

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

CURSO DE FISIOTERAPIA

**ANÁLISE DO IMPACTO DA FIBROMIALGIA EM MULHERES DE UM MUNICÍPIO DO
EXTREMO SUL CATARINENSE**

FABIANE DIMAS

TAINÁ COLOMBO

CRICIÚMA

2018

FABIANE DIMAS
TAINÁ COLOMBO

**ANÁLISE DO IMPACTO DA FIBROMIALGIA EM MULHERES DE UM MUNICÍPIO DO
EXTREMO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ariete Inês Minetto

CRICIÚMA

2018

**ANÁLISE DO IMPACTO DA FIBROMIALGIA EM MULHERES DE UM MUNÍCIPIO DO
EXTREMO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso para aprovação
pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de
Bacharel, no Curso de Fisioterapia da Universidade
do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 26 de junho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Orientador (a) – Profa. Dra. Ariete Inês Minetto

Banca 1 Prof. Ms. Lee Gi Fan

Banca 2 Prof. Ms. Ricardo Saibt

ARTIGO CIENTÍFICO

ANÁLISE DO IMPACTO DA FIBROMIALGIA EM MULHERES DE UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE

FABIANE DIMAS¹, TAINÁ COLOMBO¹, ARIETE INES MINETTO²

¹Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC – Brasil.

²Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde pela UNESC, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário Criciúma-SC – Brasil. ariete@unesc.net

Resumo

Introdução: A Fibromialgia (FM) é uma condição reumatológica caracterizada por dor musculo esquelética difusa e bilateral, muitas vezes acompanhada de diversos sintomas, caracterizando uma condição heterogênea e complexa. A FM apresenta impacto direto sobre as Atividades de Vida Diárias (AVDs) e Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos. O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da FM no dia a dia das portadoras da síndrome. **Métodos:** O estudo foi realizado com 21 mulheres, tendo idade entre 40 e 66 anos, as quais foram selecionadas através de uma triagem específica. A partir daí as mesmas foram submetidas à uma anamnese, Avaliação da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) e pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF). **Resultados:** Como achados observou-se que em relação ao perfil da amostra 38,1% afirmaram estar aposentadas e 4,8% exerciam atividades laborais. Na aplicação da EVA observou-se que 61,9% das mulheres sentiam dor moderada, 33,3% dor intensa e 4,8% dor leve. O estudo apresentou 72,4% das voluntárias eram sedentárias e 28,6% realizavam alguma atividade física. A interferência da fibromialgia nas AVDS foi relatada por 100% das mulheres. **Conclusão:** As entrevistadas demonstraram dificuldade em realizar suas AVDS sendo estas em níveis diferenciados. Consideramos neste estudo que o QIF utilizado de forma isolada, não é suficientemente confiável e que exames físicos e laboratoriais devem ser realizados para um resultado mais preciso e fidedigno.

Palavras-Chave: Fibromialgia, Fisioterapia, Atividades de vida diária.

Abstract

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a rheumatic condition characterized by diffuse and bilateral skeletal muscle pain, often accompanied by several symptoms, characterizing a heterogeneous and complex condition. FM has a direct impact on the Daily Living Activities (ADLs) and Quality of Life (QOL) of individuals. The objective of the present study was to evaluate the impact of FM in the day to day life of patients with the syndrome. **Methods:** The study was performed with 21 women, aged 40-66 years, who were selected through a specific screening. They were then submitted to an anamnesis, Visual Analog Pain Scale (VAS) and Fibromyalgia

Impact Questionnaire (FIQ). Results: As found in the sample, 38.1% stated that they were retired and 4.8% were working. In the application of VAS, it was observed that 61.9% of the women felt moderate pain, 33.3% intense pain and 4.8% mild pain. The study showed that 72.4% of the volunteers were sedentary and 28.6% had some physical activity. The interference of fibromyalgia in ADLs was reported by 100% of women. Conclusion: The interviewees demonstrated difficulty in performing their ADLs, being these at differentiated levels. We considered in this study that the FIQ used in isolation is not reliable enough and that physical and laboratory tests should be performed for a more accurate and reliable result.

Key words: Fibromyalgia, Physical therapy, Activities of daily living.

Introdução

A Síndrome Fibromialgica é uma doença não articular crônica mas sim uma condição reumatológica caracterizada por dor musculoesquelética, aumento da dor em pontos sensíveis, e frequentemente acompanhada de sintomas como fadiga, sono, rigidez, depressão e ansiedade¹. Frequentemente a FM é acompanhada por rigidez matinal, dispneia, diminuição da aptidão cardiorrespiratória, mudanças de humor, que podem estar associadas a um quadro depressivo, sendo um dos sintomas mais frequentes em portadores da síndrome. Podem ocorrer também manifestações como: síndrome miofascial, síndrome uretral, parestesias, síndrome do cólon irritável, cefaleia e fenômeno de Raynaud²⁻⁴. Possui ainda uma influência importante na qualidade de vida, enfatizando que é uma condição heterogênea e complexa^{5,6,7}. Há uma correlação entre a fibromialgia e a enxaqueca que varia de 22 a 50% dos casos^{8,9}, contribuindo para uma diminuição na qualidade de vida dos pacientes.

Pacientes com FM apresentam elevado percentual de sintomas depressivos^{10,11}, e apresentam aproximadamente cinco vezes mais chances de apresentar depressão em relação aos indivíduos saudáveis¹². Estudos descrevem que a depressão pode desencadear ou agravar outros sintomas dessa doença^{13,14}.

