



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS – PPGCM

Alexandre Otilio Pinto Júnior

**Depressão em Mulheres com Fibromialgia: Associação entre Dor Física,
Funcionalidade, Percepção de Solidão, Dor Psicológica, Anedonia e Risco de
Suicídio**

Maceió

2024

Alexandre Otilio Pinto Júnior

Depressão em Mulheres com Fibromialgia: Associação entre Dor Física, Funcionalidade, Percepção de Solidão, Dor Psicológica, Anedonia e Risco de Suicídio

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: Doenças Crônicas e Degenerativas

Orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Maceió

2024

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

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

P659d Pinto Júnior, Alexandre Otilio.

Depressão em mulheres com fibromialgia : associação entre dor física, funcionalidade, percepção de solidão, dor psicológica, anedonia e risco de suicídio / Alexandre Otilio Pinto Júnior. – 2024.

59 f. : il.

Orientador: Valfrido Leão de Melo Neto.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 46-49.

Apêndices: f. 50.

Anexos: f. 51-59.

1. Dor. 2. Fibromialgia. 3. Solidão. 4. Angústia psicológica. I. Título.

CDU: 616.8-009.62

Folha de Aprovação

Alexandre Otilio Pinto Júnior

Depressão em Mulheres com Fibromialgia: Associação entre Dor Física, Funcionalidade, Percepção de Solidão, Dor Psicológica, Anedonia e Risco de Suicídio

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 30 de Julho de 2024.



Documento assinado digitalmente
VALFRIDO LEAO DE MELO NETO
Data: 06/11/2024 13:19:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas

Orientador

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente
THIAGO SOTERO FRAGOSO
Data: 07/11/2024 07:49:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Thiago Sotero Fragoso

Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas

Examinador interno



Documento assinado digitalmente
JORGE ARTUR PECANHA DE MIRANDA COELHO
Data: 09/11/2024 14:51:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho

Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas



Documento assinado digitalmente
AUXILIADORA DAMIANNE PEREIRA VIEIRA DA CO
Data: 10/11/2024 11:13:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Auxiliadora Damianne Pereira V. da Costa e Silva

Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas

Examinadora interna

Aos meus pais (Alide Calaça e Alexandre Otilio) que, apesar de pouco estudo, dedicaram suas vidas para me proporcionar educação, que nunca permitiram que eu declinasse dos meus objetivos. Pela inteligência deles em me ofertar aquilo que não tiveram, eu lhes dedico a realização deste sonho e a minha profunda satisfação em orgulhá-los.

A minha estrela, minha avó (Josete Otilio), que foi a primeira professora da família e plantou em meu coração a semente da docência. Seu entusiasmo em lecionar no ensino básico me inspira a querer seguir seus passos e ser professor. Sei que do céu intercedes por mim e se orgulha dessa conquista.

A minha querida Profa. Dra. Quitéria Wanderley, que foi minha professora durante a graduação de Fisioterapia e, depois, na Medicina, se tornou minha madrinha, contribuindo diretamente na mudança da minha história. Fonte de inspiração e admiração. Foi quem me inseriu no caminho da docência e da pesquisa, me deu oportunidades e zelou para que aqui eu chegasse.

A todos vocês eu dedico este trabalho.

Agradeço imensamente, antes de tudo, a Deus, por sempre me levantar, me renovar e sustentar nos momentos difíceis, pela proteção e permissão divina. Também agradeço àqueles que contribuíram direta ou indiretamente para concretização deste sonho.

Ao meu companheiro de vida, Marcelo Araújo, que me deu apoio e fortaleza durante o processo.

A minha querida família, meus pais, irmão, avós, tios, tias, minha prima (Ary) e meus sobrinhos, os quais sempre me apoiam, torcem e vibram por cada conquista minha e cada novo sonho realizado.

Aos meus amigos que participam ativamente do meu dia a dia, me ouvindo e incentivando: Lorena Borges, minha amiga de infância; aos amigos do ensino médio – Aline, Priscila, Karla e Yslanilson; aos amigos da Fisioterapia – Zanzzy, Nessa e Danylo; aos amigos da Medicina – Day, Dárgaro, Gabi, Victor e Michelle; e ao grande presente que o programa de Mestrado me deu, uma amiga que tanto me incentivou e fez com que o processo fosse mais feliz, a querida Catarina Rosa.

A minha coordenadora da residência médica, Dra. Lorella Chiappetta, por ter permitido e incentivado minha participação no Mestrado concomitantemente com a residência. Por me acolher como filho e estimular meu crescimento profissional e acadêmico. Também agradeço à preceptora Dra. Viviane Porangaba, a qual me ajudou no recrutamento de participantes e coleta de dados do estudo.

A todos vocês minha profunda gratidão e respeito.

“Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa.”

(Papa Francisco)

RESUMO

OBJETIVOS: Investigar a associação entre Fibromialgia e depressão em mulheres, considerando a intensidade da dor física, comprometimento funcional, percepção de solidão, dor psicológica, anedonia e risco de suicídio. **MÉTODOS:** Estudo transversal analítico. Entre os instrumentos utilizados estão: versão brasileira da Escala de Solidão de UCLA, Escala de Dor Psicológica, Questionário de Impacto da Fibromialgia, critérios ACR para o diagnóstico de FM, Escala Numérica da Dor, e Inventário de Depressão de Beck. A amostra foi subdividida em dois grupos de acordo com a presença ou ausência de sintomas depressivos graves. Os grupos foram comparados através dos testes t de *student*, *Mann-Whitney*, *Qui-quadrado* ou Exato de *Fisher* e as correlações por *Spearman*. A análise estatística foi pelo JAMOVI®. **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 100 mulheres com média de idade de 48,7 anos ($\pm 9,5$), a maioria possuía parceiro(a) (54%), se autodeclarou como não branca (74%), possuía baixa escolaridade (61,2%), era sedentária (69%) e possuía comorbidades como hipertensão e/ou diabetes (53%). Não houve diferença quanto à intensidade da dor física nos grupos com ou sem sintomas depressivos graves, contudo, as mulheres com sintomas depressivos graves apresentaram 10 vezes mais chances de relatar comprometimento funcional intenso ($p < 0,001$); 2,6 vezes mais queixas de solidão moderada a grave ($p = 0,024$), 10 vezes mais anedonia intensa ($p < 0,001$) e 8,6 vezes mais risco de suicídio ($p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** Mulheres com FM que possuam sintomas depressivos graves apresentam maior comprometimento funcional, dor psicológica mais intensa e com risco de suicídio, maior percepção de solidão de intensidade moderada a grave, maior gravidade de sintomas de anedonia e maior risco de suicídio. Entretanto, a dor física manifestada na FM não sofre influência pelos sintomas depressivos graves.

Palavras-chaves: Dor, Fibromialgia, Solidão, Angústia Psicológica.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To investigate the association between Fibromyalgia and depression in women, considering the intensity of physical pain, functional impairment, perception of loneliness, psychological pain, anhedonia, and suicide risk. **METHODS:** Analytical cross-sectional study. The instruments used include: the Brazilian version of the UCLA Loneliness Scale, the Psychological Pain Scale, the Fibromyalgia Impact Questionnaire, ACR criteria for FM diagnosis, the Numeric Pain Scale, and the Beck Depression Inventory. The sample was subdivided into two groups according to the presence or absence of severe depressive symptoms. The groups were compared using Student's t-test, Mann-Whitney, Chi-square, or Fisher's Exact tests, and correlations by Spearman. Statistical analysis was performed using JAMOVI®. **RESULTS:** The sample consisted of 100 women with an average age of 48.7 years (± 9.5), the majority had a partner (54%), self-identified as non-white (74%), had low educational attainment (61.2%), were sedentary (69%), and had comorbidities such as hypertension and/or diabetes (53%). There was no difference in the intensity of physical pain between groups with or without severe depressive symptoms; however, women with severe depressive symptoms were 10 times more likely to report severe functional impairment ($p < 0.001$); 2.6 times more likely to report moderate to severe loneliness ($p = 0.024$), 10 times more likely to experience severe anhedonia ($p < 0.001$), and 8.6 times more likely to be at risk of suicide ($p < 0.001$). **CONCLUSION:** Women with FM who have severe depressive symptoms exhibit greater functional impairment, more intense psychological pain with suicide risk, higher perception of moderate to severe loneliness, greater severity of anhedonia symptoms, and higher risk of suicide. However, the physical pain manifested in FM is not influenced by severe depressive symptoms.

Keywords: Pain, Fibromyalgia, Loneliness, Psychache.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Primário:.....	12
2.2 Objetivos Secundários:.....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 Fibromialgia.....	13
3.2 Sentimento de Solidão, Dor Psicológica, Depressão e Anedonia.....	16
3.3 Fibromialgia e manifestações psicológicas.....	18
4. METODOLOGIA.....	20
4.1 Tipo de estudo, participantes, local da pesquisa e aspectos éticos.....	20
4.2 Variáveis e instrumentos.....	20
4.3 Procedimento.....	24
4.4 Análise dos dados.....	25
5. RESULTADOS.....	26
6. DISCUSSÃO.....	33
<i>Avaliação Sociodemográfica e Clínica.....</i>	33
<i>Avaliação da dor física e do comprometimento funcional na Fibromialgia.....</i>	34
<i>Avaliação dos Aspectos Psicológicos da Fibromialgia.....</i>	35
7. PRODUTO.....	42
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	43
9. CONCLUSÃO.....	44
10. REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE 1 – Questionário Sociodemográfico.....	50
ANEXO 1 – Parecer de aprovação do CEP.....	51
ANEXO 2 – Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP).....	52
ANEXO 3 – Critérios ACR para o Diagnóstico da FM.....	53
ANEXO 4 – Escala Numérica da Dor (END).....	54
ANEXO 5 – Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF).....	55
ANEXO 6 – Versão brasileira da Escala de Solidão de UCLA (UCLA-BR).....	56
ANEXO 7 – Versão brasileira da Escala de Dor Psicológica (EDP).....	57
ANEXO 8 – Inventário de Depressão de Beck (BDI II).....	58

1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma doença inflamatória crônica caracterizada por dor difusa, fadiga e comprometimento cognitivo. Apesar da prevalência da fibromialgia variar de 1,3 a 8% da população geral em estudos epidemiológicos, o diagnóstico preciso permanece desafiador, podendo levar à subestimação de sua real prevalência (GAU *et al.*, 2023).

A presença de comorbidades psiquiátricas na fibromialgia destaca sua influência na qualidade de vida do paciente, piorando o prognóstico da doença. Dentre essas alterações, pode-se destacar a depressão, o sentimento de solidão e a dor psicológica. Solidão pode ser definida como uma percepção cognitiva que os relacionamentos sociais são insuficientes ou inadequados, o que resulta em uma sensação afetiva de vazio ou tristeza (BARROSO *et al.*, 2016). A Dor Psicológica (DP) também pode ser encontrada na literatura como dor mental, sofrimento psíquico, dor psíquica, vazio ou perturbação interna, havendo relato de que a dor psicológica já fora descrita como pior do que qualquer dor física que um indivíduo já sentira (IELMINI *et al.*, 2022).

O tratamento da Fibromialgia consiste em um desafio para os serviços de saúde, pois engloba tanto medidas farmacológicas e intervencionistas para dor crônica, quanto educação cognitivo-comportamental em saúde. Diante disso, objetivou-se com este estudo investigar se sintomas depressivos graves implicariam em piores alterações psicológicas em mulheres com fibromialgia. Tal investigação irá corroborar com o entendimento dos aspectos multifatoriais relacionados à FM, além de possibilitar melhores estratégias na abordagem terapêutica desses pacientes.

A depressão é um transtorno multifatorial que pode surgir em qualquer período da vida, que aumenta o risco de comportamentos autodestrutivos, podendo levar ao suicídio (BARROSO *et al.*, 2019). A associação entre depressão, percepção de solidão, dor psicológica, anedonia e risco de suicídio está bem documentada, uma vez que já foi verificado que a sintomatologia depressiva pode atuar de forma sinérgica para diminuir o bem-estar e intensificar distúrbios psicológicos. Considerando que a FM é uma condição crônica limitante que frequentemente coexiste com a depressão e, também, a ausência de estudos semelhantes no Brasil, avaliar as alterações psicológicas de mulheres que vivem com fibromialgia é de suma relevância para um melhor manejo clínico, além de possibilitar o desenvolvimento de estratégias terapêuticas em saúde mental e políticas públicas voltadas a esses pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário:

Investigar a associação entre depressão e intensidade da dor física, comprometimento funcional, percepção de solidão, dor psicológica, anedonia e risco de suicídio em mulheres com Fibromialgia.

2.2 Objetivos Secundários:

- Traçar o perfil sociodemográfico;
- Avaliar a intensidade da dor física;
- Medir o grau de prejuízo funcional devido à Fibromialgia;
- Avaliar a percepção de solidão;
- Medir a dor psicológica;
- Verificar a frequência de depressão na amostra e comparar os resultados entre os grupos com depressão grave e sem depressão grave;
- Mensurar a frequência de anedonia na amostra, verificando sua relação com outras variáveis psicológicas;
- Avaliar o risco de suicídio pelas escalas de depressão e dor psicológica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fibromialgia

De acordo com o Colégio Americano de Reumatologia (*American College of Rheumatology – ACR*), a Fibromialgia (FM) consiste em uma doença crônica e complexa, caracterizada por dor difusa de intensidade moderada a severa. Comumente, está acompanhada por fadiga, distúrbios do sono, cefaleia, disfunções sistêmicas como a síndrome do intestino irritável, cistite intersticial; além de alterações cognitivas e psicológicas, como ansiedade e depressão (ANAYA *et al.*, 2021; CUYUL-VÁSQUEZ *et al.*, 2021). A FM leva a um complexo estado de disfunção cognitiva conhecido como “*fibrofog*”, caracterizado por distúrbios na memória de trabalho, atenção e funções executivas globais, muitas vezes referidos pelos pacientes como uma sensação de desaceleração, falta de jeito e confusão que têm um profundo impacto na capacidade de realizar e planejar efetivamente as atividades diárias (MAFFEI, 2020).

