



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

GABRIELA DE SOUSA SILVA RIOS

**INGESTÃO E PERCEPÇÃO ALIMENTAR DE PORTADORES DE FADIGA
CRÔNICA EM POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMILIA**

TERESINA-PI

2017

GABRIELA DE SOUSA SILVA RIOS

**INGESTÃO E PERCEPÇÃO ALIMENTAR DE PORTADORES DE FADIGA
CRÔNICA EM POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Ciências e Saúde da Universidade
Federal do Piauí, para obtenção
do título de Mestre em Ciências e
Saúde

Orientadora:

Prof.^a. Dr.^a. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo (UFPI)

Co-Orientador:

Prof. Dr. Luís Carlos Nacul (Professor Associado da London School of Higiene &
Tropical Medicine, Londres)

Colaboradores:

Prof.^a Dr.^a. Eliana Mattos Lacerda (Professora Assistente da London School of
Higiene & Tropical Medicine, Londres)

Estatístico Marcos Antônio da Mota Araújo (Fundação Municipal de Saúde/
Teresina-PI)

Prof. MSc. Gilvo de Farias Júnior (UFPI)

TERESINA-PI

2017

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

R586i Rios, Gabriela de Sousa Silva.
Ingestão e percepção alimentar de portadores de fadiga crônica em população coberta pela Estratégia Saúde da Família / Gabriela de Sousa Silva Rios. -- Teresina, 2017.
67 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação em Ciências e Saúde, 2017.
"Orientadora: Profa. Dra. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo."
Bibliografia

1. Fadiga crônica. 2. Ingestão alimentar. 3. Percepção alimentar. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 616.047

GABRIELA DE SOUSA SILVA RIOS

**INGESTÃO E PERCEPÇÃO ALIMENTAR DE PORTADORES DE FADIGA
CRÔNICA EM POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMILIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Data da aprovação: 13 / 03 / 2017

BANCA EXAMINADORA

Presidente

Prof.^a Dra. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo

1^a Examinadora

Prof.^a Dra. Sonia Tuncuduva Philippi

2^o Examinador

Prof. Dr. Airton Mendes Conde Júnior

Examinador Suplente

Prof. Dr. Viriato Campelo

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser o guia de minha vida, meu refúgio e minha fortaleza em todos os momentos, que sempre me conduziu aos melhores caminhos na minha vida pessoal e profissional e me proporcionou as mais incríveis oportunidades.

À minha família- minha mãe Sebastiana Rios, meu pai Ricardo Rios (*in memoriam*), minha avó Isabel de Souza, meu avô José Gomes, meu irmão Marcos Rios, meu sobrinho e afilhado Ricardo Araújo Rios, meu tio Manoel de Jesus, minha tia Fátima Rodrigues, meu primo Kilson Rodrigues, meu sobrinho e afilhado Erick Rodrigues- por serem meu porto seguro, combustível e fonte de amor inesgotável, agradeço imensamente pelo amor, apoio, confiança e dedicação.

Ao Ricardo Freitas pelo amor, afeto, companheirismo, apoio e incentivo.

À minha querida orientadora, professora Dr.^a Regilda Saraiva, por todos os ensinamentos, contribuições, apoio, dedicação, conselhos e compreensão no decorrer deste trabalho, contribuindo não apenas para minha formação profissional, mas também pessoal.

Ao professor Marcos Antônio da Mota Araújo pela importante contribuição na realização e consolidação desse trabalho.

Ao professor Gilvo de Farias Júnior pelo treinamento e colaboração nessa pesquisa.

Ao Dr. Luís Carlos Nacul pela co-orientação e Dr.^a Eliana Mattos Lacerda pela colaboração, além das importantes contribuições acerca do tema estudado nesse trabalho.

À Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI pela autorização para realização da pesquisa em especial à Dr.^a Amariles Borba.

Aos professores Sonia Tucunduva Philippi e Airton Conde Júnior pela disponibilidade para avaliação do trabalho bem como as sugestões e contribuições a cerca do estudo.

Aos professores do Mestrado Ciências e Saúde pelos ensinamentos e contribuições nessa jornada.

À Claudia Vieira, por me dar a oportunidade de ganhar uma linda amizade. Obrigada pelo companheirismo nas coletas de dados, disciplinas e demais atividades do mestrado, mas também pelas conversas, conselhos, bons exemplos e os ótimos cafés que podemos desfrutar nesse período.

À Débora Sampaio e demais alunos da graduação pela valiosa colaboração na coleta de dados.

À Layane Saraiva pelo companheirismo, otimismo, prestatividade e garra na coleta de dados dessa pesquisa.

