



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

Melina Pimentel Cavalcante Pedrosa

Traumas precoces e manifestações clínicas em mulheres com fibromialgia

Maceió
2022

MELINA PIMENTEL CAVALCANTE PEDROSA

Traumas precoces e manifestações clínicas em mulheres com fibromialgia

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

Área de Concentração: Epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica em Ciências Médicas

Orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Sotero Fragoso

Maceió
2022

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

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

P372p Pedrosa, Melina Pimentel Cavalcante.
Traumas precoces e manifestações clínicas em mulheres com fibromialgia /
Melina Pimentel Cavalcante Pedrosa. – 2022.
91 f. : il.

Orientador: Valdrido Leão de Melo Neto.

Co-orientador: Thiago Sotero Fragoso.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió, 2022.

Inclui produto educacional.

Bibliografia: f. 71-78.

Apêndices: f. 79-84.

Anexos: f. 85-91.

1. Fibromialgia. 2. Experiências adversas na infância. 3. Angústia psicológica. I. Título.

CDU: 616-002.771

Folha de Aprovação

Melina Pimentel Cavalcante Pedrosa

Traumas precoces e manifestações clínicas em mulheres com fibromialgia

Dissertação submetida ao corpo docente do
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas da Universidade Federal de Alagoas.

Valfrido Leão de Melo Neto

Faculdade de Medicina/UFAL

Orientador

Thiago Sotero Fragoso

Faculdade de Medicina / UFAL

Coorientador

Banca Examinadora:

Cláudio Torres Miranda

Faculdade de Medicina / UFAL

André Barciela Veras

Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul/

Mestrado profissional em Saúde da família

Mércia Lamenha Medeiros

Universidade Federal de Alagoas

Programa de pós-graduação em Ciências Médicas



Discente

*Dedicado a todas as mulheres que
sentem dor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a todas as mulheres, que tiveram coragem e disposição de compartilhar suas experiências para a realização deste trabalho. Agradeço ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e a Universidade Federal de Alagoas por terem me dado condições de realizar a pesquisa dentro do ambulatório de dor. Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da UFAL, em especial, meu orientador Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto por toda confiança ao meu trabalho. Por fim, agradeço a Deus e a minha família, em especial meu marido Alan Pedro, que me deu apoio e força necessária para seguir nas pesquisas, conciliando com o período de pandemia, a gestação e o nascimento do meu querido filho Tom.

RESUMO

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica que acomete, em sua maioria, mulheres adultas (18-55 anos). Apresenta uma prevalência de aproximadamente 2,5% na população brasileira. É caracterizada por dor musculoesquelética generalizada, frequentemente acompanhada por fadiga, sono não reparador, distúrbios cognitivos leves, ansiedade e depressão. Não há etiologia e fisiopatologia bem estabelecidas. Trabalhos atuais vêm demonstrando a associação do trauma precoce com alterações na modulação da dor e maior sofrimento psíquico. **Objetivo:** Investigar a associação entre a história de trauma precoce e as características clínicas em mulheres com FM. **Metodologia:** Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no serviço de medicina da dor. Amostra é não probabilística e, por conveniência, realizada durante um ano de atendimentos do ambulatório. A coleta de dados ocorreu a partir da realização de um questionário sociodemográfico e clínico, criado pelos pesquisadores, associado com instrumentos validados: 1) Critérios diagnósticos para FM do Colégio Americano de Reumatologia (ACR,2010); 2) Questionário sobre o impacto da FM(QIF) que avalia funcionalidade e qualidade de vida; 3) Escala visual análoga (EVA), para avaliar intensidade da dor física; 4) Inventário de depressão de Beck (BDI II), para mensurar a intensidade dos sintomas depressivos; 5) Psychache Scale (Escala de dor psicológica), avalia intensidade do sofrimento psicológico; 6) Inventário de autoavaliação do trauma precoce: Versão reduzida (ETISR-SF) que avalia a história de trauma até os 18 anos de idade. **Resultados:** Foram entrevistadas 50 mulheres com FM. A média de idade das participantes foi de 49,84(±8,25), a média de escolaridade foi de 7 (±5,77) anos de estudo e, 58% relataram ter companheiro. Dentre as entrevistadas, 33 (66%) Traumas gerais, 36 (72%), Abuso físico, 33 (66%) Abuso emocional e 25 (50 %) Abuso sexual. Os escores do ACR, QIF, BDI II e da escala de Dor psicológica foram piores em pacientes fibromiálgicas com história de trauma precoce ($p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,01$, respectivamente). Além disso, observou-se uma correlação positiva entre intensidade da história de trauma precoce com maior gravidade dos sintomas em todos os aspectos avaliados ($p<0,05$). **Conclusão:** Nessa população estudada a história de trauma precoce foi comum em mulheres com FM e se associou a pior perfil clínico (tanto ACR 2010 quanto QIF) e psicológico (BDI II e Dor psicológica), por isso, sugerimos deve ser sistematicamente investigado nessa população.

Palavras-chave: fibromialgia; trauma na infância; dor crônica; sofrimento psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic painful syndrome that affects mostly adult women (18-55 years). It has a prevalence of approximately 2.5% in the Brazilian population. It is characterized by generalized musculoskeletal pain, often accompanied by fatigue, non-restorative sleep, mild cognitive impairment, anxiety and depression. There is no clearly well-established etiology or pathophysiology. Current studies have demonstrated the association of early trauma with changes in pain modulation and greater psychological distress. **Objective:** To investigate the association between history of early trauma and clinical characteristics in women with FM. **Methodology:** Cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in the pain medicine service of the general outpatient clinic of the Professor Alberto Antunes University Hospital (HUPAA) of the Federal University of Alagoas (UFAL). The sample is non-probabilistic and for convenience Carrier out during the period of care at the clinic. Data collection took place through a sociodemographic and clinical questionnaire created by the researchers. The following instruments were also used: 1) FM diagnosis questionnaire from the American College of Rheumatology (ACR); 2) Questionnaire on the impact of FM (QIF) that assesses functionality and quality of life; 3) Visual analogue scale (VAS) to assess physical pain intensity; 4) Beck Depression Inventory (BDI II), to measure the intensity of depressive symptoms; 5) Psychache Scale, assesses the intensity of psychological suffering; 6) Early trauma self-assessment inventory: Short version (ETISR-SF) that assesses trauma history up to 18 years of age. **Results:** Fifty women with FM were interviewed. The mean age of the participants was 49.84(\pm 8.25), the mean schooling was 7(\pm 5.77) years of study and 58% reported having a partner. Among the interviewees, 33 (66%) reported general trauma, 36 (72%) physical abuse, 33 (66%) emotional abuse and 25 (50%) sexual abuse. ACR, QIF, BDI II and Psychological Pain scale scores were worse in fibromyalgia patients with a history of early trauma ($p < 0.01$; $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.01$, respectively). In addition, there was a positive correlation between the intensity of the early trauma history and greater severity of symptoms in all aspects evaluated ($p < 0.05$). **Conclusion:** History of early trauma is common in women with FM and is associated with a worse clinical profile (both ACR 2010 and QIF) and psychological profile (BDI II and Psychological pain) so it should be systematically investigated in this population.

Keywords: fibromyalgia; early trauma; chronic pain; mental suffering.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas e Clínicas das pacientes com fibromialgia atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA - UFAL.....	31
Tabela 2	Tratamento farmacológico e não farmacológico em mulheres com fibromialgia atendidas no HUPAA – UFAL.....	32
Tabela 3	Análise descritiva da amostra de acordo com o Inventário de autoavaliação de trauma precoce: Versão reduzida (ETISR-SF)	33
Tabela 4	Prevalência dos tipos de trauma precoce na amostra geral de acordo com o ETISR-SF.....	33
Tabela 5	Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA- UFAL de acordo com a presença ou ausência de Traumas Gerais.....	34
Tabela 6	Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA- UFAL de acordo com a presença ou não de abuso físico.....	35
Tabela 7	Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA- UFAL de acordo com a presença ou não de abuso emocional.....	35
Tabela 8	Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA- UFAL de acordo com a presença ou não de abuso sexual.....	36
Tabela 9	Correlação entre os escores de trauma precoce do Inventário de autoavaliação de trauma precoce: Versão reduzida (ETISR-SF) e características clínicas das mulheres com fibromialgia atendidas no ambulatório de Dor do HUPAA – UFAL.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	American College of Rheumatology
BDI	Inventário de depressão de Beck
CEP	Conselho de Ética
COVID-19	Coronavírus disease 2019
EVA	Escala Visual Análoga
FM	Fibromialgia
ETISR-SF	Inventário de autoavaliação do trauma precoce
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
QIF	Questionário sobre o impacto da Fibromialgia
SBR	Sociedade Brasileira de Reumatologia
SS	Symptom Severity
STROBE	Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
WPI	Widespread Pain Index

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	História da Fibromialgia	17
3.2	Evolução dos critérios diagnósticos na FM	17
3.3	Prevalência da FM	19
3.4	Etiologia e Fisiopatologia da FM	20
3.5	Trauma Precoce	22
3.6	Trauma Precoce e Fibromialgia	23
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de Estudo	25
4.2	Local	25
4.3	Participantes	25
4.4	Critério de Inclusão	25
4.5	Critério de Exclusão	26
4.6	Amostragem	26
4.7	Instrumentos de Avaliação	26
4.7.1	Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE B)	26
4.7.2	Instrumento Diagnóstico na FM-ACR 2010 (ANEXO A)	27
4.7.3	Questionário sobre o impacto da Fibromialgia (ANEXO B)	28
4.7.4	Escala visual analógica (Visual Analogue Scale - VAS) (ANEXO C)	28
4.7.5	Inventário de depressão de Beck (BDI II) (ANEXO D)	28
4.7.6	Escala de dor psicológica (Psychache Scale) (ANEXO E)	28
4.7.7	Inventário de autoavaliação de trauma precoce: Versão reduzida (ETISR-SF)	28
4.8	Procedimentos	29
4.9	Análise Estatística	29
5	PRODUTO:	30
	Early trauma, psychological pain and depressive symptoms in women with fibromyalgia, submetido segundo as normas da revista <i>Psychological Medicine</i>	30
6	RESULTADOS	53
7	DISCUSSÃO	61

8	CONCLUSÃO.....	68
9	LIMITAÇÕES.....	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	78
	ANEXOS.....	84

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica que acomete, em sua maioria, mulheres adultas (18-55 anos). É caracterizada por dor musculoesquelética generalizada, frequentemente acompanhada por fadiga, sono não reparador, distúrbios cognitivos leves, ansiedade e depressão. Não há evidências sustentáveis de anormalidades em exames complementares, imagens, laboratoriais ou disfunções em tecidos e músculos; portanto, o diagnóstico é exclusivamente clínico, realizado pelos critérios diagnósticos definidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) (WOLFE *et. al.* 2010; CLAUW *et. al.*, 2014). Apresenta uma prevalência de aproximadamente 2,5% na população brasileira; 5% em mulheres estadunidenses; e 4,7% na população europeia. E, estimada em 2% a 8% na população mundial (SOUZA *et. al.*, 2018; CLAUW *et. al.*, 2014).

A etiologia e fisiopatologia não são bem esclarecidas. Há autores que questionam o papel orgânico da doença e sugerem que tal síndrome pode ter mais características psicogênicas ou psicossomáticas (BLUMER, *et. al.*, 1982). Outras análises avaliam que a FM parece ser uma desregulação na modulação da dor, caracterizada por uma sensibilização central, que causa uma hipersensibilidade ao estímulo algico como, também, uma manutenção dele sem um novo estímulo desencadeante (GOLDENBERG, 1987; AFARI, *et. al.*, 2014).

A sensibilização central consiste no aumento da excitabilidade de neurônios da medula espinal, que transmitem a informação da dor para o córtex pelas fibras C. Essa sensibilização parece ser o principal fator que contribui para a hiperalgesia nas síndromes dolorosas crônicas (STAUD *et. al.*, 2004).

Trabalhos vêm abordando a sensibilização central como justificativa para o aparecimento dos sintomas na FM, porém, sem evidências claras de como surgem e qual a causa dessa condição nesses pacientes (STAUD *et. al.*, 2004). Um estudo concluiu que a dor induzida experimentalmente em portadores de FM requer estímulos dolorosos significativamente menores e menos frequentes que o grupo de controle saudável, ou seja, o grupo de pacientes fibromiálgicos apresentaram menor limiar da dor e maior sensibilidade a estímulos noceptivos, térmicos e pressóricos (PETZKE *et. al.*, 2003). Tais trabalhos indicam que a FM está intimamente relacionada com a sensibilização central, por isso, a maioria das diretrizes de tratamentos atuais recomendam o uso de medicamentos de ação central como antidepressivos e anticonvulsivantes na tentativa de diminuir essa condição anormal na modulação da dor a nível do sistema nervoso central, pois, tais medicamentos atuam em receptores neuronais, inibindo a transmissão da dor (WOOLF; CLIFFORD, 2011).

Nesse sentido, pesquisadores (LUTZ *et. al.*, 2018) seguem estudando causas que poderiam estar relacionadas com as alterações nas vias moduladoras da dor, como a via opioide, uma via responsável tanto pela modulação da dor física como psicológica. Segundo esses estudos, eventos como exclusão social e traumas infantis parecem causar uma maior sensibilização às dores e uma menor resiliência. Nesses casos, esses pacientes teriam uma diminuição no limiar das dores físicas e psicológicas, tendo uma propensão maior a essa condição.

Outras pesquisas também mostram a relação do trauma precoce com um impacto na expressão de genes que alteram a resposta do eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal (HHS) causando disfunção nos neurônios periféricos e no corno dorsal da medula espinal, assim como nos neuropeptídeos centrais, ocasionando uma entrada nociceptiva anormal no cérebro responsável por uma manutenção da dor nos pacientes com FM (BEGGS *et. al.*, 2012; SCHWALLER, FITZGERALD, 2014). Também foi associado o trauma precoce a níveis achatados de cortisol diurno em pacientes com FM, sugerindo uma desregulação do eixo neuroendócrino (WEISSBECKER, 2006; YEUNG, 2016).

A prevalência do trauma precoce na FM se mostra elevada, variando desde 21% a 71% (SOLITAR E DUBOIS, 2012; NELSON *et. al.*, 2017; TAYLOR *et. al.*, 1995; BOISSET-PIORO, 1995). Essa variação é ampla devido às diversas metodologias utilizadas nos trabalhos, como diferentes instrumentos de rastreio da história de trauma, bem como da investigação de um trauma precoce específico, como, por exemplo, abuso sexual ou negligência na infância.

A literatura descreve uma associação do trauma precoce com maior gravidade nas manifestações clínicas e prejuízo funcional de pacientes com FM (AFARI *et. al.*, 2014, CICCONE DS *et. al.*, 2005; DELL'OSSO *et. al.*, 2011; WINFRIED HÄUSER *et. al.* 2013; FILIPPON 2013; NELSON *et. al.* 2017).

Trabalhos (NELSON *et. al.*, 2017; FILLIPPON, 2013; TURK *et. al.*, 1996) que estudaram a influência do trauma precoce na fibromialgia associam o trauma precoce a uma maior gravidade clínica, além de maior comorbidade com depressão.

Um estudo recente (KIZILKURT *et. al.*, 2021) mostrou uma correlação positiva entre traumas precoces com gravidade de sintomas na FM e uma correlação negativa entre a escala de resiliência psicológica e gravidade clínica nesses pacientes submetidos a traumas na infância. Esse dado evidencia, possivelmente, o aspecto psicológico como determinante no enfrentamento da doença e prognóstico.

Apesar de dados relevantes que apontam a associação entre traumas precoces e gravidade dos sintomas em pacientes com FM, ainda não foi investigado a intensidade da dor

psicológica nesses pacientes, mesmo sendo um importante aspecto clínico relacionado a maiores níveis de gravidade na depressão e elevados níveis de desesperança e comportamento suicida (SHNEIDMAN,1993). Além disso, a dor psicológica também vem sendo associada ao trauma infantil relacionado ao pertencimento frustrado e ao sentimento de carga na infância e menor resiliência e adoecimento psicológico no adulto (SHILLING *et. al.*, 2015), porém, ainda não estudada na população com FM. Portanto, a dor psicológica pode ser uma característica promissora a ser observada na análise do perfil clínico e psicológico dos pacientes com FM que sofreram traumas precoces, visto que elevados níveis de sofrimento mental parecem afetar diretamente na funcionalidade e no enfrentamento da doença.

Nesse contexto, há um entendimento de que é necessária uma maior investigação na associação entre trauma precoce e sofrimento/dor psicológica nos pacientes com FM. Por isso, o presente trabalho pretende ampliar a discussão acerca das características clínicas, tais como: escores clínicos da ACR, funcionalidade, dor física, intensidade da depressão e incluir, pela primeira vez, a avaliação da intensidade da dor psicológica em pacientes com FM submetidos a adversidades na infância.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Investigar a associação entre trauma precoce e as manifestações clínicas em mulheres com fibromialgia.

Objetivos específicos

- Mapear os dados sociodemográficos de mulheres com FM acompanhadas no ambulatório de dor do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL);
- Mensurar os escores das variáveis clínicas: Critérios da ACR (2010); Questionário sobre o impacto da fibromialgia (QIF); Intensidade da dor física (EVA); Intensidade dos sintomas depressivos (BDI II); Intensidade da dor psicológica (Escala de dor psicológica - *Psychache Scale*);
- Pesquisar a história de trauma precoce na amostra;
- Analisar a associação entre a história de trauma precoce com o mapeamento dos dados sociodemográficos e clínicos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História da Fibromialgia

A partir de meados do século XX, as características clínicas de pacientes com sintomas sugestivos do diagnóstico de FM vêm sendo discutidas. O termo fibrosite foi proposto inicialmente por Willian Gowers em 1904, para caracterizar uma síndrome complexa designada por dor musculoesquelética generalizada, aumento da sensibilidade à dor e fadiga (LOPES ESPINO, 2008). A fibrosite poderia ser classificada em primária ou secundária, sendo a primeira uma síndrome de dor generalizada e não associada a qualquer artropatia subjacente e, a segunda, associada a doenças articulares subjacentes e podendo ser regional em suas manifestações (TRAUT, 1952).

