformado e apenas 11,3% se encontra desempregado.

Foram dados que não nos surpreenderam, dada a conjuntura atual do país e das crescentes limitações económicas que vão surgindo sobretudo nas classes económicas mais desprotegidas em que é perceptível que cada vez mais as pessoas tentem manter o seu posto de trabalho, mesmo que esse provoque sérios distúrbios funcionais.

Por outro lado e de acordo com PRAÇA (2012) os utentes mais ativos são aqueles que apresentam melhor índice de qualidade de vida.

A ocupação profissional apesar do potencial de desgaste aos mais variados níveis, constitui também uma importante forma de escape psicológico, uma vez que a interação social, a planificação dos métodos de trabalho e o alcançar de objetivos, traduzem-se numa mais-valia no combate à depressão e baixa de autoestima tão frequentes na FM.

A análise da influência da *prática de exercício físico* na QV, revelou que são os praticantes de exercício físico que apresentam menor impacto da FM comparativamente aqueles que têm uma vida mais sedentária.

À semelhança do que foi descrito anteriormente, a prática de exercício físico tem vindo a ser gradativamente recomendada, como parte integrante dos programas de reabilitação a instaurar nos doentes com FM, com o intuito de atenuar a sintomatologia e otimizar a capacidade física individual.

Se as pessoas que realizam exercício físico apresentam menor impacto na sua qualidade de vida (ABREU, 2011) é compreensível pois é conhecido e divulgado que a sedentariedade intensifica a sintomatologia, a limitação nas AVD's e induz forte incapacidade funcional.

Quanto à hipótese que estabelece relação entre a *reabilitação/ fisioterapia* e o impacto na QDV, concluímos surpreendentemente que não há relação. Contrariamente aos resultados obtidos num estudo desenvolvido por Valkeinen [et al.] (2008) *cit. in* SOARES (2011), no qual se atingiu resultados notórios na redução dos sintomas e na melhoria da capacidade física.

A justificação pode advir das afirmações de SOARES (2011) que salienta serem múltiplos os estudos que demonstram os benefícios das diferentes modalidades de exercícios de reabilitação/fisioterapia, dado que revelam melhorias significativas para os doentes quanto ao impacto da FM na QV. Contudo, acresce dizer que para potencializar os efeitos a longo prazo, é necessário que as sessões sejam realizadas regularmente (3x semana) e durante longos períodos (8 meses), aspectos não presentes na nossa amostra, uma vez que a sua frequência era esporádica e com pouca durabilidade.

Assim, pode-se concluir que a amostra em estudo apesar de realizar estas sessões, estas não se realizavam em quantidade e durabilidade suficientemente longos que permitissem obter melhorias significativas na redução da sintomatologia e na restrição da limitação funcional.

Relativamente à hipótese que testa a *(in) capacidade nas AVD's percebida pelos participantes* e sua interferência na QV, verificou-se que quanto maior a incapacidade sentida, maior é o impacto negativo também sentido.

De facto, no nosso estudo, 50% dos inquiridos considera a FM bastante incapacitante e 45,7% moderadamente incapacitante.

De acordo com os resultados do FIQ que avalia a capacidade funcional das pessoas com FM verificou-se uma pontuação de 63,76, que excede a pontuação obtida noutros estudos

como o realizado por ABREU (2011) cujo resultado foi de 56,57. O que denota um forte impacto desta patologia na qualidade de vida dos doentes portadores.

Não há dúvidas que o impacto desta patologia na capacidade funcional para efetuar as atividades de vida diárias (AVD's), é muito significativo, acarretando maiores limitações no trabalho, maior impacto nos fatores psicológicos, tais como ansiedade e depressão no bem-estar individual (MATSUTANI, 2003)

Por fim, com o intuito de compreender qual a relação entre a *dor* e o impacto da FM na QV, conclui-se existir entre estas duas variáveis uma associação altamente significativa uma vez que verificámos que, quanto maior é a perceção da dor, maior é o impacto na QV das pessoas. Estes resultados tem sido corroborados por diversos estudos dos quais destacamos HOMANN [et al.] (2012) ao afirmar que quanto maior a intensidade dolorosa relatada, maior a dificuldade para o desempenho nas AVD's e consequente QDV.

