

Artigo Original**Ocorrência de sintomas depressivos e de ansiedade em indivíduos com fibromialgia**

Occurrence of depressive symptoms and anxiety in individuals with fibromyalgia

<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v10i1.8102>

Cleber Vernillo de Toledo¹ ORCID: 0000-0001-9684-1565, Mateus Dias Antunes^{2*} ORCID: 0000-0002-2325-2548, Fernanda Shizue Nishida¹ ORCID: 0000-0002-5078-9017, Leonardo Pestillo de Oliveira¹ ORCID: 0000-0001-5278-0676

RESUMO

Introdução: A Fibromialgia (FM) é classificada como uma síndrome reumática clínica comumente associada a sítios dolorosos com alta sensibilidade à dor quando friccionados (*tender points*), e por dores musculoesqueléticas difusas e crônicas. Entre as comorbidades estão a depressão e os sintomas de ansiedade. **Objetivo:** investigar sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com FM participantes da página do *facebook* “Grupo de Apoio a Portadores de FM”. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com indivíduos de diferentes estados do Brasil. Foram aplicados os testes Inventário de Depressão de *Beck* e a Escala *Hamilton* de Ansiedade. A estatística descritiva foi utilizada para análise de variáveis. **Resultados:** A amostra de estudo foi composta por 132 indivíduos com FM. Os resultados obtidos mostram uma alta prevalência de sintomas depressivos (68,1%) em portadores de FM. Os indivíduos possuem sintomas de ansiedade com intensidade média-alta (29,8±11,8). **Conclusões:** Considerando a FM e suas comorbidades resultantes e as dores musculoesquelética difusa que atrapalham a qualidade de vida dos portadores de FM, foram grandes o número de fibromiálgicos que desenvolvem sintomas depressivos e de ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Fibromialgia; Saúde Mental; Promoção da Saúde.

¹ Universidade Cesumar, Maringá, Brasil.

² Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

*Autor correspondente: R. Cipotânea, 51, Vila Butantã, São Paulo, SP, CEP: 05360-160.

E-mail: mateusantunes@usp.br

Submetido em: 12.01.2021

Aceito em: 27.04.2021

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is classified as a clinical rheumatic syndrome commonly associated with painful sites with high sensitivity to pain when rubbed (tender points), and for diffuse and chronic musculoskeletal pain. Comorbidities include depression and anxiety symptoms. **Objective:** to investigate symptoms of anxiety and depression in individuals with FM participating in the Facebook page “Support Group for People with FM”. **Material and methods:** This is a descriptive study with individuals from different states in Brazil. The Beck Depression Inventory tests and the Hamilton Anxiety Scale were applied. Descriptive statistics was used to analyze variables. **Results:** The study sample consisted of 132 individuals with FM. The results obtained show a high prevalence of depressive symptoms (68.1%) in patients with FM. Individuals have anxiety symptoms with medium-high intensity (29.8 ± 11.8). **Conclusions:** Considering FM and its resulting comorbidities and diffuse musculoskeletal pains that interfere with the quality of life of FM patients, there were a large number of fibromyalgia patients who develop depressive and anxiety symptoms.

Keywords: Anxiety. Depression; Fibromyalgia; Mental Health; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é classificada como uma síndrome reumática clínica, que ocorre predominantemente em mulheres com idade entre 40 e 55 anos, comumente associada a sítios dolorosos com alta sensibilidade à dor quando friccionados (*tender points*), e por fortes dores musculoesqueléticas difusas e crônica¹⁻⁵.

A gênese da palavra que dá nome a síndrome vem do latim fibro (tecido) e do grego mio (tecido dos músculos), algos (dor) e ia (condição) e foi proposta por Yunus et al.⁶ com o objetivo de suprir a necessidade de nomear a patologia com um conjunto de palavras que melhor traduzisse o quadro de sintomas causados pela FM⁷.

Sua etiologia ainda é desconhecida, mesmo que muitos estudos já foram publicados nenhum deles chegou a um coeficiente comum que explicasse suas causas. Observações realizadas apontam que sua manifestação pode estar conectada com aspectos culturais, sociais, psicológicos, e por não existir uma expressão clínica padrão, uma abordagem terapêutica variada é requerida⁸⁻⁹.