Na década de 1930, particularmente em 1937, Halliday sugeriu a mudança do termo fibrosite para reumatismo psicogênico por perceber que, além da dor e rigidez articular, a síndrome se apresentava, muitas vezes, associada a sintomas de ansiedade e depressão (BEETHAM, 1979). Durante os anos compreendidos entre as décadas de 1950 e 1960, os termos fibrosite e reumatismo psicogênico foram utilizados sem muitos critérios e discriminação.

Em meados da década de 1970, Moldosfsky estabeleceu a relação entre distúrbios de sono a essa síndrome dolorosa que passou a ser reconhecida por uma entidade clínica chamada Fibromialgia, precisamente em 1976, por Hench (SMYTHE *et. al.*, 1981).

Smythe, em 1979, foi o primeiro a propor a síndrome dolorosa fibromiálgica como dor generalizada com critérios diagnósticos de dor difusa, com duração de mais de três meses, sensibilidade na região escapular superior, distúrbios de sono, fadiga e rigidez matinal (SMYTHE, 1981; WOLFE, 1986).

Na década de 1980, diversos autores tentaram estabelecer critérios diagnósticos mais precisos para a fibromialgia (YUNUS *et. al.*, 1981; CAMPBELL *et. al.*, 1983; WOLFE *et. al.*, 1986). Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (American College of Rheumatology), ACR, publicou um estudo multicêntrico estabelecendo critérios para o diagnóstico da fibromialgia (WOLFE *et. al.*, 1990).

3.2 Evolução dos critérios diagnósticos na FM

Como dito anteriormente, em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) elaborou critérios diagnósticos para a FM, que foram aceitos pela comunidade científica e contribuíram significativamente para impulsionar pesquisas sobre a síndrome, além de promover uma homogeneização do diagnóstico a nível mundial (HEYMANN *et. al.*, 2017).

Esses critérios de 1990 dependiam primariamente da presença de dor musculoesquelética difusa por mais de 3 meses, além do exame físico dos pontos dolorosos, onde o médico examinador encontraria: Dor em 11 de 18 locais de pontos sensíveis (*tender points*) à palpação digital em áreas simétricas no occipital, cervical, trapézios, supraespinhal, segundas costelas, epicôndilos, glúteos, proeminências trocântéricas, joelhos e, pelo menos, mais dois dos quatro sintomas seguintes: fadiga, alteração do sono, perturbações emocionais e dores de cabeça (WOLFE *et. al.*, 1990).

Apesar de alavancar os estudos científicos sobre FM, o diagnóstico da FM a partir dos critérios da ACR de 1990 apresentaram 25% de falso negativo quando comparados ao diagnóstico clínico. Em 2010, em nova reunião para estabelecer critérios mais precisos diante da prática clínica, a ACR elaborou novos critérios para o diagnóstico da FM (WOLFE *et. al.*, 2010).

Os diagnósticos da FM realizados através de critérios ACR 2010 são baseados no número de regiões dolorosas do corpo, avaliado pelo Índice de Dor Generalizada – Widespread Pain Index (WPI), e, na presença e gravidade da fadiga, do sono não reparador e da dificuldade cognitiva, bem como na extensão de sintomas somáticos, avaliados pela Escala de Gravidade de Sintomas - Symptom Severity (SS) (WOLFE *et. al.*, 2010).

A pontuação do WPI varia entre 0 e 19 e, consideram pontos determinados de dor que são referidos pelos pacientes (cintura escapular esquerda e direita; membro superior esquerdo e direito proximal; membro superior esquerdo e direito distal; quadril (nádega, trocanter) esquerdo e direito; membro inferior esquerdo e direito proximal; membro inferior esquerdo e direito distal; mandíbula esquerda e direita; região anterior e posterior do tórax; abdome; região lombar; pescoço (WOLFE *et. al.*, 2010).

Para a SS, considera-se nos últimos 7 dias: fadiga, sono não reparador e sintomas cognitivos e sintomas somáticos gerais marcados em uma escala tipo likert variando de 0 a 3 de acordo com a gravidade (WOLFE *et al.*, 2010).

O diagnóstico de FM pelos critérios da ACR 2010 é considerado quando: Índice de dor generalizada (Widespread Pain Index – WPI) maior ou igual a 7 e pontuação da escala de severidade dos sintomas (Symptom Severity – SS) maior ou igual a 5 OU WPI entre 3 a 6 e pontuação da escala de SS maior ou igual a 9, somado ao fato de os sintomas estarem presentes em um nível similar por, no mínimo, 3 meses, e o paciente não deve ter outra condição de saúde que explicaria a dor (WOLFE *et. al.*, 2010).

O diagnóstico de FM com os critérios ACR 2010 com o WPI >7, associado à Escala SS >5, ambos baseados nos sintomas do paciente (dor, fadiga, sono, cognição e sintomas

somáticos), permite precisão diagnóstica de 90,8% (sensibilidade de 90,9% e especificidade de 85,9%) quando comparada aos critérios ACR 1990 (HEYMANN *et. al.*, 2107).

A sociedade brasileira de reumatologia recomenda que o diagnóstico da FM seja feito através dos critérios ACR 2010, não sendo imprescindível o uso dos critérios de 1990, porém, a união dos dois permite melhor acurácia diagnóstica (HEYMANN *et. al.*, 2017).

Em 2016, a ACR propôs revisão dos critérios de 2010/2011, no intuito de corrigir erros de classificação observados em pacientes com dor regional, adicionou-se um critério complementar: dor difusa (WOLFE *et. al.*, 2016).

Além da dor difusa, definida como dor em pelo menos 4 das 5 regiões, os novos critérios do ACR, em 2016, também definiram: alteração no critério 1 para "índice de dor generalizada (WPI) ≥ 7 e escala de gravidade dos sintomas (SSS) ≥ 5 OU WPI entre 4 e 6 e pontuação SSS ≥ 9 com WPI mínimo de ≥ 4 em vez de ≥ 3 com duração dos sintomas por, pelo menos, 3 meses, além do diagnóstico da FM não excluir a presença de outras doenças clinicamente importantes, ou seja, o diagnóstico é válido independente de outros diagnósticos (WOLFE *et. al.*, 2016).

3.3 Prevalência da FM

A FM apresenta uma prevalência importante na população mundial, entre 2% e 8% (CLAUW, 2014). Na população brasileira, a prevalência fica em torno de 2,5%, sendo a segunda maior prevalência de dor crônica entre as síndromes dolorosas, atrás somente da dor lombar com uma prevalência de 12% (GOREN *et. al.*, 2012; SOUZA *et. al.*, 2018).

As mulheres são afetadas até 10 vezes mais que os homens e, a frequência aumenta proporcionalmente à idade. Pode ser encontrada também em pacientes jovens e adolescentes sendo mais raro que em mulheres com idades mais avançadas (ASUMPCÃO *et. al.*, 2009).

A prevalência da FM na população geral pode variar consideravelmente entre os países e, de acordo com a utilização dos critérios diagnósticos. Em países como Estados Unidos e Escócia, foram encontrados valores de prevalência na população geral mais elevados, sendo, respectivamente, 6,4 % e 5,4% (VICENT *et. al.*, 2013). Já Em países como Venezuela, por exemplo, foi encontrado uma prevalência de 0,2 % na população geral, possivelmente pela escassez de estudos ou, mesmo, pela metodologia utilizada, não aplicando os critérios diagnósticos da ACR para identificação dos diagnósticos (GRANADOS *et. al.*, 2015).

Entre os anos de 1995 e 2006, a prevalência de fibromialgia na população geral em nível mundial variou de 0,7% a 4,4 % (MARQUES *et. al.*, 2017). Já Com a evolução dos critérios diagnósticos da ACR em 2010, os estudos de prevalência parecem seguir esses critérios com

uma melhor padronização e acurácia nos resultados. Em 2016, a literatura aponta valores de prevalência da FM entre 0,2% e 6,6% na população em geral, entre 2,4% e 6,8% em mulheres, 0,7% a 11,4%, nas áreas urbanas, 0,1% a 5,2% nas rurais e em populações especiais entre 0,6% e 15% (MARQUES *et. al.*, 2017).

No cenário brasileiro, observam-se estudos de prevalência, variando desde 2% na população geral (GOREN *et. al.*, 2012), em trabalho que utiliza o autorrelato para identificar o diagnóstico, além de outros trabalhos que utilizam os critérios do ACR para confirmar os diagnósticos, tendo resultados de prevalência de 4,4 % na população de baixo nível socioeconômico (ASSUMPÇÃO *et. al.*, 2009) e 5% em pacientes idosos (SANTOS *et. al.*, 2010). O estudo mais recente em que os pesquisadores utilizam o ACR como instrumento diagnóstico mostra uma prevalência de 2,5% na população geral do Brasil (SOUZA *et. al.*, 2018).

3.4 Etiologia e fisiopatologia da FM

A etiologia e fisiopatologia da FM ainda não é bem esclarecida. Algumas teorias durante a história da doença buscaram entender causas para o seu aparecimento. Na teoria Muscular de Fassbender, nos anos 1990, os pacientes com fibromialgia apresentavam ruptura de sarcômeros e destruição de miofilamentos em consequência de uma isquemia induzida pela contração localizada do músculo, essas lesões justificariam a presença de fadiga e dor muscular (BALDRY, 2001). Apesar de alguns estudos morfológicos e fisiológicos discutirem essa origem muscular na FM (LINDH, 1995), não foi demonstrada a relação de causa e efeito acerca de uma etiologia por lesão muscular em pacientes com FM devido a lacunas metodológicas presentes nestes trabalhos.

Outro aspecto discutido acerca das possíveis causas para o desenvolvimento da FM está relacionado a um enfoque mais psicológico devido à alta prevalência de características clínicas como sintomas de ansiedade, depressão e distúrbio do sono nos pacientes fibromiálgicos (BLUMER *et. al.*, 1982).

A hipervigilância do paciente com FM desencadeada por evento traumático é um aspecto aliado ligado a situações traumáticas que proporcionam medo persistente e podem explicar o desenvolvimento de vulnerabilidade pessoal e propensão a distúrbios psicológicos (RAPHAEL *et. al.*, 2002). A hipervigilância, caracterizada pelo aumento da atenção a todo estímulo externo, poderia proporcionar uma atenção exagerada nas sensações corporais, causando uma diminuição no limiar da dor, ocasionando dores mais constante e intensas nas pessoas com FM (ROST *et. al.*, 2017). Além disso, estudos que investigam a dor em agregados

familiares levantam a hipótese de que a FM seria uma depressão disfarçada (BLUMER, *et. al.*, 1982).

A origem genética também é um aspecto levantado na literatura acerca da etiologia da FM. A prevalência de FM em uma mesma família foi investigada por estudos, tendo em referência parentes de primeiro grau, e está entre 6,4% e 18,5 %, enquanto em portadores de artrite reumatoide varia de 1,1% a 4,2% (ARNOLD *et. al.*, 2000). Essa alta prevalência familiar pode ser classificada pela presença de um fator genético ou até um fator fenotípico associado ao nível de educação familiar e potencializada por condições socioeconômicas em que vive essa família.

A hipótese da FM como um distúrbio no Sistema Nervoso Central (SNC) vem sendo a mais estudada nas últimas décadas, a partir de distúrbios do sono, causas de origem central como distúrbio do eixo Hipotálamo Hipófise Suprarrenal (HHS), distúrbios no sistema nervoso autônomo, além de distúrbios na modulação da dor a nível de SNC.

O distúrbio do sono é muito prevalente em portadores de FM, relatados por cerca de 48% a 90 % desses pacientes (ROIZENBLAT *et. al.*, 2001). Estudos mostram que os pacientes com FM apresentam o sono profundo interrompido por períodos de vigília, porém, esse evento não é exclusivo em pacientes com FM, pois também ocorre em outras síndromes de dor crônicas, possibilitando maior gravidade na dor devido ao prejuízo na liberação do hormônio do crescimento, responsável por homeostase muscular (SPEATH *et. al.*, 2011; MOLDOFSKY *et. al.*, 2009).

Distúrbios do eixo HHS são encontrados em pacientes com depressão, transtorno de estresse pós-traumático, como, também, em pacientes com FM, apresentando baixos níveis de cortisol que demonstram alteração crônica geralmente associada a estresse crônico, sendo um ponto em comum a essas três entidades clínicas (YEHUDA *et. al.*, 2015; GUR *et. al.*, 2004).

Também foi relatado, na literatura, que pacientes fibromiálgicos podem apresentar alterações no Sistema simpático e parassimpático do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), com maior ativação do Sistema Nervoso Simpático (SNS) durante o sono e intolerância à atividade física, possibilitando uma piora na gravidade da dor e baixo limiar (CATLEY *et. al.*, 2000).

Por fim, a sensibilização central, com alteração das vias de modulação da dor, consiste numa entrada nociceptiva anormal em nível de SNC, e parece ser o principal fator que contribui para a hiperalgesia e alodínea nas síndromes dolorosas crônicas, sobretudo em pacientes portadores de FM (STAUD *et. al.*, 2004).

Estudos demonstram experimentalmente que a dor induzida em portadores de FM requer estímulos dolorosos significativamente menores e menos frequentes que o grupo de

controle saudável, ou seja, o grupo de pacientes fibromiálgicos apresentam menor limiar da dor e maior sensibilidade a estímulos noceptivos, térmicos e pressóricos (PETZKE *et. al.*, 2003; STAUD *et. al.*, 2004). Portanto, estímulos com intensidade abaixo do limiar da dor, repetidos no tempo, podem produzir dor em portadores de FM, ao contrário do que é observado em sujeitos saudáveis, onde não há sensibilização central (STAUD *et. al.*, 2004).

3.5 Trauma Precoce

O trauma precoce vem sendo cada vez mais estudado e reconhecido como um problema de saúde pública no mundo, devido à alta prevalência e o impacto na vida adulta (BREMNER, 2007).

Dados do Ministério da Saúde no Brasil entre 2017 e 2019 mostram que 283.481 mil brasileiros com faixa etária entre 1 e 19 anos sofreram algum tipo de abuso, sendo que desses, 187.085 eram mulheres. Outros dados brasileiros mostram que 41,7 em cada 100 mil mulheres sofreram abuso sexual na infância, sobretudo, meninas de 10 a 13 anos, compreendendo 81,3% das abusadas (BUENO *et. al.*, 2019).

As formas de experiência do trauma precoce podem ser variadas e compreendem desde traumas gerais, como divórcios dos pais, tragédias naturais, guerras, doenças graves, convívio com adultos usuários de drogas, violência entre cônjuges ou violência extrema entre outras pessoas próximas; além de rejeição e negligência materna; privação de comida; abusos físicos, emocionais e abuso sexual (BREMNER, 2000)

A neuroplasticidade é a capacidade inerente do cérebro de adaptar-se dinamicamente às influências ambientais, promovendo o aprendizado e desenvolvimento normal do ser humano, além de promover recuperação da função cerebral após lesão ou insulto. Ao mesmo tempo, pode deixar o cérebro humano mais vulnerável ao efeito negativo ao sofrer experiências rápidas e dinâmicas na estrutura e função cerebral (GILMORE *et. al.*, 2018; SCHWALLER, FITZGERALD, 2014).

Alguns estudos nas últimas duas décadas vêm mostrando evidências de que o trauma precoce pode alterar a reatividade do organismo adulto a vários estressores, provocando permanentes alterações fisiológicas, como mudanças no sistema autonômico, endócrino, metabólico e imunológico, além de alteração em certas estruturas neurais (BARTHOLOMEUSZ *et. al.*, 2013).

Estudos vêm evidenciando que outros substratos neurobiológicos importantes como sistemas monoaminérgicos, opioide, endocanabinoides e imunológicos sofrem impacto importante no funcionamento, sobretudo, através de mecanismos epigenéticos, relacionados a

adversidades no início da vida, levando a maior propensão de dor crônica e transtornos psiquiátricos (BURKE *et. al.*, 2017).

Muitos trabalhos realizados nas últimas décadas demonstram a associação do trauma precoce a desfechos de adoecimento mental no adulto, como depressão; transtorno de estresse pós-traumático; transtorno de ansiedade generalizada; dependência química; além de outras síndromes como migrânea; dor crônica, sobretudo, fibromialgia; síndrome da fadiga crônica e déficit cognitivo (MACKES *et. al.*, 2020; KEMPKE *et. al.*, 2015; TIETJEN *et. al.*, 2010; SPATZ WIDOM *et. al.*, 2007).

3.6 Trauma Precoce e Fibromialgia

Trabalhos atuais vêm mostrando uma associação entre trauma precoce e FM, tanto devido à alta prevalência como relacionado à gravidade dos sintomas. Estudos mostram uma prevalência variada do trauma precoce na FM desde 21 a 71 % (AFARI *et. al.*, 2014; SOLITAR e DUBOIS, 2012; NELSON S *et. al.*, 2017; KIZILKURT *et al.*, 2021), bem como uma associação com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), tendo uma prevalência de 44,3% na FM enquanto na população geral a prevalência de TEPT é cerca de 3% (WINFRIED HÄUSER *et. al.*, 2013). Sendo o TEPT um potencial fator de risco na FM e vice-versa. Ambas as condições comorbidades encontram-se intimamente ligadas ao fator de risco em comum, o trauma precoce.

Um trabalho americano publicado em 2005 (CICCONE *et. al.*, 2005) comparou um grupo de mulheres com FM e um grupo controle saudável e concluiu que mulheres com FM abusadas sexualmente tinham um aumento na comorbidade com TEPT e que mulheres que sofrem abuso sexual na infância têm 3,1 vezes mais chances de desenvolver fibromialgia.

