

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

GEOVANA FERREIRA SANTOS

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES, DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES COM FIBROMIALGIA**

GOIÂNIA
2025

GEOVANA FERREIRA SANTOS

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES, DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES COM FIBROMIALGIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Graduação em Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, como requisito para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Junior

GOIÂNIA
2025

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO ESCRITO

Título do trabalho: Avaliação dos sintomas osteomusculares, de ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia

Acadêmica: Geovana Ferreira Santos

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Junior

Data: 10/06/2025

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto.	
4.	Metodologia – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário.	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia (pode estar junto com a discussão).	
6.	Discussão – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – Síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC.	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa.	
Média (Total/10)		

Assinatura do examinador: _____

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e sequência do trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Assinatura do examinador: _____

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ter me colocado nesta jornada acadêmica, por ter me concedido a oportunidade de ingressar na faculdade e por me permitir viver momentos tão especiais e inesquecíveis ao longo dessa caminhada. Sua presença foi essencial em cada passo dado, em cada conquista e superação.

Aos meus pais, meu eterno agradecimento. Ao meu pai, por sempre estar ao meu lado, segurando minha mão nos momentos mais difíceis, oferecendo apoio, amor e força incondicional. À minha mãe, minha maior inspiração na Fisioterapia, que com seu exemplo e dedicação me mostrou o valor e a beleza dessa profissão.

Aos meus irmãos e a minha família, que são uma verdadeira força em minha vida. O apoio, a cumplicidade e o amor de vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus amigos, que caminharam comigo, dividindo sorrisos, desafios, noites em claro e tantos momentos marcantes e, em especial as amigas que a faculdade me apresentou, e hoje fazem parte da minha vida fora dela também, vocês são cuidados de Deus comigo. A presença de vocês tornou essa trajetória mais leve e cheia de significado.

Aos meus professores, que foram fundamentais ao longo da minha formação, sou imensamente grata. Cada ensinamento transmitido, cada orientação e cada palavra de incentivo contribuíram para o meu crescimento acadêmico e profissional. Levo comigo todo o conhecimento e a dedicação com que nos guiaram até aqui.

Em especial, agradeço ao meu orientador de TCC, Dr. Adroaldo José Casas Júnior, por todo o acompanhamento, por toda a ajuda e por todo o conhecimento compartilhado. Sua orientação foi fundamental para a construção e realização deste trabalho.

A cada pessoa que, de alguma forma, fez parte dessa caminhada, meu mais sincero e carinhoso agradecimento.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
METODOLOGIA.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXO.....	20

Avaliação dos sintomas osteomusculares, de ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia

Evaluation of musculoskeletal symptoms, anxiety and depression in women with fibromyalgia

Título Resumido: Avaliação psicossomática de fibromiálgicos

Geovana Ferreira Santos¹; Adroaldo José Casa Junior²

¹Discente do Curso de Fisioterapia da PUC Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

²Doutor em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da PUC Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

Autor correspondente: Geovana Ferreira Santos

Endereço: Rua Quebec, Q. H, L.49, S/N – Jardim Novo Mundo

E-mail: geovanafieduardo@gmail.com

Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa n. 1.735.210

RESUMO

Introdução: A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, cujas características principais são a dor musculoesquelética difusa e crônica e sintomas psicossomáticos. **Objetivo:** Avaliar os sintomas osteomusculares, de ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia. **Metodologia:** Estudo observacional e quantitativo, realizado com 12 mulheres com fibromialgia. Os dados foram coletados remotamente no Google Forms. Foram utilizados o Questionário Sociodemográfico, Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD). **Resultados:** Houve presença significativa de sintomas osteomusculares, sobretudo nas regiões lombar ($p=0,01$), cervical ($p=0,03$) e ombros ($p=0,02$). Metade das participantes ($n=6$) afirmaram ter se afastado do trabalho em algum momento e a maioria ($n=9$) relatou ter procurado algum tipo de tratamento para os sintomas da fibromialgia. Constatou-se que os sintomas de ansiedade e depressão foram classificados como prováveis ou possíveis em 91,7% das fibromiálgicas, indicando comprometimento emocional relevante associado à fibromialgia. **Conclusão:** Verificamos que as participantes apresentaram comprometimento funcional e psicossocial relacionado à fibromialgia, com destaque para sintomas osteomusculares persistentes e níveis elevados de ansiedade e depressão. Os dados reforçam a importância de uma abordagem multidisciplinar no manejo da doença, considerando tanto os aspectos físicos quanto emocionais.