Como foi descrito na componente teórica a dor é dos sintomas mais presentes na FM, que pela sua subjetividade e intensidade, leva ao retardar de um diagnóstico necessário, ao implementar de medidas terapêuticas tardias que no seu conjunto culminam num turbilhão emocional de ansiedade e depressão, forte limitação funcional porque o esforço físico se torna fator agravante desta dor que raramente se atenua.

3 – CONCLUSÃO

Após a análise e discussão dos resultados, torna-se fulcral realçar os aspetos mais importantes e pertinentes deste estudo, tendo em conta os objetivos inicialmente delineados e as hipóteses formuladas.

Pretende-se fazer desta conclusão um momento de reflexão sobre o estudo realizado, de modo a esboçar as conclusões obtidas, sempre com a consciência que continuam em aberto inúmeras questões relacionadas com um tema tão vasto e complexo como é a Fibromialgia.

Neste trabalho teve-se como objetivo principal avaliar o impacto da FM na qualidade de vida das pessoas.

A abordagem de um tema tão complexo e com interesse crescente, justifica a pertinência do mesmo, uma vez que a sua investigação permite identificar necessidades de forma a implementar estratégias que proporcionem maior qualidade de vida a estes doentes, diminuindo a incapacidade e as repercussões múltiplas.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, considera-se ter sido adequado face aos objetivos previamente delineados, às hipóteses formuladas e às características individuais da amostra.

No que respeita à apresentação, análise e discussão dos resultados, estes foram efetivados de forma a arquitetar uma ligação congruente com o problema em estudo, mediante as hipóteses de investigação e os conhecimentos vigentes acerca da problemática, sustentados pelo alicerce teórico e legislativo, assim como por alguns estudos relacionados com este, no sentido de otimizar a interpretação e compreensão do mesmo.

Verificou-se assim com base nos resultados obtidos e relativamente às variáveis sociodemográficas que, a idade e a situação profissional, tem grande significância no impacto da FM na QV das pessoas. Ou seja, quanto maior a idade, maior é o impacto sentido na QV.

De forma semelhante pessoas com situação profissional de emprego apresentam menor impacto na sua QV.

Com menor influência, mas ainda de relevo a “forma como se vive” influencia a QDV, ou seja, são as pessoas acompanhadas que sentem menor impacto da FM na sua QV.

Ainda relativamente às variáveis sociodemográficas verificou-se que o género e as habilitações académicas não influenciam a QV.

Por conseguinte e de acordo com os objetivos delineados no sentido de perceber a forma como as variáveis clínicas influenciam o impacto da FM na QV, verificou-se que:

- O exercício físico é influenciador da QV, ou seja, quanto maior a atividade física, menor é o impacto sentido na QV dos doentes fibromiálgicos;
- Quanto maior a percepção da incapacidade para a realização das AVD's maior é o impacto da FM na QV.
- Contrariamente a realização de reabilitação/fisioterapia não tem influência na QV.

Com a realização deste estudo foi também possível constatar que a intensidade da dor causa grande impacto na QV, ou seja, quanto menor a dor, menor é o impacto referenciado pelos inquiridos.

De forma sucinta, de acordo com o estudo realizado confirmou-se à semelhança de outros estudos realizados nesta área que a FM é uma patologia crónica, que tem vindo a aumentar de intensidade, sendo que na atualidade, o seu reconhecimento e sua valorização têm vindo a ser cada vez maiores.

Também se constatou ser primordial o acompanhamento multidisciplinar de forma a colmatar as diversas suscetibilidades que vão surgindo e criando fortes incapacidades. Assim, pretende-se sensibilizar os diferentes profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação, para que exerçam nesta área um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Com base em programas específicos de treino e reeducação para o esforço, com controlo da dor e adequados a cada pessoa, tendo em conta a frequência regular da prática dos mesmos, será possível a curto ou a médio prazo verificar fortes melhorias na incapacidade funcional destes doentes, capacitando-os para uma melhor interação social, reduzindo os índices de depressão e ansiedade e colmatando a persistente dor.

