

ANDRÉIA SALVADOR BAPTISTA

**EFETIVIDADE DA DANÇA DO VENTRE EM PACIENTES COM
FIBROMIALGIA: ESTUDO CEGO, CONTROLADO E
RANDOMIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação Reabilitação da Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

São Paulo
2009

ANDRÉIA SALVADOR BAPTISTA

**EFETIVIDADE DA DANÇA DO VENTRE EM PACIENTES COM
FIBROMIALGIA: ESTUDO CEGO, CONTROLADO E
RANDOMIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação Reabilitação da Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Jamil Natour

Coordenador do Programa: Prof. Dr. José Roberto Jardim

São Paulo
2009

Baptista, Andréia

Efetividade da dança em pacientes com fibromilagia: estudo cego, controlado e randomizado./

Andréia Salvador Baptista. – São Paulo, 2009.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós Graduação em Reabilitação

Título em inglês: Effectiveness of dance on patients with fibromyalgia: a randomized, single-blind, controlled study

1. Fibromialgia/Terapia 2. Terapia através da Dança 3. Estudo aleatório
4. Terapia com Exercício

ANDRÉIA SALVADOR BAPTISTA

**EFETIVIDADE DA DANÇA DO VENTEE EM PACIENTES COM
FIBROMIALGIA: ESTUDO CEGO, CONTROLADO E
RANDOMIZADO**

Presidente da banca: Prof. Dr. Jamil Natour

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Aprovada em: ____/____/____

Dedicatória

**À Deus,
Aos Meus Pais Edson e Marly, minha Avó Suintinha,
meus irmãos e ao meu futuro marido Rogerio pela
paciência, dedicação e por terem me apoiado durante
toda minha formação acadêmica até o momento.**

*"Quando você dança, seu propósito não é chegar a determinado lugar.
É aproveitar cada passo do caminho".*

(Wayne Dyer)

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Jamil Natour, meu orientador, que acreditou em mim e na minha força de vontade, pelo apoio, por ter estendido a mão quando eu mais precisei e por ser um amigo. Obrigada pelos conselhos, pelas discussões clínicas, por ter participado da minha formação.

À Fta. Dr. Anamaria Jones pela colaboração na discertação, idéias, discussões sobre o assunto e esclarecimentos importantes quanto a pós-graduação.

À Fta. Leda Magalhães pelo apoio, iniciativa espontânea de discutir sobre os mais diversos assuntos sobre reumatologia e pela confiança depositada.

À Fta. Ana Luiza Villela avaliadora do estudo, sua presença foi fundamental para bom andamento do trabalho. Se revelou uma companheira paciente e carinhosa para com as pacientes.

Ao Prof. Dr. José Roberto Brito Jardim pela oportunidade de desenvolver o projeto de Mestrado pelo Programa de Reabilitação.

Ao Fta. Dr. Império Lombardi Júnior pelas lições preciosas de Reabilitação em Reumaologia, discussões científicas e estímulo a pesquisa.

Aos amigos Tatiana Molina, Marcelo Cardoso, Vaneska, Aline e Fernanda pela ajuda nos momentos cruciais, compreensão, apoio na conclusão de cursos e captação de paciente.

À nossa secretária do setor Maria de Fátima que esta sempre pronta para ajudar a solucionar problemas. Sua compreensão foi muito importante, assim como sua presença na minha vida particular.

Ao Valdeci Marvulle, pela orientação, discussão, paciência e a realização da análises estatísticas.

Ao Coordenador Sérgio Franchi Filho, pela parceria, cedendo o espaço do Clube Ibirapuera da Prefeitura de São Paulo para realizações das aulas de dança.

E aqui fica o muito obrigada para a peça fundamental deste estudo as pacientes, por aceitarem participar do estudo e me dar o prazer de poder conhece-lás um pouco mais. Obrigada pela confiança depositada em mim, confiança esta percebida a cada demonstração de carinho. Este grupo foi muito importante para mim, lições valiosas foram colocadas em prova, além do aprendizado contínuo de cada dia.

Deixo neste momento de falar como fisioterapeuta mais como amiga, obrigada por me incluírem nas suas vida, vidas marcadas, vidas de lutas e vitórias, vidas difíceis, mas vidas com um tema em comum, a busca da superação e a tão conhecida felicidade.

Apresentação

Esta tese de mestrado, foi realizada com apoio financeiro da CAPES, intitulada “EFETIVIDADE DA DANÇA DO VENTRE EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA: ESTUDO CEGO, CONTROLADO E RANDOMIZADO”, onde foi apresentada a comissão de Pós-Graduação do Programa de Reabilitação da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), este trabalho em forma de manuscrito foi submetido à revista Arthritis Care.

Este trabalho foi desenvolvido no Setor de Reabilitação da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP, por orientação do Prof. Dr. Jamil Natour.

A proposta do tema surgiu a partir dos últimos trabalhos realizados anteriormente sobre fibromialgia no setor, a ideia então foi aplicar uma nova modalidade de atividade física nestes pacientes.

Durante o período em que estive desenvolvendo esta pesquisa acompanhei e participei de outros trabalhos de teses relacionados com reumatologia, resultando em futuras publicações.

- **AValiação da Efetividade da Acupuntura no Tratamento da Lombalgia Aguda Inespecífica** – Tatiana Molina, Andréia Salvador Baptista, Jamil Natour.
 - Trabalho apresentado no EULAR 2009 (pôster);
 - Congresso de Acupuntura;
 - Congresso do Colégio Americano de Reumatologia 2009 (pôster)

- “AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO MÉTODO PILATES NA MELHORA DA DOR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM LOMBALGIA MECÂNICO-POSTURAL CRÔNICA”- Jamil Natour, Anamaria Jones, Luciana Araújo, Andréia Salvador Baptista; apoio FAPESP
- “ESTUDO DA EFETIVIDADE DA FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR MIOGÊNICA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA” - Liu Chiao Yi, Andréia Salvador, Jamil Natour;

Participação em Congressos apresentando os resultados do estudo desenvolvido:

- EULAR – 2007 (resumo);
- XXVII Congresso de Brasileiro de Reumatologia – 2008 (apresentação oral).

Índice

Dedicatória	IV
Agradecimentos	VI
Apresentação	VII
1. Considerações Iniciais	1
2. Artigo	5
2.1 Resumo	7
2.2 Abstract	8
2.3 Introdução	9
2.4 Objetivo	12
2.5 Material e Método	13
2.5.1 Pacientes	13
2.5.2 Avaliação	13
2.5.3 Intervenção	14
2.5.4 Análise Estatística	15
2.6 Resultados	16
2.7 Discussão	19
2.8 Conclusão	24
2.9 Referências Bibliográficas	49
2.10 Quadros e Figuras	29
2.11 Tabelas	31
3. Considerações Finais	33
4. Anexos	35

1. Considerações Iniciais

1. *Considerações Iniciais*

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa difusa crônica (Wolfe, 1990) com frequência em torno de 15% em clínicas reumatológicas e 5,7% nos consultórios médicos em geral, com predominância feminina e pico de incidência entre 20 aos 60 anos de idade (Wolfe, 1989).

Sua etiologia é ainda desconhecida (Pellegrino et al., 1989), no entanto é cada vez mais evidente que a percepção alterada da dor, na fibromialgia, se deve, em grande parte, à alteração no sistema nervoso central, o que resulta na ampliação dos estímulos nociceptivos periféricos em indivíduos predispostos (Bennet, 1999; Staud et al., 2001).

A complexa interação entre as vias ascendente e descendente de dor e a habilidade de alterar dramaticamente as relações entre estímulo e resposta (Dickenson, 1995) sensibilizam o sistema nervoso central, fazendo com que geradores periféricos de dor sejam percebidos como mais dolorosos, enquanto uma grande carga de impulsos nociceptivos prolonga e amplia a máquina bioquímica de sensibilidade central (Willis, Westlud, 1997).

A “teoria dos portões” para dor é uma importante contribuição para o assunto. A teoria fala sobre a experiência de dor vivenciada pelo paciente (Melzack, Wall, 1965), sugerindo que os processos anatômicos e fisiológicos podem modular a transmissão de dor influenciados por pensamentos e emoções, podendo ser “portões”, no sistema nervoso central, que podem ser abertos ou fechados, dependendo do estado psicológico ou cognitivo do paciente (Turk et al, 1993).

Essas teorias nos ajudam a entender por que, por exemplo, dois indivíduos que experimentam eventos causadores de dor idênticos, podem exprimir e responder por vias

diferentes (Savoia, 2000). A falha no enfrentamento de doença é uma possível alteração da percepção e do comportamento da doença que podem promover a passagem da dor aguda para a dor crônica (Gatchel, 1996).

A dor crônica leva o indivíduo a realizar menos tarefas ou executá-las de forma incorreta como forma de compensação, gerando mais dor ao longo do tempo. Com isso, a postura antálgica associada ao sedentarismo vai contribuir para a fadiga em atividades antes realizadas com facilidade (Douglas, 1999; Kisner, 1998).

O efeito analgésico do exercício pode ajudar a breçar o círculo vicioso de “dor - imobilidade - dor”, para encorajar pacientes com fibromialgia a participarem dos programas de exercícios (Altan, 2004).

A quebra de um círculo vicioso não é uma tarefa fácil; requer várias linhas de tratamento, realizadas de forma integrada e simultânea para chegar ao bem-estar dos pacientes.

Quando se pensa em contribuição para o tratamento da fibromialgia, o exercício, como parte da terapia, é cada vez mais recomendado para estes pacientes. Recomendações de exercícios, para grupos de pacientes, foram evoluindo, ao longo dos últimos 10 anos (Rooks, 2002; Clark, 2001; Jones, 2002).

Hoje encontramos um número crescente de investigações que avaliam diferentes tipos de atividades físicas para pessoas com fibromialgia, demonstrando a necessidade de considerações especiais, bem como a adequação dos muitos tipos tradicionais de exercícios. Além disso, mais do que uma abordagem pode ser utilizada para atingir o objetivo esperado.

Atividade física é qualquer atividade corporal causada por movimentos musculares (American College of Sports Medicine, 1994). Podemos classificar como de intensidade moderada a atividade física com movimentos rítmicos e um nível de esforço semelhante a caminhar, dançar, ou andar de bicicleta em terreno plano (American College of Sports Medicine, 1998a).

O exercício físico é uma categoria da atividade física que é planejada e estruturada, repetitiva e concebida para melhorar um ou mais aspectos físicos, como eficiência aeróbica, força muscular, endurance, amplitude de movimento e conscientização corporal (American College of Sports Medicine, 1998a).

Exercícios aeróbios são recomendados para pacientes com fibromialgia, devido aos bons resultados apresentados na literatura, em variadas modalidades de intervenções (McCain, 1989; Mannerkorpi, 2000). Desde então, numerosos estudos (Buckelew, 1998; Meiworm, 2000) têm analisado diversos tipos de atividades aeróbicas como caminhadas e exercícios na piscina (Valim, 2001; Assis, 2006), além de atividade rítmica.