A prevalência da FM é de 1,3% a 8% da população geral, estimada no Brasil em 2,5%, acometendo mais frequentemente mulheres com média de idade entre 30 e 50 anos, no entanto, os sintomas podem surgir em qualquer idade (ANAYA *et al.*, 2021). A doença representa o terceiro diagnóstico mais frequente em clínicas de reumatologia, sendo uma condição que afeta significativamente a qualidade de vida, exigindo muitas vezes um esforço de saúde inesperado e custos sociais consistentes (MAFFEI, 2020).

A etiopatogenia da FM parece estar relacionada a fatores decorrentes de traumas de vida, imunidade e à genética. Estressores de vida apresentaram associações significativas com a FM, principalmente o abuso físico, abuso sexual, trauma médico e abuso emocional podendo estar conectados a alterações na sinalização dos glicocorticoides. Alguns estudos demonstraram que mulheres com FM têm níveis mais elevados de secreção espontânea e evocada por lipopolissacarídeo de IL-5 e outras citocinas selecionadas por monócitos circulantes do que mulheres sem dor. Além disso, nas mulheres com FM, a maior secreção de IL-5 correlacionou-se significativamente com dor e outros sintomas somáticos e psicológicos clinicamente relevantes. Entretanto, todos esses achados carecem de mais estudos na investigação etiológica da FM (GIORGIL *et al.*, 2022).

O diagnóstico da FM foi proposto pelo ACR em 1990 e sofreu modificações ao longo do tempo, sendo utilizada hoje a versão de 2016. Os critérios diagnósticos não são baseados

em testes laboratoriais ou radiológicos para diagnosticar FM. Inicialmente (1990), fazia-se a contagem de pontos dolorosos (os “*tender points*”), na revisão de 2010 essa prática foi abandonada e sugerido considerar o número de regiões corporais dolorosas, além de avaliar a presença e a gravidade da fadiga, dificuldade cognitiva, sono não revigorado e a extensão dos sintomas somáticos, surgindo o Índice de Dor Generalizada (*Widespread Pain Index – WPI*), o qual divide o corpo em 19 regiões e pontua quantas regiões são relatadas como dolorosas; e por um escore de Gravidade dos Sintomas (*Symptom Severity – SS*), que avalia sintomas cognitivos, sono não reparador e gravidade da fadiga. Por fim, em 2016, estabeleceu-se que além da avaliação do WPI e SS, também deve-se avaliar o tempo dos sintomas e validar a FM independentemente de outros diagnósticos, ou seja, a presença de outras doenças clinicamente importantes não exclui o diagnóstico de FM (MAFFEI, 2020).

Devido à ausência de biomarcadores objetivos ou exames de imagem que confirmem a doença, o diagnóstico da FM ainda é eminentemente clínico e bastante questionável. Bennett *et al.* (2022), cujos trabalhos têm sido uma pedra angular para a pesquisa clínica em FM, apontaram que a confiança em fazer um diagnóstico de FM pode ser aumentada perguntando sobre os cinco sintomas de dor profunda persistente que afeta a maior parte do corpo, equilíbrio deficiente, sensibilidade ambiental, sensibilidade ao toque e dor após o exercício (GIORGIL *et al.*, 2022).

Modelos com biomarcadores e análise de fluidos foram estudados na tentativa de diagnosticar a FM. Dentre eles, destacam-se os achados de Begum *et al.* (2022), que encontraram que aqueles em risco de desenvolver FM apresentam níveis de cortisol salivar particularmente elevados, sendo os fatores de risco mais significativos: distúrbios do sono e experiências estressantes. E os de HSU *et al.* (2022), que encontraram indícios que pacientes com FM apresentam alterações nas redes de metabolismo de radicais livres, lipídios e aminoácidos que levam à geração de citocinas dependentes de NF- κ B, incluindo tanto citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , IL-6, IL-8) e anti-inflamatórias (IL-10), como quimiocinas (eotaxina). Quanto à imaginologia, estudos que ganharam notoriedade foram os de SEO *et al.* (2021), que utilizaram a tomografia por emissão de pósitrons (PET) [11C]-(R)-PK11195 para mostrar que os cérebros de pacientes com FM apresentam níveis anormais de neuroinflamação em comparação com os de pacientes com a Síndrome da Dor Crônica Regional (SDCR); e o de CORDÓN *et al.* (2022), que utilizaram a tomografia de coerência óptica para detectar neuroinflamação e degeneração, e verificaram que pacientes com FM apresentam redução das

camadas retinianas internas da área macular, e que essa degeneração se correlaciona com a gravidade da doença e pior qualidade de vida.

O tratamento da FM requer uma abordagem ampla, que engloba medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo em vista seu caráter multifatorial. A terapia farmacológica parece proporcionar uma redução de 50% na intensidade da dor em apenas 10% a 25% dos pacientes, no entanto, alguns tratamentos parecem melhorar significativamente a qualidade de vida. Esse controle algíco limitado se deve em parte aos efeitos adversos limitantes da dose e à eficácia incompleta da droga. Como os distúrbios do sono, a dor e o sofrimento psíquico são os mais passíveis de terapia medicamentosa, os fármacos devem ser escolhidos para controlar os sintomas predominantes do indivíduo (MAFFEI, 2020).

Dentre os fármacos sugeridos para o tratamento da FM, destacam-se: os gabapentinóides, que demonstraram redução da intensidade da dor durante um período de acompanhamento de 12 a 26 semanas, com efeitos adversos toleráveis; e os antidepressivos, principalmente os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN), com ênfase para a Duloxetina, que demonstrou resultados positivos na qualidade de vida relacionada à saúde, fadiga, problemas de sono, dor e impressão geral do paciente, com boa segurança e tolerabilidade; e os Antidepressivos Tricíclicos (ADT), sendo a Amitriptilina a droga mais estudada, no entanto, viu-se que ela apesar de proporcionar alívio satisfatório da dor, alcançou apenas uma minoria dos pacientes. Os canabinóides tem gerado discussão nos dias atuais, parecendo haver algum benefício no controle algíco, porém essa afirmação não possui evidência robusta (MAFFEI, 2020).

Além dos fármacos utilizados no tratamento da FM, pode-se também lançar mão de terapias complementares para o controle do quadro algíco. Dentre elas destacam-se: Acupuntura a qual pode ser empregada na melhora do sono ou bem-estar global ou na redução da dor ou fadiga. A eletroacupuntura (AE) foi mais efetiva que a acupuntura manual (AM) na melhora do sono, bem-estar global e fadiga e na redução da dor e rigidez. A estimulação elétrica transcraniana ou transcutânea apresentaram efeitos positivos, sem evidências fortes. Já o exercício físico demonstrou promover melhor qualidade de vida, pelo exercício de alongamento muscular, especialmente no que diz respeito à capacidade funcional e à dor, enquanto a depressão foi reduzida pelo treinamento resistido. Além disso, a combinação com programa de massoterapia durante três meses influenciou o índice de estresse percebido, as concentrações de cortisol, a intensidade da dor e a qualidade de vida de pacientes com FM (MAFFEI, 2020).

A dor é o sintoma mais encontrado, em sua maioria relacionada à alodínia e à hiperalgesia, sendo considerada um fator limitante para realização de atividades de vida diária e profissional. A questão do estado de comorbidade psiquiátrica na fibromialgia tem sido discutida há muito tempo, uma vez que o aparecimento de um transtorno psiquiátrico poderia influenciar maciçamente a qualidade de vida do paciente, piorando o prognóstico da fibromialgia (GAU *et al.*, 2023).

Um estudo espanhol recente percebeu que mulheres com FM apresentavam maior índice de alterações psicopatológicas, como somatização, TOC, depressão e ansiedade quando comparadas àquelas que não possuíam diagnóstico de FM. A depressão é a principal condição mental que afeta as pessoas que vivem com FM, o que as leva à restrição das atividades e relações pessoais. Aproximadamente um quarto dos pacientes com fibromialgia tem depressão comórbida, enquanto mais da metade experimenta um transtorno depressivo maior em algum momento de suas vidas (GAU *et al.*, 2023).

GRAMINHA *et al.* (2021), perceberam que pessoas com FM que tinham sintomas depressivos graves apresentavam maior intensidade da dor e fadiga, maior gravidade da doença, pior qualidade de sono e maior comprometimento dos aspectos emocionais de qualidade de vida relacionados à saúde (QVRS), quando comparados aqueles que possuíam FM com depressão leve. Esses transtornos afetam 264 milhões de pessoas no mundo, 21% delas só no continente americano (ANAYA *et al.*, 2021; CUYUL-VÁSQUEZ *et al.*, 2021; BATISTA *et al.*, 2021; GRAMINHA *et al.*, 2021; LUNA *et al.*, 2021).

3.2 Sentimento de Solidão, Dor Psicológica, Depressão e Anedonia

O conceito de solidão pode ser definido como uma percepção cognitiva de que os relacionamentos sociais são insuficientes ou inadequados, o que resulta em uma sensação afetiva de vazio ou tristeza. Em 1978, foi publicada a primeira versão da Escala de Solidão de UCLA, a qual já demonstrava moderada correlação com a triagem para depressão, tendo mostrado melhora nessa relação com sua versão mais atual, sendo uma das escalas mais utilizadas (BARROSO *et al.*, 2019).

A Dor Psicológica (DP) também pode ser encontrada na literatura como dor mental, sofrimento psíquico, dor psíquica, vazio ou perturbação interna. Sendo a DP compreendida como um estado de consciência desagradável, resultante de experiências de perdas, que leva à

quebra da integridade individual e social. Além disso, durante um episódio depressivo a dor psicológica já fora descrita como pior do que qualquer dor física que um indivíduo já sentira (LUIS, 2016).

Para melhor compreender a dor psicológica, Schneidman, em 1993, a diferenciou da dor física, nomeando-a como “*psychache*”, o que corresponderia a um estado agudo de dor interna intolerável, associado a emoções negativas, como tristeza, culpa, angústia, medo, raiva, desespero, solidão, vergonha e perda. Mais recentemente, MEERWIJK e WEISS (2014) definiram a dor psicológica como um sentimento desagradável e insustentável, resultante de sensações negativas pessoais frente a uma perda (de algo ou alguém) ou ao fracasso em alcançar objetivos ou realizar atividades básicas. Além disso, diversas teorias vem sendo estudadas nos últimos anos, dentre elas a dor psicológica como um fator contribuinte para a ideação suicida e motivação para consumação do ato. Coortes disponíveis na literatura já abordam a relação entre a dor psicológica e o suicídio em populações com elevado e baixo risco, além de relacioná-la com outras variáveis psicológicas e os comportamentos suicidas (LUIS, 2016).

Diversos instrumentos foram desenvolvidos com objetivo de avaliar a dor psicológica, dentre os quais pode-se destacar a Escala de Dor Psicológica (*Psychache Scale*), a qual foi traduzida e validada em 2019 para o português de Portugal, por Campos e outros colaboradores. Consoante, para mensurar o sentimento de solidão BARROSO *et al.* (2016), testaram a versão brasileira da UCLA (UCLA-BR) e verificaram que ela apresenta boa qualidade psicométrica, com capacidade de avaliar solidão em jovens de idade entre 20 a 87 anos, apresentando bom índice de fidedignidade, logo, uma medida confiável (CAMPOS *et al.*, 2019; BARROSO *et al.*, 2016; LUIS, 2016).

A anedonia pode ser entendida como uma deficiência na experiência de prazer, pode ser manifestada em muitos transtornos psicológicos, como depressão, transtorno do estresse pós-traumático, esquizofrenia. Além disso, ela é vista como um preditor de mau resultado do tratamento farmacológico para depressão. Logo, percebe-se que a anedonia é um importante alvo e desfecho de tratamento, podendo ser uma ferramenta útil na avaliação clínica e no monitoramento de pacientes com depressão (COGAN *et al.*, 2024).

3.3 Fibromialgia e manifestações psicológicas

A dor social foi recentemente proposta como um sintoma saliente na polissintomatologia da FM, além de outros sintomas centrais da FM, como a dor física. A dor, ou sentimento de invalidação perante a sociedade, é um fenômeno multifatorial que engloba diversas experiências sociais angustiantes, como a não aceitação, não compreensão da condição, descrença, rejeição, estigmatização e ruptura; o que faz com que a experiência de dor da FM não seja restritivamente encarada como uma sensação física desagradável a quem a sente, mas também contemplada pelo sentimento social – por meio de outras dimensões da dor (PARSA *et al.*, 2021).