De acordo com alguns estudos, cerca de 2% a 4% da população mundial são portadores da FM. Na Europa e nos Estados Unidos a população diagnosticada chega a 5% e no Brasil, a predominância maior se dá em sujeitos do sexo feminino com idade entre 35 e 44 anos, correspondendo a 2,5% da população^{1,3,11-12}.

Rezende⁸ realizou um levantamento de dados nacional com 500 mulheres portadoras de FM e os resultados identificaram um conjunto de domínios clínicos apontados como importantes por médicos e pacientes. Entre esses domínios 39,4% das entrevistadas indicaram a condição de trabalho como sendo responsável pelo surgimento do quadro clínico de FM, outros 51% reconheceram a depressão e a ansiedade como sendo o fator desencadeador da síndrome.

Ainda, de acordo com os autores supracitados, os principais sintomas apresentados como distúrbios associados foram: distúrbio do sono (86%), ansiedade (77,2%), parestesias (75%) e cefaleia (72,6%), no qual contribuem para queda da qualidade de vida desses pacientes.

A FM é considerada uma das síndromes reumáticas mais diagnosticadas em clínicas especializadas, e os dados epidemiológicos são variados, por isso é importante que o diagnóstico seja realizado de forma criteriosa e que os profissionais estejam capacitados para tal¹².

Em 1980, eram muitos os critérios adotados para tentar chegar ao diagnóstico de FM, uma vez que os marcadores clínicos eram muito variados e não havia um suporte laboratorial objetivo. Para se chegar ao diagnóstico era necessário excluir as doenças sistêmicas e encontrar os *tender points* por meio de avaliação física^{3,13}.

Já em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR), define os critérios para classificação diagnóstica da FM, onde o paciente deveria possuir um histórico de dor generalizada em um período mínimo de três meses e de um exame físico realizado através de pressão feita em 18 pontos do corpo com uma força aplicada de 4kg/cm² em ao menos 11 dos 18 pontos¹³.

O critério elaborado pela ACR teve uma aceitação no meio científico e contribuiu para o avanço dos estudos sobre a FM. Atualmente o diagnóstico exclui os *tender points*, porém, é bastante considerada a dor musculoesquelética - embora ainda seja questionada essa supervalorização – essa observação auxilia na avaliação da gravidade da síndrome levando também em consideração as queixas apresentadas pelos pacientes^{3,13-14}. Entre os sintomas apresentados pelos pacientes a ocorrência de distúrbios do sono, fadiga e sintomas cognitivos entram como critérios para a avaliação diagnóstica.

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia¹⁵ há várias comorbidades unidas a FM, entre elas estão: sintomas de fadiga (cansaço), sono não reparador, problemas de memória e concentração, ansiedade, formigamentos/dormências, depressão, dores de cabeça, tonturas e alterações intestinais. A presença desses sintomas concomitantes a FM suscita consequências negativas na vida da pessoa portadora da síndrome, diminuindo sua qualidade de vida e conseqüentemente podendo ocasionar transtornos psicológicos.

Não raro, o paciente com FM queixa-se de depressão e ansiedade. Entretanto qual seria a taxa de sintomas depressivos e de ansiedade em portadores de FM? É importante ressaltar que FM, depressão e transtornos de ansiedade são categorias clínicas distintas, e devem ser tratadas quando diagnosticadas¹⁶.

No mundo todo há pessoas que sofrem de dores musculoesqueléticas difusa e crônica, FM, e com sintomas concomitantes de alterações do sono, fadiga generalizada, ansiedade, alterações no humor, dores de cabeça, alterações intestinais, depressão, ansiedade e alterações cognitivas. Sendo assim, o tratamento depende de diferentes abordagens terapêuticas, incluindo a necessidade, em alguns casos, de acompanhamento e avaliação psicológica¹⁷⁻²¹.

Portanto, justifica-se investigar a ocorrência dos traços de depressão e ansiedade em portadores de FM usando testes de avaliação psicológica, e a posteriori, espera-se que os profissionais envolvidos no processo de diagnóstico e tratamento de indivíduos com FM, compreendam que a saúde mental dos fibromiálgicos é afetada devido às alterações sociais e econômicas que a síndrome proporciona, e façam encaminhamentos para tratamentos psicoterapêuticos quando identificado a possibilidade de desenvolvimento de quadros depressivos ou de ansiedade ou como métodos paliativos, e impulsione a criação de políticas públicas que atendam às necessidades específicas desses indivíduos, ou aprimorem os atendimentos oferecidos nas redes públicas de atendimento.