Quadros depressivos também aparecem com alta comorbidade com a fibromialgia, assim como no TEPT. A prevalência de depressão na FM chega a 65% ao longo da vida (J.S. Løge-Hagen *et. al.*, 2019). Assim como o TEPT e a FM, a depressão apresenta forte correlação com o trauma na infância, sobretudo, negligência, abuso emocional e abuso físico (MANDELLI *et. al.*, 2015). Portanto, o trauma precoce se apresenta como um fator de risco compartilhado entre a FM e a depressão, apresentando alta prevalência em ambos (FIETTA *et. al.*, 2007).

Além das associações de alta prevalência entre trauma precoce e FM, outros trabalhos concluíram que pacientes com FM que sofreram trauma na infância são mais propensas a desenvolverem um quadro clínico mais grave que as pacientes com FM que não relataram história de trauma precoce (FILLIPON, 2013; NELSON *et. al.*, 2017; CICCONE *et. al.*, 2005; DELL'OSSO *et. al.*, 2011). Os sintomas que se mostraram mais intensos nesses pacientes com

FM que sofreram trauma na infância são os sintomas depressivos e ansiosos e o prejuízo na funcional.

4 METODOLOGIA

O projeto realizado para o desenvolvimento dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Número do Parecer: 4.787.792), de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki (1964).

4.1 Tipo de estudo

Esse estudo é uma pesquisa de delineamento transversal, analítico, com abordagem quantitativa.

4.2 Local

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes acompanhados no setor de Medicina da dor do Ambulatório geral do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

4.3 Participantes

As participantes foram recrutadas no serviço de Medicina da dor do ambulatório geral do HUPAA, onde estavam realizando tratamento com diagnóstico de fibromialgia estabelecido, realizado por médica especialista em dor que as acompanham. Após o convite para participar da pesquisa, as mulheres que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde estavam descritas todas as informações acerca da pesquisa a ser realizada.

4.4 Critérios de inclusão

- Pacientes em tratamento no ambulatório de medicina da dor no HUPAA;
- Sexo feminino;
- Idade entre 18 e 65 anos;
- Diagnóstico de FM realizado por médico especialista através dos critérios da American College of Rheumatology (ACR), 2010;
- Assinatura do TCLE concordando em participar da pesquisa.

4.5 Critérios de exclusão

- Pacientes com neoplasias em estadiamento avançado;
- Déficit cognitivo grave que claramente comprometa a entrevista;
- Retirada do consentimento livre e esclarecido.

4.6 Amostragem

Não probabilística, por conveniência e consecutiva durante período da coleta dos dados, resultando em 50 participantes, selecionadas após critérios de inclusão e exclusão e assinatura do TCLE. Todas as convidadas aceitaram participar da pesquisa em questão. Importante ressaltar que houve uma interrupção de todos os serviços do ambulatório geral do HUPAA durante 8 meses devido à pandemia da COVID-19. As entrevistas iniciaram após retorno das atividades ambulatoriais mesmo durante a pandemia, porém, não foi possível marcar entrevistas exclusivas para a pesquisa, devido aos riscos sanitários desse momento. Então, as pacientes eram convidadas a participar do estudo durante a consulta de rotina, previamente agendada, para minimizar as aglomerações durante o período pandêmico. Esta situação gerou prejuízo na agilidade da coleta dos dados e, portanto, resultou em um menor número de participantes na pesquisa.

4.7 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação clínica das pacientes foram escolhidos com o intuito de confirmar o diagnóstico em fibromialgia e avaliar a gravidade dos sintomas e funcionalidade dos participantes, bem como pesquisar adversidades precoces na vida, ou seja, história de traumas antes dos 18 anos de idade.

4.7.1 Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE B)

Este questionário foi criado pelos pesquisadores com o intuito de caracterizar a amostra com dados individuais de todas as participantes, como: idade; estado civil; escolaridade em anos concluídos; hábitos de vida (tabagismo, etilismo); comorbidades; início dos sintomas; tempo de diagnóstico, tratamentos não-farmacológicos, dentre eles: acupuntura, fisioterapia motora, psicoterapia e atividade física regular e farmacológicos, apresentando os principais fármacos utilizados no tratamento da fibromialgia, como antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina e antidepressivos duais, além de anticonvulsivantes, analgésicos opioides, analgésicos simples não opioides, anti-inflamatórios não hormonais e miorrelaxantes.

4.7.2 Instrumento diagnóstico na FM-ACR 2010 (ANEXO A)

Os critérios diagnósticos da ACR 2010 (WOLF *et. al.*, 2010) (ANEXO A) foram utilizados para confirmar o diagnóstico de fibromialgia em todas as participantes, apesar de todas já estarem com diagnóstico feito anteriormente e descritos em prontuário, e estarem em tratamento no ambulatório de dor (HUPAA- UFAL).

A Escala diagnóstica de FM, de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) 2010, tem pontuação máxima no escore total de 31 e avalia: 1) Dor generalizada através do índice de dor generalizada (WPI) que mensura a quantidade de áreas dolorosas em todo o corpo do paciente; 2) Escore de gravidade dos sintomas: avalia a intensidade da fadiga, sono não reparador, sintomas cognitivos e sintomas somáticos.

Os pacientes fecham diagnóstico para FM se contemplam os critérios abaixo, segundo a ACR (2010):

- 1) WPI maior ou igual a 7 e SS maior ou igual a 5 ou WPI entre 3 e 6 mais um escore da escala SS maior ou igual a 9;
- 2) Os sintomas estão presentes em um nível semelhante há pelo menos 3 meses;
- 3) O paciente não é portador de doença que, de outra forma, justifique a dor.

4.7.3 Questionário sobre o impacto da fibromialgia (QIF) (ANEXO B)

Foi utilizada a versão brasileira do FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) (MARQUES *et. al.*, 2006) para avaliar funcionalidade e qualidade de vida das participantes. Este questionário apresenta sessões que avaliam desde funcionalidades como fazer compras, lavar roupa, cozinhar, limpar a casa e visitar parentes, além de faltas ao trabalho e, se a paciente se sentiu bem na última semana, bem como a intensidade da dor, fadiga, sono restaurador, rigidez matinal, ansiedade e depressão. As escalas contidas no QIF variam de 0 a 10, e o escore máximo é 100. Quanto maior o escore total do questionário, maior o impacto da doença na funcionalidade e qualidade de vida do paciente.

4.7.4 Escala visual analógica (Visual Analogue Scale- VAS) (ANEXO C)

A Escala Visual Análoga (EVA) ou VAS é utilizada como instrumento para avaliar a intensidade da dor física na atualidade. É uma escala contínua em uma régua de 10 cm, onde 0 equivale a nenhuma dor e 10 equivale a pior dor possível descrita pelo paciente. O examinador ou pesquisador solicita que o paciente/participante da pesquisa indique qual melhor representação da sua dor atual na escala VAS. (SUNG, WU, 2018).

4.7.5 Inventário de depressão de Beck (BDI II) (ANEXO D)

Foi utilizado o Inventário de depressão Beck II, com validação em português na versão brasileira (GOMES-OLIVEIRA *et. al.*, 2012). Este instrumento avalia a intensidade e gravidade dos episódios depressivos. Apresenta 21 itens de múltipla escolha, relacionados aos sintomas depressivos desde tristeza, apatia, desesperança, irritabilidade, vontade de chorar, além de sentimento de culpa ou de estar sendo punido, também, sintomas físicos como fadiga, inapetência, perda de peso e diminuição da libido. Cada item é composto por quatro opções, com pontuação em escala ordinal de 0 a 3. Os escores mais elevados representam maior intensidade e gravidade dos sintomas depressivos. Escore menor que 10 equivale a não depressão ou depressão mínima; escore entre 10 e 18 equivale à depressão leve; escore entre 19 e 29 equivale à depressão moderada a grave e escores a partir de 30 equivalem à depressão grave (BECK, 1996).

4.7.6 Escala de dor psicológica (Psychache Scale) (ANEXO E)

É uma escala de autoavaliação ou autorrespostas composta por 13 itens, que avaliam especificamente dor psicológica, não tendo relação com a dor física. Cada resposta corresponde a uma pontuação numa escala likert de 5 pontos. As 9 primeiras respostas avaliam a frequência da dor e as 4 últimas respostas avaliam a intensidade da dor de acordo com a concordância e, quanto maior os valores, maiores os níveis de dor psicológica. A pontuação máxima é 65 pontos (CAMPOS, HOLDEN, 2015).

4.7.7 Inventário de autoavaliação de trauma precoce: Versão reduzida (ETISR-SF) (ANEXO F)

Para avaliação de trauma precoce, foi utilizada a versão brasileira do ETISR-SF (OSORIO *et. al.*, 2013), originalmente proposto por Bremner (*et. al.*, 2009) sendo validado posteriormente em outros idiomas. Esse questionário avalia 27 itens divididos em 4 dimensões, que precisam ter sido acontecidas até os 18 anos do participante. São eles: trauma geral (perguntas como: acidentes, tragédias naturais, doenças graves consigo ou com familiares próximos, testemunho de assassinatos ou cenas de extrema violência em ambiente domiciliar, convívio com familiares próximos portadores de doença mental grave ou/e usuários de drogas); abuso físico (agressões físicas como chutes, socos, tapas ou outros tipos de tortura física), abuso emocional (negligência dos pais, frieza, falta de carinho e atenção, ridicularização por outros) e abuso sexual de qualquer natureza, desde estupro consumado a tocar em partes íntimas sem consentimento. Todos os itens são pontuados em uma escala dicotômica (sim/não).

4.8 Procedimentos

Todas as entrevistas foram realizadas por médica especialista em dor, assistente do serviço de Medicina da Dor do HUPAA-UFAL e pesquisadora nesse projeto. Aconteceram em consultórios onde as pacientes já estavam sendo atendidas para as consultas de rotina e somente estavam presentes na sala a participante a médica pesquisadora. A entrevista durava aproximadamente 30 minutos cada. Todas as dúvidas em relação às perguntas dos questionários foram esclarecidas pela pesquisadora, que esteve durante todo o período da entrevista junto às participantes.

Além dos critérios diagnósticos da ACR 2010, novamente realizados no momento da coleta de dados para confirmação diagnóstica de fibromialgia, foram utilizados os seis instrumentos de avaliação, descritos no item acima, para entrevista com todas as participantes.

4.9 Análise Estatística

Os dados foram analisados pelo software SPSS 22. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva da amostra com resultados em números absolutos e porcentagens. Em seguida, foi realizada análise da distribuição da amostra, através do teste de Shapiro Wilk. As variáveis contínuas com distribuição não normal foram analisadas pelo teste U de Mann – Whitney para comparação de médias entre os grupos. As correlações entre duas variáveis numéricas foram realizadas pelo teste de correlação de Spearman. As associações entre variáveis categóricas foram realizadas pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. Foi considerado significativo o teste com intervalo de confiança de 95% válido e valor de $p < 0,05$.

PRODUTOS

Early trauma, psychological pain and depressive symptoms in women with fibromyalgia, submetido segundo as normas da revista *Psychological Medicine*.

Early trauma, psychological pain and depressive symptoms in women with fibromyalgia.

Introduction: Early trauma has been associated with changes in pain modulation and greater psychological distress in adults, and has a high prevalence in people with fibromyalgia. The clinical entity psychological pain is related to high levels of hopelessness, and is prevalent in people who have suffered childhood trauma. This study investigates psychological pain in people with fibromyalgia who have suffered early life adversities. **Methods:** A cross-sectional study carried out at the pain clinic of the general outpatient clinic of Professor Alberto Antunes University Hospital of the Federal University of Alagoas, Maceió, Brazil. Data collection took place through validated instruments: 1) American College of Rheumatology diagnostic criteria for FM (ACR, 2010); 2) Visual analogue pain scale (VAS); 3) Beck's Depression Inventory (BDI II); 4) Psychache Scale; 5) Early Trauma Inventory Self Report - Short Form (ETISR-SF). **Results:** Fifty women with FM were interviewed, 33 (66%) reported a history of general trauma, 36 (72%) of physical abuse, 33 (66%) of emotional abuse, and 25 (50%) of sexual abuse. BDI II and Psychache Scale scores were worse in fibromyalgia patients with a history of early trauma ($p < 0.01$; $p < 0.01$, respectively) compared to those without a history of trauma. There was a positive correlation between the intensity of the history of early trauma with greater severity of depressive symptoms and psychological pain ($p < 0.05$). **Conclusion:** History of early trauma is common in women with FM and is associated with a worse psychological profile and, therefore, should be systematically investigated in this population.

Keywords: fibromyalgia; childhood trauma; chronic pain; psychache

INTRODUCTION

Fibromyalgia (FM) is a chronic pain syndrome that mostly affects adult women (18-55 years old). FM is characterized by generalized musculoskeletal pain, often accompanied by fatigue, non-restorative sleep, mild cognitive disorders, anxiety, and depression. There is no sustainable evidence of abnormalities in complementary exams, imaging, laboratory or tissue and muscle dysfunctions; therefore, the diagnosis

is exclusively clinical, performed by the diagnostic criteria defined by the American College of Rheumatology (ACR) (Wolfe et al., 2010; Clauw, 2014). FM has a prevalence of approximately 2.5% in the Brazilian population; 5% in American women; and 4.7% in the European population. And, estimated at 2% to 8% of the world population (Souza & Perissinotti, 2018; Clauw, 2014).

The etiology and pathophysiology are not well understood. Some authors question the organic role of the disease and suggest that this syndrome may have more psychogenic or psychosomatic characteristics (Blumer & Heilbronn, 1982). Other analyzes have reported that FM seems to be a deregulation in pain modulation, characterized by central sensitization, which causes hypersensitivity to the painful stimulus, in addition to its maintenance without a new triggering stimulus (Goldenberg, 1987; Afari et al., 2014).

Studies have approached central sensitization as a justification for the onset of FM symptoms, however, without clear evidence of how they arise and what the cause of this condition in these patients may be (Staud, Price, Robinson, Mauderli, & Vierck, 2004). One study concluded that experimentally induced pain in FM patients requires significantly less and less frequent painful stimuli than the healthy control group, that is, the group of fibromyalgia patients had a lower pain threshold and greater sensitivity to nociceptive, thermal and pressure stimuli. (Petzke, Clauw, Ambrose, Khine, & Gracely, 2003).

Such studies indicate that FM is closely related to central sensitization, so most current treatment guidelines recommend the use of centrally acting drugs such as antidepressants and anticonvulsants in an attempt to reduce this abnormal condition in pain modulation at the central nervous system level, as such drugs act on neuronal receptors, inhibiting pain transmission (Woolf, 2011).

In this sense, researchers (Lutz, Courtet, & Calati, 2020) have been investigating causes that might be related to changes in pain modulating pathways, such as the opioid pathway, responsible for both physical and psychological pain modulation. According to these studies, events such as social exclusion and childhood trauma seem to cause greater pain sensitization and less resilience. In these cases, these patients would have a decrease in physical and psychological pain threshold, presenting a greater tendency to this condition.

Other studies have also shown the relationship of early trauma with an impact on the expression of genes that change the response of the Hypothalamus-Pituitary-

Adrenal (HPA) axis causing dysfunction in peripheral neurons and in the dorsal horn of the spinal cord, and in the central neuropeptides, leading to an abnormal nociceptive input in the brain responsible for a maintenance of pain in patients with FM (Beggs, Currie, Salter, Fitzgerald, & Walker, 2012; Schwaller & Fitzgerald, 2014). Early trauma has also been associated with flattened diurnal cortisol slopes in patients with FM, suggesting a dysregulation of the neuroendocrine axis (Weissbecker, Floyd, Dedert, Salmon, & Sephton, 2006; Yeung, Davis, & Ciaramitaro, 2016).

The prevalence of early trauma in FM is high, ranging from 21% to 71% (Olivieri, Solitar, & Dubois, 2012; Nelson et al., 2017; Taylor, Trotter, & Csuka, 1995; Boisset-Pioro, Esdaile, & Fitzcharles, 1995). This variation is wide due to the different methodologies used in the studies, such as different instruments for tracing the history of trauma, or the investigation of a specific early trauma, such as, for example, sexual abuse or childhood neglect.

The literature describes an association of early trauma with greater severity in the clinical manifestations and functional impairment of patients with FM (Afari et al., 2014, Ciccone, Elliott, Chandler, Nayak, & Raphael, 2005; Dell'osso et al., 2011; Winfried et al., 2013; Filippon, Bassani, Aguiar, & Ceitin, 2013; Nelson et al., 2017).

A recent study (Kizilkurt, Demirkan, Giynas, & Güleç, 2021) showed a positive correlation between early trauma and symptom severity in FM and a negative correlation between the psychological resilience scale and clinical severity in these patients undergoing childhood trauma. This data possibly evidences the psychological aspect as a determinant in coping with the disease and prognosis.

Despite relevant data pointing to an association between early trauma and symptom severity in patients with FM, the clinical entity of psychological pain in these patients has not yet been investigated, even though it is a significant clinical aspect related to higher levels of severity of depressive symptoms, high levels of hopelessness and suicidal behavior (Shneidman, 1993).

In addition, psychological pain has also been associated with childhood trauma related to frustrated belonging, the feeling of burden in childhood and less resilience and psychological illness in adults (Schilling, Weidner, Schellong, Joraschky, & Pöhlmann, 2015). Therefore, psychological pain seems to be a promising feature to be observed in the analysis of the clinical and psychological profile of FM patients who have suffered early trauma as high levels of mental suffering directly affect functionality and coping with the disease.

METHODOLOGY

Cross-sectional study with a quantitative approach developed with women followed up in the Pain Clinic of the General Outpatient Clinic of Professor Alberto Antunes University Hospital (PAAUH), of the Federal University of Alagoas (UFAL), Maceió, Brazil. Participants were recruited from the Pain Clinic where they were undergoing treatment for fibromyalgia and had a diagnosis established by a pain specialist who follows them. Inclusion criteria were: patients undergoing treatment at the Pain Clinic at PAAUH; women; age between 18 and 65 years; diagnosis of FM performed by a specialist using the American College of Rheumatology (ACR) 2010 criteria; signature of the Consent Term. Exclusion criteria were: patients with advanced stage neoplasms; severe cognitive deficit that would clearly jeopardize the interview; refusal to consent. Sampling was non-probabilistic, for convenience and consecutive during the data collection period, resulting in 50 participants.