Novas estratégias terapêuticas se fazem necessárias, para tornar a reabilitação mais atrativa e prazerosa, em concordância com a vontade, a disponibilidade e a habilidade do paciente, melhorando, a adesão e o comprometimento com o tratamento.

Pensando em todos esses aspectos, resolvemos propor para as pacientes com fibromialgia exercícios ritmados e femininos, em busca de uma nova modalidade de atividade física aeróbica que possibilite uma nova alternativa para exercício físico.

2. Artigo

2. Artigo

EFETIVIDADE DA DANÇA DO VENTRE EM PACIENTES COM FIBROMILAGIA: ESTUDO CEGO, CONTROLADO E RANDOMIZADO

Autores: Baptista AS (PT)¹
 Villela AL (PT)¹
 Jones A (PT)¹
 Natour J (MD)¹

¹ Setor de Reabilitação da Disciplina de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

Endereço:

Divisão de Reumatologia
Rua Botucatu, 740
São Paulo – SP
Brasil
Cep: 04023-900

Autor para Correspondência:

Prof. Dr. Jamil Natour
Telefone/Fax: 11- 55764239
e-mail: jnatour@unifesp.br

Palavra Chave: Fibromialgia; tratamento; dança; estudo controlado randomização; exercício;

2.1 Resumo

Objetivo: Avaliação da efetividade da dança como tratamento da dor e melhora da qualidade de vida em pacientes com fibromialgia.

Métodos: Oitenta pacientes femininas com fibromialgia (FM), de 18 a 65 anos de idade foram randomizadas para o grupo dança (n=40) ou grupo controle (n=40). As pacientes do grupo de dança realizaram por 16 semanas aulas de dança do ventre duas vezes por semana e as pacientes do grupo controle ficaram na lista de espera. Foram utilizados escala analógica de dor (EVA), teste de caminhada de 6 minutos, *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), *Medical Outcome Survey Short Form 36* (SF-36), Inventário de *Beck*, Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE), Questionário Body Dysorphic Disorder Examination (BDDE), as avaliações foi realizada no baseline, após 16 semanas e 32 semanas. Na análise estatística foram inclusos todos os pacientes.

Resultados: O grupo de dança apresentou resultados estatisticamente melhores para EVA de dor ($p<0,001$), teste de caminhada ($p<0,001$), FIQ ($p=0,003$), no SF-36 nos domínios dor ($p<0,001$), aspectos emocionais ($p<0,003$), saúde mental ($p<0,021$) e BDDE ($p<0,009$).

Conclusão: A dança do ventre pode ser utilizada no tratamento para fibromialgia, por reduzir a dor, melhorar a capacidade funcional, qualidade de vida e imagem corporal destas pacientes.

Palavra Chave: Fibromialgia; tratamento; dança; estudo controlado randomizado, exercício

2.2 Abstract

Objective: The aim of the present study was to assess the effectiveness of belly dance as a treatment for pain and improving the quality of life of patients with fibromyalgia.

Methods: Eighty female patients with fibromyalgia between 18 to 65 years were randomly allocated to a dance group (n=40) and control group (n=40). Patients in the dance group underwent 16 weeks of belly dance twice a week, while the patients in the control group remained on a waiting list. Patients were evaluated with regard to pain (VAS), function (6MWT), quality of life (FIQ and SF-36), depression (Beck Inventory), anxiety (STAI) and self-image (BDDE) questionnaire. Evaluations were carried out at baseline, 16 weeks and 32 weeks.

Results: The dance group achieved significant improvements when compared to the control group in VAS for pain ($p<0.001$), six-minute walk test ($p<0.001$), FIQ ($p=0.003$), BDDE ($p<0.009$) as well as the pain ($p<0.001$), emotional aspects ($p<0.003$) and mental health ($p<0.021$) domains of the SF-36.

Conclusion: Belly dance can be used in the treatment of fibromyalgia to reduce pain and improve function capacity, quality of life and self-image.

Keywords: Fibromyalgia; treatment; dance; randomized controlled study; exercise

2.3 Introdução

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa não-inflamatória, crônica, caracterizada por dores difusas pelo corpo e pela presença de *tender points*¹, distúrbios do sono, rigidez², fadiga, depressão ou outras alterações psicológicas e disautonomia³ (Bennett, 2002). Sua prevalência é de aproximadamente de 2 a 5% na população em geral^{4,5}.

O sintoma mais importante na FM é a dor, porém não tem relação com uma lesão estrutural. O sintoma “dor” é definido como uma manifestação subjetiva de desconforto que envolve dimensões físicas, psicológicas e culturais, causando incapacidade e perda da qualidade de vida, tendo sempre uma conotação negativa para o paciente.

Os pacientes com fibromialgia sentem-se incapazes de realizar a maioria das atividades diárias^{6,7}, além de apresentarem perda da qualidade de vida mesmo comparada a outras doenças crônicas⁸.

White, 1999, descreve em seu estudo que, comparando-se a população em geral com pacientes fibromiálgicos, nestes os escores do FIQ são elevados e do teste de caminhada de 6 minutos são menores; também ocorre uma notável diminuição da qualidade de vida. O exercício aeróbico, por sua vez, tem efeitos positivos na qualidade de vida para os pacientes^{10,11,12}.

Mais da metade dos pacientes com FM faz uso de terapias complementares e medicinas alternativas para auxiliar no alívio das dores e na severidade da fadiga¹³ como: massagem terapêutica (44-53%), quiropraxia (37-47%), acupuntura (11-22%) e prática física natural (37%), o que eleva seus gastos, e se mantendo por aproximadamente um ano. Por

esse motivo, fazem-se necessários estudos para comprovar a real efetividade desses tratamentos¹⁴.

A terapia medicamentosa para pacientes com fibromialgia tem-se mostrado pouco eficaz com apenas 25 a 45% de melhora e, após 4 anos, uma piora de 60% nos sintomas¹⁵. Por esse motivo, cada vez mais tratamentos não-farmacológicos e co-intervenções têm sido testados. A atividade física tem demonstrado resultados importantes no tratamento da FM. O condicionamento aeróbico, comparado ao alongamento, se mostrou superior para estado mental, dor¹⁷, além de melhorar a depressão, ansiedade, função física e qualidade de vida.

Atividade física, por definição, é qualquer movimento corporal produzido por músculos e que resulta em maior dispêndio de energia. Exercício é uma atividade física planejada, estruturada, repetitiva e proposital¹⁶. Sendo assim, a dança pode ser considerada um tipo de exercício.

Devido à imensa variedade dos sintomas dessa doença, à pobre resposta medicamentosa e a boa resposta ao exercício, escolhemos a dança do ventre como proposta terapêutica para mulheres com FM, por ser uma atividade que nos possibilitaria trabalhar os diferentes aspectos influenciáveis na sintomatologia de cada paciente como: dor, fadiga, sono, autoimagem, feminilidade, enfrentamento, aceitação de si própria, exposição do corpo, além de ser uma terapia dinâmica e espontânea.

A dança do ventre tem seus primeiros registros na era do paleolítico superior, confirmado nas paredes e tetos de cavernas. A primeira figura rupestre, datada de 6000a.C., demonstrava um culto estritamente feminino à mãe Deusa. Em 4000a.C., surgiram, em Naqada, no Egito, figuras que são claras evidências da dança oriental, no sentido de adoração ao sol e culto à fertilidade. Mas foi em 1300 d.C., com a invasão do Egito pelos

árabes, que essa dança ganhou o caráter festivo de hoje, perdendo parte de seu aspecto sagrado e ritualístico, e ganhando a conotação alegre e espontânea¹⁹.

A dança do ventre é uma dança estritamente feminina, onde são realizados movimentos lentos e sinuosos ou rápidos e marcados. Através das atividades ritmadas proporcionadas pela dança, conseguimos modular a contração e o relaxamento muscular quanto à intensidade, velocidade e duração dos movimentos²⁰, possibilitando o controle corporal de forma segmentada e individualizando o trabalho de quadril, tronco e membros²¹.

Bojner, em 2006, realizou um estudo com dançaterapia em pacientes com FM, avaliando o desenho da figura humana e relacionando com escalas verbais. Em 2003, ela já havia avaliado a concentração hormonal após terapia com dança. Ambos os estudos apresentaram melhoras significantes para sono, ansiedade, rigidez e fadiga, para o grupo de dança. No entanto nenhum dos estudos avaliou qualidade de vida, dor e capacidade funcional.

2.4 Objetivo

O objetivo deste estudo é avaliar a efetividade da dança do ventre como tratamento de pacientes com fibromialgia.

2.5 Material e Método

2.5.1 Pacientes

Foram incluídas 80 pacientes que preencheram os seguintes critérios: classificação de fibromialgia segundo *Colégio Americano de Reumatologia* (ACR); sexo feminino; idade entre 18 a 65 anos; não ter alterado o tratamento durante os últimos 3 meses; ter assinado termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas as pacientes com outras doenças reumáticas e osteoarticulares dolorosas, doenças cárdio-respiratórias descompensadas, doenças de membros inferiores e diabetes *mellitus* descompensada. O recrutamento das pacientes foi realizado nos ambulatórios da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A seqüência de randomização foi gerada, através de um programa de computador, distribuindo-se os pacientes em grupo de intervenção (dança do ventre) e grupo controle. Foram utilizados envelopes opacos e lacrados, mantendo-se assim o sigilo de alocação. Todos os pacientes foram orientados a fazer uso de paracetamol 500mg até 6 vezes ao dia, de acordo com a dor.

2.5.2 Avaliação

Todos os pacientes foram avaliados no início (T0), com 16 semanas (T16) e após 32 semanas (T32) a partir da primeira avaliação. Nas três etapas, a avaliação foi realizada por um avaliador cego, fisioterapeuta treinado para realização dos testes, com os seguintes instrumentos: escala visual analógica de dor (EVA), graduada de 0 a 10cm, em que 0 “sem dor” e 10 “dor insuportável”; teste de caminhada de 6 minutos, quando o paciente percorre

20 metros durante 6 minutos, tendo o resultado em metros percorridos²⁴; *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), instrumento que contém 10 itens para mensurar função física e severidade dos sintomas²⁵; *Medical Outcome Survey Short Form 36* (SF-36), questionário que avalia a qualidade de vida²⁶; *Inventário de Beck*, inventário com 21 itens para mensurar depressão²⁷; *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (IDATE), inventário disposto por item em frases e avaliado pela atribuição do escore de 1 a 4, indicadores de que quanto maior o número, maior a ocorrência²⁸; *Questionário Body Dysorphic Disorder Examination* (BDDE), constituído de 32 itens relacionados com preocupação e avaliação negativa da aparência, com excessiva importância dada ao autoavaliar a própria aparência e com as mudanças do comportamento relativo à aparência²⁹.