A falta de explicação laboratorial e de imagem que justifiquem o quadro clínico da FM corrobora com o aspecto social negligenciado da dor. Nesse ponto, estudos em neurociências sustentam que a dor social e a invalidação se somam intensamente na natureza da FM, e representam uma expressão crucial da manifestação da dor física e de sintomas somáticos. Reconhecer na FM o complexo “dor física-social” garante não somente a inserção da dor social ou invalidação como sintoma complementar, como também permite o diagnóstico e manejo mais amplos dessa condição. Contudo, vale ressaltar que apesar da relação mútua existente entre dor física e social, uma pode continuar ou não mudar apesar do alívio da outra (e vice-versa). Apesar da importância desse entendimento, nem sempre é possível delimitar os limites entre esses dois tipos de dor, entretanto, sabe-se que uma resposta social negativa percebida ou invalidação (não compreensão e desconsideração de outros) impacta negativamente no bem estar psicológico (saúde mental) e físico das pessoas que vivem com FM, inclusive, acredita-se que contribua na intensificação da dor, pelo aumento da atividade neural em regiões especiais do cérebro, como a porção dorsal do córtex cingulado anterior e a ínsula anterior, que também codificam componentes afetivos da dor física. Já a dor social acarretaria no isolamento, solidão, depressão, falta de autoestima e redução da atividade física (PARSA *et al.*, 2021).

BATISTA *et al.* (2021), constataram relação direta entre a dor causada pela FM e cinesiofobia, uma vez que a sensação de dor ao se movimentar leva ao medo de senti-la ainda mais intensa. Por conseguinte, esses sintomas psicológicos relacionados a FM podem aumentar os sintomas primários da síndrome, como a dor e a incapacidade funcional, o que impacta diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Além disso, diversas teorias vem sendo estudadas nos últimos anos, dentre elas a dor psicológica como um fator contribuinte para a ideação suicida e motivação para consumação do ato. Coortes disponíveis na literatura já

abordam a relação entre a dor psicológica e o suicídio em populações com elevado e baixo risco, além de relacioná-la com outras variáveis psicológicas e os comportamentos suicidas (BATISTA *et al.*, 2021).

O tratamento da Fibromialgia consiste em um desafio para os serviços de saúde, pois engloba tanto medidas farmacológicas e intervencionistas para dor crônica, quanto educação cognitivo-comportamental em saúde. As recomendações da Liga Europeia Contra o Reumatismo enfatizam como primeira linha para o tratamento da FM o manejo não farmacológico, juntamente a outras diretrizes clínicas internacionais que destacam a importância de considerar aspectos como personalidade, fatores contextuais, tomada de decisão compartilhada, adesão terapêutica, psicoterapia e atividade física. Dessa forma, percebe-se que a necessidade de uma avaliação global do paciente fibromiálgico levando em consideração a relação “dor físico-social” para que seja possível alcançar uma avaliação clínica e manejo adequados desses pacientes. (ANAYA *et al.*, 2021; CUYUL-VÁSQUEZ *et al.*, 2021; PARSA *et al.*, 2021).

Diante disso, objetiva-se com este estudo investigar a gravidade do sentimento de solidão, da dor psicológica e da depressão, bem como se há relação desses com o impacto causado pela doença, em mulheres que vivem com Fibromialgia. Considerando que a Fibromialgia é uma condição crônica que reduz a qualidade de vida, especialmente em mulheres, está frequentemente ligada à depressão e, além disso, diante da ausência de estudo semelhantes no Brasil, compreender essas questões pode ajudar a desenvolver estratégias de tratamento mais eficazes e personalizadas, que considerem tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos da doença. Ademais, esse estudo inédito pode apoiar o desenvolvimento de políticas assistivas que garantam acesso a cuidados adequados e aumentem a conscientização sobre a importância da saúde mental no contexto da Fibromialgia.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo, participantes, local da pesquisa e aspectos éticos

Trata-se de um estudo transversal, analítico. Submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Escola Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), aprovado sob o protocolo CAAE 68294223.3.0000.0155 (Anexo 1), e somente teve início após sua aprovação.

A amostra foi composta por mulheres que vivem com Fibromialgia (n=100). A seleção das participantes foi feita por conveniência, tratando-se de uma amostra não probabilística. Os dados foram coletados com mulheres associadas à Associação de Fibromiálgicos de Alagoas (AFIBAL), além de pacientes em acompanhamento nos ambulatórios vinculados ao SUS: CER III Pam Salgadinho, CER III UNCISAL, ambulatório de Dor do HUPAA/UFAL, ambulatório de Reumatologia do HUPAA/UFAL. Os critérios de inclusão foram: gênero feminino, maiores de 18 anos e que possuíssem o diagnóstico de FM. Os critérios de exclusão foram: pacientes portadoras de dor de etiologia oncológica ou autoimune; acamadas ou cadeirantes devido à sequela de acidente vascular encefálico (AVE), lesão medular (LM), traumas físicos; quadros psicóticos e déficit intelectual clinicamente significativo.

4.2 Variáveis e instrumentos

- **Perfil Sociodemográfico:** o perfil sociodemográfico dos participantes foi traçado através da aplicação de um questionário de própria autoria dos pesquisadores (Apêndice 1) e pela aplicação do questionário Critério de Classificação Econômica Brasil – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (Anexo 2), versão atualizada de 2022. As respostas do questionário de caracterização foram organizadas da seguinte forma:

- **Idade:** em números inteiros e anos completados.

- **Estado Civil:** “com” ou “sem” parceiro(a). Considerou-se “com parceiro(a)” aquelas que informavam união formalizada em cartório, união estável, residir juntos ou namoro estabelecido.

- **Etnia:** “branca” e “não branca”. De acordo com o autorrelato das participantes.

- **ABEP:** Sua interpretação foi adotada conforme preconizado pelo próprio documento, subagrupando os resultados nas seguintes classes: “A” (45-100 pontos), “B1” (38-44 pontos), “B2” (29-37 pontos), “C1” (23-28 pontos), “C2” (17-22 pontos) e “DE” (0-16 pontos). Neste estudo, foi adotado como variável a “**Vulnerabilidade Socioeconômica**”, sendo incluídas nesta categoria aquelas que se enquadrassem nas classes “D” e “E”.

- **Escolaridade:** anos completos de estudo formal. Sendo as respostas padronizadas para a variável “**Menor Escolaridade**”: sim (tempo de estudo \leq 12 anos); não (tempo de estudo $>$ 12 anos).

- **Tempo de Sintomas (TS):** em números inteiros e anos completados desde o início do quadro clínico.

- **Tempo de Diagnóstico (TD):** em números inteiros e anos completados desde o início do quadro clínico até receber o diagnóstico fechado de FM.

- **Atividade Física:** “sim” e “não”. Considerou-se atividade física regular a prática de qualquer exercício com tempo de duração \geq 50 minutos, ao menos três vezes por semana (ou que o somatório semanal fosse igual ou superior a 150 minutos). Atividade dentro do ambiente de trabalho ou doméstico que não fosse executada de forma intencional e com vestimentas adequadas não foram consideradas.

- **Comorbidades:** “sim” ou “não”. Em caso positivo era solicitado a especificação da comorbidade.

- **Medicações em uso:** quantidade e classe dos fármacos de uso contínuo para o tratamento da FM e comorbidades.

- **Terapia não farmacológica:** “sim” ou “não”. Considerou-se qualquer terapia com a finalidade de atenuação dos sintomas dolorosos e/ou psiquiátricos. Em caso positivo era solicitado a especificação da terapia.

- **Diagnóstico de Fibromialgia:** o diagnóstico da FM foi revisado em 2016 através dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (*American College of Rheumatology – ACR*) de 2010 (Anexo 3), que diagnosticam a FM quando (MAFFEI *et al.*, 2020):

- 1- Dor generalizada, definida como dor presente em pelo menos 4 de 5 regiões;
- 2- Sintomas apresentarem nível semelhante por pelo menos três meses;

3- O Índice de Dor Generalizada (*Widespread Pain Index* – WPI) ≥ 7 e Escala de Severidade dos Sintomas (*Symptom Severity* – SS) ≥ 5 OU WPI 3-6 e com escala de SS ≥ 9 ;

4- O diagnóstico de FM é válido independentemente de outros diagnósticos. Outro ponto importante é que a presença de outras doenças clinicamente importantes não exclui o diagnóstico de FM.

- **Intensidade da Dor:** foi mensurada através da Escala Numérica da Dor – **END** (Anexo 4). Trata-se de uma escala que varia de 0 a 10, na qual 0 significa “ausência de dor” e 10 a “pior dor que o entrevistado já sentira”, considera-se valores de 1 a 3 como dor leve, de 4 a 6 como dor moderada, e de 7 a 10 como dor intensa (KARCIOGLU *et al.*, 2018). Neste estudo a intensidade da dor foi entendida como “**Dor Física**”.

- Estabeleceu-se também uma subvariável dicotômica para “**Dor Física Intensa**”, incluindo aquelas que possuísem níveis de dor de 7 a 10 pontos na END.

- **Impacto da Fibromialgia:** mensurado através do Questionário de Impacto da Fibromialgia – **QIF** (Anexo 5), o qual consiste em um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida (QV) em pacientes com FM, englobando aspectos relacionados à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos. Ele é composto por 19 questões, organizadas em 10 itens. Os dados foram normalizados para variarem de 0 a 100, obedecendo-se o escore total. Cada item possui pontuações diferentes (o item 1 foi somado e dividido por 3, os itens 2 e 3 multiplicados por 1,43 e os itens de 4 a 10 somados). Sua pontuação quanto mais alto for o valor, pior será a QV do avaliado (LORENA *et al.*, 2016; AZEVEDO *et al.*, 2011). Neste estudo o impacto da FM foi interpretado como “**Comprometimento Funcional**”.

- Maior comprometimento funcional: objetivando a comparação entre grupos, a variável comprometimento funcional foi subdividida de forma categórica dicotômica em “**Maior Comprometimento Funcional**” (QIF > 70 pontos) (AZEVEDO *et al.*, 2011).

- **Solidão:** avaliada através da versão brasileira da Escala de Solidão de UCLA – UCLA-BR (Anexo 6). Trata-se da versão traduzida e validada no Brasil em 2013, tendo como referência a escala internacional UCLA-R, desenvolvida por Russel, Peplau e Cutrona em 1980. A UCLA-BR contém 20 afirmações e apresenta as alternativas de resposta em forma de escala

likert de quatro pontos, no qual “nunca” pontua 0 ponto; “raramente” 1 ponto; “algumas vezes” 2 pontos; e “frequentemente” equivale a 3 pontos. Até pouco tempo, a escala ainda não possuía ponto de corte estabelecido, considerava-se que as pessoas com maior pontuação se encontravam mais solitárias; hoje, entretanto, entende-se que do total dos 60 pontos: 0 a 22 seja indicativo de solidão mínima; 23 a 35 solidão leve; 36 a 47 solidão moderada; e 48 a 60 solidão intensa (BARROSO *et al.*, 2019; BARROSO *et al.*, 2016).

- Para a análise comparativa a variável percepção de solidão foi subdividida de forma categórica dicotômica em “**solidão moderada-grave**” (UCLA-BR \geq 36 pontos) e “**solidão mínima-leve**” (UCLA-BR $<$ 36 pontos).

- **Dor Psicológica:** avaliada por meio da Escala de Dor Psicológica (*Psychache Scale*) – EDP (Anexo 7), traduzida e validada em 2019 para o português de Portugal, por Campos e outros colaboradores, sendo, neste estudo, ajustada para uma versão em português brasileiro pelos autores deste estudo. É um questionário composto por 13 itens, que visam avaliar dor psicológica de acordo com a perspectiva de Shneidman (1993). As respostas são dadas numa escala de *likert* de 5 pontos (de 1 a 5): os nove primeiros itens são respondidos de acordo com a frequência da dor psicológica, variando entre “nunca” (1) a “sempre” (5); os quatro últimos itens avaliam a intensidade da dor psicológica, e são respondidos numa escala de concordância, que varia de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5). O valor total da escala pode variar entre 13 e 65 pontos, sendo que quanto mais alto o resultado maior será a dor psicológica. Escores \geq 32,4 pontos foram relacionados com maior risco de tentativa de suicídio e, portanto, neste estudo foi acrescentada a variável “**risco de suicídio (EDP)**” para descrever aqueles que apresentavam maior risco de suicídio mensurado pela escala de dor psicológica – EDP $>$ 32 pontos (CAMPOS *et al.*, 2019; FRAGATA *et al.*, 2019).

- **Depressão:** foi identificada pelo Inventário de Depressão de Beck – **BDI II** (Anexo 8), o qual contém 21 questões que abordam 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. O questionário resulta em escores que variam de 0 a 63. A interpretação sugerida para os níveis de gravidade foi a seguinte: 0-13, depressão mínima/sem depressão; 14-19, depressão leve; 20-28, depressão moderada; e 29-63, depressão grave. Trata-se de um questionário validado e traduzido para o Brasil, amplamente utilizado (JULIO *et al.*, 2022; GOMES-OLIVEIRA *et al.*, 2012).

- Após análise de regressão linear, foi identificada a depressão como fator preditivo que contribui para o pior impacto da FM, assim, foi optado, neste estudo, pela adoção “depressão” como variável dependente e pela divisão da amostra em dois grupos: “**sem sintomas depressivos graves**” (BDI II < 29 pontos) e “**com sintomas depressivos graves**” (BDI II \geq 29 pontos).