A FM é comum, com uma prevalência de 2% na população em geral^{15,16}. Está entre as doenças reumatológicas mais frequente, tratando-se de uma patologia crônica musculoesquelética, caracterizada por dor generalizada bilateral de etiologia desconhecida¹⁷.Dentre os pacientes acometidos (88%) são mulheres, sendo mais comum na faixa etária entre 35 e 50 anos¹⁸. A prevalência da FM na população brasileira varia de 2,5% e 4,4%.¹⁹.

A Síndrome Fibromiálgica pode ser classificada em: primária, apresentando quadro clínico da doença sem haver qualquer outra doença associada, ou secundária ocorrendo quando o paciente fibromiálgico possui patologias concomitantes, sendo mais frequentes, artrite reumatóide, hipotireoidismo, e lúpus eritematoso sistêmico²⁰. A FM também foi caracterizada como uma síndrome de sensibilidade central, reconhecendo a natureza polimodal da comorbidade (as condições de sobreposição incluem síndrome de fadiga crônica, síndrome do intestino irritável, dores de cabeça, sensibilidade química múltipla e outros)^{21,22}.

Quanto ao diagnóstico da síndrome e a sua gestão, estes continuam sendo um desafio para os pacientes e profissionais de saúde. Muitas vezes leva mais de 2 anos para um diagnóstico ser feito com uma média de 3,7 consultas com diferentes médicos^{23, 24}. Para o diagnóstico de FM, são utilizados os critérios de avaliação proposto pelo *American College of Rheumatology* (ACR), que tem como base dor difusa com duração superior a três meses, distribuídos pelos quatro quadrantes do corpo, e dor a palpação dos pontos sensíveis *Tender Points*, apresentando dor excessiva em pelo menos 11 dos 18 pontos, de forma bilateral, após uma pressão superior a 4kg/cm² de pressão digital²⁵.

A complexa sintomatologia da FM envolve principalmente três áreas: os aspectos da saúde física (sistema musculo esquelético), os mecanismos de regulação da dor (sistema neuroendócrino) e os fatores relacionados ao bem-estar psicológico e à saúde mental do indivíduo^{26,27}. Vários fatores têm implicado na fisiopatologia da fibromialgia, incluindo: mudanças na estrutura cerebral e neural e sua função, fisiologia muscular, fatores hormonais, inflamatórios, marcadores, e influências genéticas. Estudos demonstram, reduções nas fibras de tipo II, metabolismo muscular anormal e excesso de co-contração agonista-antagonista. Consistente com estes achados, indivíduos com fibromialgia são geralmente menos ativos fisicamente e mais sedentário do que indivíduos saudáveis. Provocando várias anormalidades musculares que podem resultar em fraqueza, fadiga e dor muscular para indivíduos com fibromialgia^{28,29}. Estudos tem apontado que, pacientes com fibromialgia podem apresentar níveis elevados de ácido láctico em repouso^{30,31}.

Os sintomas associados à fibromialgia podem ter repercussões sobre dinâmica familiar, emprego e independência significativamente, impactando diretamente a qualidade de vida³². O controle da dor é descrito como objetivo primário da gestão interdisciplinar para o tratamento da FM, visando basicamente na reestruturação da capacidade funcional e na melhoria qualidade de vida (QV)³³. A Fisioterapia tem visado a redução dos sintomas possibilitando ao paciente tolerância ao desconforto e limitações causadas pela dor, bem como melhorar e promover a manutenção das Atividades de Vida Diária e Atividades de Vida Profissional³⁴.

Como a etiopatogenia da FM é desconhecida, a adoção de estratégias globais para tratar pacientes, são frequentemente limitadas. Compreender características clínicas da síndrome contribuem para o desenvolvimento de novas

terapias farmacológicas e não farmacológicas e ao fortalecimento das técnicas existentes^{35,36}.

MÉTODOS

A coleta de dados foi realizada mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UNESC através do parecer nº: 2.444.088 (CAAE:80614017.0.0000.0119), além da autorização da Coordenação das Clínicas Integradas da UNESC, Setor de Fisioterapia onde ocorreu o estudo. A metodologia adotada consiste no levantamento de dados na área de Ciências da saúde, subárea Fisioterapia, de natureza aplicada. A classificação pelo problema é qualitativa e quantitativa. Quanto aos objetivos da pesquisa é descritiva e do tipo transversal, para os procedimentos técnicos o assunto é de característica bibliográfica. Classifica-se pelas fontes de informação, como pesquisa de campo. O tipo é experimental não randomizado, sendo utilizado como objetos de estudo através de uma ficha de anamnese incluindo a aplicação da escala de dor EVA (Escala Visual Analógica) e do QIF (Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia).

O estudo constituiu de 21 mulheres, com idade entre 40 e 66 anos, em tratamento estável no último mês que antecedeu a seleção, e diagnóstico de fibromialgia, estabelecido por um médico Reumatologista. As pacientes foram avaliadas na Clínicas Integradas UNESC, no Setor de Fisioterapia. As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O QIF avaliou o impacto mediante as questões relativas às atividades da vida diária (AVDs) realizadas pelas participantes. O primeiro quesito lista nove principais AVDs, solicitando-se que as pesquisadas indiquem a frequência com que consegue realizá-las caracterizando-as em sempre - 0 pontos; muitas vezes - 1 ponto; ocasionalmente 2 pontos e nunca - 3 pontos. Cada indivíduo investigado acumulou um total máximo de 27 pontos, sendo que, quanto maior o escore obtido, mais intenso é o impacto da patologia. Os resultados da pesquisa foram tabelados com a ajuda das ferramentas Excel e SSPS.