2.5.3 Intervenção

Os participantes do grupo intervenção realizaram aulas de dança do ventre, com duração de uma hora cada aula, duas vezes por semana, durante 16 semanas. Cada turma era formada de um número máximo de oito alunas. As aulas foram ministradas por uma fisioterapeuta com experiência de 8 anos em dança do ventre. Para o desenvolvimento do estudo, escolheram-se movimentos mais adequados para a fibromialgia (quadro A). As aulas iniciavam-se com aquecimento, movimentos pré-determinados do dia, coreografia e esfriamento. As pacientes receberam um compact disc (CD) de músicas e uma apostila com o histórico da dança e os movimentos propostos pelo programa. A partir da 4ª semana, foi elaborada uma sequência de movimentos em forma de coreografia, para a memorização e treinamento em casa.

O grupo controle realizou avaliações nos tempos pré-determinados e, ao término do acompanhamento, foi-lhe proposto o mesmo tratamento do grupo intervenção.

2.5.4 Análise estatística

O cálculo do tamanho da amostra baseou-se no parâmetro da escala analógica de dor, com desvio padrão de 2 pontos, considerando-se também 2 pontos de melhora na escala como uma diferença significativa na média dos grupos. Foi utilizado um poder de 80% e significância de 5%, chegando-se então ao número de 30 pacientes por grupo, embora tenham sido incluídos 40 pacientes em cada grupo.

Para verificar a homogeneidade dos grupos para a variável idade, utilizamos o teste t-Student. Para a comparação das demais variáveis entre os grupos, foi utilizado o teste ANOVA com medidas repetidas, ao longo do tempo.

A análise de correlação de Spearman foi utilizada para relacionar a frequência nas aulas às demais variáveis do estudo.

Este estudo foi intent-to-treat nos casos em que o paciente interrompeu ou desistiu do tratamento, sendo utilizados os dados da última avaliação realizada pelo paciente.

Para todos os testes foram considerados níveis de significância $p < 0,05$. Para realizar as análises estatísticas, utilizou-se o software SPSS 15.

2.6 Resultados

Sete e meio por cento das pacientes não completaram o estudo, sendo 02 pacientes no grupo dança (GD) e 03 pacientes no grupo controle (GC). Apenas 3 desses pacientes não puderam comparecer às reavaliações, sendo os seus dados repetidos das avaliações anteriores (figura 1).

A análise dos dados da avaliação inicial mostrou que os grupos eram homogêneos para a maioria das variáveis estudadas, com exceção para o teste de caminhada de 6 minutos, no SF-36, nos domínios de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e vitalidade; dados apresentados na tabela 1.

Ao longo do tempo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos; em relação à EVA, escores ($P < 0,001$), à distância percorrida em 6 minutos do teste de caminhada ($P < 0,001$) e escore FIQ ($P = 0,003$), tendo o grupo de dança mostrado melhores valores. O grupo controle manteve-se estável.

Na avaliação intragrupo, houve diferença estatisticamente significativa apenas no grupo dança. Essas diferenças ocorreram entre T0/T16 ($P < 0,001$) e entre T0/T32 ($P < 0,001$) para as três variáveis, não havendo diferença estatisticamente significativa entre T16/32 com $P = 0,748$, $P = 0,102$ e $P = 0,168$, respectivamente (tabela 2). No grupo controle nenhuma diferença foi encontrada, na análise intragrupo, para essas variáveis ($P = 0,713$, $P = 0,202$ e $P = 0,366$ respectivamente).

No que diz respeito ao SF-36, houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao longo do tempo sobre os seguintes domínios: dor ($P < 0,001$), aspectos

emocionais ($P= 0,003$) e saúde mental ($P= 0,021$), para a qual o grupo dança alcançou melhores resultados do que o grupo controle. A análise intragrupo para o grupo dança mostrou: diferença entre T0/T16 ($P<0,001$) e T0/T32 ($P<0,001$), sem diferença estatisticamente significativa entre T16/32 para o domínio de dor, as diferenças entre T0/T16 ($P= 0,001$) e T0/T32 ($P= 0,005$), sem diferença estatisticamente significativa entre T16/32 ($P= 0,441$) para o domínio aspectos emocionais, diferença entre T0/T16 ($P= 0,014$), sem diferença estatística significativa entre T0/32 ($P= 0,95$) ou T16/32 ($P= 0,573$) para o domínio de saúde mental. A análise intragrupo, no grupo controle mostrou: nenhuma diferença ao longo do tempo para o domínio dor ($P= 0,510$), diferença estatisticamente significativa entre T16/T32 ($P= 0,011$), mas não há diferenças estatisticamente significativas entre T0/16 ($P=0,441$) ou T0/32 ($P= 0,079$) para o domínio aspectos emocionais; não houve diferenças estatisticamente significantes ao longo do tempo ($P= 0,077$) para o domínio da saúde mental.

Não houve diferença significativa entre os grupos ao longo do tempo para a capacidade funcional ($P= 0,146$), limitações por aspectos físicos ($P = 0,131$), estado geral de saúde ($P= 0,580$), vitalidade ($P= 0,082$) e aspectos sociais ($P= 0,055$) para os domínios do SF-36 (tabela 2).

O Inventário *Beck* e o Idate Traço-Esado não revelaram diferenças estatisticamente significativas na pontuação entre os grupos ao longo do tempo com $P=0,354$, $P=0,160$ e $P=0,060$, respectivamente (tabela 2).

No que diz respeito ao BDDE questionário (autoimagem), houve, ao longo do tempo ($P=0,009$), uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com o grupo dança alcançando uma menor pontuação ao longo do tempo, enquanto o grupo controle manteve-se estável. Na análise intragrupo, houve diferença estatisticamente significativa no grupo dança

entre T0/T16 ($P < 0,005$) e T0/T32 ($P < 0,041$), sem diferença estatisticamente significativa entre T16/32 ($P = 0,670$). Não houve diferença estatisticamente significativa no grupo controle ($P = 0,469$) (tabela 2).

Aplicamos o teste de ANOVA para medidas repetidas para a categoria sono, item 16 do Inventário de *Beck*, em que pudemos verificar que houve uma diferença estatisticamente significativa para o grupo dança em T16 ($P = 0,0499$) mantendo a diferença em T32.

Com relação à frequência nas aulas, obtivemos a média de 26,4 presenças em um total de 32 aulas. O teste de correlação de Spearman foi aplicado para relacionar a frequência nas aulas e as variáveis do estudo, encontrando então uma correlação positiva para a variável EVA para dor (-0,397) com $P = 0,011$, significando que, quanto maior a frequência dos pacientes, menor foi o valor de EVA do paciente em T16, comparado ao valor inicial de T0.

No último tempo de avaliação (T32), o GD foi questionado sobre quem se mantivera realizando a dança do ventre ou iniciara outro tipo de atividade física após o término da intervenção (T16). Foi constatado que 24 pacientes (60%) mantiveram ou iniciaram outra atividade contra 16 (40%) pacientes que não continuaram com atividade.

No T32, encontramos melhores resultados para quem manteve atividade física, apresentando EVA para dor com $P < 0,035$ e, no SF-36, para o domínio dor, com o $P < 0,022$ em relação às pacientes que pararam a atividade. Para essa análise foi utilizado o teste t-Student.

2.7 Discussão

Este é o primeiro trabalho cego, randomizado e controlado que avalia a dança do ventre como modalidade terapêutica, como prática de atividade física e como intervenção em mulheres com FM. O intuito do estudo foi oferecer mais uma opção terapêutica para diminuição da dor e melhora da qualidade de vida.

Alguns autores defendem a hipótese de que exercícios rítmicos ativam ergo-receptores. Esse estímulo é transmitido até a substância cinzenta periaquedutal e os núcleos de rafe, região envolvida com as fibras descendentes inibitórias da dor³⁰. Talvez, por este motivo, o grupo de dança tenha obtido uma diminuição no EVA de dor em 40%, melhora esta sustentada por 32 semanas.

A dor é o sintoma central da FM, portanto devemos focar a terapêutica sobre ela. Para avaliar a dor, utilizamos a escala visual analógica para dor, no SF-36, o domínio dor e, em ambos os parâmetros, encontramos melhora estatisticamente significativa e clinicamente relevante. Em estudos prévios, essa melhora foi também encontrada com condicionamento em mulheres com FM^{18,12,31}.

O FIQ é um instrumento que mede diversos aspectos da doença e seu impacto sobre o doente. Nesse estudo constatamos que houve alteração nos resultados, havendo uma diferença estatisticamente significativa para as pacientes do GD que participaram até o término do estudo de 32 semanas. Outros ensaios terapêuticos detectaram mudança entre o grupo de tratamento e o grupo controle, ao longo do tempo^{32,3,33,18,34}. Gowans (1999) conseguiu, em seu estudo com exercício lúdico ritmado, observar uma melhora no valor total do FIQ após 12 semanas de seguimento.

De 76 a 100% dos pacientes queixam-se de fadiga e, após atividades aparentemente leves, agravam dor e cansaço³⁵. As pacientes do grupo de dança relataram aumento da dor e do cansaço durante as primeiras 4 semanas, o que diminuiu com o passar do tempo. No decorrer do estudo, as pacientes referiam sensação de diminuição das tensões e facilidade na realização das atividades diárias ao término do exercício; dados confirmados com os resultados do teste de caminhada, instrumento capaz de demonstrar melhora na capacidade física³⁵. O FIQ também foi sensível, apresentando uma melhora na capacidade funcional nos domínios de tarefas do dia-a-dia.

Até o final do estudo, o teste de caminhada de 6 minutos demonstrou uma melhora significativa, sendo semelhante a outros estudos que também utilizaram esse teste^{36,37,34}. Mas, ao compararmos os valores da capacidade funcional pelo SF-36, que é uma análise subjetiva, observamos que não houve diferença estatística; o que pode ter acontecido é que as pacientes não incorporam percepção de melhora pelo SF-36. Mesmo com a diferença entre os grupos para o teste de caminhada, na avaliação inicial pudemos encontrar uma melhora importante no grupo intervenção.

Os sintomas mentais, dificuldade de concentração, alteração de humor, depressão e problemas para dormir não influenciam diretamente a aptidão aeróbica, porém alguns pacientes têm problemas no reconhecimento das manifestações neles próprios, complicando a relação de percepção da qualidade de vida e a realidade, o que pode ou não limitar a capacidade funcional aeróbica do paciente em relação a outros fatores, como força de vontade, seu papel na família, etc³⁸. King, por sua vez, não encontrou correlação do FIQ com o teste de caminhada de 6 minutos, divergindo de nossos resultados. A maior parte dos estudos que tem o tratamento baseado em exercício, com a utilização de ambos os testes, tem

alcançado melhora estatisticamente significante para capacidade aeróbica e qualidade de vida¹⁰.