Sugere-se assim, que novos estudos realizados nesta área, sejam mais abrangentes envolvendo a população nacional de fibromiálgicos que é cada vez maior, de forma a obter resultados estatisticamente mais significativos, envolvendo novas variáveis.

Implementar programas de reabilitação associados a monitorização dos sintomas de forma a obter de forma credível resultados sobre a importância da realização dos mesmos.

Espera-se por isso ter sido possível sensibilizar de forma crescente os profissionais de saúde para esta realidade dolorosa em todo o contexto da sua existência, para que em cada unidade de saúde (cuidados de saúde primários ou cuidados hospitalares), seja possível implementar programas de apoio estabelecendo o devido acompanhamento a estes doentes,

criando linhas de apoio e partilha para além das existentes, de forma a que todos tenham a mesma acessibilidade.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU; Daniela M. – **Impacto da Fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes** [Em linha]. Porto, Fevereiro, 2008. [Consult. 17 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <url: [http:// www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2514/3/T_18299.pdf](http://www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2514/3/T_18299.pdf) >
- AGUIAR, Rogério W. – **Qualidade de Vida e Mecanismos de Defesa em Pacientes Femininas com Fibromialgia com ou sem Depressão** [Em linha]. Porto Alegre, 2008. [Consult. 10 Set. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14063/000657787.pdf> >
- ALMEIDA, Marco A. ; GUTIERREZ, Gustavo L. ; MARQUES, Renato – **Qualidade de Vida** [Em linha]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2012. [Consult. 6 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <url: http://www.each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf >
- ALVES, Luciana C. – Determinantes da Auto percepção de Saúde dos Idosos no município de São Paulo 1999/2000 [Em linha] 2004. [Consult. 10 Set. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/dissertacao/dissertacaolucianacorreialves.pdf> >
- ARAGON, Luís E. – **Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático.** [Em linha]. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, vol. 14 nº32 Jan – Mar., 2010. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100013&script...>>
- BRAGA, Beatriz P. – **Fibromialgia – O desafio do Diagnóstico** [Em linha]. Covilhã, Maio, 2012. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/.../Dissertação%20Beatriz%20Braga.pdf> >

- BRANCO, Jaime C. – **Viver com Fibromialgia: A Visão da Doente e do Médico.** Lisboa: Editora Gradiva, 2008. 193p. ISBN 978-989-616-246-7
- CASTRO, Adham A. ; KITANISHI, Ligia K.; SKARE, Thelma, L.- **Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre as semelhanças e diferenças de género** [Em linha]. Arquivos Catarinenses de Medicina, vol. 40, nº2, 2011. [Consult. 6 Jul. 2013]. Disponível em WWW: <url: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-Residente/article/view/142>>
- CHAITOW, Leonor – **Síndrome da Fibromialgia: Um guia para o tratamento.** Editora Manole, 2003. São Paulo. ISBN 85-204-1209-2.
- COSTA, Renata S. – **As dores corporais na Fibromialgia: Reflexões psicanalíticas** [Em linha]. Recife, 2009. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=370>
- DARAZ, Lubna [et al.] – **Information preferences of people living with fibromyalgia – a survey of their information needs and preferences** [Em linha]. Rheumatology reports, vol. 3, 2011. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.arthritis.ca/document.doc?id=57>>
- DGS (Direção Geral da Saúde) – **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor** [Em linha]. Covilhã, Maio, 2012. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.esscyp.eu/LinkClick.aspx?fileticket=ZF-As0HboZY=&tabid=193&mid=1377>>
- FORTIN, M.F. – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lusodidacta. Loures. 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- HIDALGO, F. – **Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas** [Em linha]. Revista de la Sociedad Española del dolor vol. 18 nº6 Nov-Dez, 2011. [Consult. 10 Set. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134...script=sci...>>