RESULTADOS

Na análise dos resultados através da tabela 01, observou-se que as 21 mulheres têm uma idade média entre 53,6 anos, sendo que destas 38,1% são aposentadas, 23,8% realizam atividades em seus lares, 19% estão desempregadas no momento da pesquisa e 01 é manicure, 01 Costureira, 01 Professora e 01 é modelista, ou seja, 4,8% das mulheres em cada uma das 04 quatro profissões citadas.

É importante levantar o histórico de vida destas mulheres por se tratar de uma doença reumatológica, para tanto investigou-se a ocupação anterior onde observou-se que 23,8% realizou atividades do lar, 14,3% eram professoras e costureira respectivamente. Destas mulheres ainda encontramos 9,5% ocupava cargos como vendedora, 9,5% serviços gerais e 9,5% massagista. Como 1% as profissões de manicure, modelista, Psicopedagoga e auxiliar de enfermagem caracterizaram o restante das mulheres pesquisadas.

O nível de escolaridade é um dos fatores que ajudaram a caracterizar o perfil da amostra, e para obter este perfil encontrou-se 47,6% com ensino fundamental incompleto, 23,8% com ensino fundamental completo, 9,5% com ensino médio completo, 4,8% ensino superior completo, 14,3% pós-graduada.

A situação das pesquisadas em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal foi caracterizada com casada 76,2%, viúva e divorciada 9,5% cada e com união estável 4,8% das mulheres. Destas mulheres 72,5% não apresentavam nenhum histórico familiar de Fibromialgia, sendo que 23,8% tinham algum histórico familiar todas estas com parentes de 1º grau afetadas pela mesma. Quando questionadas em relação às outras comorbidades 95,2% respondeu que sim e 4,8% respondeu que não.

Em relação aos Hábitos de Vida, observou-se que as mulheres entrevistadas tinham hábitos diferentes, sendo que 38,1% era totalmente sedentária, 28,6% praticava algum tipo de atividade física e 33,3% era tabagista.

Tabela 01 - Perfil geral da amostra

Variáveis	Média ± desvio padrão, n (%) n=21
Idade (anos)	53,62 ± 6,30

Ocupação atual	
Aposentada	8 (38,1)
Do lar	5 (23,8)
Desempregada	4 (19,0)
Manicure	1 (4,8)
Costureira	1 (4,8)
Professora	1 (4,8)
Modelista	1 (4,8)
Ocupação anterior	
Do lar	5 (23,8)
Professora	3 (14,3)
Costureira	3 (14,3)
Vendedora	2 (9,5)
Serviços gerais	2 (9,5)
Massagista	2 (9,5)
Manicure	1 (4,8)
Modelista	1 (4,8)
Psicopedagoga	1 (4,8)
Auxiliar de enfermagem	1 (4,8)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	10 (47,6)
Ensino fundamental completo	5 (23,8)
Ensino médio completo	2 (9,5)
Ensino superior completo	1 (4,8)
Pós-graduado	3 (14,3)
Estado civil	
Casada	16 (76,2)
Viúva	2 (9,5)
Divorciada	2 (9,5)
União estável	1 (4,8)
Histórico familiar de fibromialgia	
Não	16 (76,2)
Sim	5 (23,8)
Outras comorbidades	
Sim	20 (95,2)
Não	1 (4,8)
Hábitos de vida	
Sedentária	15 (72,4)
Pratica atividade física	6 (28,6)
Tabagista	7 (33,3)

Fonte: Dados dos pesquisadores 2018;

Em relação a Tabela 02, os resultados obtidos com a aplicação do QIF caracterizaram a amostra com os dados referentes a fibromialgia 90,5% apresentou dor, e 4,8% fadiga e depressão respectivamente.

Na análise de dor com a escala EVA, observou-se que 4,8% das mulheres apresentou dor leve, 61,9% moderada e 33,3% dor intensa. A partir da caracterização da dor investigou-se o uso de medicações, sendo que, 61,9% usavam antidepressivos. Para o uso de neurolépticos, analgésicos e anti-inflamatórios encontrou-se 57,1% das mulheres.

Em relação ao número de dias da semana que se sentiram bem, 28,6% relataram que em nenhum ou um dia da semana permaneceu bem, 19,0% respondeu entre dois ou três dias, 4,8% ficou bem pelo menos por cinco dias da semana.

Quando investigadas as atividades laborais de cada uma das pesquisada, foram questionados os dias de faltas ao trabalho. Neste quesito 28,6% não faltou nenhum dia, com 4,8% encontrou-se 01 ou 07 dias de falta ao trabalho, 9,5% faltou 02 ou 06 dias de trabalho e 14,3% faltou 03 ou 04 ou 05 dias.

Quando se investigou a interferência e sintomas na última semana 100% da amostra, ou seja, as 21 mulheres investigadas relataram que a fibromialgia atrapalhou na capacidade de realizar o próprio serviço e sentiu muita dor bem como sentiu ansiedade e nervosismo. Em relação ao cansaço pela manhã encontrou-se 85,7% e 90,5% sentiu-se desanimada ou deprimida.