Não o bastante, os resultados alcançados poderão ser utilizados como fonte de pesquisa para profissionais da saúde e especialmente da saúde mental. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar traços de ansiedade e depressão em indivíduos com FM participantes da página do *facebook* “Grupo de Apoio a Portadores de FM”.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram do estudo indivíduos diagnosticados com FM, com idade igual ou superior a 18 anos, que após ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), responderam a formulários eletrônicos contendo os instrumentos para coleta de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar, sob o parecer número 2.389.479.

Foi enviado um convite para os participantes da página do *facebook* “Grupo de Apoio a Portadores de FM” para responder o questionário por meio do *Google Forms*. O grupo é composto por participantes de diferentes lugares do Brasil. A critério de inclusão foi à pergunta se o paciente tinha o diagnóstico médico de fibromialgia.

Para avaliação dos sintomas de Depressão dos sujeitos foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (DBI-II), teste psicológico utilizado para avaliação de sintomas depressivos, criado por Aaron Beck, com validação brasileira²². O DBI-II é composto por um grupo de afirmações que caracterizam sintomas depressivos em graus variados, sintomas esses como: depressão ligeira, moderada, severa ou ausente, verificados por intensidades de 0 a 3. Entre os itens verificados encontram-se aspectos de humor, tristeza, esperança, satisfação, desapontamento, perda de interesses, cansaço, preocupação constante, interesse sexual, entre outros²².

Para avaliação dos sintomas de ansiedade o instrumento utilizado foi a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, um instrumento de autoavaliação que compõem uma lista de itens que medem o humor, ansiedade, tensão, medos, insônia, humor deprimido, somatizações motoras, sintomas cardiovasculares, sintomas respiratórios entre outros, que são relacionados ao grau de intensidade com: nenhum = 0, leve = 1, médio = 2, forte = 3 e máximo = 4.

A Escala de Ansiedade de Hamilton, portanto, relaciona grupos de sintomas de humor ansioso e sintomas físicos de ansiedade. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Sua elaboração baseou-se no princípio de que quanto mais grave for a manifestação de uma patologia, maior será o número de sintomas característicos que se apresentam²³.

Para análise dos dados, foram utilizadas frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas (média e desvio-padrão). A fim de analisar a correlação entre as duas escalas (Depressão e Ansiedade), foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Para a classificação da força da correlação foram considerados os seguintes valores de r: 0,00-0,19 (muito fraco), 0,20-0,39 (fraco), 0,40-0,59 (moderado), 0,60-0,79 (forte) e 0,80-1,0 (muito forte).

RESULTADOS

A amostra de estudo foi composta por 132 sujeitos diagnosticados com FM. Em relação aos traços depressivos da população estudada, verificou-se que 4,55% da amostra não apresentou traços depressivos, 8,33% da população estudada possuem uma depressão ligeira, 18,94% dos sujeitos já tem uma depressão moderada enquanto que, 68,18% dos portadores de FM possuem traços severos de depressão.

Os resultados obtidos no presente estudo mostram uma alta prevalência de sintomas depressivos em portadores de FM, 68,18% da amostra possui traços de depressão severa. Em uma observação isolada de alguns itens de resposta do DBI-II, 15,4% dos indivíduos responderam que sentem que o futuro é sem esperança, outros 18,5% sentem que não tem nada a esperar e 37,7% se sentem desencorajados em relação ao futuro.

Em relação ao contato social 17,7% das entrevistadas responderam no DBI-II que perderam o interesse nas outras pessoas, 42,3% responderam que perderam a maior parte do interesse nas outras pessoas e 49,2% disseram que precisam se esforçar muito para fazer qualquer coisa. Com relação ao sono, 29,2% relataram que acordam 1 ou 2 horas antes que o habitual e tem dificuldade em voltar a dormir e 45,4% mencionaram não dormir bem como antes.

Os resultados da aplicação da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton mostraram uma pontuação média de $29,8 \pm 11,8$ pontos, indicando que os sujeitos da amostra possuem sintomas de ansiedade com intensidade média alta. No item específico de investigação de insônia da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, 36,9% relatam dificuldade de adormecer, sono interrompido, insatisfatório e fadiga ao acordar.