Aos participantes da pesquisa pela contribuição e receptividade com que nos receberam e puderam fazer com que essa conquista se concretizasse.

Aos queridos amigos pela amizade, apoio e incentivo em mais uma jornada.

Aos funcionários do CCS e Departamento de Nutrição pelo auxílio e presteza.

RESUMO

A Fadiga Crônica-FC é uma enfermidade que interfere diretamente na qualidade de vida de seus portadores. Distúrbios de ansiedade, alterações do sono, fadiga excessiva e comprometimento da capacidade funcional e cognitiva são queixas frequentes que culminam em mudanças na rotina para realizar atividades cotidianas, podendo inclusive interferir no comportamento alimentar desses indivíduos. O trabalho teve por objetivo investigar mudanças na ingestão e percepção alimentar de portadores de Fadiga Crônica residentes em área coberta pela Estratégia Saúde da Família de Teresina, PI. Foram entrevistados 6595 indivíduos, dos quais 104 foram diagnosticados com Fadiga Crônica. Foi aplicado questionário para identificar os portadores da Fadiga Crônica e depois um questionário abordando temas como situação do apetite, mudanças na ingestão alimentar, modificações do peso corporal, percepção da influência da alimentação sobre a Fadiga Crônica e capacidade para o preparo da alimentação. Para tanto os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Para análise estatística dos dados utilizou-se o Programa SPSS versão 21.2. Os testes estatísticos utilizados foram o *t* de *Student* para média de idade e sexo, qui-quadrado para variáveis nominais e *Kruskal-Wallis* para proporções. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Dos 104 casos de FC verificou-se que a maioria eram mulheres com média de idade de 40,7 anos. Para a maioria dos entrevistados o acometimento da doença não interferiu na situação do apetite, permanecendo esse inalterado, assim como a ingestão alimentar que não sofreu mudanças em decorrência da enfermidade. Ansiedade foi o sintoma mais citado pelos pesquisados como fator determinante para o aumento no consumo alimentar habitual de alguns entrevistados sendo que os grupos mais citados nesse aumento foram os dos doces e frituras, enquanto que a fadiga excessiva foi associada à redução da vontade de se alimentar resultando em restrição do consumo por outros. Os grupos alimentares mais restringidos foram os das carnes vermelhas, doces, frituras, e álcool. O ganho de peso foi mais prevalente nesses indivíduos quando analisadas alterações ponderais após o aparecimento dos sintomas. Na percepção da maioria dos pesquisados a alimentação influencia na melhora ou piora dos sintomas relativos à fadiga e a maior parte deles apesar dos sintomas apresentados ainda eram capazes de preparar a própria alimentação. Concluiu-se que a FC pode influenciar na ingestão e percepção alimentar dos indivíduos diagnosticados, entretanto, para a maioria dos pesquisados não houve alteração na situação do apetite, mudanças no hábito alimentar e comprometimento acentuado de tarefas como preparo de refeições.

Palavras-chave: Fadiga Crônica; Ingestão Alimentar; Percepção Alimentar; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Chronic Fatigue-CF is a pathology that directly interferes with the quality of life of its patients. Anxiety disorders, sleep disturbances, excessive fatigue and impairment of functional and cognitive capacity are frequent complaints that lead to changes in the routine to perform daily activities, and may even interfere with the eating behavior of these individuals. The objective of this study was to investigate changes in dietary intake and perception of patients with chronic fatigue in an area covered by the Family Health Strategy of Teresina, PI. A total of 6595 individuals were interviewed, of whom 104 were diagnosed with Chronic Fatigue. A questionnaire was applied to identify patients with Chronic Fatigue and then a questionnaire addressing topics such as appetite status, changes in dietary intake, changes in body weight, perception of the influence of diet on the pathology and capacity to prepare food. Participants signed a free and informed consent form. The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Piauí. For the statistical analysis of the data, the SPSS Program version 21.2 was used. The statistical tests used were Student's t for mean age and sex, chi-square for nominal variables and Kruskal-Wallis for proportions. The level of significance was set at $p < 0.05$. Of the 104 CF cases, it was found that the majority were women with a mean age of 40.7 years. For most of the interviewees, the disease did not interfere in the appetite situation, which remained unchanged, as well as the food intake that did not change due to the pathology. Anxiety was the most cited symptom among those surveyed as a determinant factor for the increase in habitual food consumption of some interviewees, and the groups most cited in this increase were those of sweets and fries, while excessive fatigue was associated with a reduction in the desire to feed. Resulting in restriction of consumption by others. The most restricted food groups were those of red meats, sweets, fried foods, and alcohol. Weight gain was more prevalent in these individuals when weight changes were analyzed after the onset of symptoms. In the perception of the majority of the researched, food influences the improvement or worsening of symptoms related to fatigue and most of them, despite the symptoms presented, were still able to prepare their own food. It was concluded that CF can influence the ingestion and food perception of the diagnosed individuals, however, for the majority of those surveyed, there was no change in appetite status, changes in eating habits, and marked impairment of tasks such as meal preparation.