Tabela 02 - Dados referentes a fibromialgia

Variáveis	n (%) n=21
Queixa principal	
Dor	19 (90,5)
Fadiga	1 (4,8)
Depressão	1 (4,8)
Escala visual Analógica	
Leve	1 (4,8)
Moderada	13 (61,9)
Intensa	7 (33,3)
Medicações em uso*	
Antidepressivos	13 (61,9)
Neurolépticos	12 (57,1)
Analgésicos	12 (57,1)
Anti-inflamatórios	12 (57,1)

Benzodiazepínicos	3 (14,3)
Hipnóticos	2 (9,5)

Quantos dias na última semana permaneceu bem

Nenhum	6 (28,6)
Um	6 (28,6)
Dois	4 (19,0)
Três	4 (19,0)
Cinco	1 (4,8)

Quantos dias na última semana faltou ao trabalho

Nenhum	6 (28,6)
Um	1 (4,8)
Dois	2 (9,5)
Três	3 (14,3)
Quatro	3 (14,3)
Cinco	3 (14,3)
Seis	2 (9,5)
Sete	1 (4,8)

Interferência e sintomas na última semana*

Atrapalhou na capacidade de realizar o próprio serviço	21 (100,0)
Sentiu muita Dor	21 (100,0)
Sentiu muito cansaço	20 (95,2)
Cansaço pela manhã	16 (76,2)
Rigidez corporal	18 (85,7)
Ansiedade ou nervosismo	21 (100,0)
Desanimada ou deprimida	19 (90,5)

Fonte: Dados dos pesquisadore 2018;

*Poderá haver mais de um item para um mesmo questionário.

Tabela 03 - Interferência da fibromialgia nas AVDs

Atividades	Frequência que consegue realizar, n (%)			
	Sempre	Quase sempre	Esporadicamente	Nunca
Fazer compras	2 (9,5)	5 (23,8)	10 (47,6)	4 (19,0)
Lavar roupas	3 (14,3)	3 (14,3)	7 (33,3)	8 (38,1)
Cozinhar	7 (33,3)	11 (52,4)	2 (9,5)	1 (4,8)
Lavar a louças	4 (19,0)	10 (47,6)	6 (28,6)	1 (4,8)
Limpar a casa	2 (9,5)	3 (14,3)	8 (38,1)	8 (38,1)
Arrumar a cama	4 (19,0)	6 (28,6)	8 (38,1)	3 (14,3)
Andar vários quarteirões	0 (0,0)	3 (14,3)	5 (23,8)	13 (61,9)
Realizar visitas	3 (14,3)	6 (28,6)	8 (38,1)	4 (19,0)
Cuidar do jardim ou quintal	1 (4,8)	1 (4,8)	3 (14,3)	16 (76,2)
Dirigir ou pegar ônibus	4 (19,0)	8 (38,1)	4 (19,0)	5 (23,8)

Fonte: Dados dos pesquisadore 2018;

A tabela 03 investigou a interferência da fibromialgia nas AVDs e observou-se que para fazer as compras 47,6% realiza as tarefas esporadicamente, 23,8% quase sempre, 19,0% nunca e 9,5% sempre o faz. Para a atividade de lavar roupas 38,1% nunca, 33,3% esporadicamente e 14,3% quase sempre ou sempre faz. Na tarefa de cozinhar 52,4% quase sempre consegue realizar, 33,3% sempre, 9,5% esporadicamente e 4,8% nunca cozinha. Na tarefa de lavar a louças 47,6% quase sempre faz, 28,6% esporadicamente, 19% sempre lava e 4,8% nunca. Para a tarefa de limpar a casa 38,1% realiza esporadicamente e ou nunca realiza, 14,3% quase sempre consegue realizar e 9,5% sempre realiza. Para o questionamento de arrumar a casa 38,1% faz esta tarefa esporadicamente, 28,6% quase sempre, 19% sempre e 14,3% nunca arruma. Em relação a andar vários quarteirões 61,9% nunca anda, 23,8% anda esporadicamente, 14,3% quase sempre anda. Quanto ao realizar visitas notou-se que 38,1% esporadicamente faz, 28,6% quase sempre realiza visitas, 19% nunca e 14,3% sempre visita alguém. Na tarefa de cuidar do jardim 76,2% nunca faz, 14,3% esporadicamente cuida do jardim e 4,8% sempre ou quase sempre. Para o último questionamento verificou-se que 38,1% quase sempre realiza tarefa de dirigir ou pegar um ônibus, 23,8% nunca e 19% sempre ou esporadicamente faz.

DISCUSSÃO

O questionário avaliador FIQ, é um dos instrumentos mais utilizado para avaliar o impacto da FM na QV das acometidas pela síndrome, envolvendo questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos e atualmente traduzido para vários idiomas. O instrumento concretizou sua validação no Brasil, através do estudo³³. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), do FIQ, o QIF, Questionário Sobre o Impacto da Fibromialgia³³. Faz-se necessária a utilização de questionários como este para uma avaliação mais objetiva dos sintomas que são muito subjetivos, devido à natureza multifatorial da FM com o intuito de auxiliar no melhor entendimento sobre os sintomas e no diagnóstico bem como no tratamento dessa síndrome^{32 33}.

White et al.³⁷, utilizaram o FIQ e relataram que a Fibromialgia causa um impacto negativo na QV de pacientes em idade produtiva de trabalho. Isso porque, além da dor, os sintomas de fadiga e fraqueza subjetiva causam perda da função levando à incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, à queda da renda familiar refletindo na qualidade de vida dessas pessoas.

Quanto ao grau de escolaridade, os percentuais do grupo analisado apresentaram-se heterogêneos. No entanto, pesquisas atuais discutem a inexistência de associação entre os aspectos clínicos da FM e o nível de escolaridade das pacientes^{38,39}. Os números do último censo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do IBGE apontam um crescimento tanto da educação quanto da expectativa de vida (IBGE)⁴⁰. Portanto, consideramos importante que o instrumento executado seja largamente adaptado às qualidades socioculturais da população a ser estudada, permitindo uma avaliação legítima da mesma.