Descritores: Fibromialgia, ansiedade, depressão, sintomas osteomusculares.

ABSTRACT

Introduction: *Fibromyalgia is one of the most common rheumatologic diseases, characterized primarily by widespread and chronic musculoskeletal pain, along with psychosomatic symptoms.* **Objective:** *To assess musculoskeletal, anxiety, and depression symptoms in women with fibromyalgia.* **Methodology:** *This was an observational and quantitative study conducted with 12 women diagnosed with fibromyalgia. Data were collected remotely using Google Forms. The Sociodemographic Questionnaire, Nordic Musculoskeletal Symptoms Questionnaire (NMQ), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used.* **Results:** *There was a significant presence of musculoskeletal symptoms, particularly in the lumbar ($p=0,01$), cervical ($p=0,03$), and shoulder ($p=0,02$) regions. Half of the participants ($n=6$) reported having taken time off work at some point, and the majority ($n=9$) stated that they had sought some form of treatment for fibromyalgia symptoms. It was found that symptoms of anxiety and depression were classified as probable or possible in 91,7% of the participants, indicating a significant emotional burden associated with fibromyalgia.* **Conclusion:** *The study found that the participants exhibited functional and psychosocial impairments related to fibromyalgia, with a notable prevalence of persistent musculoskeletal symptoms and high levels of anxiety and depression. The findings highlight the importance of a multidisciplinary approach in managing the disease, considering both physical and emotional aspects.*

Key Words: *Fibromyalgia, anxiety, depression, musculoskeletal symptoms.*

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma das condições reumatológicas mais prevalentes, caracterizada principalmente por dor musculoesquelética difusa e crônica, com impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes¹. Afeta aproximadamente 2% da população brasileira, com prevalência mais acentuada entre mulheres adultas. Estudos indicam que 80% a 90% dos casos ocorrem em mulheres, especialmente entre 30 e 50 anos, no entanto, a condição ainda é frequentemente subdiagnosticada e mal compreendida².

Além da dor, os pacientes com fibromialgia frequentemente relatam fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias nas extremidades, sensação de edema e dificuldades cognitivas, um conjunto de sintomas que afeta de forma significativamente negativa as suas atividades diárias. Também é comum a associação com outras comorbidades, tais como, a depressão, ansiedade, síndrome da fadiga crônica, desordens miofasciais, síndrome do cólon irritável e disfunção uretral inespecífica, que exacerbam o sofrimento e reduzem ainda mais a qualidade de vida³.

Os pacientes com fibromialgia tendem a fazer mais uso de terapias analgésicas e buscam atendimento médico com maior frequência do que a população em geral. Esse padrão de cuidados mais intensivos resulta em custos elevados, representando de 3 a 5 vezes mais do que os gastos com a população sem a condição⁴. Uma parte significativa desses custos poderia ser reduzida com diagnóstico adequado e tratamento precoce, evitando exames e medicamentos desnecessários⁵.

Embora a fibromialgia seja reconhecida há muito tempo, pesquisas aprofundadas começaram apenas nas últimas três décadas. Até o momento, muitos aspectos da sua etiologia e patogênese ainda são desconhecidos, sendo necessária uma abordagem mais científica para compreender completamente os mecanismos subjacentes à doença. Até agora, não existem tratamentos amplamente eficazes e definitivos, o que faz com que o manejo da fibromialgia seja um desafio para os profissionais de saúde⁶.

Os pacientes frequentemente necessitam de acompanhamento multidisciplinar para uma abordagem mais abrangente de seus sintomas e comorbidades⁷. Em 2004, a Sociedade Brasileira de Reumatologia publicou as primeiras diretrizes para o diagnóstico e tratamento da fibromialgia, que foram posteriormente atualizadas entre 2006 e 2008. O objetivo dessas atualizações foi não apenas melhorar as diretrizes existentes, mas também inovar ao envolver especialistas de outras áreas da saúde no desenvolvimento de um consenso sobre o tratamento da síndrome⁸.