- **Anedonia:** foi identificada a partir da avaliação dos subdomínios do BDI II (4 – perda de satisfação/prazer; 12 – perda de interesse; 15 – esforço/energia; e 21 – perda de interesse por sexo). Essa avaliação foi proposta por Pizzagalli *et al.* (2005), que relataram um alfa de .60 para a medida desses quatro itens. A validação da escala não foi um objetivo deste estudo, haja vista que estudos já relatam correlações entre as medidas de anedonia derivadas do BDI e outras escalas de anedonia, fornecendo algum suporte convergente de validade (COGAN *et al.*, 2024).

- **Risco de suicídio (BDI):** o subdomínio 9 do BDI aborda o risco de suicídio. Diante disso, buscou-se, também, neste estudo investigar o risco de suicídio associado a sintomas depressivos, observando esse subdomínio da escala.

4.3 Procedimento

As pacientes foram recrutadas por meio de convite via ligação telefônica ou digital por aplicativo de comunicação, sendo convidadas para consulta médica, ou via demanda espontânea no serviço que já faziam acompanhamento. As consultas aconteceram em consultório médico, nos referidos locais mencionados no tópico “local da pesquisa”. Após exame clínico e confirmação do diagnóstico de FM, os examinadores forneciam as informações sobre o estudo, bem como as eventuais dúvidas eram sanadas. Em caso de aceite em participar como voluntárias do estudo, lhes era solicitado a assinatura do TCLE e os questionários aplicados com auxílio dos examinadores. As consultas com aplicação dos questionários duravam um tempo médio de 40 minutos.

4.4 Análise dos dados

Uma análise descritiva inicial foi realizada para determinar frequências absolutas e relativas (número e porcentagens) para variáveis categóricas, além de medidas de tendência central e dispersão (médias, medianas, desvios-padrão e intervalos interquartis), para variáveis contínuas, de acordo com os resultados do teste de *Shapiro-Wilk* para análise da distribuição da amostra e determinação de análise paramétrica ou não paramétrica.

Dessa forma, a análise foi construída para investigar as diferenças entre os grupos com e sem sintomas depressivos graves. Verificou-se distribuição paramétrica para as variáveis idade, Solidão (UCLA-BR), Depressão (BDI) e Anedonia, deste modo, o teste t de *student* foi utilizado para comparar as médias dessas variáveis contínuas entre os dois grupos. O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado para comparar medianas das variáveis cuja distribuição era não normal.

Foi optado por considerar depressão como variável dependente e realizar a análise dos dados coletados comparando os grupos com e sem sintomas depressivos graves (ponto de corte **BDI II \geq 29** para o grupo com sintomatologia depressiva grave).

As variáveis dicotômicas [dor física intensa, risco de suicídio (BDI), presença de anedonia, solidão moderada-grave, maior comprometimento funcional e risco de suicídio (EDP)] tiveram suas proporções comparadas entre os grupos com e sem sintomatologia depressiva grave através dos testes *Qui-quadrado* e Exato de *Fisher*, esse último utilizado para variáveis com frequências menores que 05. O teste de correlação de *Spearman* foi utilizado para avaliar as relações entre as variáveis contínuas e ordinais.

Também buscou-se investigar quais dessas variáveis eram preditoras da sintomatologia depressiva grave em mulheres com FM, através de uma regressão logística binomial.

A análise estatística foi realizada pelo *software* estatístico JAMOVÍ® (versão 2.3.28), sendo adotado $p \leq 0.05$ como significativo e IC (95%).

5. RESULTADOS

O estudo contém uma amostra de 100 mulheres, todas com diagnóstico e preenchendo critérios para Fibromialgia, de acordo com o estabelecido pelo ACR. A média de idade encontrada foi de 48,7 anos ($\pm 9,5$), a maioria das participantes (54%) possuía parceiro(a) fixo(a) e se autodeclarava como “não branca” (74%), o que pode ser observado pela maior miscigenação do povo brasileiro. A mediana encontrada para situação socioeconômica (ABEP) foi 21,5 (17-30), já para o nível de escolaridade foi 12,0 (12-16) anos, do tempo de sintomas foi 10,0 (5-17) anos e para o tempo do diagnóstico foi 5,0 (3-9) anos, sendo possível identificar um longo período desde o início do quadro clínico até a confirmação diagnóstica. A maioria dessas mulheres era sedentária (69%), relatava ter comorbidades (53%), fazia uso de medicações contínuas para o tratamento da FM, principalmente de antidepressivos (71%) e/ou anticonvulsivantes (55%), com ênfase nos gabapentinóides; em menor frequência houve relato do uso de antipsicóticos (13%), opioides (9%), miorelaxantes (16%) e do lítio (7%). Pouco mais da metade da amostra (51%) afirmou fazer alguma terapia não farmacológica para o tratamento da dor.

A mediana encontrada para dor física (END) foi de 8,0 (7-9), para o comprometimento funcional (QIF) foi 80,5 (71-89), e para dor psicológica de 46 (36-56). A média obtida para percepção de solidão (UCLA-BR) foi de 32,6 ($\pm 14,6$), para depressão (BDI II) 27,1 ($\pm 10,1$), e para anedonia 6,43 (2,2). A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra se encontra organizada na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica de mulheres com fibromialgia (n=100)

VARIÁVEL	RESPOSTA n=100 (%)
IDADE (anos) (MÉDIA \pm DP)	48,7 ($\pm 9,5$)
ESTADO CIVIL	
COM PARCEIRO(A)	54 (54%)
SEM PARCEIRO(A)	46 (46%)
ETNIA	
BRANCA	26 (26%)
NÃO BRANCA	74 (74%)
ABEP (escore) MEDIANA (IQR 25-75)	21,5 (17-30)
ESCOLARIDADE (anos) MEDIANA (IQR 25-75)	12,0 (12-16)
TEMPO DE SINTOMAS (anos)	10,0 (5-17)

MEDIANA (IQR 25-75)	
TEMPO DIAGNÓSTICO (anos)	
MEDIANA (IQR 25-75)	5,0 (3-9)
ATIVIDADE FÍSICA	
SIM	31 (31%)
NÃO	69 (69%)
COMORBIDADES	
SIM	53 (53%)
NÃO	47 (47%)
ANTIDEPRESSIVOS	
SIM	71 (71%)
NÃO	29 (29%)
ANTICONVULSIVANTES	
SIM	55 (55%)
NÃO	45 (45%)
ANTIPSICÓTICOS	
SIM	13 (13%)
NÃO	87 (87%)
OPIOIDES	
SIM	09 (9%)
NÃO	91 (91%)
MIORRELAXANTES	
SIM	16 (16%)
NÃO	84 (84%)
LÍTIO	
SIM	07 (7%)
NÃO	93 (93%)
TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA	
SIM	51 (51%)
NÃO	49 (49%)
DOR FÍSICA	
MEDIANA (IQR 25-75)	8,0 (7-9)
IMPACTO DA FM	
MEDIANA (IQR 25-75)	80,5 (71-89)
DOR PSICOLÓGICA	
(MEDIANA; IQR 25-75)	46 (36-56)
SOLIDÃO	
(MÉDIA ±DP)	32,6 (±14,6)
DEPRESSÃO	
(MÉDIA ±DP)	27,1 (±10,1)
ANEDONIA	
(MÉDIA ±DP)	6,43 (2,2)

n: número de participantes. %: percentual. DP: desvio-padrão. ABEP: questionário socioeconômico Critério Brasil 2022. IQR: intervalo interquartil.

A amostra foi distribuída em dois grupos: sem sintomas depressivos graves (n=59) e com sintomas depressivos graves (n=41), indicando que a prevalência de sintomas depressivos graves na amostra foi de aproximadamente 60%. A média de idade encontrada foi semelhante entre os grupos – 49,2 (±8,38) e 48,0 (±11,1) anos. Nenhuma variável sociodemográfica apresentou relação significativa com sintomas depressivos graves. As relações sociodemográficas comparadas entre os grupos se encontram agrupadas na tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas de mulheres com FM subdivididas de acordo com a presença ou ausência de sintomas depressivos graves (n=100).

VARIÁVEL	SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS GRAVES (n=59)	COM SINTOMAS DEPRESSIVOS GRAVES (n=41)	p
IDADE (MÉDIA ±DP)	49,2 (±8,38)	48,0 (±11,1)	0,55 ¹
ESTADO CIVIL			0,11 ²
COM PARCEIRO(A)	31 (52,5%)	15 (36,6%)	
SEM PARCEIRO(A)	28 (47,4%)	26 (63,4%)	
ETNIA			0,28 ²
BRANCA	13 (22,0%)	13 (31,7%)	
NÃO BRANCA	46 (78,0%)	28 (68,2%)	
VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA			0,21 ²
SIM	11 (18,6%)	12 (29,3%)	
NÃO	48 (81,4%)	29 (70,7%)	
BAIXA ESCOLARIDADE			0,97 ²
SIM	35 (61,4%)	25 (61,0%)	
NÃO	22 (38,6%)	16 (39,0%)	

n: número de participantes. p: significância. DP: desvio padrão. %: percentual. **Vulnerabilidade socioeconômica:** escores ABEP (Critério Brasil 2022) pertencentes às classes “D” e “E”. **Baixa escolaridade:** tempo de estudo formal menor que 12 anos. ¹t-student. ²Qui-quadrado.

As medianas (IQR percentil 25-75) dos tempos de sintomas e de diagnóstico para os grupos sem sintomas depressivos graves e com sintomas depressivos graves foram de 10 (5,0-15) e 10 (5,0-19); 5 (3,0-8,75) e 5 (2,0-10), respectivamente. A maioria das participantes de cada grupo era sedentária (62% e 78%). Houve diferença entre os grupos quanto ao uso de lítio, o qual foi 10 vezes mais frequente entre as mulheres com sintomas depressivos graves (p=0,01; OR 9,9; IC 1,1-86,1). A maioria das mulheres de ambos os grupos (51%) relataram realizar terapias não farmacológicas para o controle da dor, sendo as mais prevalentes: fisioterapia, psicoterapia e acupuntura; além de outras em menor proporção, como alongamento, massoterapia, hidroterapia. As relações clínicas comparadas entre os grupos se encontram na tabela 3.

Tabela 3 – Características clínicas de mulheres com FM subdivididas de acordo com a presença ou ausência de sintomas depressivos graves

VARIÁVEL	SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS GRAVES (n=59)	COM SINTOMAS DEPRESSIVOS GRAVES (n=41)	p	OR	IC 95%
TEMPO DE SINTOMAS			0,66 ¹	-	-
MEDIANA (IQR 25-75)	10 (5,0-15)	10 (5,0-19)			
TEMPO DE DIAGNÓSTICO			0,71 ¹	-	-
MEDIANA (IQR 25-75)	5 (3,0-8,75)	5 (2,0-10)			
ATIVIDADE FÍSICA			0,10 ²	0,5	0,2-1,2
SIM	22 (37%)	09 (22%)			
NÃO	37 (62%)	32 (78%)			
COMORBIDADES			0,27 ²	0,6	0,3-1,4
SIM	34 (58%)	19 (46%)			
	25 (42%)	22 (54%)			

NÃO					
HAS			0,23 ²	0,6	0,2-1,4
SIM	21 (36%)	10 (24%)			
NÃO	38 (64%)	31 (76%)			
DM			0,63 ²	1,3	0,5-3,3
SIM	12 (20%)	10 (24%)			
NÃO	47 (80%)	31 (76%)			
ANTIDEPRESSIVO			0,40 ²	1,5	0,6-3,6
SIM	40 (68%)	31 (76%)			
NÃO	19 (32%)	10 (24%)			
ISRS			0,75 ²	0,9	0,4-2,1
SIM	19 (32%)	12 (29%)			
NÃO	40 (68%)	29 (71%)			
INRS			0,15 ²	1,8	0,8-4,1
SIM	19 (32%)	10 (24%)			
NÃO	40 (68%)	31 (76%)			
ADT			0,08 ²	2,3	0,9-5,9
SIM	10 (17%)	13 (32%)			
NÃO	49 (83%)	28 (68%)			
ATÍPICOS			0,70 ³	0,5	0,1-3,0
SIM	05 (9%)	02 (5%)			
NÃO	54 (91%)	39 (95%)			
ANTICONSULSIVANTES			0,15 ²	0,5	0,2-1,2
SIM	36 (61%)	19 (46%)			
NÃO	23 (39%)	22 (54%)			
ANTIPSICÓTICOS			0,31 ²	1,8	0,6-5,9
SIM	06 (10%)	07 (17%)			
NÃO	53 (90%)	34 (83%)			
OPIOIDES			0,48 ³	1,9	0,5-7,6
SIM	04 (7%)	05 (12%)			
NÃO	55 (93%)	36 (88%)			
MIORRELAXANTES			0,39 ²	0,6	0,2-1,9
SIM	11 (19%)	05 (12%)			
NÃO	48 (81%)	36 (88%)			
LÍTIO			0,01^{*3}	9,9	1,1-86,1
SIM	01 (2%)	06 (15%)			
NÃO	58 (98%)	35 (85%)			
TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA			0,97 ²	1,0	0,5-2,2
SIM	30 (51%)	21 (51%)			
NÃO	29 (49%)	20 (49%)			
FISIOTERAPIA			0,19 ²	0,5	0,2-1,4
SIM	20 (34%)	09 (22%)			
NÃO	39 (66%)	32 (78%)			
PSICOTERAPIA			0,48 ²	1,35	0,6-3,1
SIM	19 (32%)	16 (39%)			
NÃO	40 (68%)	25 (61%)			
ACUPUNTURA			0,71 ³	1,5	0,3-6,3
SIM	04 (7%)	04 (10%)			
NÃO	55 (93%)	37 (90%)			

n: número de participantes. p: significância. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança. %: percentual. IQR: Intervalo interquartil. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. DM: Diabetes mellitus. ISRS: Inibidores seletivos da recaptação de serotonina. INRS: Inibidores não seletivos da recaptação de serotonina. ADT: Antidepressivo tricíclico. ¹Mann-Whitney. ²Qui-quadrado. ³Exato de Fisher.