Neste estudo, da amostra que é composta apenas por mulheres, um percentual de 72,4% delas, referiu não praticar nenhum tipo de atividade física. Estudos paralelos à este sugerem que a prática de exercícios representa uma importância na modulação da síndrome⁴¹. De acordo com pesquisadores, o sedentarismo pode ser um possível fator agravante do surgimento da FM em indivíduos com probabilidade genética⁴², neste mesmo estudo afirmam que a inatividade física de pacientes com FM contribui para o surgimento de limitações funcionais⁴². A prática de atividade física considerada um fator positivo na QV de pessoas com FM foi descrita em ensaio clínico randomizado com 42 portadoras dessa síndrome, sendo que os resultados reafirmaram que a combinação em longo prazo de exercício aeróbico, fortalecimento e flexibilidade melhora o estado de saúde psicológico e a QV dessas pacientes⁴³.

A FM apresenta como uma das queixas mais relevantes os quadros álgicos. Foi observado nesta pesquisa que 90,5% das mulheres tiveram como Queixa Principal a dor, tendo a prevalência de pontuações acima de 6 na classificação EVA, resultando em 61,9% dor moderada, 33,3% dor intensa e apenas 4,8% apresentaram dores consideradas como leve. Um estudo transversal realizado com 45 mulheres obteve uma pontuação média de 8,2 na escala EVA, com correlação linear entre os índices de dor e qualidade de vida⁴⁴. Em estudo o FIQ

indica que uma deterioração da capacidade física pode estar relacionada a um maior nível de dor, piorando gravemente a QV das mulheres que sofrem com hipersensibilidade à quadro doloroso⁴⁵. Em outro estudo comparativo quando comparadas 16 mulheres com FM e 15 mulheres sem o diagnóstico, os autores concluíram que as mulheres com FM apresentam impacto negativo na QV com redução da capacidade funcional, aumento da dor e piora do estado geral de saúde. Pacientes fibromiálgicas apresentam níveis mais altos de dor, o que acarreta limitações funcionais e físicas, menor flexibilidade, fadiga muscular, falta de condicionamento aeróbico e menor capacidade para realizar atividades de vida diárias⁴⁶.

As mulheres investigadas relataram que a FM interfere na capacidade de realizar as atividades e que sentem muita dor, ansiedade e nervosismo. Segundo autores a prevalência da FM na população brasileira varia, e indivíduos com diagnóstico da doença necessitam de permanentes terapias analgésicas e suas solicitações aos serviços médicos são mais elevadas quando comparadas com a população em geral⁴⁷.

Ao investigar a interferência da fibromialgia nas AVDs, observou-se que as mulheres relataram apresentar dificuldades em sua maioria, quase sempre e ou esporadicamente para realizar suas AVDs nas principais tarefas como as que incluem fazer compras, lavar roupas, cozinhar, lavar a louças, limpar e arrumar a casa, andar pelas ruas e cuidar dos jardins apresentaram uma dificuldade na grande maioria. Para corroborar com a pesquisa os achados presentes e prévios do estudo^{48,49,50} relatam que mulheres com características de fibromialgia apresentam aumento do esforço físico e ou fadiga, ou seja, a diminuição da capacidade motora de AVDs, quando realiza tarefas de AVDs importantes e comuns do dia a dia.

As tarefas que envolvem caminhar por tempo significativo e limpar o jardim foram as tarefas evidenciadas como as de maior dificuldade na execução. Para este achado autores descrevem que atividades que envolvem esforços físicos são as mais difíceis de ser executadas. Portanto estudos descrevem que indivíduos gravemente afetados com fibromialgia obtêm uma pontuação total FIQ > 7 de uma pontuação máxima de 10 (dez)⁵¹. O primeiro item do FIQ usado para avaliar a capacidade percebida de uma pessoa em realizar as 10 tarefas que incluem fazer compras, lavanderia, preparar refeições, lavar pratos, aspirar, arrumar camas, caminhar vários quarteirões, visitar amigos, jardinagem e dirigir um carro. Nestas

tarefas quase metade dos participantes (42%) apresentou dificuldades para organizar e adaptar suas ações.

No presente estudo, 95,2% das entrevistadas afirmam, que possuem ou já apresentaram quadros depressivos diagnosticados e acompanhados por profissionais. Sendo que, 61,9% atualmente fazem uso de antidepressivos. O percentual de sintomas depressivos em populações com FM, vem variando entre 40% e 80% dos doentes⁵². Estudos realizados demonstraram que tanto homens quanto mulheres com dor crônica apresentaram alto nível de sintomas depressivos ² ⁵³. Tendo a depressão impacto severo no funcionamento e na qualidade de vida, com aumento da prevalência de vários distúrbios somáticos, como disforia, anedonia e falta de interesse. Aumentando o índice de mortalidade por todos os acometimentos que a mesma leva⁵³⁻⁵⁵. Deve-se levar em consideração que, na população em geral, as mulheres apresentam maior número de sintomas depressivos do que os homens ² ⁵⁶.

Este estudo como teve objetivo de investigar o impacto da FM no dia a dia das mulheres portadoras de FM através do QIF, sendo que se observou que a QV das investigadas sofre grande interferência principalmente por fatores como dor, cansaço, limitação físico funcional e estado de ansiedade e depressão. Portanto, cabe aos profissionais de saúde, incluindo os de Fisioterapia proporcionar aos pacientes a compreender a dor e as alterações funcionais as quais são acometidos, lançando mão de avaliação sempre minuciosa a fim de contribuir para o diagnóstico e tratamento das alterações causadoras de desconforto, visando melhorar QV dessas pessoas.