Ainda não há cura para a fibromialgia e os tratamentos disponíveis estão focados principalmente na redução e alívio dos sintomas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados. A doença continua sendo pouco compreendida, o que ressalta a necessidade de estudos para seu maior entendimento, que possam levar ao desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e, eventualmente, a uma cura. A avaliação da qualidade de vida desses pacientes, assim como a análise das variáveis que influenciam esse processo, é essencial para identificar as necessidades específicas dessa população. Essas informações são cruciais para o direcionamento de intervenções terapêuticas mais adequadas. Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar os sintomas osteomusculares, de ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e quantitativo, realizado em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), sob protocolo de aprovação número 1.735.210.

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2024 e março de 2025, com 12 mulheres, tratando-se de uma amostra não probabilística e de conveniência. Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico clínico de fibromialgia.

Os critérios de exclusão e/ou retirada foram: presença de outras doenças musculoesqueléticas e preenchimento incorreto ou incompleto dos instrumentos de coleta de dados e as que não tiveram interesse em participar do estudo.

Os instrumentos de coleta de dados da presente pesquisa foram:

- **Questionário Sociodemográfico** – elaborado pelos próprios pesquisadores para obtenção dos dados pessoais, sociodemográficos, antropométricos e relacionados à aspectos clínicos da fibromialgia.
- **Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO)** - aplicado com o objetivo de identificar e mensurar sintomas osteomusculares, sendo recomendado por seus autores como base para a identificação desses distúrbios⁹. Validado em 2002, o instrumento alcançou bom índice nos resultados e demonstrou-se eficaz para avaliar a ocorrência de sintomas osteomusculares⁹. A participante era questionada a respeito dos sintomas apresentados nos últimos 30 dias e 7 dias. Com o objetivo de tornar o estudo

mais viável, optou-se por utilizar apenas a mensuração dos sintomas osteomusculares vivenciados nos últimos 12 meses.

- **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)** – aplicada a fim de avaliar sintomas de ansiedade e depressão. Traduzida e validada no Brasil, esta escala consiste em um instrumento de autopreenchimento, contendo 14 questões de múltipla escolha, composta de duas subescalas intercaladas: uma para ansiedade-estado (7 questões) e outra para depressão-estado (7 questões). Os escores da EHAD variam de 0 a 21 pontos, sendo que os sujeitos com escores < 7 são considerados sem sintomas clínicos significativos para ansiedade e/ou depressão, escores entre 8 e 10 com sintomas leves, escores entre 11 e 14 com sintomas moderados e escores entre 15 e 21 com sintomas graves de ansiedade e/ou depressão¹⁰.

Todo o processo de coleta de dados foi conduzido de forma remota, por meio da plataforma digital Google Forms, o que permitiu maior acessibilidade e autonomia das participantes, respeitando os princípios de confidencialidade e segurança das informações prestadas. Inicialmente, todas as participantes foram devidamente informadas quanto aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, e somente após esse esclarecimento, manifestaram sua concordância mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em seguida, cada participante respondeu a um formulário estruturado, composto por uma Ficha de Identificação, na qual foram coletadas informações pessoais, sociodemográficas e dados clínicos relacionados à fibromialgia, como tempo de diagnóstico, histórico de sintomas e realização de tratamento. Após o preenchimento da ficha, foram aplicados os dois instrumentos padronizados, QNSO e EHAD.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 26, sendo que, inicialmente, todas as variáveis contínuas foram submetidas ao teste de Shapiro-Wilk com o objetivo de verificar a normalidade da distribuição dos dados, considerando-se apropriado para amostras pequenas ($n < 50$). As variáveis contínuas foram descritas por média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo. As variáveis categóricas foram descritas em termos de frequência absoluta e relativa. Para todas as análises inferenciais, foi adotado um nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e clínicos da amostra composta por 12 mulheres diagnosticadas com fibromialgia. A maioria era casada (50%), enquanto 41,7% eram solteiras e 8,3% divorciadas. Em relação à escolaridade, 41,7% haviam concluído o ensino médio, 33,3% possuíam ensino superior, 16,7% tinham ensino fundamental, e 8,3% haviam cursado pós-graduação. Quanto à situação ocupacional, 58,3% das participantes estavam afastadas do trabalho. Em relação ao tempo desde o diagnóstico, 50% relataram diagnóstico há menos de cinco anos, 16,7% entre cinco e dez anos, e 33,3% há mais de dez anos. A maioria não possuía histórico familiar de fibromialgia (75%) e 58,3% não estavam em tratamento no momento da coleta. A presença de outras doenças foi relatada por metade da amostra. Em relação à qualidade do sono, 50% classificaram como regular, 41,7% como ruim e apenas 8,3% como boa. A expectativa quanto ao tratamento foi majoritariamente positiva, sendo considerada boa por 50% e ótima por 25% das participantes.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico e clínico da amostra (n=12), Goiânia, 2025.