- HOMANN, Diogo [et al.] – **Percepção do estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com Fibromialgia** [Em linha]. Revista Brasileira Reumatologia p.319-330, 2012. [Consult. 10 Set. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.cd.ispa.pt/.../percepcao-estresse-sintomas-depressivos-funcionalidade-im...>>
- KLUTHCOVSKY, Ana C. ; TAKAYANAGUI, Angela M. – **Qualidade de vida – aspetos conceituais** [Em linha]. Revista Salus, Guarapuava, Janeiro/ Junho 2007. [Consult. 10 Set. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://web01.unicentro.br/revistas/index.php/salus/article/.../663/775>>
- LUCAS, Raquel ; MONJARDINO, Maria T. – **O Estado da Reumatologia em Portugal** [Em linha]. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas. Abril, 2010. [Consult. 10 Set. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.ondor.med.up.pt/>>
- MARQUES, Amélia P. – **Qualidade de Vida de indivíduos com Fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação** [Em linha]. São Paulo, 2004. [Consult. 19 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/5/tde.../Tesepascal.pdf>>
- MATSUTANI, Luciana A. – **Eficácia de um programa de tratamento fisioterapêutico sobre a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia** [Em linha]. São Paulo, 2003. [Consult. 7 Agosto 2012]. Disponível em WWW: <url: <http://www.teses.usp.br/teses/.../5/.../MestradoLucianaAkemiMatsutani.pdf>>
- NEVES, João M. – **Fibromialgia do mito à realidade** [Em linha] Junho, 2008. [Consult. 19 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <url: <https://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/841>>
- NOGERAS, Ana M ; PINTO, Juliana M. ; ARENILLAS, José I. – **Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia** [Em linha]

- RBPS, Fortaleza Jul./Set., 2010. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: ojs.unifor.br > Capa > v. 23, n. 3 (2010) > Nogueras >
- OLIVEIRA, Daniela G. – **Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses** [Em linha] Novembro, 2012. [Consult. 23 Jun. 2013]. Disponível em WWW: <url: run.unl.pt/bitstream/10362/3423/1/TEGI0251.pdf >
 - OMS (Organização Mundial de Saúde) - **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Soc Sci Med, 1995; 41:1403-10
 - PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS** (3ª ed.). Lisboa, 2005: Sílabo.
 - PRAÇA, Maria I. – **Qualidade de Vida relacionada com a saúde: a perspetiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-Os-Montes** [Em linha] Bragança, Fev., 2012. [Consult. 23 Jun. 2013]. Disponível em WWW: <url: <https://www.bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/.../1/tese%20final%20Fevereiro.pdf> >
 - SEIDL, Eliane M. ; ZANNON, Célia M. – **Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos** [Em linha] Cadernos de Saúde Pública, vol. 20, nº2. Rio de Janeiro, Março/Abril, 2004. [Consult. 18 Jun. 2012]. Disponível em WWW: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102...>
 - SOARES, João R. – **Abordagem fisioterapêutica na Fibromialgia – Uma revisão sistemática** [Em linha]. Porto, Janeiro, 2011. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: http://www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2528/3/T_18720.pdf >
 - TOMÁS, Mónica A. **Estudo Exploratório de Factores Psicossociais associados à Fibromialgia** [Em linha]. 2009. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <url: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2196/1/22416_ulfp034948_tm.pdf >

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde
de Viseu

Exmo. (a). Senhor (a)

Eu, Andreia Gonçalves, enfermeira e a desempenhar funções no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro E.P.E. (Unidade Hospitalar de Vila Real) estou a realizar um trabalho de investigação sob a orientação da Professora Dra. Rosa Martins, no qual pretendo analisar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos indivíduos.

Para tal, gostaria de pedir a sua valiosa colaboração para o preenchimento deste questionário, no qual serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspetos da sua vida.

Este questionário encontra-se por isso dividido em quatro partes: dados sociodemográficos; caracterização clínica; avaliação da dor e questionário sobre o impacto da fibromialgia.