CONCLUSÃO

Em conclusão a este estudo, as mulheres com fibromialgia demonstram diferenças relevantes na capacidade de realizar suas AVDs, mesmo que com maior ou menor limitação. Em relação ao QIF utilizado para avaliar o impacto da fibromialgia na QV das mulheres com FM. Este não pode substituir a avaliação baseada em observação, exames clínicos, e laboratoriais, pois o QIF isoladamente não é suficiente confiável para identificar diferenças relevantes no processo de

alteração das AVDs das portadoras desta patologia. Cabem novos estudos para que possam incrementar as suposições de sua interferência nas QV destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Ablin J, Fitzcharles M-A, Buskila D, Shir Y, Sommer C, Häuser W. Treatment of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2013;48-52.
2. Camargo RS, Moser ADL, Bastos LC. Abordagem dos métodos avaliativos em fibromialgia e dor crônica aplicada à tecnologia da informação: revisão da literatura em periódicos, entre 1998 e 2008. *Rev Bras Reumatol* 2009.431-46.
3. Hecker CD, Melo C, Tomazoni SS. Hidroterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia. *Rev Dor* 2009. 250-4.
4. Santos AMB, Assunção A, Matisunami LA, Pereira CAB, Lage LV, e Marques AP. Depressão e Qualidade de Vida em Pacientes com Fibromialgia. *Rev. bras. Fisioter*,2006. 317-324.
5. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed* 2007; 88-95.
6. Häuser W, Arnold B, Eich W, Felde E, Flügge C, Henningsen P, Herrmann M, Köllner V, Kühn E, Nutzinger D, Offenbächer M, Schiltenswolf M, Sommer C, Thieme K, Kopp I. Management of fibromyalgia syndrome – an interdisciplinary evidence-based guideline. *GMS German Medical Science* 2008, Vol. 6, ISSN 1612-3174.
7. Macfarlane GJ, Kronisch C, Leake J, Dean L E, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Gerdle B, Soderberg K, Salvador Puigvert L, Rosendal L, Larsson B. Increase in interstitial concentration of pyruvate and lactate in the trapezius muscle of patients with fibromyalgia: a micro dialysis study. *J Rehabil Med*. 2010;42:679–87.16.
8. Ifergane G, Buskila D, Simishvily N, Zeev K, Cohen H. Prevalence of fibromyalgia syndrome in migraine patients. *Cephalalgia*. 2006: 451–460.

9. Werneck LC, Ribeiro GAC, Scolaab RH, Pioves EJ, Wollmann DR, Paiva EJS, Cunha CLP. A importância de ácido láctico na enxaqueca e na fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia* Vol 55, 6, 2015, 471-476.
10. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA. Prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol* 2006.
11. 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. *Rev Bras Reumatol* 2012: 319-330.
12. Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, Oster G. Characteristics and health care costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract* 2007; 61(9):1498–508.
13. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45(2):47-54.
14. Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000: 212–219.
15. Queiroz LP. World wide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep Results of a survey of the German Fibromyalgia Association Schmerz*.
16. Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristic of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheumatology*, vol 38, 1999, pg 19-28.
17. Roberto Ezequiel Heymann; Eduardo dos Santos Paiva; Milton Helfenstein Junior; Daniel Feldman Pollak; José Eduardo Martinez et al; Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* vol.50 , 2010, pg 56-66.
18. Rubens Vinícius Letieri, Guilherme E. Furtado, Miriangre Letieri, Suelen M. Góes, Cláudio J. Borba Pinheiro, Suellen O. Veronez, Angela M. Magri, Estélio M. Dantas. Pain, quality of life, self-perception of health, and depression in patients with fibromyalgia treated with hydrokinesiotherapy. *Rev. Brasileira de Reumatologia*. 2013; 53(6) :494–500.
19. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the Copcord approach. *J Rheumatol* 2004: 594-597.
20. Martinez JE ; Fujiswana RM; Carrvalho TC; Gianini RJ. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos

sintomas e seu impacto na qualidade de vida. Revista Brasileira de Reumatologia 2009. .pg 149 -158.

21. LettieriBarbato D, Tatulli G, Aquilano K, Ciriolo MR. Erratum: mitochondria IHormesis links nutrient restriction to improved metabolism in fatcell. Aging (Albany NY) 2016;8:1571.
22. Yunus M.B. Central sensitivity syndromes: A new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the relative disease of diseases versus illness. Semin. Arthritis Rheum. 2008: 339–352.
23. Choy E, Perrot S, Leon T, Dall’Agnol L, Martele M. A patient survey of the impact of fibromyalgia. BMC Health Services Research, 2010; 102-108.
24. Macfarlane, G.J., et al. (2016) EULAR Revised Recommendations for the Management of Fibromyalgia. Annals of the Rheumatic Diseases, 76, 318-328.
25. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Kazis RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology. Preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010: 600–610.
26. Ferreira EAG, Marques AP, Matsutani LA, Vasconcelos EG, Mendonça LLF. Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. Revista Brasileira Reumatol 2002: 104-110.
27. Ignachewski LER, Semeghini TA, Junior JRG. Aspectos fisiopatológicos e neuro endócrinos da síndrome da fibromialgia. Saúde Revista 2004: 55-58.
28. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, Schachter CL, Danyliw A, Overend TJ, Richards RS, Rader T. Aquatic exercise training for fibromyalgia. Cochrane Library. 10. 2014.
29. Park, J.K., Liu, X., Strauss, T.J., McKearin, D.M., Liu, Q. (2007). The miRNA pathway intrinsically controls self-renewal of Drosophila germline stem cells. Curr. Biol. 17(6): 533--538.
30. E Kosek, K Amris, J Branco, F Dincer, P Leino-Arjas, K Longley, G M McCarthy, S Makri, S Perrot, P Sarzi-Puttini, A Taylor, G T Jones. EULAR revised recommendations for the fibromyalgia. Revista brasileira Reumatol . 2015: 471–476.
31. Norregaard J, Bulow PM, Mehlsen J, Danne skiold-Samsøe B. Biochemical changes in relation to a maximal exercise test in patients with fibromyalgia. Clin Physiol. 1994; 59–67.
32. Marques AP, Matsutani LA, Ferreira EAG, Mendonça LLF. A fisioterapia no tratamento do paciente com fibromialgia: uma revisão de literatura. Rev Bras Reumatol 2005: 42-47.