Os valores de correlação entre ansiedade e depressão indicaram uma correlação estatística bastante significativa, a correlação entre as variáveis foi de 0,73 (0,60-0,79). Desde modo, o resultado da correlação entre as variáveis depressão e ansiedade é alto.

DISCUSSÃO

Os sintomas incapacitantes da FM afetam a qualidade de vida e a relação que esses sujeitos têm com o mundo. Um estudo realizado sobre percepção de sintomas depressivos e impacto na qualidade de vida em mulheres com FM, identificou que 75% dos portadores da FM apresentavam um possível quadro de depressão, contra 25% do grupo de controle².

Outro estudo relacionando a depressão e a qualidade de vida de pacientes fibromiálgicos utilizando-se do instrumento específico para avaliar a qualidade de vida do portador de FM, apresentou um resultado estatisticamente relevante com relação ao quesito específico de depressão e portadores de FM, chegando a apontar valores de 6,48 e 2,58 para os grupos teste e controle respectivamente²⁴.

O mesmo estudo mostrou que a qualidade de vida dos portadores de FM é bem inferior aos indivíduos saudáveis²⁴. Shuster et al.²⁵, também encontraram taxas elevadas de ansiedade e humor deprimido dentro de um grupo de mulheres portadoras de FM, e que esses sintomas tiveram um impacto importante para o desfecho da saúde dessas pacientes.

Os estudos dos sintomas e comorbidades da FM, apontam que a depressão e a ansiedade estão relacionadas a esquemas não apenas cognitivos mal adaptados, mas com a redução na capacidade de participar de atividades agradáveis e a falta de sono reparador. Esses resultados corroboram a ideia que a depressão e a ansiedade são recorrentes dos sintomas incapacitantes da FM como dor difusa, distúrbios do sono, fadiga, distúrbios cognitivos entre outros, que também foram identificados nos resultados do presente estudo²⁶⁻²⁷.

Em relação aos distúrbios de humor no paciente com FM e sua importância para o diagnóstico, ainda há controvérsias na literatura. Embora os estudos apontem a presença de depressão e ansiedade, muitos autores vão contra a afirmativa que os transtornos psiquiátricos devem entrar na categoria de sintomas para o diagnóstico, embora alguns autores contestem os estudos publicados que indicam a alta presença de depressão e ansiedade nos portadores de FM.

O estudo supracitado apontou que os sujeitos da amostra possuem traços de ansiedade em categoria média alta. Esse resultado associado ao alto índice de depressão severa da amostra (68,18%) fortalece a evidência do impacto negativo da FM na vida desses sujeitos, bem como o alto índice de ocorrência desses transtornos em fibromiálgicos. Um estudo publicado em 2014, revelou níveis superiores que os considerados normais pela escala ANS de ansiedade em portadores de FM, indicando um estado de tensão e ansiedade em altos graus que podem deteriorar a saúde²⁷⁻²⁸.

A Associação Brasileira de FM reconhece que o uso de instrumentos validados para o auxílio de diagnóstico de sintomas depressivos e de ansiedade como BDI, CES-D, POMS não são utilizados na atenção primária, mas reconhece que esses sintomas são importantes para avaliação da gravidade dos pacientes com FM e recomendam a mensuração sistemática dos transtornos de humor por meio de instrumentos validados³.

Os dados obtidos com esse estudo reforçam os já realizados que também objetivaram relacionar a FM com os transtornos de ansiedade e depressão. Contudo, não basta apenas olhar para esses dados e não levar em consideração a FM como uma doença incapacitante e não a enquadrar como um problema de saúde pública, pois engloba fatores humanos biológicos, psíquicos, sociais e culturais.

A FM precisa ser inserida nas políticas públicas brasileiras relacionadas às síndromes incapacitantes na qual seja garantido os direitos e proteção. O Sistema Único de Saúde, não consegue atender a necessidades de tratamento multiprofissional que esses pacientes necessitam devido as grandes filas de espera de atendimentos especializados.

Gomide et al.²⁹, no objetivo de compreender a satisfação dos usuários dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), realizaram um estudo com os usuários do sistema público de saúde e concluíram que um dos maiores problemas apresentado pelos usuários é a demora no agendamento e atendimento de consultas.

Desta maneira, as doenças crônicas, como a síndrome de FM, consistem em um problema, um desafio que o sistema de saúde atual precisa chegar a uma resolubilidade³⁰. Se a lei Nº 8.080, de setembro de 1990, no artigo 2º, § 1º diz que é;

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”³¹.