Para que este estudo obtenha a fidelidade desejada agradeço, desde já, que responda a todas as questões com a maior sinceridade e exatidão possível. O preenchimento deste questionário é voluntário e anónimo.

Asseguro que todas as informações fornecidas são confidenciais e serão utilizadas somente para este estudo. A divulgação das informações será anónima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Os resultados finais serão colocados à disposição dos interessados.

Desde já agradeço a sua a sua colaboração!

Atenciosamente

Andreia Gonçalves

I Parte – Dados sociodemográficos

1 – Género

- Masculino
- Feminino

2 – Idade _____

3 – Como vive?

- Só
- Acompanhado (a)

4 – Onde vive?

- Meio rural
- Meio urbano

5 – Habilitações Académicas:

- 1º ciclo (até à 4ª classe)
- 2º ciclo (até ao 6º ano)
- 3º ciclo (até ao 9º ano)
- Ensino secundário (até ao 12º ano)
- Licenciatura/ Bacharelato

6 – Profissão? _____

7 – Relativamente à sua situação profissional atual, encontra-se:

- A trabalhar
- Desempregado (a)
- Reformado (a)

8 – Se trabalha, quantas horas por dia o faz? _____

II Parte – Caracterização Clínica

1 – Qual a data de início da sintomatologia dolorosa da fibromialgia (em anos): _____

2 – Data de diagnóstico da fibromialgia (em anos): _____

3 – Qual a especialidade médica que identificou a fibromialgia:

- Reumatologista
- Ortopedista
- Neurologista
- Psiquiatra
- Outro, qual? _____

4 – Atualmente, qual é o especialista responsável pelo seu tratamento? Se necessário assinale mais de uma resposta.

- Reumatologista
- Ortopedista
- Neurologista
- Psiquiatra
- Outro, qual? _____

5 – O início da fibromialgia esteve relacionado com que causa ou evento?

- Trauma físico (queda/acidente)
- Cirurgia
- Uso de medicamentos
- Mudança no estilo de vida
- Doença ocupacional
- Trauma emocional
- Depressão
- Herança genética
- Desconhece
- Outra, qual? _____

6 – Quais os sintomas da fibromialgia que apresenta:

- Cansaço/fadiga
- Dor localizada
- Perturbações do sono
- Perda de memória
- Rigidez articular
- Ansiedade excessiva
- Dificuldades na concentração
- Formigueiro
- Outros, quais? _____

7 – Quais os fatores que alteram a intensidade da sua dor:

- Esforço físico exagerado
- Stress
- Período noturno
- Estado emocional alterado
- Outro, qual? _____

8 – Assinale o (s) medicamento (s) que usa para o tratamento da fibromialgia:

- Antidepressivo
- Relaxante muscular
- Analgésico
- Anti-inflamatório
- Nenhum
- Outro, qual? _____

9 – Qual dos seguintes tratamentos utiliza para reduzir a sintomatologia da fibromialgia:

- Psicoterapia (psicólogo/psiquiatra)
- Acupuntura
- Massagem
- Fisioterapia
- Nenhum
- Outra, qual? _____

10 – Realiza exercício físico?

- Sim
- Não

11 – Se sim, qual o tipo e a sua frequência? _____

12 – Faz sessões de Fisioterapia?

- Sim
- Não

13 – Se sim, qual o número de sessões por semana? _____

12 – Como descreveria o grau de interferência da fibromialgia na sua vida diária?