	n	%
Estado civil		
Casada	6	50.0
Solteira	5	41.7
Divorciada	1	8.3
Nível de escolaridade		
Ensino médio	5	41.7
Ensino Superior (graduação)	4	33.3
Ensino fundamental	2	16.7
Pós graduação	1	8.3
Está trabalhando no momento		
Não	7	58.3
Sim	5	41.7
Tempo desde o diagnóstico		
< 5 anos	6	50.0
Há mais de 10 anos	4	33.3
Entre 5 e 10 anos	2	16.7
Histórico na família de fibromialgia		
Não	9	75.0
Sim	3	25.0
Faz tratamento para fibromialgia		
Não	7	58.3
Sim	5	41.7
Outras doenças		
Não	6	50.0
Sim	6	50.0
Qualidade do seu sono		
Regular	6	50.0
Ruim	5	41.7
Boa	1	8.3
Expectativa com o tratamento da fibromialgia		
Boa	6	50.0
Ótima	3	25.0
Ruim	3	25.0

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

A Tabela 2 apresenta medidas descritivas das variáveis contínuas. A idade média foi de 43,0 anos ($\pm 14,2$), com mediana de 46,0 anos. O peso médio das participantes foi de 69,8 kg ($\pm 19,2$), enquanto a altura média foi de 1,62 m ($\pm 0,06$). O IMC médio foi de 26,5 kg/m² ($\pm 6,0$), com valores mínimos e máximos variando de 20,7 a 41,5, indicando a presença de sobrepeso e obesidade em parte da amostra.

Tabela 2. Estatísticas descritivas da idade e perfil antropométrico da amostra (n=12), Goiânia, 2025.

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	43.00	14.23	46.00	20.00	61.00
Peso (kg)	69.79	19.19	63.25	53.00	120.00
Altura (m)	1.62	0.06	1.61	1.50	1.72
IMC (kg/m ²)	26.48	6.01	24.50	20.70	41.52

IMC = Índice de Massa Corporal

A Figura 1 apresenta o histograma da distribuição do escore total do QNSO. A maioria das participantes obteve escores elevados, situando-se entre 23 e 33 pontos, o que sugere maior frequência ou intensidade de sintomas musculoesqueléticos autorreferidos. Essa concentração de escores mais altos pode indicar comprometimento funcional relevante.