Assessment instruments

The patients' clinical assessment instruments were chosen in order to confirm the diagnosis of fibromyalgia and assess the severity of depressive symptoms, physical pain and psychological pain, in addition to investigate early life adversities, that is, a history of trauma before 18 years old. A sociodemographic and clinical questionnaire developed by the researchers was used to characterize the sample with individual data. The diagnostic instrument ACR 2010 (WOLFE et al, 2010) was used for FM diagnostic confirmation. The Visual Analog Scale (VAS) was used as an instrument to assess the intensity of current physical pain (Sung & Wu, 2018).

The Beck's Depression Inventory (BDI II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) Brazilian validated version (Gomes-Oliveira, Gorenstein, Lotufo Neto, Andrade, & Wang, 2012) was used to assess intensity of depressive symptoms. The Psychache Scale was also used, a self-assessment or self-response scale composed of 13 items, which specifically assess psychological pain, not related to physical pain. The higher the values, the higher the levels of psychological pain (Campos, Holden, & Gomes, 2019).

Finally, the Early Trauma Inventory Self Report - Short Form (ETISR-SF), Brazilian version of the ETISR-SF (Osório et al., 2013), originally proposed by Bremner, Bolus, & Mayer (2007) was provided to the participants to collect their history

of early trauma (up to 18 years old). The types of assessed trauma are: General trauma (questions such as: accidents, natural tragedies, serious illness with them or close family members, witnessing murders or scenes of extreme violence in home setting, living with close family members with severe mental illness or/and drug users); Physical abuse (physical assaults such as kicking, punching, slapping or other types of physical torture), Emotional abuse (parental neglect, coldness, lack of affection and attention, ridicule by others) and Sexual abuse of any kind, from rape to touching in intimate parts without consent. All items are scored on a dichotomous scale (yes/no).

Procedures

All the interviews were carried out by a specialist in pain, an assistant at the Pain Clinic at PAAUH-UFAL and researcher in this project. They took place in practices where patients were already being seen for routine appointments and only the participants and the researcher were present in the room. The interviews lasted approximately 30 minutes each. In addition to the ACR 2010 diagnostic criteria, again performed at the time of data collection to confirm the diagnosis of fibromyalgia, the assessment instruments described in the item above were used to interview all the participants.

Statistical analysis

Data were analyzed using SPSS 22 software. Initially, a descriptive analysis of the sample was performed with results in absolute numbers and percentages. Then, an analysis of the sample distribution was performed using the Shapiro Wilk test. Continuous variables with non-normal distribution were analyzed using the Mann-Whitney U test to compare means between groups. Correlations between two numerical variables were performed using Spearman's correlation coefficient test. Associations between categorical variables were performed using Pearson's chi-square test. The test with a valid 95% confidence interval and p-value < 0.05 was considered significant.

Ethical issues

The project carried out for the development of this research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas (Review Number: 4,787,792).

RESULTS

The total sample consisted of 50 women diagnosed with FM by the ACR. Participants' mean age was 49.84(\pm 8.25). As for the diagnosis, performed according to the ACR 2010 criteria, the mean total score in the sample was 20.04(\pm 4.17), six points above the necessary for the FM diagnosis. The mean number of years from the onset of symptoms was 9.40 years, while the mean number of years from the diagnosis was 3.67 years.

It was observed that 84% (42 women) of the sample reported at least one type of trauma, without specifying the type and/or intensity. Regarding the types of early trauma, the General Trauma category (accidents, diseases, loss of loved ones, natural tragedies, witnessing violence, among others) was prevalent at 66% (33 women) in the general sample; physical abuse had a prevalence of 72% (36 women); emotional abuse was prevalent in 66% (33 women) and sexual abuse was prevalent in 50% (25 women) of the sample.

Tables 1, 2, 3 and 4 show a comparative analysis between groups with a history of trauma and groups without a history of trauma: general trauma, physical abuse, emotional abuse and sexual abuse, respectively. The Mann-Whitney U test was used for independent samples and a significance level <0.05 . These tables show the medians, the maximum and minimum scores of each group in relation to the researched clinical characteristics: depressive symptoms (BDI II), physical pain (VAS) and psychological pain (Psychache Scale). Across all clinical parameters, the higher the score, the more severe the symptoms.

Tables 1, 2 and 3 show that, in the BDI II and Psychache Scale parameters, the groups with the presence of general trauma, physical abuse and emotional abuse, respectively, presented higher maximum scores in comparison with the maximum scores of the groups without trauma. In the statistical analysis, a p value <0.05 was verified in the parameters BDI II and Psychache Scale.

The comparative analysis between groups with and without early sexual abuse is shown in Table 4. It was evidenced, in all clinical parameters, higher maximum scores in the group in which sexual abuse is present. Statistical analysis shows p value <0.05 in clinical parameters BDI II, VAS and Psychache Scale. Respectively, $p=0.000$, $p=0.018$, $p=0.000$. The group with the presence of sexual abuse was the only type of early trauma showing a significant association with greater intensity of physical pain (VAS).

Table 5 shows the correlation between the intensity of the types of early trauma (general trauma, physical abuse, emotional abuse, sexual abuse) assessed by the ETISR-SF questionnaire with the intensity of symptoms assessed in the BDI II, VAS and Psychache Scale questionnaires. Spearman's correlation was used for this analysis. The results show that in all types of trauma there is a directly proportional correlation with the clinical parameters analyzed, that is, the more intense the type of trauma, the more severe the symptoms. Depressive symptoms (BDI II) and psychological pain had strong correlations ($r > 0.50$), and physical pain had a weak correlation ($r < 0.50$). In all assessed parameters $p \text{ value} < 0.05$.

DISCUSSION

The history of early trauma in the total sample has a high prevalence in all types of early trauma, general trauma (66%); physical (72%); emotional (66%); and sexual (50%). And, it shows that 84% of the participants report at least one trauma event in childhood, corroborating studies in the literature that reveal a high association between FM and adversities in early life (Filippon et al., 2013; Nelson et al., 2017, Taylor, Trotter, & Csuka, 1995).

These results strengthen the discussion that high levels of adversity in childhood can change the reactivity of the adult organism to various stressors, causing permanent physiological changes and leading to a permanent change in the modulation of pain until adulthood (Fitzgerald, 2005) suggesting, moreover, that early trauma may be a risk factor for fibromyalgia (Low & Schweinhardt, 2012, Bartholomeusz, Callister, & Hodgson, 2013).

On the other hand, researchers (Kizilkurt et al., 2021) question the role of resilience as a determinant for the clinical outcome of an adult patient who has suffered adversities in early life, with the resilience scale being inversely proportional to the clinical severity of the patient with FM who suffered early trauma. Some studies also show that the traumatic event in childhood can cause a decrease in resilience in the adult individual, causing greater difficulty in coping with stressful events in adult life (Lutz et al., 2020).

Studies have shown that important neurobiological substrates such as monoaminergic, opioid, endocannabinoid and immunological systems have an important impact on functioning, especially through epigenetic mechanisms, related to

adversities in early life, leading to a greater susceptibility for chronic pain and psychiatric disorders (Burke, Finn, Mcguire, & Roche, 2017).

Several investigations carried out in recent decades have demonstrated the association of early trauma to the outcomes of mental illness in adults, such as depression; post-traumatic stress disorder; generalized anxiety disorder; chemical dependency; in addition to other syndromes such as migraine; chronic pain, especially fibromyalgia; chronic fatigue syndrome and cognitive impairment (Mackes et al., 2020; Kempke et al., 2015; Tietjen et al., 2010; Wildom, Dumont, & Czaja, 2007).

As for history of early trauma, FM and depression, the results of this research showed that patients who had a history of early trauma were 20.4 times more likely to have depression. All sample participants who had moderate to severe depressive symptoms reported a history of trauma. These data strengthen the hypothesis that early trauma is a shared risk factor between FM and depression, with a high prevalence in both (Fietta, Fietta, & Manganelli, 2007). Similarly to FM, depression has a strong correlation with childhood trauma, especially neglect, emotional abuse and physical abuse (Mandelli, Petrelli, & Serretti, 2015).

In the comparative analysis of depressive symptoms measured by the BDI II, all groups with the presence of trauma (general trauma, physical, emotional and sexual abuse) showed greater severity of depressive symptoms with statistical significance ($p < 0.005$). This result is consistent with the literature which demonstrates the association of early trauma to a more severe clinical profile in patients with FM, in addition to a greater comorbidity with depression and other psychiatric disorders (Ciccone et al., 2005; Dell'osso et al., 2011; Winfried et al., 2013; Filippon et al., 2013; Nelson et al., 2017).

Regarding the presence of depressive symptoms, a prevalence of 74% in the total sample was also verified, from scores above 13 on the BDI-II (Beck et al., 1996). When assessing the prevalence of moderate to severe depression (scores above 19 points on the BDI II), the result was 38%, with all these women belonging to the group with a history of early trauma. These findings corroborate studies that show the association of depression with FM. In a recent meta-analysis, from 11 eligible studies, it was found that the prevalence of current depressive episode in FM was 25%, with a lifetime prevalence of 65%, with results ranging between 59% and 71% (Løge-Hagen et al., 2019). Among the analyzed papers in this metanalysis, there is an association between FM and depression with significant prevalence from 35% (Thieme, Turk, &

Flor, 2004) to 65% (Gelonch, Garolera, Valls, Rosselló, & Pifarré, 2017) varying according to the instruments used for diagnosis.

Despite the association between FM and psychiatric disorders in patients with a history of early trauma discussed in recent decades, no studies were found in the literature that used the parameter Psychological pain, assessed through the Psychache Scale instrument, in research with patients with FM.

It is known that the prevalence of suicidal behavior is higher in people with FM in comparison with the general population (Gill et al., 2021). In the study by Campos et al. in 2019, the Psychache Scale scores in suicide attempters was 32.4, that is, people with suicidal behavior had high levels of psychological pain. In this present research, the mean score on the Psychache Scale of women with fibromyalgia and a history of early trauma was above 37.7, that is, equivalent and even more intense than the individuals with suicidal behavior demonstrated in Campos's research. The Psychache Scale is a commonly used instrument in patients with suicidal behavior and, therefore, its use in populations that present high rates of suicidal behavior, such as the fibromyalgia population, is relevant.

This research showed that patients who reported early, general, physical, emotional and sexual trauma had significantly higher rates of psychological pain compared with groups without a history of trauma ($p < 0.005$). In addition, psychological pain was the clinical parameter assessed in this research that presents the greatest strength in the positive correlation between the groups of women with FM and a history of early trauma (Table 5), that is, the more intense the trauma, the more intense the psychological pain.

High levels of psychological pain found in participants who had a history of early trauma reported in this research corroborate studies that demonstrate the association of early trauma with suicide risk, as psychological pain is closely related to suicidal behavior and high levels of hopelessness (Schilling et al., 2015; Shneidman, 1993). The knowledge of this association, psychological pain in patients with FM who suffered early trauma, allows new forms of therapeutic approach in order to overcome the event causing mental suffering that seems to be crucial for a better prognosis of the patient with FM.

Physical pain (VAS), also assessed in comparative analysis tables between groups with and without a history of trauma, did not show a significant difference between most groups with trauma (general trauma, physical abuse and emotional

abuse) and groups without trauma, as seen in related studies (Filippon et al., 2013). There was only a significant difference in the intensity of physical pain in the group with a history of sexual trauma ($p < 0.05$). Ciccone et al. published in 2005 that the history of early sexual abuse leads to a three times greater chance of developing fibromyalgia. In addition, these studies demonstrate greater severity of FM symptoms in patients who suffered early sexual abuse, in line with the result of the present study, which showed a strong correlation in the presence of this type of trauma with greater severity in all assessed parameters: physical pain, psychological pain, depressive symptoms. In addition to these data, it was also evidenced that patients who reported a history of early sexual abuse were 13.03 times more likely to have severe depression ($BDI II \geq 19$) (Pearson's X^2 : 14.35, p value < 0.001 . Odds Ratio: 13.03).

In the results of correlations between trauma and the clinical profile of the patient with FM (Table 5), it was observed that the more intense the early trauma, the more severe the FM symptoms in all assessed parameters (depressive symptoms in the BDI II, physical pain in the VAS and psychological pain). It was evidenced that all types of trauma presented a positive correlation with the intensity of the related clinical aspects.

In the Spearman's correlation, used in the analysis of the data in table 5, it was possible to evidence strong positive correlations, that is, closer to 1 (Sousa, 2019), both in the severity of depressive symptoms (BDI II) and in Psychological pain (Psychache Scale) (Spearman $\rho > 0.500$; $p < 0.001$). Physical pain (VAS) showed a weak correlation (Pearson's $\rho < 0.500$, $p < 0.05$).

In addition, the results of this research also revealed that the more types of early trauma reported by the patient with FM, the more severe their symptoms. These results corroborate related study that showed the more intense and more types of childhood trauma, the greater the clinical impact and severity of symptoms in FM (Filippon et al., 2013; Nelson et al., 2017, Ciccone et al., 2005; Dell'osso et al., 2011).

CONCLUSION

The prevalence of early trauma in fibromyalgia is high and has a strong correlation with the severity of depressive symptoms and psychological pain. Physical pain had a weak or moderate correlation with types of early trauma, and was associated only with early sexual abuse.

Psychological pain assessed by the Psychache Scale was the characteristic that showed the greatest association and strong correlation with all types of trauma, showing high levels in fibromyalgia patients with a history of early trauma. This data reinforces the probable association of suicidal behavior in the population with FM.

The intensity of early trauma correlates with the severity of symptoms in FM, as well as the more types of early trauma present in the patients, the more severe the clinical profile.

LIMITATIONS

This research and the related papers that assess the association of early trauma with the clinical profile of patients with FM are cross-sectional studies, therefore, it is not possible to prove a cause-effect relationship between early trauma and FM. However, it is possible to claim an association between them.

Furthermore, it is not possible to overcome the bias of memories common in cross-sectional studies that investigate facts from the past, as seen in this work. However, none of the participants reported a complaint of lack of memory or confusion regarding the questions related to the past, perhaps because of the great impact that the history of the trauma had on them.

Another limitation registered in the study is the fact that the research took place during the COVID-19 pandemic. This may have contributed, perhaps, to more severe symptoms by the patients. However, it is not possible to confirm this statement as we do not have previous data from this sample. Thus, a possibility for further research is to compare these two moments, during and after the pandemic. It is the purpose of the researchers to increase the sample of this research.

Finally, we propose a qualitative study to investigate external factors and not only predicted factors in the clinical parameters addressed in this research, in order to seek more therapeutic options to reduce the impact of FM in women, and support public policies in this context.

Table 1

Clinical Characteristics of Women with Fibromyalgia Seen at the Pain of PAAUH-UFAL according to the presence or absence of early trauma (General trauma)

Variable	Presence of Trauma (General) N:33			Absence of Trauma (Gerais)N:17			Statistical Analysis	
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	Mann-Whitney U*	p value
BDI II^a	20.0	6.0	46.0	13.0	8.0	19.0	88.5	0.000
VAS^b	8.0	5.0	10.0	8.0	5.0	9.0	221.0	0.207
Psychache Scale	39.0	18.0	58.0	20.0	13.0	39.0	66.5	0.000

Note. Data collected by the authors in 2021.

* Mann-Whitney U test of independent samples. Significance level 0.05.

a Beck Depression Inventory II.

b Visual analogue scale for physical pain.

Table 2

Clinical Characteristics of Women with Fibromyalgia Seen at the Pain Clinic of PAAUH-UFAL according to the presence or absence of physical abuse

Variable	Presence of Physical Trauma N:36			Absence of Physical Trauma N: 14			Statistical Analysis	
	Mediana	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	Mann-Whitney U*	p value
BDI II^a	20.6	6.0	46.0	14.2	8.0	32.0	110.0	0.002
VAS^b	7.9	5.0	10.0	7.5	5.0	9.0	214.0	0.395
Psychache Scale	37.7	17.0	58.0	22.9	13.0	41.0	78.5	0.000

Note. Data collected by the authors in 2021.

* Mann-Whitney U test of independent samples. Significance level 0.05.

a Beck Depression Inventory II.

b Visual analogue scale for physical pain.

Table 3

Clinical Characteristics of Women with Fibromyalgia Seen at the Pain Clinic of PAAUH-UFAL according to the presence or absence of emotional abuse

Variable	Presence of Emotional Trauma N:33			Absence of Emotional Trauma N:17			Statistical Analysis	
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	Mann-Whitney U*	p value
BDI II^a	21.6	7.0	46.0	13.5	6.0	22.0	101.0	0.000
VAS^b	8.0	5.0	10.0	7.4	5.0	9.0	199.0	0.086
Psychache Scale	39.0	17.0	58.0	23.0	13.0	39.0	64.0	0.000

Note. Data collected by the authors in 2021.

* Mann-Whitney U test of independent samples. Significance level 0.05.

a Beck Depression Inventory II.

b Visual analogue scale for physical pain.

Table 4

Clinical Characteristics of Women with Fibromyalgia Seen at the Pain Clinic of PAAUH-UFAL according to the presence or absence of sexual abuse

Variable	Presence of Sexual Trauma N: 25			Absence of Sexual Trauma N:25			Statistical Analysis	
	Median	Minimum	Maximum	Median	Minimum	Maximum	Mann-Whitney U*	p value
BDI II^a	23.1	13.0	46.0	14.6	6.0	31.0	109.5	0.000
VAS^b	8.3	6.0	10.0	7.4	5.0	9.0	195.0	0.018
Psychache Scale	40.4	15.0	58.0	22.6	13.0	43.0	103.5	0.000

Note. Data collected by the authors in 2021.

