



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Cecilia Dal Magro

**Apego, transtorno depressivo-ansioso, violência sexual e suas associações
com o grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com
Síndrome da Fibromialgia**

Rio de Janeiro

2023

Cecilia Dal Magro

Apego, transtorno depressivo-ansioso, violência sexual e suas associações com o grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com Síndrome da Fibromialgia

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Lúcia Corrêa Lima Fortes

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mariana Guerra Barstad de Castro Neves

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBA

D136 Dal Magro, Cecília.
Apego, transtorno depressivo-ansioso, violência sexual e suas associações com o grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com Síndrome da Fibromialgia / Cecília Dal Magro. - 2023.
135 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Lúcia Corrêa Lima Fortes
Coorientadora: Prof.^a Dra. Mariana Guerra Barstad de Castro Neves

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Fibromialgia – Teses. 2. Transtornos mentais – Teses. 3. Comportamentos de apego – Teses. 4. Depressão mental – Teses. 5. Ansiedade – Teses. 6. Qualidade de vida – Teses. I. Fortes, Sandra Lúcia Corrêa Lima. II. Neves, Mariana Guerra Barstad de Castro. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 616.89-002.772

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cecilia Dal Magro

Apego, transtorno depressivo-ansioso, violência sexual e suas associações com o grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com Síndrome da Fibromialgia

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 6 de junho de 2023.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Lúcia Corrêa Lima Fortes
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mariana Guerra Barstad de Castro Neves

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Marco Aurélio Pinho de Oliveira
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Fernanda Martins Pereira Hildebrandt
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Flávia Sollero-de-Campos
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo e o interesse de uma vida inteira à minha mãe, Liliam, provável portadora de Fibromialgia desde a década de 80 e cuja incompreensão sobre os seus sintomas também compôs o seu sofrimento. Mãe, que esse trabalho possa ajudar a todos a entender um pouco mais o que acontece por tanto tempo com você. Dedico também à todas as incríveis e generosas mulheres que participaram de forma gentil e disponível desse estudo. Vocês nos ensinaram muito mais do que esperávamos sobre resiliência, adoecimento e como seguir vivendo à despeito de todas as adversidades.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento desse estudo não seria possível sem a contribuição e o trabalho conjunto precioso feito a muitas mãos:

Agradeço à minha família, em especial às minhas filhas Marina e Julia, que acompanharam, compreenderam as ausências e muitas vezes incentivaram e se viram curiosas com o meu trabalho. Meus amores, esse trabalho também é dedicado a vocês. Agradeço a meus amados pais, Trajano (*in memoriam*) e Liliam, meu irmão Magno e minha cunhada, Bárbara, pelo apoio e orientação e conversas inspiradoras. O amor incondicional de vocês me trouxe até aqui! Vivemos juntos, justamente nesse período, situações tão dolorosas e difíceis!... Que esse trabalho marque o fim de uma fase, e o início de dias melhores para nós.

Ao meu amado companheiro, Rafael, que me encontrou no meio dessa jornada e embarcou nela com todo o seu companheirismo incansável, muitas vezes estando à frente das coisas na nossa vida em comum para que eu tivesse condições de me dedicar aos estudos com todo o seu amor e sensibilidade. Não tenho palavras para agradecer por tudo o que fez por mim.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sandra Fortes, pelos conhecimentos técnicos no campo de pesquisa quantitativa e dentro do campo das doenças sem explicação médica, em especial, sobre a Fibromialgia;

À minha coorientadora, Profa. Dra. Mariana Barstad, pelo aprofundamento dentro da área fascinante da Teoria do Apego, cujo conhecimento enriqueceu minha percepção sobre o sofrimento dessas pacientes e de todas as pessoas que tive a chance de assistir após ela.

À Profa. Dra. Maria Lucia Fatorelli, que me acolheu com a mesma amorosidade e carinho com que acolheu durante anos suas queridas participantes do grupo de Fibromialgia do Laboratório de Fisiologia Aplicada do Instituto de Educação Física. (LAFISAEF/UERJ) e com a qual adquiri conhecimentos valiosos sobre essas mulheres, tendo inclusive a chance de participar de um dos grupos como psicóloga e assim me aproximar ainda mais delas. Ao LAFISAEF, por abrir as portas para que fosse possível avaliar às pessoas atendidas por esse serviço;

À Renata Figueiredo, reumatologista, parceira disponível e amiga, fundamental para a metodologia da nossa pesquisa ao avaliar as pacientes dentro dos critérios estabelecidos internacionalmente para a Fibromialgia;

Ao Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE- UERJ), um dos campos de pesquisa desse estudo, pela sua abertura à pesquisa e disponibilidade do acesso a pacientes com diagnóstico de Fibromialgia para a coleta de dados.

Ao serviço de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro pelo apoio quanto à informação sobre as pacientes, sua convocação e abertura do seu espaço para realização da pesquisa;

Aos eficazes e companheiros de equipe, estagiários de iniciação científica, Lívia Souza e Victor Souza, cujo o trabalho foi fundamental na coleta de dados e em várias etapas durante a coleta de dados e um agradecimento especial à colega de mestrado, mestranda Maíra Harris pelas trocas e apoio e amizade durante o tempo do mestrado. Atravessamos esse período tão desafiador e ainda bem que estávamos de mãos dadas nele!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O senhor sabe: há coisas de medonhas demais, tem. Dor no corpo e dor na ideia marcam forte como todo o amor e raiva de ódio.

Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas

Amuralhar o próprio sentimento é arriscar que ele te devore desde o interior

Frida Kahlo

RESUMO

DAL MAGRO, Cecília. *Apego, transtorno depressivo-ansioso, violência sexual e suas associações com o grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com Síndrome da Fibromialgia*. 2023. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A Síndrome da Fibromialgia (SFM) é uma condição clínica caracterizada por dor músculo esquelética generalizada, fadiga, distúrbios do sono, alterações gastrointestinais e cognitivas. Vários estudos observam a associação da SFM com fatores psicossociais e a existência de fatores predisponentes, deflagradores ou mantenedores. O objetivo desse estudo é estudar a associação de estilos de apego, a presença de abuso sexual e de transtornos depressivo-ansiosos e o grau de incapacidade funcional e qualidade de vida de mulheres portadoras de SFM em serviços de atendimento especializado. Foi feito um estudo de associação com dados quantitativos em 95 mulheres com diagnóstico de SFM para avaliação de transtorno depressivo ansioso (Inventário Beck de Ansiedade e Inventário Beck de Depressão); Violência sexual (Questionário de Violência Sexual); estilos de apego, (Escala de Vinculação de Adulto, versão portuguesa); qualidade de vida, (Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde -WHOQoL); incapacidade (Escala de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde - WHO-DAS 2.0), e dados sociodemográficos. Foi observada uma associação positiva entre estilos de apego inseguro, presença de transtorno depressivo ansioso e história de violência sexual com maior comprometimento da capacidade funcional de pacientes com SFM e pior qualidade de vida na amostra. Os achados indicam que fatores ligados à história de vida e à saúde mental contribuem para a gravidade do quadro de SFM.

Palavras-chave: Fibromialgia. Apego. Transtorno Depressivo-ansioso. Capacidade funcional. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

DAL MAGRO, Cecilia. *Attachment, depressive-anxiety disorder, sexual violence and theirs associations with the degree of disability and quality of life in women with Fibromyalgia Syndrome*. 2023. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Fibromyalgia Syndrome (FMS) is a clinical condition characterized by generalized musculoskeletal pain, fatigue, sleep disturbances, gastrointestinal and cognitive alterations. Several studies observe the association of FMS with psychosocial factors and the existence of predisposing, triggering or maintaining factors. The objective of this study is to study the association of attachment styles, the presence of sexual abuse and depressive-anxiety disorders and the degree of functional disability and quality of life of women with FMS in specialized care services. An associative study was carried out with quantitative data on 95 women diagnosed with FMS to assess depressive anxiety disorder (Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory); Sexual violence (Sexual Violence Questionnaire); attachment styles, (Adult Attachment Scale, Portuguese version); quality of life, (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument -WHOQoL); and disability (World Health Organization Disability Scale - WHO-DAS 2.0), and socio-demographic data with a structured questionnaire. An association was observed between insecure attachment styles and greater impairment of the functional capacity of patients with FMS and worse quality of life in the sample, as well as between depressive-anxiety disorder, history of sexual violence in adult life and the presence of functional disability in these patients, indicating that life history and mental health are vulnerability factors in the most severe condition in FMS.

Keywords: Fibromyalgia. Attachment. Depressive-anxiety Disorder. Disability. Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Síndrome da Sensibilização Central.....	22
Figura 2 –	Estilos de Apego.....	33
Figura 3 –	Origem dos pacientes.....	42
Tabela 1 –	Distribuição das pacientes com fibromialgia segundo características específicas por Escala de Vinculação de Adulto (EVA) e escala de incapacidade.....	53
Tabela 2 –	Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo categorias das escalas Beck de ansiedade e depressão.....	55
Tabela 3 –	Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo fatores de exposição.....	57
Tabela 4 –	Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo categorias do EVA.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CPMD	Corno Posterior da Coluna Dorsal
EVA	Escala de Vinculação no Adulto
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IASP	International Association of Study of Pain
IEFD	Instituto de Educação Física e de Desportos
LAFISAEF	Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
SC	Sensibilização Central
SNC	Sistema Nervoso Central
SFM	Síndrome da Fibromialgia
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
WHO-DAS 2.0	<i>World Health Organization – Disability Assessment Schedule 2.0</i>
WHOQoL- bref	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
1.1	Critérios diagnósticos	17
1.2	Sensibilização Central	19
1.3	Stress, fatores psicossociais e SFM	22
1.4	Transtorno Depressivo-Ansioso	25
1.5	Abuso físico, psicológico e sexual	27
1.6	Teoria do Apego	30
1.7	Neurofisiologia do Apego	35
1.8	Estilos de Apego e SFM	37
2	OBJETIVOS	40
2.1	Objetivo primário	40
2.2	Objetivo secundário	40
3	MÉTODO	41
3.1	Instrumentos	44
3.1.1	<u>Avaliação Clínica</u>	44
3.1.2	<u>Questionário Sociodemográfico</u>	44
3.1.3	<u>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)</u>	45
3.1.4	<u>World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)</u>	46
3.1.5	<u>Escala de Vinculação do Adulto (EVA)</u>	47
3.1.6	<u>Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)</u>	48
3.1.7	<u>Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)</u>	48
3.1.8	<u>Questionário de Violências Sexuais</u>	49
3.2	Critérios de inclusão	49
3.3	Critérios de exclusão	50
3.4	Análise estatística	50
4	RESULTADOS	52
4.1	Resultados do estudo descritivo sobre os estilos de apego	58
5	DISCUSSÃO	61

5.1	Resultados.....	61
5.2	Limitações da pesquisa e caminhos futuros.....	65
	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	75
	APÊNDICE B – Folha de primeira vez.....	76
	APÊNDICE C – Questionário Sócio Demográfico.....	80
	APÊNDICE D – WHO-DAS.....	90
	APÊNDICE E – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL.....	91
	APÊNDICE F – Escala de Vinculação do Adulto.....	95
	APÊNDICE G – Inventário Beck de Ansiedade (BAI)	97
	APÊNDICE H – Questionário de Violências Sexuais.....	98
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética.....	99
	ANEXO B - Comprovação de submissão do 1^o artigo científico.....	105
	ANEXO C – Artigo científico.....	107

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Fibromialgia (SFM) tem sido objeto de pesquisas em diferentes populações em busca da compreensão tanto da sua etiopatogenia quanto das variáveis que possam vir a influenciar seu desenvolvimento. Em estudos em diferentes populações do mundo, ela apresenta uma prevalência que pode variar entre 0,2 e 6,6%. Essa prevalência varia conforme a especificidade da população estudada: no gênero feminino, por exemplo, ela está entre 2,4 e 6,8% (Marques *et al*, 2017). No Brasil um estudo de investigação entre pessoas identificadas com doença reumatológica, 34,7% da população foi diagnosticada com SFM (Senna *et al*, 2004). Já em um estudo de base populacional de prevalência de dor crônica na população brasileira, foram encontrados 2% de indivíduos como tendo diagnóstico de SFM, com uma relação por gênero de um homem para 5,6 mulheres (1:5,6), o que indica maior predominância dessa doença no gênero feminino. A maior parte desses indivíduos (69%) tem acompanhamento de um médico reumatologista (Souza; Perissinotti, 2018)

A síndrome possui apresentação complexa e heterogênea e produz grande impacto na vida dos indivíduos acometidos por ela, sendo este percebido em diferentes dimensões da vida: nas relações pessoais, atividade laboral, adesão ao tratamento de saúde e até na sua dimensão subjetiva, afetando seu senso de identidade, humor e personalidade. Além disso, conforme observado e extensamente descrito na literatura, seu curso é influenciado por múltiplos fatores - tanto aqueles que podem funcionar como protetores, levando a um menor comprometimento e melhor recuperação da doença, quanto aqueles que acabam por funcionar como fatores agravantes de sua manifestação levando a maior sofrimento, incapacidade e mau prognóstico (Wolfe *et al*, 2016).

Nos seus atuais critérios diagnósticos, a SFM pode apresentar-se através de uma gama de sintomas, todos eles relacionados à sensibilização do sistema nervoso central (SNC). O principal sintoma reportado por quem tem essa síndrome é a hiperalgesia em pontos específicos do corpo, bem como a dor generalizada; mas também pode cursar com alterações gastrointestinais, distúrbios do sono, cefaleia, comprometimento cognitivo (o “*fibrofog*”¹) e alterações do humor (sintomas de ansiedade e depressão), entre outros (Yunus *et al*, 2015).

¹ Segundo Mendonça (2021) “O termo ‘fibrofog’ surge para se referir ao amplo espectro de reclamações cognitivas percebidas pelos pacientes que acabam comprometendo suas atividades de vida diária. Disfunções cognitivas incluem dificuldades de memória, atenção, confusão mental em relação à orientação espacial e atividades, dificuldades em expressar pensamentos e palavras, controle executivo e tomada de decisão”

Mesmo com todos esses critérios preenchidos ao diagnóstico, a doença pode ser percebida pelo profissional de saúde de forma diferente de um paciente para o outro do ponto de vista do seu impacto. Os próprios pacientes experienciam essa variação na linha do tempo do convívio com ela, às vezes por uma questão de dias: há dias sem sintomas, e outros, inadvertidamente, eles se veem impedidos de vivenciar seus planos de vida e aquilo que é importante pra si, mesmo nas atividades de vida diária básicas como tomar banho ou vestir-se. Dessa forma, produz-se uma percepção de imprevisibilidade na vida afetando notadamente a qualidade de vida do paciente. Nessas condições, o sofrimento psíquico dentro dessas condições acaba sendo inevitável. Para o profissional de saúde, fica a angústia, a impotência e a incompreensão do que torna o manejo de determinados pacientes e da doença tão complexo, e por vezes, pouco efetivo (Yunus, 2015).

O sofrimento do paciente pode amplificar ainda mais a sua incapacidade funcional. Por exemplo, estudos indicam que a existência prévia de Transtornos Mentais Comuns (TMC) como Transtornos Ansiosos e Depressivos estão relacionados à um maior comprometimento global do paciente com SFM (Ramiro *et al*, 2014; Uçar *et al*, 2015). Fatores ambientais, tais como as condições de desenvolvimento psicossocial e a saúde mental, vem, assim, sendo fortemente associados ao curso e desenvolvimento da SFM na literatura, como também observados na prática clínica de quem assiste ao portador dessa síndrome.

À despeito disso, não somente os TMC aparecem como associados a maior comprometimento funcional da SFM; a existência de abuso, físico, psíquico ou sexual prévios à manifestação também pode ser considerada como fator predisponente à manifestação da doença, e estão associados à um pior prognóstico no seu curso. Nicolson *et al*, (2010), observaram a existência de abuso físico e sexual na história de vida de indivíduos com diagnóstico de SFM e a associação desses fatores com o maior comprometimento global produzido pela patologia, em relação a indivíduos que não relatam esse histórico. Verificar fatores prévios na investigação sobre o processo de adoecimento, é, portanto, possuir um maior entendimento de como e do porquê da manifestação da doença e da relação do indivíduo com ela.

Outro fator predisponente com interesse crescente da comunidade científica em SFM são os estilos de apego, desenvolvidos pelo paciente no primeiro momento da vida e mantidos ao longo de sua existência, tal como descritos pelo psicanalista John Bowlby na década de 60 e por seus colaboradores, tais como Mary Ainsworth, Mary Main, Phillip Shaver, entre outros (Bowlby, 2002). Segundo esses autores, dependendo do processo de desenvolvimento psíquico, é possível o estabelecimento de um determinado estilo de apego, que disponibiliza o

indivíduo a uma maior vulnerabilidade ao seu adoecimento físico e psíquico (Bolwby, 2002). No caso da SFM, o apego inseguro está associado não somente a maior incapacidade e menor qualidade de vida em SFM; é, também, preditor de maior sofrimento psíquico e menor adesão ao tratamento, considerando a dificuldade do vínculo com o profissional de saúde e da confiança na prescrição do tratamento (Forsythe *et al.*, 2012; Kratz *et al.* 2012).

O conhecimento de fatores prévios ao adoecimento e sua possível influência no desenvolvimento da SFM, pode possibilitar a implementação de estratégias mais eficazes de intervenção em saúde para essa população, bem como favorecer políticas públicas de prevenção em saúde, considerando os aspectos psicossociais envolvidos no adoecer. A melhor compreensão sobre como os estilos de apego, o histórico de violência sexual, alterações de humor afetam a capacidade funcional e a qualidade de vida do portador da SFM pode contribuir individualmente para a produção de conhecimento necessária para os desafios da assistência a esse paciente e para a sua própria compreensão daquilo que muitas vezes sequestra sua própria vida sem que se entenda o porquê.

Estudar os aspectos psicossociais da SFM na população brasileira, além de contribuir para a literatura ainda escassa nessa população (sobretudo a literatura em língua portuguesa), permite que se possa reconhecer as especificidades que estejam contidas e tornem, assim, o reconhecimento e entendimento desses fatores e sua influência na apresentação do quadro clínico ainda mais precisa, e talvez mais eficaz, no sentido da abordagem no cuidado. A literatura existente sobre o perfil dos estilos de apego em pacientes com SFM, na população brasileira ou em língua portuguesa em especial, é ainda mais escassa, o que torna essa investigação ainda mais relevante em sua contribuição, dada a consistência dos achados sobre a relação do estilo de apego com a SFM em outras populações.

Torna-se, assim, de fundamental importância para compreensão da experiência do adoecimento desses indivíduos e eventuais condições psicossociais de risco a realização desse estudo com população brasileira. Pretende-se, como contribuição, ampliar a percepção sobre a doença e sua apresentação.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A SFM é uma condição clínica caracterizada por dor músculo esquelética generalizada, associada a outros sintomas como fadiga, distúrbio do sono e ainda, outras condições somáticas como alterações gastrointestinais e cognitivas, e, transtornos mentais comuns como ansiedade e depressão (Fitzcharles *et al*, 2008). Síndrome dolorosa por excelência, ela é considerada uma das causas mais importantes de dor crônica generalizada (Queiroz, 2013), e, como condição de saúde multifatorial, a deflagração, manutenção e evolução de seu quadro clínico é o resultado da interação entre diversos fatores, como fatores psicológicos, sociais, biológicos e culturais. Em um estudo comparativo sobre a percepção dos sintomas de fadiga crônica, uma das queixas mais incapacitantes da doença, entre amostras de pacientes do sexo feminino portadoras de SFM de Portugal e do Brasil observou-se que a amostra brasileira tem maior percepção dos sintomas do que a amostra portuguesa, mesmo que considerando serem duas culturas aproximadas pela mesma língua (Alvarez *et al*, 2021).

Clark *et al* (2013) conduziram uma investigação multicêntrica em países da América Latina e da Europa, incluindo o Brasil (Reino Unido, França, Alemanha, Itália e Espanha; México, Venezuela e Brasil) onde foram descritas diferenças na expressão da doença, tanto com pacientes quanto na assistência em saúde desses países. Nos países latinos, os pacientes manifestam sintomas de SFM por mais tempo, descrevem mais pontos dolorosos, demoram mais a serem diagnosticados; também tem maior impacto tanto nas suas atividades de vida diária quanto no seu desempenho laboral e qualidade de vida do que pessoas com esse diagnóstico na Europa. Por outro lado, os médicos entrevistados consideraram no diagnóstico da SFM de forma mais frequente sintomas não dolorosos como as alterações no humor, no sono e na cognição na América Latina comparado aos médicos europeus. Esses dois exemplos levam à percepção de que o sistema de saúde, a relação médico-paciente, a percepção da dor em cada cultura influencia de forma indubitável a expressão e o reconhecimento da SFM, reforçando assim a impressão da complexidade da manifestação dessa doença e sua abordagem.

1.1 Critérios diagnósticos

Descrita desde o início do século XX como fibrosite, o termo *fibromialgia* foi sugerido e passou a ser utilizado a partir de 1976. Em 1990, um comitê multicêntrico convocado pelo *American College of Rheumatology* (ACR), convencionou critérios diagnósticos para a SFM, a saber: dor generalizada por, no mínimo 3 meses e sensibilidade à pressão de 4 kg em pelo menos 11 de 18 *tender points*², sem que haja outra doença que explique as alterações; estabeleceu também a classificação diagnóstica de SFM primária (já existente) e secundária à doença reumatológica concomitante (Wolfe *et al*, 1990).

Em 2010, o ACR, divulgou novos critérios diagnósticos, onde as diretrizes de 1990 foram chamadas de “critérios diagnósticos preliminares”. Com os novos critérios, a dor crônica generalizada passa a ser utilizada como um novo parâmetro para a existência da SFM. Além disso, foram introduzidos, além da avaliação considerando pontos específicos, produzindo um índice pelo somatório das regiões de dor (índice de dor generalizada), também uma pontuação para outros sintomas percebidos como comuns à doença como a fadiga, sintomas cognitivos e sono não reparador. O exame dos *tender points* passou a ter menos importância em favor dos sintomas cognitivos e somáticos. Passam a ser instituídos então, com o novo critério por pontuação, níveis de severidade para escalonar a gravidade da doença e o diagnóstico passa a ter mais especificidade (Jones *et al*, 2015, Wolfe *et al*, 2010).

A partir dos critérios de 2010, pode ser classificado como portador de Fibromialgia se ao exame clínico e pelo relato do paciente, houver: (a) alto nível de dor, com sintomas moderados ou dor moderada com alto índice dos sintomas; (b) sintomas presentes no mesmo nível por um tempo igual ou maior que três meses e (c) ausência de outro transtorno que poderia explicar a dor. Esses critérios não foram formalmente adotados e somente foram aprovados pela diretoria do CAR como provisórios. Em 2011, uma versão modificada dos critérios de 2010 foi proposta, a partir de estudos clínicos e epidemiológicos utilizando instrumentos de mensuração de sintomas somáticos e registro do auto relato de dor (Jones *et al*, 2015; Wolfe, *et al*, 2011).

Em 2015, foi desenvolvido em estudo com 1.604 participantes levantados na população em geral buscando a prevalência da SFM utilizando os três critérios existentes -

² *Tender points* são pontos dolorosos à palpação em tecidos moles, reconhecidos pela demonstração de intensa sensibilidade com pressão de 4 kg em 11 de 18 pontos (9 simétricos), pré-determinados no corpo.

1990, 2010, e 2010-modificado. Em seu resultado, verificou-se uma mudança de prevalência da doença a partir do critério utilizado para o diagnóstico. Os investigadores concluíram que, apesar de os critérios de 2010 e de 2010 modificado refletirem uma mudança de pensamento sobre o conceito da fibromialgia (de uma síndrome dolorosa para uma síndrome com múltiplos sintomas) aumentando a especificidade do diagnóstico, eles acabaram por não ser tão sensíveis quando os critérios de 1990. Estimou-se que 45% dos pacientes previamente classificados com fibromialgia pelo critério de 1990, poderiam não ser classificados utilizando esses critérios (Jones *et al*, 2015). Uma observação diversa foi verificada em um estudo de coorte com 810 pacientes feito com a população brasileira, o EpiFibro (Martinez *et al*, 2016): no acompanhamento de pacientes que, numa primeira avaliação haviam preenchido somente os critérios de 1990, estes preencheram dois critérios (1990 e 2010) em sua quase totalidade numa nova avaliação, mantendo-se, inclusive, estáveis quanto à severidade e o impacto da SFM tanto na avaliação anterior quanto na atual.

Em 2016, uma nova revisão dos critérios diagnósticos publicados pela mesma entidade buscou validar cientificamente esses critérios a partir dos estudos feitos entre 2010 e 2016 trazendo para eles maior sensibilidade e especificidade instituídos pontos de corte para os índices de dor generalizada (IDG) igual ou maior que sete e para a escala de gravidade dos sintomas (EGS) igual ou maior que cinco, ou, Índice de Dor Generalizada (IDG) entre 4 e 6 e EDS maior ou igual a 9 (Wolfe *et al*, 2016).

A falta de compreensão inicial quanto à heterogeneidade da apresentação da SFM e suas características, onde, num momento inicial não se verificava relação aparente entre os seus sintomas afetando diferentes sistemas, gerou alguma controvérsia quanto ao seu campo de pertencimento. Ela já esteve no centro de debates onde as queixas de dor dos indivíduos eram relacionadas à outras doenças clínicas ou mesmo à doenças psiquiátricas, seja pela expressiva presença de sintomas psicológicas e doenças psiquiátricas associadas como Depressão e Ansiedade ou por não caracterizar-se como uma doença tipicamente reumatológica (Queiroz, 2013). Essa inespecificidade dentro de classificações nosológicas já estabelecidas é justamente característica de um grupo de afecções que são denominadas como síndromes somáticas funcionais. Elas vêm sendo mais recentemente alvo de estudos para a sua melhor compreensão (Fortes *et al*, 2018).

As síndromes somáticas funcionais são caracterizadas por não possuir etiologia anatomopatológica definida e nem adequação aos critérios nosológicos existentes para as demais doenças. Elas estão relacionadas ao que é chamado de Sensibilização do SNC; recentemente, este ponto em comum foi proposto como sendo, por si só uma classificação

nosológica (Yunus et al, 2015). Além de incapacidade e comportamento anormal de doença associadas, é também observada a associação expressiva com o sofrimento psíquico do indivíduo (Fortes *et al*, 2018). Outras síndromes nessa categoria são a Síndrome da Fadiga Crônica, Cefaléia Tensional, Síndrome do Intestino Irritável, entre outros (Fortes *et al*, 2018).

A sensibilização crônica do SNC é o indicador somático de um processo de adoecimento diverso do observado pelo modelo biomédico, produzido em consequência de múltiplos fatores prévios ao adoecimento (fatores predisponentes) mantido e potencializado também por vários fatores (fatores mantenedores). Está, dessa forma, para o adoecimento, não como uma causa, mas como um componente fisiológico onde também coexistem fatores ambientais (aspectos psicossociais) e até epigenéticos que se interinfluenciam e produzem a experiência do adoecer (Yunus, 2015). A expressão da doença, através desse processo, é diretamente relacionada à singularidade das características físicas e da história de vida do indivíduo (Yunus, 2015). É uma característica especialmente relacionada à doença crônica, em especial às síndromes dolorosas crônicas, e seus mecanismos e implicações nessas doenças será melhor explicado adiante.

1.2 Sensibilização Central

Dentro da Taxonomia da Dor, elaborada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a Sensibilização Central (SC) é definida como “*uma maior responsividade dos neurônios nociceptivos no Sistema Nervoso Central do que seria o normal para a mesma estimulação*” (IASP, 2019, livre tradução). A plasticidade neuronal derivada desse processo produz mudanças microscópicas na morfologia da substância branca e na espessura do córtex cerebral levando a alterações tanto neuroquímicas quanto estruturais do cérebro (Yunus *et al*, 2015). A SC pode ocorrer tanto devido à hiperestimulação do Sistema Nervoso Periférico (SNP), decorrente de um estímulo nóxico continuado (como em uma dor localizada, por exemplo) nas fibras aferentes A-delta (mielinizadas, para o estímulo tátil) e C (não mielinizadas, específicas para a dor) quanto a partir de uma interpretação cognitiva e/ou emocional de ameaça, que acaba por produzir o mesmo tipo processamento do que a estimulação periférica no SNC (Yunus, 2015).