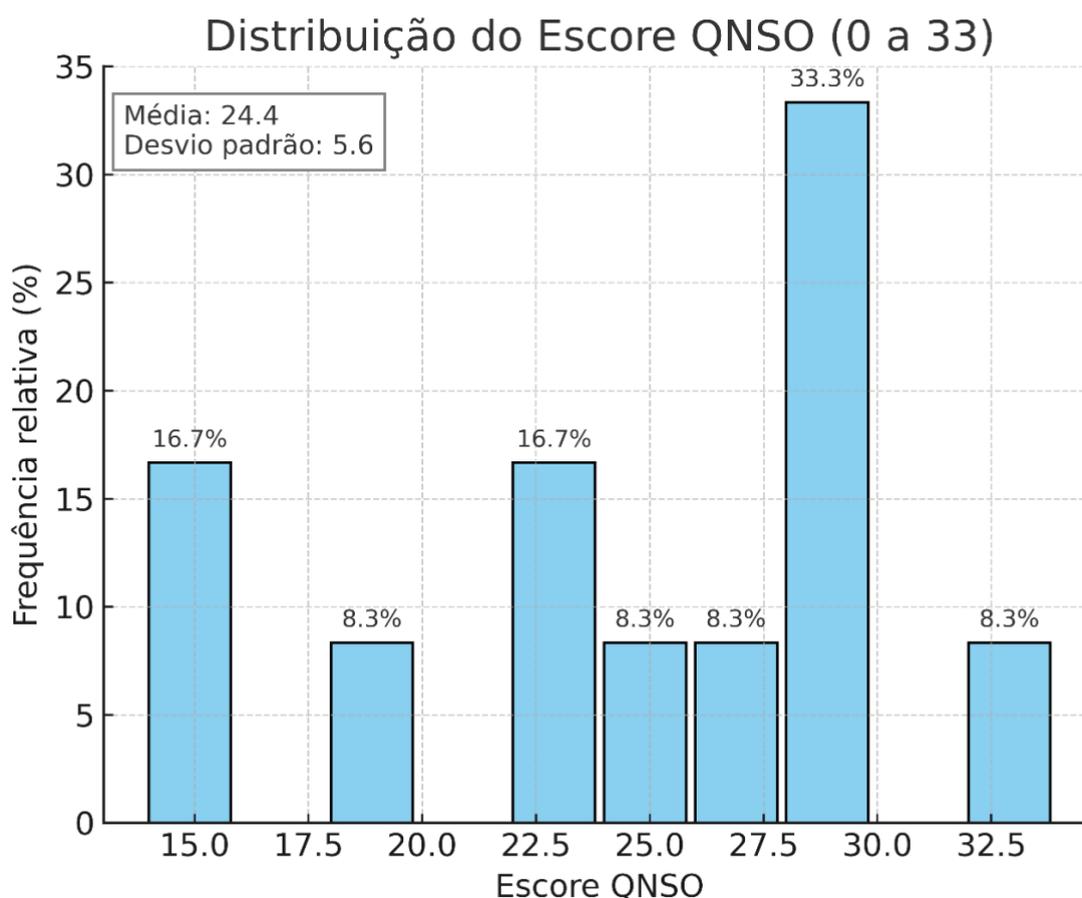


Figura 1. Distribuição dos sintomas osteomusculares avaliados pelo QNSO, (n=12), Goiânia, 2025.

Das participantes avaliadas, 50% (n=6) relataram não ter se afastado de suas atividades devido à fibromialgia, enquanto os outros 50% (n=6) afirmaram ter se afastado em algum

momento em decorrência da condição. Quanto à busca por tratamento, a maioria, 75% (n=9), relatou ter procurado algum tipo de tratamento, enquanto 25% (n=3) não buscaram atendimento terapêutico.

Na Figura 2, observa-se a distribuição da amostra conforme os escores categorizados da EHAD. Em relação à ansiedade, 75% das participantes foram classificadas como provável presença de sintomas clínicos, 16,7% como possível e apenas 8,3% como improvável. Já os sintomas de depressão foram classificados como possíveis em 50% das participantes, prováveis em 41,7% e improváveis em 8,3%. Esses dados indicam uma elevada prevalência de sintomas psicoemocionais na amostra avaliada.