*Mann-Whitney U test of independent samples. Significance level 0.05.

a Beck Depression Inventory II.

b Visual analogue scale for physical pain.

Table 5

Correlation between early trauma scores from the Early Trauma Inventory Self Report - Short Form (ETISR-SF) and clinical characteristics of women with fibromyalgia treated at the Pain Clinic at PAAUH – UFAL

Variable		General Trauma	Physical Abuse	Emotional Abuse	Sexual Abuse	Total
BDI II^a	r*	.555	.536	.606	.515	.662
	p value	.000	.000	.000	.000	.000
VAS^b	r*	.313	.317	.371	.469	.443
	p value	.027	.000	.001	.008	.001
Psychache Scale	r*	.658	.676	.732	.551	.780
	p value	.000	.000	.000	.000	.000

Note. Data collected by the authors in 2021.

*Mann-Whitney U test of independent samples. Significance level 0.05.

a Beck Depression Inventory II.

b Visual analogue scale for physical pain.

REFERENCES

- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2-11. doi: 10.1097/PSY.000000000000010
- Bartholomeusz, M. D., Callister, R., & Hodgson, D. M. (2013). Altered psychophysiological reactivity as a prognostic indicator of early childhood stress in chronic pain. *Medical Hypotheses*, 80(2), 146-149. doi: 10.1016/j.mehy.2012.11.013
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Retrieved from <http://www.psychvisit.com/Scales/BDI-2.html>
- Beggs, S., Currie, G., Salter, M. W., Fitzgerald, M., & Walker, S. M. (2012). Priming of adult pain responses by neonatal pain experience: maintenance by central neuroimmune activity. *Brain: a journal of neurology*, 135, 404-417. doi: 10.1093/brain/awr288
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. *Journal of nervous and mental disease*, 170(7), 381-406. doi: 10.1097/00005053-198207000-00001
- Boisset-Piolo, M. H., Esdaile, J. M., & Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and rheumatism*, 38(2), 235-241. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.1780380212>
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211-218. doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
- Burke, N. N., Finn, D. P., McGuire, B. E., & Roche, M. (2017). Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and

preclinical evidence and neurobiological mechanisms. *Journal of Neuroscience Research*, 95(6), 1257-1270. doi: 10.1002/jnr.23802

Campos, R. C., Holden, R. R., & Gomes, M. (2019). Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. *Death studies*, 43(8), 527-533. doi: 10.1080/07481187.2018.1493002

Cicccone, D. S., Elliott, D. K., Chandler, H. K., Nayak, S., & Raphael, K. G. (2005). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clinical journal of pain*, 21(5), 378-386. doi: 10.1097/01.ajp.0000149796.08746.ea

Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *Journal of the American Medical Association*, 311(15), 1547-1555. doi: 10.1001/jama.2014.3266

Dell'osso, L.; Carmassi, C.; Consoli, G., Conversano, C., Ramacciotti, C. E., Musetti, L. ... Bazzichi, L. (2011). Lifetime post-traumatic stress symptoms are related to the health-related quality of life and severity of pain/fatigue in patients with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 29(6 Suppl 69), S73-78

Fietta, P., Fietta, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta biomedica*, 78(2), 88-95

Filippon, A. P. M., Bassani, D. G., Aguiar, R. W., & Ceitin, L. H. F. (2013). Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. *Trends Psychiatry Psychother*, 35(1), 46-54

Fitzgerald, M. (2005). The development of nociceptive circuits. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(7), 507-520. doi: 10.1038/nrn1701

Gelonch, O., Garolera, M., Valls, J., Rosselló, L., & Pifarré, J. (2017). Cognitive complaints in women with fibromyalgia: are they due to depression or to objective cognitive dysfunction? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(10), 102-113. doi: 10.1080/13803395.2017.1301391

Gill, H., Perez, C., Gill, B., El-Halabi, S., Lee, Y., Lipsitz, O. ... Rosenblat, J. D. (2021). The prevalence of suicidal behaviour in fibromyalgia patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 108, 110078. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110078

Goldenberg, D. L. (1987). Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. *Journal of the American Medical Association*, 257(20), 2782-2787. doi: 10.1001/jama.257.20.2782

Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-LL in a community/sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(4), 389-394. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.005

Kempke, S., Luyten, P., De Coninck, S., Van Houdenhove, B., Mayes, L. C., & Claes, S. (2015). Effects of early childhood trauma on hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function in patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 52, 14-21. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.10.027

Kizilkurt, Ö., Demirkan, A. K., Giynas, F. E., & Güleç, H. (2021). Effect of childhood trauma on disease severity in patients with fibromyalgia: The mediating role of psychological resilience. *Archives of rheumatology*, 36(4), 538-547. doi: 10.46497/ArchRheumatol.2021.8477

Løge-Hagen, J. S., Sæle, A., Juhl, C., Bech, P., Stenager, E., & Mellentin, A. I. (2019). Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1098-1105. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.001

Low, L. A., & Schweinhardt, P. (2012). Early life adversity as a risk factor for fibromyalgia in later life. *Pain Research and Treatment*, 2012, 140832. doi:10.1155/2012/140832

Lutz, P.-E., Courtet, P., & Calati, R. (2020). The opioid system and the social brain: implications for depression and suicide. *Journal of neuroscience research*, 98(4), 588-600. doi: 10.1002/jnr.24269

Mackes, N. K., Golm, D., Sarkar S., Kumsta, R., Rutter, M., Fairchild, G. ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(1), 641-649. doi: 10.1073/pnas.1911264116

Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry*, 30(6), 665-680. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.04.007

Nelson, S., Cunningham, N., Peugh, J., Jagpal, A., Arnold, L. M., Lynch-Jordan, A., & Kashikar-Zuck, S. (2017). Clinical profiles of young adults with juvenile-onset fibromyalgia with and without a history of trauma. *Arthritis care & research*, 69(11), 1636-1643. doi:10.1002/acr.23192, 2017

Olivieri, P., Solitar, B., & Dubois, M. (2012). Childhood risk factors for developing fibromyalgia. *Open Access Rheumatology*, 4, 109-114. doi: 10.2147/OARRR.S36086

Osório, F. L., Salum, G. A., Donadon, M. F., Santos, L. F., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2013). Psychometrics properties of early trauma inventory self report – short form (ETISR- SR) for the Brazilian context. *PloS one*, 8(10):e 76337. doi: 10.1371/journal.pone.0076337

Petzke, F., Clauw, D. J., Ambrose, K., Khine, A., & Gracely, R. H. (2003). Increased pain sensitivity in fibromyalgia: effects of stimulus type and mode of presentation. *Pain*, 105(3), 403-413. doi: 10.1016/S0304-3959(03)00204-5

Schilling, C., Weidner, K., Schellong, J., Joraschky, P., & Pöhlmann, K. (2015). Patterns of childhood abuse and neglect as predictors of treatment outcome in

inpatient psychotherapy: a typological approach. *Psychopathology*, 48(2), 91-100. doi: 10.1159/000368121

Schwaller, F., & Fitzgerald, M. (2014). The consequences of pain in early life: injury-induced plasticity in developing pain pathways. *European journal of neuroscience*, 39(3), 344-352. doi: 10.1111/ejn.12414

Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 147-149. doi: 10.1097/00005053-199303000-00001

Sousa, Á. (2019). Coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman: o que medem e em que situações devem ser utilizados? *Correio dos Açores*, p. 19. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.3/5365>

Souza, J. B., & Perissinotti, D. M. S. (2018). A prevalência da fibromialgia no Brasil - estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *Brazilian Journal of Pain*, 1(4), 345-348. doi: 10.5935/2595-0118.20180065

Staud, R., Price, D. D., Robinson, M. E., Mauderli, A. P., & Vierck, C. J. (2004). Maintenance of windup of second pain requires less frequent stimulation in fibromyalgia patients compared to normal controls. *Pain*, 110(3), 689-696. doi: 10.1016/j.pain.2004.05.009

Sung, Y. T., Wu, J. S. (2018). The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): a new technique for psychological measurement. *Behavior research methods*, 50(4), 1694-1715. doi: 10.3758/s13428-018-1041-8

Taylor, M. L., Trotter, D. R., & Csuka, M. E. (1995). The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 38(2), 229-234. doi: 10.1002/art.1780380211

Tietjen, G. E., Brandes, J. L., Peterlin, B. L., Eloff, A., Dafer, R. M., Stein, M. R. ... Khuder, S. A. (2010). Childhood maltreatment and migraine (part III): association with

comorbid pain conditions. *Headache*, 50(1), 42-51. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01558.x

Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic medicine*, 66(6), 837-844. doi: 10.1097/01.psy.0000146329.63158.40

Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312-324. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.08.009

Wildom, C. S., Dumont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry.*, 64(1), 49-56. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.49

Winfried, H., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J. ... Glaesmer, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 154(8), 1216-1223.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610. doi: 10.1002/acr.20140

Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2-S15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030

Yeung, E. W., Davis, M. C., & Ciaramitaro, M. C. (2016). Cortisol profile mediates the relation between childhood neglect and pain and emotional symptoms among patients with fibromyalgia. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(1), 87-97. doi: 10.1007/s12160-015-9734-z

5 RESULTADOS

A amostra total foi composta por 50 mulheres, diagnosticadas com FM pelo ACR. Na tabela 1, pode-se verificar a distribuição de variáveis clínicas da amostra. Em relação aos hábitos de vida, somente três mulheres fumavam (6%); uma mulher fazia abuso de álcool (2%); e, apenas quatorze mulheres faziam alguma atividade física (28%). Quase metade das participantes eram hipertensas (44%) e, 18% da amostra geral apresentavam diabetes melito. A média de anos decorridos desde o início dos sintomas foi de 9,40 anos, a média de anos desde o diagnóstico foi de 3,67 anos.

Em relação à comorbidade com depressão, avaliada através da pontuação no Inventário de depressão de Beck (BDI-II), verificou-se uma prevalência de 74%, 37 pacientes da amostra apresentavam, pelo menos, sintomas depressivos leves (BDI II > 13) e 38 % dessas mulheres, apresentavam sintomas depressivos moderados a graves (BDI II > 19).

Quanto ao diagnóstico, realizado pelos critérios da ACR 2010, a média do escore total na amostra foi de 20,04(±4,17), seis pontos acima do necessário para o diagnóstico de FM.

O uso do tratamento farmacológico e não farmacológico está descrito na tabela 2. A maior parte da amostra, quarenta (80%) participantes, relataram o uso de, pelo menos, uma classe de antidepressivos. Trinta e seis mulheres (72%) relataram o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), sobretudo, a fluoxetina e, vinte e sete mulheres (54%) relataram o uso de amitriptilina, antidepressivo tricíclico. A duloxetina, antidepressivo que pertence a classe dos chamados inibidores da recaptção de serotonina-norepinefrina (IRSN) foi usado por apenas 7 participantes. As outras classes de medicamentos mais utilizados pelas mulheres entrevistadas foram: relaxantes musculares, opioides e anticonvulsivantes, respectivamente, 44%, 42% e 36% da amostra.

Em relação ao tratamento não farmacológico, as participantes mostraram baixa adesão. Somente catorze mulheres (28%) praticavam atividade física regular, treze mulheres (26%) faziam reabilitação física com fisioterapia, nove (18%) eram submetidas a tratamento com acupuntura semanal; e, quatro (8%) mulheres realizavam algum tipo de psicoterapia.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas das pacientes com fibromialgia atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA- UFAL

Variáveis		Amostra geral (N=50)
Idade	Média (DP)	49,8 (±8,25)
Anos de estudo	Média (DP)	7,0 (±5,77)
Estado civil		
Com Companheiro	N (%)	29 (58,0)
Sem Companheiro	N (%)	21 (42,0)
Tabagismo	N (%)	3 (6,0)
Etilismo	N (%)	1 (2,0)
Atividade física	N (%)	14 (28,0)
Hipertensão	N (%)	22 (44,0)
Diabetes	N (%)	9 (18,0)
Depressão*	N (%)	37 (74,0)
BDI-II > 19**	N (%)	19 (38,0)
Tempo de sintomas	Média (DP)	9,4 (±6,35)
Tempo de diagnóstico	Média (DP)	3,6 (±3,43)
Escore ACR¹	Média (DP)	20 (±4,17)

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

¹Critérios diagnósticos para FM do Colégio Americano de Reumatologia

²Inventário de Depressão de Beck II

*BDI II > 13 Odds ratio: 20,4

**BDI II > 19 (depressão moderada a grave)

Tabela 2: Tratamento farmacológico e não farmacológico em mulheres com fibromialgia atendidas no serviço de Dor do HUPAA- UFAL

Variáveis	Amostra geral
	N=50
	N (%)
Uso de antidepressivos	40 (80,0)
ISRS¹	36 (78,0)
Tricíclicos	27 (54,0)
Duais	7 (14,0)
Anticonvulsivante	18 (36,0)
Opioide	21 (42,0)
Relaxante Muscular	22 (44,0)
Fisioterapia	13 (26,0)
Acupuntura	9 (18,0)
Psicoterapia	4 (8,0)
Exercício físico regular	14 (28,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2021). ISRS: ¹Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina.

A prevalência do trauma precoce pode ser verificada na tabela 3. Foi observado que 84% (42 mulheres) da amostra relatou pelo menos um tipo de trauma, sem especificação do tipo e/ou da intensidade. Em relação aos tipos de trauma precoce, a categoria Traumas Gerais (acidentes, doenças, perdas de entes, tragédias naturais, presenciar violência contra outros etc.) teve uma prevalência de 66% (33 mulheres) na amostra geral; o abuso físico apresentou prevalência de 72 % (36 mulheres); o abuso emocional teve prevalência de 66 % (33 mulheres) e o abuso sexual foi prevalente em 50 % (25 mulheres) da amostra.

A pontuação das participantes no questionário ETISR-SF é demonstrada na tabela 4. A pontuação máxima para Trauma Precoce (Total) dentre as participantes foi 23, sendo 27 a pontuação máxima da tabela, e a pontuação mínima foi 0. O escore médio entre as participantes foi 7. Para os tipos específicos de Traumas pesquisados, a categoria Traumas Gerais teve pontuação máxima 7 e mínima 0 e a média entre as mulheres entrevistadas foi 2. No abuso físico, a máxima foi 5 e a mínima 0 com média 2. No abuso emocional, a máxima foi 6 e a mínima 0, com média 3. Por fim, o abuso sexual teve pontuação máxima 6 e mínima 0, tendo média 0,5 entre as participantes.

Tabela 3: Prevalência dos tipos de trauma na amostra geral de acordo com o ETISR-SF.
N amostra total =50

Variáveis ETISR-SF	Presença de trauma N (%)	Ausência de trauma N (%)
Trauma precoce total	42 (84 %)	8 (16%)
Traumais Gerais	33 (66%)	17 (34%)
Abuso Físico	36 (72%)	14 (28%)
Abuso Emocional	33 (66%)	17 (34%)
Abuso Sexual	25 (50%)	25 (50%)

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Tabela 4: Análise descritiva da amostra de acordo com o Inventário de autoavaliação de trauma precoce: Versão reduzida (ETISR-SF) *. N=50.

Variáveis (ETISR-SF)	Média	Mínimo	Máximo
Trama Precoce Total	7	0	23
Traumais Gerais	2	0	7
Abuso Físico	3	0	5
Abuso Emocional	2	0	5
Abuso sexual	0,5	0	6

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Nas tabelas 5,6,7 e 8 observa-se uma análise comparativa entre os grupos com história de trauma e os grupos sem história de trauma, sendo traumas gerais, abuso físico, abuso emocional e abuso sexual, respectivamente. Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para amostras independentes e nível de significância $<0,05$. Nessas tabelas, são expostas as medianas, a pontuação máxima e mínima de cada grupo em relação às características clínicas pesquisadas: escores dos critérios diagnósticos da ACR, funcionalidade através do QIF, gravidade dos sintomas depressivos (BDI-II), dor física (EVA) e dor psicológica (Psychache Scale). Em todos os parâmetros clínicos, quanto maior a pontuação, maior a gravidade dos sintomas.

A tabela 5 mostra que, em todos os parâmetros clínicos avaliados (ACR, QIF, BDI-II, Psychache Scale) o grupo com presença de Traumas Gerais apresentou pontuações máximas maiores que as pontuações máximas do grupo ausente de Traumas Gerais. Na análise estatística, foi verificado p valor $<0,05$ no ACR, BDI II e dor psicológica. Respectivamente $p=0,006$; $p=0,000$, $p=0,000$.

Na tabela 6, também é observado que as pontuações máximas no grupo com presença de Abuso Físico são maiores que as pontuações máximas do grupo sem história de abuso físico. A análise estatística mostra p valor $<0,05$ nos parâmetros QIF total, BDI II e dor psicológica. Respectivamente, $p=0,04$, $p=0,002$, $p=0,000$.

Na tabela 7, observa-se uma análise comparativa entre os grupos com presença e ausência de abuso emocional avaliando os mesmos parâmetros clínicos. Foi evidenciado, assim como nos outros tipos de trauma descritos acima, que o grupo que tem história de abuso emocional precoce mostrou pontuação máxima com escores maiores em comparação ao grupo sem trauma em todos os parâmetros. Na análise estatística, observa-se p valor $<0,05$ no ACR, BDI II e dor psicológica. Respectivamente $p=0,038$, $p=0,000$, $p=0,000$.

A análise comparativa entre grupos com presença e ausência de abuso sexual precoce é exposta na tabela 8. Também foi evidenciado, em todos os parâmetros clínicos, pontuação máxima com escores maiores no grupo onde o abuso sexual está presente. A análise estatística mostra p valor $<0,05$ nos parâmetros clínicos ACR, BDI II, EVA e dor psicológica. Respectivamente, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,018$, $p=0,000$. O grupo com presença de abuso sexual foi o único tipo de trauma precoce que demonstrou associação significativa com maior dor física (EVA). Em relação à funcionalidade, avaliada pelo QIF, houve apenas uma tendência de associação ($p=0,06$).