A dor física (END) apresentou mediana 08 (IQR 7-9), porém dor física intensa não foi exclusividade do grupo com sintomas depressivos graves ($p=0,65$), uma vez que ambos os grupos apresentaram alta prevalência (81% e 80%, respectivamente). Sendo assim, pode considerar que a dor física decorrente da FM tende a ser intensa independentemente da gravidade dos sintomas depressivos.

Os escores do QIF foram mais altos entre as mulheres com sintomas depressivos graves ($p < 0,001$). O QIF avalia domínios como funcionalidade, sensação de bem estar, sono e sintomas psicológicos como depressão e ansiedade, o que permite afirmar que o comprometimento geral causado pela FM é maior naquelas que possuíam sintomatologia depressiva grave. Reforçando este achado, pode-se observar que as chances das mulheres fibromiálgicas com sintomas depressivos graves apresentarem um comprometimento funcional mais intenso, isto é, acima de 70 pontos na QIF são 10 vezes maiores que aquelas sem sintomas depressivos graves ($\chi^2 = 11,9$; OR 10,0; 2,2-45,7).

Na análise das variáveis psicológicas, encontrou-se uma média geral para a percepção de Solidão (UCLA-BR) de 32,6 pontos ($\pm 14,6$), enquadrando-se em solidão leve, no entanto, ao avaliar separadamente os grupos, nota-se que o grupo com sintomas depressivos graves apresenta maior concentração dos escores em solidão moderada a intensa (~61%), já a maioria do grupo sem sintomas depressivos graves obteve escores de solidão mínima a leve (62%), havendo uma diferença significativa entre os grupos com e sem sintomas depressivos graves quanto à intensidade da percepção de solidão ($p = 0,001$), o que permite perceber uma relação entre solidão e depressão. Na relação com a subvariável “solidão moderada-grave”, foi encontrado que sintomas depressivos graves aumentam a chance da percepção de solidão moderada a grave em 2,6 vezes ($\chi^2 = 5,1$; $p = 0,024$; OR 2,6; IC 1,1-5,8).

A mediana de Dor Psicológica (EDP) da amostra foi de 46 (36-56), com relação significativa com os sintomas depressivos mais graves ($p < 0,001$). Para fins de melhor exploração da variável dor psicológica, foi criado neste estudo um subgrupo com aquelas que obtiveram escores para maior risco de suicídio (EDP > 32 pontos), observando-se que quase 70% das mulheres que não relataram sintomas depressivos graves e mais de 95% das que possuíam sintomas depressivos graves se enquadravam neste grupo, sendo encontrado um valor significativo $\chi^2 = 9,9$ ($p = 0,002$; OR 8,6; IC 1,9-39,3), inferindo que o risco de suicídio é um fator altamente prevalente nas mulheres com FM e 8,6 vezes maior naquelas com sintomas depressivos graves.

Os escores para anedonia apresentaram média de 6,4 pontos ($\pm 2,21$), com relação significativa com sintomas depressivos graves ($p = 0,001$), sendo possível também perceber que mulheres com fibromialgia e sintomas depressivos graves apresentam 9,7 vezes mais chances de se queixarem de anedonia mais intensa que aquelas sem sintomas depressivos graves ($\chi^2 = 14,5$; $p = 0,001$; OR 9,7; IC 2,6-36,7). O risco de suicídio mensurado pelo BDI foi mais prevalente no grupo de mulheres com sintomas depressivos graves, sendo sua chance 4,3 vezes

maior ($\chi^2 = 11,8$; $p=0,001$; OR 4,3; IC 1,8-10,0). A análise comparativa das variáveis psicológicas encontra-se demonstrada na tabela 4.

Tabela 4 – Análise comparativa entre dor física intensa, maior comprometimento funcional, solidão moderada-grave, presença de anedonia e risco de suicídio em mulheres com FM de acordo com a presença ou ausência de sintomas depressivos grave (n=100).

VARIÁVEL	SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS GRAVES n=59 (%)	COM SINTOMAS DEPRESSIVOS GRAVES n=41 (%)	χ^2	p	OR	IC 95%
Dor física intensa	48 (81,3%)	33 (80,5%)	0,01	0,913	0,9	0,3-2,6
Risco de suicídio (BDI)	17 (28,8%)	26 (63,4%)	11,8	<0,001*	4,3	1,8-10,0
Presença de anedonia	03 (5,1%)	14 (34,1%)	14,5	<0,001*³	9,7	2,6-36,6
Solidão moderada-grave	22 (37,9%)	25 (61,0%)	5,1	0,024*	2,6	1,1-5,8
Maior comprometimento funcional	39 (66,1%)	39 (95,1%)	11,9	<0,001*³	10,0	2,2-45,7
Risco de suicídio (EDP)	41 (69,5%)	39 (95,1%)	9,9	0,002*³	8,6	1,9-39,3

n: número de participantes. %: percentual. p: significância. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança. BDI: Inventário de Depressão de Beck II. EDP: Escala de Dor Psicológica. χ^2 : Qui-quadrado.

Foi realizada uma regressão logística binomial para verificar quais variáveis entre o maior comprometimento funcional, risco de suicídio (BDI), dor psicológica e anedonia são mais preditoras de sintomas depressivos graves em mulheres com FM. O modelo contendo as variáveis acima foi significativo ($\chi^2 = 56,7$; $p < 0,001$; R^2 Negel Kerke: 0,58). Todas as variáveis analisadas foram preditoras de sintomas depressivos graves em mulheres com FM: maior comprometimento funcional (QIF >70) ($p = 0,023$; OR = 7,71; IC 95% 1,33-44,74), risco de suicídio (BDI) ($p = 0,026$; OR = 3,69; IC 95% 1,17-11,63), percepção da dor psicológica (EDP) ($p = 0,027$; OR = 1,06; IC 95% 1,01-1,11) e anedonia ($p = 0,001$; OR = 2,02; IC 95% 1,36-2,99). A tabela 5 traz o modelo de Regressão Logística Binomial.

Tabela 5 – Fatores preditivos de sintomas depressivos graves em mulheres com FM através de um modelo de Regressão Logística Binomial.

	Z	Erro-padrão	p	OR	IC (95%)	
					Limite inferior	Limite superior
Maior comprometimento funcional	2,28	0,90	0,023*	7,71	1,33	44,74
Risco de suicídio (BDI)	2,23	0,58	0,026*	3,69	1,17	11,63
Dor Psicológica	2,21	0,02	0,027*	1,06	1,01	1,11
Anedonia	3,51	0,20	<0,001*	2,02	1,36	2,99
R²: 0,58						

IC: intervalo de confiança. %: percentual. Z: resultado teste Z. p: significância. OR: *Odds Ratio* (Razão de Chance). BDI: Inventário de Depressão de Beck II. R²: resultado da regressão (Nagelkerke).

As correlações de *Spearman* entre as variáveis demonstraram relações significativas diretamente proporcionais de forte intensidade entre depressão e anedonia ($r=0,73$); de moderada intensidade entre depressão e comprometimento funcional ($r=0,59$), depressão e dor psicológica ($r=0,56$) e entre percepção de solidão e dor psicológica ($r=0,61$); as demais foram de intensidade desprezível a fraca. A tabela 6 demonstra as correlações de *Spearman* entre as variáveis clínicas e sociodemográficas.

Tabela 6 – Correlações de *Spearman* entre variáveis clínicas.

VARIÁVEL	TS	TD	END	QIF	BDI	ANEDONIA	EDP	UCLA
TS	-							
TD	,71***	-						
END	-,15	-,23*	-					
QIF	,22*	,09	,08	-				
BDI	,01	-,01	,11	,59***	-			
ANEDONIA	-,03	-,01	,27**	,39***	,73***	-		
EDP	,13	,07	,27**	,44***	,56***	,43***	-	
UCLA	,13	-,02	,36***	,38***	,48***	,37***	,61***	-

TS: tempo de sintomas. TD: tempo de diagnóstico. END: Escala Numérica da Dor. QIF: Questionário de Impacto da Fibromialgia. BDI: Inventário de Depressão de Beck II. EDP: Escala de Dor Psicológica. UCLA: Escala Brasileira de Solidão (UCLA-BR). * $p<0,05$. ** $p<0,01$. *** $p<0,001$.

6. DISCUSSÃO

Avaliação Sociodemográfica e Clínica

Nossos achados indicaram se tratar de uma amostra composta exclusivamente por mulheres adultas, com média de idade de 48,7 anos, que preencheram os critérios estabelecidos pela ACR para o diagnóstico de Fibromialgia. A maioria das participantes possuíam parceiro(a) (54%), se autodeclararam como não brancas (74%) e possuía baixa escolaridade (61,2%), ou seja, mais da metade da amostra estudou até o ensino médio ou menos. Quanto à situação socioeconômica, aproximadamente 23% das participantes foram classificadas como em vulnerabilidade social. Além disso, a maioria das mulheres (69%) era sedentária e apresentava comorbidades clínicas como hipertensão arterial (58,5%) e diabetes *mellitus* (41,5%).

Todas as participantes relataram seguir com regularidade os tratamentos propostos para suas comorbidades e para o tratamento da FM. A média de fármacos em uso por essas participantes era de aproximadamente 4,0 (min. 0; máx. 10), sendo os antidepressivos os mais comumente utilizados (71% da amostra), destacando-se os ISRS e os INRS. Pouco mais da metade (51%) das participantes faziam uso de terapias complementares não medicamentosas para o tratamento da FM e controle do quadro algico, sendo as mais frequentes fisioterapia, psicoterapia e acupuntura. Apesar de as participantes relatarem esse uso médio de aproximadamente 04 fármacos de uso contínuo para o tratamento da FM e do quadro algico, sendo em sua maioria antidepressivos, ainda assim a dor física percebida foi intensa, com elevados níveis de depressão. Achado que demonstra discordância com um ensaio clínico (2020) realizado com 81 pacientes com FM, dos quais 44 foram tratados com Duloxatina e 27 com Pregabalina, verificou que não houve melhora significativa na dor social após o tratamento com os fármacos citados, contudo, houve melhora significativa na dor física, depressão e gravidade geral dos sintomas, e ausência de efeito do tratamento farmacológico de curto prazo na dor social, independentemente do tipo de medicamento (MAFFEI *et al.*, 2020). Essa divergência precisa ser melhor investigada para ser esclarecida, pois, como a FM requer uma abordagem biopsicossocial, o uso individualizado de fármacos pode não ser suficiente para a melhora clínica, devendo-se analisar o efeito de outros pilares como atividade física, sono de qualidade, alimentação e terapias não farmacológicas para o manejo da dor. Além disso, deve-se considerar a investigação de doses, adesão medicamentosa e combinação de medicamentos.

Um trabalho de atualização de evidências acerca de sintomas depressivos em pacientes com FM (2023), citou um ensaio clínico randomizado que comparou os efeitos da fisioterapia e da acupuntura em mulheres com fibromialgia e notaram melhorias na qualidade de vida, dor, rigidez, dificuldade para trabalhar e depressão, indicando que a escolha do tratamento deve ser personalizada. Também relatou um estudo caso-controle que identificou que a dimensão afetiva da dor é um fator determinante no ciclo patológico dor-insônia-ansiedade em pacientes com fibromialgia, e sugeriram que intervenções que abordam a dimensão afetiva da dor podem ser cruciais para o manejo da fibromialgia. Uma meta-análise de 18 ensaios clínicos randomizados mostrou que exercícios aeróbicos, de resistência e alongamento têm um efeito significativo na redução da dor, no entanto, a quantidade e intensidade do exercício devem ser adaptadas à capacidade individual do paciente para evitar a exacerbação dos sintomas (GAU *et al.*, 2023).

Os resultados também destacaram um longo período de início de sintomas (11,7 anos em média), bem como um atraso até seu preciso diagnóstico (cujo tempo médio foi de 6,7 anos). Esse atraso é consistente com a literatura e destaca um possível impacto negativo no prognóstico e na qualidade de vida das pacientes.

A situação socioeconômica apresentou relações inversamente proporcionais de fraca intensidade com anedonia ($r=-0,33$), e de intensidade desprezível com solidão ($r=-0,30$), depressão ($r=-0,26$) e com dor psicológica ($r=-0,25$); ainda que a vulnerabilidade socioeconômica não tenha demonstrado relação com sintomas depressivos graves. Logo, quanto menor a renda do indivíduo – nesse estudo apesar de a maioria das mulheres se enquadrarem na classe “C”, 23% se encontravam em situação de vulnerabilidade social nas classes D e E – maior se espera a intensidade dos sintomas de anedonia, percepção de solidão, depressão e dor psicológica. Estudos anteriores justificam a relação entre situação socioeconômica e sentimento de solidão, sugerindo que pessoas com menor renda se sentem mais solitárias, o que se justificaria pelo fato de muitos eventos de socialização serem pagos, o que pode contribuir para excluir aqueles que não podem arcar com esses gastos, podendo aumentar o sentimento de exclusão percebida (BARROSO *et al.*, 2019).