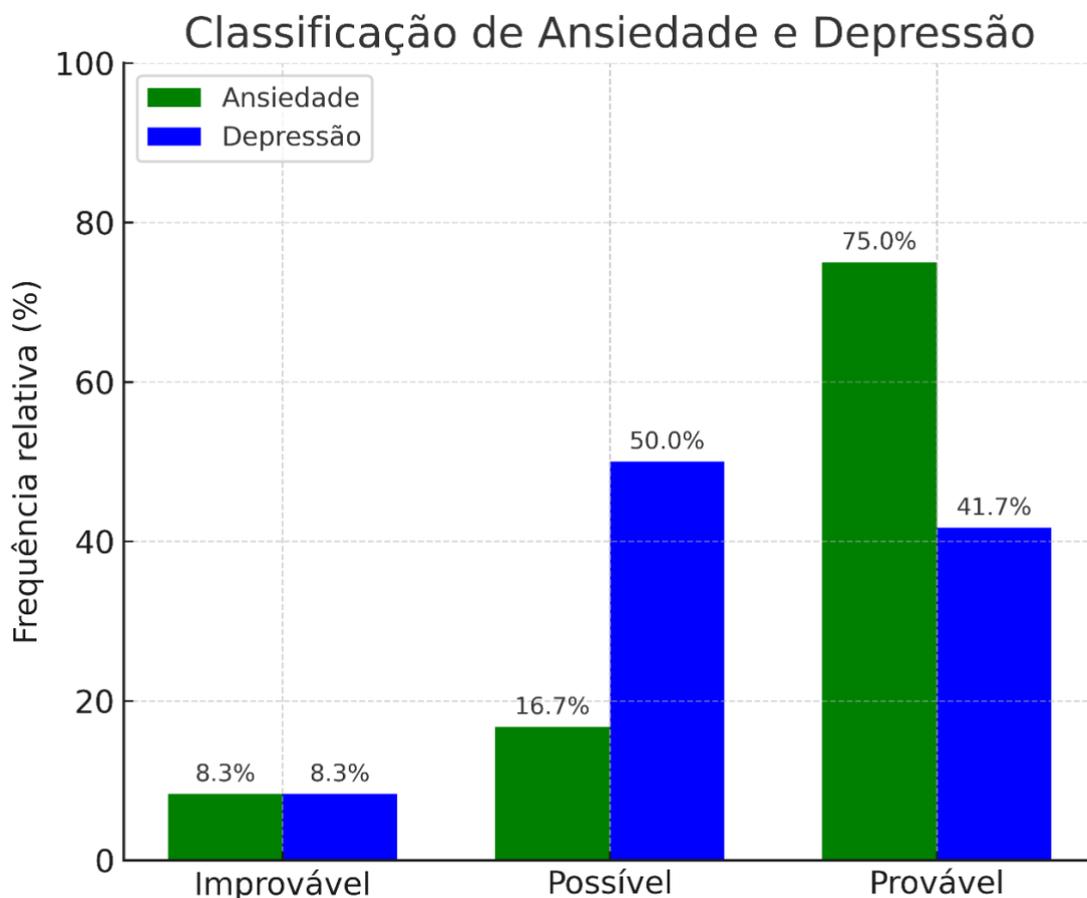


Figura 2. Gráfico de barras demonstrando a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão medidos pela EHAD (n=12), Goiânia, 2025.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se uma expressiva presença de sintomas osteomusculares, especialmente nas regiões lombar, cervical e ombros, bem como, alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre as participantes. Em um estudo de 2016, também se verificou demasiada sensibilidade à dor, muito próximo ao escore máximo, evidenciando um aumento dos sintomas osteomusculares, dessa forma comprometendo o bem estar físico e mental das participantes¹¹. Esses achados refletem a complexibilidade da fibromialgia, que é reconhecida não apenas como uma síndrome dolorosa crônica, mas também como uma condição com uma ampla manifestação psicossomática, que compromete severamente a funcionalidade e a saúde mental dos pacientes¹².

Os sintomas osteomusculares, como dor, rigidez e limitação de movimento, estão entre as queixas mais recorrentes em mulheres com fibromialgia e representam um fator significativo na limitação das atividades da vida diária. Autores também relatam que os sintomas osteomusculares também geram a inatividade física de pacientes com fibromialgia que contribui para o surgimento de limitações funcionais. O estudo conduzido por Aparicio et al.¹³ indica que uma deterioração da capacidade física pode estar relacionada a maior nível de dor, piorando grandemente a qualidade de vida das mulheres que sofrem com hipersensibilidade à dor. A dor persistente, especialmente quando localizada em múltiplas regiões anatômicas, está fortemente associada a maior número de dias de incapacidade funcional e afastamento do trabalho⁹. Além disso, sintomas osteomusculares recorrentes tendem a reduzir o limiar de dor e favorecer a hipersensibilização central, um mecanismo na fisiopatologia da fibromialgia⁶.

Aos aspectos psicoemocionais, os dados do presente estudo revelaram níveis elevados de ansiedade e depressão. Assim como os distúrbios estão frequentemente presentes em pacientes com fibromialgia e contribuem de maneira significativa para a fase crônica do quadro clínico. Pesquisas demonstram uma associação bidirecional entre fibromialgia e depressão, ou seja, indivíduos com depressão apresentam risco aumentado de desenvolver fibromialgia¹³ autores relatam que a depressão apresenta uma das comorbidades psiquiátricas mais comuns, com taxa de prevalência referente a 18 a 36%¹⁴. Nesse contexto, os pensamentos debilitantes além de afetar de forma negativa os aspectos da vida cotidiana, ela interfere gravemente nas atividades pessoais, familiares, laborais e pessoais, ocasionando um estado de catastrofização reduzindo atividades diárias e promovendo o isolamento social¹⁵⁻¹⁸. Essa relação se sustenta em mecanismos neurobiológicos comuns, como disfunções nos sistemas serotoninérgico, noradrenérgico e dopaminérgico, além de alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal¹⁹. No

estudo de Ramiro et al.²⁰ os participantes com fibromialgia apresentaram traços de ansiedade expressivos. Tal fato permite supor a existência de um padrão cognitivo-afetivo e comportamental ansioso relativamente estável²¹.