Diante da informação de ameaça à integridade do corpo causada por uma lesão tecidual, são liberados localmente na lesão mediadores algioênicos como bradicinina,

prostaglandinas, leucotrienos, Substância P, entre outros, além de macrófagos, neutrófilos e fibroblastos constituindo uma “sopa inflamatória” responsável pela transdução - transformação do estímulo nódico em impulso nervoso – da informação da lesão para os receptores das fibras A-delta e C. Em nível periférico, essas condições produzem hiperalgesia ante a esse estímulo (Yunus, 2015).

O estímulo amplificado, conduzido pelas fibras aferentes que o levam, acabam por modificar essas mesmas fibras em nível molecular, estrutural e funcional diante da *somação temporal* do estímulo e a sua amplificação. As modificações ocorrem partir de lesão tecidual, que desmileniza a fibra, e da consequente produção de Substância P, glutamato, aspartato e fator de crescimento do nervo (FCN), entre outros. Além de aumentar a permeabilidade da membrana ao estímulo, essas moléculas também são responsáveis pela produção pelo “brotamento” de neuromas nos locais de lesão do neurônio – estas sensíveis à norepinefrina e também excitáveis ante ao estímulo nódico. O resultado é o aumento da hiperexcitabilidade da fibra aferente, chamado de *sensibilização periférica* (Yunus, 2015).

Ao chegar ao SNC através do corno posterior da coluna dorsal (CPMD), o estímulo cada vez mais amplificado e continuado também produz alterações: o mesmo “brotamento” anormal de fibras nervosas ocorridas no SNP ocorre nas lâminas do CPMD, comunicando as lâminas que levam o estímulo tátil e o estímulo doloroso. O estímulo tátil passa a ser percebido como estímulo de dor, produzindo o fenômeno conhecido como alodinia, um dos sintomas tipicamente relacionados à SFM (Yunus, 2015).

É esta informação, amplificada e distorcida, o que sobe pelas vias aferentes para ser processada no SNC, tendo como primeiro lugar o tálamo, na substancia cinzenta periaquedutal. Essa região do tálamo é também relacionada à regulação do ciclo sono-vigília (sua disfunção justificaria as alterações do sono em pessoas com dores crônicas, em especial na SFM); e ainda, à modulação da dor (Skula; Clauw, 2016). Skula *et al* (2016) relatam estudos onde é descrito que, durante a estimulação dolorosa, existe uma redução da conectividade em áreas de supressão da dor em pessoas com SFM, sugerindo um comprometimento dessa função nesses indivíduos.

Na condição da SC, substâncias que suprimem a dor nas vias descendentes como norepinefrina, encefalinas e dopamina tem sua produção afetada, interferindo na capacidade do SNC de regulação ante à hiperestimulação pela dor. Essa condição é especialmente percebida na SFM (Skula; Clauw, 2016).

Já no SNC, no estágio de processamento da dor, outra “sopa inflamatória” (Substância P, prostaglandinas, bradicinina, N-metil D-Aspartato, entre outras) ativada em função de uma

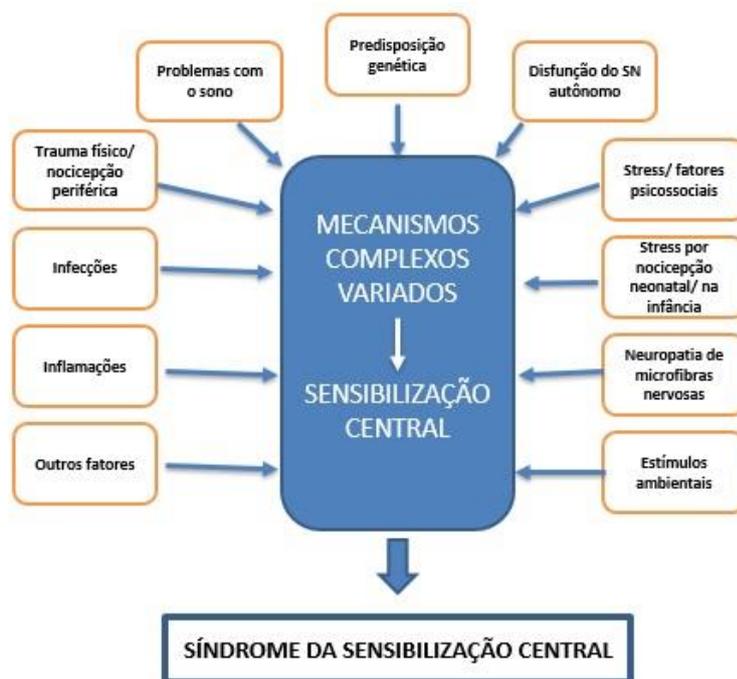
sensibilização prévia e progressiva ao SNC e periférico, torna-o hipererexcitável ante o estímulo doloroso; essa hiperexcitabilidade é responsável pela hiperalgesia, alodinia, queixas cognitivas e outras queixas somáticas relacionadas à SFM. Pessoas com diagnóstico de SFM tem maiores concentrações de substância P e glutamato no líquido do que em indivíduos sem a doença (Skula; Clauw, 2016).

Infecções que produzem resposta inflamatória do organismo, bem como doenças inflamatórias tais como artrite reumatoide reproduzem esse mesmo mecanismo, e, a partir da sua frequência e intensidade, podem produzir também SC crônica, e, por conseguinte, doenças relacionadas a ela como a SFM (Yunus, 2015; Uçeyler, *et al*, 2015).

Em estudos de imagem funcional, observa-se uma maior ativação de regiões ligadas ao processamento afetivo e motivacional da dor, tais como a ínsula, a amígdala, e o córtex cingulado anterior em indivíduos com SFM, indicando a importância dessa dimensão no processamento da dor não somente nessa síndrome, como também nas demais síndromes dolorosas crônicas que também são produzidas através do mesmo processo de SC. Também é verificada uma maior conectividade neuronal entre a ínsula e a rede *default mode*, esta rede responsável pela deativação da atividade do cérebro em estados de “repouso” de suas demais funções. A desregulação do *default mode* e a hiperativação da sua conexão com a ínsula, indicam disfunção da regulação emocional, ela própria um fator de Sensibilização Central (Yunus, 2015).

Dessa forma, fatores como o stress psicológico e fatores psicossociais, considerando esses mecanismos, também acabam por se tornar sensibilizadores do SNC, uma vez que podem reproduzir o processamento disfuncional de um estímulo aversivo, dependendo de sua intensidade e natureza (Yunus, 2015).

Figura 1 – Síndrome da Sensibilização Central



Fonte: Yunus, 2015.

1.3 Stress, fatores psicossociais e SFM

Fatores psicossociais tem sido especialmente relacionados à Sensibilização Central. O *stress* psíquico, em especial, reproduz as alterações neuroendócrinas e funcionais encontradas na Sensibilização Central produzida a partir de nocicepção, tanto em modelos humanos quanto animais (Yunus, 2015). Em uma de suas definições, o stress é conceituado como “*a ocorrência dos acontecimentos de vida significativos, que são interpretados pela pessoa como indesejáveis*” (Yunus, 2015). Esses acontecimentos, internos ou externos, acabam por interferir na homeostase fisiológica e psicológica do organismo, e este promoverá um conjunto de respostas adaptativas, de natureza cognitiva, emocional, comportamental e fisiológica, para retomar o seu equilíbrio (Amaral, 2008).

Associado a esse conceito de stress a partir de sua natureza adaptativa foi construído o conceito de alostase. Ela é definida por Amaral (2008) como “*o processo adaptativo que ativamente mantém a estabilidade através da mudança*” (Amaral, 2008, p. 30). Diante da dificuldade em retornar à homeostase ante o stress mantido ou em quantidade que dificulte o

ajuste ou adaptação, os mediadores neuroendócrinos da alostase (hormônios adrenais, neurotransmissores e imuno-citoquinas) acabam por ser liberados de forma continuada ou sua emissão fica sem controle, mantendo as alterações neuroendócrinas típicas de uma condição de stress. A esse desbalanço do organismo, é dado o nome de “*sobrecarga alostática*”, que acaba por produzir desgaste e ruptura cumulativos no organismo, o que é associado ao desenvolvimento de doenças (Yunus, 2015).

Numa tentativa de compreensão da relação entre o stress e as suas condições de vulnerabilidade, foi desenvolvido, dentre outros modelos explicativos, o modelo *diátese-stress*. Esse modelo foi criado dentro do escopo do modelo biopsicossocial (Amaral, 2008), surgido ao final da década de 70 do século XX como uma proposta de compreensão mais abrangente sobre a saúde e a doença, em contraposição ao modelo biomédico, até então vigente, pensado inicialmente como modelo para compreensão de psicopatologias. Diferente do primeiro modelo, causalista, onde o adoecimento era relacionado a um único agente patogênico, o modelo biopsicossocial passa a considerar diversos vetores contribuindo para a doença: condições de vida e desenvolvimento, predisposição genética, acesso ao sistema de saúde, entre outros. Passam a ser assim considerados, dentro desse modelo, não somente o adoecimento como um processo, como também como o contexto prévio vivido, tanto em condições “macro” (saneamento básico, cultura, contexto sociopolítico) quanto em condições “micro” (organização familiar, aspectos psíquicos e fisiológicos). A diátese (ou fator predisponente) é, portanto, uma condição prévia que representa uma vulnerabilidade individual para o adoecimento (Amaral, 2008; Yunus, 2015).

O propósito do modelo diátese-stress é observar as interações de *risco* pré mórbido, e fatores de stress situacional, a fim de verificar a *vulnerabilidade* (ou não), ao adoecimento (Amaral, 2008). Essa interação é dinâmica, e considera a intensidade do stress situacional (que por sua vez é dependente de aspectos singulares ao indivíduo) como também a característica da diátese. A diátese pode ser dicotômica (um único fator de grande intensidade, como, por exemplo, um evento traumático) como pode ser “*quase contínua*”, como em uma condição de vida adversa onde a reação de stress é continuada (Amaral, 2008).

Não existe uma relação causal entre a magnitude do fator predisponente e a vulnerabilidade para a doença; a presença de um fator predisponente à doença depende de uma série de outros fatores, que somados, levam a um processo cujo o produto final é o adoecimento (Amaral, 2008)

Alguns princípios norteiam a dinâmica desse modelo. Um desses princípios é o princípio da “aditividade”, ou, “modelo aditivo” de stress: nele, é considerado que diátese e

stress se “adicionam” de alguma forma para produzir o seu efeito. Assim, mesmo numa condição de vulnerabilidade menor, essa condição se somaria ao stress situacional produziria um efeito amplificado. Já o princípio *ipsativo* no modelo diátese-stress observa a relação inversamente proporcional entre os dois fatores: quanto maior o stress, menor precisa ser o fator predisponente para produzir a vulnerabilidade à doença, e vice-versa (Amaral, 2008).

Também é relevante para pensarmos a relação diátese-stress o preceito de *kindling*, isto é:

(...) exposição repetida a uma perturbação causa mudanças neuronais que resultam numa maior sensibilidade aos acontecimentos indutores de stress. Com a sensibilidade aumentada, menos adversidade se torna necessária para activar os processos requisitados que conduzem à psicopatologia (Amaral, 2008, p. 37).

Tal conceito encontra um paralelo no fenômeno da sensibilização central, descrito no capítulo anterior (Yunus, 2015). Além disso, ela sugere que a diátese pode ser modificada, seja para ser fortalecida como fator de vulnerabilidade, seja para que a sua influência seja reduzida, como provavelmente acontece em casos de remissão da doença em questão ou quando existe resultado em uma intervenção terapêutica que foque na diátese (Amaral, 2008).

É possível verificar dentro desses modelos a ideia de que o stress compõe a própria experiência da vulnerabilidade. Na SFM isso é especialmente verdade: o stress compõe a vivência da doença, não somente como deflagrador; faz parte, de forma mais ampla, da integralidade de síndromes de Sensibilização Central como a SFM, considerando que a própria vivência da incapacidade e sofrimento psíquicos associados podem ser, em si, um estressor. Produz-se, assim, um “círculo vicioso” onde a própria doença torna-se um fator de comprometimento crescente da funcionalidade, qualidade de vida e saúde mental desse indivíduo, justamente considerando o fator potencializador dos sintomas somáticos e sofrimento (Yunus, 2015).

Na SFM, o stress é diretamente relacionado à hiperalgesia. O stress psicológico crônico induz a hipoativação do eixo hipotálamo-adrenal nesses pacientes, bem como a diminuição do córtex na amígdala, e, por conseguinte, a redução da atividade nos sistemas serotoninérgico e noradrenérgico (Jennings *et al*, 2014). Além disso, pacientes com SFM manifestam uma capacidade reduzida de modular cognitiva/emocionalmente a experiência dolorosa, maior catastrofização (e, assim, maior ansiedade antecipatória) e piores estratégias de *coping* para o enfrentamento do stress, comparado à controles, o que os torna mais vulneráveis a situações estressantes (Thiagarajah *et al*, 2014).

Embora estudos de associação consigam observar a forte relação entre um determinado fator pré-mórbido e a existência de stress e doença, como já dito, essa relação não obedece a uma lógica causalista. É possível, no entanto, considerando a literatura, inferir algumas deduções: 1) determinados acontecimentos adversos produzem uma grande quantidade de sintomas em pessoas previamente “normais”; 2) Existe uma relação positiva entre a maior severidade do fator predisponente e a existência da doença; 3) Alguns indivíduos tem maior vulnerabilidade à doença que outros, necessitando de menor fator estressor prévio para leva-lo ao adoecimento; 4) Indivíduos expostos a condições estressantes extremas não necessariamente adoecem por conta delas. Ao fim, o modelo aponta sempre para a condição singular e multifatorial da saúde/doença (Amaral, 2008).

Dentre as condições de vulnerabilidade relacionadas à doença física, pode-se destacar determinadas variáveis psicológicas, como a ansiedade e a depressão. Segundo Amaral (2008), são essas as variáveis que são mais fortemente relacionadas a deflagração/amplificação da doença física ante à presença do stress. Segundo a autora, a intensidade da presença de sintomas de depressão e ansiedade é diretamente proporcional à maior correlação entre stress e doença física. Assim, variáveis psicológicas podem mediar a relação entre stress e doença física, e dentre elas, a ansiedade e a depressão parecem estar fortemente implicadas.

1.4 Transtorno Depressivo-Ansioso

Na classificação dos transtornos mentais, os transtornos depressivos e ansiosos são conceitualizados como entidades diagnósticas independentes. Considerando a presença de sintomas de ansiedade em transtornos depressivos, e de sintomas depressivos em quadros de ansiedade, a fronteira entre esses dois diagnósticos vem sendo discutida, principalmente porque o não reconhecimento da existência dos sintomas exógenos de cada diagnóstico interfere tanto no tratamento adequado quanto na evolução da doença. Em 1992, a Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10) introduziu a definição de Transtorno Misto Depressivo-Ansioso para abarcar essa apresentação de sintomas (Miguel, 2016).

Alterações psiquiátricas como Depressão e Ansiedade não somente são comorbidades comuns e também fatores de cronificação como também são fatores de vulnerabilidade para o

desenvolvimento da SFM. São comumente encontrados em pacientes com SFM, tanto como componentes da Síndrome como decorrentes do convívio com a dor crônica e incapacidade. Galvez-Sánchez *et al* (2020), em um estudo comparativo com mulheres saudáveis e mulheres com SFM concluíram que a dor e a experiência da incapacidade funcional estão correlacionadas positivamente à intensidade da depressão e ansiedade, que por sua vez amplificam os sintomas da doença e influenciam na qualidade de vida da paciente.

Hadlandsmyth *et al*, (2020), verificaram em uma amostra com 191 indivíduos com diagnóstico de SFM, que cerca de metade deles (50%) apresentavam depressão e ansiedade em nível de moderado a grave; 17% relataram altos níveis de ansiedade (moderado a grave) sem altos níveis de depressão; 9% relataram altos níveis de depressão (moderado a grave) sem altos níveis de ansiedade e 24% relataram altos níveis (moderados a graves) de depressão e ansiedade. Os participantes relataram níveis moderados de catastrofização da dor e altos níveis de fadiga, distúrbios do sono, intensidade da dor e cinesiofobia (medo do movimento), indicando tanto como essas psicopatologias são prevalentes na SFM como são acompanhadas de comprometimento da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Já em uma amostra brasileira, a investigação desse impacto não tornou tão evidente essa relação: embora com uma expressiva prevalência de depressão e ansiedade, houve fraca associação entre depressão e intensidade da dor ($\beta=0.07$ [95%, IC :0.02-0.11], $p = 0.000$, estando associada à 10% da variação na intensidade da dor). A ansiedade não apresentou relação significativa com a intensidade da dor ($\beta = 0.002$ [95% IC:-0.00-0.04]. $p= 0.006$); porém apresentou associação significativa com a incapacidade funcional ($\beta = 0.03$ [95%, IC: -0.05- -0.00] $p=0.001$) (Do Nascimento *et al*, 2020).

Uma alta prevalência de ansiedade e depressão também foi encontrada em outra amostra (Henao-Pérez *et al*, 2022): em um levantamento com 1.106 pacientes com SFM, 28,75% possuíam critérios para depressão e/ou ansiedade. Dessa vez, foi observada ainda o aumento dessa prevalência em pacientes com nível sócio econômico mais baixo; tal relação aponta para a implicação das condições de vida na saúde mental e no impacto da doença no indivíduo.

Em estudo de investigação de *stress*, ansiedade e depressão em mulheres com SFM comparado a um grupo controle saudável, Ramiro *et al* (2014) encontrou uma alta prevalência de *stress* psicológico na amostra (96%) e média de escore de ansiedade- traço de 50. Penido (2004) observou, em uma amostra total de 36 mulheres com SFM comparada com um grupo com Artrite Reumatóide e controles saudáveis que “a ansiedade aparece associada à SFM e não à Artrite Reumatóide”, e que pacientes com SFM tem,

(...) cinco vezes mais chance de vir a desenvolver ansiedade em comparação ao grupo com artrite reumatoide (OR = 5; IC = 1,8; 18). Nesse estudo, a SFM também está fortemente relacionada à Depressão, (...) o grupo com fibromialgia aparece mais associado a depressão do que o grupo controle, com uma chance oito vezes maior de ter depressão (OR = 8,682; IC = 2,7;27,5 88) (Penido, 2004, p. 86).

A SFM também está mais relacionada à preocupação com sintomas somáticos, a Ansiedade de Doença (*Health Anxiety*) do que indivíduos, saudáveis, de acordo com Uçar *et al.* (2015). De acordo com esse estudo, existe correlação significativa e positiva entre os escores da mensuração da *Health Anxiety* e da Depressão e incapacidade pela Fibromialgia nesses indivíduos.

Buscando observar as diferenças do impacto da SFM na saúde mental, Alciati *et al* (2020) estudaram dois grupos, um grupo com SFM primária e outro com SFM secundária à Artrite Reumatóide. Como resultado, observaram maior prevalência de Transtorno Depressivo Maior (PFM: 76,7% / SFM: 40%) e Síndrome do Pânico (PFM:50%/ SFM: 15%) ao longo da vida em pacientes com SFM primária, em comparação com os de Artrite Reumatóide, indicando o forte comprometimento da saúde mental presente nessa população. Além disso, o primeiro grupo possuía índices maiores de todos os tipos de abuso mensurados (físico, emocional, psicológico e sexual) em comparação ao segundo, especialmente de abuso sexual (PFM: 20%/ SFM: 0%) e abuso físico (PFM: 90%/ SFM: 65%). Um dado relevante nos pacientes que não haviam tido sensibilização prévia pela Artrite Reumatóide: os pacientes com SFM primária, até um ano antes do estabelecimento da doença apresentaram parcela significativa de existência de um evento “não físico” significativo, como o fim de um relacionamento (36%) ou problemas no trabalho ou financeiros. O estudo conclui que os dois tipos de SFM diferem em comorbidades psiquiátricas e adversidades ambientais, e que a patogênese comum pode se desenvolver por diferentes vias.

1.5 Abuso físico, psicológico e sexual

A relação entre trauma físico, psicológico e sexual e a SFM vem sendo documentada de forma cada vez mais consistente na literatura (Kaleycheva *et al*, 2021; Pierce *et al*, 2020; Ortiz *et al*, 2018; Bohn *et al*, 2013; Hauser *et al*, 2010; Almeida, 2001). Em um estudo de coorte com 117 pacientes com diagnóstico de SFM, 20.5% relataram abuso psicológico

importante, 8,6% abuso físico grave, 12,8% abuso sexual, 25,6% negligência emocional e 12% negligência nos cuidados durante a infância e adolescência (Bohn et al, 2013). O uso do cortisol como marcador fisiológico da presença de stress em pacientes com SFM e com osteoartrite com histórico de abuso sexual constatou que ambas as amostras apresentam altos níveis desse hormônio secretado em situações de stress (Nicolson *et al*, 2010).

Numa revisão sistemática com metanálise (Hauser *et al* 2010) com um total de 13.095 sujeitos, embora discuta a qualidade dos estudos analisados, foi encontrado uma associação significativa entre SFM e abuso físico na infância (OR 2.49; IC = 1.81; 3.42) e idade adulta (OR 3.07 IC = 1.01; 9.39), bem como abuso sexual na infância (OR 1.94; IC = 1.36; 2.75) e também na idade adulta (OR 2.24; IC = 1.07; 4.70). No Brasil, a amostra de mulheres com Dor Crônica atendida na Clínica de Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto, estudada por Almeida (2001), apresentou relato de prevalência de 93,4% de presença de violência verbal/simbólica, 90,1% de violência física e 46,2% violência sexual nas suas histórias de vida. Tal resultado foi confirmado por estudo posterior da mesma autora (Almeida *et al.*, 2008), onde foram investigadas 85 mulheres com diagnóstico de Dor Crônica na Clínica de Dor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, com achados semelhantes.

Em outro estudo de metanálise, utilizando 2.112 estudos que investigavam stress e SFM, foi encontrada uma associação significativa entre fibromialgia e várias formas de exposição a estressores ao longo da vida. Entre esses estressores, o que foi chamado de abuso total (medida combinada de todos os tipos de abuso e abuso físico) tem uma associação mais forte com SFM; cada um desses tipos de abuso também apresentou forte evidencia de associação com a síndrome - *“Os achados provém suporte para a hipótese que a exposição sustentada para estressores ambientais leva a habituação da resposta ao estresse, a qual produz a disrupção da produção normal de cortisol pelo eixo hipotálamo-adrenal”*(Kaleycheva *et al*, 2021, p. 190).

A condição de alteração do funcionamento do eixo hipotálamo-adrenal, ativado na condição de stress também foi investigado por Yeung *et al* (2016). Dados sobre a negligência e condições traumáticas na infância estão associados de forma significativa com declínio menor de níveis de cortisol ao longo do tempo e à dor e sintomas emocionais na SFM. Os autores concluem, assim, que a negligência na infância é preditora de dor e sintomas emocionais em fibromialgia.

A condição traumática, *per se*, independentemente de ser relacionada à violência sexual, tem forte evidencia de condição prévia à SFM. Miró *et al* (2020), encontraram uma alta porcentagem de indivíduos com SFM (75.2%) que relatou exposição à trauma prévio,

comparado à indivíduos saudáveis (52,9%). O número médio de experiências traumáticas foi maior em indivíduos com SFM do que nos indivíduos do grupo controle, (M = 2.47 e 1.16, respectivamente, $p = .010$). A experiência traumática mais reportada foi trauma emocional (60.7%- 42.9%), seguido de trauma físico (46.9% - 30.6%), abuso físico (22.1% - 10.2%) e abuso sexual (9.0% - 2.0%). Na correlação achada no estudo, a exposição ao trauma é associada positivamente a mais dor, pior qualidade do sono, e uso de estratégias de adaptação ao stress disfuncionais.

Em um estudo transversal com 3.118 pacientes com SFM, investigando hipersensibilidade à medicação presente através de sintomas colaterais, quase $\frac{3}{4}$ da amostra (69,18%) apresentaram algum tipo de sintoma; 15,36% do total apresentaram alguma forma de abuso, sendo que 66,81% relataram abuso somente na infância, 17,95% durante a fase adulta e 15,24% sofreu abuso em ambas as fases (abuso cumulativo). A vitimização por abuso foi considerada um dado relevante, à medida que os pacientes que não relataram abuso tiveram incidência menor de casos de catastrofização da dor em comparação aos pacientes que relataram abuso ao longo da vida. Essa distorção cognitiva é comumente relacionada à maior incapacidade funcional e à intensidade da dor; sendo presente em vítimas de abuso indica, portanto, maior comprometimento pela doença. Além disso, a ocorrência de efeitos colaterais também diferiu entre os grupos de vítimas de abuso, sendo mais incidente em pacientes que relataram histórico de abuso sexual ou físico do tipo cumulativo (Pierce *et al*, 2020).

Ortiz *et al* (2018) em uma amostra de 111 mulheres, verificaram 37,8% (42) da amostra com histórico de abuso durante a infância, sendo que 14 mulheres com relato de abuso físico (sexual), 15 de abuso emocional e 14 relatando ambos os abusos. Entre as pacientes com esse histórico, verificou-se um maior número de *tender points* e um menor limiar para a dor. O estudo concluiu que experiências de abuso infantil estão associadas com a gravidade de sintomas de fibromialgia e podem moldar o desenvolvimento psicobiológico da interocepção desses indivíduos de forma a predispor-las à dor e ao sofrimento polissintomático.

A presença desses eventos vitais na história pregressa desses pacientes pode ser interpretada não somente como potencial fator desencadeante de *stress* psicológico como também indicador da existência de uma insegurança relacional no ambiente social desses indivíduos.

Considerando esta perspectiva, estudos recentes têm investigado a qualidade dos vínculos relacionais estabelecidos na primeira infância e mesmo na fase adulta como fator

predisponente à hipersensibilização central, e, por conseguinte, à SFM. Tais achados encontram correspondência no constructo teórico elaborado pelo psicanalista John Bowlby, chamado Teoria do Apego (Bowlby, 2002), onde, o padrão vincular estabelecido desde a infância pelos indivíduos com a figura de seu cuidador principal pode ser precursor de doenças.

1.6 Teoria do Apego

A Teoria do Apego foi desenvolvida pelo psicanalista John Bowlby, partir da observação da dinâmica de comportamento de crianças separadas da mãe e institucionalizadas, na década de 50. Bowlby reconheceu padrões de resposta comportamental dessas crianças a condições específicas da relação delas com a mãe, compreendida nesse momento como a sua principal cuidadora, a primeira relação humana (função materna) e pedra fundamental sobre a qual um indivíduo edifica a sua personalidade. Passa a acompanhar, então, o desenvolvimento dessas crianças tendo como referencial as características dessa relação e a sua consequência tanto na expressão comportamental quando na formação de sua personalidade e psiquismo (Bowlby, 2002)

De acordo com a sua observação, a experiência de separação da mãe em uma janela de tempo específica (de um ano e meio a três anos) fazia com que a criança experimentasse intenso *distress*³, mesmo que tivesse imediatamente suas necessidades básicas atendidas por outras pessoas que não a mãe. Um modelo previsível passou a emergir: um protesto raivoso seguido de ansiedade. Bowlby assume como foco de sua investigação o porquê da figura de cuidado ser tão importante para a criança (Cassidy, 2008).