Porque esses direitos não alcançam a todos? o Estado tem a obrigação de garantir o acesso em nível universal a assistência a qual se propôs a ofertar. É sabido que os serviços que integram o SUS não conseguem alcançar as diretrizes que o regem. Os serviços ofertados ainda são precários e estão longe de alcançar uma qualidade ideal.

Como já mencionado, os portadores de FM são indivíduos frágeis, com limitações físicas e psicológicas, muitas vezes desmotivados, ao levar em consideração que 49% da amostra desse estudo disseram que precisam se esforçar muito para fazer qualquer coisa e 68,18% possuem traços de depressão severa, essas estatísticas podem inferir a essa população como frágil.

Esses e outros resultados associados a este estudo, indicam que existem fatores limitantes na vida de portadores de FM e que este grupo precisa ser representado frente aos órgãos governamentais para fazer valer os direitos já garantidos pelas leis, ou seja, a FM é incapacitante e não há quem lute pelos direitos garantidos pela Lei Nº 8.080.

Uma representação possibilitaria uma luta por melhoras no atendimento ambulatorial e especializado de saúde, possibilitaria uma luta, pelo direito de acesso aos benefícios ofertados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), na qual, por meio de inúmeras burocracias exigidas tem negado o direito ao acesso aos benefícios de auxílio-doença a essa população que já sofre fisicamente e psicologicamente por causa da síndrome, aumentando ainda mais o sofrimento desses indivíduos.

Se a FM possui um diagnóstico diferenciado, e sofre da ausência de exames que contribuem para o diagnóstico objetivo, se torna necessário que os órgãos públicos como Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social lancem luz aos portadores de FM, e levem em consideração o modo diferenciado e individualizado de diagnóstico, para que seja minimizada a barreira que essa população já sofrida, tem que enfrentar para alcançar seus direitos e conseqüentemente amenizar suas dores físicas e psicológicas. Sendo assim, é incentivada a criação de espaços e práticas que promovem a saúde de indivíduos com fibromialgia no contexto da multiprofissionalidade²⁰.

CONCLUSÃO

A FM não é caracterizada apenas pelos sintomas fisiológicos manifestos, mas também por sintomas psiquiátricos como os transtornos de depressão e ansiedade. Sendo assim, recomenda-se que processo diagnóstico seja aplicado instrumentos validados e apropriados para a constatação ou não de transtornos psiquiátricos, uma vez que a presença de transtornos mentais graves pode prejudicar ainda mais a vida do portador de FM.

Os resultados deste estudo, assim como de outros estudos já realizados, sugere a presença de depressão e ansiedade em portadores de FM, por tanto, é importante os profissionais envolvidos com o diagnóstico e tratamento dos sintomas da FM, lance luz a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátricos em casos de pacientes que manifestaram ou estejam propensos a desenvolver tais transtornos, e ainda encaminhem esses para os profissionais capacitados para que o tratamento e prevenção dos transtornos sejam efetivos.

É necessário que os portadores de FM, tenham representatividade e lutem por seus direitos frente aos programas ofertados pelo o Estado, a fim de que, ainda que em menores graus, os sintomas sejam amenizados e seus direitos e benefícios sociais sejam garantidos.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI, ao Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, ao Programa de Iniciação Científica da Unicesumar – PIC e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela concessão de bolsas de auxílio pesquisa.

Contribuições

CVT: Concepção, no planejamento do estudo e na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.

MDA: Concepção, no planejamento do estudo e na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.

FSN: Revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

LPO: Revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Conflito de Interesse