O SF-36 avalia o impacto da doença sobre os domínios físico, mental e social. O grupo de dança do ventre apresentou melhora em seus domínios, com exceção de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais; resultados que divergem com o FIQ e o teste de caminhada. Uma justificativa seria que devemos explorar o processo dinâmico de iniciar a mudança de comportamento para uma incorporação dos efeitos alcançados³⁹.

Vários autores avaliaram o impacto do exercício no humor e nos aspectos emocionais da FM, mas poucos estudos demonstraram alguma melhora^{17,40}, em nosso estudo houve uma melhora significativa para dor, aspectos emocionais e saúde mental pelo SF-36, resultados sustentados por 32 semanas. Porém, para avaliação com questionários específicos de depressão, como o inventário de Beck, e de ansiedade, com o IDATE, não encontramos melhora significativa; da mesma forma que outros estudos que utilizaram o exercício como modalidade terapêutica^{31,32,33,34,41}. Talvez um tempo maior de atividade pudesse trazer benefícios para depressão e ansiedade, ou ainda um grupo de educação associada à intervenção, para mudança de hábitos, comportamento e enfrentamento da doença. Um tratamento medicamentoso coadjuvante, específico para depressão, poderia auxiliar na melhora do quadro geral, uma vez que a maioria das nossas pacientes tinha grau de depressão de moderada a grave.

A educação do paciente tem sido reconhecida como elemento essencial no tratamento da FM, apresentando melhora na dor, sono, autoeficácia e qualidade de vida, quando mantida por 12 meses³². A terapia cognitivo-comportamental (TCC) melhora a autoeficácia e a qualidade de vida³². Mas a TCC se mostrou superior apenas que a consulta

médica para o inventário de *Beck*, saúde mental (SF-36) e quantidade de paracetamol⁴². Uma combinação de tratamento para o corpo e a mente (exercício e TCC) pode ter efeitos sinérgicos⁴³, visto que o paciente traz para a consulta um estilo de comportamento (negativo ou positivo) que pode influenciar na relação terapêutica. A literatura aponta que os pacientes com dor crônica têm maior angústia psicológica e são os que menos aderem ao tratamento³⁹.

O conceito de autoimagem pode ser formulado como um fenômeno psicológico de representação do corpo do indivíduo em sua mente, podendo ser traduzido como a imagem que o indivíduo tem de si próprio⁴⁴. O questionário *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), já validado para o português²⁹, é um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida que abrange um único domínio: a imagem corporal.

Em nosso estudo, as pacientes com fibromialgia apresentaram valores baixos no questionário de autoimagem, significando que a alteração na sua aparência não é o principal item de preocupação. Mesmo assim, obtivemos valores significativamente melhores após a intervenção com dança. A dança possibilitou que as pacientes tivessem uma atenção maior com suas aparências e, deste modo, com a melhora de sua autoimagem e da auto estima^{29,45}.

Há uma estreita correlação entre dor, sono e exercício. Moldofsky 1976 observou que a privação do sono em indivíduos sedentários induz a dor muscular. A atividade física resulta em um aumento de ondas lentas do sono, sendo esta fase muito importante para a restauração do indivíduo. Neste estudo, pudemos observar, assim como Gowans, 99, a melhora, sustentada por oito meses, da qualidade do sono das pacientes do grupo intervenção. A literatura demonstra que muitos estudos não encontram diferença estatística significativa para o sono com exercício como intervenção^{40,34,17,41,47,31}. Torsavall, em seu estudo refere que não é a quantidade de horas de sono e sim qualidade que leva a diminuir a dor e a depressão.

Em estudos prévios, com exercício para tratamento de fibromialgia, houve um percentual de desistência de 9 a 37%^{11,17,31,33,49,50}. Em nosso estudo, tivemos perda de apenas 7,5%, sem diferença entre os grupos. Porém um dado importante é que a desistência no grupo de dança ocorreu no primeiro mês de atividade, quando as pacientes relataram aumento da dor e cansaço.

Devido aos benefícios alcançados, 60% das pacientes mantiveram a dança ou procuraram outra atividade física. Então, devemos estimular estratégias não apenas para iniciação à prática de exercício, mas também para melhorar aderência. A percepção dos benefícios, durante a intervenção, faz com que os pacientes continuem a mantendo a mudança de comportamento³⁹.

A aderência durante o estudo vai depender da modalidade do exercício aeróbico, que é fator determinante para a manutenção pós-tratamento. Sendo assim, a manutenção é a chave para continuidade dos benefícios³³. A inabilidade elevada é um fator importante para a piora da manutenção. A medicação tem boa aderência apenas de curto prazo, quando comparada a outras terapêuticas³⁹. Nossas pacientes tiveram boa aderência mesmo ao término da intervenção.

Ainda se faz necessário um consenso a respeito do exercício, componente importante do tratamento da FM. Educar o paciente a respeito de como iniciar e continuar o exercício é ponto crucial para o sucesso do tratamento³³.

Neste estudo, houve uma preocupação fundamental não em fazer arte, mas o que fazer a partir dela, podendo contribuir para o uso máximo de suas potencialidades, sejam elas conhecidas ou não e objetivando o tratamento físico e psíquico para a promoção capacidade máxima do indivíduo.

2.8 Conclusão

Concluimos, então, que a dança do ventre melhora dor, sono, capacidade funcional e autoimagem das pacientes fibromiálgicas. A melhora da qualidade de vida e a aderência das pacientes fazem dessa intervenção uma nova e segura estratégia terapêutica para mulheres com fibromialgia.

2.9 Referências Bibliográficas

1. Wolf F, Smyth HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990-criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172.
2. Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin N Am* 1989; 15: 91-103.
3. Bennett RM. The rational management of Fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin N Am* 2002; 28:181-199.
4. Wolf F, Ross K, Anderson J, Russell LJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995a; 38:19-28.
5. McCain GA. A clinical overview of the fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis. *J Musculoskel Pain* 1996; 4:9-34.
6. Heriksson, C.; Gundmark, I.; Bengtsson, A.; EK A.C. Living with fibromyalgia: consequences for everyday life. *Cin. J. Pain*. 1992; 8:138 -144.
7. Neumann, L. & Burkila D. Quality of life and physical functioning of relatives fibromyalgia patients. *Semin. Arthritis Rheum* 1997; 26:834-9.
8. Kaplan, K.H.; Schimidt S.M. & Cronan, T.A. Quality of life well being in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2000; 27(3):785-9.
9. White KP, Speechley M, Hart M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community case of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. *Arthritis Rheum* 1999; 42:76-83.
10. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Library* 2005; 2.
11. Valim V, Oliveira LM, Assis M, Barros TN, Feldman d, Natour J, et al. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003; 30:1060-1069.
12. Assis MR, Silva LE, Alves AM, Pessanha AP, Valim V, Feldman D, Neto TL, Natour J. A randomized controlled trial of deep water running: Clinical effectiveness of aquatic exercise to treat fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2006; 55(1):57-65.
13. Nicassio PM, Kim J, Cordova A, Weisman MH. Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997; 24: 2008–13.
14. Lind BK, Lafferty WE, Tyree PT, Diehr PK, Grembowski ED. Use of Complementary and Alternative Medicine Providers by Fibromyalgia Patients Under Insurance Coverage. *Arthritis Rheum* 2007; 57(1):15-21.
15. Leidingham, J.; Doherty, S. & Doherty, M. – Primary fibromyalgia syndrome – An outcome study. *British. J. Rheum* 1993; 32:139-142.

16. American College of Sports Medicine – ACSM'S guideline of exercise testing and prescription. 5TH ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998b;
17. McCain GA, Scudds RA. The concept of primary fibromyalgia: clinical value, relation and significance to other musculoskeletal pain syndrome. *Pain* 1988; 33: 273-287.
18. Valim V, Oliveira LM, Suda AL, Silva LE, Faro M, Neto TL, et al. Peak oxygen uptake and ventilatory anaerobic threshold in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2002; 29:353–7.
19. Caminada, E. *Historia da dança: evolução cultural*. Rio Janeiro: Sprint, 1999, v.1.
20. Braccialli. L, Ravazzi,R. *Dança: influência no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral*. Temas sobre Desenvolvimento. São Paulo. 1998p. v.7, n.38, 22-5.
21. Malika, GR. *Dança do Ventre – Uma arte Milenar*. ed. Moderna, São Paulo, 1998.
22. Bojner E.H, Kowalski J, Theorell T, Anderberg U.M. Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *Arts in Psychotherapy* 2006; 33:11-25.
23. Bojner E.H, Theorell T, Anderberg U.M. Dance/movement therapy and changes in stress- related hormones: a study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *Arts in Psychotherapy* 2003; 30: 255–264.
24. King S, Wessel J, Bhabhani Y, Maikala R, Sholter D, Maksimowich W. Validity and reliability of the 6 minute walk in persons with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1999; 26(10): 2233-7.
25. Burckhard CS, Calark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 18:728-33.
26. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of SF-36 A reliable and valid quality of life outcome measure. *J Rheumatol* 1999; 39: 143-50.
27. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996; 29:453–7.
28. Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. – *Manual for the State-trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Paolo Alto, California, 1970.
29. Jorge, R.TB; Sabino N.M; Natour, J; Veiga, D.F; Jones, A; Ferreira, L.M. Brazilian Version of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *São Paulo Med J*. 2008; 126(2):87-95.
30. Thoren P, Floras J, Hoffman P, Seals D. Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. *Med Sci Sports Exerc* 1990; 22:417.

31. Wigers, S.H.; Stiles, T.C. & Vogel, P.A. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia – A 4.5 year prospective study. *Scand. J. Rheumatol* 1996; 25:77-86.
32. Burckhardt, CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1994; 21:714-20.
33. Gowans SE, Dehueck A, Voss S, Richardson M. A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care Res.* 1999; 12:120-128.
34. Mannerkorpi K, Nyberg B, Ahlmen M, Ekdahl C. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. A prospective, randomized study. *J Rheumatol* 2000; 27(10):2473-81.
35. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Sem Arthr Rheum.* 1981; 11:151-171.
36. American Thoracic Society. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:111–7.
37. Gowans SE, deHueck A., Voss S, Abbey SE. Six-Month and one-year followup of 23 weeks of aerobic exercise for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 2004; 51:890-98.
38. Ayán C, Cortes AB, Alvarez AJ, Valencia M, Barrientos MJ. Relationship between aerobic fitness and quality of life in female fibromyalgia patients. *Clinical Rehabilitation* 2007; 21:1109–13.
39. Dobkin PL, Sita A, Sewitch MJ. Predictors of adherence to treatment in women with fibromyalgia. *Clin J Pain* 2006; 22:286–294.
40. Buckelew CS, Conway R, Parker J, Deuser WE, Read J, Witty TE, Hewett JE, Minor M, Johnson JC, Van Male L, McIntosh MJ, Nigh M, Kay DR. Biofeedback/relation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. *Arthritis Care Res* 1998; 11(3):196-209.
41. Norregaard J, Lykkegaard JJ, Mehlsen J, Danneskiold Samsøe B. Exercise training in treatment of fibromyalgia. *J Musculoskeletal Pain* 1997; 5(1):71-79.
42. Falcão DM, Sales L, Leite J, Feldman D, Valim V, Natour J. Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *J Musculoskeletal Pain* 2008; 16:3, 133-140.
43. Dobkin PL, Abrahamowicz M, Fitzcharles M, Dritsa M, Costa D. Maintenance of exercise in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2005; 53 (5)15: 724–31.