33. Marques AP, Adriana M, Santos B, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol* 2006: p. 24-31.
34. Barros LV, Bellini CG; Gonçalves RN, Andrade WJ, Vascellos NS. Resultados da hidroterapia em quatro pacientes com diagnóstico de fibromialgia avaliados pelo questionário "FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE" (FIQ). *Anuário da produção acadêmica docente* 2008. p.99- 105.
35. Smarr KL, Parker JC, Wright GE, Stucky-Ropp RC, Buckelew SP, Hoffman RW, et al. The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1997;10(1):18-26.
36. Busch AJ, Webber SC, Brachaniec M, Bidonde J, Bello-Haas VD, Danyliw AD. Exercise therapy for fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2011;15(5):358-67.
37. White KP, Speenckley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. *Arthritis and Rheumatism* 1999; 42(1): 76-83.
38. Lorena SB, Lima MC, Ranzolin A, Duarte AL. Efeitos dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(2):167-73.
39. Martinez JE, Panossian C, Gavioli F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):32-6.
40. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. *Censo Demográfico, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE.
41. Maekawa K, Clark GT, Kuboki T: Intramuscular hypoperfusion, adrenergic receptors, and chronic muscle pain. *J Pain* 3(4): 251- 60, 2002.
42. Cardoso FS, Curtolo M, Natour J, Lombardi Júnior I. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(4):338-50.
43. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, de Hoyo M, McVeigh JG. Effects of a prolonged exercise program on key health outcomes in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2011;43(6):521-6.
44. Lorena SB, Pimentel EAS, Fernandes VM, Pedrosa MB, Aline Ranzolin, Duarte ALBP. Evaluation of pain and quality of life of fibromyalgia patients. *Rev Dor. São Paulo,* 2016: 8-11.

45. Aparício V, Ortega FB, Heredia JM, Carbonell-Baeza A, Sjöström M, Delgado-Fernandez 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.
46. Martins MR, Polvero LO, Rocha CE, Foss MH, Santos Júnior R. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras Reumatol.* 2011;52(1):16-26.
47. Heymann RE, Paiva Edos S, Helfenstein M Jr, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR et al. Brazilian consensus on the treatment of fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol* 2010.
48. Amris K, Wæhrens EE, Jespersen A, Bliddal H, Danneskiold-Samsøe B. Avaliação baseada na observação da capacidade funcional em pacientes com dor crônica generalizada: um estudo transversal. *Rev Dor* 2011.
49. Jones J, DN Rutledge, KD Jones, Matallana L, Rooks DS. Auto-avaliação dos níveis de função física de mulheres com fibromialgia: uma pesquisa nacional. *Questões de Saúde da Mulher*, 2008.
50. Amris K, Waehrens EE, Christensen R, Bliddal H, Danneskiold-Samsøe B. Reabilitação interdisciplinar de pacientes com dor crônica generalizada: desfecho primário do estudo randomizado, não cego, de grupo paralelo *Improva Dor* 2014.
51. Bennett R. O quociente de impacto da fibromialgia (FIQ): uma revisão de seu desenvolvimento, versão atual, características operacionais e usos. *ClinExpRheumatol* 2005.
52. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA et al. Prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *RevBrasReumatol* 2006.
53. Penninx BW, Milaneschi Y, Lamers F, et al. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression .symptom profile. *BMC Med.* 2013;11:129
54. Gold PW, Chrousos GP. Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. *Mol Psychiatry.* 2002;7:254–275.
55. Melin EO, Svensson, Thulesius HO. Psychoeducation against depression, anxiety, alexithymia and fibromyalgia: a pilot study in primary care for patients on sick leave. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2018.281-294.
56. Harris CA, D'eon JL. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in individuals with chronic pain. *Pain* 2008;137(3):609-22.

Normas do Artigo
Revista Inova Saúde

Normas de formatação

As publicações da Revista Inova Saúde possuem abordagens baseadas em metodologias qualitativas e/ou quantitativas. Os artigos são publicados dentro das seguintes seções: Neurociências, Fisiopatologia, Exercício na Saúde na Doença e no Esporte, Atenção à Saúde, Tecnologias em Saúde, Saúde e Processos Psicossociais, Gestão em Saúde, Saúde Funcional. Cada edição publicará manuscritos que podem ser apresentados nas seguintes categorias:

Artigos originais: resultado de trabalho de natureza empírica, experimental ou conceitual. Deve conter as seções: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (máximo de 7.000 palavras).

1. Folha de Rosto

- a) Título completo: Deve constar título completo (no idioma português e em inglês), nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência, incluindo e-mail;
- b) Título resumido: máximo de 50 caracteres;
- c) Órgãos e instituições financiadores: quando for o caso, citar duas linhas abaixo, logo após o endereço.