Keywords: Chronic Fatigue; Food Intake; Food Perception; Family Health Strategy.

LISTA DE TABELAS

1- Média de idade segundo o sexo nos portadores de Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.....	26
2- Ingestão de Alimentos restringida e aumentada por indivíduos com Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.....	31
3- Respostas relativas à influência da Fadiga Crônica no peso corporal. Teresina-PI, 2016	33
4- Respostas referentes à influência da Fadiga Crônica no peso corporal por faixa de peso. Teresina-PI, 2016.....	34

LISTA DE FIGURAS

1- Porcentagem de pessoas com Fadiga Crônica segundo o sexo em Teresina-PI, 2016	25
2- Situação relativa ao apetite de portadores de Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016	27
3- Modificações na ingestão alimentar por indivíduos com Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.....	30
4- Respostas relativas à influência da alimentação nos sintomas da Fadiga Crônica. Teresina-PI, 2016.....	36
5- Respostas referentes ao preparo das refeições por indivíduos com Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

(CDC)- Centers for Disease Control and Prevention

(ESF)- Estratégia Saúde da Família

(HPA)- Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal

(FC)- Fadiga Crônica

(IBGE)- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(INCA)- Instituto Nacional do Câncer

(SFC)- Síndrome da Fadiga Crônica

(SPSS)- Programa *Statistical Package for the Social Sciences*

(TCLE)-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(WHO)- World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Fadiga Crônica	13
2.2 Epidemiologia	14
2.3 Diagnóstico	15
2.4 Tratamento	17
2.5 Aspectos Nutricionais na Fadiga Crônica	18
3 OBJETIVOS	21
3.1 Geral	21
3.2 Específicos	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 Critérios Éticos	22
4.2 Desenho e período do estudo	22
4.3 Tamanho e seleção da amostra	23
4.4. Coleta de dados	24
4.5 Manuseios dos dados	24
4.6 Análise Estatística	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1 Prevalência	26
5.2 Situação do apetite	27
5.3 Ingestão alimentar X Fadiga Crônica	30
5.4 Modificações do peso corporal	34
5.5 Percepção Alimentar	36
5.6 Preparo da alimentação	38
6 CONCLUSÕES	41
7 SUGESTÕES	42
8 REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	52
APÊNDICES	64

1 INTRODUÇÃO

Fadiga é um sintoma que apesar de possuir uma definição aparentemente clara, traz consigo um alto nível de complexidade. Sua compreensão oscila entre uma abordagem basicamente objetiva, fisiológica, ligada ao declínio de funcionamento de um tecido, órgão ou função, e uma definição subjetiva ou mental que leva em considerações vários fatores e abrange o organismo como um todo (ZORZANELLI, 2010).

A Fadiga Crônica (FC) de maneira geral é caracterizada por cansaço generalizado ou falta de energia e pode ser classificada a partir do seu período de duração como fadiga prolongada (aproximadamente um mês), fadiga crônica ou persistente (persiste por mais de seis meses) e Síndrome da Fadiga Crônica (quando é persistente e associa-se a critérios específicos) (TRINDADE et al., 2008; DARBISHIRE; RIDSDALE; SEED, 2003; SHARPE et al. 1991).

A fadiga considerada crônica possui como característica a incapacidade de restaurar a energia mesmo após o sono, aumento do cansaço e da necessidade de repouso, incapacidade de manter a rotina e necessidade de energia adicional para realizar as tarefas diárias, queixas físicas, sonolência, diminuição da concentração, diminuição de desempenho, libido e introspecção (FINI; CRUZ, et al. 2010).

No caso da Síndrome da Fadiga Crônica, um estágio mais avançado da FC, o diagnóstico requer a presença de fadiga persistente ou recorrente, com início definido e presença de pelo menos quatro das oito queixas subjetivas específicas: prejuízo relevante da memória de curto prazo e concentração, dor de garganta, sensibilidade de linfonodos cervicais ou axilares, dor muscular, dor nas articulações sem evidência de artrite, dor de cabeça de diferentes tipos, sono não restaurador e mal estar pós-exercício de duração maior que 24h, sendo que os sintomas associados devem durar no mínimo seis meses (FUKUDA et al., 1994, MARIMAN et al., 2013; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC, 2011).