44. Sarwer D, Wadden T, Whitaker L. An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109(1):370-71.
45. Pertschuk M, Sarwer D, Wadden T, Whitaker L. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg* 1998; 22:20-4.
46. Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smyhe H. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with fibrositis syndrome and health subjects. *Psychosom Med* 1975; 37:341-51.
47. Torsvall L. Sllep after exercise: A literature revision. *J Sports Med*.1981; 21:218-225.
48. Mengshoel AM, Komnaes HB, Forre O. The effects of 20 weeks of physical fitness training in female patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 1992; 10(4):345-349.
49. Martin L, Nutting A, MacIntosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, Cook J. An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1996; 23(6):1050-53.
50. Jones, K.D.; Burckhardt, C.S.; Clarck, S.R.; Bennet, R.M.; Potempa, K. A randomized controlled study of strength training versus flexibility in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2000; 43(9):393.

2.10 Quadro e Figura

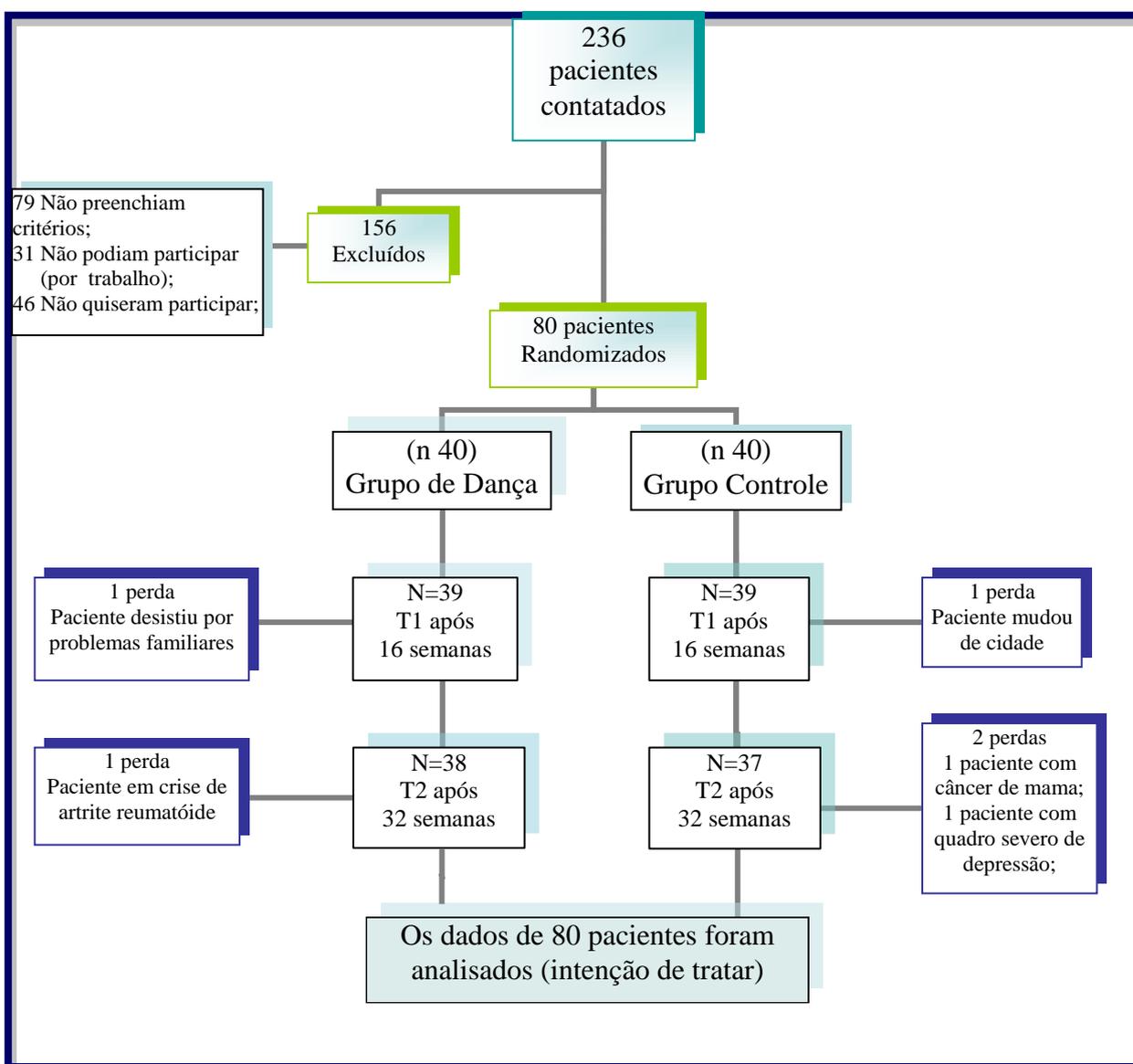
Quadro A

Movimentos utilizados (Malika, 1998):

- **Membro superior** (movimento de serpente e circundação do punho);
- **Cintura escapular** (protrusão elevação e retrução de ombro);
- **Tronco** (elevação e encaixe, deslocamento lateral e redondo);
- **Quadril** (báscula, batida lateral, redondo, Camelo pélvico, Shimmy, infinito, oito maia para baixo e para cima, básico egípcio);
- **Deslocamento** (Frente e trás com shimmy, lateral com shimmy e dabke)
- **Véu** (Oito, asa de anjo, bandeja e cabana)

Obs.: Os movimentos foram ensinados de forma progressiva respeitando a seqüência de evolução dos movimentos (do mais simples ao mais elaborado).

Figura 1- Fluxograma



2.11 Tabelas

Tabela 1 - Características da amostra no baseline

	Dança	Controle	P
	Media	Media	
Idade	49,5	49,1	p=0,859
VAS de Dor	7,7	7,5	p=0,356
Teste de caminhada	372,8	332	p=0,015*
FIQ	5,89	6,34	p=0,144
SF-36			
Capacidade Funcional	44,9	32,6	p<0,001*
Limitação por Aspectos Físicos	24,7	8,8	p<0,001*
Dor	29,6	25,7	p=0,234
Estado Geral de Saúde	46	38	p=0,091
Vitalidade	41,3	29	p<0,001*
Aspectos Sociais	25,6	47,6	p=0,082
Aspectos Emocionais	34,2	21,2	p=0,076
Saúde Mental	46	43,4	p=0,599
Inventário de Beck	23,9	21,2	p=0,354
IDATE 1 parte	50,5	52,8	p=0,975
IDATE 2- parte	51,1	53	p=0,060
BDDE	42,8	48,8	p=0,400

EVA de dor= escala visual analógica de dor; FIQ= Fibromyalgia Impact Questionnaire;
 SF-36 = Short Form 36; IDATE = Inventário de ansiedade traço-estado;
 BDDE = Questionare Body Dysorphic Disorder Examination

Tabela 2 – Comparação ao longo do tempo para o grupo dança e grupo controle no baseline, 16 semanas e 32 semanas

	T0		T16		T32		p
	Grupo Dança	Grupo Controle	Grupo Dança	Grupo Controle	Grupo Dança	Grupo Controle	
EVA (cm)	7.7 (1.7)	7.5 (1.3)	4.6 (2.0)	7.5 (1.4)	4.7 (2.6)	7.3 (1.7)	p<0.001†
Teste Caminhada 6 min (m)	372.8 (80.2)	332 (66.7)	443.5 (78.3)	344.3 (72.7)	431 (88.7)	343 (77.9)	p<0.001†
FIQ	5.89 (1.39)	6.34 (1.29)	4.69 (1.73)	6.61 (1.53)	4.26 (1.81)	5.9 (1.86)	p<0.003†
SF-36							
Capacidade Funcional	44.9 (1.89)	32.6 (18.9)	52.9 (21.1)	33.1 (18.6)	56.3 (19.9)	39.1 (22.0)	p=0,146
Lim. por aspectos físicos	24.7 (32.2)	8.8 (17.9)	40.5 (30.6)	10.4 (21.6)	36.5 (32.4)	13.8 (26.5)	p=0131
Dor	29.6 (17.5)	25.7 (13.4)	44.7 (20.7)	25.1 (14.2)	46 (19.2)	29.1 (21.1)	p<0,001†
Estado Geral de Saúde	46 (21.7)	38 (16.5)	45 (21.3)	38.1 (18.3)	44.9 (15.6)	41.5 (21.4)	p=0,580
Vitalidade	41.3 (18.8)	29 (18.2)	50 (22.8)	30.7 (18.1)	47.6 (23.8)	37.1 (21.8)	p=0,082
Aspectos Sociais	52.6 (27.7)	47.6 (23.1)	64.1 (28.0)	47.6 (24.5)	57.2 (27.0)	51.3 (25.5)	p=0,055
Aspectos Emocionais	34.2 (36.90)	21.2 (33.1)	55 (33.6)	17.5 (26.1)	51.9 (39.6)	31.5 (38.7)	p=0,003†
Saúde Mental	46 (19.9)	43.4 (24.0)	54.2 (20.7)	44.5 (26.6)	52.3 (20.8)	46.2 (22.6)	p=0,021†
Inventário de Beck	23.9 (14.7)	21.2 (13.0)	20.2 (13.2)	23.5 (11.5)	23.1 (15.3)	23.5 (13.7)	p=0.136
IDATE parte 1	50.5 (7.68)	52.8 (8.1)	49.2 (10.2)	51.9 (8.2)	49.4 (10.0)	51.8 (9.4)	p=0.975
IDATE parte 2	51.1 (7.8)	53 (9.7)	50.1(10.0)	54.8 (10.5)	49.8 (9.1)	54.1 (10.1)	p=0.205
BDDE	42.8 (32.6)	48.8 (34.2)	33.6 (25.9)	50.5 (29.4)	41.1 (24.4)	46.9 (31.8)	p=0.009†

EVA de dor= escala visual analógica de dor; FIQ= Fibromyalgia Impact Questionnaire; SF-36 = Short Form 36; IDATE = Inventário de ansiedade traço-estado; BDDE = Questionnaire Body Dysorphic Disorder Examination
 † valores que apresentaram diferença estatisticamente significante

3. Considerações Finais

3. Considerações Finais

Este trabalho possibilitou um aprendizado intenso sobre o potencial de mulheres com fibromialgia. O convívio pessoal fez com que houvesse uma cumplicidade entre paciente e terapeuta fazendo com que o tratamento fluísse de forma natural.