A perspectiva teórica existente até então era que o vínculo com a mãe emergia porque ela alimentava o bebê, e a satisfação da fome estava associada com a sua presença. No entanto, em modelos animais, observou-se que filhotes se apegavam mesmo a objetos, onde não havia a alimentação. Ao conversar com seus pares, advindos dos campos da etologia, biologia, ciência cognitiva, psicologia do desenvolvimento e teoria dos sistemas de controle,

³ *Distress* é um ajuste disfuncional diante de uma experiência que ativa a reação de stress (ambiental, eventos maiores, trauma ou abuso ou negligência na infância ou na velhice) ao serem percebidos como “ameaça, necessidade de ajuda ou alerta” que acaba por levar a “uma ruptura do bem-estar individual” (Sparrenberger *et al*, 2003).

passou a formular a ideia de que esse comportamento era resultante de uma “pressão evolucionária” para a proximidade com a mãe, surgida do processo de seleção natural, que estava relacionada à sobrevivência (Cassidy, 2008).

O comportamento, tanto em humanos quanto em espécies animais pode obedecer a variáveis orgânicas e ambientais. Entre as orgânicas, estão a fome, o desconforto, a fadiga, dor, frio, doença; como uma das variáveis ambientais, a discípula de Bowlby e uma das principais colaboradoras de sua teoria, Mary Ainsworth, destaca o fato das crianças estarem “alarmadas” na condição da ativação desse comportamento. Esse “alarme” pode ser desencadeado pelo comportamento e paradeiro da mãe (que não mantém proximidade, esteja ausente ou que se afasta) e/ ou outras condições de ambientais (Bowlby, 2002)

Comportamento de apego é o comportamento esperado de uma criança diante da sua figura de apego (geralmente a mãe) a partir de um *drive* motivacional, filogeneticamente determinado, que inclui sinalizações para chamar o seu interesse e a sua atenção para si, como sorrir ou chorar. Do ponto de vista evolucionário, a criança ou filhote que esteja mais próxima da sua figura de cuidado, está menos propensa a ser morta por um predador. Assim, a figura do cuidador é principalmente buscada pela sua característica de proteção. Bowlby, bem como seus discípulos e colaboradores, deduziu que esse comportamento pode ser especialmente ativo em situações de *distress*, e é ativado tal como um termostato, na regulação da experiência de insegurança por ameaça, algo como uma “homeostase comportamental”, onde é a presença da figura de cuidado aquilo que traz a segurança que reequilibra a “homeostase”. São as emoções que ativam esse sistema regulatório. É esse vínculo cuidador-criança que irá prover a esse indivíduo o seu contexto singular para o seu desenvolvimento socioemocional, que poderá determinar a forma como ele se vincula emocionalmente a outros indivíduos em diferentes fases na vida, sua autoestima e auto eficácia, e mesmo sua relação com o sistema de saúde (Kobak; Madsen, 2008).

Tal comportamento encontra correspondência comportamental e vincular na figura do seu cuidador, no chamado sistema de cuidado, através de uma série de ativações biológicas no cuidador a partir das sinalizações feitas pela criança com o comportamento de apego. Essas sinalizações produzem uma urgência do cuidador em cuidar e proteger a criança e também produzem (ou não) uma determinada reciprocidade, influenciada pela cultura, pelo aprendizado social e pela própria história de vida do cuidador que irá determinar o quão bem-sucedido o comportamento de apego da criança em conseguir o que precisa (Kobak; Madsen, 2008).

Existem dois sistemas de comportamento inerentes ao sistema de apego: o *comportamento exploratório* e o *sistema de medo*. No primeiro, a criança interage e obtém informações sobre o seu meio, e para tal, é fundamental a proximidade com as figuras de apego, “uma base segura para poder explorar”, conforme descrito por Mary Ainsworth e citado por Cassidy (2008, pág.8). Em contraposição a ele, o sistema de medo é ativado na ausência da figura de apego, através de sinais do ambiente que podem ser interpretados como ameaça (Cassidy, 2008).

Diante da disrupção persistente do vínculo de apego (quando a figura do cuidado não se mostra disponível e responsiva), é produzido um *distress* que gera uma primeira reação de raiva e ansiedade, e depois surge uma reação de tristeza e desespero. A indisponibilidade da figura de apego por ausência ou por intermitência ativa o sistema de medo na criança, produzindo comportamentos como a evitação, reclusão ou ataque diante da possibilidade de ameaça. Bowlby faz a distinção entre a experiência de “medo”, como o que ocorre diante de um estímulo ameaçador e “ansiedade” como o que ocorre quando a figura de apego está ausente (Kobak; Madsen, 2008).

Bowlby e os demais teóricos dentro do estudo sobre o apego previram três momentos na reação da criança diante da separação da figura de apego, seja pela não responsividade, seja pela ausência: num primeiro momento, como já mencionado, a criança manifesta uma reação raivosa e ansiosa, onde busca a figura de apego e protesta, sem sucesso. Essa reação emocional acaba por dar lugar à tristeza e ao desalento. Num segundo momento, a criança experimenta desespero, diante da perspectiva de não poder contar com uma figura de segurança para a sua preservação física e emocional. Por fim, a criança acaba por se distrair com outras atividades ou relações. Nesse momento, ela está se protegendo do *distress* da perda da figura de apego; para isso, ela suprime a experiência emocional tanto da perda quanto do apego, vivenciando um desapego (*dettachment*) da figura do cuidador. A criança passa a se reorganizar psiquicamente diante da perda da figura de cuidado, e isso passa a produzir implicações no seu psiquismo e comportamento. (Shaver; Fraley, 2008)

As situações de ameaça vivenciada ao longo da vida que façam experienciar *distress* e ansiedade, produzirão nesse sujeito as mesmas reações e experiência emocional que ele aprendeu a reproduzir num momento mais precoce da sua história graças à ativação desse mesmo sistema de medo que fora ativo anteriormente na criança (Kobak; Madsen, 2008). Esses modelos, construídos numa fase inicial da vida, permitiram interpretar e prever o comportamento da figura de vinculação e, ao longo da vida, seriam utiliza-

dos como guias comportamentais, constituindo uma base para interpretação de experiências relacionais (Canavarro *et al*, 2006).

A partir da dinâmica da responsividade e disponibilidade da figura de cuidado ante a ativação do comportamento de apego na criança, produzem-se os seguintes tipos de apego, conforme a figura abaixo:

Figura 2 – Estilos de Apego



Fonte: Bowlby, 2002.

- a) *Apego seguro (ou padrão b)* “seguramente apegados” – Tipo de apego desenvolvido a partir da existência de um cuidador responsivo às necessidades da criança e disponível diante da sua solicitação. O padrão seguro é relacionado a uma interação onde a criança reconheça proteção e conforto por parte da figura do cuidador, em situações aversivas ou de ameaça. Diante da constatação da segurança produzida pelo apego seguro é possível ao indivíduo acionar o comportamento exploratório; a experiência ambiental é de menor ameaça, portanto, tornando-o menos propenso ao stress e menos preocupado diante do surgimento de um possível estressor o qual não poderá controlar. Observa-se nesses indivíduos uma maior tolerância e gerência de seu “*distress*”, bem como uma maior regulação emocional diante de emoções aversivas como a raiva e a frustração (Cassidy, 2008);
- b) *Apego inseguro ansioso - ambivalente*: Estilo de apego desenvolvido diante da disponibilidade intermitente de proteção e segurança diante do comportamento de apego. Nesse caso, o comportamento de apego permanece ativo como que buscando a

figura do cuidador, e isso é manifesto diante de uma desregulação emocional intensa, como se estivesse sempre na primeira fase da separação da mãe, procurando segurança diante de situações interpretadas como ameaça. A relação com a figura do cuidador é ambivalente ora buscando de proximidade, ora afastamento (Shaver; Fraley, 2008).

- c) *Apego inseguro evitativo*: geralmente desenvolvido diante do reconhecimento de uma figura de apego indisponível seja pela ausência, seja pela desconexão emocional. De forma diversa ao apego inseguro ansioso-ambivalente, o indivíduo com predominância desse tipo de apego experimenta uma redução do contato com a sua vida emocional como uma estratégia para lidar com o *distress* causado pela experiência de vulnerabilidade diante da situação de ameaça sem a presença de uma figura de cuidado (Shaver; Fraley, 2008);
- d) *Apego inseguro desorganizado*: desenvolvido geralmente quando ou a figura do cuidador ou o ambiente ao qual o indivíduo pertence é o que ativa o sistema de medo, sem que ele reconheça a possibilidade de busca de conforto e segurança, de forma continuada, geralmente relacionada à contextos de violência ou quando a figura do cuidador é um agressor. O apego inseguro desorganizado está relacionado à psicopatologia e é o mais comprometido em termos funcionais dos tipos de apego (Bowlby, 2002).

De acordo com Bowlby e suas colaboradoras Mary Main e Mary Ainsworth, vínculos de apego, seguro e inseguro, formados nessa fase da infância tenderiam a se manter na idade adulta e tornariam o indivíduo mais propenso ou não ao *distress* psicológico e à ansiedade, como também a psicopatologias (Barstad, 2013). Ele é existente mesmo quando o comportamento de apego não está ativado pela presença do cuidador, ou seja: ele é existente tal como um sistema de auto preservação presente em situações de ameaça— não à toa, tanto o sistema neurofisiológico do apego e o comportamento de auto preservação de luta e fuga compartilham a mesma circuitaria neuronal, conforme detalhado no próximo capítulo (Vrticka; Vuillemier, 2012). No entanto, ele não é um padrão de comportamento rígido: diante da mesma figura de apego, é possível que a sua característica como seguro/ inseguro, pode se transformar e padrões diversos de apego podem ser estabelecidos em diferentes relações na vida. Por exemplo, é possível que uma pessoa que estabeleceu um padrão de apego predominantemente seguro com a sua figura de apego principal, possa experimentar padrões de apego inseguro em outras relações na vida, concomitantemente (Cassidy, 2008).

Além disso, existe uma tendência no comportamento de apego ao estabelecimento de uma figura principal, eleita como principal referência de conforto e proteção, à despeito da existência de outras figuras de apego que também provenham suprimento às suas necessidades. Essa tendência é chamada de *monotropia*. A construção processual de um estilo de apego, seja ele seguro ou inseguro, baseia-se nessa característica, de uma hierarquia entre figuras de apego, onde a criança aprende a reconhecer somente uma a qual irá buscar com maior rapidez diante de uma situação de perigo. Essa figura de apego geralmente é eleita a partir da observação precoce da criança de uma maior responsividade ante o choro ou do provimento de redução de estressores ambientais para o bebê (Cassidy, 2008).

Relacionado à isso, um aspecto fundamental para a construção do vínculo com uma figura de apego são as emoções, tanto da criança quanto do cuidador: é a capacidade da regulação emocional produzida pela experiência da proteção diante da avaliação da ameaça, como no apego seguro – ou a ausência ou intermitência dela, o que produz uma experiência emocional diversa, de amplificação da sensação de medo e/ ou ameaça ou redução do contato com as emoções, conforme se constituem os estilos de apego inseguro (Cassidy, 2008).

1.7 Neurofisiologia do Apego

Todo o sistema de comportamento de apego envolve circuitos neurais relacionados aos componentes comumente ativados nesse processo: áreas relativas à motivação, à determinadas respostas emocionais, alguns comportamentos sociais tais como o reconhecimento de situações familiares, busca de proximidade social; regulação afetiva social e todos os circuitos relacionados ao processamento do stress. Esses circuitos, com algumas diferenças em humanos, são praticamente idênticos aos ativados em alguns modelos animais (Coan, 2008).

Os sistemas cerebrais que participam da expressão dos estilos de apego podem pertencer tanto a processos de avaliação emocional (modulados através da dos estímulos de ameaça ou recompensa) quanto a processos de controle cognitivo e mentalização, utilizando as áreas relativas à Teoria da Mente, autorreflexão e regulação emocional pela cognição. É a coordenação entre esses dois sistemas da forma como processualmente se estruturaram no indivíduo o que é responsável sobre a avaliação se o estímulo é seguro ou inseguro, bem como sobre a emissão do comportamento de evitação ou aproximação ante ao estímulo. O balanço entre a resposta cognitiva e a emocional do comportamento de apego é determinado

principalmente pelo stress: quanto maior a presença do stress, mais a resposta emocional se faz presente. Do ponto de vista neurofisiológico, o comportamento de apego acaba por ser um ajuste evolutivo de tendências de preservação (p.ex., comportamento luta e fuga- circuitos simpáticos) à fins “pró-sociais” (Vrticka; Vuillemier, 2012).

O apego seguro promove a ativação de áreas dopaminérgicas (área ventral do tegumento, substância *nigra*, estriado e córtex orbito frontal medial relacionadas à emoções sociais positivas, bem como a ativação dos circuitos de recompensa social (na relação entre a mãe e a criança, por exemplo, em situações como percepção da face da mãe pelas crianças/ face sorridente antes da execução correta da tarefa). Já o apego inseguro envolve a modulação de circuitos na amígdala relacionados ao medo, especialmente ativados diante de contextos sociais, interpretadas como negativas ou em emoções negativas. Envolve, ainda, a ativação de mecanismos de aprendizagem, tomada de decisão e regulação do comportamento e tem as áreas (Vrticka; Vuillemier, 2012).

O *distress* causado pela separação da figura de cuidado, em condições diferentes de apego, além da expressão comportamental encontra o seu correspondente na sua resposta fisiológica. Níveis altos de cortisol são encontrados na saliva em crianças que apresentam o modelo de apego inseguro na condição de ativação de seu sistema de apego, além de outros sinais fisiológicos como aumento do batimento cardíaco (no apego inseguro ansioso e no desorganizado). É verificada uma maior ativação no lobo frontal esquerdo, durante aferência com eletroencefalograma, gerando uma assimetria de onda entre os lobos esquerdo e o direito (Fox; Hane, 2008).

No cérebro, as áreas que são ativadas durante o comportamento do apego tanto da criança quando da figura de apego são as áreas dopaminérgicas do tegumento e do *nucleus accumbens*. A ativação dessas áreas está relacionada ao condicionamento operante, orientado para a recompensa, mas também a estímulos que não são, à princípio condicionados, tais como estímulos sensoriais (cheiros, toque, som da voz) e outras pistas sociais de recompensa como sorriso, reconhecimento de expressões de afeto, entre outros (Coan, 2018). Além disso, estão envolvidas o córtex pré-frontal dorsolateral, orbitofrontal e cíngulo anterior bem como o córtex fusiforme; e precúneo, o sulco temporal superior e a junção temporoparietal e regiões de processamento sensorial do cérebro (Vrticka; Vuillemier, 2012).

Conforme já, dito a amígdala, que é fortemente relacionada ao processamento das emoções (especialmente o medo), também é ativada no apego. Ela acaba por “rotular” as experiências sensoriais como significantes ou salientes, o que consolida um determinado registro de memória com esse significado. Nessa condição, tanto a amígdala quanto o

hipocampo são responsáveis pela identificação e consolidação entre determinados estados internos, como o estabelecimento do sistema de apego, por exemplo. Também são envolvidas áreas de processamento visual e olfatório, a área dorsolateral do córtex pré-frontal, o córtex cingulado anterior, além da ativação do próprio eixo hipotálamo-adrenal, relacionado com a resposta fisiológica ao stress e a situações de ameaça (Coan, 2008).

1.8 Estilos de Apego e SFM

Na busca de fatores psicossociais predisponentes presentes na SFM, a teoria do apego tem sido utilizada como um importante referencial teórico para descrever o perfil psicossocial desses pacientes, e, assim, buscar possíveis associações com a apresentação clínica da síndrome, maior impacto na vida e presença de sofrimento psíquico ou incapacidade. McWilliams (2017), em estudo de coorte com 5.645 indivíduos observou a relação entre a presença de Dor Crônica sem explicação médica (DCSEM) e estilos de apego. Considerando todo o ano anterior da pesquisa, foi encontrada uma prevalência estatisticamente significativa de apego inseguro (OR: 2.45%; IC = 2.07-2.83). Dois tipos de apego inseguro apareceram positivamente associados com a DCSEM: o inseguro ansioso (OR: 1.56; IC = 1.38-1.82, $p < 0.001$) e o apego inseguro evitativo (OR = 1.61; IC = 1.32-1.97, $p < 0.001$).

A partir de um estudo comparativo entre um mulheres com diagnóstico de dispareunia e mulheres que viveram alguma violência sexual, avaliou-se o estilo de apego e a presença e intensidade de queixas somáticas. Como resultado, o apego inseguro evitativo (M = 4.10) e ansioso (M = 4.29) é mais prevalente em sobreviventes à violência sexual do que em mulheres com dispareunia (M = 3.08), bem como um alto nível de presença de sintomas somáticos dolorosos e não dolorosos (M = 21.00 x M = 13.07, respectivamente), avaliados a partir de um questionário específico. Conclui-se que características como o estilo de apego ansioso e evitativo é mais presente em mulheres vítimas de abuso sexual do que em mulheres sem esse histórico portadoras de uma síndrome dolorosa (Granot *et al*, 2018).

O apego inseguro, está ainda, relacionado ao pior prognóstico ao tratamento multidisciplinar e menor adesão ao tratamento. Comparando um grupo com Dor Crônica e outro com osteoartrite a prevalência de apego inseguro é maior no primeiro grupo do que no segundo, com dois terços da amostra obtendo essa classificação do apego. Pessoas com apego inseguro demonstraram maiores reduções da dor durante o tratamento, mas também

maior deterioração desse resultado em avaliação posterior ao seu término. O resultado do tratamento também aparentou ser impactado por essa variável: os pacientes com osteoartrite tiveram menores níveis de intensidade da dor ao fim do tratamento e maior nível de mudança durante o tratamento comparada com pacientes com dor crônica (Pfeifer *et al*, 2018).

Em contraposição ao apego inseguro, o apego seguro pode ser um fator protetor da qualidade de vida e da autoestima de quem tem SFM. Sechi *et al* (2020) verificaram a preservação dessas dimensões em pacientes com apego seguro, em contraposição a relação inversa dessas características em pacientes com apego inseguro nos seus diferentes tipos (evitativo, ansioso, desorganizado). No adoecimento crônico, a auto estima torna-se especialmente relevante; a presença de baixa autoestima, tal como presente nas pacientes com apego inseguro, tem um efeito negativo nas relações pessoais dessas mulheres e suas emoções.

O apego inseguro está ainda relacionado à maior percepção da intensidade da dor, incapacidade, sintomas depressivos e percepção de falta de suporte do cônjuge (Forsythe *et al*, 2012). Pacientes com dor crônica categorizados com estilo de apego inseguro ansioso apresentam maior intensidade da dor e maior índice de catastrofização, além de estratégias de adaptação à dor menos eficazes (KRATZ *et al*. 2012). Peñacoba *et al* (2017) observou que pacientes com SFM apresentavam maiores escores de ansiedade, depressão e alexitima do que controles saudáveis e menores níveis de apego seguro (69,9% x 86%); dentro do apego inseguro, essas pacientes tinham maiores níveis de apego inseguro evitativo (19,8% x 7,4%) e de apego inseguro ansioso (10,3% x 6,6%) do que em mulheres saudáveis. Segundo a autora, os achados indicam a necessidade de reconhecer o estilo de apego, dentro do modelo diátese-stress como um preditor da experiência de dor em pacientes com SFM.

O estilo de apego inseguro também foi encontrado de forma predominante em uma amostra espanhola de mulheres. Em um estudo com mulheres com o diagnóstico de SFM, foram investigadas a presença de ansiedade, depressão, grau de alexitimia, funcionamento cognitivo e olfativo e existência de trauma prévio à doença, além de incapacidade funcional. Nessa população, 38,7% dos indivíduos possuíam apego seguro, enquanto 61,3% tem apego inseguro, sendo que 10,5% com apego ansioso, 28,2% com apego desorganizado, 22,6% de apego evitativo. Observou-se nessas pacientes, além disso, que a história de trauma decorrente de abuso sexual foi associada à maiores índices de ansiedade e depressão, e maior incapacidade funcional. Entre os estilos de apego, o apego inseguro desorganizado foi relacionado à maior intensidade da dor ($p= 0.05$) e o apego evitativo, à maior incapacidade funcional ($p= 0.000$). (Blanco Rico, *et al* 2018).

Consideramos que fatores predisponentes como os padrões vinculares desenvolvidos ao longo da vida, alterações no humor e abuso sexual, possam resultar em maior *distress* psicológico e, assim, tornar indivíduos mais propensos a desenvolver SFM a partir da hipersensibilização central, bem como serem preditores de maior incapacidade e pior qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Verificar a existência de associação e a sua magnitude entre estilos de apego, presença de abuso sexual e físico e de transtorno depressivo-ansioso, e o grau de incapacidade funcional e qualidade de vida de mulheres portadores de SFM em atendimento e serviços/projetos da UERJ.

2.2 Objetivo secundário

Caracterizar estilos de apego, a presença de abuso sexual e físico, transtorno depressivo-ansioso, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres portadores de SFM em atendimento em serviços/projetos da UERJ.

3 MÉTODO

O estudo avaliou pacientes do sexo feminino com diagnóstico de SFM atendidas em diferentes locais do complexo de serviços de saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Inicialmente, em 2020, foram avaliadas mulheres assistidas pelo Projeto de Cuidado a Fibromialgia do Laboratório de Fisiologia Aplicado à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ (IEFD-UERJ), incluindo aquelas que necessitaram ser encaminhadas para acompanhamento especializado no ambulatório de Reumatologia do HUPE-UERJ e no Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro (PPC)-UERJ. O Projeto de Cuidado à Fibromialgia existe há cerca de vinte anos dentro do IEFD-UERJ, sendo um programa multidisciplinar de assistência a indivíduos com o diagnóstico de SFM aberto à comunidade. Recebe pacientes tanto a partir de encaminhamentos de serviços de saúde da UERJ (HUPE e PPC) quanto encaminhamentos externos, bem como demandas espontâneas (Figura 3). Os três serviços tinham longo histórico de funcionamento em parceria para a assistência de pacientes com SFM, encaminhando para assistência conforme a avaliação da necessidade individualizada de atendimento pela equipe de saúde de cada serviço. O Ambulatório de Reumatologia do HUPE-UERJ disponibilizava uma reumatologista para a assistência dos pacientes do Projeto e o Núcleo de Saúde Mental da PPC-UERJ, um ambulatório secundário de atendimento especializado, com acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

O Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro da UERJ (PPC-UERJ) também recebe pacientes com fibromialgia de outros serviços ambulatoriais do sistema de saúde da UERJ.

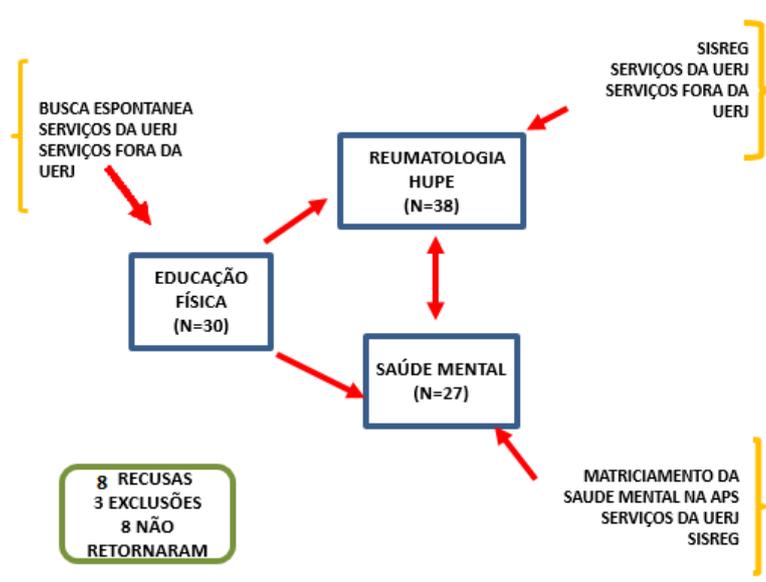
O Ambulatório de Reumatologia do HUPE-UERJ assiste a pacientes com diagnóstico reumatológico encaminhados dentro da própria instituição e por encaminhamentos externos. Como anteriormente descrito, possui uma profissional responsável pelo cuidado aos pacientes com SFM.

Com o início da Pandemia COVID-19 em março de 2020, tanto o Projeto de Cuidado a Fibromialgia quanto os dois serviços ambulatoriais parceiros suspenderam temporariamente suas atividades presenciais, não tendo o primeiro retomado até a presente data. Dessa forma, foi suspenso o trabalho de campo em 12 de março de 2020. Os ambulatórios de Reumatologia e de Saúde Mental adaptaram seus funcionamentos com atendimentos em formato híbrido num período de adaptação ao momento pandêmico que atravessou a assistência dos usuários..

A pesquisa de campo só conseguiu ser retomada em julho de 2021, finalizando a coleta dos dados em fevereiro de 2023. No total, 95 pacientes com diagnóstico de SFM foram entrevistadas para a pesquisa.

Assim sendo, houve modificações no fluxo de captação das pacientes, provocadas pela pandemia. Com a suspensão do projeto de Fibromialgia do LAFISAEF, optamos por centralizar a captação de pacientes nos serviços de Reumatologia do HUPE e no Núcleo de Saúde Mental da PPC. Essas modificações trouxeram uma modificação no perfil da amostra da pesquisa, composta agora por pacientes captados em serviços especializados de caráter secundário e terciário (Figura 3).

Figura 3 - Origem dos pacientes



Fonte: A autora, 2023.

A população do estudo consistiu, assim, em pacientes do sexo feminino com diagnóstico de SFM. De forma a padronizar os critérios utilizados para diagnóstico de SFM, foi incluída uma avaliação diagnóstica pela reumatologista da equipe da pesquisa que utilizou os critérios diagnósticos conforme o Colégio Americano de Reumatologia, conjugando os critérios de 1990, 2010 e 2010 modificado e do ano de 2016, a partir orientação da própria instituição em 2020. Buscou-se estabelecer um padrão-ouro para a presença de SFM conforme vem sendo utilizado nas pesquisas sobre o tema.

A avaliação diagnóstica se deu antes da aplicação dos questionários, quando a paciente era convidada a participar da pesquisa pela reumatologia ou quando era recebida pelo pesquisador/ entrevistador após convocação. Logo a seguir da confirmação do diagnóstico, a

paciente era encaminhada para a equipe de entrevistadores, duas pesquisadoras e dois estagiários de iniciação científica. Para que a paciente não estivesse nos critérios de exclusão da pesquisa, era verificado, seja com a psiquiatra que a acompanhava, seja pela informação dada pela reumatologista do HUPE, se ela era portadora de doença mental grave não controlada ou declínio cognitivo não relacionado à SFM. Sendo isso verificado, a paciente era então formalmente convidada a participar da pesquisa pelo entrevistador, explicando-se o seu propósito e o seu direito a recusar a participação. Somente oito pessoas recusaram a participação na pesquisa. Diante da concordância da paciente, era dado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que lesse, e o assinasse. Após isso, o entrevistador aplicava os questionários. Um total de 3 pessoas no serviço de Reumatologia foram excluídas pelos critérios da pesquisa. Oito pessoas recusaram participação. Também foram contactados e avaliados pacientes de SFM em tratamento no Núcleo de Saúde Mental, com outras origens. Foram excluídos 14 pacientes pela presença de transtornos mentais graves.

Os instrumentos eram quantitativos, eleitos a partir do constructo a ser avaliado (dados sociodemográficos, ansiedade, depressão, capacidade funcional, qualidade de vida, violência sexual, estilos de apego) e da adequação à população estudada por estudos de validação para a população brasileira, de forma a obter um perfil epidemiológico dessa amostra. Eles foram organizados para a aplicação partir do critério dos “menos sensíveis”- questionários que causavam maior mobilização emocional na paciente (escala de funcionalidade, de qualidade de vida) até os “mais sensíveis” (estilos de apego, sintomas de humor, violência sexual, por último), de forma que a interação com as escalas mais sensíveis não interferissem nas demais escalas. O tempo de aplicação total de todos os questionários em cada paciente durava cerca de uma hora, considerando que junto à essa pesquisa estavam também sendo coletados dados para uma outra pesquisa com a mesma população, pertencente à mesma linha de pesquisa, o que aumentou o tempo de aplicação pelos instrumentos pertencentes à outra pesquisa. Por vezes, dependendo de fatores como o comprometimento cognitivo por conta da doença (*fibrofog*), esse tempo poderia se estender até duas horas.