Tabela 5: Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA-UFAL de acordo com a presença ou não de trauma precoce (Traumas gerais)

Variáveis	Presença de Trauma (Gerais)			Ausência de Trauma (Gerais)			Análise Estatística	
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	U de Mann Whitney*	p valor
ACR Total ¹	21,0	14,0	30,0	18,0	14,0	24,0	145,5	0,006
QIF Total ²	74,0	42,0	98,0	64,0	25,0	86,0	189,0	0,061
BDI II ³	20,0	6,0	46,0	13,0	8,0	19,0	88,5	0,000
EVA ⁴	8,0	5,0	10,0	8,0	5,0	9,0	221,0	0,207
Dor Psicológica	39,0	18,0	58,0	20,0	13,0	39,0	66,5	0,000

Fonte: Dados da pesquisa (2021) *Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes. Nível de significância é 0,05. ¹Crterios diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia; ²Questionário sobre o impacto da FM – Escore total; ³Inventario de depressão de Beck II. ⁴Escala visual Analógica para dor.

Tabela 6: Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA-UFAL de acordo com a presença ou não de abuso físico

Variáveis	Presença de Trauma Físico			Ausência de Trauma Físico			Análise Estatística	
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	U de Mann Whitney*	p valor
ACR Total¹	20,6	14,0	30,0	18,5	14,0	28,0	176,0	0,090
QIF Total²	71,8	42,0	98,0	61,9	25,0	86,0	158,0	0,040
BDI II³	20,6	6,0	46,0	14,2	8,0	32,0	110,0	0,002
EVA⁴	7,9	5,0	10,0	7,5	5,0	9,0	214,0	0,395
Dor	37,7	17,0	58,0	22,9	13,0	41,0	78,5	0,000
Psicológica								

Fonte: Dados da pesquisa (2021). *Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes. Nível de significância é 0,05. ¹Crerios diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia; ²Questionário sobre o impacto da FM – Escore total; ³Inventário de depressão de Beck II. ⁴Escala visual Analógica para dor.

Tabela 7: Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA-UFAL de acordo com a presença ou não de abuso emocional

Variáveis	Presença de Trauma Emocional			Ausência de Trauma Emocional			Análise Estatística	
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	U de Mann Whitney	p valor
ACR Total	21,0	14,0	30,0	18,1	14,0	24,0	179,5	0,038
QIF Total	72,2	42,0	98,0	62,7	25,0	87,0	189,0	0,061
BDI II	21,6	7,0	46,0	13,5	6,0	22,0	101,0	0,000
EVA	8,0	5,0	10,0	7,4	5,0	9,0	199,0	0,086
Dor	39,0	17,0	58,0	23,0	13,0	39,0	64,0	0,000
Psicológica								

Fonte: Dados da pesquisa (2021). *Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes. Nível de significância é 0,05. ¹Crerios diagnósticos do Colégio Americano de Reumatologia; ²Questionário sobre o impacto da FM – Escore total; ³Inventário de depressão de Beck II. ⁴Escala visual Analógica para dor.

Tabela 8. Características Clínicas das Mulheres com Fibromialgia Atendidas no Ambulatório de Dor do HUPAA-UFAL de acordo com a presença ou não de abuso sexual

Variáveis	Presença de Trauma Sexual			Ausência de Trauma Sexual			Análise Estatística	
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	U de Mann Whitney	p valor
ACR Total	22,2	15,0	30,0	17,8	14,0	24,0	127,5	0,000
QIF Total	73,0	50,0	92,0	65,0	25,0	98,0	226,0	0,093
BDI II	23,1	13,0	46,0	14,6	6,0	31,0	109,5	0,000
EVA	8,3	6,0	10,0	7,4	5,0	9,0	195,0	0,018
Dor Psicológica	40,4	15,0	58,0	22,6	13,0	43,0	103,5	0,000

Fonte: Dados da pesquisa (2021). *Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes. Nível de significância é 0,05. ¹Critérios diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia; ²Questionário sobre o impacto da FM – Escore total; ³Inventário de depressão de Beck II. ⁴Escala visual Analógica para dor.

A tabela 9 expõe a correlação entre intensidade dos tipos de trauma precoce (traumas gerais, abuso físico, abuso emocional, abuso sexual) avaliadas pelo questionário ETISR-SF com a intensidade dos sintomas avaliados nos questionários clínicos (ACR, QIF, BDI II, EVA) e Dor psicológica. Foi utilizado a correlação de Spearman para esta análise. Os resultados evidenciam que em todos os tipos de trauma existe uma correlação diretamente proporcional com os parâmetros clínicos analisados, ou seja, quanto mais intenso o tipo de trauma, maior gravidade dos sintomas. Sintomas depressivos (BDI-II) e dor psicológica tiveram as correlações mais fortes ($r > 0,50$) que os outros parâmetros avaliados em todos os tipos de traumas precoces ($p < 0,001$).

Tabela 9: Correlação entre os escores de trauma precoce do Inventário de autoavaliação de trauma precoce: Versão reduzida (ETISR-SF) e características clínicas das mulheres com fibromialgia atendidas no ambulatório de Dor do HUPAA – UFAL

Variáveis		Traumas Gerais	Abuso Físico	Abuso emocional	Abuso sexual	Total
ACR¹	rho*	,455	,367	,425	,459	,515
	p valor	,001	,009	,002	,001	,000
QIF²	rho*	,427	,400	,456	,320	,477
	p valor	,002	,004	,001	,024	,002
BDI II³	rho*	,555	,536	,606	,515	,662
	p valor	,000	,000	,000	,000	,000
EVA⁴	rho*	,313	,317	,469	,371	,443
	p valor	,027	,000	,001	,008	,001
Dor Psicológica	rho*	,658	,676	,732	,551	,780
	p valor	,000	,000	,000	,000	,000

Fonte: Dados da pesquisa (2021). ¹Critérios diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia; ²Questionário sobre o impacto da FM – Escore total; ³Inventário de depressão de Beck. ⁴ Escala Visual Analógica da dor.
*Coeficiente de correlação Rô de Spearman.

6 DISCUSSÃO

A amostra foi composta apenas por mulheres para evitar viés de interpretação dos resultados, estudos sugerem que o limiar de dor de homens é diferente das mulheres (PALMEIRA, 2011).

A média de idade dessas mulheres foi de 49,84 anos e não houve diferença significativa entre os grupos com e sem trauma precoce. Em relação à escolaridade, média de anos de estudo foi de 7 anos, mostrando uma baixa escolaridade das participantes, compatível com os dados dos usuários do SUS, onde a maioria dos usuários não completaram o ensino fundamental (DIETRICH *et. al.*, 2019). Quanto ao estado civil, pouco mais de metade da amostra (58%) 29 mulheres relataram ter um(a) companheiro(a).

Sobre as características clínicas, em relação aos hábitos de vida, somente 3 mulheres fumavam (6%); uma mulher fazia abuso de álcool (2%); e, quatorze mulheres faziam alguma atividade física (28%). Quase metade das participantes era hipertensa (44%) e 18% da amostra geral apresentava diabetes.

Com relação ao início dos sintomas e momento do diagnóstico, é importante ressaltar que houve um intervalo, em média, de 6 anos entre eles. A média de anos transcorridos desde o início dos sintomas foi de 9,4 anos e a média de anos do diagnóstico foi 3,7 anos. Isso mostra o quanto a fibromialgia, apesar de sua alta prevalência, em média 2,5 % no Brasil e 2% a 8% em nível mundial (SOUZA, 2018; CLAUW, 2014) ainda é subdiagnosticada e menosprezada por parte dos profissionais que, por vezes, desprezam as queixas dos pacientes por não apresentarem exames complementares objetivos alterados e, por isso, os subjugam como pacientes “vitimistas” ou, muitas vezes, entendem as queixas como um ganho secundário em busca de benefícios ou aposentadorias. Essa problemática da dificuldade do diagnóstico e entendimento da doença leva a um atraso no tratamento, bem como maiores níveis de gravidade dos sintomas relacionados à FM. Apesar disso, alguns autores (FITZCHARLES, BOULOS, 2003) entendem que há um super diagnóstico da FM devido à imprecisão dos critérios diagnósticos e, por isso, a elevada prevalência, sendo considerado muitos vezes um diagnóstico de FM como qualquer dor musculoesquelética generalizada, principalmente em ambiente de atenção básica.

Em relação à presença de depressão, foi verificado uma prevalência de 74% na amostra total, a partir dos escores acima de 13 do BDI-II (BECK *et. al.*, 1996), e, quando avaliada a prevalência de depressão moderada a grave (escores de, pelo menos, 19 pontos no BDI II), o resultado foi de 38 %, sendo todas essas mulheres pertencentes ao grupo com relato de história

de trauma precoce. Esses achados corroboram trabalhos que mostram a associação da depressão com a FM. Em uma metanálise recente, verificou-se, a partir de 11 estudos elegíveis, que a prevalência de episódio depressivo atual na FM foi de 25%, sendo uma prevalência de 65% ao longo da vida, porém com resultados variando entre 59% e 71% (LØGE-HAGEN *et. al.*, 2019). Dentre os trabalhos analisados nessa metanálise, verifica-se a associação entre FM e depressão com prevalências significativas desde 35% (THIEME *et. al.*, 2004) a 65% (GELOCH *et. al.*, 2017) variando conforme os instrumentos utilizados para diagnóstico.

No que se refere à história de trauma precoce, FM e depressão, os resultados dessa pesquisa mostraram que as pacientes que tinham história de trauma precoce apresentaram 20,4 mais chances de terem depressão. Quanto à depressão moderada a grave, todas as participantes estavam no grupo com história de trauma. Esses dados fortalecem a hipótese de que o trauma precoce é um fator de risco compartilhado entre a FM e a depressão, apresentando alta prevalência em ambos (FIETTA *et. al.*, 2007).

Quanto aos escores dos critérios diagnósticos da FM, realizado pelos critérios da ACR 2010, verificou-se que a média do escore total na amostra foi de 20,04(±4,17), evidenciando uma amostra com elevados níveis de escores, ou seja, apesar da maior parte das participantes estarem realizando algum tipo de tratamento atual, sobretudo o uso de medicamentos, a intensidade dos sintomas se mostra elevada, levando em consideração que o paciente precisa de pelo menos 12 pontos na escala ACR 2010 para confirmar o diagnóstico de FM (WOLFE *et. al.*, 2010). Vale ressaltar que, no momento da pesquisa, o serviço de dor ao qual as participantes foram recrutadas permaneceu por nove meses suspenso devido à pandemia de COVID 19, impossibilitando consultas de rotina. Esse fato pode ter causado certo viés devido a uma possível piora no estado clínico das pacientes, tanto pela interrupção momentânea do acompanhamento ambulatorial quanto pelo fato de o mundo estar passando por um momento de crise humanitária relacionado à pandemia e muitas pacientes, inclusive, terem perdidos entes queridos segundo seus relatos. Uma metanálise publicada em janeiro de 2021 (PRATI, MANCINI, 2021), evidencia algum impacto na saúde mental devido ao isolamento social na COVID-19, principalmente em populações com mais vulnerabilidade socioeconômica. Porém, no momento, não há como confirmar se, de fato, a pandemia elevou os escores de gravidade dessas pacientes, visto que não temos essas informações de antes da pandemia.

No que se refere ao tratamento farmacológico, foi evidenciado que a maioria das participantes fazia uso de alguma classe de antidepressivos, sendo o ISRS utilizado por 40 mulheres (80 %) e em segundo lugar a amitriptilina, antidepressivo tricíclico, utilizado por 27 mulheres (54%). O uso combinado de ambos os antidepressivos têm recomendação A para uso

no tratamento da fibromialgia, porém, o uso isolado do ISRS não é recomendado (HEYMANN *et. al.*, 2010). Ambos os medicamentos estão disponíveis no SUS, normalmente. Em relação à duloxetina (IRSN), não disponível no SUS, era usada por apenas 7 participantes, apesar de ter grau de recomendação A pelo consenso brasileiro do tratamento da FM (HEYMANN *et. al.*, 2010), porém, por não ser disponibilizado pelo SUS e ser um medicamento de alto custo, é pouco utilizado por essa população. Relaxantes musculares, opioides e anticonvulsivantes, também foram medicamentos utilizados, respectivamente, por 44%, 42% e 36% da amostra.

Em relação ao tratamento não farmacológico, as participantes mostraram baixa adesão, apesar de a atividade física e psicoterapia cognitivo comportamental serem tratamentos com grande evidência de eficácia no manejo da FM (GOLDENBERG *et. al.*, 2004). Somente 14 mulheres (28%) praticavam atividade física regular e 4 mulheres (8% da amostra) realizavam algum tipo de psicoterapia como tratamento. Os outros tipos de tratamento não farmacológicos também apresentaram baixa adesão: 13 mulheres (26%) faziam reabilitação física com fisioterapia e 9 mulheres (18%) realizavam tratamento com acupuntura semanal, ambas as terapêuticas possuem moderada evidência no tratamento da FM, talvez, pela falta de trabalhos com análises mais cuidadosas (GOLDENBERG, 2004). Importante salientar que a baixa adesão ao tratamento não farmacológico nessa amostra pode estar relacionada ao momento vivido da pandemia de COVID 19, apresentando dificuldades no atendimento devido às recomendações sanitárias de distanciamento social, ou, além disso, devido à escassez desses serviços no sistema público de saúde.

Apesar do tratamento farmacológico ser utilizado pela maioria das participantes, grande parte delas não aderiu, por algum motivo ao tratamento não farmacológico, a despeito de o tratamento multidisciplinar ter a maior evidência de eficácia na FM (HEYMANN *et. al.*, 2010). Contudo, a literatura ainda segue demonstrando pouca evidência de sucesso terapêutico com significância clínica na fibromialgia (GOLDENBERG *et. al.*, 2004).

Na tabela 3, exposta nos resultados, observamos a prevalência dos tipos de trauma precoce encontradas na amostra geral. Foi observado uma alta prevalência em todos os tipos de trauma, traumas gerais (66%); físicos (72%); emocionais (66%); e sexuais (50%). E, mostrou-se que 84 % das participantes relataram, pelo menos, um evento de trauma precoce, corroborando trabalhos da literatura que mostram elevada associação entre FM e adversidades na infância (FILLIPON *et. al.*, 2013; NELSON, *et. al.*, 2017, TAYLOR *et. al.*, 1995) ou, que mostram que elevados níveis de adversidade na infância levam a uma alteração permanente na modulação da dor até a vida adulta (FITZGERALD, 2005) sugerindo, também, que o trauma precoce pode ser um fator de risco para a fibromialgia (LOW, SCHWEINHARDT, 2012).

Outros pesquisadores (KILZART *et. al.*, 2021) questionam o papel da resiliência como sendo determinante para o desfecho clínico de um paciente adulto que sofreu adversidades no início da vida, sendo a escala de resiliência inversamente proporcional à gravidade clínica do paciente com FM que sofreu trauma precoce.

Relativo às análises comparativas entre grupos com presença de trauma precoce (traumas gerais, abuso físico, abuso emocional e abuso sexual) e grupos ausentes desses tipos de trauma, foi evidenciado que, em todos os tipos de trauma precoce, os grupos afetados apresentaram maiores escores do ACR em suas pontuações máximas e medianas. Mesmo o ACR não sendo uma escala que mede gravidade e prognóstico, pois, é uma escala diagnóstica, é importante ressaltar que, quanto maior a pontuação no ACR, mais sintomas graves presentes. A maioria dos trabalhos que estudam a associação do trauma precoce com a FM (CICCONE, 2005; DELL'OSSO, 2011; WINFRIED HÄUSER, 2013; FILIPPON, 2013; JIAO *et. al.* 2015, NELSON, 2017) não utilizam os escores do ACR para comparar quadros clínicos dos participantes, somente usam a escala para realizar ou confirmar diagnóstico de FM como critério de inclusão para participar da pesquisa. Neste trabalho, consideramos ser relevantes comparar os escores do ACR nos grupos analisados, visto que a diferença na intensidade dos escores entre os grupos com e sem trauma também reforça a diferença da gravidade dos sintomas nos pacientes que foram acometidos por trauma na vida precoce.

O QIF é um questionário validado utilizado tanto para fins de pesquisa como para acompanhamento e prognóstico da doença (MARQUES *et. al.*, 2006). Nas análises comparativas entre os grupos com e sem história de trauma precoce em relação à funcionalidade das pacientes com FM, avaliadas pelo QIF, os grupos com trauma mostraram escores maiores, significando maior impacto da doença nessas pacientes. As tabelas que descrevem as análises dos tipos de trauma: traumas gerais e abuso físico, mostram uma QIF significativamente maior nos grupos com trauma com $p=0,061$ e $p=0,040$ corroborando trabalhos que também mostram um prejuízo funcional quando compara mulheres com FM que sofreram trauma em relação a grupos de mulheres com FM sem história de trauma precoce (DELL'OSSO, 2011; FILIPPON, 2013; JIAO *et. al.*, 2015)

Um outro trabalho (NELSON *et. al.*, 2017) que avaliou 86 pacientes com FM juvenil e 24 do grupo controle não apresentou diferenças em relação à funcionalidade dos pacientes com FM que tiveram história de trauma precoce em relação aos que não tiveram relato de trauma, porém, o questionário utilizado não foi o QIF, específico para a FM, e sim o SF-36, que avalia qualidade de vida geral, mas, não é específico para a doença fibromialgia. Talvez por esse

motivo obteve resultados distintos, ou pelo fato de os pacientes serem mais jovens e com menos tempo de diagnóstico.