- Extremamente incapacitante
- Bastante incapacitante
- Moderadamente incapacitante
- Discretamente incapacitante
- Nada incapacitante
- Outro, qual? _____

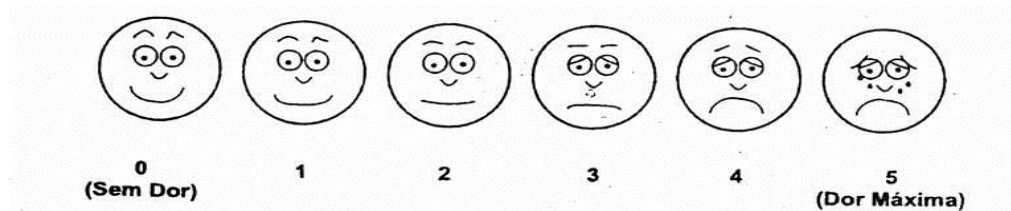
III Parte – Avaliação da dor

1 – Há quanto tempo apresenta dor associada à fibromialgia? _____

2 – Período do dia em que a dor é mais intensa: _____

3 – De seguida e de acordo com a escala apresentada **quantifique a sua dor**, atribuindo um valor.

Escala de Faces:



IV Parte – Questionário do Impacto da Fibromialgia (FIQ)

Instruções: Para as questões de 1 a 11, por favor **coloque um círculo** no número que melhor descreve como se sentiu na **ÚLTIMA SEMANA**. Ignore a pergunta se ela não fizer parte das suas atividades habituais.

1. Na última semana , com que frequência você sentiu que a fibromialgia afetou sua capacidade de:	Nunca	Ocasionalmente	Na maioria das vezes	Sempre
1 - Fazer compras?	0	1	2	3
2 - Lavar e estender roupa?	0	1	2	3
3 - Cozinhar?	0	1	2	3
4 - Lavar a louça?	0	1	2	3
5 - Passar o aspirador no tapete?	0	1	2	3
6 - Arrumar a cama?	0	1	2	3
7 - Caminhar vários quarteirões?	0	1	2	3
8 - Visitar amigos ou parentes?	0	1	2	3
9 - Trabalhar no jardim?	0	1	2	3
10 - Conduzir o carro?	0	1	2	3
11 - Subir escadas?	0	1	2	3

2 – Durante a **última semana**, quantos dias você se sentiu bem?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

3 – Quantos dias, da **última semana** deixou de trabalhar, incluindo o trabalho doméstico, devido a fibromialgia?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Instruções: Para os itens seguintes, **marque um X** na escala indicando como você, em geral, se sentiu na **última semana**.

4 – Em que grau a dor ou outro sintoma da fibromialgia interferiu no seu trabalho (incluindo o trabalho doméstico)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nenhum problema

Grande dificuldade para trabalhar

5 – Qual a intensidade da dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nenhuma dor

Dor muito severa

6 – Quão cansado (a) você esteve?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem cansaço

Muito cansado (a)

7 – Como você se sentiu ao acordar pela manhã?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bem descansado(a)

Muito cansado (a)

8 – Quão intensa foi a rigidez nas articulações em geral?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem rigidez

Muita rigidez

9 – Quão nervoso (a) ou ansioso (a) você se sentiu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem ansiedade

Muito ansioso (a)

10 – Quão deprimido (a) ou triste se sentiu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sem depressão

Muito deprimido (a)

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

**ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR
COLHEITA DE DADOS**

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Exmo. Senhor
 Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE
 Av. Rei D. Duarte
 3504-509 VISEU

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	Data:
Processo:	

Assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Andreia Henriques Gonçalves do 2º ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema “**Impacto da Fibromialgia na Qualidade de Vida dos Indivíduos**”.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação, durante o período de 18 de Setembro a 15 de Novembro de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

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

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

Exmo. Senhor Presidente
Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro EPE
Unidade Hospitalar de Vila Real

Assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

Andreia Henriques Gonçalves, enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro EPE, pretende realizar um estudo no qual deseja avaliar o impacto da Fibromialgia na qualidade de vida em doente com diagnóstico prévio desta patologia, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Viseu, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Martins, vem por este meio solicitar a V. EX.^a, que se digne autorizar a realização do estudo no serviço de Oncologia deste hospital, concretamente na consulta da Dor.

O objetivos delineados para este estudo são:

- Caracterizar socio-demograficamente os utentes participantes no estudo;
- Avaliar qual o impacto da Fibromialgia na qualidade de vida destes utentes;
- Analisar a relação entre as variáveis clínicas em estudo e a sua influência na qualidade de vida dos doentes com Fibromialgia.