Diante da identificação do sofrimento psíquico ou ainda de uma outra necessidade em saúde da paciente, como uma forma de contrapartida ética ante a sua colaboração à pesquisa por parte da paciente, essa condição era informada ao profissional responsável pela assistência das pacientes em cada campo de pesquisa para que fosse feito o devido encaminhamento dentro do serviço ou para outro atendimento onde ela pudesse ser acompanhada. A medida de identificação desse sofrimento era a classificação pelo somatório das escalas Beck (BDI e BAI) da sua gravidade. A classificação da depressão e da ansiedade em nível grave era

comunicada aos profissionais de saúde, bem como critérios de gravidade contidos no questionário, como, por exemplo, a presença de ideação suicida importante.

Também como medida de contrapartida ética, foi oferecido aos pacientes que foram convocados e que vieram fora dos dias de atendimento nos ambulatórios o valor do seu deslocamento em transporte público até o local da pesquisa e de retorno, registrado com o recibo do pagamento.

3.1 Instrumentos

A investigação da amostra se dará a partir de instrumentos quantitativos específicos para as variáveis estudadas e para a caracterização do seu perfil.

Para a avaliação prévia da paciente de forma a confirmar o diagnóstico de SFM de acordo com os critérios convencionados pela ACR

3.1.1 Avaliação Clínica

Instrumento elaborado a partir da conjugação dos critérios diagnósticos de SFM divulgados pelo ACR (1991, 2010, 2010 modificado e 2016). Os critérios incluem tanto a avaliação física (exame dos *tender points* nas diferentes regiões do corpo determinadas) quanto os demais critérios não relacionados à dor, como sintomas cognitivos, alterações no humor, problemas gastrointestinais e ainda comorbidades como cefaleia e outras doenças reumatológicas. O ponto de corte para confirmação do diagnóstico de SFM é 12.

3.1.2 Questionário Sociodemográfico

Para o levantamento dos dados sócio demográficos da amostra de forma a correlacioná-la com os dados das variáveis estudadas, será utilizado o Questionário Sociodemográfico.

Instrumento validado e utilizados em estudos de corte transversal realizados em unidades do Programa Saúde da Família em diversas partes do país. O instrumento contém itens relativos aos tratamentos de saúde feitos pela paciente, incluindo medicação utilizada e assistência em saúde mental; escolaridade, nível sócio econômico, dados ocupacionais e sua rede social (Portugal *et al* 2016; Santos *et al*, 2016).

3.1.3 World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

Para a investigação da incapacidade o WHODAS 2.0 foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medida para avaliação de funcionalidade e deficiências na população. Sua proposta era o oferecimento de uma medida quantitativa e transcultural que pudesse avaliar as restrições experimentadas por indivíduos em suas atividades e sua participação social independente de seu diagnóstico médico. Ela se propõe a ser uma medida de avaliação do estado geral de saúde, capaz de ser usado para propósitos múltiplos e em diferentes contextos. Atualmente, ele não mensura fatores ambientais (OMS, 2015). O WHO-DAS 2.0 foi submetido tanto a estudos de campo de confiabilidade e validade, em duas etapas de pesquisas internacionais, de forma a garantir as suas propriedades psicométricas. Além disso, também passou por um estudo multicêntrico com protocolos idênticos de aplicabilidade transcultural tendo garantida essa sua validade. Essa pesquisa transcultural, foi feita se utilizando de diferentes métodos qualitativos “*para explorar a natureza e prática da avaliação do estado de saúde em diferentes culturas*” (OMS, 2015), 2015). De uma forma geral, o WHO-DAS 2.0 consegue ter validade para um grande número de problemas de saúde (Alpha de Chronbach = 0.96), possuindo grande correlação com outras escalas de incapacidade.

O WHODAS 2.0 na versão de 12 itens (utilizada nesse estudo) é aplicável e possui validade e confiabilidade em diferentes contextos de doenças crônicas incapacitantes (Saltychev *et al*, 2021). No contexto de doenças cuja característica principal seja a dor, ele é considerado uma medida de incapacidade funcional válida, considerando indivíduos com dores musculo esqueléticas (Saltychev *et al*, 2016; Saltychev *et al*, 2016). No Brasil, foi especificamente validada para a população com diagnóstico de SFM (Barreto *et al*, 2017), o que fez dessa escala mais adequada para investigar a amostra desse estudo. É um questionário de autoavaliação de doze itens, fundamentado nos conceitos da Classificação

Internacional de Funcionalidade que fornece o nível de funcionalidade em seis domínios de vida: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação. Na sua validação para a população com SFM, foram utilizados os instrumentos validados FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) e SF-36 (*Study 36- Item Short-Form Health Survey*) como padrão ouro (Barreto *et al*, 2017). Optou-se por utilizar a pontuação complexa, onde é atribuída uma pontuação a cada um dos seis subdomínios da escala (mobilidade, atividade de vida, cognição, participação, autocuidado e relações interpessoais) a partir do somatório dos valores atribuídos a cada item que compõe o subdomínio (cada subdomínio da WHODAS 2.0 contém dois itens) (OMS, 2015). (Apêndice C).

3.1.4 World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)

Para a avaliação da Qualidade de Vida, será utilizada a versão abreviada autoaplicável do instrumento elaborado pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da Qualidade de Vida. Compreende os domínios psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente, sendo que em cada domínio o escore varia de 0 a 100 pontos. O domínio físico é composto por sete questões sobre presença de dor, fadiga, sono, dependência de medicação ou de tratamento, mobilidade, capacidade de trabalho e atividades da vida cotidiana. O domínio psicológico (com seis questões) engloba aspectos relacionados, por exemplo, autoestima, concentração e espiritualidade. O domínio relações sociais, por meio de três questões, aborda o suporte (apoio) social e a atividade sexual. O domínio meio ambiente (oito questões) investiga situações de segurança, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidade de adquirir informações, recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte” (Portugal *et al*, 2016). O questionário é amplamente utilizado para avaliação de doenças crônicas em diferentes níveis de atenção em saúde e em diferentes populações no Brasil e no mundo

O cálculo dos quatro domínios foi feito da seguinte forma: invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida; os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores da média da “n” questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculados somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou

superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20.

3.1.5 Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Para avaliação estilos de apego, será utilizada a versão em português para a *Adult Attachment Scale (AAS-R)*, adaptada para a população portuguesa que utiliza como referência os trabalhos de Hazan e Shaver, a partir da proposição teórica elaborada por Mary Ainsworth, em sua observação sobre os tipos de padrões vinculares encontrados na situação de separação da figura materna. São considerados dentro desse modelo teórico os padrões seguros, inseguro evitativo, inseguro ambivalente-ansioso e o inseguro desorganizado. Foi originalmente construída por Collins e Read e dispõe de 18 itens divididos em seis itens para cada um determinado perfil vincular. O primeiro, chamado *Close*, “avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas”; o segundo, *Depend*, “avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender de outros em situações em que necessitam deles; por último, o terceiro, *Anxiety*, avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado” (Canavarro *et al*, 2006).

A partir do cálculo dos valores médios das três dimensões iniciais (ansiedade, confiança e conforto com a proximidade), é calculado o valor compósito médio das dimensões confiança nos outros e conforto com a proximidade, criando a variável conforto-confiança (*clos-dep*). Tendo a dimensão da Ansiedade agora como segunda referência, os indivíduos que apresentassem valores superiores ao valor médio da escala (igual a 3) na variável conforto-confiança e inferiores à média na ansiedade eram considerados *seguros*; os que apresentam valores superiores à média nas duas dimensões (*clos-dep* e ansiedade) são considerados *preocupados*; valores inferiores a 3 nas duas dimensões são considerados *desligados* (evitativos); por fim, valores inferiores a 3 na variável conforto-confiança e superiores a 3 em ansiedade são considerados *amendrontados* (desorganizados) (Canavarro *et al*, 2006).

Nesse estudo, utilizamos duas formas de classificação para o tipo de apego com finalidades diferentes: para o estudo da associação entre as variáveis investigadas e o tipo de apego, utilizamos a classificação mais ampla, apego seguro/ apego inseguro, da seguinte

forma: utilizando a dimensão da ansiedade como referência para o apego inseguro, adotando como critério de apego inseguro indivíduos que tenham atingido valores acima iguais ou acima de 3 tendo a dimensão *clos-dep* abaixo de 3. Os indivíduos que apresentaram a dimensão *clos-dep* acima de 3 e ansiedade abaixo de 3 foram classificados com apego seguro. Já para a o estudo descritivo dos estilos de apego, utilizamos a relação entre as dimensões conforme a descrição inicial acima. (Apêndice E).

3.1.6 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Para avaliação de ansiedade-depressão: elaborado por Aaron Beck é uma das medidas mais utilizadas para aferir ansiedade no mundo, e amplamente utilizada em estudos de investigação de ansiedade em populações com Dor Crônica e também com SFM (Ramiro *et al* 2014). Sua versão brasileira é de 2001; sua validação para a língua portuguesa é de 2012 (Quintão, *et al*, 2012), utilizando como padrão ouro o Inventário Traço – Estado (IDATE) e a *Zung Anxiety Scale*. Consiste em um questionário Likert autoaplicável com 21 sintomas psíquicos e somáticos relacionados a um possível Transtorno Ansioso. O somatório total dos pontos vai de 0 até 63, onde cada item possui 4 pontos (0-4). Esse somatório é classificado de acordo com pontos de corte indicando quatro classificações: mínimo (0-10 pontos); leve (11-20 pontos); moderado (21-34 pontos) e grave (35 a 63 pontos) (Apêndice F).

3.1.7 O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

Este inventário é utilizado mundialmente para detecção de intensidade de sintomas depressivos, tendo sido revisado em 1996 para se adequar aos critérios do DSM-IV para Transtorno Depressivo Maior. Foi também construído pelo psicólogo Aaron Beck a partir do modelo cognitivo da Depressão proposto por ele como um questionário autoaplicável com 21 grupos de afirmações sobre diferentes sintomas e percepções tipicamente associados ao diagnóstico de Transtorno Depressivo.

Os níveis de intensidade foram estabelecidos a partir de pontos de corte onde, considerando uma determinada pontuação, há uma classificação em um determinado nível de

intensidade e quantidade de sintomas depressivos. De acordo com a pontuação, eles são classificados como *mínimo* (de 0 a 13 pontos); *leve* (de 14 a 19 pontos); *moderado* (20 a 28 pontos) e *grave* (29 a 63 pontos).

Foi validado para uma amostra brasileira em 2012, utilizando a entrevista estruturada do Axis I (SCID-I); a *Clinical Global Impression Scale* (CGI); a *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS); a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A); a *Kessler's psychological distress scale* (K10) e o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), anteriormente validados como padrão ouro (Gomes-Oliveira et al, 2012) (Apêndice G).

3.1.8 Questionário de Violências Sexuais

Para avaliação de presença de violência sexual: Questionários com seis perguntas objetivas com respostas sim/ não para perguntas sobre situações variadas de abuso sexual, com opções de resposta em cada pergunta “durante a infância” e “durante a fase adulta”. A marcação positiva em qualquer uma das perguntas durante a infância ou a qualquer uma das perguntas, exceto “Alguém já expôs o próprio órgão sexual a você sem que você o quisesse?” na fase adulta configura que o indivíduo sofreu violência sexual. Para sua análise, é calculada a frequência com que o indivíduo sofreu violência sexual, a partir do número de registros marcados, a partir da codificação para o tratamento dos dados pelo SPSS (Almeida, 2001).

3.2 Critérios de inclusão

Pacientes portadores de fibromialgia provenientes dos ambulatórios de Reumatologia do HUPE e da Saúde Mental da PPC que tenham sido avaliados e diagnosticados com SFM. Foram incluídos os pacientes com ou sem doença reumatológica grave (Lupus Eritematoso, Artrite Reumatóide, entre outros) concomitantes, desde que estáveis e sem sintomas agudos no momento da pesquisa. Também foram incluídos pacientes que pertenceram aos grupos de atendimento do projeto da Educação Física.

3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes em crise de doença reumatológica e com doença psiquiátrica graves (Depressão Psicótica, Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Transtorno de Personalidade), a partir de diagnóstico psiquiátrico por psiquiatras da PPC, em colaboração com a pesquisa, e também pacientes com declínio cognitivo que não associado ao déficit cognitivo presente na SFM.

3.4 Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva dos pacientes com fibromialgia para a escala EVA (binária: seguro vs inseguro) e para as médias da escala contínua de incapacidade (geral) segundo características específicas: faixa etária, grau de escolaridade, gravidade da fibromialgia, se faz ou não acompanhamento de saúde mental (S/N), abuso sexual (abuso sexual na infância e abuso sexual quando adulto). Realizou-se teste χ^2 para a escala EVA e cada uma das variáveis descritivas, bem como, realizou-se o cálculo do *Odds Ratio* bruto (OR) e respectivo intervalo de confiança para verificação do tamanho de efeito.

Para avaliação da diferença dos escores médios entre os desfechos contínuos (escala de incapacidade geral e escala de qualidade de vida, ambas considerando cada um dos seus respectivos domínios) e cada categoria de exposição foi realizado Test-t de Student, quando a variável era binária; e, teste ANOVA para as demais variáveis (faixa etária, grau de escolaridade, categorias de intensidade do BAI de ansiedade e do BDI de depressão), considerando a homogeneidade da amostra, com os respectivos p-valores apresentados. Os testes estatísticos foram realizados utilizando-se o software SPSS versão 21.

Uma vez que, por hipótese, espera-se forte correlação entre os constructos investigados (às vezes positiva, valores diretamente proporcionais, como por exemplo Beck de ansiedade ou depressão e a escala de incapacidade; outras negativas, valores inversamente proporcionais, como por exemplo qualidade de vida e escala de incapacidade), deste modo para verificar a validade interna das aferições das diferentes escalas utilizadas no estudo, realizou-se o cálculo da matriz de correlações dos escores mensurados, sendo discriminadas

as correlações cujo p-valor fosse maior que 5%, logo correlação sem significância estatística ao nível de 5%

4 RESULTADOS

Foram avaliadas ao final 95 pacientes, todas mulheres, com diagnóstico de SFM comprovada pelo exame clínico e pelo uso do roteiro de avaliação, conforme o instrumento de Avaliação Clínica descrito na metodologia. Nessa amostra, o nível de gravidade foi estipulado como acima de 12 – a pontuação mínima entre as pacientes foi 19, e cerca de 90% da amostra situou-se acima de 21 pontos. A amostra estudada em nossa pesquisa, portanto, é de pacientes em quadros graves de fibromialgia, compatível com um estudo realizado predominantemente com pacientes de unidades assistenciais de nível terciário. A idade média foi de 54,48 anos, variando de 28 a 82, sendo a maior quantidade de pessoas entre 41 a 60 anos (46,31%), seguido de mais de 61 anos (31,6%) e pessoas de até 45 anos (22,1%). Quanto a escolaridade, 25,3% tinham ensino fundamental, 42,1% ensino médio e 32,6% ensino superior completo ou incompleto. (Tabela 1).

Cerca de 60,0% das pacientes já estavam em alguma forma de tratamento em Saúde Mental, seja psiquiátrico ou psicoterápico. Já em relação à presença e a intensidade de transtornos depressivos-ansiosos, segundo a pontuação dos questionários de humor (BDI e BAI), apenas 16,8% das pacientes não apresentou ansiedade ou a apresentou em nível leve; a maioria (44,2%) apresentou ansiedade de intensidade grave. Quanto à depressão, 28,4% não apresentavam ou apresentavam apenas sintomas depressivos em intensidade leve e 40% da amostra tinham depressão de intensidade grave.

No que tange à história de violência, 48,4% relatam ter sofrido abuso sexual na infância e 43,2% na idade adulta. Apenas 29 pacientes (30%) não relatavam nenhuma história de abuso sexual, nem na infância nem na idade adulta.

Quanto aos padrões de apego verificados na amostra, 54,7% das pacientes apresentavam padrões de apego inseguro e 45,3% padrões de apego seguro.

Tabela 1 – Distribuição das pacientes com fibromialgia segundo características específicas por escala EVA e escala de incapacidade

Características	EVA - Escala de vinculação do adulto								Incapacidade geral	
	Inseguro		Seguro		Total		P_valor (χ^2)		Média	P_valor *
	N	% Coluna	N	% Coluna	n	% Coluna	OR (IC 95%)			
Faixa Etária	Total	52	100,0%	43	100,0%	95	100,0%	0,904	47,8	0,001
	Até 45	12	23,1%	9	20,9%	21	22,1%		62,8	
	46-60	23	44,2%	21	48,8%	44	46,3%		44,3	
	61 e +	17	32,7%	13	30,2%	30	31,6%		42,4	
Grau de escolaridade	Ensino fundamental	13	25,0%	11	25,6%	24	25,3%	0,153	49,2	0,048
	Ensino Medio	26	50,0%	14	32,6%	40	42,1%		52,6	
	Ensino Superior	13	25,0%	18	41,9%	31	32,6%		40,5	
Gravidade da Fibromialgia	pouco grave	2	3,8%	8	18,6%	10	10,5%	0.039	29,0	0,002
	12-21p							OR=5.7		
								(1.1;28.5)		
	muito grave	50	96,2%	35	81,4%	85	89,5%		50,0	
	21-31p									
	(categ ref)									
Acompanhamento Saúde Mental	Sim (categ ref)	35	67,3%	22	51,2%	57	60,0%	0.110	51,9	0,017
	Não	17	32,7%	21	48,8%	38	40,0%	OR=1.9	41,6	
								(0.9;4.5)		
Abuso sexual na infância (S/N)	Sim	26	50,0%	20	46,5%	46	48,4%	0,735	51,0	0,151
	Não	26	50,0%	23	53,5%	49	51,6%		44,8	
Abuso sexual quando adulto (S/N)	Sim (categ ref)	27	51,9%	14	32,6%	41	43,2%	0.058	51,8	0,099
	Não	25	48,1%	29	67,4%	54	56,8%	OR=2.2	44,7	
								(0.9;5.2)		
Abuso Sexual (S/N)	Sim	38	73,1%	28	65,1%	66	69,5%	0,402	49,9	0,127
	Não	14	26,9%	15	34,9%	29	30,5%		42,8	

Nota: (*) foi realizado test-t para variáveis binárias e ANOVA para as demais.

Fonte: A autora, 2023.

As tabelas 2 e 3 apresentam os resultados das variáveis de exposição e as variáveis desfecho, possibilitam a análise da associação entre os fatores estudados e a capacidade funcional e qualidade de vida da amostra com SFM, apontando para importantes achados, todos significativos (p-valor <5%): Considerando a capacidade funcional, encontramos as seguintes associações:

- a) Existe uma associação inesperada entre maior incapacidade e a faixa etária, onde as pacientes mais jovens (até 45 anos) apresentam maior grau de incapacidade (M=62,8, p=0,001) que as demais faixas etárias. A escolaridade apresentou efeito protetor: pacientes com escolaridade superior incompleto e completo apresentaram menores índices de incapacidade que o restante da amostra, de níveis de escolaridade médio e fundamental (p=0,048). Também se verificou importante associação entre a gravidade da SFM e a incapacidade, como esperado (p= 0,002) (Tabela 1);
- b) A gravidade dos transtornos depressivos-ansiosos se encontra associada a piora do grau de incapacidade no índice geral e em todos os subdomínios (Mobilidade, atividades de vida, cognição, participação, autocuidado, relações interpessoais), tanto na avaliação dos sintomas ansiosos quanto dos depressivos (Tabela 2) Da mesma forma, a presença do estilo de apego inseguro se associa tanto a maior gravidade da fibromialgia (tabela 1: p= 0.039 OR=5.7 [1.1;28.5]), quanto a maior grau de incapacidade geral (tabela 2: 56.1 x 37.6 para inseguros x seguros), bem como tal padrão se replica aos demais domínios de incapacidade. Não foi encontrada associação entre estilo de apego e faixa etária (tabela 1);
- c) Existe uma maior frequência de casos de abuso sexual entre pessoas que fazem acompanhamento pela Saúde Mental, particularmente entre pessoas que sofreram abuso na infância com SFM (M=1,4). Da mesma forma, existe uma relação, ainda que limítrofe, entre apego inseguro e abuso sexual na idade adulta (OR=2.2; p=0,058). Embora a presença de abuso sexual na idade adulta se associe positivamente com a piora da incapacidade, em especial vinculada aos domínios de participação e relações interpessoais (M=64,6; p= 0,041 e M=39;p= 0,047, respectivamente – Tabela 3), esta mesma associação não foi significativa para presença de abuso sexual na infância. A média de casos de abuso por pessoa de toda a amostra é de 2,4 casos/ indivíduo, sendo 1,37 casos na infância e 1 caso quando adulto. Na infância, a presença de depressão associa-se positivamente com a presença de abuso sexual na infância (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo fatores de exposição (continua)

Escore médios das escalas	EVA			Faz acompanhamento Saúde Mental			Abuso Sexual na infância			Abuso Sexual quando adulto			Total (n=95)
	Inseguro	Seguro	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	
Incapacidade_geral	56,1	37,6	0,000	51,9	41,6	0,017	51,0	44,8	0,151	51,8	44,7	0,099	47,8
D1_inc_Mobilidade	64,2	53,4	0,045	65,5	50,0	0,005	63,0	55,8	0,183	63,1	56,4	0,224	59,3
D2_inc_atividades_de_vida	69,0	55,2	0,000	65,6	58,6	0,161	63,6	62,0	0,744	64,9	61,1	0,436	62,8
D3_inc_cognição	52,4	31,5	0,000	47,9	35,5	0,042	47,3	38,9	0,161	46,0	40,6	0,371	43,0
D4_inc_participação	70,4	44,1	0,001	63,3	51,3	0,025	62,0	55,3	0,204	64,6	53,9	0,041	58,5
D5_inc_autocuidado	39,9	21,1	0,001	33,2	28,6	0,442	34,5	28,4	0,300	33,2	30,0	0,582	31,4
D6_inc_relações_interpessoais	40,9	20,5	0,000	35,9	25,3	0,106	35,3	28,2	0,275	39,0	26,0	0,047	31,6
Whoqol - D1. Físico	24,5	34,6	0,000	28,7	29,5	0,783	29,6	28,5	0,714	28,6	29,4	0,791	29,0
Whoqol - D2. Psicológico	31,3	51,2	0,000	36,7	45,7	0,037	38,2	42,3	0,343	35,0	44,4	0,031	40,3
Whoqol - D3. Relações sociais	39,1	58,8	0,000	47,6	48,5	0,841	46,2	49,7	0,413	43,9	51,1	0,087	48,0
Whoqol - D4. Meio-ambiente	34,3	48,5	0,000	39,9	42,1	0,541	39,3	42,1	0,436	36,7	43,8	0,049	40,8
Freq de abuso sexual (geral)	2,9	1,8	0,029	2,9	1,7	0,015	4,1	0,8	0,000	3,8	1,4	0,000	2,4

Tabela 2 – Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo fatores de exposição (conclusão)

Freq de abuso sexual na infância	1,6	1,1	0,179	1,5	1,1	0,300	2,8	0,0	-	1,4	1,4	0,912	1,37
Freq de abuso sexual qdo adulto	1,3	0,7	0,049	1,4	0,5	0,004	1,3	0,8	0,075	2,4	0,0	-	1,03
Frequencia de casos (n)	52	43	-	57	38	-	46	49	-	41	54	-	95
Frequencia de casos (%)	54,7	45,3	-	60,0	40,0	-	48,4	51,6	-	43,2	56,8	-	100,0

Fonte: A autora, 2023.

Tabela 3 – Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo fatores de exposição

Escores médios das escalas	EVA			Acompanhamento em Saúde Mental			Abuso Sexual na infância			Abuso Sexual na fase adulto			Total (n=95)	Abuso Sexual		
	Inseguro	Seguro	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*		Sim	Não	P_valor*
Incapacidade_geral	56,1	37,6	0,000	51,9	41,6	0,017	51,0	44,8	0,151	51,8	44,7	0,099	47,8	49,9	42,8	0,127
D1_inc_Mobilidade	64,2	53,4	0,045	65,5	50,0	0,005	63,0	55,8	0,183	63,1	56,4	0,224	59,3	61,7	53,8	0,177
D2_inc_atividades_de_vida	69,0	55,2	0,000	65,6	58,6	0,161	63,6	62,0	0,744	64,9	61,1	0,436	62,8	63,6	60,8	0,590
D3_inc_cognição	52,4	31,5	0,000	47,9	35,5	0,042	47,3	38,9	0,161	46,0	40,6	0,371	43,0	46,0	36,0	0,121
D4_inc_participação	70,4	44,1	0,001	63,3	51,3	0,025	62,0	55,3	0,204	64,6	53,9	0,041	58,5	61,6	51,6	0,077
D5_inc_autocuidado	39,9	21,1	0,001	33,2	28,6	0,442	34,5	28,4	0,300	33,2	30,0	0,582	31,4	31,4	31,3	0,977
D6_inc_relações_interpessoais	40,9	20,5	0,000	35,9	25,3	0,106	35,3	28,2	0,275	39,0	26,0	0,047	31,6	35,2	23,5	0,077
Whoqol - D1. Físico	24,5	34,6	0,000	28,7	29,5	0,783	29,6	28,5	0,714	28,6	29,4	0,791	29,0	30,0	26,8	0,323
Whoqol - D2. Psicológico	31,3	51,2	0,000	36,7	45,7	0,037	38,2	42,3	0,343	35,0	44,4	0,031	40,3	37,5	46,7	0,050
Whoqol - D3. Relações sociais	39,1	58,8	0,000	47,6	48,5	0,841	46,2	49,7	0,413	43,9	51,1	0,087	48,0	45,6	53,5	0,067
Whoqol - D4. Meio-ambiente	34,3	48,5	0,000	39,9	42,1	0,541	39,3	42,1	0,436	36,7	43,8	0,049	40,8	39,1	44,4	0,174
Freq de abuso sexual (geral)	2,9	1,8	0,029	2,9	1,7	0,015	4,1	0,8	0,000	3,8	1,4	0,000	2,4	3,5	0,0	-
Freq de abuso sexual na infância	1,6	1,1	0,179	1,5	1,1	0,300	2,8	0,0	-	1,4	1,4	0,912	1,37	2,0	0,0	-
Freq de abuso sexual qdo adulto	1,3	0,7	0,049	1,4	0,5	0,004	1,3	0,8	0,075	2,4	0,0	-	1,03	1,5	0,0	-
Frequencia de casos (n)	52	43	-	57	38	-	46	49	-	41	54	-	95	66	29	-
Frequencia de casos (%)	54,7	45,3	-	60,0	40,0	-	48,4	51,6	-	43,2	56,8	-	100,0	69,5	30,5	-

Fonte: A autora, 2023.

Já quanto à qualidade de vida, as associações se deram de forma inversa à capacidade funcional, conforme esperado: quanto menor a incapacidade, maior o desempenho na qualidade de vida. Assim sendo, verificamos as seguintes associações estatisticamente significativas (p-valor <5%):

- a) Ter transtorno depressivo-ansioso se associa negativamente com a Qualidade de Vida em todos os seus domínios (Tabela 3);
- b) Estar em atendimento em Saúde Mental impacta positivamente no subdomínio psicológico da Qualidade de Vida (M=36,7; p= 0,037);
- c) Ter estilo de apego inseguro impacta negativamente a Qualidade de vida em todos os seus domínios (Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio-ambiente). Não foram encontradas associações significativas entre prejuízo da qualidade de vida e abuso sexual na infância; no entanto, nos domínios “psicológico” (M=35; p=0,031) e “meio ambiente” (M= 36,7; p=0,049) se associaram negativamente ao abuso sexual na fase adulta. Quanto à presença ou não de abuso sexual, houve também relação inversamente proporcional à qualidade de vida.