O envolvimento semanal com uma dança estritamente feminina, despertou possibilidades adormecidas ou nunca antes experimentadas. O uso de trajes de dança e a vontade de participar de apresentações foi uma surpresa, e para elas foi muito mais importante, até por que a família pode participar deste processo.

Adotar um estilo de vida ativo fisicamente pode trazer muitos benefícios para a saúde em indivíduos com fibromialgia.

Os benefícios da atividade física podem ser refletidos através das atividades em casa, no trabalho, e atividades de lazer e exercício físico.

Os profissionais da saúde têm uma oportunidade única para influenciar a mudança do estilo de vida dos pacientes, discutir regularmente sobre atividade física, fornecer reforço positivo e um acompanhamento constante, gerando uma resposta mais efetiva do tratamento.

O acompanhamento fez com que obtivéssemos um alto índice de adesão para com as pacientes participantes do tratamento, o que favoreceu valores significantes para esta modalidade de terapia.

Estudos futuros deverão analisar novas formas de atividade física, como plano de tratamento para pacientes com fibromialgia de acordo com o perfil pessoal de cada paciente.

4. Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

DISCIPLINA DE REUMATOLOGIA – SETOR DE REABILITAÇÃO EM REUMATOLOGIA

**Efeito da Dança sobre pacientes com fibromialgia: estudo
controlado randomizado
Ficha de Avaliação**

T1 Data: ___/___/___ T2 Data:___/___/___ T3 Data:___/___/___

Nome: _____

End.: _____ n° _____ complem. _____

Bairro: _____ Telef.: _____

Escolaridade: _____

Altura: _____ Peso: _____ ICM: _____

Teste 6 min	EVA	FIQ
T1 score: _____	T1 score: _____	T1 score: _____
T2 score: _____	T2 score: _____	T2 score: _____
T3 score: _____	T3 score: _____	T3 score: _____
Beck	IDATE	Dismorfismo
T1 score: _____	T1 score: _____	T1 score: _____
T2 score: _____	T2 score: _____	T2 score: _____
T3 score: _____	T3 score: _____	T3 score: _____

SF-36

	T1	T2	T3
Capacidade de funcional			
Dor			
Estado geral de saúde			
Vitalidade			
Aspectos emocionais			
Aspectos físicos			
Saúde mental			

Anexo 2***Fibromialgia Impact Questionnaire - FIQ***

Nome: _____ Data: ___/___/___

Você é capaz de:	Sempre	Algumas vezes	Ocasionalmente	Nunca
1- Fazer compras	0	1	2	3
2- Usar máquina de lavar	0	1	2	3
3- Preparar refeições	0	1	2	3
4- Lavar louça	0	1	2	3
5- Usar aspirador de pó	0	1	2	3
6- Arrumar camas	0	1	2	3
7- Andar vários quartos	0	1	2	3
8- Visitar amigos/parentes	0	1	2	3
9- Fazer serviço de jardinagem	0	1	2	3
10- Dirigir um carro	0	1	2	3

11- Nos 7 dias da semana passada, quantos dias você se sentiu bem?

0 1 2 3 4 5 6 7

12- Quantos dias da semana passada você faltou ao trabalho por causa de sua doença?

0 1 2 3 4 5

13- Quando você trabalha, a dor ou outros sintomas de sua doença interferem na sua capacidade de trabalho?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14- Quantifique a dor proveniente de sua doença?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15- Você tem ficado cansado? Quanto?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16- como você se sente ao acordar pela manhã?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17- Você sente seu corpo muito preso, travado ou rígido?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18- Você tem estado nervoso ou ansioso?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19- Você tem estado deprimido?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Score:

Anexo 3

Nome: _____ Data: ___/___/___

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36 (CICONELLI, 1999)**SF - 36 PESQUISA EM SAÚDE**

Instruções: questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- Excelente1
- Muito boa2
- Boa3
- Ruim4
- Muito ruim5

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

- Muito melhor agora do que a um ano atrás1
- Um pouco melhor agora do que a um ano atrás2
- Quase a mesma de um ano atrás3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás4
- Muito pior agora do que há um ano atrás5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas como o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma1
- Ligeiramente2
- Moderadamente3
- Bastante4
- Extremamente5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas** ?

(circule uma)

- Nenhuma1
- Muito leve2
- Leve3
- Moderada4
- Grave5
- Muito grave6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo, tanto o trabalho fora de casa quanto o dentro de casa) ?

(circule uma)

- De maneira alguma1
- Um pouco2
- Moderadamente3
- Bastante4
- Extremamente5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de forças ?.	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a **sua saúde física ou problemas emocionais** interferiram com a as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)? (circule uma)

- Todo o tempo1
- A maior parte do tempo2
- Alguma parte do tempo3
- Uma pequena parte do tempo4
- Nenhuma parte do tempo5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você ? (circule)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Inventário de Beck

Descreva como você se sentiu nos últimos 7 dias.

Escore: _____

1. 0 () Não me sinto triste.
1 () Sinto-me triste.
2 () Sinto-me triste todo tempo e por mais que eu queira, não consigo deixar de sentir.
3 () Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar.

2. 0 () Não estou desencorajado quanto ao futuro.
1 () Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.
2 () Sinto não ter nada a esperar do futuro.
3 () Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 () Não me sinto um fracasso.
1 () Sinto que falhei mais que a maioria das pessoas.
2 () Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma série de fracassos.
3 () Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

4. 0 () Obtenho a mesma satisfação que antigamente em todas as coisas que tenho feito.
1 () Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 () Não encontro mais prazer real em mais nada.
3 () Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 () Não me sinto especialmente culpado.
1 () Sinto-me culpado a grande parte do tempo.
2 () Sinto-me culpado a maior parte do tempo.
3 () Sinto-me culpado o tempo todo.

6. 0 () Não sinto que esteja sendo punido.
1 () Acho que posso ser punido.
2 () Creio ser punido.
3 () Sinto que estou sendo punido.

7. 0 () Não me sinto desapontado comigo mesma.
1 () Sinto-me desapontado comigo mesmo.
2 () Sinto-me enjoado comigo mesma.
3 () Eu me odeio.

8. 0 () Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa.
1 () Critico-me por minha fraqueza ou erros.
2 () Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
3 () Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.

9. 0 () Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
1 () Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
2 () Gostaria de me matar.
3 () Eu me mataria, se houvesse uma oportunidade.

10. 0 () Não costumo chorar mais do que o normal.
1 () Choro mais agora do que antigamente.
2 () Atualmente choro frequentemente.
3 () Eu costumava chorar mas agora não consigo ainda que eu queria.
11. 0 () Não me irrito mais irritado agora do que já fui.
1 () Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 () Agora, eu me irrita todo tempo.
3 () Não me irrito mais com coisas que costumava me irritar.
12. 0 () Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 () Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 () Perdi a maior parte do meu interesse pelas pessoas.
3 () Perdi todo interesse pelas outras pessoas.
13. 0 () Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 () Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 () Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes.
3 () Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. 0 () Não acho que qualquer modo pareço pior do que antes.
1 () Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 () Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 () Acredito que pareço feio.
15. 0 () Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 () É preciso algum esforço extra para fazer algumas coisas.
2 () Tenho que me esforçar muito para fazer algumas coisas.
3 () Não consigo mais fazer qualquer.
16. 0 () Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 () Não durmo tão bem como costumava.
2 () Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 () Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 () Não fico mais cansado do que o habitual.
1 () Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 () Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 () Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 () O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 () Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 () Meu apetite é muito pior do que o habitual.
3 () Absolutamente não tenho mais apetite.
19. 0 () Não tenho muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 () Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 () Perdi mais do que 5 quilos.

3 () Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____ Não: _____

20. 0 () Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

1 () Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.

2 () Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3 () Estou tão preocupado com meus problemas que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21. 0 () Não notei qualquer mudanças recente no meu interesse por sexo.

1 () Estou menos interessado por sexo do que costumava.

2 () Estou muito menos interessado por sexo agora.

3 () Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo 5***Inventário de Ansiedade Estado - IDATE 1º Parte***

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número á direita que melhor indica como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você sente geralmente.

Avaliação	
Muitíssimo.....4	Um pouco.....2
Bastante.....3	Nunca.....1

1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pinha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Inventário de Ansiedade Estado – IDATE 2º Parte

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número á direita que melhor indica como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você sente geralmente.

Avaliação	
Quase sempre.....4	Às vezes.....2
Frequentemente.....3	Quase nunca.....1

1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidade porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
7. Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

INSTRUÇÕES GERAIS:

Período de tempo. As perguntas que você formulará estarão relacionadas às últimas quatro semanas da vida do entrevistado. Para facilitar a relembrar este período, comece perguntando ao entrevistado sobre o assunto e sobre o período de tempo, e faça com que o ponto de partida seja específico. Uma frase útil para começar seria, "Eu estarei lhe perguntando sobre as últimas quatro semanas, quer dizer, o período de tempo que data do dia ___ ao dia _____. O que você estava fazendo no fim de semana do dia tal (data)?" Continue perguntando por fins de semana sucessivos que conduzem até o presente. Você também poderá perguntar por quaisquer experiências particularmente memoráveis que aconteceram durante as últimas quatro semanas.

Perguntas com um asterisco deverão ser sempre feitas. As outras perguntas são feitas de acordo com a necessidade, dependendo da informação que você precise.

Questionário de avaliação do entrevistado. Será dado ao entrevistado uma folha de respostas para seguir a entrevista. Antes que você faça as perguntas, leia o número da pergunta em voz alta e diga ao entrevistado para localizá-la no questionário que ele possui. Explique que você o (a) estará avaliando em cada pergunta e que a contribuição dele (dela) será muito útil. Diga ao entrevistado para usar qualquer número das respostas, não só os números que possuem uma descrição ao lado. Nem todas as respostas estão incluídas aqui; as respostas para as questões 1, 2, 3, 22, e 34 não são fornecidas ao entrevistado, cabendo ao entrevistador escolher a resposta correta.

É melhor extrair uma explicação detalhada de como a característica se aplica ou não ao entrevistado. Peça ao entrevistado para discutir as respostas dele ou dela. A folha de respostas é apenas projetada para lhe ajudar a avaliar a extensão da característica quando a gravidade não for óbvia na narrativa do entrevistado. Se o entrevistado apenas responder com um número da folha de respostas, pergunte ao entrevistado como ele ou ela chegaram àquele número. Discuta o significado que ele ou ela deram àquele número. Por exemplo, porque ele (ela) chamou a característica "extrema" ao invés de "moderada". Compare a avaliação dele (dela) com a sua própria impressão. Você não é obrigado(a) a usar o número do entrevistado como a avaliação final. Não conte para o entrevistado que resposta você selecionou.