A metodologia a ser aplicada na recolha de informação, consistirá na aplicação de questionários aos utentes na consulta da dor deste Centro Hospitalar, com base no consentimento informado dado pelos utentes, salvaguardando o anonimato, assim como assegurada a necessária informação acerca do estudo para que possam decidir livremente acerca da participação no mesmo.

A razão inerente à escolha deste Centro Hospitalar reside no facto de desenvolver aqui a minha atividade profissional e ser desta forma possível obter uma amostra de utentes para o meu estudo, que permita efetuar também uma avaliação das características sociodemográficas e clínicas comparativamente a uma amostra semelhante de outro Centro Hospitalar de uma área geográfica também diferente (Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE).

O Universo alvo da inquirição será constituído pelos utentes com fibromialgia previamente diagnosticada que são seguidos em consulta da dor, entre os meses de Outubro e Novembro de 2012.

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

Junto anexo o exemplar do instrumento de colheita de dados.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevo-me com consideração.

Pede deferimento

**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO AO PARTICIPANTE/REPRESENTANTE**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE/REPRESENTANTE

Por favor, leia com atenção o conteúdo deste documento, se não estiver totalmente esclarecido, por favor solicite informações.

Caro Senhor(a)

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, está em curso a realização de um estudo de investigação com vista a analisar o impacto da Fibromialgia na qualidade de vida dos indivíduos.

Como objetivos principais pretende-se verificar em que medida a Fibromialgia condiciona a qualidade de vida da pessoa e qual a sua relação com as variáveis clínicas em estudo.

Assegura-se permanentemente neste estudo, o anonimato e a confidencialidade dos dados, uma vez que o investigador consagra como obrigação o dever e o sigilo profissional.

Assim e depois de devidamente informado declaro que:

- Compreendi os objetivos, métodos e benefícios do estudo explicados pelo investigador que assina o documento;
- Foi-me dada a oportunidade de efetuar todas as perguntas necessárias e para todas elas obtive uma resposta esclarecedora;
- Foi-me assegurado que a informação obtida neste estudo é estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo, a não ser que eu autorize por escrito;
- Foi-me garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir /desistir de participar neste estudo a qualquer momento.

Face ao acima exposto, dou o meu consentimento livremente expresso, para a inclusão no referido estudo:

Assinatura do participante _____

Data: ___/___/_____

Declaro que foi transmitida adequadamente a informação necessária e me certifiquei que a mesma foi devidamente compreendida por parte do participante do estudo

Assinatura do investigador _____

**ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA
APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



Centro Hospitalar de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA

Exm^o Senhor
Andreia Henriques Gonçalves
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n^o 102
6500-843 Viseu

ASSUNTO: Projeto de Investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 26/09/2012, o Conselho de Administração em 16/10/2012, decidiu aprovar o pedido para a realização de um estudo, sobre o tema "Impacto da Fibromialgia na Qualidade de Vida dos Indivíduos".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 19 de Outubro de 2012

O Presidente do Conselho de Administração

Carlos Vaz

/HV



Ministério da Saúde



Conselho de Administração

07.02.2013

01.06.05 492

M.
Don

Integração crítica ao SAD
em 7/2/2013
Daniel

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Daniel Silva
Vice-Presidente da Escola Sup. de Enfermagem
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 VISEU

SECRETARIA DE SAÚDE

Sua Referência
Ofício nº 731

Sua Comunicação de
Processo 70

Nossa Referência

Data
05/02/2013

Assunto: **Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados**

Em relação ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis do Serviço, somos informar V.Exc^a que se autoriza a realização da referida colheita de dados para o estudo subordinado ao tema " Impacto da Fibromialgia na Qualidade de Vida dos Individuos". No entanto deverão os inquiridos assinar o consentimento uinformado, após esclarecimento do instrumento de colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos, *personais*

A Enf.^a Diretora

(MARIA CASSILDA PEREIRA NEVES)