4.1 Resultados do estudo descritivo sobre os estilos de apego

Para a descrição e estudo dos estilos de apego da amostra, houve uma perda de seu tamanho, de 95 para 79 sujeitos. Isso se deu em função do valor das dimensões *clos-dep* e ansiedade em algumas pacientes, ter se igualado a três, não satisfazendo ao critério para a classificação dos tipos de apego, conforme a escala EVA. Tal perda trouxe a redução do poder estatístico da amostra e a impossibilidade de um estudo de associação com as demais variáveis. Dessa forma, foram utilizados no artigo a classificação de apego seguro/ inseguro, mantendo a totalidade da amostra coletada, para o estudo das associações com as demais variáveis. Ainda assim, foi realizado estudo descritivo dos subtipos de apego inseguro da amostra, utilizando os critérios de classificação da escala EVA a partir composição dos valores da dimensão *clos-dep* e ansiedade conforme descrito na metodologia.

Quanto aos estilos de apego, a partir da estratificação da amostra, obteve-se os seguintes resultados (Tabela 4):

Tabela 4 - Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo categorias do EVA

	EVA - Escala de vinculação do adulto (4 categ)				Total (n=79)	ANOVA P_valor
	Seguro	Preocupado	Evitativo	Amedrontado		
Incapacidade_geral	35,8	56,8	44,3	63,9	48,1	0,000
D1_inc_Mobilidade	55,1	62,5	58,3	66,8	60,1	0,423
D2_inc_atividades_de_vida	56,1	75,0	58,3	73,6	63,3	0,022
D3_inc_cognição	26,8	71,9	31,3	63,0	42,0	0,000
D4_inc_participação	40,6	68,8	62,5	77,9	59,3	0,000
D5_inc_autocuidado	17,9	53,1	28,5	47,6	31,9	0,000
D6_inc_relações_interpessoais	18,4	9,4	27,1	54,8	31,9	0,000
Wq - D. físico	36,6	24,1	33,0	18,7	29,3	0,000
Wq - D. Psicológico	53,6	17,7	41,1	26,7	40,1	0,000
Wq- D. Relações sociais	60,5	31,3	47,6	34,7	47,6	0,000
Wq - D. M-ambiente	51,2	28,1	39,1	33,3	41,4	0,000
Freq de abuso sexual	1,9	5,8	2,2	3,2	2,6	0,014
Freq de abuso sexual na infância	1,16	4,00	1,11	1,81	1,51	0,019
Freq de abuso sexual qdo adulto	,74	1,75	1,06	1,38	1,08	0,294
Frequência de casos (n)	31	4	18	26	79	-
Frequência de casos (%)	39,2	5,1	22,8	32,9	100,0	-

Fonte: A autora, 2023.

a) O estilo de apego com maior número de pacientes da amostra com SFM, portanto, que é associado à pacientes mais graves é o estilo de apego inseguro amedrontado (M=63,9), seguido do grupo de pacientes com apego inseguro ansioso/ preocupado (M= 56,8), e, por último, o evitativo (M=44,3), com os melhores resultados. A média do grupo de pacientes com estilo de apego seguro, diante dessa nova classificação, apresentou-se ainda menor do que na amostra do estudo de associação com M= 35, 8, e de forma inversa ao pior resultado, o grupo com apego seguro apresentou os melhores escores em qualidade de vida, sendo os mais altos em “relações sociais” (M=60,5) e “psicológico (M=53,6)

b) Os estilos de apego inseguro associaram de forma estatisticamente significativa com um alto grau de incapacidade nos domínios de atividade de vida, cognição, participação, auto-cuidado e relações interpessoais, bem como a incapacidade geral, com exceção do domínio da mobilidade; c) Houve forte associação entre todos os

estilos de apego inseguro e baixa qualidade de vida de forma global, em seus quatro domínios;

d) Quanto à frequência geral de abuso sexual, foi o apego inseguro ansioso/preocupado apresentou o relato de maior história de violência sexual, com uma média de frequência de 5,8 vezes, seguido pelo apego inseguro amedrontado (3,2) e o apego evitativo (2,2) e o apego seguro (1,9). Estratificando a amostra para o abuso na infância e na fase adulta, também o apego inseguro ansioso/ amedrontado mostrou-se mais associado à frequência de episódios de violência sexual, mas durante a infância, com média de 4 casos por indivíduo

5 DISCUSSÃO

5.1 Resultados

O estudo observou a associação entre o estilo de apego construído durante o processo de desenvolvimento e o maior grau de incapacidade funcional existente em mulheres com SFM atendidas por serviços especializados, presentes na amostra, em todos os domínios da funcionalidade estudados. A presença de estilo de apego inseguro é, portanto, um fator preditor de uma pior apresentação clínica da SFM. Essa afirmação torna-se ainda mais consistente quando se é verificado que pacientes que apresentam maior gravidade da doença – estão em maior número na amostra - também são associados à maior grau de incapacidade funcional, comparado às pacientes que apresentam estilo de apego seguro.

Encontrou-se também forte associação entre estilos de apego inseguro e pior desempenho da qualidade de vida, em comparação com pacientes com estilos de apego seguro na mesma amostra, tanto na incapacidade geral quanto em seus domínios. Tal resultado é bastante significativo, se forem comparadas a médias encontradas em estudos de qualidade de vida com amostras da população em geral, como por exemplo, presentes no estudo de Portugal *et al* (2016), indicando um maior comprometimento global dessa amostra de pacientes.

Com a amostra de apego seguro, observou-se um desempenho inversamente proporcional: a presença de apego seguro foi associada a melhor desempenho da qualidade de vida e a escores de incapacidade mais baixos, com uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pacientes seguros e inseguros. Conclui-se assim, que a presença de apego seguro é fator protetor para a incapacidade e para a qualidade de vida nessas pacientes.

Na estratificação da amostra para o estudo descritivo de estilos de apego, o estilo de apego que apresentou relação positiva mais significativa com maior incapacidade e piores médias da qualidade de vida foi o estilo inseguro amedrontado, seguido do estilo ansioso/preocupado e do estilo evitativo, esse com o melhor desempenho entre os estilos de apego inseguro. Os pacientes com estilo de apego seguro apresentaram o desempenho inversamente proporcional ao estilo de apego inseguro amedrontado, com melhores médias na qualidade de vida e escores mais baixos de incapacidade. Tal resultado, é diverso de outros estudos de

apego em outras populações, onde o apego inseguro ansioso foi mais presente (Peñacoba *et al*, 2018) ou o apego inseguro evitativo (McWilliams, 2017).

O maior grau de incapacidade também está associado forma consistente com transtorno depressivo ansioso, em todos os seus domínios. Pacientes com escores altos de ansiedade e depressão (nível grave de ansiedade e depressão no BAI e no BDI) são pacientes com maior comprometimento funcional. Os níveis de ansiedade da amostra são maiores do que os de depressão, o que corrobora os achados de outro estudo brasileiro com a mesma população, de Penido (2004).

Nessa amostra, apenas 30% dos indivíduos não relatou existência de abuso. É um dado maior e muito significativo, comparado com outros estudos da população brasileira, como o estudo de notificações ao serviço de saúde de violência contra crianças, adolescentes do sexo feminino e mulheres de Delziovo *et al* (2017), onde 47,3% de meninas de 10 a 14 anos, 22,4% de meninas entre 15 e 19 anos e 30,3% para mulheres de 20 anos e mais relataram violência sexual. É preciso, no entanto, observar o viés da diferença de coleta desses dados em comparação à pesquisa.

A violência sexual não encontrou relação significativa com o apego inseguro nessa amostra, e teve associação significativa com pior capacidade funcional somente em alguns domínios, relacionados à vida social (“participação” e “relações sociais”). Foi também associada ao comprometimento da qualidade de vida também em domínios específicos (“psicológico” e “meio ambiente”), e somente nos casos de abuso sexual relatados na fase adulta.

Já estar em acompanhamento pela Saúde Mental teve uma relação significativa com a violência sexual: 60% das pacientes em acompanhamento pela Saúde Mental relataram sofrer abuso sexual. Deduz-se que, tal condição tenha sido influenciada pela avaliação de maior sofrimento mental resultante dessa condição traumática por parte da equipe de saúde que acompanhou essa paciente, e fez o acompanhamento para o atendimento especializado. Estar em acompanhamento pela saúde mental também se associa negativamente à capacidade funcional em todos os domínios avaliados, bem como à qualidade de vida no domínio “psicológico”. Quem não faz acompanhamento pela saúde mental, tem maior desempenho da qualidade de vida, levando à conclusão que o comprometimento psíquico é um fator acompanhamento é um fator de maior gravidade na SFM.

Outro achado inesperado foi a relação entre a alta escolaridade e a maior faixa etária como fatores protetores para a incapacidade funcional. No caso da alta escolaridade, esta é facilmente associada à maior qualidade de vida, na medida em que possibilita maior

informação, e portanto, recursos melhores de enfrentamento da doença. No Brasil, a escolaridade é variável *proxy* do nível socioeconômico, o que endossa a melhor possibilidade de recurso de enfrentamento a partir do acesso à recursos no cuidado em saúde que a população em nível socioeconômico mais baixo não possui.

Esse achado pode ser pensado dentro da perspectiva do modelo diátese-*stress* de adoecimento, onde as condições sociais contribuem processualmente para o adoecimento, de forma a apresentar, ou não, um maior comprometimento das atividades de vida diária e dos demais aspectos da vida globalmente. O próprio *stress* causado pela observação da carência de recursos pode ser um fator de hipersensibilização central, e dessa forma, contribuir para o agravamento da doença.

Outros achados do estudo corroboram essa visão: o binômio transtorno depressivo-ansioso/ alto nível de comprometimento funcional é justamente presente na classificação nosológica onde a SFM é hoje compreendida das *Bodily Distress Disorders* (Budtz-Lilly *et al*, 2019), que indicam um processo de adoecimento progressivo, advindo de uma experiência de *distress* psíquico com apresentação somática, conforme presente na *Bodily Stress Syndrome* (Fortes *et al*, 2018), onde a presença de fatores psicossociais é fortemente presente na sua evolução.

Assim, a característica de maior apego inseguro nessa população aponta para esse aspecto com um dos fatores de vulnerabilidade psicossocial para o desenvolvimento da maior gravidade da SFM, fazendo com que essas pacientes com essa característica, tenham maior comprometimento pela doença e pior qualidade de vida, e contribuindo para um pior prognóstico.

Os dados encontrados na amostra, encontram correspondência em outras populações: Galvez e Sánchez *et al*, 2020, também encontraram associação positiva entre maior gravidade de depressão e ansiedade e piores escores na capacidade funcional em uma população de mulheres com SFM, com um controle de mulheres saudáveis e mulheres com SFM. Concluíram que depressão e ansiedade, além disso, amplificam os sintomas da doença e influenciam na qualidade de vida. Nessa amostra, 50% apresentavam depressão e ansiedade em nível de moderado a grave. Observaram também níveis moderados de catastrofização da dor e a presença de altos níveis de fadiga, distúrbios do sono, intensidade da dor e cinesiofobia (medo do movimento) indicando a presença de psicopatologias existentes na SFM como são acompanhadas de comprometimento da capacidade funcional e da qualidade de vida. Henao-Pérez *et al*, 2022, em um levantamento com 1.106 pacientes com SFM, verificou que 28,75% possuíam critérios para depressão e/ou ansiedade, também

demonstrando a característica do transtorno depressivo-ansioso presente na amostra. Esse estudo fez associação do sofrimento emocional com as condições socioeconômicas; aumento da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com nível sócio econômico mais baixo, mostrando a implicação das condições de vida na saúde mental e no impacto da doença no indivíduo.

Segundo o estudo de Gardoki-Souto *et al.*, (2022), a frequência de eventos traumáticos na infância e na adolescência, assim como a violência sexual, está associada com uma baixa qualidade de vida ($F[1, 85] 8,27; p=0,005$) além depressão e ansiedade ($F [1, 86]=10,08; p=0,0021$), da mesma forma como verificado pela nossa investigação. Os autores verificaram que níveis altos de intensidade de dor e altos escores de incapacidade impactaram de forma significativa a qualidade de vida das pacientes; mais especificamente podem prever a presença de sintomas ansiosos e depressivos ($F [1, 86]= 10,08; p =0,0021$ para ansiedade; $F [1,86] = 3.99; p=0.0489$ para depressão; na incapacidade, depressão $F [1, 85] = 12,39; p=0,0007$; ansiedade, $F [1,85] = 27,16; p=0,0000$).

No Brasil, estudando pacientes com dor, Almeida (2001), apresentou relato de prevalência de 93,4% de presença de violência verbal/simbólica, 90,1% de violência física e 46,2% violência sexual nas suas histórias de vida na porta de entrada da Clínica de Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto, um serviço terciário, especializado. Níveis semelhantes foram encontrados em estudo semelhantes das mesmas autoras (Almeida, Souza, Fortes, Minayo *et al.*, 2008) que investigaram 85 mulheres com diagnóstico de Dor Crônica pela Clínica de Dor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, com achados semelhantes: nessa amostra 38,8% sofreram violência na infância e adolescência; 71,8% das pacientes apresentaram histórias de violência verbal/simbólica, 36,5% violência física, 24,7% lesão física e 23,5% violência sexual. E 95,2% possuíam algum tipo de transtorno mental. Os achados no estudo, também na população brasileira tem uma presença de violência sexual ainda maior do que a encontrada nesses estudos, já bem expressiva, indicando a necessidade de investigação dessa característica na avaliação dessas pacientes.

Considerando a relação entre estilos de apego inseguro e a gravidade, incapacidade e baixa qualidade de vida na SFM McWilliams *et al* (2017), em estudo de coorte com 5.645 indivíduos, observaram uma associação entre a presença de Dor Crônica sem explicação médica (DCSEM) e estilos de apego. Como resultado, foi encontrada associação entre presença de apego inseguro nessa população e a maior chance de desenvolver DCSEM (OR: 2.45%; IC = 2.07; 2.83). O apego inseguro está ainda relacionado à maior percepção da intensidade da dor, incapacidade, sintomas depressivos e percepção de falta de suporte do

cônjuge (Forsythe *et al.*, 2012). Pacientes com dor crônica com estilo de apego inseguro ansioso apresentaram maior intensidade da dor e maior índice de catastrofização, além de estratégias de adaptação à dor menos eficazes (Kratz *et al.* 2012).

Peñacoba *et al.* (2017) observaram que pacientes com SFM apresentavam maiores escores de ansiedade, depressão e alexitima do que controles saudáveis e menores níveis de apego seguro (69,9% x 86%, respectivamente); segundo os autores, os achados indicam a necessidade de reconhecer o estilo de apego, dentro do modelo diátese-stress como um preditor da experiência de dor em pacientes com SFM. Sechi, *et al.* (2020) verificaram a preservação da qualidade de vida e da autoestima em mulheres com apego seguro (M=29 para apego seguro, M=31 para qualidade de vida, $p < 0,01$), em contraposição a relação inversa dessas características em pacientes com apego inseguro nos seus diferentes tipos (evitativo, ansioso, desorganizado).

Já em uma amostra espanhola de mulheres com SFM também em assistência especializada e com maior proximidade cultural com a do presente estudo, 38,7% dos indivíduos possuíam apego seguro, enquanto 61,3% tem apego inseguro (Blanco Rico, 2018), o que encontra correspondência os achados da nossa investigação, também com maioria de apego inseguro (54,7% de apego inseguro e 45,3% de apego seguro). Davies *et al.* (2009), em um estudo com 2.509 indivíduos com dor crônica generalizada, verificaram que 45,8% dos sujeitos foi classificado como tendo apego inseguro, e que este é associado significativamente à incapacidade (OR= 2.1). Os autores sugerem que as intervenções em pacientes com dores crônicas possam ser baseadas no conhecimento sobre o tipo de apego do indivíduo, de forma a reduzir tanto o *distress* quanto a incapacidade.

5.2 Limitações da pesquisa e caminhos futuros

É importante considerar que o estudo coletou informações de pacientes predominantemente graves em unidades secundárias e terciárias, o que deu à amostra um caráter pouco generalizado e específico para pacientes com maior comprometimento. Uma limitação importante do estudo foi a irregularidade da coleta da amostra, em função da sua coincidência com o período de restrições sanitárias por conta da pandemia de COVID-19: após um período de coleta inicial, foi necessário suspender o trabalho de campo durante o período de maior isolamento social, retornando após esse período. Tal condição também

acabou por comprometer o tamanho da amostra, tendo como resultado a existência de associações que se apresentaram limítrofes, como no caso da relação entre abuso durante a infância e apego inseguro ou da incapacidade geral e abuso sexual, bem como a impossibilidade de estratificação da amostra com apego inseguro em seus subtipos. Consideramos que estudos que obtenham uma maior amostra possam observar a existência de uma associação mais consistente entre abuso e incapacidade, assim como observar como as variáveis se associam aos tipos de apego inseguro. Também indicamos para estudos futuros a investigação que abranja pacientes com SFM em outros níveis de assistência, ou mesmo um estudo comparativo com indivíduos saudáveis, a fim de verificar o comportamento dessas variáveis em condições mais próximas da população em geral.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos na amostra encontram, portanto, correspondência na literatura sobre as condições de comprometimento associadas às pacientes com SFM, e descrevem ainda condições não descritas como a associação entre a menor faixa etária e maior comprometimento da doença. Observa-se também uma relação clara entre o transtorno depressivo-ansioso e a incapacidade, onde, quanto maior a presença de sintomas ansiosos e depressivos, maior comprometimento da capacidade funcional das integrantes da amostra de forma global, e menor a qualidade de vida também em todos os seus domínios, numa relação inversamente proporcional entre as variáveis desfecho verificadas em todas as associações do estudo. A violência sexual, teve associação com somente alguns domínios da incapacidade e da qualidade de vida, embora tenha grande contribuição para o comprometimento da saúde mental dessas pacientes.

Os estilos de apego se apresentam como um fator de vulnerabilidade para a maior gravidade e comprometimento na SFM, nessa amostra: foi encontrada uma diferença estatística significativa entre os grupos de pacientes com apego seguro e inseguro, com maiores escores da qualidade de vida entre os seguros e escores indicando a presença de incapacidade entre os inseguros, além de presença de maior gravidade, dentro dos critérios da SFM. Esses achados vêm contribuir para a literatura na língua portuguesa e dentro das especificidades da população brasileira sobre o tema, que, mesmo no momento atual, ainda é escassa.

REFERÊNCIAS

ALCIATI A, CIRILLO M, MASALA I. F., SARZI- PUTTINI P., ATZENI F. Differences in depression, anxiety and stress disorders between fibromyalgia associated with rheumatoid arthritis and primary fibromyalgia. **Stress and Health**. p. 1–8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smi.2992>

ALMEIDA A.P.F., SOUZA R.D., FORTES S., MINAYO C. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 8 (1): p. 83-91, jan. / mar., 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/H3zPBJDhCrN3smCCXnpkkpc/abstract/?lang=pt>.

ALMEIDA. Ana Paula Florenzano de. **A dor como pedido de socorro: investigação de história de violência em mulheres com queixa de dor**. 2001. Dissertação (Mestrado), Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2001.

AMARAL, Ana Paula. **A importância da vulnerabilidade ao stress no desencadear de doença física e mental perante circunstâncias de vida**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Biomédicas - especialização em Psicologia da Saúde), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

ALVAREZ MC, ALBUQUERQUE MLL, NEIVA HP, CID L, RODRIGUES F, TEIXEIRA DS, MONTEIRO D. Differences between Portuguese and Brazilian Patients with Fibromyalgia Syndrome: Exploring the Associations across Age, Time of Diagnosis, and Fatigue-Related Symptoms. **Medicina(Kaunas)** 57, 322, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina57040322>

ASSIS, M. R. EpiFibro (Registro Brasileiro de Fibromialgia): dados sobre a classificação do ACR e preenchimento dos critérios diagnósticos preliminares e avaliação de seguimento. **Revista Brasileira De Reumatologia**. 57(2): p. 129–133 2017
BARRETO M C A; MOLAREIDA, F R J, NUNES, A C L. **Validação do questionário WHODAS 2.0 (Brasil) para indivíduos com fibromialgia**. Disponível em: www.repositorio.ufc.br/riufc/2017_art_mcabarreto

BARSTAD, Mariana Guerra. **Do berço ao túmulo: a teoria do apego de John Bowlby e os estudos de apego em adultos**. 2013. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

BOHN D, BERNARDY K, WOLFE F, HÄUSER W. The association among childhood maltreatment, somatic symptom intensity, depression, and somatoform dissociative symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a single-center cohort study. **Journal of Trauma Dissociation**. 14(3):p. 342-58 2013 Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.736930>

BOWLBY. John. **Apego e perda: apego** (vol.1). São Paulo, Martins Fontes, 2002.

CANAVARRO C., DIAS P., LIMA V. A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. **Psicologia** 20(1): p.155-186 Dezembro 2005 Disponível em: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>

CASSIDY Jude. The nature of child ties. *In*: CASSIDY J., SHAVER P. R. **The Handbook of Attachment – Theory, Research, and Clinical Applications** (2ª edição). New York, The Guilford Press, 2008.

CLARK P., PAIVA E.P., GINOVKER A., SALOMÓN P.A. A patient and physician survey of fibromyalgia across Latin America and Europe. **BMC Musculoskeletal Disorders** 2013, 14:188

COAN, James A. **Towards a Neuroscience of Attachment**, *In*: CASSIDY J., SHAVER P. R. **The Handbook of Attachment – Theory, Research, and Clinical Applications** (2ª edição). New York, The Guilford Press, 2008.

DAVIES K.A., MACFARLANE G.J., MCBETH J., MORRISS R, DICKENS C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. **Pain** 143 (2009) 200–20

DELZIOVO C.R., BERGER E., COELHO S., D'ORSI E., LINDNER S.R. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência e saúde coletiva** 23 (5). Maio 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>

DO NASCIMENTO B., FRANCO K., FRANCO Y., CABRAL C.N. Can psychological factors be associated with the severity of pain and disability in patients with fibromyalgia? A cross-sectional study. **Physiotherapy Theory and Practice**, Mar; 38(3) 2022: p.431-440. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1765439>

FITZCHARLES M.A., PERROT S., HAUSER W. Comorbid fibromyalgia: a qualitative review of prevalence and importance. **European Journal of Pain**, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejp.1252>

FORSYTHE L.P., ROMANO J.M., JENSEN M.P., THORN B.E. Attachment style is associated with perceived spouse responses and pain-related outcomes. **Rehabilitation Psychology**. Nov;57(4): p.290-300 2012

FOX Nathan A, HANE Amie Ashley. Studying the Biology of Human Attachment, *In*: CASSIDY J., SHAVER P. R. **The Handbook of Attachment – Theory, Research, and Clinical Applications** (2ª edição). New York, The Guilford Press, 2008

GALVEZ-SÁNCHEZ CM, MONTORO CI, DUSCHEK S, REYES DEL PASO GA. Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. **Journal of Affective Disorders**. Mar 15; 265: p.486-495 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.129>

GOMES-OLIVEIRA M.H., GORENSTEIN C., LOTUFO NETO F., ANDRADE L.H., WANG Y.P. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Brazilian Journal of Psychiatry** 34 (4) Dez 2012 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>

GORENSTEIN, C., ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** 29: p.453-457, 1996 Disponível em: [3860 \(scielo.br\)](https://scielo.br)

GRANOT M., YOVELL Y., SOMER E., BENY A., SADGER R., ULIEL-MIRKIN R. ZISMAN-ILANI Y. Trauma, attachment style, and somatization: a study of women with dyspareunia and women survivors of sexual abuse. **BMC Women's Health** 18:29 (2018).

HADLANDSMYTH K., DAILEY D.L., RAKEL B.A., ZIMMERMAN B., VANCE C.G.T., MERRIWETHER E.N., CHIMENTI R.L., GEASLAND K.M., CROFFORD L.J., SLUKA K. Somatic symptom presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety. **Journal of Health Psychology** Mai; 25(6): p.819–829 2020. Disponível em: <http://10.1177/1359105317736577>

HENAO-PÉREZ M., LÓPEZ-MEDINA D.C., ARBOLEDA A., MONSALVE S.B., ZEA J.A. Patients with Fibromyalgia, Depression, and/or Anxiety and Sex Differences. **American Journal of Men's Health**, July-August p.1–8 Disponível em: <https://repository.ucc.edu.co/items/>

KALEYCHEVA N., CULLEN A.E., EVANS R, HARRIS T., NICHOLSON T., CHALDER T. The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of case-control studies **Psychological Medicine** 51, 177–193 Disponível em: doi: 10.1017/S0033291720004547

KATZ R. L., MEASE P. J., RUSSELL A. S., RUSSELL I., WALITT J.B. Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism** 46 319–329 (2016)

KOBAK R, MADSEN S. Disruptions in attachment bonds: implications for theory, research and clinical interventions, *In*: CASSIDY J., SHAVER P. R. **The Handbook of Attachment – Theory, Research, and Clinical Applications** (2ª edição). New York, The Guilford Press, 2008.

JONES GT, ATZENI F, BEASLEY M, FLUBE, SARZI-PUTTINI P, MACFARLANE GJ. The Prevalence of Fibromyalgia in the General Population: A Comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and Modified 2010 Classification Criteria. **Arthritis & Rheumatism** 67: p.568-75 2015.

KRATZ AL, DAVIS MC, ZAUTRA AJ. Attachment predicts daily catastrophizing and social coping in women with pain. **Health Psychology**. Maio;31(3): p.278-285 2012

MARQUES A.P., SANTO A.S.E., BERSSANETI A. A., MATSUTANI L.A., YUAN S.L.K. Prevalence of fibromyalgia: literature review update/ A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia** ; 57(4): p.356-363, julho-agosto 2017.

MARTINEZ J.E., PAIVA E.S., REZENDE M.C., HEYMANNA R.E., HELFENSTEIN M., RANZOLINA A., PROVENZA J.R., RIBEIRO L.S., SOUZA E.J.R., FELDMAN D.P.,

MCBETH J., TOMENSON B., CHEW-GRAHAM C.A., MACFARLANE G.J., JACKSON J., LITTLEWOOD A., CREED F.H. Common and unique associated factors for medically unexplained chronic widespread pain and chronic fatigue. **Journal of Psychosomatic Research**, 79 (2015) Disponível em: <http://10.1016/j.jpsychores.2015.10.004>

MCWILLIAMS, L. A. Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. **European Journal of Pain**, 2017, 21(8), p.1378–1383.

MENDONÇA, B.T.V.D., SILVA G.G., BUSATTO L.M., DIAS N.M. Executive functions in fibromyalgia: A systematic review. **Psychology & Neuroscience**, 14(4), p.413–437 (2021).

MIGUEL, Ana Rocha. **Depressão e Ansiedade: comorbilidade e influências no diagnóstico, prognóstico e tratamento da depressão**. 2016. Dissertação (Mestrado), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016.

MIRÓ E., MARTÍNEZ P., SÁNCHEZ A.I., CÁLIZ R. Clinical Manifestations of Trauma Exposure in Fibromyalgia: The Role of Anxiety in the Association Between Posttraumatic Stress Symptoms and Fibromyalgia Status. **Journal of Traumatic Stress**, p.1–11, 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**, 2015. Disponível em: [9788562599514_por.pdf;sequence=19 \(who.int\)](http://9788562599514_por.pdf;sequence=19)

ORTIZ R., BALLARD E.D., MACHADO-VIEIRA R., SALIGAN L.N., WALITT B. Quantifying the influence of child abuse history on the cardinal symptoms of fibromyalgia. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Jan. 2016

PEÑACOBÁ C, PEREZ-CALVO S, BLANCO S, SANROMAN L. Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia **Scandinavian Journal Caring Science** 32; p.535–544, 2018.