Avaliação da dor física e do comprometimento funcional na Fibromialgia

A avaliação da dor física na FM apresentou resultados elevados, revelando dor intensa tanto no grupo sem quanto no grupo com sintomas depressivos graves, o que permite perceber

que a manifestação dolorosa da FM é de forte intensidade independente da coexistência com sintomas depressivos mais graves ($p=0,65$). Por outro lado, o comprometimento funcional, avaliado pelo QIF, demonstrou ter relação com sintomas depressivos graves ($p<0,001$), piorando em 10 vezes o comprometimento funcional (com elevados escores de QIF). Esse achado pode ser justificado ao considerar que o QIF também avalia domínios relacionados aos distúrbios psicológicos como depressão, ansiedade e a percepção de “sentir-se bem”, não se restringindo apenas aos sintomas físicos de dor e funcionalidade.

Um estudo analítico (2011) também investigou níveis de depressão com a sintomatologia e qualidade de vida em mulheres com FM, eles utilizaram escalas semelhantes as deste estudo, como a BDI II e o QIF-R, e perceberam que os sintomas depressivos graves estavam associados aos sintomas autorrelatados e à qualidade de vida mental, mas não se relacionavam com a dor física e nem à funcionalidade, estando parcialmente em concordância com os achados deste estudo, uma vez que ambos perceberam dor física intensa na amostra e não encontraram relação com sintomas depressivos, porém, no que se refere à funcionalidade houve divergência dos resultados, uma vez que o referido estudo utilizou a versão revisada do QIF (QIF-R) e o atual estudo utilizou a versão original (QIF) (MALDONADO *et al.*, 2015). Outro estudo analítico, também de 2011, cuja amostra era formada por mulheres com FM, investigou a relação da intensidade da dor e qualidade de vida em fibromiálgicas com sintomas depressivos, concluindo que pacientes com sintomas depressivos apresentavam escores de END significativamente mais altos, o que os levaram a afirmar que a coexistência de dor e depressão em pacientes com FM pode ser explicada por processos fisiopatológicos compartilhados (AGUGLIA *et al.*, 2011). Os autores de ambos os estudos supracitados finalizaram sugerindo que estudos futuros deveriam investigar se o nível de depressão é um fator prognóstico relacionado aos resultados do manejo e tratamento da FM, correspondendo a proposta analisada neste estudo.

Avaliação dos Aspectos Psicológicos da Fibromialgia

Os resultados dos diversos instrumentos de avaliação como o BDI II para sintomas depressivos, e seus subdomínios que possibilitam a investigação de anedonia e risco de suicídio, a UCLA-BR para percepção da solidão e a EDP para gravidade da dor psicológica e risco de suicídio, além do QIF para o impacto da fibromialgia na qualidade de vida, funcionalidade e percepção de se sentir bem das participantes, refletem a gravidade dos sintomas percebidos,

demonstrando um impacto significativo da fibromialgia na funcionalidade e no bem estar psicológico e qualidade de vida das participantes.

Um estudo espanhol de 2017, com 3.535 participantes de ambos os gêneros, encontrou maior prevalência do sentimento de solidão crônico ou frequente em mulheres com idade entre 50-65 anos, sem parceiros e com sintomas de depressão maior. O intervalo de idade dessas mulheres se aproxima do encontrado em nosso estudo, estando em concordância com a presença de sintomas depressivos, entretanto, o estudo espanhol não se restringia apenas às mulheres com FM, mas sim a população geral. Em nosso estudo foi obtido um escore médio de 32,6 ($\pm 14,6$) para o sentimento de solidão mensurado pela UCLA-BR. Apesar de inicialmente, após sua validação brasileira, a UCLA-BR não possuir ponto de corte estabelecido, orientava-se considerar que as pessoas com maior pontuação se encontrariam mais solitárias; entretanto, estudos mais atuais já sugerem que escores de 23 a 35 pontos implicam em solidão leve, ou seja, ainda que leve é clinicamente relevante. Além disso, foi possível notar que a uma percepção moderada a intensa da solidão foi 2,6 vezes mais comum entre as mulheres com fibromialgia e sintomas depressivos graves ($p=0,024$), uma vez que 61% do grupo de mulheres com FM que apresentavam sintomas depressivos graves informaram essa percepção de solidão (BARROSO et al., 2019; DOMÈNECH-ABELLA et al., 2017).

Neste estudo, o sentimento de solidão demonstrou ter relação diretamente proporcional de moderada intensidade com a dor psicológica ($r=0,61$); de fraca intensidade com depressão ($r=0,48$), comprometimento funcional ($r=0,38$), anedonia ($r=0,37$) e com dor física ($r=0,36$). Logo, pode-se esperar uma mútua ligação entre essas variáveis, o que impacta diretamente na qualidade de vida de pessoas que vivem com a FM.

Um estudo longitudinal (2014) avaliou solidão, diário de dor e percepções de eventos interpessoais em adultos com FM, através de diários pré e pós-intervenção que analisavam pontos dolorosos, questionários que exploravam saúde mental (depressão, ansiedade, exposição a eventos traumáticos) e avaliação laboratorial de respostas fisiológicas e afetivas. Eles encontraram associações de solidão com maiores níveis de dor, depressão e fadiga, e sugeriram que intervenções que abordem as cognições sociais associadas à solidão podem ter benefícios adicionais na redução de sintomas de depressão e dor crônica (WOLF *et al.*, 2014). Estudos anteriores verificaram forte associação entre solidão e depressão, além de perceberem que a solidão foi apontada como um fator sinérgico que provocava aumentos subsequentes na sintomatologia depressiva, em estudos realizados com grupo de idosos em Chicago. No entanto, se a solidão causa depressão ou se a depressão aumenta os sentimentos de solidão, ou ambos,

não foi totalmente estabelecido. Em outro estudo na Suécia, foi visto que o aumento da sintomatologia depressiva previu a solidão. Por outro lado, deve-se considerar o fato dos estudos de Chicago e da Suécia não terem sido realizados com amostras de participantes com Fibromialgia, sendo importante destacar também que solidão e depressão apresentam relação mútua, tanto a solidão piora ou leva à depressão, como a depressão pode levar ao isolamento e solidão (DOMÈNECH-ABELLA *et al.*, 2017).

Acredita-se que quanto maior o sentimento de solidão maior intensidade da dor psicológica. Coortes disponíveis na literatura já abordam a relação entre a dor psicológica e o suicídio seja em populações com elevado ou baixo risco, além de relacioná-la com outras variáveis psicológicas e os comportamentos suicidas. Barroso *et al.* (2019), apontaram a solidão como um fator de risco para a depressão, ideação e comportamento suicida, bem como para uma variedade de outros resultados psicológicos e fisiológicos negativos. Além disso, eles também perceberam que estudantes mais solitários apresentavam maior prevalência de depressão, demonstrando que a solidão é uma variável preditora da depressão. A solidão tem sido cada vez mais reconhecida como um problema crítico de saúde pública, e até mesmo uma prioridade de saúde global, que requer apoio social e médico, posto que estudos passados já disponíveis na literatura descobriram que as pessoas solitárias eram mais propensas a relatar fatores relacionados com problemas de saúde física, como consultas médicas, mais doenças crônicas ou problemas de saúde subjetiva, entre outros (CHEN & GONG, 2022; BATISTA *et al.*, 2021; BARROSO *et al.*, 2019; RICHARD *et al.*, 2017).

WOLF & DAVIS (2014), analisaram a relação de solidão com a dor em 118 participantes com idade entre 18 e 72 anos. Eles perceberam que as relações da solidão com a dor e o estresse diários são distintas de sua relação com o prazer interpessoal. Especificamente, tanto a solidão crônica quanto a transitória foram relacionadas ao aumento da dor corporal e às avaliações estressantes das interações interpessoais, mas não afetaram a reatividade a eventos interpessoais negativos. Pouco depois, esses mesmos autores avaliaram 220 pacientes com FM, através de diários eletrônicos respondidos quatro vezes ao dia, por 21 dias, e identificaram que níveis de solidão matinal mais elevados do que o normal previram níveis mais elevados de cognições desadaptativas à tarde, que, por sua vez, previram níveis mais elevados de dor no final do dia, assim, a relação entre a solidão matinal e a dor no final do dia foi significativa e totalmente mediada por cognições de dor desadaptativas à tarde (WOLF *et al.*, 2015).

O escore médio observado para dor psicológica na população de fibromiálgicas estudadas foi de 44,3 pontos (min. 13; máx. 65), pontuação elevada e acima do ponto de corte

conhecido na literatura para maior risco de suicídio. A dor psicológica demonstrou relação significativa com sintomas depressivos graves ($p < 0,001$), logo, mulheres com FM que tenham sintomas depressivos graves tendem a apresentar piores resultados para dor psicológica. Além disso, a dor psicológica demonstrou ter relações semelhantes às de solidão, sendo diretamente proporcional e de moderada intensidade com a depressão ($r = 0,56$); de fraca intensidade com o comprometimento funcional ($r = 0,44$) e com anedonia ($r = 0,43$); e de intensidade desprezível com dor física ($r = 0,27$);

OLIE *et al.* (2010), avaliaram 210 pacientes que já haviam cometido tentativa de suicídio, através de escalas de dor psicológica, dor física e de intensidade das ideias suicidas. Eles perceberam que a dor psicológica é um fator crítico na avaliação de pacientes com histórico de tentativas de suicídio. A intensidade das ideias suicidas é um indicador importante a ser considerado em avaliações clínicas. A utilização de escalas visuais analógicas mostrou ser eficaz na medição da dor psicológica e ideação suicida (OLIE *et al.*, 2010).

Um estudo analítico (2015) com 315 participantes, sendo aproximadamente 83% mulheres com FM, com média de idade de 43,5 anos, analisou sintomas depressivos, bipolares, nível socioeconômico, função e severidade da FM, através do QIF e de escalas que avaliam transtorno do humor e IMC, e puderam verificar uma alta prevalência de sintomas depressivos e bipolares em pacientes com FM. A identificação e tratamento desses sintomas são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A pesquisa destacou a necessidade de abordagens terapêuticas individualizadas (CARMEN & GOTA *et al.*, 2015). Outro estudo caso-controle (2019), analisou a relação de escores de sintomas depressivos em mulheres que sofriam com FM, eles utilizaram o BDI II para mensurar os sintomas depressivos e comparar os grupos, e perceberam que mulheres com FM apresentavam escores de BDI significativamente mais altos e faixas de depressão mais elevadas em comparação com controles saudáveis, independentemente da distribuição etária, também viram que mulheres com FM tinham até 15 vezes mais probabilidade ($OR = 15,8$) de sofrer de alguma faixa de depressão (de leve a severa) de acordo com os escores de BDI, em comparação com mulheres saudáveis (PALOMO-LÓPEZ *et al.*, 2019).

O escore médio de anedonia em mulheres com FM foi de $6,4 \pm 2,21$ (1;12), apresentando relação significativa com sintomas depressivos ($p < 0,001$), verificando-se que os sintomas depressivos graves aumentam em aproximadamente 10 vezes a presença e intensidade dos sintomas de anedonia ($\chi^2 14,5$; $p < 0,001$; $OR 9,7$). Além disso, anedonia apresentou relações significativas de intensidade forte com depressão ($r = 0,73$); de intensidade fraca com dor

psicológica ($r=0,43$), comprometimento funcional ($r=0,39$), percepção de solidão ($r=0,37$); e desprezível com dor física ($r=0,27$).

COGAN *et al.*, (2024), validaram os subdomínios do BDI II para avaliar e descrever anedonia, encontraram boa acurácia na escala e verificaram melhor consistência interna e validade no uso de quatro subdomínios do BDI em comparação com três, entretanto, ambos são adequados para uso clínico e de pesquisa. Eles recomendaram a avaliação de quatro domínios para avaliação de anedonia devido à sua melhor performance psicométrica. A forte relação entre anedonia e depressão pode ser justificada pelo fato da anedonia ser um sintoma típico do quadro depressivo, e que quando mais grave for o sintoma depressivo mais intensa será a anedonia. O QIF apresenta em seus subdomínios questões que englobam anedonia, como ao avaliar a sensação de “sentir-se bem”, o que pode justificar sua relação com o comprometimento funcional e à qualidade de vida relacionada à FM.

A depressão é comum em pacientes com fibromialgia e impacta significativamente sua qualidade de vida e prognóstico. A relação entre depressão e fibromialgia é bidirecional, com uma predisposição genética para a depressão aumentando ligeiramente o risco de fibromialgia e vice-versa (GAU *et al.*, 2023).

Fibromialgia e o risco de suicídio

Solidão como fator de risco de suicídio: uma metanálise desenvolvida por MOTILLON-TOUDIC *et al.* 2022, que buscou estudar a relação entre isolamento social e risco de suicídio, encontrou uma forte associação entre isolamento social e aumento do risco de suicídio. Indivíduos com menor integração social apresentaram maior risco (MOTILLON-TOUDIC *et al.*, 2022). Outro estudo de revisão, buscou informações na literatura sobre o suicídio em tempos de isolamento social e solidão, confirmando a relação entre isolamento-solidão com maior risco de suicídio, e os autores reforçaram a necessidade de identificação dos fatores de risco, como isolamento social e transtornos mentais, e fatores de proteção, como suporte social e acesso a cuidados de saúde mental para atuar na prevenção e atenuação dos casos (ZALSMAN *et al.*, 2020). Neste estudo foi comprovado o tripé que se relaciona entre fibromialgia, sintomas depressivos graves e percepção de solidão moderada a grave, atuando como importante fator sinérgico ao risco de suicídio.