O teor de algumas respostas foi mudado ligeiramente para torná-las mais compreensíveis (e possivelmente menos ameaçadoras) ao entrevistado. Em todos os casos, porém, as palavras-chave são as mesmas.

Referindo-se ao problema de aparência do entrevistado. Começando com a pergunta 4, você pedirá ao entrevistado para refletir sobre o impacto do problema de aparência que ele ou ela referiu no começo da entrevista. Às vezes um problema único ou muito focal não responde por si só por toda a angústia de imagem do corpo. Em tais casos, o entrevistado poderia indicar ou isolar preocupações de aparência que de tal forma pareçam desajeitadas ou artificiais. Nestes casos, seria melhor recorrer a uma combinação de dois ou mais problemas de aparência ou a algum outro aspecto geral de aparência que melhor retrata os sentimentos do indivíduo. Por exemplo, referir sentir-se gordo é mais aceitável que descrever que possui coxas, nádegas, e braços gordos. Ou referir preocupações sobre a face em alguém que se queixa de problemas com o formato da boca e manchas na face. Apenas faça estas generalizações caso seja necessário. Caso contrário mantenha-se atento à reclamação inicial do entrevistado.

PONTUAÇÃO:

Total de pontos. O escore final é a soma das respostas para todos os itens exceto: 1 a 3, 22, 33, 34.

Diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal. O procedimento seguinte é uma diretriz para usar o questionário de diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal de acordo com os critérios do manual estatístico e diagnóstico de distúrbios mentais (DSM-IV).

Critério A: Preocupação com um imaginado problema na aparência. Se uma anomalia física leve estiver presente, a preocupação da pessoa é notadamente excessiva.

#2 = 0 ou 1

#9 = 4 ou mais alto

#10 ou #11 = 4 ou mais alto

#18 = 4 ou mais alto

#19 = 4 ou mais alto

Critério B: A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas importantes de funcionamento.

#9 = 4 ou mais alto
 #10 ou #11 = 4 ou mais alto
 #13 = 4 ou mais alto
 todos os três anteriores ou:
 #23, 24, 25, ou 26 = 4 ou mais alto

Critério C: A preocupação não é mais bem explicada por outra desordem mental.

#34 = 0

ENTREVISTA

1. DESCRIÇÃO DE PROBLEMA NA APARÊNCIA FÍSICA

* O que você não tem gostado na sua aparência no último mês?"

Instruções:

O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível, por exemplo, "Onde você pensa que você é muito gordo (...fora de proporção, fora de forma, muito grande)?"

Peça ao entrevistado para descrever a(s) característica(s) que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como "isto é feio", "este _____ é asqueroso", etc., esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica "feia" ou "asquerosa" em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.

Escreva abaixo todas as reclamações de aparência. Depois de identificar uma, peça ao entrevistado outra reclamação até que você tenha todas. Se houver mais de uma, gradue a ordem de importância de cada uma.

2. DEFEITO FÍSICO OBSERVÁVEL (Se possível, solicitar que o entrevistado mostre o problema de aparência, a não ser em casos em que isto seja muito constrangedor para ele(a)

Instruções: Informe a presença de um defeito observável.

0 - nenhum problema de aparência observável.

1 - problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado).

2 - problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade severa).

3 - nenhuma oportunidade para observar o problema.

3. RECLAMAÇÕES DE TRANSTORNO DELIRANTE SOMÁTICO OU SIMILAR

Instruções: Informe se a reclamação informada representa algo estritamente defeituoso.

0 - problema de aparência informado prejudica apenas a aparência.

1 - o problema informado prejudica funções corpóreas

2 - o problema assusta ou causa repulsa em outras pessoas.

4. PERCEPÇÃO DA ANORMALIDADE DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

* "Durante o último mês, até que ponto o sr(a) tem sentido que outras pessoas têm a mesma característica, (seu (a) _____ ou a mesma gravidade da característica) que você descreveu acima?"

"O quanto esta condição está presente em outras pessoas?"

0 - todo o mundo tem a mesma característica.

- 1 -
- 2 - muitas pessoas têm a mesma característica.
- 3 -
- 4 - poucas pessoas têm a mesma característica.
- 5 -
- 6 - ninguém mais tem a mesma característica

5. CONFERINDO O PROBLEMA

Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho.

- 0 - 0 vezes
- 1 - 1-3 vezes
- 2 - 4 - 7 vezes
- 3 - 8-11 vezes
- 4 - 12-16 vezes
- 5 - 17-21 vezes
- 6 - 22-28 dias vezes

6. DESCONTENTAMENTO COM PROBLEMA DE APARÊNCIA

* "Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?"

- 0 - nenhum incômodo.
- 1 -
- 2 - incômodo leve
- 3 -
- 4 - incômodo médio
- 5 -
- 6 - incômodo grande

7. DESCONTENTAMENTO COM A APARÊNCIA GERAL

* "Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?"

- 0 - nenhum incômodo.
- 1 -
- 2 - incômodo leve
- 3 -
- 4 -- incômodo médio
- 5 -
- 6 - incômodo grande

8. BUSCA DE CONFORTO

* "Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____ não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?"

Instruções:

Gradue o número de dias durante o último mês em que o entrevistado buscou conforto de outros sobre o problema de aparência dele/dela.

- 0 - nunca tentou se confortar
- 2 - 4 -7 vezes/mês ou tentou se confortar uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 - 8-11 vezes/mês
- 4 - 12-16 vezes/mês ou tentou se confortar em metade dos dias
- 5 - 17-21 vezes/mês

6 - 22-28 vezes/ mês ou tentou se confortar diariamente ou quase diariamente.

9. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA

* "Com que frequência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?"

0 - nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência.

1 - 1-3 vezes/mês

2 - 4 -7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana.

3 - 8-11 vezes

4 - 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana.

5 - 17-21 vezes

6 - 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.

10. PREOCUPAÇÃO COM O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES PÚBLICAS

* "Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?"

0 - nenhuma preocupação

1 -

2 - leve preocupação

3 -

4 - média preocupação.

5 -

6 - grande preocupação

11. PREOCUPAÇÃO SOBRE O PROBLEMA DE APARÊNCIA EM SITUAÇÕES SOCIAIS

* "Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) problema quando você estava em locais sociais com colegas de trabalho, conhecidos, amigos ou membros da família ?

0 - nenhuma preocupação

1 -

2 - leve preocupação

3 -

4 - média preocupação

5 -

6 - grande preocupação

12. FREQUÊNCIA COM QUE O PROBLEMA DE APARÊNCIA É NOTADO POR OUTRAS PESSOAS

* "Durante o último mês, com que frequência você têm sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?"

0 - nunca aconteceu.

1 - 1-3 vezes/mês

2 - 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.

3 - 8-11 vezes/mês

4 - 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.

5 - 17-21 vezes/mês

6 - 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

13. ANGÚSTIA RELACIONADA AO PROBLEMA DE APARÊNCIA NOTADO POR OUTRAS PESSOAS

*Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?"

- 0 - não se sentiu chateado ou outras pessoas não notaram.
- 1 - se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram.
- 2 - se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um notou
- 3 - se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas notaram.
- 4 - se sentiu medianamente chateado quando qualquer um que notou.
- 5 - se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas notaram
- 6 - se sentiu enormemente chateado quando qualquer um notou.

14. FREQUÊNCIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

* "Durante o último mês, com que frequência alguém fez tanto um comentário positivo quanto negativo sobre seu(a) _____?"

Instruções:

Não inclua os comentários de avaliação que foram aparentemente solicitados pelo entrevistado.

- 0 - nunca aconteceu.
- 1 - 1 a 3 vezes/mês
- 2 - 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes a cada semana.
- 3 - 8-11 vezes/mês
- 4 - 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5 - 17-21 vezes/mês
- 6 - 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

15. ANGÚSTIA RELACIONADA AO COMENTÁRIO DE OUTROS

* Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu(a) _____?"

- 0 - não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram.
- 1 - se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram.
- 2 - se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um comentou
- 3 - se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas comentaram.
- 4 - se sentiu medianamente chateado quando qualquer um comentou.
- 5 - se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas comentaram
- 6 - se sentiu enormemente chateado quando qualquer um comentou.

16. FREQUÊNCIA COM QUE FOI TRATADO DIFERENTEMENTE POR OUTROS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

* "Durante o último mês, com que frequência você sentiu que outras pessoas o(a) trataram diferente ou de maneira que você não gostou por causa de seu(a) _____?"

- 0 - nunca aconteceu.
- 1 - 1-3 vezes/mês
- 2 - 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana.
- 3 - 8-11 vezes/mês
- 4 - 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias.
- 5 - 17-21 vezes/mês
- 6 - 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.

17. ANGÚSTIA RELACIONADA AO TRATAMENTO DIFERENCIADO DAS OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA -

* "Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferentemente por causa de seu(a) _____?"

- 0 – não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial.
- 1 - ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas
- 2 - ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
- 3 - medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas
- 4 - medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida
- 5 - enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas
- 6 - enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.

18. IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

* O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como sua personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?"

- 0 - nenhuma importância.
- 1 -
- 2 - pouca importância
- 3 -
- 4 - média importância.
- 5 -
- 6 - grande importância

19. AUTO-AVALIAÇÃO NEGATIVA DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

* "Durante o último mês, você se criticou ou se sentiu deprimido devido ao seu(a) _____)?"

- 0 - nenhuma crítica sobre você mesmo devido ao problema de aparência.
- 1 -
- 2 – críticas pouco negativas.
- 3 -
- 4 – críticas mediamente negativas.
- 5 -
- 6 – críticas enormemente negativas

20. AVALIAÇÃO NEGATIVA FEITA POR OUTRAS PESSOAS DEVIDO AO PROBLEMA DE APARÊNCIA

* "Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas o(a) criticaram negativamente como pessoa por causa de seu(a) _____ ?" Com que intensidade?

- 0 - nenhuma crítica devido ao problema de aparência.
- 1 -
- 2 – críticas pouco negativas aconteceram.
- 3 -
- 4 – críticas mediamente negativas aconteceram.
- 5 -
- 6 – críticas muito negativas aconteceram

21. PERCEPÇÃO DE ATRATIVIDADE FÍSICA

* "Durante o último mês, o quanto atraente você sentiu que outras pessoas te acharam?"

0 - atraente ou pelo menos não me acharam sem atrativos.

1 -

2 - ligeiramente sem atrativos

3 -

4 - mediamente sem atrativos

5 -

6 - sem nenhum atrativo

22. GRAU DE CONVICÇÃO DO PROBLEMA DE APARÊNCIA

Nota: Não faça esta pergunta se o entrevistado obteve pontuação 2 no item 2, isto é, tem uma anormalidade física definida que não é imaginada ou é exagerada.