A ansiedade, por sua vez, intensifica a percepção da dor, potencializa o sofrimento físico e emocional e está diretamente relacionada à piora na qualidade de vida desses pacientes. Um estudo comparativo evidenciou que mulheres com fibromialgia apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade do que o grupo controle, afetando negativamente os domínios físicos, sociais e emocionais avaliados⁹.

Outro ponto relevante foi a correlação observada entre os sintomas emocionais (ansiedade e depressão) e os sintomas físicos (osteomusculares), demonstrando que a dor crônica não pode ser compreendida de forma isolada. O sofrimento físico na fibromialgia frequentemente é intensificado por fatores emocionais, o que sugere que uma abordagem centrada apenas no alívio da dor pode ser insuficiente para promover melhora clínica consistente²².

Os dados deste estudo reforçam a necessidade de se reconhecer a fibromialgia como uma síndrome multidimensional e polissintomática, que exige um olhar interdisciplinar. Intervenções que envolvam fisioterapia, psicologia, psiquiatria e práticas integrativas tendem a apresentar melhores resultados clínicos ao contemplar o paciente em sua totalidade, corpo e mente⁴.

Apesar de todos os achados relevantes para a complexidade dos sintomas associados à fibromialgia, reconhecemos que o número relativamente reduzido de participantes constituiu uma limitação do estudo. Mesmo assim, as informações obtidas contribuem de forma valiosa para o entendimento do quadro clínico e psicológico das mulheres com fibromialgia, servindo de base para estudos futuros com amostras mais amplas.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram o impacto significativo da fibromialgia na vida de mulheres adultas, revelando a presença marcante de sintomas osteomusculares em regiões como lombar, cervical e ombros, além de níveis elevados de ansiedade e depressão. Tais achados demonstram que a fibromialgia é uma condição que compromete não apenas o bem-estar físico, mas também aspectos emocionais e funcionais da vida das pacientes, interferindo diretamente em sua capacidade laboral, qualidade do sono e relações sociais.

A associação entre os sintomas musculoesqueléticos e o sofrimento psíquico reforça a natureza multifatorial e complexa da doença, que demanda uma abordagem clínica integrada e interdisciplinar. O cuidado com essas pacientes deve ir além do controle da dor, incluindo estratégias voltadas para o suporte emocional, reabilitação física e reinserção social.

É importante destacar que o número reduzido de participantes nesta pesquisa representou uma limitação para a generalização dos resultados. Embora os dados obtidos tenham fornecido informações relevantes sobre os sintomas osteomusculares, de ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia. Ainda assim, os resultados observados contribuem para a compreensão da temática e reforçam a importância de estudos futuros com amostras mais abrangentes.

REFERÊNCIAS

1. Heymann RE, Paiva ES, Helfenstein M Jr, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2010; 50(1): 56–66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/VD3Vcmj5QPNbM6MDcHGwF3f/SciELOBrasil>.
2. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90(5): 680–92. Disponível em: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(15\)00243-8/fulltextMayo Clinic Proceedings+1Mayo Clinic Proceedings+1](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(15)00243-8/fulltextMayo%20Clinic%20Proceedings+1Mayo%20Clinic%20Proceedings+1)
3. Maffei ME. Fibromyalgia: recent advances in diagnosis, classification, pharmacotherapy and alternative remedies. *Int J Mol Sci.* 2020; 21(21): 7877. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/21/7877ResearchGate+1PubMed+1>.
4. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Fibromyalgia and the use of health care resources: the role of comorbidities. *J Pain Res.* 2011; 4: 97–104. Disponível em: <https://www.dovepress.com/fibromyalgia-and-the-use-of-health-care-resources-the-role-of-comorbid-peer-reviewed-article-JPR>.
5. Fitzcharles MA, Yunus MB, Häuser W, et al. Fibromyalgia: a critical review of the concept. *J Rheumatol.* 2020; 47(1): 19–25. Disponível em: <https://www.jrheum.org/content/47/1/19>.
6. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA.* 2014; 311(15): 1547–55. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1860480>.
7. Häuser W, Wolfe F, Tölle T, Üçeyler N, Sommer C. Comorbidities in fibromyalgia: Impact of pain, mood disorders, and fatigue. *Curr Rheumatol Rep.* 2015; 17(5): 42. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11926-015-0515-z>.
8. Fiorentino D, Quides HF, Saad MJA. Atualização das diretrizes para o diagnóstico e tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2014; 54(1): 1–15. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbr/a/kCdwgDXPSXQMSXn5VKMFB3x/?lang=ptSciELO>
Brasil+1SciELO Brasil+1.

9. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3): 307–12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CnkzdkBPgkDg4j4Mz6c9nPw/>.
10. Santos EB, Quintans LJ Jr, Fraga BP, Macieira JC, Bonjardim LR. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3): 590–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/nYxQPShvzRhZQ6VdWjTDc8w/>.
11. Lorena SBD, Pimentel EAS, Fernandes VM, Pedrosa MB, Ranzolin A, Duarte ALBP. Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Rev Dor*. 2016; 17(1): 8–11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/9gFQ9D3K3K9G9FQ9D3K3K9G9>.
12. Gracely RH, Ceko M, Bushnell MC. Fibromyalgia and depression. *Pain Res Treat*. 2012; 486590. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/prt/2012/486590/>.
13. Aparicio VA, Ortega FB, Heredia JM, Carbonell-Baeza A, Sjöström M, Delgado-Fernández M. Handgrip strength test as a complementary tool in the assessment of fibromyalgia severity in women. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92(1): 83–8. Disponível em: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(10\)00789-1/fulltext..](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(10)00789-1/fulltext..)
14. Chang MH, Hsu JW, Huang KL, Su TP, Bai YM, Li CT, et al. Bidirectional association between depression and fibromyalgia syndrome: a nationwide longitudinal study. *J Pain*. 2015; 16(9): 895–902. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590015006545>.
15. Muhammad JS, Ishaq M. Increased risk of anxiety and depression associated with chronic pain and fibromyalgia in Pakistani population. *Biomed Res*. 2019; 4: 1–5. Disponível em: <https://www.biomedres.us/fulltexts/BJSTR.MS.ID.001234.php>.
16. Ferreira AJO. Fibromialgia: conceito e abordagem clínica [Tese de Doutorado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/123456>.
17. Meireles C. Ansiedade e depressão codificadas pela CIF em pacientes com fibromialgia. Formiga, MG: Centro Universitário de Formiga; 2016. Disponível em: <https://www.unifor-mg.edu.br/>.
18. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol*. 2006; 46(1): 24–31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/9gFQ9D3K3K9G9FQ9D3K3K9G9>.
19. Işık-Ulusoy S. Evaluation of affective temperament and anxiety-depression levels in fibromyalgia patients: a pilot study. *Braz J Psychiatry*. 2019; 41(5): 428–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/9gFQ9D3K3K9G9FQ9D3K3K9G9>.

20. Ramiro FS, Lombardi Júnior I, Silva RCB, Montesano FT, Oliveira NRC, Diniz REAS, et al. Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo. *Rev Bras Reumatol.* 2014; 54(1): 27–32. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500413000923>.
21. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPA; 2003. Disponível em: <https://www.cepa.com.br/>.
22. Oliveira SA, Matias RN, Silva MS, Donadon RA, Silva DOF. Fibromialgia e depressão: Uma relação indefinida. *Rev Med Saude Bras.* 2014; 3(2): 185–91. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsb/article/view/1234>.

ANEXO

Normas Editoriais da Revista Movimenta (ISSN 1984-4298)

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Formato do Texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão *.doc* ou *.docx*) e deve ser digitado em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte Times New Roman com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). *Relatos de Caso ou de Experiência* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

Página de rosto (1ª página)

Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50 caracteres); d) endereços para correspondência e eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

Resumos (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

Corpo do Texto

Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor (es) a empreender a pesquisa;

Materiais e Métodos - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Conclusão – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Obs.: Quando se tratar de pesquisas originais com paradigma qualitativo não é obrigatório seguir rigidamente esta estrutura do corpo do texto. A revista recomenda manter os seguintes itens para este tipo de artigo: Introdução, Objeto de Estudo, Caminho Metodológico, Considerações Finais.

Tabelas e figuras

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras devem ser digitados com fonte *Times New Roman*, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Citações e referências bibliográficas

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals* do *Index Medicus* (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

Agradecimentos

Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.