Dor psicológica como fator de risco de suicídio: o risco de suicídio avaliado pela EDP (com ponto de corte descrito na literatura >32 pontos) demonstrou relação com sintomas depressivos graves em mulheres com FM, sendo possível afirmar que esses a sintomatologia depressiva grave pode piorar em até quase 9 vezes a intensidade da dor psicológica e, conseqüentemente, levando ao aumento no risco de suicídio. Estudos em suicidologia contemporânea identificaram o principal fator de risco para o suicídio não sendo representado pelo diagnóstico psiquiátrico, mas pelos níveis de dor psicológica (“*psychache*”), descrita como uma experiência subjetiva intolerável que a pessoa deseja pôr fim à dor com qualquer meio disponível, incluindo morte física. Vários estudos perceberam que a dor psicológica está significativamente correlacionada com suicídio e tentativas de suicídio, e, ainda, com a presença de ideação suicida. No estudo de IELMINI e outros colaboradores (2022), eles mostraram que níveis elevados de depressão e níveis elevados de dor mental estão correlacionados com uma maior probabilidade de ocorrer uma tentativa de suicídio a curto prazo. Além disso, sugeriram a inclusão dessas escalas como métodos de triagem, pela simplicidade e praticidade de sua aplicação, atuando diretamente na prevenção do suicídio, representando uma ferramenta útil para identificação precoce na prática clínica (IELMINI *et al.*, 2022).

MEE e outros pesquisadores (2011), encontraram alta correlação entre EDP com medidas de autodestrutividade (incluindo suicídio). A EDP aborda principalmente a frequência e não a intensidade da dor psicológica, estando focada principalmente na dor psicológica atual. Além disso, eles reenfatazaram o que há muitos anos já havia sido observado por Shneidman (1993), quando afirma que a dor psicológica “insuportável” é uma das queixas mais frequentes associadas à depressão grave e, quando presente, pode levar ao suicídio; tendo em vista que uma frase comum em notas de suicídio é “não aguento mais a dor (mental)” (MEE *et al.*, 2011).

Outro estudo longitudinal (2021), com 288 estudantes universitários, analisou dor psicológica e ideação suicida, utilizando a EDP e outras escalas de sofrimento psicológico, encontrou que a dor psicológica, especialmente a componente de evitamento, tem um impacto significativo na ideação suicida negativa em jovens adultos, e sugeriu que intervenções que visam reduzir o evitamento da dor psicológica podem ser eficazes na prevenção do suicídio (MARQUES *et al.*, 2021).

Depressão como fator de risco de suicídio: o subdomínio BDI-9 permite a avaliação do risco de suicídio pela escala BDI. Neste estudo, percebeu-se que sintomas depressivos graves se relacionaram com maior risco de suicídio mensurado pelo BDI-II, podendo ter seu risco

aumentado em até 4 vezes. Consoante, a depressão apresentou relações significativas diretamente proporcionais de forte intensidade com anedonia ($r=0,73$); de moderada intensidade com comprometimento funcional ($r=0,59$) e dor psicológica ($r=0,56$); e de leve intensidade com a percepção de solidão ($r=0,48$).

O estudo verificou que as variáveis que predizem piores sintomas de depressão graves são dor psicológica, presença de anedonia, o risco de suicídio avaliado pela depressão (BDI) e o maior comprometimento funcional, sendo esse último aumentado em aproximadamente 8 vezes em mulheres com sintomas depressivos graves. Um estudo de 2024, que analisou saúde mental e FM através de inteligência artificial explicável, concluiu que fatores de saúde mental, como ansiedade, depressão e catastrofização da dor, são mais relevantes para a gravidade da fibromialgia do que os fatores de dor percebida, ou seja, fatores de saúde mental têm uma associação mais forte com a gravidade da fibromialgia, sugerindo a importância de intervenções não farmacológicas focadas no bem-estar mental (MORENO-SANCHEZ *et al.*, 2024).

7. PRODUTO

1. ARTIGO: “*Depressão em Mulheres com Fibromialgia: Associação entre Dor Física, Funcionalidade, Percepção de Solidão, Dor Psicológica, Anedonia e Risco de Suicídio*”, submetido à revista **Clinical Neuropsychiatry** (Qualis A3 em Medicina I – Plataforma Sucupira, quadriênio 2017-2020).



Giovanni Fioriti Editore

Clinical Neuropsychiatry
Journal of Treatment Evaluation

Dear ALEXANDRE OTILIO PINTO JUNIOR, your article has been received.
We will get in touch with you as soon as possible.

Thank you for your submission.

These are the data submitted:

Name: ALEXANDRE OTILIO

Surname: PINTO JUNIOR

Email: alexandre.otilio@gmail.com

Affiliation: Universidade Federal de Alagoas

Topic: Research Article

Title: Severe Depressive Symptoms in Women with Fibromyalgia: The Predictive Roles of Functional Impairment, Anhedonia, Psychache and Suicide Risk

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações deste estudo consistem em ser transversal, não sendo possível refletir à população com FM do Brasil. Além disso, o estudo utilizou escalas que podem permitir erros de interpretação (entendimento) por parte do participante. No entanto, trata-se de escalas validadas internacionalmente, com boa sensibilidade e fácil aplicabilidade clínica, podendo ser utilizada como importante instrumento de triagem e avaliação na rotina clínica.

9. CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que mulheres com FM que possuam sintomas depressivos graves apresentam maior comprometimento funcional, dor psicológica mais intensa e com risco de suicídio, maior percepção de solidão de intensidade moderada a grave, maior gravidade de sintomas de anedonia e maior risco de suicídio. Entretanto, a dor física manifestada na FM não sofre influência pelos sintomas depressivos graves. Além disso, uma limitação funcional maior se mostrou como principal preditor da sintomatologia depressiva grave na FM.

O estudo contou com a participação de mulheres adultas, cujo a maioria possuía parceiro(a), se autodeclarava não brancas, possuía baixa escolaridade (ensino médio ou inferior) e era sedentária. Além disso, cerca de um quinto da amostra vivia em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Foi visto um atraso importante no tempo de diagnóstico da doença. A maioria dessas mulheres fazia uso de antidepressivos para o tratamento da FM e, também, de terapias não farmacológicas. Verificou-se, ainda, que a situação de vulnerabilidade social levava a piores níveis de depressão, anedonia, dor psicológica e solidão.

A intensidade da dor física não sofre influência pelos sintomas depressivos graves. Sintomas depressivos graves levam ao maior comprometimento funcional, sendo esse último o principal preditor de depressão grave na FM. A percepção de solidão tende a ser de intensidade moderada a grave em mulheres com FM que apresentem sintomas depressivos graves. A dor psicológica se relaciona com sintomas depressivos graves na FM, sendo de alta intensidade e com elevado risco de suicídio.

A anedonia mostrou-se prevalente na população estudada, mostrando-se um preditor de sintomas depressivos graves. O risco de suicídio é um ponto importante a ser considerado em mulheres com FM que apresentem sintomas depressivos graves, considerando seu alto índice mensurado tanto pela escala de dor psicológica, quanto pelo BDI e pela escala de solidão.

Sintomas depressivos graves são comuns em mulheres com fibromialgia. Aquelas que relatam sintomas depressivos graves queixam-se de dor física na mesma intensidade que aquelas que não relatam sintomas depressivos graves, porém, ainda assim apresentam mais relatos de maior prejuízo funcional, queixas de dor psicológica mais intensa, maior perda de prazer pela atividades, maior percepção de solidão e maior risco de suicídio. Assim, pode-se considerar ser de suma importância mais do que investigar a presença de sintomas depressivos em mulheres com fibromialgia, identificar a gravidade desses sintomas e tratá-los

incisivamente, já que aquelas que apresentam sintomas depressivos mais graves apresentam mais fatores de risco para um pior prognóstico e mantêm pior qualidade de funcionamento e de vida.

10. REFERÊNCIAS

- AGUGLIA, A., SALVI, V., MAINA, G. *et al.* Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. **Journal of Affective Disorders**, 2011;128(3), 262–266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.004>
- ANAYA, H.J.M.; ORTIZ, M.P.T.; VALENCIA, D.H.F.; RIBERO, O.F.G. Efficacy of Cannabinoids in Fibromyalgia: a Literature Review. **Colombian Journal of Anesthesiology**, 2021;49:e980.
- AZEVEDO, V. F., PAIVA, E. S., FAVRETTO, L. G. *et al.* FIQ score in patients with fibromyalgia and without ankylosing spondylitis: comparative analysis. **Rev. Med. Res.** 2011; 13(3).
- BARROSO, S.M.; ANDRADE, V.S.; MIDGETT, A.H. *et al.* Evidence of Validity of Brazilian UCLA Loneliness Scale. **J Bras Psiquiatr**, 2016;65(1):68-75.
- BARROSO, S.M.; OLIVEIRA, N.R.; ANDRADE, V.S. Loneliness and Depression: Relations with Personal Characteristics and Life Habits in University Students. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2019;35:e35427
- BATISTA, A.S.A.; MAIA, J.B.S.; SOUZA, C.G. *et al.* Depression, Anxiety and Kinesiophobia Women with Fibromyalgia Practitioners or Not of Dance. **BrJP**, 2021;3(4):318-21.
- BEGUM, N.; TAYLOR, J.R.; BROWN, C. *et al.* Morning and evening salivary cortisol levels in patients with chronic widespread pain and those at high risk. **Eur J Pain**, 2022; 26(1):197-206.
- BENNETT, R.M.; JONES, K.D.; AEBISCHER, J.H. *et al.* Which Symptoms Best Distinguish Fibromyalgia Patients From Those with Other Chronic Pain Disorders? **J Eval Clin Pract**, 2022;28(2):225-34.
- BOLWIJN, P.H.; SANTEN-HOEUFFT, M.H.S.V.; BAARS, H.M.; *et al.* The Social Network Characteristics of Fibromyalgia Patients Compared with Healthy Controls. **Arthritis Care Res**, 1996;9(1):18-26.
- CAMPOS, R.C.; HOLDENB, R.R.; GOMES, M. Assessing Psychache as a Suicide Risk Variable: Data with the Portuguese Version of the Psychache Scale. **Death Studies**, v.43, n.8, p.527-33, 2019.
- CHEN, J.; GONG, L. Loneliness in Urbanising China. **Health Soc Care Community**, 2022;30:e812–e822
- COGAN, A. B., PERSONS, J. B., & KRING, A. M. Using the Beck Depression Inventory to Assess Anhedonia: A Scale Validation Study. **Assessment**, 2024;31(2), 431–443. <https://doi.org/10.1177/10731911231164628>
- CORDÓN, B. ORDUNA, E. VILADÉS, E. *et al.* Analysis of Retinal Layers in Fibromyalgia Patients with Premium Protocol in Optical Tomography Coherence and Quality of Life. **Curr Eye Res**, 2022; 47(1): 143-53.

CUYUL-VÁSQUEZ, I.; CONTRERAS, F.M.; ORDOÑEZ, V.R. *et al.* Recomendaciones Clínicas para la Rehabilitación de Personas con Fibromialgia. Una Revisión Narrativa. **Rev Soc Esp Dolor**, 2021;28(4):194-210.

DOMÈNECH-ABELLA, J.; LARA, E.; RUBIO-VALERA, M. *et al.* Loneliness and Depression in the Elderly: the Role of Social Network. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 2017;52:381.

FRAGATA, A.S.; CAMPOS, R.C.; BALEIZAO, C. Representações das Figuras Parentais e Dor Psicológica: Um Estudo Exploratório. **Análise Psicológica**, 2019;3(37):313-25.

GAU, S. Y., HUNG, T. H., CHUANG, M. F. *et al.* Depressive Symptoms in Patients with Fibromyalgia: Current Evidence and Preventive Approaches. In *Journal of Clinical Medicine*, 2023;12(12). <https://doi.org/10.3390/jcm12123987>.

GAU, S.Y.; HUNG, T.H.; CHUANG, M.F.; WEI, J.C.C. Depressive Symptoms in Patients with Fibromyalgia: Current Evidence and Preventive Approaches. **J. Clin. Med**, 2023;12:3987.

GIORGIL, V.; SIROTTI, S.; ROMANO, M.E. Fibromyalgia: One Year in Review 2022. **Clin Exp Rheumatol**, 2022; 40:1065-1072.

GOMES-OLIVEIRA, M.H.; GORENSTEIN, C.; LOTUFO NETO, F. *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a Community Sample. **Rev. Bras. Psiq.**, 2012;34(04):389-94.

GOTA, C. E., KAOUK, S., & WILKE, W. S. The impact of depressive and bipolar symptoms on socioeconomic status, core symptoms, function and severity of fibromyalgia. **Int Journ Rheum Dis**, 2015.

HSU, W-H.; HAN, D-S.; KU, W-C. *et al.* Metabolomic and Proteomic Characterization of Sng and Pain Phenotypes in Fibromyalgia. **Eur J Pain** 2022, 26(2): 445-62.

IELMINI, M.; LUCCA, G.; TRABUCCHI, E. Assessing Mental Pain as a Predictive Factor of Suicide Risk in a Clinical Sample of Patients with Psychiatric Disorders. **Behav. Sci**, 2022;12:111.