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

PFEIFER A.C., PENEDO J.M.G., EHRENTAL J.E., NEUBAUER E., AMELUNG D. SCHROETER C., SCHILTENWOLF M. Impact of attachment behaviour on the treatment process of chronic pain patients. **Journal of Pain Research** 11 p.2653–2662, 2018

PIERCE J, HASSETT AL, SCHNEIDERHAN JR, DIVERS J, BRUMMETT CM, GOESLING J. Centralized pain and pain catastrophizing mediate the association between lifetime abuse history and self-reported pain medication side effects. **Regional Anesthesiology Pain Medicine** 45:p. 293–300, 2020.

PORTUGAL F.B., CAMPOS M.R., GONÇALVES D.A., MARI J.J., FORTES S.L.C.L. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciência & saúde coletiva**. Fevereiro 2019 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/295252531>

QUEIROZ L.P. Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia. **Current Pain Headache Repository**. 17:356 (2013) Disponível em: doi: 10.1007/s11916-013-0356-5

RAMIRO F.S., JÚNIOR I. L., SILVA R. C. B., DA MONTESANO F. T., OLIVEIRA, N. R. C. D.E., DINIZ, R. E. A. S., PADOVANI, R. D.A. C. Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 54(1) p.27–32 (2014) Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.04.006>

SALTYCHEV M., BÄRLUND E., MATTIE R., MCCORMICK Z., PALTAMAA J., LAIMI K. A study of the psychometric properties of 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in a large population of people with chronic musculoskeletal pain. **Clinical Rehabilitation** p. 1–11, 2016. Disponível em: doi: 10.1177/0269215516631385

SALTYCHEV, M., KATAJAPUU, N., BÄRLUND, E., & LAIMI, K. (2021). Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability: systematic review. **Disability and Rehabilitation**, 43(6), p. 789-794. Disponível em: doi: 10.1080/09638288.2019.1643416.

SALTYCHEV M., MATTIE R., MCCORMICK Z., LAIMI K. Confirmatory factor analysis of 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule in patients with musculoskeletal pain conditions **Clinical Rehabilitation** 1–8, 2016

SECHI C., VISMARA A., BRENNSTUHL M.J., TARQUINIO C., LUCARELLI L., Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. **Health Psychology Open**, 7, 2, (2), 2020.

SANTOS M.V.F, VITORIA E.S., CAMPOS M.R., FORTES S.L.C.L. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde Ciência e Saúde Coletiva [periódico na internet] (2017/Mai). Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/relacao-do-uso-de-alcool-e-transtornos-mentais-comuns-com-a-qualidade-de-vida-de-pacientes-na-atencao-primaria-em-saude/16238?id=16238>.

SENN A.E.R., BARROS A.L.P., SILVA E.O., COSTA I.F., PEREIRA L.V.B., CICONELLI R.M., FERRAZ M.B. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **Journal of Rheumatology** Mar;31(3): p.594-7, 2004

SLUKA K.A., CLAUW D.J. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. **Neuroscience**, 2016 3;338:114-129. Disponível em: doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.06.006.

SPARREBERGER F., SANTOS I., LIMA R.C. Epidemiologia do *distress* psicológico: estudo transversal de base populacional. **Revista de Saúde Pública** 37 (4) agosto 2003

SANTOS J., HANSON L., CECATTI J.G., ANDREUCCI C.B. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. **Revista da Associação Médica Brasileira** vol.59 no.3 São Paulo Mai/jun. 2013

STAUD R. Brain imaging in fibromyalgia syndrome. **Clinical and Experimental Rheumatology**, 2011.

THIAGARAJAH A.S., GUYMER E.K., LEECH M., LITTLEJOHN G.O. The relationship between fibromyalgia, stress and depression. **International Journal of Clinical Rheumatology** 9(4), p.371–384, 2014.

UÇAR, M., SARP, Ü., KARAASLAN, Ö., GÜL, A. I., TANIK, N., & ARIK, H. O. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. **Journal of International Medical Research**, 43(5), p.679–685, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0300060515587578>

ÜÇEYLER N., ZELLER J., KEWENIG S., KITTEL-SCHNEIDER S., FALLGATTER A.J., SOMMER C. Increased cortical activation upon painful stimulation in fibromyalgia syndrome **BMC Neurology**, 15:21, 2015.

WOLFE F., CLAUW D. J., FITZCHARLES M.A., GOLDENBERG D. L., HÄUSER W., KATZ R.L., MEASE P. J., RUSSELL A.S., RUSSELL I. J., WALITT B. Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism** 46, p. 319–329, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049017216302086>

WOLFE F., CLAUW D. J., FITZCHARLES M.A., GOLDENBERG D. L., HÄUSER W., KATZ R L, MEASE P J., RUSSELL A S. WINFELD JB. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. **Journal ou Rheumatology**, 38(6): p.1113-22 Junho 2011

WOLFE, F, CLAUW, D.J., FITZCHARLES, M.A., GOLDENBERG, D.L., KATZ, R.S., MEASE, P., RUSSELL A.S., RUSSELL I.S., WINFELD J.B., YUNUS, M. B. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. **Arthritis Care & Research**, 62(5), p. 600–610, 2010. Disponível em: <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.20140>

YEUNG EW, DAVIS MC, CIARAMITARO MC. Cortisol Profile Mediates the Relation Between Childhood Neglect and Pain and Emotional Symptoms among Patients with Fibromyalgia. **Annals of Behavioural Medicine**. 50: p.87–97, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4744097>

YUNUS MB. Editorial Review: An update on Central Sensitivity Syndromes and the issues of Nosology and Psychobiology. **Current Rheumatology Reviews**, 11, 70-85 p. 1875-6360/1 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para fazer parte de uma pesquisa com título “FIBROMIALGIA: PADRÕES VINCULARES DE APEGO E SEU EFEITO NO GRAU DE INCAPACIDADE E NA QUALIDADE DE VIDA” com o objetivo de descrever a relação existente entre padrões vinculares com o grau de incapacidade e qualidade de vida, desenvolvida pela Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Você será submetido (a) à aplicação de um questionário por um entrevistador. O questionário leva cerca de uma hora para ser respondido, tendo perguntas sobre seus dados gerais e questões sobre seu estado atual de saúde, bem estar, e aspectos que vivenciou em sua vida pessoal. Caso seja verificado que você apresenta algum problema de saúde, você será orientado (a) e encaminhado (a) para receber o tratamento habitualmente oferecido nesses casos. Embora não haja nenhuma garantia de que terá benefícios diretos com este estudo, as informações fornecidas serão úteis para oferecer apoio adequado a pacientes e melhor capacitar os profissionais que atendem pacientes com Fibromialgia, podendo assim beneficiar outros indivíduos. Garantimos que sua participação é voluntária, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, podendo se retirar a qualquer momento da pesquisa, bem como recusar a responder qualquer item quando achar ser conveniente sem que isto afete com seu atendimento com esta instituição, ou seja, seu atendimento não será prejudicado. Não serão publicados dados que possibilitem sua identificação, pois apenas os resultados coletivos da pesquisa serão divulgados, estando garantido o anonimato e assegurada a privacidade. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientandos (as)/ colaborador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável Sandra Lúcia Correia Lima Fortes, CRM/RJ 52.39663.2, a através do telefone (21)28688349, email: lipapsuerj@gmail.com ou ainda a Faculdade de Ciências Médicas localizada na Rua Prof. Manuel de Abreu, 444, 2º andar - Vila Isabel, Rio de Janeiro. Tel.: (21) 28688005 ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, localizado no Boulevard 28 de setembro, 77 – Vila Isabel, Rio de Janeiro, Tel: 2868-8253 A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2021.

Consinto em participar na pesquisa conforme esclarecido acima.

(Nome do Entrevistador)

(Nome do Entrevistado)

(Assinatura do entrevistado)

APÊNDICE B - Folha de primeira vez

FM Ambulatório de Fibromialgia – HUPE / UERJ (v. 20/09/2020 – CRITÉRIO 2016)

Critérios:

Um paciente satisfaz os critérios modificados de fibromialgia de 2016(ACR), se as 3 condições a seguir forem atendidas

- 1) Índice de Dor Generalizada (IDG) $IDG \geq 7$ e Escala de gravidade dos sintomas (EGS) ≥ 5 ou $IDG \geq 4-6$ e $EGS \geq 9$.
- 2) Dor generalizada definida como dor em pelo menos 4 de 5 regiões. O tórax, mandíbula e abdome não estão incluídos.
- 3) O sintomas são geralmente presentes há pelo menos 3 meses.
- 4) Um diagnóstico de fibromialgia é válido independente de outros diagnósticos. Ele não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes

1) DADOS GERAIS

a) Data da coleta de dados: ____/____/____.

b) Nome: _____

2) DOR:

2.1) Índice de dor generalizada (Número de áreas de dor na última semana)

Marque todos que se aplicam.

Região I – Região superior E		
a)	Mandíbula E	Região 1 –
b)	Ombro E	Região 1 –
c)	Braço E	Região 1 –
d)	Antebraço E	Região 1 –
Região II – Região superior direita		
e)	Mandíbula D	Região 2 –
f)	Ombro D	Região 2 –
g)	Braço D	Região 2 –
h)	Antebraço D	Região 2 –
Região III – Região inferior esquerda		
i)	Quadril E	Região 3 –
j)	Coxa E	Região 3 –
k)	Perna E	Região 3 –

Região IV – Região inferior direita	
l) Quadril D	Região 4 –
m) Coxa D	Região 4 –
n) Perna D	Região 4 –
Região V – Axial	
o) Cervical	Região 5 –
p) Dorso	Região 5 –
q) Lombar	Região 5 –
r) Torax	Região 5 –
s) Abdomen	Região 5 –

2.2) Numero de regiões: _____

2.3) IDG: _____

3) Escala de gravidade dos sintomas (Intervalo de pontuação: 0 - 12 pontos)

Para cada sintoma listado abaixo, use a seguinte escala para indicar a gravidade do sintoma por 7

dias)

* sem problemas

*problema leve: geralmente leve ou intermitente;

* problema moderado: questões geralmente

presentes e/ou em um nível moderado

* problema sério: problemas contínuos e

perturbadores da vida

3.1) Fadiga

marque um X em apenas uma opção:

- (0) Sem problemas
 (1) Problema leve
 (2) problema moderado
 (3) problema sério

3.2) Problemas cognitivos (alterações de memória e concentração):

marque um X em apenas uma opção:

- (0) Sem problemas
 (1) Problema leve
 (2) problema moderado
 (3) problema sério

3.3) Sono não reparador:

marque um X em apenas uma opção:

- (0) Sem problemas
 (1) Problema leve
 (2) problema moderado
 (3) problema sério

4) Nos últimos 6 meses:

4.1) Dor de cabeça:

marque um X em apenas uma opção:

- 1 – Sim
 2 – Não

4.2) Dor abdominal:

marque um X em apenas uma opção:

- 1 – Sim
 2 – Não

5) EGS:

6) Escala de gravidade da FM: IDG+EGS (0-31):

7) Comorbidades:

Marcar todos que se aplicam:

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Dor muscular |
| <input type="checkbox"/> | b) Hipertensão |
| <input type="checkbox"/> | c) Hepatite |
| <input type="checkbox"/> | d) Hipotireoidismo |
| <input type="checkbox"/> | e) Coronariopatia |
| <input type="checkbox"/> | f) Depressão |
| <input type="checkbox"/> | g) Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> | h) Doença reumatológica |
| <input type="checkbox"/> | i) Outro: _____ |

8) Qual doença reumatológica?

APÊNDICE C – Questionário Sócio Demográfico

A- QUESTIONÁRIO GERAL - “Associação entre padrões vinculares de apego, grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com Síndrome da Fibromialgia”

Data: ____/____/____

dia mês ano

Nome aplicador: _____

A1 - Prontuário: _____

A2 - Origem: _____

A3 – Nome: _____

(escrita forma)

A4 - Endereço:

A5 - Telefone: _____

A6 - Quais dos seguintes tratamentos que você faz?

a) UERJ 1- sim () 2- não ()

i. Psiquiatria 1- sim () 2- não ()

Qual medicação psicotrópica utilizada:

Nome: _____ Dose por dia: _____

- ii. Psicoterapia 1- sim () 2- não () a – individual () b- grupo ()
- iii. Atividade Física 1- sim () 2- não () Qual? _____
- iv. Grupo de Psicoeducação 1- sim () 2- não ()
- v. Outros _____

b) Fora da UERJ 1- sim () 2- não ()

- i. Psiquiatria 1- sim () 2- não ()

Qual medicação psicotrópica utilizada:

Nome: _____ Dose por dia: _____

- ii. Psicoterapia 1- sim () 2- não () a - individual () b - grupo ()
- iii. Atividade Física 1- sim () 2- não () Qual? _____
- iv. Grupo de Psicoeducação 1- sim () 2- não ()
- v. Outros _____

A7 – Origem do paciente na pesquisa

1. () Reumatologia
2. () Saúde Mental
3. () Educação Física
4. () Outros _____

A8 – Origem do encaminhamento? _____

A9a – Outros serviços de atendimento clínico:

1. _____ UERJ () Quais:

2. Fora da UERJ ()

Quais: _____

A9b - Quais outras medicações utilizadas:

Nome: _____ Dose por dia: _____

A10 - Sexo:

1. () Masculino

2. () Feminino

A11 - Data de nascimento?

_____/_____/_____

dia mês ano

A12 – Qual é a sua profissão?

A13 – Qual é a sua principal ocupação no momento?

1) R: _____ 2) Código (CBO4dig): _____

A14 - Em sua opinião, qual é a sua cor ou raça?

1. () Negra

2. () Parda

3. () Branca

4. () Amarela
5. () Indígena

As próximas perguntas referem-se à sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

A15 – Atualmente você é:

1. () Casado(a) ou vive em união
2. () Separado(a), ou divorciado(a)
3. () Viúvo(a)
4. () Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

A16 - Além de você, quantas pessoas moram em sua casa? Inclua cônjuge / companheiro (a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados.

A17 – Quantas crianças menores de seis anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado?

A18 – Quantos idosos maiores de 65 anos moram com você e dependem diretamente do seu cuidado?

A19 – Quantas pessoas com deficiência dependem diretamente do seu cuidado? _____

A20 - Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

1. () Eu mesmo(a)
2. () Meu cônjuge ou companheiro(a)
3. () Eu e meu cônjuge, igualmente
4. () Meu pai ou minha mãe
5. () Meu filho ou minha filha

6. () Não tem chefe
7. () Outra pessoa: _____

A21 - Qual é o seu grau de instrução

1. () Não freqüentou escola (analfabeto).
2. () Ensino Fundamental Incompleto (até o terceiro ano)
3. () Ensino Fundamental Incompleto (entre o quarto e o sexto ano)
4. () Ensino Fundamental completo
5. () Ensino Médio incompleto
6. () Ensino Médio completo
7. () Superior incompleto
8. () Superior completo

A22 – Quanto você ganha por mês (em caso de biscate no ultimo mês)?

R\$ _____ (valor numérico)

A23 – Quanto ganham todos juntos na casa? R\$ _____

(valor numérico)

A24 – Quais suas fontes de renda atualmente (pode assinalar mais de uma alternativa)?

1. () Aposentadoria
2. () Auxilio Doença
3. () Emprego regular
4. () Biscates
5. () Pensão
6. () outros _____ código: _____

A25 – Nos últimos doze meses, por quanto tempo aproximadamente você teve algum fonte de renda?

1. () Todo tempo
2. () 3 meses
3. () 6 meses
4. () 9 meses
5. () Não tive fonte de renda

A26 – Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. () Adventista | 12 () Judaica |
| 2. () Assembleia de Deus | 13 () Luterana |
| 3. () Batista | 14 () Messiânica |
| 4. () Budista | 15 () Metodista |
| 5. () Candomblé | 16 () Presbiteriana |
| 6. () Casa da Bênção | 17 () Universal do Reino de Deus |
| 7. () Católica | 18 () Umbanda |
| 8. () Congregação Cristã do Brasil | 19 () Não tenho religião |
| 9. () Espírita Kardecista | 20 () Outra |
| 10. () Testemunha de Jeová | (especifique): _____ |
| 11. () Evangelho Quadrangular | |

A27 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

1. () Mais de uma vez por semana
2. () Uma vez por semana
3. () 2 a 3 vezes por mês
4. () Algumas vezes no ano
5. () Uma vez no ano
6. () Não compareci nenhuma vez

A28 – No ÚLTIMO MÊS você procurou atendimento para sua saúde (atendimento médico, psicológico, fisioterapia, ida a farmácia)?

1. () Sim
2. () Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento? _____

(valor numérico)

A29 – Nos últimos seis meses você procurou atendimento para sua saúde (atendimento médico, psicológico, fisioterapia, ida a farmácia) – incluindo as da pergunta anterior?

1. () Sim
2. () Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento? _____

(valor numérico)

A30 – No último ano você procurou atendimento para sua saúde (atendimento médico, psicológico, fisioterapia, ida a farmácia) – incluindo as da pergunta anterior?

1. () Sim
2. () Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento? _____

(valor numérico)

A 31 – De um modo geral, em comparação as pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

1. () Muito Bom
2. () Bom
3. () Regular
4. () Ruim

A32 - Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros)?

1. () Sim
2. () Não

Se SIM, com que frequência?

1. () Mais de uma vez por semana
2. () Uma vez por semana
3. () 2 a 3 vezes por mês
4. () Algumas vezes no ano
5. () Uma vez no ano

A33 - Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1. () Sim
2. () Não

Se SIM, com que frequência?

1. () Mais de uma vez por semana
2. () Uma vez por semana
3. () 2 a 3 vezes por mês
4. () Algumas vezes no ano
5. () Uma vez no ano

A34 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1. () Sim
2. () Não

Se SIM, com que frequência?

1. () Mais de uma vez por semana
2. () Uma vez por semana
3. () 2 a 3 vezes por mês
4. () Algumas vezes no ano
5. () Uma vez no ano

A35 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, na Igreja, ou outras?

1. () Sim
2. () Não

Se SIM, com que frequência?

1. () Mais de uma vez por semana
2. () Uma vez por semana
3. () 2 a 3 vezes por mês
4. () Algumas vezes no ano
5. () Uma vez no ano

A36 - Encaminhamento para a assistência a partir do projeto:

- | | | |
|------|-----------------------------|---|
| i. | Psiquiatria | 1- sim () 2- não () |
| ii. | Psicoterapia | 1- sim () 2- não ()
a - individual () b - grupo () |
| iii. | Projeto Educação Física | 1- sim () 2- não () |
| iv. | Grupo de Psicoeducação | 1- sim () 2- não () |
| v. | Acompanhamento pela reumato | 1- sim () 2- não () |
| vi. | Outros | |
-

APÊNDICE D – WHO-DAS

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve para:	Nenhuma	Pouca	Moderada	Grave	Extrema/ Não posso fazer
1. <u>Ficar em pé por longos períodos</u> , como 30 minutos?	0	1	2	3	4
2. Realizar suas <u>atividades domésticas</u> ?	0	1	2	3	4
3. <u>Aprender algo novo</u> , por exemplo, ir até um lugar novo?	0	1	2	3	4
4. Quão difícil é para você <u>participar de atividades comunitárias</u> da mesma maneira que as outras pessoas (como festas, eventos religiosos, outros)?	0	1	2	3	4
5. Quão você tem sido emocionalmente afetado pelos seus problemas de saúde?	0	1	2	3	4
6. Se <u>concentrar</u> em fazer alguma coisa por 10 minutos?	0	1	2	3	4
7. <u>Andar uma longa distância</u> , como 1 quilômetro?	0	1	2	3	4
8. <u>Tomar banho</u> ?	0	1	2	3	4
9. Se <u>vestir</u> ?	0	1	2	3	4
10. <u>Lidar</u> com pessoas que você <u>não conhece</u> ?	0	1	2	3	4
11. <u>Manter uma amizade</u> ?	0	1	2	3	4
12. Seu <u>trabalho</u> do dia-a-dia?	0	1	2	3	4
WHO-DAS 2.0 Escore = Soma dos itens acima					

APÊNDICE E - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL

C1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1 Muito Ruim 2 Ruim 3 Nem Ruim
nem boa 4 Boa 5 Muito boa

C2 – O quanto você está satisfeito (a) com sua saúde?

1 Muito Ruim 2 Ruim 3 Nem Ruim
nem boa 4 Boa 5 Muito boa

*As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas
ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.*

C3 – Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer o que você precisa?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Mais ou
menos 4 Bastante 5 Extremamente

C4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Mais ou
menos 4 Bastante 5 Extremamente

C5 – O quanto você aproveita a vida?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Mais ou
menos 4 Bastante 5 Extremamente

C6 – Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Mais ou
menos 4 Bastante 5 Extremamente

C7 – O quanto você consegue se concentrar?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Mais ou
menos 4 Bastante 5 Extremamente

C8 – O quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente

C9 – O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C10 – Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C13 – O quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para você?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C14 – Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1 Nada 2 Muito Pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C15 – Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeiras de rodas?

1 Muito mal 2 Mal 3 Nem bem nem mal 4 Bem 5 Muito bem

C16 – O quanto você está satisfeito (a) com seu sono?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C17 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C18 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C19 – O quanto você está satisfeito (a) consigo mesmo?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C20 – O quanto você está satisfeito (a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C21 – O quanto você está satisfeito (a) com sua vida sexual?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C22 – O quanto você está satisfeito (a) com o apoio que você recebe de seus amigos?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C23 – O quanto você está satisfeito (a) com as condições do local onde mora?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C24 – O quanto você está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C25 – O quanto você está satisfeito (a) com o seu meio de transporte?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou

C26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, e depressão?

1 Nunca 2 Algumas vezes 3 Frequentemente 4 Muito frequentemente 5 Sempre

certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

APÊNDICE F – Escala de Vinculação do Adulto

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	1	2	3	4	5
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	1	2	3	4	5
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	1	2	3	4	5
6. Não me preocupo pelo fato das pessoas se aproximarem muito de mim.	1	2	3	4	5
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	1	2	3	4	5
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.	1	2	3	4	5
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	1	2	3	4	5
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	1	2	3	4	5
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	1	2	3	4	5
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	1	2	3	4	5

13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	1	2	3	4	5
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	1	2	3	4	5
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	1	2	3	4	5
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	1	2	3	4	5
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	1	2	3	4	5
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	1	2	3	4	5

APÊNDICE G – Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante a última semana incluindo hoje. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3	<u>REVISÃO</u>	
	<u>Ausente</u>	<u>Suave, não me incomoda muito</u>	<u>Moderado, é desagradável, mas consigo suportar</u>	<u>Grave, quase não consigo suportar</u>		
1. Dormência ou formigamento					1	
2. Sensações de calor					2	
3. Tremor nas pernas					3	
4. Incapacidade de relaxar					4	
5. Medo de acontecimentos ruins					5	
6. Confuso ou delirante					6	
7. Coração batendo forte e rápido					7	
8. Inseguro (a)					8	
9. Apavorado (a)					9	
10. Nervoso (a)					10	
11. Sensação de sufocamento					11	
12. Tremor nas mãos					12	
13. Trêmulo (a)					13	
14. Medo de perder o controle					14	
15. Dificuldade de respirar					15	
16. Medo de morrer					16	
17. Assustado (a)					17	
18. Indigestão ou desconforto abdominal					18	
19. Desmaios					19	
20. Rubor facial					20	
21. Sudorese (não devido ao calor)					21	

Desenvolvido por: Beck, A. T.; Epstein, N et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol; 56:893-897, 1988.

APÊNDICE H – Questionário de Violências Sexuais

Sabemos agora que muitas pessoas podem ter experiências “sexuais” indesejadas quando crianças ou adultas. Algumas delas são com colegas ou amigos e algumas são com familiares ou conhecidos. Essas experiências podem ser tão desagradáveis que podem não ser discutidas com ninguém. Por vezes elas são esquecidas por um longo período de tempo e às vezes elas são recordadas com frequência.

Gostaríamos que você nos ajudasse a compreender essas experiências que as pessoas podem ter. Tente por favor, lembrar-se se alguma(s) da(s) seguinte(s) aconteceu com você.

Faça um círculo tanto para em criança quanto para adulto

	I) Em Criança (13 anos ou menos)	II) Quando adulto (14 anos ou mais)
a) Alguém já expôs o próprio órgão sexual a você sem que você o quisesse?	1 – sim 2 - não	1 - sim 2 - não
b) Alguém já ameaçou fazer sexo com você sem que você quisesse fazê-lo?	1 – sim 2 - não	1 - sim 2 - não
c) Alguém já tocou seus órgãos sexuais sem que você quisesse?	1 – sim 2 - não	1 - sim 2 - não
d) Alguém já te obrigou a tocar os órgãos sexuais dele (a) sem que você o quisesse?	1 – sim 2 - não	1 - sim 2 - não
e) Alguém já o forçou a fazer sexo sem que você o quisesse?	1 – sim 2 - não	1 - sim 2 - não
f) Você já teve alguma outra experiência sexual indesejada não citada acima?	1 – sim 2 - não	1 - sim 2 - não

ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre padrões vinculares de apego, grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com Síndrome da Fibromialgia

Pesquisador: Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16437319.0.0000.5259

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.458.387

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

A Síndrome da Fibromialgia (SFM) é uma condição clínica caracterizada por dor músculo esquelética generalizada, associada a outras condições como fadiga, distúrbios do sono, alterações gastrointestinais e cognitivas. Seus critérios diagnósticos são constantemente atualizados e ainda não suficientes para abranger uma síndrome de apresentação complexa e diversa, com sintomas aparentemente sem relação entre si, tornando esses mesmos critérios pouco consistentes. Na tentativa de melhor caracterizá-la ou ter o entendimento do processo que leva um indivíduo a desenvolver SFM, várias hipóteses foram formuladas, tanto no tocante da neurociência quanto nos fatores psicossociais que

poderiam produzir uma maior vulnerabilidade ou funcionarem como fatores de deflagração da síndrome; sabe-se, por exemplo, que existe uma alta prevalência de violência doméstica em mulheres com SFM. A qualidade dos vínculos estabelecidos na primeira infância e mantidos até a idade adulta também seriam um fator de vulnerabilidade: padrões vinculares inseguros estão relacionados a psicopatologias e à Dor Crônica. A partir do modelo diátese-stress, considera-se que a condição estressante causada por um padrão vincular inseguro produziria uma hipersensibilização do sistema nervoso central (SNC) e periférico que sofreriam alterações e propiciariam a deflagração da SFM. O objetivo desse estudo é estudar a relação existente entre padrões vinculares em portadores da Síndrome da Fibromialgia com o grau incapacidade e qualidade de vida de forma obter um melhor entendimento não somente do processo de adoecimento desses indivíduos, como também identificar um possível fator predisponente ao adoecimento, obtendo assim estratégias mais eficazes de tratamento em casos de maior comprometimento. Para tanto, será feito um estudo de corte transversal correlacionando a presença de transtorno de humor, história de violência sexual, os diferentes padrões vinculares de apego e dados socio demográficos com a qualidade de vida e o grau de incapacidade funcional em pacientes com Síndrome da Fibromialgia.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

Descrever a relação existente entre padrões vinculares com o grau incapacidade e qualidade de vida em portadores da Síndrome da Fibromialgia

Objetivo Secundário:

- 1) Caracterizar padrões vinculares de indivíduos portadores de SFM em tratamento
- 2) Estudar a associação entre a presença de Transtornos

Mentais (Depressão e Ansiedade), história de violência sexual, os padrões vinculares e seu efeito no grau de incapacidade e na qualidade de vida de pacientes com SFM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil. Riscos: É possível que o acesso a tais conteúdo abordados pelos instrumentos mobilize psicologicamente os indivíduos. Nesse caso, o projeto conta com a disponibilidade de suporte de atendimento psicológico e psiquiátrico disponível nas próprias unidades de saúde (Hospital Universitário Pedro

Ernesto, Policlínica Piquet Carneiro, Escola de Educação Física- UERJ) para onde o paciente será encaminhado e terá o acompanhamento adequado.