Segundo Cacace e colaboradores em estudo realizado na Itália em 2006 com 53 mulheres com FM e 40 mulheres do grupo controle, utilizando o QIF, a média do escore do grupo controle foi de 13,15, enquanto a média do grupo com FM foi 66,39. Os autores chegaram à conclusão que um escore no QIF maior que 66,85 caracterizaria prejuízo moderado a grave no funcionamento. No presente trabalho, foi observado que os grupos de mulheres com história de trauma, independentemente do tipo de trauma, apresentaram uma média de escore no QIF total que o classifica como um grupo de moderado a severo prejuízo funcional diferente dos grupos sem história de trauma precoce, segundo o ponto de corte do trabalho citado acima (CACACE *et. al.*, 2006) mostrando que o impacto da fibromialgia em pacientes com trauma parece ser maior que em pacientes sem trauma.

Outro parâmetro clínico avaliado pelas análises comparativas entre os grupos foram os sintomas depressivos mensurados pelo BDI II. Em todos os grupos com presença de trauma (traumas gerais, abuso físico, emocional e sexual), observou-se maior intensidade dos sintomas depressivos com relevância estatística ($p < 0,005$). Assim como os resultados obtidos nesse trabalho, a literatura vem mostrando que o trauma precoce se associa a um perfil clínico mais grave nos pacientes portadores de FM, além de uma maior comorbidade com distúrbios psiquiátricos, sobretudo, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (CICCONE, 2005; DELL'OSSO, 2011; WINFRIED HÄUSER 2013; FILIPPON 2013; NELSON, 2017).

Apesar da associação entre FM e transtornos psiquiátricos em pacientes com história de trauma precoce discutida nas últimas décadas, não foi encontrado na literatura trabalhos que utilizem o parâmetro Dor psicológica, avaliado pelo instrumento Psychache Scale, em pesquisas com pacientes com FM.

Sabe-se que a prevalência do comportamento suicida é mais elevada em pessoas com FM do que entre a população em geral (GILL *et. al.*, 2021). No trabalho de Campos e colaboradores em 2019, os escores da Psychache Scale em tentadores de suicídio foi 32,4, ou seja, pessoas com comportamento suicida apresentam elevados níveis de dor psicológica. Nesta pesquisa, demonstramos que o escore médio no Psychache Scale de mulheres com fibromialgia e história de trauma precoce foi maior que 37,7, ou seja, equivalente e até mais intenso do que os indivíduos com comportamento suicida demonstrado no trabalho de Campos. O Psychache

Scale é um instrumento comumente utilizado em pacientes com comportamento suicida e, por isso, é relevante a sua utilização em populações que apresentam altos índices de comportamento suicida como a população fibromiálgica.

Os altos níveis de Dor psicológica encontrados em participantes que tiveram história de trauma precoce relatados nessa pesquisa corroboram estudos que demonstram a associação do trauma precoce ao risco de suicídio, visto que a dor psicológica está intimamente relacionada ao comportamento suicida e altos níveis de desesperança (SCHILLING *et. al.*, 2015; SHNEIDMAN, 1993). O conhecimento dessa associação Dor psicológica em pacientes com FM que sofreram trauma precoce, possibilita novas formas de abordagem terapêutica no sentido de superar o evento causador do sofrimento mental que parece ser determinante para um melhor prognóstico do paciente com FM.

A dor física (EVA), também avaliada nas tabelas de análise comparativas entre grupos com e sem história de trauma não mostrou diferença significativa entre a maioria dos grupos com trauma (traumas gerais, abuso físico e abuso emocional) e os grupos sem trauma, assim como visto em trabalhos relacionados (FILIPPON 2013). Somente houve diferença significativa na intensidade da dor física no grupo com história de trauma sexual ($p < 0,05$). Ciccone *et. al.* publicaram, em 2005, que a história de abuso sexual precoce possibilita uma chance três vezes maior de desenvolver fibromialgia. Além disso, esses trabalhos demonstram maior gravidade nos sintomas da FM em pacientes que sofreram abuso sexual precoce assim, como no resultado da presente pesquisa, que mostrou correlação da presença desse tipo de trauma com maior gravidade de todos os parâmetros avaliados: dor física, dor psicológica, sintomas depressivos, funcionalidade e escores da ACR 2010. Além desses dados, também foi evidenciado que as pacientes que relataram história de abuso sexual precoce apresentaram chance 13,03 vezes maior de apresentarem quando depressivo grave ($BDI-II \geq 19$) (X^2 de Pearson: 14,35, p valor $< 0,001$. *Odds Ratio*: 13,03).

Nos resultados de correlações entre traumas e perfil clínico do paciente com FM (tabela 9) foi observado que, quanto mais intenso é o trauma precoce, maior gravidade nos sintomas da FM em todos os parâmetros avaliados (critérios diagnósticos da ACR, funcionalidade no QIF, sintomas depressivos no BDI, dor física no EVA e dor psicológica). Ficou evidenciado que todos os tipos de trauma apresentaram correlação positiva com a intensidade dos aspectos clínicos relacionados.

Na correlação de Spearman, utilizada na análise dos dados da tabela 9, foi possível evidenciar correlações positivas fortes, ou seja, mais próximas de 1 (Sousa, 2019), tanto na gravidade dos sintomas depressivos (BDI II), quanto na Dor psicológica (Psychache Scale) (ρ

de Spaarman $>0,500$; $p < 0,001$). A dor física (EVA), apresentou correlação fraca (rho de Pearson $< 0,500$, $p < 0,05$). Além disso, também foi demonstrado nos resultados dessa pesquisa que quanto mais tipos de traumas precoce relatados pelo paciente com FM, maior gravidade de seus sintomas. Esses resultados corroboram trabalhos relacionados que demonstraram que, quanto mais intenso e mais tipos de trauma na infância, maior impacto clínico e gravidade dos sintomas na FM (FILLIPON, 2013; NELSON, 2017; CICCONE, 2005; DELL'OSSO, 2011).

7 CONCLUSÃO

A prevalência de trauma precoce na fibromialgia é elevada e apresenta uma associação com gravidade dos sintomas depressivos, dor psicológica e prejuízo funcional e maiores escores nos critérios diagnósticos do ACR. A dor física teve uma correlação fraca ou moderada com os tipos de trauma precoce, e teve associação somente com o abuso sexual precoce.

A dor psicológica avaliada pela Psycacle Scale foi a característica que apresentou maior associação e forte correlação com todos os tipos de trauma, evidenciando altos níveis nos fibromiálgicos com história de trauma precoce. Esse dado reforça a provável associação do comportamento suicida na população com FM, visto que a dor psicológica é elevada nesses grupos em comum.

A intensidade do trauma precoce se correlaciona com a gravidade dos sintomas na FM, como também, quanto mais tipos de traumas precoces presentes nos pacientes, maior gravidade no perfil clínico.

8 LIMITAÇÕES

Essa pesquisa, assim como os trabalhos relacionados que avaliam a associação do trauma precoce com perfil clínico de pacientes portadores de FM, por serem estudos transversais, não possibilita comprovar uma relação de causa e efeito entre trauma precoce e FM. Porém, é possível afirmar que existe uma associação entre eles.

Além disso, não é possível superar o viés de memórias comuns em trabalhos transversais que investigam fatos do passado, como é visto nesse trabalho. Apesar que, nenhuma participante relatou queixa por falta de memória ou confusão quanto às perguntas relacionadas ao passado, talvez pelo grande impacto que a história do trauma as causou.

Uma outra limitação que fica registrada é o fato de a pesquisa ter acontecido durante a pandemia de COVID-19. Isso pode ter contribuído, talvez, com uma maior gravidade dos sintomas das pacientes. No entanto, não é possível confirmar essa afirmação, pois não temos dados anteriores dessa amostra. Assim, uma possibilidade de pesquisa futura é comparar esses dois momentos, durante e após pandemia. É propósito dos pesquisadores aumentar a amostra dessa pesquisa.

Por fim, propõe-se um estudo qualitativo que busque encontrar fatores externos e não somente previstos nos parâmetros clínicos abordados nesta pesquisa, a fim de buscar mais opções terapêuticas para a redução do impacto da FM em mulheres, e apoiar políticas públicas nesse contexto.

REFERÊNCIAS

AFARI N., AHUMADA S.M.; WRIGHT L.J. *et. al.* Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. **Psychosom Med.** 2014;76(1):2-11.

ARNOLD L.M.; HUDSON J.I.; HESS E.V. *et.al.* Family study of Fibromyalgia. **Arthritis Rheum.** 2004; 50(3): 944-52.

ASSUMPCÃO, A., CAVALCANTE, A.B., CAPELA, C.E. *et.al.* Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. **BMC Musculoskelet Disord** 10, 64 (2009).

BALDRY, P.E. **Myofacial pain and fibromyalgia syndromes.** London: Churchill Livingstone; 2001.

BARTHOLOMEUSZ, M.D., CALLISTER, R., HODGSON, D.M. Altered psychophysiological reactivity as a prognostic indicator of early childhood stress in chronic pain, **Medical Hypotheses**, Volume 80, Issue 2, 2013.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P.; Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica.** 2007.

BECK, A.T., STEER, R.A., BROWN, G.K., **Beck Depression Inventory- II.** 2nd Edition (BDI-II) 1996. Disponível em: <http://www.psychvisit.com/Scales/BDI-2.html>. Acesso em: 20/07/2021.

BEETHAM, W.P.; Diagnóstico e Tratamento da Síndrome de Fibrose e Reumatismo Psicogênico. **Medical Clinics of North America**, 63 (2), 433-439, 1979.

BEGGS, S.; CURRIE, G.; SALTER, M.W. Priming of adult pain responses by neonatal pain experience: maintenance by central neuroimmune activity. **Brain J. Neurol.** 2012.

BLUMER, D.; HEILBRONN, M. Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. **J. Nerv. Ment. Dis.** 1982.

BOISSET-PIORO, M.H., ESDAILE J.M., FITZCHARLES, M.A.: Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: **Arthritis Rheum.** 1995.

BREMNER, J.D., VERMETTEN, E.; MAZURE, C.M. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. **Depress. Anxiety**, 2000.

BREMNER, J.D., BOLUS R., MAYER E.A. Propriedades psicométricas do Relatório Inventário de Trauma Precoce. **J. Nerv. Ment. Dis.** 2007.

BUENO, S; PEREIRA, C., NEME, C. A invisibilidade da violência sexual no Brasil. *In*: **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, 2019.

BURKE N.N.; FINN D.P.; MCGUIRE B.E. *et.al.* Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms. **Journal of Neuroscience Research**, 95: 1257-1270, 2017.

CAMPBELL S.M., CLARK, S.; TINDALL, E.A. *et.al.* Clinical characteristics of fibrositis. **Arthritis & Rheumatism**, 26: 817-824, 1983.

CAMPOS R.C., HOLDEN R.R, GOMES M. Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. **Death stud.**, 43 (8): 527-533, 2019.

CATLEY D., KAELL, A.T., KIRSCHBAUM C., *et.al.* Anaturalistic evaluation of cortisol secretion in persons with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. **Arthritis Care Res.** 13(1):51-61, 2000.

CICCONE DS, ELLIOTT DK, CHANDLER HK, NAYAK S, RAPHAEL KG. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. **Clin J Pain.** 2005.

CLAUW D.J. Fibromyalgia: A Clinical Review. **JAMA.** 2014.

DAVIS D.; LUECKEN I; ZAUTRA, A. Are Reports of Childhood Abuse Related to the Experience of Chronic Pain in Adulthood? **The Clinical journal of pain.** 21. 398-405, 2005.

DELL'OSSO, L.; CARMASSI, C.; CONSOLI, G. *et.al.* Lifetime post-traumatic stress symptoms are related to the health-related quality of life and severity of pain/fatigue in patients with fibromyalgia. **Clin Exp Rheumatol.** 2011.

DIETRICH, A.; COLET, C.F.; WINKELMANN, E.R. *et al.* Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **Rev. Fund. Care** Online.2019.

DUBOIS M, SOLITAR B, OLIVEIRA P Childhood risk factors for developing fibromyalgia. **Open Access Rheumatol.** 2012.

FIETTA, P.; MANGANELLI, P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. **Acta Biomed.**, 2007.

FILIPPON, A. P. *et. al.* Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 46-54, 2013.

FITZGERALD M., The development of nociceptive circuits. **Nature Reviews Neuroscience**, vol. 6, no. 7, p. 507–520, 2005.

GELONCH, O., GAROLERA, M; VALLS, J. Cognitive complaints in women with fibromyalgia: Are they due to depression or to objective cognitive dysfunction? **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, 39:10, 102-113, 2017.

GILL, H., PEREZ, C., GILL, B. *et.al.* The Prevalence of Suicidal Behaviour in Fibromyalgia Patients, **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, Volume 108, 2021.

GILMORE, J.H., KNICKMEYER, R.C., GAO, W. Imaging structural and functional braindevelopment in early childhood. **Nat. Rev. Neurosci.** 19, 123–137 (2018).

GOLDENBERG, D.L. Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. **JAMA** 1987.

GOLDENBERG, D.L., BURCKHARDT, C., CROFFORD, L. Management Fibromyalgia syndrome. **JAMA** 2004.

GOMES-OLIVEIRA, M.H.; GORENSTEIN, C.; NETO, L.F. *et. al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-LL in a community/sample. **Ver. Bras. Psiquiat.**; 34(4):389-394, Dec. 2012.

GOREN, A; HYLLARY, J.G.; FUJII, R.K.; *et al.* Prevalence of pain awareness, treatment, and associated health outcomes across different conditions in Brazil. **Revista DOR** [online]. 2012.

GRANADOS, Y.; CEDEO, L.; ROSILLO, C., *et.al.* Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in an urban community in Monagas State, Venezuela: a COPCORD study. **Clin. Rheumatol.** 2015.

GUR, A., CEVIK, R., NAS, K. *et. al.* Cortisol and hypothalamic–pituitary–gonadal axis hormones in follicular-phase women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome and effect of depressive symptoms on these hormones. **Arthritis Res Ther** 6, R232, 2004.
HEYMANN, R.E.; PAIVA, S.; HELFENSTEIN, M. J.R. *et.al.* Brazilian consensus on the treatment of fibromyalgia. **Rev. Bras. Reumatol.** 2010 .

HEYMANN, R.E.; PAIVA, E.S.; MARTINEZ, J.E. New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. **Rev. Bras. Reumatol.** Engl Ed. 2017.

KEMPKE, S.; LUYTEN, P.; DE CONINCK, S. *et.al.* Effects of early childhood trauma on hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function in patients with Chronic Fatigue Syndrome. **Psychoneuroendocrinology**. 2015 Feb; 52:14-21. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.10.027. Epub 2014 .

KIZILKURT, Ö; DEMIRKAN, A.K; GIYNAS, F.E. *et.al.* Effect of childhood trauma on disease severity in patients with fibromyalgia: The mediating role of psychological resilience. **Arch Rheumatol**. 2021 Jun 24;36(4):538-547. doi: 10.46497/ArchRheumatol.2021.8477. PMID: 35382365; PMCID: PMC8957767. *et. al.*, 2021

LINDH, M; JOHANSSON, G; HEDBERG, M. *et.al.* Muscle Fiber Characteristics, Capillaries and Enzymes in Patients with Fibromyalgia and Controls, **Scandinavian Journal of Rheumatology**, 24:1, p.34-37, 1995.

LØGE-HAGEN J.S, SÆLE A., JUHL C, BECH P, STENAGER E, MELLENTINAI, Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, Volume 245,2019.

LOPEZ ESPINO, M. MINGOTE, A. J. C. Fibromialgia. **Clínica y Salud**, Madrid, v. 19, n. 3, p.343-358, Dez. 2008.

LOW, L. A.; SCHWEINHARDT, P. Early Life Adversity as a Risk Factor for Fibromyalgia in Later Life. **Pain Research and Treatment**, Volume 2012.

LUTZ, P-E, COURTET, P, CALATI, R. The opioid system and the social brain: implications for depression and suicide. **J Neuro Res**. 2020.

M.-A. FITZCHARLES, P. BOULOS. Inaccuracy in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: analysis of referrals, **Rheumatology**, Volume 42, Issue 2, February 2003.

MACKES N.K., GOLM, D., SARKAR S. Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment on behalf of the ERA Young Adult Follow-up team **Proceedings of the National Academy of Sciences** Jan. 2020.

MANDELLI L., PETRELLI C., SERRETTI, A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. **European Psychiatry**, 30(6), 665-680. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.04.007, 2015.

MARQUES A.P., *et. al.* Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Revista Brasileira de Reumatologia**, 46:24 – 31, 02 2006.

- MARQUES, A.P. *et. al.* Prevalence of fibromyalgia: literature review update. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Volume 57, Suplemento 2, 2017. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/revista-brasileira-de-reumatologia/>. Acesso em: 14/09/2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20/10/2021.
- MOLDOFSKY, H. The Significance of Dysfunctions of the Sleeping/Waking Brain to the Pathogenesis and Treatment of Fibromyalgia Syndrome. **Rheumatic Disease Clinics**, Volume 35, Issue 2, p.275-283. 2009.
- NELSON, S.; CUNNINGHAM, N.; PEUGH, J. *et.al.* Clinical Profiles of Young Adults With Juvenile-Onset Fibromyalgia With and Without a History of Trauma. **Arthritis Care Res**, 69: 1636-1643. doi:10.1002/acr.23192, 2017.
- OSÓRIO, F.L.; SALUM, G.A.; DONADON, M.F. Psychometrics properties of early trauma inventory self report – short form (ETISR- SR) for the Brazilian context. **PloS one**. 2013;8(10):e 76337. Published 2013.
- PALMEIRA, C., ASHMAWI, H., DE PAULA, P. I. Sexo e percepção da dor e analgesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Disponível em: <https://bjan-sba.org/>. Acesso em: 23/10/2021. 2011.
- PETZKE, F.; CLAUW, D.J.; AMBROSE, K. *et.al.* Increased pain sensitivity in fibromyalgia: effects of stimulus type and mode of presentation. **PAIN**, 2003.
- PRATI, G.; MANCINI, A.D. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. **Psychol Med**. 2021.
- RAPHAEL K.G.; NATELSON, B.H.; JANAL, N.M. A community-based survey of fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks, **PAIN**, Volume 100, Issues 1–2,2002.
- ROIZENBLAT, S., MOLDOFSKY, H., BENEDITO-SILVA A.A., TUFIK S. Alphasleep characteristics in fibromyalgia. **Arthritis rheum**. 2001.
- ROST, S.; DIMITRI, M.L.; RYCKEGHEM, V. *et.al.* Generalized hypervigilance in fibromyalgia: Normal interoceptive accuracy, but reduced self-regulatory capacity, **Journal of Psychosomatic Research**, Volume 93, 2017.
- SANTOS, A.M. **Prevalência da fibromialgia em população de idosos e relação com a osteoporose**. 2010. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, USP. São Paulo, 2010.