2. Resumo

Todos os artigos submetidos à Revista Inova Saúde, com exceção das contribuições enviadas às seções Ponto de Vista e Relato de Experiência, deverão ter resumo na língua portuguesa e em inglês. O Resumo deverá conter no máximo 1500 caracteres com espaço, escrito em parágrafo único, contendo o texto para objetivos, desenvolvimento, resultados e conclusões. Porém, não mencionar no resumo os itens que compõem a estrutura do manuscrito. Serão aceitos entre 03 e 05 palavras-

chave que deverão estar de acordo com Descritores em Ciências da Saúde - DECS (<http://decs.bvs.br>). O resumo na tradução para o inglês será nomeado *Abstract* e deverá conter 3 a 5 *keywords* de acordo com os DECS e com *Medical SubjectHeadings* - MESH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).

3. Apresentação das seções

O corpo de texto deve apresentar seqüência lógica, organizada em partes distintas (introdução, desenvolvimento, conclusões), considerando-se a categoria do manuscrito envolvida.

a) corpo do texto: apresentado em folha A4, margem superior, inferior, direita e esquerda iguais a 2,5 cm. O texto deve possuir espaço 1,5 (entrelinhas), fonte Arial, tamanho 12. Deverá ser iniciado pela introdução e apresentado de maneira contínua, sem novas páginas para cada subtítulo;

b) Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

4. Citações

a) As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, na medida em que ocorrerem no texto.

b) As citações devem ser realizadas utilizando numeração arábica, sobrescrita, em ordem numérica crescente, com vírgula (Exemplo: Saúde Coletiva^{1,2,3}; Atenção Básica^{30-48,50}).

5. Referências

a) o número de referências deve estar de acordo com a categoria do manuscrito apresentado à Revista Inova Saúde (ver categorias de manuscritos);

d) as referências listadas serão normatizadas de acordo com o "Estilo Van couver", norma elaborada pelo International Committe Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>);

e) a apresentação das referências listadas deverá ser em espaço simples, sem parágrafos, sem recuos e ordenadas numericamente de acordo com a ordem apresentada no texto;

f) Para abreviaturas de títulos de periódicos, consultar:

- em português: <http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>

- em inglês: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Exemplos:

a) Periódicos:

1. Harlow BL, Barbieri RL. Influence of education on risk of hysterectomy before age 45 years. *Am J Epidemiol.* 1999;150(8):843-7.

b) Livros:

-impresso:

2. Pastore AR, Cerri GG. Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. 1389 p.

- formato eletrônico:

3. Pompéia R. O Ateneu [Internet].16.ed. São Paulo: Ática;1996 [acesso em 2001 jun 27]. Disponível em: <http://www.bibvirt.futuro.usp.br/index.html>

c) Capítulos de livros:

4. Del Negro G. Doenças produzidas por fungos. In: Guimarães RY, Guerra CC. Clínica e laboratório: interpretação clínica das provas laboratoriais. São Paulo: Sarvier; 1984. p.272-5.

d) Dissertação e Tese:

5. Krug SBF. Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde. [Tese]. [Porto Alegre]: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006. 196 p.

e) Artigo de revista no prelo:

6. Ribas GC, Ribas EC, Rodrigues Jr AJ. O cérebro, a visão tridimensional, e as técnicas de obtenção de imagens estereoscópicas. *Rev Méd.* 2006;85(3). No prelo.

7. Simões-Costa MS, Azambuja AP, Xavier-Neto J. The search for non-chordate retinoic acid signaling: lessons from chordates. J Exp Zool B Mol Dev Evol. 2006 Nov 15. [Epub ahead of print]

f) Artigo com DOI (*Digital Object Identifier*):

8. Isolan GR, Azambuja N, Paglioli Neto E, Paglioli E. Anatomia microcirúrgica do hipocampo na Amígdalo-hipocampectomia seletiva sob a perspectiva da técnica de Niemeyer e método pré-operatório para maximizar a corticotomia. ArqNeuro-Psiquiatr. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000600031>.

Condições para submissão

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.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou OpenOffice (desde que não ultrapassem 2MB)
- URLs para as referências foram informadas quando necessário.
- O texto está apresentado em folha A4, margem superior, inferior, direita e esquerda iguais a 2,5 cm; possui espaço 1,5 (entrelinhas); fonte Arial, tamanho 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no corpo (meio) do texto, não como anexos.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
 - A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação Cega por Pares](#).

Declaração de Direito Autoral

Declaro (amos) que a pesquisa descrita no manuscrito submetido está sob nossa responsabilidade quanto ao conteúdo e originalidade, além de não utilização de *softwares* de elaboração automática de artigos. Concordamos ainda com a transferência de direitos autorais à Revista Inova Saúde.

Na qualidade de titular dos direitos autorais relativos à obra acima descrita, o autor, com fundamento no artigo 29 da Lei n. 9.610/1998, autoriza a UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense, a disponibilizar gratuitamente sua obra, sem ressarcimento de direitos autorais, para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela UNESC, nas seguintes modalidades: a) disponibilização impressa no acervo da Biblioteca Prof. Eurico Back; b) disponibilização em meio eletrônico, em banco de dados na rede mundial de computadores, em formato especificado (PDF); c) Disponibilização pelo Programa de Comutação Bibliográfica – Comut, do IBICT (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia), órgão do Ministério de Ciência e Tecnologia.

O AUTOR declara que a obra, com exceção das citações diretas e indiretas claramente indicadas e referenciadas, é de sua exclusiva autoria, portanto, não consiste em plágio. Declara-se consciente de que a utilização de material de terceiros incluindo uso de paráfrase sem a devida indicação das fontes será considerado plágio, implicando nas sanções cabíveis à espécie, ficando desde logo a FUCRI/UNESC isenta de qualquer responsabilidade.

O AUTOR assume ampla e total responsabilidade civil, penal, administrativa, judicial ou extrajudicial quanto ao conteúdo, citações, referências e outros elementos que fazem parte da obra.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