Benefícios: Os pacientes que farão parte da amostra e obtiverem o diagnóstico a partir do estudo serão devidamente acompanhados pelas unidades participantes do Projeto (HUPE/PPC/EEFF).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil. Estudo de corte transversal, que avaliará pacientes com diagnóstico de Fibromialgia oriundas Projeto de Cuidado a Fibromialgia da Faculdade de Educação Física / UERJ e dos ambulatórios de Reumatologia e Saúde Mental do Hospital Universitário Pedro Ernesto e Policlínica Piquet Carneiro

quanto a presença de transtornos mentais, padrões vinculares, grau de incapacidade, nível de Qualidade de Vida, e história de violência ao longo

da vida, controlando a presença de outras comorbidades clínicas. Amostra: Todos os pacientes de 18 a 65 anos encaminhados para os grupos

iniciais do projeto da Educação Física, pacientes que tenham sido avaliados e diagnosticados com Fibromialgia dos complexos das unidades de

saúde da Policlínica Piquet Carneiro e Hospital Universitário Pedro Ernesto Critérios de Exclusão Histórico de doença psiquiátrica grave (Depressão

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1319769.pdf	07/06/2019 13:31:40		Aceito
Outros	instrumentosUnidosPesquisaFibromialgiaApego.pdf	07/06/2019 13:30:42	Sandra Lucia Correia Lima Fortes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuencialInstitutoEducacaoFisica.pdf	07/06/2019 12:50:31	Sandra Lucia Correia Lima Fortes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaHospitalPedroErnesto.pdf	07/06/2019 12:47:23	Sandra Lucia Correia Lima Fortes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaPoliclinicaPiquetCarneiro.pdf	07/06/2019 12:46:43	Sandra Lucia Correia Lima Fortes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/04/2019 17:18:19	Sandra Lucia Correia Lima Fortes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComitedeeticaemPesquisaFibromialgia.doc	29/03/2019 14:42:29	Sandra Lucia Correia Lima Fortes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestpacpesquisafibro.doc	29/03/2019 14:19:17	Sandra Lucia Correia Lima Fortes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17

de Julho de 2019

Assinado por: WILLE OIGMAN

(Coordenador(a))

ANEXO B – Comprovação de submissão do 1^o artigo científico**Psicologia USP**[🏠 Home](#)[✎ Author](#)**Submission Confirmation**

Thank you for your submission

Submitted to**Psicologia USP****Manuscript ID****PUSP-2023-0076****Title****Apego, transtorno depressivo-ansioso, violência sexual e associação com incapacidade em mulheres com Fibromialgia****Authors**

Dal Magro, Cecilia

Freijó, Maira Ananda

Neves, Mariana

Campos, Mônica

Figueiredo, Renata
de Souza, Livia Maria
de Oliveira, Victor
Miliauskas, Cláudia
Fortes, Sandra

Date Submitted

09-May-2023

© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2023. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of
ScholarOne, Inc. ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.



@Clarivate for Academia & Government |  System Requirements | 
Privacy Statement |  Terms of Use

ANEXO C - Artigo científico

Apego, transtorno depressivo-ansioso, violência sexual e suas associações com o grau de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com Síndrome da Fibromialgia

RESUMO: A Síndrome da Fibromialgia é uma condição clínica caracterizada por dor músculo esquelética generalizada, fadiga, distúrbios do sono, alterações gastrointestinais e cognitivas. Estudos observam a sua associação com fatores psicossociais e a existência de fatores predisponentes, deflagradores ou mantenedores. O objetivo desse estudo é estudar a associação de estilos de apego, a presença de abuso sexual e de transtornos depressivo-ansiosos e o grau de incapacidade funcional e qualidade de vida de mulheres portadoras de Fibromialgia em serviços de atendimento especializado. Foi feito um estudo de associação com dados quantitativos em mulheres com diagnóstico de Fibromialgia para avaliação das variáveis (estilos de apego, ansiedade, depressão, história de violência sexual, capacidade funcional e qualidade de vida). Observamos uma associação positiva entre estilos de apego inseguro transtorno depressivo-ansioso, história de violência sexual na vida adulta e maior comprometimento da capacidade funcional e pior qualidade de vida em pacientes com Fibromialgia.

Palavras-chave: Fibromialgia; Apego; Abuso Sexual; Capacidade ; Qualidade de Vida

ABSTRACT: Fibromyalgia Syndrome is a clinical condition characterized by generalized musculoskeletal pain, fatigue, sleep disturbances, gastrointestinal and cognitive alterations. Studies observe your association of with psychosocial factors and the existence of predisposing, triggering or maintaining factors. The aim of this work is to study the association of attachment styles, the presence of

sexual abuse and depressive-anxiety disorders and the degree of functional disability and quality of life of women with Fibromyalgia in specialized care services. An association study was carried out with quantitative data on women diagnosed with Fibromyalgia to assess the variables (attachment styles, anxiety, depression, history of sexual violence, functional capacity and quality of life). We observed a positive association between insecure attachment styles, depressive-anxiety disorder, history of sexual violence in adult life and greater impairment of functional capacity and worse quality of life in patients with Fibromyalgia.

Key words: Fibromyalgia; Attachment; Sexual Abuse; Disability; Quality of life

RESUMEN: El Síndrome de Fibromialgia es una condición clínica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales y cognitivas. Los estudios observan la asociación de FMS con factores psicosociales y la existencia de factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores. El objetivo de este estudio es estudiar la asociación de estilos de apego, la presencia de abuso sexual y trastornos depresivo-ansiosos y el grado de discapacidad funcional y calidad de vida de mujeres con Fibromialgia en servicios de atención especializada. Se realizó un estudio de asociación con datos cuantitativos de mujeres diagnosticadas de Fibromialgia para evaluar las variables (estilos de apego, ansiedad, depresión, antecedentes de violencia sexual, capacidad funcional y calidad de vida). Observamos una asociación positiva entre estilos de apego inseguro, trastorno depresivo-ansiedad, antecedentes de violencia sexual en la vida adulta y mayor deterioro de la capacidad funcional y peor calidad de vida en pacientes con Fibromialgia.

Palabras-clave: Fibromialgia; Apego; Abuso sexual; Capacidad; Calidad de vida

RÉSUMÉ : Syndrome de Fibromyalgie est une affection clinique caractérisée par des douleurs musculo-squelettiques généralisées, de la fatigue, des troubles du sommeil, des altérations gastro-intestinales et cognitives. Des études observent l'association du Fibromyalgie avec des facteurs psychosociaux et l'existence de facteurs prédisposants, déclenchants ou de maintien. L'objectif de cette étude est

d'étudier l'association des styles d'attachement, la présence d'abus sexuels et de troubles dépressifs-anxieux et le degré d'incapacité fonctionnelle et la qualité de vie des femmes atteintes du Fibromyalgie. Une étude d'association a été réalisée avec des données quantitatives sur les femmes diagnostiquées avec le Fibromyalgie pour évaluer les variables (styles d'attachement, anxiété, dépression, antécédents de violence sexuelle, capacité fonctionnelle et qualité de vie). Nous avons observé une association positive entre les styles d'attachement insécurisant, le trouble anxieux dépressif, les antécédents de violence sexuelle à l'âge adulte et une plus grande incapacité et une moins bonne qualité de vie.

Mots clés : Fibromyalgie ; Attachement; Abus Sexuel ; Capacité fonctionnelle; Qualité de vie

A Síndrome da Fibromialgia (SFM) é uma síndrome caracterizada por dor músculo esquelética generalizada associada a outros sintomas como fadiga, distúrbio do sono, alterações gastrointestinais, cognitivas e com transtornos mentais comuns como ansiedade e depressão (Fitzcharles, Perrot & Hauser, 2008). Estudos em diferentes populações do mundo apresentam prevalências que podem variar entre 0,2 e 6,6% (Marques, Santo, Berssaneti, Matsutani & Yuan, 2017). Na população brasileira, em um estudo de investigação entre pessoas identificadas com doença reumatológica, 34,7% da população foi diagnosticada com SFM (Senna *et al*, 2004). Já em um estudo sobre a prevalência de dor crônica em brasileiros, 2% dos indivíduos tem o diagnóstico de SFM, com uma relação por gênero de um homem para 5,6 mulheres (1:5,6), confirmando a maior prevalência dessa doença no gênero feminino (Souza & Perissinotti, 2018).

A SFM produz grande impacto na vida dos pacientes, percebido em diferentes dimensões: nas relações pessoais, atividade laboral, na adesão ao tratamento de saúde e até na sua dimensão subjetiva, afetando seu senso de identidade, humor e personalidade (Wolfe *et al*, 2016). Tem seu curso influenciado por múltiplos fatores que interferem no grau de comprometimento da doença, e associam ao grau de sofrimento, capacidade funcional, a adesão ao tratamento e prognóstico (Wolfe *et al*, 2016). A expressão e o reconhecimento da SFM como entidade nosológica são influenciados por fatores como o sistema de saúde, a relação

médico-paciente, a percepção da dor em cada cultura, confirmando a complexidade da sua manifestação e tornando mais complexa a sua abordagem (Clark, Paiva, Ginovker & Salomón, 2013).

De acordo com as diretrizes estabelecidos pela *American College of Rheumatology* em 2016, reunindo aspectos de critérios classificatórios considerados pela mesma entidade em anos anteriores, o diagnóstico de SFM é feito a partir do exame físico - dor generalizada por, no mínimo, 3 meses e sensibilidade à pressão de 4 kg em pelo menos 11 de 18 *tender points* – e do somatório de pontos de outros critérios diagnósticos, tais como depressão, sintomas cognitivos, sono não reparador, fadiga, cefaleia e dor abdominal (Wolfe *et al*, 2016).

O mecanismo anatomopatológico comumente relacionado à SFM é a hipersensibilização do sistema nervoso central (SNC) e periférico. Trata-se de uma maior responsividade à estímulos por parte do SNC, resultado de uma modificação morfológica e funcional decorrente de múltiplos fatores ainda não totalmente elucidados, como fatores epigenéticos, ou, a deflagração dessa condição disfuncional a partir de uma infecção ou doença inflamatória, dor localizada persistente ou ainda, o *stress* psíquico e outros fatores psicossociais. O *stress*, em especial, pode reproduzir as alterações fisiológicas desse processo (Yunus, 2015). Tais fatores funcionam tanto como deflagradores do adoecimento quanto contribuintes para a sua manutenção ou agravamento, colaborando para um maior comprometimento ou pior prognóstico da doença quando presentes (Yunus, 2015).

Essa perspectiva processual de adoecimento e de apresentação da doença é observada dentro do chamado modelo diátese-*stress* de doença, no escopo do modelo biopsicossocial. Nesse modelo, a presença de determinados fatores prévios ao adoecimento, tais como eventos vitais, condições traumáticas ou doença mental pode tornar o organismo mais suscetível à hipersensibilização central a partir da relação do indivíduo com eles ou da sua continuidade e/ou intensidade. Assim, ao longo do tempo, ocorre uma disrupção no funcionamento da homeostase, liberando mediadores neuroendócrinos de forma continuada e desregulada, numa nova condição de funcionamento chamada de “alostase” – a sobrecarga do organismo nessas condições leva à doença (Amaral, 2008; Yunus,

2015). A progressão para o adoecimento no caso da SFM é observada dentro da classificação recente desenvolvida na atenção primária em saúde, a *Bodily Stress Syndrome* (Fortes *et al*, 2019), onde o *distress* psíquico e corporal evolui para sintomas somáticos a partir do ajuste patofisiológico descrito e da *Bodily Distress Disorder* (BDD); Essa última, onde a SFM está incluída, engloba os transtornos somatoformes e os transtornos funcionais, e é associada a transtorno depressivo-ansioso e alto grau de incapacidade (Budtz-Lilly, Schröder, Rask, Fink, Vestergaard & Rosendal, 2015).

Entre esses fatores relacionados ao adoecimento, escolhemos estudar três grupos:

a) **Alterações psiquiátricas como Depressão e Ansiedade:** são comumente encontrados em pacientes com SFM, tanto como componentes da Síndrome como decorrentes do convívio com a dor crônica e incapacidade e atuam como fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da SFM e de cronificação do quadro (Galvez-Sánchez, Montoro, Duschek, Reyes & Del Paso 2020; Hadlandsmayth *et al*, 2020; Henao-Pérez López-Medina, Arboleda, Monsalve & Zea., 2022);

b) **Abuso físico, psicológico e sexual:** A relação entre trauma físico, psicológico e sexual e a SFM vem sendo documentada de forma cada vez mais consistente na literatura. Em um estudo de metanálise, utilizando 2.112 estudos que investigavam stress e SFM, foi encontrada uma associação significativa entre fibromialgia e o que é chamado de “abuso total” (abuso físico, psicológico e sexual). (Kaleycheva *et al*, 2021).

c) **Padrões de apego:** Dentro do modelo teórico proposto pelo psicanalista John Bowlby e outros autores, são respostas comportamentais a condições específicas da relação com figuras de cuidado (Bowlby, 2002). Essas respostas são relacionadas à regulação da experiência de segurança e insegurança a ameaças percebidas (Kobak e Madsen, 2008). As situações de *distress* e ansiedade à ativação do sistema de medo que fora ativado de forma precoce, gerando respostas emocionais e de comportamento (Kobak & Madsen, 2008). Na dinâmica da responsividade e disponibilidade da figura de cuidado ante a ativação do comportamento de apego na criança, produzem-se os seguintes tipos de apego: *Apego seguro* (existência de um cuidador responsivo às necessidades da criança e disponível diante da sua solicitação); *Apego inseguro ansioso – ambivalente*

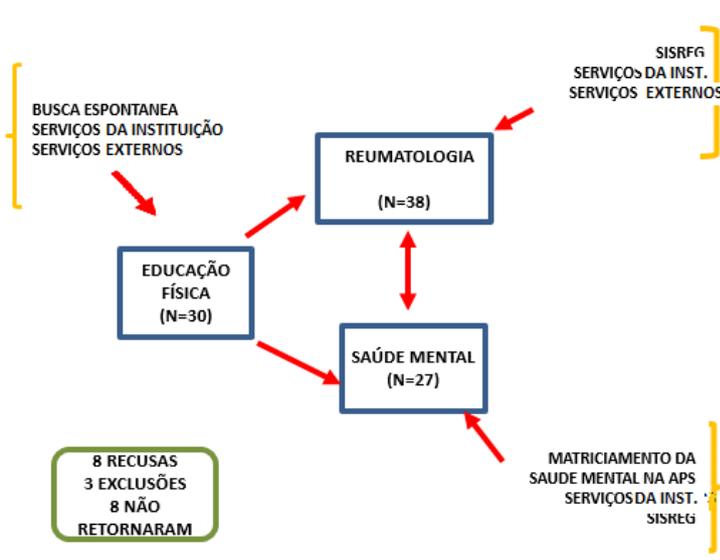
(disponibilidade intermitente de proteção e segurança diante do comportamento de apego, produzindo uma desregulação emocional intensa diante das situações de ameaça); *Apego inseguro evitativo* (reconhecimento de uma figura de apego indisponível que produz uma redução do contato com a sua vida emocional como uma estratégia para lidar com o *distress*); *Apego inseguro desorganizado* (cuidador ou o ambiente ao qual o indivíduo pertence é o que ativa o sistema de medo). (Shaver & Fraley, 2008).

A apresentação complexa e heterogênea da SFM com forte participação de fatores psicossociais, tanto na sua deflagração quanto na sua manutenção e prognóstico, leva a buscar a compreensão da dinâmica do desenvolvimento da doença e da experiência do adoecimento. O objetivo do presente estudo é estudar a associação de estilos de apego, a presença de abuso sexual e de transtornos depressivo-ansiosos com o grau de incapacidade funcional e qualidade de vida de mulheres portadoras de SFM, em serviços de atendimento especializado. Essa associação, sendo significativa, aponta para o efeito destes fatores de risco psicossocial no grau de comprometimento funcional das pacientes, devendo ser avaliados e cuidados no acompanhamento destas pessoas.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal que avaliou pacientes do sexo feminino com diagnóstico de SFM, atendidas em diferentes locais do complexo de serviços de saúde da UERJ. O estudo pretendeu inicialmente avaliar as mulheres assistidas pelo Projeto de Cuidado a Fibromialgia do Laboratório de Fisiologia Aplicado à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ (IEFD-UERJ), abrangendo também pacientes de maior complexidade e comprometimento que necessitavam ser encaminhadas ao ambulatório de Reumatologia do HUPE para acompanhamento especializado e ao Núcleo de Saúde Mental da Policlínica Piquet Carneiro (PPC) da UERJ. O Projeto de Cuidado à Fibromialgia existe há cerca de vinte anos dentro do IEFD-UERJ, sendo um programa multidisciplinar de assistência a indivíduos com o

diagnóstico de SFM aberto à comunidade. Recebe pacientes tanto a partir de encaminhamentos de serviços de saúde da UERJ, quanto encaminhamentos externos, bem como demandas espontâneas (Figura 1). O Ambulatório de Reumatologia do PPC-UERJ disponibiliza uma reumatologista para a assistência dos pacientes do Projeto e o Núcleo de Saúde Mental da PPC-UERJ, um ambulatório secundário de atendimento especializado, oferece acompanhamento psiquiátrico e psicológico aos pacientes com diagnóstico de SFM que necessitem de tratamento em saúde mental.



Origem dos pacientes

Porém, com o início da Pandemia COVID-19 em março de 2020, tanto o Projeto de Cuidado a Fibromialgia quanto os dois serviços ambulatoriais parceiros suspenderam suas atividades, não tendo o primeiro retomado até a presente data (abril de 2023). Os ambulatórios de Reumatologia e de Saúde Mental mantiveram-se com os atendimentos de portadores de fibromialgia adaptados para o momento pandêmico, tendo retornado o fluxo de consultas regulares presenciais em final de outubro de 2020. Optou-se, então, por retornar a coleta de dados em julho de 2021, porém ainda de forma irregular em função das sucessivas interrupções ocasionadas pelos *lockdowns* decretados como medida sanitária por conta da pandemia de COVID-19. Finalizou-se a coleta dos dados em fevereiro de 2023, com modificações no fluxo dos pacientes, provocadas pela pandemia.

A população do estudo consistiu em pacientes do sexo feminino com diagnóstico de SFM, confirmado pela reumatologista do Projeto, baseada nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, conjugando os critérios de 1990, 2010 e 2010 modificado e do ano de 2016, a partir da orientação da própria instituição em 2020. Assim, estabeleceu-se um padrão-ouro de caráter clínico para confirmação da presença de SFM. Após essa confirmação, a paciente era avaliada pela equipe de pesquisadores, através de questionários e escalas. Os critérios de exclusão foram: transtorno mental grave (psicoses), declínio cognitivo não relacionado à SFM e doença reumatológica em atividade, num total de 3 pessoas. Diante da concordância da paciente, era lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicados os questionários e instrumentos da pesquisa. Oito pessoas recusaram participação. Nos contatos via e-mail, oito pessoas não retornaram.

Os instrumentos, abaixo descritos, avaliaram: dados sociodemográficos, ansiedade, depressão, capacidade funcional, qualidade de vida, violência sexual e estilos de apego. O tempo de aplicação total dos questionários em cada paciente durou em média uma hora. Diante da identificação do sofrimento psíquico ou de outra necessidade em saúde, como uma forma de contrapartida ética ante a sua colaboração à pesquisa, a condição era informada ao profissional responsável pela assistência das pacientes em cada núcleo, para que fosse feito o devido encaminhamento. Foi também oferecido às pacientes o valor do seu deslocamento em transporte público até o local da pesquisa e de retorno, registrado com recibo do pagamento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do PPC em 17 de julho de 2019 com número 3.458.387.

Utilizaram-se os seguintes instrumentos:

- a) Avaliação Clínica: instrumento elaborado a partir da conjugação dos critérios diagnósticos de SFM divulgados pelo ACR (1991, 2010, 2010 modificado e 2016). Os critérios incluem tanto a avaliação física (exame dos *tender points* nas diferentes regiões do corpo determinadas) quanto os critérios não relacionados à dor, como sintomas cognitivos, alterações no humor, problemas gastrointestinais e ainda comorbidades como cefaleia e outras doenças reumatológicas. O ponto de corte para confirmação do diagnóstico é 12. Para a análise dos dados elaborou-se a variável

“gravidade da fibromialgia” com duas categorias: 12 a 21 pontos nessa escala e de 22-31 pontos;

b) Questionário Sociodemográfico: Instrumento validado e utilizados em estudos de corte transversal realizados em unidades do Programa Saúde da Família em diversas partes do país. O instrumento contém itens relativos aos tratamentos de saúde feitos pela paciente, incluindo medicação utilizada e assistência em saúde mental, escolaridade, nível sócio econômico, dados ocupacionais e sua rede social (Portugal, Campos, Gonçalves, Mari, Fortes, 2016; Santos, Campos e Fortes, 2016).

c) *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*: O WHODAS 2.0 é uma escala likert desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medida para avaliação de funcionalidade e deficiências na população e de avaliação do estado geral de saúde. A versão de 12 itens, utilizada nesse estudo, possui validade e confiabilidade em diferentes contextos de doenças crônicas incapacitantes (Saltychev., Katajapuu, Bärlund & Laimi, 2021)) e tem pontuação que vai de 0 (nenhum) a 5 (extremo) (OMS, 2015). No Brasil, foi especificamente validada para a população com diagnóstico de SFM. (OMS, 2015). Optou-se por utilizar a pontuação complexa, onde é atribuída uma pontuação a cada um dos seis subdomínios da escala (mobilidade, atividade de vida, cognição, participação, autocuidado e relações interpessoais) a partir do somatório dos valores atribuídos a cada item que compõe o subdomínio (cada subdomínio da WHO-DAS 2.0 contém dois itens) (OMS, 2015). Para cada domínio a escala foi modificada para os parâmetros: 0 (melhor) a 100 (pior grau de incapacidade)

d) *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)*: Versão abreviada autoaplicável do instrumento elaborado pela OMS para avaliação da Qualidade de Vida, com 24 questões. Compreende quatro domínios: psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente, cada domínio abarcando diferentes aspecto da qualidade de vida com o escore variando de 0 a 100 pontos. O cálculo dos quatro domínios foi feito da seguinte forma: invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida; os escores dos domínios são calculados através da soma dos

escores da média das “n” questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculados somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20. Para cada domínio a escala foi modificada para os parâmetros de: 0 (pior) a 100 (melhor grau de qualidade de vida);

e) Escala de Vinculação do Adulto (EVA): É uma escala tipo likert validada para a população portuguesa a partir da *Adult Attachment Scale-R*, que busca avaliar as memórias dos adultos sobre o apego durante a infância. A escala apresenta 18 itens, e três dimensões, cada uma delas constituída de seis itens: a primeira, *Close*, mensura a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas; a segunda, *Depend*, a forma como os indivíduos sentem poder depender de outros em situações em que necessitam deles; por último, a terceira, *Anxiety*, como o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado.

Partindo da perspectiva bidimensional pelo posicionamento negativo ou positivo diante do outro, e considerando essas três dimensões da escala, são estabelecidos quatro estilos de apego: apego seguro, inseguro ansioso (ou preocupado), inseguro desinvestido (ou evitativo) e inseguro desorganizado (ou amedrontado). Pelo cálculo dos valores médios das três dimensões iniciais (ansiedade, confiança e conforto com a proximidade), é calculado o valor compósito médio das dimensões confiança nos outros e conforto com a proximidade, criando a variável conforto-confiança (*clos-dep*). Tendo a dimensão da Ansiedade agora como segunda referência, os indivíduos que apresentassem valores superiores ao valor médio da escala (igual a 3) na variável conforto-confiança e inferiores à média na ansiedade eram considerados *seguros*; os que apresentam valores superiores à média nas duas dimensões (*clos-dep* e ansiedade) são considerados *preocupados*; valores inferiores a 3 nas duas dimensões são considerados *desligados* (evitativos); por fim, valores inferiores a 3 na

variável conforto-confiança e superiores a 3 em ansiedade são considerados *amendrontados* (desorganizados). Nesse estudo, utilizamos a dimensão da ansiedade como referência para o apego inseguro, adotando como critério de apego inseguro indivíduos que tenham atingido valores acima de 3. Os indivíduos que apresentaram a dimensão *clos-dep* iguais ou acima de 3 e ansiedade abaixo de 3 foram classificados com apego seguro.

f) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): medida amplamente utilizada em estudos de investigação de ansiedade em populações com Dor Crônica e também com SFM (Ramiro *et al* 2014). O BAI é uma escala Likert autoaplicável com 21 sintomas psíquicos e somáticos relacionados à intensidade e a existência (ou não) de um possível Transtorno Ansioso. O somatório total dos pontos vai de 0 até 63, onde cada item possui 4 pontos (0-4). Esse somatório é classificado de acordo com pontos de corte indicando quatro classificações: mínimo (0-10 pontos); leve (11-20 pontos); moderado (21-34 pontos) e grave (35 a 63 pontos).

g) O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): é utilizado mundialmente para detecção de intensidade de sintomas depressivos, adequado aos critérios do DSM-IV para Transtorno Depressivo Maior. Estruturado a partir do modelo cognitivo da Depressão como um questionário likert autoaplicável com 21 grupos de afirmações sobre diferentes sintomas e percepções tipicamente associados ao diagnóstico de Transtorno Depressivo. Os níveis de intensidade foram estabelecidos a partir de pontos de corte onde, considerando uma determinada pontuação, há uma classificação em um determinado nível de intensidade e quantidade de sintomas depressivos, sendo classificado como *mínimo* (de 0 a 13 pontos); *leve* (de 14 a 19 pontos); *moderado* (20 a 28 pontos) e *grave* (29 a 63 pontos).

h) Questionário de Violências Sexuais: Questionário com seis perguntas objetivas com respostas sim/ não para perguntas sobre situações variadas de abuso sexual, com opções de resposta em cada pergunta “durante a infância” e “durante a fase adulta”. A marcação positiva em qualquer uma das perguntas durante a infância ou a qualquer uma das perguntas, exceto “Alguém já expôs o próprio órgão sexual a você sem que você o

quisesse?” na fase adulta configura que o indivíduo sofreu violência sexual. Para sua análise, é calculada a frequência com que o indivíduo sofreu violência sexual, a partir do número de registros marcados, sendo codificado para o tratamento dos dados pelo SPSS (Almeida, 2001).

Análise Estatística

Foi realizada a análise descritiva dos pacientes com fibromialgia para a escala EVA (binária: seguro vs inseguro) e para as médias da escala contínua de incapacidade (geral) segundo características específicas: faixa etária, grau de escolaridade, gravidade da fibromialgia, faz acompanhamento de saúde mental – S/N, abuso sexual, abuso sexual na infância e abuso sexual quando adulto. Realizou-se teste-quadrado (χ^2) para a escala EVA e cada uma das variáveis descritivas; bem como, realizou-se o cálculo do *Odds Ratio* (OR) e respectivo intervalo de confiança para verificação do tamanho do efeito.

Para avaliação da diferença dos escores médios entre os desfechos contínuos (escala de incapacidade geral e escala de qualidade de vida, ambas considerando cada um dos seus respectivos domínios) e cada categoria de exposição foi realizado Test-t de Student, quando a variável era binária; e, teste ANOVA para as demais variáveis (faixa etária, grau de escolaridade, categorias de intensidade do BAI de ansiedade e do BDI de depressão), considerando a homogeneidade da amostra sendo os respectivos p-valores apresentados. Os testes estatísticos foram realizados utilizando-se o software SPSS versão 21

Resultados:

Foram avaliadas ao final 95 pacientes, todas mulheres, com diagnóstico de SFM comprovada pelo exame clínico e pelo uso do roteiro de avaliação, conforme

o instrumento de Avaliação Clínica descrito na metodologia. Nessa amostra, o nível de gravidade foi estipulado como acima de 12 – a pontuação mínima entre as pacientes foi 19, e cerca de 90% da amostra situou-se acima de 21 pontos. A amostra estudada em nossa pesquisa, portanto, é de pacientes em quadros graves de fibromialgia, compatível com um estudo realizado predominantemente com pacientes de unidades assistenciais de nível terciário. A idade média foi de 54,48 anos, variando de 28 a 82, sendo a maior quantidade de pessoas entre 41 a 60 anos (46,31%), seguido de mais de 61 anos (31,6%) e pessoas de até 45 anos (22,1%). Quanto a escolaridade, 25,3% tinham ensino fundamental, 42,1% ensino médio e 32,6% ensino superior completo ou incompleto. (Tabela 1).