* "Durante as últimas quatro semanas, você pensou alguma vez que seu(a) _____ poderia não ser tão ruim quanto você geralmente pensa ou que seu(a) _____ realmente não é anormal?" Instruções: Determine se a pessoa pode reconhecer a possibilidade de que ele ou ela podem estar exagerando na extensão do defeito e que a preocupação é insensata ou sem sentido.

0 - perspicácia boa, completamente atento ao exagero e à insensibilidade, embora preocupado com o defeito.

1 - perspicácia regular. Pode admitir que a preocupação poderia ser às vezes insensata ou sem sentido e que aquela aparência não é verdadeiramente defeituosa.

2 - perspicácia pobre. Firmemente convencido que o defeito é real e que a preocupação não é sem sentido.

23. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES PÚBLICAS

* "Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu(a) _____ ? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhece? Quais? Com que frequência?"

0 - nenhum afastamento de situações públicas.

1 -

2 - evitou pouco

3 -

4 - evitou com média frequência.

5 -

6 - evitou muito

24. AFASTAMENTO DE SITUAÇÕES SOCIAIS

* "Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu(a) _____ ? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. "Com que frequência?"

0 - nenhum afastamento de situações sociais.

1 -

2 - evitou pouco

3 -

4 - evitou com média frequência.

5 -

6 - evitou muito

25. AFASTAMENTO DE CONTATO FÍSICO

* "Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu(a) _____ (problema de aparência)? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar, ou dançar".

0 – nenhum afastamento de contato físico.

1 -

2 - evitou pouco

3 -

4 - evitou com média frequência.

5 -

6 – evitou muito

26. AFASTAMENTO DE ATIVIDADE FÍSICA

* "Durante o último mês, você evitou atividades físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu(a) _____ (problema de aparência)?"

0 – nenhum afastamento de atividade física.

1 –

2 - evitou pouco

3 -

4 - evitou com média frequência.

5 -

6 – evitou muito

27. ESCONDENDO O CORPO

* "Durante o último mês, você se vestiu de forma a encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu(a) _____ (problema de aparência)?"

"Você utilizou maquiagem ou cuidou-se (por exemplo: usou cosméticos ou mudou seu corte de cabelo) de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu(a) _____ (problema de aparência)?"

0 - nunca escondeu ou evitou certas roupas.

1 - 1-3 vezes/mês

2 - 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana.

3 - 8-11 vezes/mês

4 - 12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias.

5 - 17-21 vezes/mês

6 - 22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.

28. ALTERANDO A POSTURA CORPORAL

* "Durante o último mês, você controlou sua postura ou movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às outras pessoas) com a intenção de esconder seu(a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?"

Instruções:

Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/ movimentos corporais com a intenção de esconder o problema.

0 - nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais.

1 - 1-3 dias vezes/mês

2 - 4-7 vezes/mês ou uma ou duas alterações em cada semana.

3 - 8-11 vezes/ mês

4 - 12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias.

5 - 17-21 vezes/mês

6 - 22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.

29. INIBIÇÃO DO CONTATO FÍSICO

* Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu(a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?" Por exemplo, você tem inibido seus movimentos ou mudou sua postura ou impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Você inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar, ou dançar?"

Instruções:

Quantifique a frequência com que o entrevistado alterou movimentos de postura ou corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.

0 - nunca inibiu o contato físico.

1 -

2 - inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico.

3 -

4 - inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico.

5 -

6 - inibiu em todas ou quase todas as vezes em que teve contato físico.

30. EVITANDO OLHAR PARA O CORPO

* "Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu(a) _____ (problema de aparência) para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você vestido ou despido diretamente ou em espelhos."

Instruções:

Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar seus sentimentos sobre sua aparência.

0 - nenhuma inibição de olhar para corpo.

1 - 1-3 vezes/mês

2 - 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana.

3 - 8-11 vezes/mês

4 - 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias.

5 - 17-21 vezes/mês

6 - 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.

31. EVITANDO QUE OUTRAS PESSOAS OLHEM PARA O SEU CORPO

* "Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo despido porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras pessoas o (a) veja sem roupas ".

0 - nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema.

1 -

2 - evitou pouco

3 -

4 - evitou com média frequência.

5 -

6 - evitou muito

32. COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS

* "Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ (problema de aparência) com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?"

0 - nenhuma comparação com outras pessoas.

1 - 1-3 vezes/mês

2 - 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana.

3 - 8-11 vezes/mês

4 - 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias.

5 - 17-21 vezes/mês

6 - 22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias.

33. ESTRATÉGIAS DE EMBELEZAMENTO

* "O que você tem feito para tentar mudar (reduzir, eliminar, corrigir) seu(a) _____ (problema de aparência) na tentativa de melhorar sua aparência?"

Instruções:

Determine todos os recursos que a pessoa usou para tentar alterar o problema de aparência.. Uma prótese só deve ser considerada se a motivação para usá-la for melhorar a aparência. Considere estratégias usadas em qualquer momento (ao invés de só nas últimas quatro semanas) para melhorar o problema de aparência. Não considere estratégias empregadas para preocupações de aparência que são completamente sem conexão ao defeito presente ou que já foram completamente resolvidos. Por exemplo, não considere cirurgia estética para problema de nariz se a preocupação atual da pessoa for quadril largo/culote no quadril. Porém, uma história de lipoescultura para as coxas poderia ser considerada se a reclamação atual for quadris largos/culote.

Marque até três alternativas.

0 – nenhuma estratégia ou tentativa para alterar o problema de aparência.

1 - redução de peso através de dieta.

2 - redução de peso através de exercícios.

3 - redução de peso através de cirurgia (por exemplo, gastroplastia).

4 - cirurgia estética para eliminação gordura (por exemplo, lipoescultura).

5 - outra cirurgia estética (por exemplo, mamoplastia, rinoplastia, reversão de cicatriz).

6 - tratamentos tópicos (por exemplo, para condições de pele ou calvície).

7 - prótese (por exemplo, perna artificial ou prótese de silicone para melhorar a aparência).

8 - outro (especifique) _____

34. PROBLEMA DE APARÊNCIA NÃO CONSIDERADO POR OUTRA DESORDEM

Instruções: Determine se a reclamação está mais bem relacionada à outra desordem (por exemplo, desordem alimentar, desordem de identidade de gênero, desordem compulsiva obsessiva). Se as reclamações da aparência forem relacionadas ao tamanho ou forma do corpo, faça um exame separado para sintomas de desordens alimentares. Este questionário não é apropriado se a anorexia ou bulimia estão presentes e se não há outra reclamação diferente de peso.

0 - a preocupação é restrita à aparência ao invés de outras obsessões ou compulsões ou comportamento relacionado a fobias; preocupação não relacionada a uma manifestação de uma desordem alimentar ou desordem de identidade de gênero.

1 - preocupação melhor considerada por outra desordem.

Termo de Consentimento livre e Esclarecido
EFEITOS DA DANÇA NA FIBROMIALGIA: ESTUDO CEGO, CONTROLADO E
RANDOMIZADO

O objetivo deste estudo é verificar os efeitos de um programa de exercícios baseado em dança em pacientes com fibromialgia.

É um estudo experimental controlado randomizado, no qual, todos os pacientes serão avaliados através do Teste de caminhada de 6 minutos, Escala visual analógica de dor (EVA), *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), *Medical Outcome Survey Short Form 36* (SF-36), Inventário de Beck, Inventário de Ansiedade (IDATE), Questionário de percepção corporal, Desenho da figura humana. Após avaliação os pacientes serão submetidos a sessões 2 vezes por semana de exercícios baseado em dança, com duração de 15 semanas. Alguns pacientes envolvidos na pesquisa não realizarão a terapia proposta e irão aguardar para iniciarem a reabilitação. Todos os pacientes poderão utilizar analgésicos (paracetamol – 500mg) até 6 vezes por dia de acordo com a dor que sentirem.

Este procedimento não trará riscos ou desconfortos ao paciente. Trata-se de um estudo que testa a hipótese de que o programa de exercícios diminui a dor, melhora da qualidade de vida, função e percepção corporal.

Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a fisioterapeuta Andréia Salvador Baptista que pode ser encontrado na Rua dos Açores, 310, telefone 55493322 ramal 233. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente. Você será atualizado a respeito dos resultados parciais desta pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (anexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Comprometemos-nos a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Efeitos da Dança em pacientes com fibromialgia: estudo controlado e randomizado”.

Eu discuti com o fisioterapeuta Andréia Salvador Baptista sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

 Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

 Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual. (*Somente para o responsável do projeto*)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

 Assinatura do responsável pelo estudo data ____/____/____.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 1 de setembro de 2006
CEP 1044/06

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) ANDRÉIA SALVADOR BAPTISTA
Co-Investigadores: Bárbara Aquino, Jamil Natour (Orientador)
Disciplina/Departamento: Reumatologia/Medicina da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref. Projeto de pesquisa intitulado: **“Efeito da dança sobre pacientes com fibromialgia: estudo controlado randomizado”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico com intervenção terapêutica.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: risco mínimo, sem procedimentos invasivos.

OBJETIVOS: Avaliar a efetividade da dança como tratamento da dor, melhora da qualidade de vida e da imagem corporal de pacientes com fibromialgia.

RESUMO: Serão randomizados 70 pacientes por sorteio sendo distribuídos em dois grupos: com intervenção (dança) e grupo controle. O estudo será realizado no Setor de Reabilitação da Disciplina de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina. Serão incluídos pacientes portadores de fibromialgia segundo a classificação de ACR, 1990. Os pacientes poderão utilizar analgésico (paracetamol) até 6 vezes ao dia de acordo com a intensidade da dor que sentirem, trazendo no dia da avaliação a quantidade de comprimidos tomados anotados na carteirinha. As avaliações serão : Inicial, após 15 semanas de intervenção e 3 meses depois do término da atividade. Os instrumentos utilizados serão: Teste de 6 minutos de caminhada, Escala visual analógica de dor (EVA), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Medical Outcome Survey Short Form 36 (SF-36), Beck , Inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE) Questionário body dysorphic disorder examination (BDDE), desenho da figura humana (DFH). A técnica de dança utilizada será a dança de ventre, realizado 2 vezes por semana em sessões de 60 minutos..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo bem fundamentado, estimulando a prática de exercícios através da dança.

MATERIAL E MÉTODO: Foram apresentados todos os instrumentos que serão utilizados.

TCLE: adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: MESTRADO.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 27/08/2007 e 21/08/2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

You are logged in as Jamil Natour

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Arthritis Care and Research*.

Manuscript ID:	ACR-09-0689
Title:	Effectiveness of dance on patients with fibromyalgia
Authors:	Baptista, Andreia Villela, Ana Luiza Jones, Anamaria Natour, Jamil
Date Submitted:	24-Aug-2009

 Print  Return to Dashboard

ScholarOne Manuscripts™ v4.2.0 (patent #7,257,767 and #7,263,635). © ScholarOne, Inc., 2009. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.
[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)



Obrigada!!!