SCHILLING, C.; WEIDNER, K., SCHELLONG, J. Patterns of Childhood Abuse and Neglect as Predictors of Treatment Outcome in Inpatient Psychotherapy: A Typological Approach. **Psychopathology**, 2015.

SCHWALLER, F., FITZGERALD, M. The consequences of pain in early life: injury-induced plasticity in developing pain pathways. **Eur J. Neurosci.** 2014.

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

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

SOUSA, ÁUREA (2019). Coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman. O que medem e em que situações devem ser utilizados? «Correio dos Açores: Matemática», 21 de Março de 2019.

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

SPATZ, W.; DUMONT, K.; CZAJA, S.J. A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. **Arch Gen Psychiatry**. 2007.

SPEATH, M.; RIZZI, M.; SARZI-PUTTINI, P. Fibromyalgia and sleep. **Best Practice Res Clin Rheumat.** 2011.

STAUD, R.; PRICE, D.D.; ROBINSON, M.E. Maintenance of windup of second pain requires less frequent stimulation in fibromyalgia patients compared to normal controls. **PAIN** 2004.

SUNG, YT, WU, J.S. The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement. **Behav. Res. Methods**. 2018.

TAYLOR, M.L.; TROTTER, D.R.; CSUKA, M.E. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. **Arthritis & Rheumatism**, 38: p. 229-234, 1995.

THIEME, K.; TURK D.C.; FLOR, H. Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables, **Psychosomatic Medicine**: November 2004.

TIETJEN, G.E.; BRANDES, J.L.; PETERLIN, B.L. *et. al.* Childhood maltreatment and migraine (part III). Association with comorbid pain conditions. **Headache**. 2010.

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

TURK, D.C.; OKIFUJI, A.; STARZ, T.W. *et.al.* Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. **PAIN**, 68(2-3), p. 423–430, 1996.

VINCENT, A.; LAHR, B.D., WOLFE, F. *et.al.* Prevalence of Fibromyalgia: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota, Utilizing the Rochester Epidemiology Project. **Arthritis Care Res**, 65: p.786-792, 2013.

WEISSBECKER, I.; FLOYD, A.; DEDERT, E. *et.al.* Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome, **Psychoneuroendocrinology**, Volume 31, Issue 3, 2006.

WINFRIED, H.; GALEK, A.; ERBSLÖH-MÖLLER, B. *et.al.* Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome, **PAIN**, Volume 154, Issue 8,2013.

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

WOLFE F. *et. al.* Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria, **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, Volume 46, Issue 3, 2016.

WOLFE, F.; *et. al.* The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. **Arthritis & Rheumatism**, 33: p.160-172, 1990.

WOLFE, F. *et. al.* The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. **Arthritis Care & Research**, Vol. 62, No. 5, May, 2010.

WOOLF, C. J. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain, **PAIN**: March, 2011.

YUNUS, M.B. Primary fibromyalgia syndrome: current concepts. **Compr. Ther.** Aug;10(8):21-8. 1984.

YUNUS, M.B. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome, **Baillière's Clinical Rheumatology**, Volume 8, Issue 4, 1994.

YEHUDA, R.; HOGE, C.; MCFARLANE, A. *et. al.* Post-traumatic stress disorder. **Nature Rev Dis Primers** 1, 15057, 2015.

YEUNG, E.; DAVIS, M.; CIARAMITARO, M. Cortisol Profile Mediates the Relation Between Childhood Neglect and Pain and Emotional Symptoms among Patients with Fibromyalgia, **Annals of Behavioral Medicine**, Volume 50, Issue 1, February 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.L.C.E)
(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO ENTRE O TRAUMA PRECOCE E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM MULHERES COM FIBROMIALGIA, dos pesquisadores Valfrido Leão de Melo Neto e Melina Pimentel Cavalcante Pedrosa. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

O estudo se destina a investigar a relação do trauma precoce com as manifestações clínicas em mulheres com fibromialgia. A importância deste estudo está em compreender possíveis fatores de risco ou gatilhos que possibilitem o desenvolvimento de maior gravidade nos sintomas e pior enfrentamento da doença, bem como, uma piora significativa na qualidade de vida de mulheres acometidas. O resultado que se desejam alcançar é: estabelecer quais são as associações e suas influências entre trauma precoce e as manifestações clínicas presentes na doença.

A Pesquisa será feita da seguinte maneira: Os participantes da pesquisa, mulheres com fibromialgia já diagnosticada por médica assistente, serão recrutados no ambulatório de dor do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes onde estão realizando tratamento com médica especialista. A médica especialista em dor e também pesquisadora deste projeto irá convidar as pacientes selecionadas, após critérios de inclusão e exclusão, a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando como será realizada a pesquisa, caso concordem, serão realizados, por aproximadamente 30 minutos, uma série de seis questionários que são os instrumentos de avaliação para a coleta de dados da pesquisa. As entrevistas serão realizadas em consultórios onde as pacientes vão para as consultas e somente estará presente na sala a participante e a pesquisadora. Caso as participantes tenham dúvidas em relação as perguntas dos questionários, todas serão esclarecidas pela pesquisadora que estará durante todo o período da entrevista junto a participante. Segue abaixo a explicação sobre os questionários que serão utilizados:

1. Questionário sociodemográfico e clínico: coleta de dados individuais como idade; estado civil; escolaridade em anos concluídos; naturalidade; religião; tabagismo; etilismo; morbidades; início dos sintomas; tempo de diagnóstico e medicamentos em uso.
2. Escala de Depressão de Beck: avalia a gravidade da depressão. É composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido.
3. Inventário de trauma precoce: instrumento psicométrico que avalia presença de traumas ocorridos durante a infância e adolescência de indivíduos adultos. Esse questionário avalia não somente a presença, mas também o tipo de trauma (sexual, físico, emocional), a época que ocorreu, a quantidade (episódio único ou repetido), quem foi o perpetrador da violência e o impacto da violência na época e na atualidade, segundo a o entrevistado.
4. Questionário de impacto da fibromialgia (QIF): avalia diferentes parâmetros do paciente portador da FM, como capacidade funcional, bem-estar, faltas no trabalho, capacidade de trabalhar, dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, ansiedade e depressão.
5. Escala visual analógica (VAS): avalia a intensidade da dor física no momento atual.
6. Escala de dor psicológica: avalia a intensidade do sofrimento/dor psicológica.

Após realizada coleta de dados, os desfechos serão analisados estatisticamente.

Algum possível risco à sua saúde física e/ou mental seria a possibilidade de potencializar momentaneamente a dor psicológica após entrevistas por recordar eventos traumáticos e dolorosos que serão questionados nos instrumentos da pesquisa ou o medo de expor seu trauma a público. Porém os pesquisadores garantem a confidencialidade e privacidade total das informações colhidas, visto que, somente os pesquisadores terão domínio e acesso a esse banco de dados. Se necessário, será garantido acompanhamento psiquiátrico a todas as pacientes que estejam apresentando algum transtorno relacionado a sua saúde mental (declaração de anuência do médico psiquiatra responsável pelo ambulatório está anexa a este documento).

Fica documentado neste TCLE que todos os participantes têm o direito de buscar indenizações por eventuais danos, caso se sintam prejudicados de alguma maneira em relação a esta pesquisa (Resolução CNS nº466 de 2012, item IV. 3.h)

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, diretos e indiretos, são: contribuição científica para melhor entendimento da doença e a possibilidade de identificar possíveis sofrimentos psicológicos, antes não investigados, e direcioná-la a um tratamento adequado que possa contribuir para melhora na qualidade de vida e enfrentamento da doença.

Você poderá contar com a seguinte assistência: atendimento médico especializado sendo a médica responsável: Melina Pimentel Cavalcante Pedrosa.

Você será informada através de ligação telefônica sobre o resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Também está garantido ao participante que aceite participar desta pesquisa o ressarcimento de despesas, como alimentação, transportes, e outros, relacionadas a participação no estudo nos dias em que for necessária à sua presença para consultas. (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.21 e IV.3.g)

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização sem mencionar nomes e dados pessoais.

Caso ocorra interrupção da pesquisa por algum motivo, todas as participantes serão informadas dos motivos bem como será informado imediatamente ao Comitê de Ética em pesquisa da UFAL.

Os armazenamentos das informações serão coletados por um período de 5 anos para que possam ser trabalhadas estatisticamente para futuros estudos e publicações com o intuito científico e de busca por melhores tratamentos relacionados a vida dos pacientes portadores de fibromialgia.

Esta pesquisa somente teve a possibilidade de ser realizada após avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade Federal de Alagoas, este comitê interdisciplinar e independente é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas que envolvam a participação de seres humanos. A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos participantes da pesquisa.

Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

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

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição Afiliada: Universidade Federal de Alagoas

Endereço Postal: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Tabuleiro do Martins, AL, 57072-900

Contato de urgência:

Sra. Melina Pimentel Cavalcante Pedrosa

Instituição Afiliada: Universidade Federal de Alagoas

Endereço Postal: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Tabuleiro do Martins, AL, 57072-900

Telefone: 82 999344487.

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-104

Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00h.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ 20____.

Assinatura ou impressão datiloscópica da voluntária ou responsável legal e rubricar as demais folhas.

Nome e Assinatura do Pesquisador (Rubricar as demais páginas).

APÊNDICE B

Questionário sociodemográfico e clínico

Desejo responder: () Sim () Não

Nº de Identificação:

Idade:

Estado civil: () com companheiro(a) () Sem companheiro (a)

Escolaridade: Anos de estudo:

Renda: () Com renda. () Sem renda

Atividade laborativa: () Ativo () Inativo

Idade do início dos sintomas:

Idade do início do diagnóstico:

Comorbidades:

Hipertensão () Sim () Não

Diabetes () Sim () Não

Comorbidades () Sim () Não

Tabagista () Sim () Não

Etilista () Sim () Não

Tratamento não farmacológico:

Exercício físico () Sim () Não

Acupuntura () Sim () Não

Fisioterapia / pilates () Sim () Não

Psicoterapia () Sim () Não

Tratamento farmacológico:

() Analgésicos comuns (Dipirona / paracetamol / Aspirina)

- AINHs
- opioides fracos opioides fortes
- algum antidepressivo
- antidepressivos tricíclicos Antidepressivos Duais Antidepressivos ISRS
- pregabalina gabapentina topiramato miorelaxantes.

ANEXOS

ANEXO A

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

ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA

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

ÁREA	SIM	NÃO	ÁREA	SIM	NÃO
MANDÍBULA E			MANDÍBULA D		
OMBRO E			OMBRO D		
BRAÇO E			BRAÇO D		
ANTEBRAÇO E			ANTEBRAÇO D		
QUADRIL E			QUADRIL D		
COXA E			COXA D		
PERNA E			PERNA D		
CERVICAL			DORSO		
TORAX			LOMBAR		
ABDOMEN					

ESCALA DE GRAVIDADE DOS SINTOMAS

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

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

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

ANEXO B- Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF)

QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO
DA FIBROMIALGIA (QIF)

ANOS DE ESTUDO:

1- Com que frequência você consegue:	Sempre	Quase sempre	De vez em quando	Nunca
a) Fazer compras	0	1	2	3
b) Lavar roupa	0	1	2	3
c) Cozinhar	0	1	2	3
d) Lavar louça	0	1	2	3
e) Limpar a casa (varrer, passar pano etc.)	0	1	2	3
f) Arrumar a cama	0	1	2	3
g) Andar vários quarteirões	0	1	2	3
h) Visitar parentes ou amigos	0	1	2	3
i) Cuidar do quintal ou jardim	0	1	2	3
j) Dirigir carro ou andar de ônibus	0	1	2	3

Nos últimos sete dias:

2- Nos últimos sete dias, em quantos dias você se sentiu bem?

0 1 2 3 4 5 6 7

3- Por causa da fibromialgia, quantos dias você faltou ao trabalho (ou deixou de trabalhar, se você trabalha em casa)?

0 1 2 3 4 5 6 7

4- Quanto a fibromialgia interferiu na capacidade de fazer seu serviço:

 _____ 

Não interferiu

Atrapalhou muito

5- Quanta dor você sentiu?

 _____ 

Nenhuma

Muita dor

6- Você sentiu cansaço?

 _____ 

Não

Sim, muito

7- Como você se sentiu ao se levantar de manhã?

 _____ 

Descansado/a

Muito cansado/a

8- Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?

 _____ 

Não

Sim, muita

9- Você se sentiu nervoso/a ou ansioso/a?

 _____ 

Não, nem um pouco

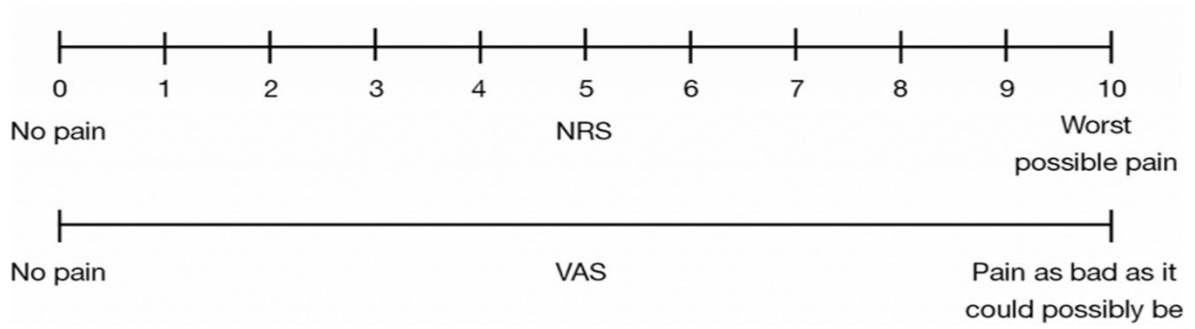
Sim, muito

10- Você se sentiu deprimido/a ou desanimado/a?

 _____ 

ANEXO C

Escala visual analógica para dor física



ANEXO D

Inventário de Depressão de Beck - II



Data: _____

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

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

1 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

- 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10 0 Não choro mais que o habitual.

- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Agora, choro o tempo todo.
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

- 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
- 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
- 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.

12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.

- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO E - Escala de dor psicológica

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

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

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

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

Por favor continue, usando a escala seguinte

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

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

ANEXO F- Inventário de Auto-Avaliação de Trauma Precoce- Versão Reduzida

Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces - Versão Reduzida (ETISR-SF)

COPYRIGHT: J. Douglas Bremner (2009). Tradução para o português do Brasil: Flávia de Lima Osório, Kátia Cruvinel Arrais, Ila Marques Porto Linares, João Paulo Machado de Sousa, Ana Vilela Mendes, José Alexandre de Souza Crippa (2010)

Identificação: _____ Idade: _____ Data da avaliação: _____

Parte 1. Traumas Gerais. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você já foi exposto a algum desastre natural com ameaça a sua vida?	SIM NÃO
2.	Você já se envolveu em um acidente grave?	SIM NÃO
3.	Você já sofreu um ferimento ou uma doença grave?	SIM NÃO
4.	Você já presenciou a morte ou alguma doença grave em seus pais ou responsáveis?	SIM NÃO
5.	Você vivenciou o divórcio ou separação de seus pais?	SIM NÃO
6.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um dos seus irmãos?	SIM NÃO
7.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um amigo?	SIM NÃO
8.	Você já presenciou situações de violência dirigida a outras pessoas, incluindo membros da sua família?	SIM NÃO
9.	Alguém na sua família já sofreu de algum transtorno mental ou psiquiátrico, ou já teve um surto?	SIM NÃO
10.	Os seus pais ou responsáveis já tiveram problemas com alcoolismo ou abuso de drogas?	SIM NÃO
11.	Você já viu alguém assassinado?	SIM NÃO
Parte 2. Castigo Físico. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você já recebeu um tapa no rosto?	SIM NÃO
2.	Você já foi queimado com água quente, cigarro ou alguma outra coisa?	SIM NÃO
3.	Você já recebeu socos ou chutes?	SIM NÃO
4.	Você já foi atingido por algum objeto arremessado contra você?	SIM NÃO
5.	Você já foi empurrado?	SIM NÃO
Parte 3. Abuso Emocional. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você era frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado?	SIM NÃO
2.	Você era frequentemente ignorado ou tratado como se não fosse importante?	SIM NÃO
3.	Frequentemente lhe diziam que você não era bom?	SIM NÃO
4.	Na maioria das vezes você foi tratado com frieza, falta de carinho ou lhe fizeram sentir que não era amado?	SIM NÃO
5.	Seus pais ou responsáveis frequentemente não conseguiam entender você ou suas necessidades?	SIM NÃO
Parte 4. Eventos Sexuais. Antes da idade de 18 anos		
1.	Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM NÃO
2.	Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM NÃO
3.	Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM NÃO
4.	Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade?	SIM NÃO
5.	Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra a sua vontade?	SIM NÃO
6.	Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de um modo carinhoso?	SIM NÃO

Se você respondeu "SIM" para qualquer um dos eventos acima, responda a seguir considerando o evento que teve o maior impacto em sua vida. Na sua resposta, considere como você se sentiu no momento do evento.

1.	Você experimentou medo intenso, pavor ou de susto?	SIM NÃO
2.	Você se sentiu fora do seu corpo ou como se você estivesse em um sonho?	SIM NÃO