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIA

1. Helfenstein Junior M, Goldenfum MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012; 58(3): 358-65.
2. Homann D, Stefanello JMF, Góes SM, Breda CA, Paiva ES, Leite N. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2012; 52(3): 319-330.
3. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein Júnior M, Rezende MC, Provenza JR, et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2017; 57(1): 467-76.
4. Antunes MD, Vertuan MP, Miquilin A, Leme DEC, Morales RC, Oliveira DV. Efeitos do Watsu na qualidade de vida e quadro doloroso de idosas com fibromialgia. *ConScientiae Saúde*. 2016; 15(4): 636-41.
5. Gregório GBS, Antunes MD, Acencio FR, Vissoci JRN, Oliveira LP. Análise de uma fanpage do facebook: promoção da saúde de pessoas com fibromialgia. *Saúde e Pesquisa*. 2017; 10(3): 511-8.
6. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. In: *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. WB Saunders. 1981; 151-171.
7. Valentine M. Aetiology of fibrositis: a review. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1947; 6(4): 241-5.
8. Rezende MC, Paiva ES, Helfenstein Júnior M, Ranzolin A, Martinez JE, Provenza JR, et al. EpiFibro—um banco de dados nacional sobre a síndrome da fibromialgia—análise inicial de 500 mulheres. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2013; 53(5): 382-7.
9. Oliveira DV, Ferreira AAM, Oliveira DCD, Leme DEC, Antunes MD, Nascimento Júnior JRA. Associação da prática de atividade física e do estado de saúde sobre a qualidade de vida de mulheres com fibromialgia. *Journal of Physical Education*. 2019; 30(1): e3027.
10. Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Di Franco M, Buskila D, Alciati A, Giacomelli C, et al. Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2012; 30(6): 143-51.
11. Senna ER, Barros ALP, Silva EO, Costa IF, Pereira LVB, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *The Journal of Rheumatology*. 2004; 31(3): 594-7.

12. Sarmiento-Hernández I, Pérez-Marín MDLÁ, Nunez-Nagy S, Pecos-Martín D, Gallego-Izquierdo T, Sosa-Reina MD. Effectiveness of Invasive Techniques in Patients with Fibromyalgia: Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Medicine*, 21(12): 3499-3511.
13. Moyano S, Kilstein JG, Miguel CA. New diagnostic criteria for fibromyalgia: Here to stay?. *Reumatología Clínica*. 2015; 11(4): 210-4.
14. Pernambuco AP, Silva LRT, Fonseca ACS, Reis DD. Clinical profile of patients with fibromyalgia syndrome. *Fisioterapia em Movimento*. 2017; 30(2): 287-96.
15. Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2011. *Fibromialgia: Cartilha para pacientes*. São Paulo – SP.
16. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.
17. Carleton RN, Asmundson GJ, Korol SL, LeBouthillier DM, Hozempa K, Katz JD, et al. Evaluating the efficacy of an attention modification program for patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain*. 2020; 161(3): 584-94.
18. Chang KV, Hung CH, Sun WZ, Wu WT, Lai CL, Han DS, et al. Evaluating soreness symptoms of fibromyalgia: Establishment and validation of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire with Integration of Soreness Assessment. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2020; 119(7): 1211-8.
19. Campos MAS, Párraga-Montilla JA, Aragón-Vela J, Latorre-Román PA. Effects of a functional training program in patients with fibromyalgia: A 9-year prospective longitudinal cohort study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2020; 30(5): 904-13.
20. Jacobs H, Bockaert M, Bonte J, D'Haese M, Degrande J, Descamps L, et al. The impact of a group-based multidisciplinary rehabilitation program on the quality of life in patients with fibromyalgia: results from the QUALIFIBRO Study. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2020; 26(8): 313-9.
21. Hirsch JK, Treaster MK, Kaniuka AR, Brooks BD, Sirois FM, Kohls N, et al. Fibromyalgia impact and depressive symptoms: Can perceiving a silver lining make a difference?. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2020; 61(4): 543-8.
22. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012; 34(4): 389-94.
23. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2010; 68(4): 495-501.
24. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2006; 10(3): 317-24.
25. Shuster J, McCormack J, Riddell RP, Toplak ME. Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain Research and Management*. 2009; 14(3): 239-45
26. Cannella DTL, Lobel M, Glass P, Lokshina I, Graham JE. Factors associated with depressed mood in chronic pain patients: the role of intrapersonal coping resources. *The Journal of Pain*. 2007; 8(3): 256-62.
27. Díaz Robredo LA, Robles Sánchez JI. ¿Es la Fibromialgia un trastorno depresivo con síntomas somáticos o es un síndrome de sensibilización central con comorbilidad depresiva?. *Sanidad Militar*. 2014; 70(2): 76-87.
28. Nicassio PM, Moxham EG, Schuman CE, Gevirtz RN. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain*. 2002; 100(3): 271-279.
29. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALPD, Serrano Gallardo MDP. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65): 387-398.
30. Rodrigues LBB, Silva PCDS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JDA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19: 343-352.
31. BRASIL. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990.