Cerca de 60,0% das pacientes já estavam em alguma forma de tratamento em Saúde Mental, seja psiquiátrico ou psicoterápico. Já em relação à presença e a intensidade de transtornos depressivos-ansiosos, segundo a pontuação dos questionários de humor (BDI e BAI), apenas 16,8% das pacientes não apresentou ansiedade ou a apresentou em nível leve; a maioria (44,2%) apresentou ansiedade de intensidade grave. Quanto à depressão, 28,4% não apresentavam ou apresentavam apenas sintomas depressivos em intensidade leve e 40% da amostra tinham depressão de intensidade grave.

No que tange à história de violência, 48,4% relatam ter sofrido abuso sexual na infância e 43,2% na idade adulta. Apenas 29 pacientes (30%) não relatavam nenhuma história de abuso sexual, nem na infância nem na idade adulta.

Quanto aos padrões de apego verificados na amostra, 54,7% das pacientes apresentavam padrões de apego inseguro e 45,3% padrões de apego seguro.

(categ ref)										
Acompanhamento Saúde Mental	Sim (categ ref)	35	67,3%	22	51,2%	57	60,0%	0.110 OR=1.9 (0.9;4.5)	51,9	0,017
	Não	17	32,7%	21	48,8%	38	40,0%		41,6	
Abuso sexual na infância (S/N)	Sim	26	50,0%	20	46,5%	46	48,4%	0,735	51,0	0,151
	Não	26	50,0%	23	53,5%	49	51,6%		44,8	
Abuso sexual quando adulto (S/N)	Sim (categ ref)	27	51,9%	14	32,6%	41	43,2%	0.058 OR=2.2 (0.9;5.2)	51,8	0,099
	Não	25	48,1%	29	67,4%	54	56,8%		44,7	
Abuso Sexual (S/N)	Sim	38	73,1%	28	65,1%	66	69,5%	0,402	49,9	0,127
	Não	14	26,9%	15	34,9%	29	30,5%		42,8	

Nota: (*) foi realizado test-t para variáveis binárias e ANOVA para as demais.

Tabela 1: Distribuição das pacientes com fibromialgia segundo características específicas por escala EVA e escala de incapacidade

As tabelas 2 e 3 apresentam os resultados das variáveis de exposição e as variáveis desfecho, possibilitam a análise da associação entre os fatores estudados e a capacidade funcional e qualidade de vida da amostra com SFM, apontando para importantes achados, todos significativos (p-valor <5%): Considerando a capacidade funcional, encontramos as seguintes associações:

- Existe uma associação inesperada entre maior incapacidade e a faixa etária, onde as pacientes mais jovens (até 45 anos) apresentam maior grau de incapacidade (M=62,8, p=0,001) que as demais faixas etárias. A escolaridade apresentou efeito protetor: pacientes com escolaridade superior incompleto e completo apresentaram menores índices de incapacidade que o restante da amostra, de níveis de escolaridade médio e fundamental (p=0,048). Também verificou-se importante associação entre a gravidade da SFM e a incapacidade, como esperado (p= 0,002) (Tabela 1);

- A gravidade dos transtornos depressivos-ansiosos se encontra associada a piora do grau de incapacidade no índice geral e em todos os subdomínios (Mobilidade, atividades de vida, cognição, participação, autocuidado, relações interpessoais), tanto na avaliação dos sintomas ansiosos quanto dos depressivos (Tabela 2) Da mesma forma, a presença do estilo de apego inseguro se associa tanto a maior gravidade da fibromialgia (tabela 1: p= 0.039 OR=5.7 [1.1;28.5]), quanto a maior grau de incapacidade geral (tabela 2: 56.1 x 37.6 para inseguros x seguros), bem como tal padrão se replica aos demais domínios de incapacidade. Não foi encontrada associação entre estilo de apego e faixa etária (tabela 1);

- Existe uma maior frequência de casos de abuso sexual entre pessoas que fazem acompanhamento pela Saúde Mental, particularmente entre pessoas que sofreram abuso na infância com SFM (M=1,4). Da mesma forma, existe uma relação, ainda que limítrofe, entre apego inseguro e abuso sexual na idade adulta (OR=2.2; p=0,058). Embora a presença de abuso sexual na idade adulta se associe positivamente com a piora da incapacidade, em especial vinculada aos domínios de participação e relações interpessoais (M=64,6; p= 0,041 e M=39;p= 0,047, respectivamente – Tabela 3), esta mesma associação não foi significativa para presença de abuso sexual na infância. A média de casos de abuso por pessoa de toda a amostra é de 2,4 casos/ indivíduo, sendo 1,37 casos na infância e 1 caso

quando adulto. Na infância, a presença de depressão associa-se positivamente com a presença de abuso sexual na infância (Tabela 2).

Escores médios das escalas	EVA			Faz acompanhamento Saúde Mental			Abuso Sexual na infância			Abuso Sexual quando adulto			Total (n=95)
	Inseguro	Seguro	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	
Incapacidade_geral	56,1	37,6	0,000	51,9	41,6	0,017	51,0	44,8	0,151	51,8	44,7	0,099	47,8
D1_inc_Mobilidade	64,2	53,4	0,045	65,5	50,0	0,005	63,0	55,8	0,183	63,1	56,4	0,224	59,3
D2_inc_atividades_de_vida	69,0	55,2	0,000	65,6	58,6	0,161	63,6	62,0	0,744	64,9	61,1	0,436	62,8
D3_inc_cognição	52,4	31,5	0,000	47,9	35,5	0,042	47,3	38,9	0,161	46,0	40,6	0,371	43,0
D4_inc_participação	70,4	44,1	0,001	63,3	51,3	0,025	62,0	55,3	0,204	64,6	53,9	0,041	58,5
D5_inc_autocuidado	39,9	21,1	0,001	33,2	28,6	0,442	34,5	28,4	0,300	33,2	30,0	0,582	31,4
D6_inc_relações_interpessoais	40,9	20,5	0,000	35,9	25,3	0,106	35,3	28,2	0,275	39,0	26,0	0,047	31,6
Whoqol - D1. Físico	24,5	34,6	0,000	28,7	29,5	0,783	29,6	28,5	0,714	28,6	29,4	0,791	29,0
Whoqol - D2. Psicológico	31,3	51,2	0,000	36,7	45,7	0,037	38,2	42,3	0,343	35,0	44,4	0,031	40,3
Whoqol - D3. Relações sociais	39,1	58,8	0,000	47,6	48,5	0,841	46,2	49,7	0,413	43,9	51,1	0,087	48,0
Whoqol - D4. Meio-ambiente	34,3	48,5	0,000	39,9	42,1	0,541	39,3	42,1	0,436	36,7	43,8	0,049	40,8
Freq de abuso sexual (geral)	2,9	1,8	0,029	2,9	1,7	0,015	4,1	0,8	0,000	3,8	1,4	0,000	2,4
Freq de abuso sexual na	1,6	1,1		1,5	1,1		2,8	0,0	-	1,4	1,4		1,37

infância	0,179			0,300			0,912						
Freq de abuso sexual qdo adulto	1,3	0,7	0,049	1,4	0,5	0,004	1,3	0,8	0,075	2,4	0,0	-	1,03
Frequencia de casos (n)	52	43	-	57	38	-	46	49	-	41	54	-	95
Frequencia de casos (%)	54,7	45,3	-	60,0	40,0	-	48,4	51,6	-	43,2	56,8	-	100,0

Tabela 2. Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo fatores de exposição

Escala	EVA			Acompanhamento em Saúde Mental			Abuso Sexual na infância			Abuso Sexual na fase adulto			Total (n=95)	Abuso Sexual		
	Inseguro	Seguro	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*	Sim	Não	P_valor*		Sim	Não	P_valor*
Incapacidade_geral	56,1	37,6	0,000	51,9	41,6	0,017	51,0	44,8	0,151	51,8	44,7	0,099	47,8	49,9	42,8	0,127
D1_inc_Mobilidade	64,2	53,4	0,045	65,5	50,0	0,005	63,0	55,8	0,183	63,1	56,4	0,224	59,3	61,7	53,8	0,177
D2_inc_atividades_de_vida	69,0	55,2	0,000	65,6	58,6	0,161	63,6	62,0	0,744	64,9	61,1	0,436	62,8	63,6	60,8	0,590
D3_inc_cognição	52,4	31,5	0,000	47,9	35,5	0,042	47,3	38,9	0,161	46,0	40,6	0,371	43,0	46,0	36,0	0,121
D4_inc_participação	70,4	44,1	0,001	63,3	51,3	0,025	62,0	55,3	0,204	64,6	53,9	0,041	58,5	61,6	51,6	0,077
D5_inc_autocuidado	39,9	21,1	0,001	33,2	28,6	0,442	34,5	28,4	0,300	33,2	30,0	0,582	31,4	31,4	31,3	0,977
D6_inc_relações_interpessoais	40,9	20,5	0,000	35,9	25,3	0,106	35,3	28,2	0,275	39,0	26,0	0,047	31,6	35,2	23,5	0,077
Whoqol - D1. Físico	24,5	34,6	0,000	28,7	29,5	0,783	29,6	28,5	0,714	28,6	29,4	0,791	29,0	30,0	26,8	0,323
Whoqol - D2. Psicológico	31,3	51,2	0,000	36,7	45,7	0,037	38,2	42,3	0,343	35,0	44,4	0,031	40,3	37,5	46,7	0,050
Whoqol - D3. Relações sociais	39,1	58,8	0,000	47,6	48,5	0,841	46,2	49,7	0,413	43,9	51,1	0,087	48,0	45,6	53,5	0,067
Whoqol - D4. Meio-ambiente	34,3	48,5	0,000	39,9	42,1	0,541	39,3	42,1	0,436	36,7	43,8	0,049	40,8	39,1	44,4	0,174
Freq de abuso sexual (geral)	2,9	1,8	0,029	2,9	1,7	0,015	4,1	0,8	0,000	3,8	1,4	0,000	2,4	3,5	0,0	-
Freq de abuso sexual na infância	1,6	1,1	0,179	1,5	1,1	0,300	2,8	0,0	-	1,4	1,4	0,912	1,37	2,0	0,0	-
Freq de abuso sexual qdo adulto	1,3	0,7	0,049	1,4	0,5	0,004	1,3	0,8	0,075	2,4	0,0	-	1,03	1,5	0,0	-
Frequencia de casos (n)	52	43	-	57	38	-	46	49	-	41	54	-	95	66	29	-
Frequencia de casos (%)	54,7	45,3	-	60,0	40,0	-	48,4	51,6	-	43,2	56,8	-	100,0	69,5	30,5	-

Tabela 3 - Distribuição dos escores médios das escalas avaliadas segundo fatores de exposição.

Já quanto à qualidade de vida, as associações se deram de forma inversa à capacidade funcional, conforme esperado: quanto menor a incapacidade, maior o desempenho na qualidade de vida. Assim sendo, verificamos as seguintes associações estatisticamente significativas (p -valor $<5\%$):

- Ter transtorno depressivo-ansioso se associa negativamente com a Qualidade de Vida em todos os seus domínios (Tabela 3);
- Estar em atendimento em Saúde Mental impacta positivamente no subdomínio psicológico da Qualidade de Vida ($M=36,7$; $p= 0,037$);
- Ter estilo de apego inseguro impacta negativamente a Qualidade de vida em todos os seus domínios (Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio-ambiente). Não foram encontradas associações significativas entre prejuízo da qualidade de vida e abuso sexual na infância; no entanto, nos domínios “psicológico” ($M=35$; $p=0,031$) e “meio ambiente” ($M= 36,7$; $p=0,049$) se associaram negativamente ao abuso sexual na fase adulta. Quanto à presença ou não de abuso sexual, houve também relação inversamente proporcional à qualidade de vida.

Discussão

Os resultados do estudo apontam para uma associação estatisticamente significativa entre estilos de apego inseguro e maior comprometimento da capacidade funcional de pacientes com SFM em atendimento em serviço especializado. Existe relação entre apego inseguro e pior qualidade de vida das mulheres dessa amostra. Nas demais variáveis estudadas, também encontramos associação entre transtorno depressivo-ansioso, história de violência sexual na vida adulta e presença de incapacidade funcional na amostra. A violência sexual é associada com a incapacidade e a qualidade de vida somente em alguns domínios, associada à incapacidade em domínios relacionados à vida social (“participação” e “relações sociais”) e associada ao comprometimento da qualidade de vida também em domínios específicos (“psicológico” e “meio ambiente”), somente nos casos de abuso sexual relatados na fase adulta. Foi observado, de forma inesperada que

a alta escolaridade e a maior faixa etária estão relacionadas a menor incapacidade. Considerando a escolaridade como variável *proxy* do nível sócio econômico, pode-se deduzir que as condições sociais, acesso à informação sejam vetores que influenciam o comprometimento e prognóstico dessas pacientes. Verifica-se também que, corroborando o achado na literatura brasileira (Penido, 2004), a característica dessa amostra é de maior presença de ansiedade que de sintomas depressivos. A amostra também encontrou índices de qualidade de vida especialmente baixos em comparação à medidas encontradas na população brasileira em geral (Portugal, Campos, Gonçalves, Mari & Fortes, 2016), indicando o comprometimento dessa população demonstrado pelos níveis de incapacidade aferidos.

Observando tais achados em outras populações, Galvez-Sánchez *et al*, 2020, ao comparar mulheres saudáveis e mulheres com SFM concluíram que a incapacidade funcional está associada positivamente à intensidade da depressão e ansiedade, que por sua vez amplificam os sintomas da doença e influenciam na qualidade de vida; metade de sua amostra de 191 mulheres (50%) apresentava depressão e ansiedade em nível de moderado a grave. Também em nível moderado de catastrofização da dor e em altos níveis, fadiga, distúrbios do sono, intensidade da dor e cinesiofobia (medo do movimento), indicando tanto como essas psicopatologias são prevalentes na SFM como são acompanhadas de comprometimento da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Henao-Pérez *et al*, 2022, em um levantamento com 1.106 pacientes com SFM, verificou que 28,75% possuíam critérios para depressão e/ou ansiedade. Dessa vez, foi observada ainda o aumento dessa prevalência em pacientes com nível sócio econômico mais baixo; da mesma forma que no presente estudo, observa-se implicação das condições de vida na saúde mental e no impacto da doença no indivíduo, com efeito “protetor” para pacientes de nível superior completo ou incompleto.

Segundo o estudo de Gardoki-Souto *et al*, (2022), a frequência de eventos traumáticos na infância e na adolescência está associada com uma baixa qualidade de vida ($F[1, 85] 8,27; p=0,005$) além depressão e ansiedade ($F [1, 86]=10,08; p=0,0021$), da mesma forma como verificado pela nossa investigação. Os autores verificaram que níveis altos de intensidade de dor e altos escores de incapacidade

impactaram de forma significativa a qualidade de vida das pacientes; mais especificamente podem prever a presença de sintomas ansiosos e depressivos ($F [1, 86] = 10,08$; $p = 0,0021$ para ansiedade; $F [1,86] = 3,99$; $p = 0,0489$ para depressão; na incapacidade, depressão $F [1, 85] = 12,39$; $p = 0,0007$; ansiedade, $F [1,85] = 27,16$; $p = 0,0000$). Em amostras na população brasileiras anteriores, foi verificada a relação entre violência e dor: Almeida (2001), apresentou relato de prevalência de 93,4% de presença de violência verbal/simbólica, 90,1% de violência física e 46,2% violência sexual nas suas histórias de vida na porta de entrada da Clínica de Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Níveis similares foram encontrados em estudo semelhantes das mesmas autora (Almeida, Souza, Fortes & Minayo., 2008) que investigaram 85 mulheres com diagnóstico de Dor Crônica pela Clínica de Dor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, com achados parecidos: nessa amostra 38,8% sofreram violência na infância e adolescência; 71,8% das pacientes apresentaram histórias de violência verbal/simbólica, 36,5% violência física, 24,7% lesão física e 23,5% violência sexual. E 95,2% possuíam algum tipo de transtorno mental.

Considerando a relação entre estilos de apego inseguro e a gravidade, incapacidade e baixa qualidade de vida na SFM, McWilliams (2017), em estudo de coorte com 5.645 indivíduos, observaram uma associação entre a presença de Dor Crônica sem explicação médica (DCSEM) e estilos de apego. Como resultado, foi encontrada associação entre presença de apego inseguro nessa população e a maior chance de desenvolver DCSEM (OR: 2.45; IC = 2.07; 2.83). O apego inseguro está ainda relacionado à maior percepção da intensidade da dor, incapacidade, sintomas depressivos e percepção de falta de suporte do cônjuge (Forsythe *et al*, 2012). Pacientes com dor crônica com estilo de apego inseguro ansioso apresentaram maior intensidade da dor e maior índice de catastrofização, além de estratégias de adaptação à dor menos eficazes (Kratz, Davis & Zautra. 2012). Peñacoba, Perez-Calvo, Blanco & Sanroman (2017) observaram que pacientes com SFM apresentavam maiores escores de ansiedade, depressão e alexitima do que controles saudáveis e menores níveis de apego seguro (69,9% x 86%, respectivamente); Segundo os autores, os achados indicam a necessidade de reconhecer o estilo de apego, dentro do modelo diátese-stress como um preditor da experiência de dor em pacientes com SFM.

Sechi, Vismara, Brennstuhl, Tarquinio & Lucarelli (2020) verificaram a preservação da qualidade de vida e da auto estima em mulheres com apego seguro (M=29 para apego seguro, M=31 para qualidade de vida, $p < 0,001$), em contraposição a relação inversa dessas características em pacientes com apego inseguro nos seus diferentes tipos (evitativo, ansioso, desorganizado). Já em uma amostra espanhola de mulheres com SFM também em assistência especializada e com maior proximidade cultural com a do presente estudo, 38,7% dos indivíduos possuíam apego seguro, enquanto 61,3% tem apego inseguro (Blanco Rico, 2018), o que encontra correspondência nos achados da nossa investigação, também com maioria de apego inseguro (54,7% x 45,3%). Davies, Macfarlane, McBeth, Morriss e Dickens (2009), em um estudo com 2.509 indivíduos com dor crônica generalizada, verificaram que 45.8% relataram apego inseguro, e que este é associado à incapacidade (OR= 2.1). Os autores sugerem que as intervenções em pacientes com dores crônicas possam ser baseadas no conhecimento sobre o tipo de apego do indivíduo, de forma a reduzir tanto o *distress* quanto a incapacidade.

Os resultados verificados a partir dos dados mensurados na amostra do presente estudo encontram, portanto, correspondência na literatura sobre as condições de comprometimento associadas à pacientes com SFM, e apontam ainda condições não descritas como a associação entre a menor faixa etária e maior comprometimento da doença. Observa-se também uma relação clara entre o transtorno depressivo-ansioso e a incapacidade, onde, quanto maior a presença/intensidade de sintomas ansiosos e depressivos, maior o comprometimento da capacidade funcional das integrantes da amostra de forma global, e menor a qualidade de vida também em todos os seus domínios, numa relação inversamente proporcional entre as variáveis desfecho verificadas em todas as associações do estudo, o que ratifica a validade interna do mesmo. A violência sexual, teve associação com somente alguns domínios da incapacidade e da qualidade de vida. Chama, porém, a atenção que exista uma maior frequência de abuso sexual entre pessoas que façam tratamento pela saúde mental; isso pode estar atribuído ao reconhecimento, por parte do acompanhamento em saúde da paciente, da necessidade desse tratamento graças à presença dos eventos traumáticos e o seu possível impacto na saúde mental. Os estilos de apego se apresentam como um fator de vulnerabilidade para a maior gravidade e comprometimento da amostra: foi encontrada uma diferença estatística

significante entre os grupos de pacientes com apego seguro e inseguro, com maiores escores da qualidade de vida entre os seguros e escores indicando a presença de incapacidade entre os inseguros, além de presença de maior gravidade, dentro dos critérios da SFM. Esses achados vêm contribuir para a literatura em língua portuguesa e no que tange a especificidades da população brasileira sobre o tema, que, mesmo no momento atual, ainda é escassa.

É importante, no entanto, considerar que o estudo coletou informações de pacientes predominantemente graves em unidades secundárias e terciárias, o que deu à amostra um caráter pouco generalizável e específico para pacientes com maior comprometimento. Uma limitação importante do estudo foi a irregularidade da coleta da amostra, em função da sua coincidência com o período de restrições sanitárias por conta da pandemia de COVID-19: após fase inicial de coleta, foi necessário suspender o trabalho de campo durante o período de maior isolamento social, retornando após esse período. Tal condição também acabou por comprometer o tamanho da amostra, tendo como resultado a existência de associações que se apresentaram limítrofes, como no caso da relação entre abuso durante a infância e apego inseguro ou da incapacidade geral e abuso sexual, bem como a impossibilidade de estratificação da amostra com apego inseguro em seus subtipos. Consideramos que estudos que obtenham uma maior amostra possam observar a existência de uma associação mais consistente entre abuso e incapacidade, assim como observar como as variáveis se associam aos tipos de apego inseguro. Também indicamos para estudos futuros a investigação que abranja pacientes com SFM em outros níveis de assistência, ou mesmo um estudo comparativo com indivíduos saudáveis, a fim de verificar o comportamento dessas variáveis em condições mais próximas da população em geral.

Os achados apontam para o estilo de apego como um fator de vulnerabilidade na condição de maior gravidade na SFM e dado importante na avaliação do comprometimento funcional e qualidade de vida dessas pacientes, assim como também o transtorno depressivo-ansioso e a violência sexual. Compreender as condições de adoecimento dessas pacientes e ampliar a sua investigação clínica sobre aspectos da sua história de vida e saúde mental pode levar à estratégias de intervenção mais eficazes e adequadas à essas pacientes

Referências Bibliográficas

Almeida A.P.F., Souza R.D., Fortes S., Minayo (2008). *Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que freqüentam um serviço especializado de saúde*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil., Recife, 8 (1): 83-91, jan. / mar

Almeida. A.P.F. (2001) *A dor como pedido de socorro: investigação de história de violência em mulheres com queixa de dor*. Tese de Mestrado, Instituto Fernandes Figueira.

Amaral, Ana Paula. (2008) *A importância da vulnerabilidade ao stress no desencadear de doença física e mental perante circunstâncias de vida*. Doutorado em Ciências Biomédicas (especialização em Psicologia da Saúde), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Blanco Rico S. (2019) *Apego y Trauma en mujeres con Fibromialgia: Efectos en la sintomatología asociada*. (Tese de Doutorado), Universidad Rey Juan Carlos,.

Bowlby J. (2002). *Apego e perda: apego (vol.1)*. São Paulo, Martins Fontes

Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M (2015) *Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care?* BMC Family Practice 16:180

Clark P, Paiva EP, Ginovker A, Salomón PA (2013). *A patient and physician survey of fibromyalgia across Latin America and Europe*. BMC Musculoskeletal Disorders, 14:188

Davies KA., Macfarlane GJ, Mcbeth J, Morriss R, Dickens C (2009) *Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain*. Pain 143 200–20

Fitzcharles M.A., Perrot S., Hauser W (2008) *Comorbid fibromyalgia: a qualitative review of prevalence and importance*. European Journal of Pain

Forsythe LP, Romano JM, Jensen MP, Thorn BE (2012) *Attachment style is associated with perceived spouse responses and pain-related outcomes*. Rehabilitation Psychology. Nov;57(4):290-300

Fortes S, Ziebold C, Reed GM, Robles-Garcia R, Campos MR, Reisdorfer E, ... Mari JJ. (2019) *Studying ICD-11 Primary Health Care bodily stress syndrome in*

Brazil: do many functional disorders represent just one syndrome? Brazilian Journal of Psychiatry 41 (1) Jan-Feb

Galvez-Sánchez CM, Montoro CI, Duschek S, Reyes, Del Paso GA. (2020) *Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia.* Journal of Affective Disorders. Mar 15; 265:486-495

Gardoki-Souto I, Redolar-Ripoll D, Fontana M, Hogg B, Castro MJ, Blanch J, ..., Moreno-Alcazar A. (2022) *Prevalence and Characterization of Psychological Trauma in Patients with Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study.* Pain Research and Management , Article ID 2114451

Hadlandsmyth K, Dailey DL, Rakel BA, Zimmerman B, Vance CGT, Merriwether EN, ... Sluka K. (2020) *Somatic symptom presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety.* Journal of Health Psychology Mai; 25(6): 819–829.

Henao-Pérez M, López-Medina DC, Arboleda A, Monsalve SB, Zea JA. (2020) *Patients with Fibromyalgia, Depression, and/or Anxiety and Sex Differences.* American Journal of Men's Health, July-August 1–8

Kaleycheva N, Cullen A.E., Evans R , Harris T, Nicholson T, Chalder T. (2021) *The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of case-control studies* Psychological Medicine 51, 177–193

Kobak R, Madsen S. (2008) *Disruptions in attachment bonds: implications for theory, research and clinical interventions.* In: CASSIDY J, SHAVER PR. *The Handbook of Attachment – Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd edition). New York, The Guilford Press.

Kratz AL, Davis MC, Zautra AJ. (2012) *Attachment predicts daily catastrophizing and social coping in women with pain.* Health Psychology. mai;31(3):278-285

Marques A, Santo ASE, Berssaneti A, Matsutani LA, Yuan SLK. (2017). *Prevalence of fibromyalgia: literature review update/ A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura.* Revista Brasileira de Reumatologia ; 57(4): 356-363, Jul-Ago

McWilliams, L. A. (2017). Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. *European Journal of Pain*, 21(8), 1378–1383.

Miró E, Martínez P, Sánchez AI, Cáliz R (2020) *Clinical Manifestations of Trauma Exposure in Fibromyalgia: The Role of Anxiety in the Association Between Posttraumatic Stress Symptoms and Fibromyalgia Status*. *Journal of Traumatic Stress*, 1–11

Portugal F B, Campos M R, Gonçalves D A, Mari J J, Fortes S. L.C. L. (2016) *Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental*. *Ciencia & saude coletiva*. Fevereiro

Peñacoba C, Perez-Calvo S, Blanco S, Sanroman L. (2018) *Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia* *Scandinavian Journal Caring Science*; 32; 535–544.

Penido, MAA *Influência das Habilidades Sociais em Pacientes Fibromiálgicas*. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2004

Ramir FS, Júnior I L, Silva RCB, Montesano F T, Oliveira N R C, Diniz R EAS, Padovani RC (2014). *Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo*. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(1), 27–32.

Saltychev, M., Katajapuu, N., Bärlund, E., & Laimi, K. (2021). *Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability: systematic review*. *Disability and Rehabilitation*, 43(6), 789-794

Sechi C, Vismara A, Brennstuhl MJ, Tarquinio C, Lucarelli L (2020) *Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia*, *Health Psychology Open*, 7, 2, (2).

Senna ER, Barros ALP, Silva EO, Costa IF, Pereira LVB, Ciconelli RM, Ferraz MB (2004) *Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach*. *Journal of Rheumatology* Mar;31(3):594-7

Souza JB, Perissinotti DMN. (2018) *A prevalência da Fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de dor crônica brasileira*. Brazilian Journal of Pain 1 (4) – Out/ dez

Wolfe F., Clauw D. J., Fitzcharles M.A., Goldenberg D. L., Häuser W., Katz R L, Mease P J., ... Walitt B. (2016) *2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria*. Seminars in Arthritis and Rheumatism 46 319–329

Yunus MB (2015) *Editorial Review: An update on Central Sensitivity Syndromes and the issues of Nosology ans Psychobiology*. Current Rheumatology Reviews, 11, 70-85 1875-6360/1