JULIO, R.S.; LOURENCAO, L.G.; OLIVEIRA, S.M. *et al.* Prevalence of Anxiety and Depression in Brazilian Primary Health Care Workers. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, 2022;30:e2997.

KARCIOGLU, O.; TOPACOGLU, H.; DIKME, O. A Systematic Review of the Pain Scales in Adults: Which to Use? **Am J Emerg Med**, 2018;36(4):707-714.

LORENA, S.B.; PIMENTEL, E.A.S.; FERNANDES, V.M. *et al.* Evaluation of Pain and Quality of Life of Fibromyalgia Patients. **Rev Dor**, 2016;17(1):8-11.

LUIS, M.M.C.G. **Dor Psicológica e Risco Suicidário: Um Estudo Longitudinal com Indivíduos da Comunidade**. Monografia (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Escola Ciências Sociais, Universidade de Évora. Évora, p. 68. 2016.

MAFFEI, M. E. Fibromyalgia: Recent advances in diagnosis, classification, pharmacotherapy and alternative remedies. **In International Journal of Molecular Sciences**, 2020;21(21):1–27). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijms21217877>.

MAFFEI, M.E. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. **Int. J. Mol. Sci.**, 2020; 21:7877.

MARQUES, D. G. **Dor psicológica e ideação suicida: Um estudo longitudinal a cinco meses em jovens adultos**. Monografia (Mestrado em Psicologia) – Psicologia Clínica, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora. Évora, p.50. 2021.

MEERWIJK, E.L.; CHESLA, C.A.; WEISS, S.J. Psychological Pain and Reduced Resting-State Heart Rate Variability in Adults With a History of Depression. **Psychophysiology**, 2014;51(3):247-56.

MORENO-SÁNCHEZ, P. A., ARROYO-FERNÁNDEZ, R., BRAVO-ESTEBAN, E. *et al.* Assessing the relevance of mental health factors in fibromyalgia severity: A data-driven case study using explainable AI. **International Journal of Medical Informatics**, 2024;181. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105280>.

MORENO-SANCHEZ, P.A.; ARROYO-FERNÁNDEZ, R.; BRAVO-ESTEBAN, E. Assessing the Relevance of Mental Health Factors in Fibromyalgia Severity: a Data-Driven Case Study Using Explainable AI. **Int J of Med Informatics**, 2024;181:105280.

MOTILLON-TOUDIC, C., WALTER, M., SÉGUIN, M. *et al.* Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. **European Psychiatry**, 2022;65(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>.

OLIÉ, E., GUILLAUME, S., JAUSSENT, I. *et al.* Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. **Journal of Affective Disorders**, 2010;120(1–3), 226–230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013>.

PALOMO-LÓPEZ, P., BECERRO-DE-BENGOA-VALLEJO, R., ELENA-LOSA-IGLESIAS, M., *et al.* Relationship of Depression Scores and Ranges in Women Who Suffer From Fibromyalgia by Age Distribution: A Case-Control Study. **In Worldviews on Evidence-Based Nursing**, 2000. [https://doi.org/10.1111/\(ISSN\)1741-6787](https://doi.org/10.1111/(ISSN)1741-6787)

PARSA, B.G.; BIDARI, A.; RAHIMI, A. *et al.* No Effect of Approved Fibromyalgia Drugs on the Social Pain (Invalidation) Contrary to Physical Pain: an Open-Label Short-Term Randomized Clinical Trial. **Clinical Rheumatology**, 2021.

RICHARD, A.; ROHRMANN, S.; VANDELEUR, C. L. *et al.* (2017). Loneliness is Adversely Associated with Physical and Mental Health and Lifestyle Factors: Results From a Swiss National Survey. **PLoS One**, 2017;12:e0181442.

SEO, S.; JUNG, Y-H.; LEE, D. *et al.* Abnormal neuroinflammation in fibromyalgia and CRPS using [11C]-(R)-PK11195 PET. **PLoS One**, 2021; 16(2): e0246152.

SORIANO-MALDONADO, A., AMRIS, K., ORTEGA, F. B., *et al.* Association of different levels of depressive symptoms with symptomatology, overall disease severity, and quality of life in women with fibromyalgia. **Quality of Life Research**, 2015;24(12), 2951–2957. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1045-0>.

WOLF, L.D.; DAVIS, M.C. Loneliness, Daily Pain, and Perceptions of Interpersonal Events in Adults with Fibromyalgia. **Health Psychol**, 2014;33(9):929–937.

WOLF, L.D.; DAVIS, M.C.; YEUNG, E.W. *et al.* The Within-Day Relation Between Lonely Episodes and Subsequent Clinical Pain in Individuals with Fibromyalgia: Mediating Role of Pain Cognitions. **Journal of Psychosomatic Research**, 2015;79:202–206.

ZALSMAN, G. Neurobiology of suicide in times of social isolation and loneliness. **European Neuropsychopharmacology**, 2020; 40:1–3. Elsevier B.V.

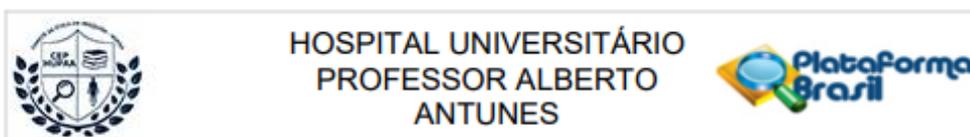
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.10.009>

APÊNDICE 1 – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Nº CPF	OCUPAÇÃO	RAÇA [] BRANCA [] PARDA [] NEGRA [] AMARELA	IDADE
ESCOLARIDADE [] FUND. INCOMPLETO [] FUND. COMPLETO [] MÉDIO INCOMP. [] MÉDIO COMPLETO [] SUPERIOR INCOMP. [] SUPERIOR COMPLETO	ESTADO CIVIL [] SOLTEIRO [] CASADO [] VIUVO [] DIVORCIADO	TEMPO SINTOMAS	
FAZ ATIVIDADE FÍSICA? [] SIM [] NÃO	COMORBIDADES? [] SIM [] NÃO	TEMPO DIAGNÓSTICO	
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO	TERAPIAS COMPLEMENTARES	PONTUAÇÃO QUESTIONÁRIO: _____	

ANEXO 1 – Parecer de aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE GRAVIDADE DA SOLIDÃO, DOR PSICOLÓGICA E IMPACTO NA VIDA DIÁRIA DE MULHERES COM FIBROMIALGIA

Pesquisador: Valfrido Leão de Melo Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68294223.3.0000.0155

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.137.395

Apresentação do Projeto:

JUSTIFICATIVA

Espera-se, nesse estudo, encontrar aspectos que relacionem maior sentimento de solidão e dor psicológica com pior impacto da FM em mulheres que vivem com esta condição, além de estabelecer um perfil sociodemográfico. Esse conhecimento é de suma importância para melhor compreensão e desenvolvimento de políticas assistencialistas que ofereçam abordagem biopsicossocial e de saúde mental aos fibromiálgicos, haja vista, que por se tratar de uma condição que não é diagnosticada de forma objetiva (pela ausência de provas laboratoriais e de imagem que justifiquem o quadro clínico), a FM ainda é estigmatizada como "histeria", o que impacta diretamente na dor física e em sintomas somáticos. Reconhecer na FM o complexo "dor física-social" garante não somente a inserção da dor social ou invalidação como sintoma complementar, como também permite o diagnóstico e manejo mais amplos dessa condição (PARSA et al., 2021).

FINALIDADE

Investigar a relação entre a gravidade do sentimento de solidão e dor psicológica com os escores do impacto da Fibromialgia em mulheres adultas com esse transtorno.

TIPO/DESENHO DE ESTUDO

Endereço: LOURIVAL MELO MOTA KM 14 - Sala CEP; Localizado no Prédio do Centro de Estudos (Anexo ao HUPAA),
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 57.072-970
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3202-5812 **E-mail:** cep.hupaa@ebserh.gov.br

ANEXO 2 – Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP)

Variáveis

	0	1	Quantidade		
			2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Trabalhadores domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Grau de instrução do chefe da família		
Analfabeto / Fundamental I incompleto		0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto		1
Fundamental II completo / Médio incompleto		2
Médio completo / Superior incompleto		4
Superior completo		7
Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
1 - A	45 - 100
2 - B1	38 - 44
3 - B2	29 - 37
4 - C1	23 - 28
5 - C2	17 - 22
6 - DE	0 - 16

ANEXO 3 – Critérios ACR para o Diagnóstico da FM

CRITÉRIOS ACR PARA O DIAGNÓSTICO DA FIBROMIALGIA

ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA

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

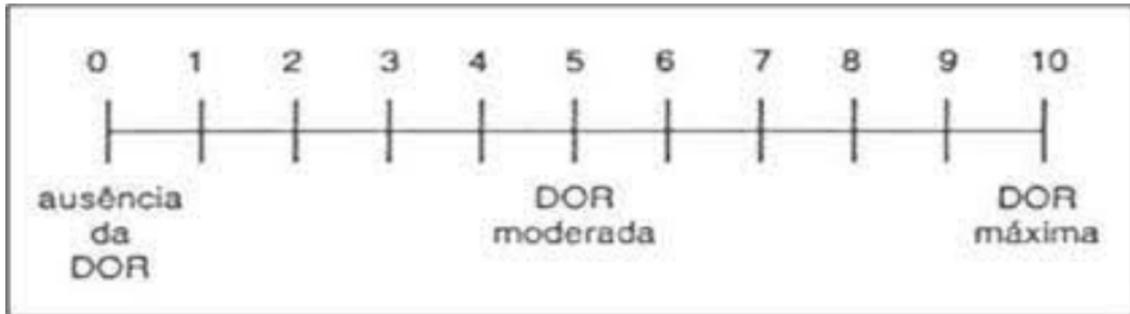
ÁREA	SIM	NÃO	ÁREA	SIM	NÃO
MANDÍBULA E			MANDÍBULA D		
OMBRO E			OMBRO D		
BRAÇO E			BRAÇO D		
ANTEBRAÇO E			ANTEBRAÇO D		
QUADRIL E			QUADRIL D		
COXA E			COXA D		
PERNA E			PERNA D		
CERVICAL			DORSO		
TORAX			LOMBAR		
ABDOMEN					

ESCALA DE GRAVIDADE DOS SINTOMAS

Marque a intensidade dos sintomas, conforme você esteve 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 4 – Escala Numérica da Dor (END)**ESCALA NUMÉRICA DA DOR – END**

ANEXO 5 – Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF)

Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ)

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?



Não, nem um pouco

Sim, muito

ANEXO 6 – Versão brasileira da Escala de Solidão de UCLA (UCLA-BR)

ESCALA BRASILEIRA DE SOLIDÃO UCLA (UCLA-BR)

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Estado civil: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Escolaridade: _____

INSTRUÇÕES: Abaixo se encontram várias afirmativas sobre a forma que alguém pode se sentir. Pedimos que leia com atenção e marque com que frequência você se sente como descrito em cada uma das afirmativas abaixo.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
Eu me sinto infeliz por fazer tantas coisas sozinho(a).				
Eu não tolero ficar tão sozinho(a).				
Eu sinto que não tenho companhia.				
Eu sinto que ninguém me compreende.				
Eu fico esperando as pessoas me ligarem ou escreverem.				
Eu sinto que não tenho ninguém a quem eu possa recorrer.				
Eu não me sinto próximo(a) a ninguém.				
Sinto que meus interesses e ideias não são compartilhados por aqueles que me rodeiam.				
Eu me sinto excluído(a).				
Eu me sinto completamente sozinho(a).				
Eu sou incapaz de me aproximar e de me comunicar com as pessoas ao meu redor.				
Eu sinto que minhas relações sociais são superficiais.				
Eu me sinto carente de companhia.				
Eu sinto que ninguém me conhece realmente bem.				
Eu me sinto isolado(a) das outras pessoas.				
Sou infeliz estando tão excluído(a).				
Para mim é difícil fazer amigos.				
Eu me sinto bloqueado(a) e excluído(a) por outras pessoas.				
Sinto que as pessoas estão ao meu redor, mas não estão comigo.				
Eu me sinto incomodado(a) em realizar atividades sozinho(a).				

ANEXO 7 – Versão brasileira da Escala de Dor Psicológica (EDP)

ESCALA DE DOR PSICOLÓGICA

	1-Nunca	2-Algumas Vezes	3-Frequentemente	4-Muito Frequentemente	5-Sempre
1-Eu sinto dor psicológica					
2-Parece que dói por dentro					
3-Minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física					
4-Minha dor me faz querer gritar					
5-Minha dor faz a minha vida parecer sombria					
6-Eu não consigo entender por que eu sofro					
7-Psicologicamente, eu me sinto péssimo (a)					
8-Eu sofro porque eu me sinto vazio					
9-Minha alma dói					

	1-Discordo Totalmente	2-Discordo	3-Nem Discordo e Nem Concordo	4-Concordo	5-Concordo Totalmente
10-Eu não aguento mais minha dor					
11-Por causa da minha dor, minha situação é impossível					
13-Minha dor está me fazendo desmoronar					
14-Minha dor psicológica afeta tudo o que eu faço					

ANEXO 8 – Inventário de Depressão de Beck (BDI II)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

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 cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer 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	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
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 esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	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
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	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
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	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 quera
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	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 irrito mais com coisas que costumavam me irritar
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	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

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>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>
14	<p>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>	19	<p>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>
15	<p>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>	20	<p>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>
16	<p>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>	21	<p>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>
17	<p>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>		