A etiologia da Fadiga Crônica não é totalmente esclarecida, é provavelmente complexa e pode envolver funções do sistema imune ou adrenal, associação a marcadores genéticos, histórico de traumas ou a associação destes. Pessoas com essa enfermidade devem ser avaliadas quanto a sintomas de depressão, dor e outros distúrbios (YANCEY; THOMAS, 2012).

As limitações físicas, psicológicas e sociais advindas da Fadiga Crônica, insatisfação com a vida, maior necessidade de assistência para realizar atividades de vida diária, frequente utilização dos serviços de saúde, e estigma pelo não reconhecimento da doença por familiares e cuidadores levam esses indivíduos constantemente a relatarem baixos níveis de qualidade de vida (NACUL et al., 2011a; PARK; KNUDSON, 2007; ANDRESON; FERRANS, 1997; SCHWEITZER et al. 1995).

Dessa forma o diagnóstico precoce e principalmente o tratamento adequado são eventos fundamentais para prover melhora dessa condição. No que diz respeito à abordagem terapêutica, os tratamentos existentes não promovem a cura nem garantem a remissão completa dos sintomas de forma isolada. Como objetivos primários estão, o alívio dos sintomas e aumento da capacidade funcional. Associado a medidas como reabilitação física e social, o desencorajamento do excesso de descanso e isolamento assim como a promoção de suporte para a pessoa e sua família, incluindo seguridade social, assistência educacional e serviços de reabilitação, quando necessários (NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR PRIMARY CARE, 2007; WORKING GROUP OF THE ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2002).

Nesse contexto, foi relatado que uma importante parcela de indivíduos com esse quadro patológico apresenta alterações em seus hábitos e comportamento alimentar decorrentes de sensibilidade química a alimentos, sintomas de intolerância alimentar e influência de orientações prestadas por fontes sem bases científicas como páginas de internet, naturopatas e livros de auto ajuda que orientam muitas vezes a adoção de terapias alternativas, dietas restritivas e uso inadequado de suplementos alimentares, o que tem levado a adoção de regimes alimentares impróprios e potencialmente prejudiciais ao estado nutricional desses pacientes (TRABAL et al., 2012).

Ainda são escassos os estudos envolvendo a relação da alimentação e comportamento alimentar com a Fadiga Crônica, assim, pesquisas envolvendo o tema são fundamentais para elucidação dessa associação, podendo dessa forma contribuir para uma terapêutica adequada que exclua ou diminua o risco relacionado a distúrbios nutricionais nesses pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fadiga Crônica

A fadiga crônica provoca um comprometimento crescente da capacidade funcional, diminuição da força de trabalho, redução da capacidade em realizar atividades rotineiras e é geralmente acompanhada por cansaço, irritabilidade e distúrbios do sono (LIMA JÚNIOR, 2013; BIGATTI et al., 2008).

É frequentemente relatada na população geral, mas devido a sua natureza multifatorial e multidimensional é de difícil avaliação. Ainda são escassas as informações bem fundamentadas a respeito de sua etiologia, suas correlações, a terapêutica adequada e intervenções pertinentes (HEWLETT et al., 2005).

Assim o seu diagnóstico é de fundamental importância, uma vez que por ser um fenômeno subjetivo, pode ser omitida ou confundida com outras respostas. A presença de instrumentos padronizados para sua detecção é importante tanto para as pesquisas como para o tratamento dos pacientes (FINI; CRUZ, 2010).

Para Iwaki e Harada (2015), a fadiga acumulada não representa apenas um problema de saúde, mas se comporta também como uma questão social e econômica visto que essa condição pode influir diretamente na diminuição da eficiência de trabalho e perigos relacionados até ao trânsito devido à redução da vigília que pode vir a causar acidentes.

Trindade et al. (2008) referem ainda que indivíduos com Fadiga Crônica na maioria dos casos não conseguem trabalhar em tempo integral, o que acarreta prejuízos financeiros para a família, podendo interferir também em sua frequência na escola ou faculdade que podem até ser interrompidas.

Assim, ainda para os autores acima, os médicos devem mediar a ajuda com diversos profissionais de saúde e educação a fim de implementar um programa de reabilitação que envolva suporte médico, psicológico e terapia ocupacional. Além de interceder junto à família, empregadores, instituições educacionais e organismos sociais em defesa do paciente, o que pode inclusive melhorar ou promover bons resultados clínicos.

No que se refere à Síndrome da Fadiga Crônica, esta tem sido citada no contexto das síndromes funcionais entre as quais estão a Fibromialgia, Síndrome do

Cólon Irritável, Síndrome Pré-menstrual, Síndrome de Da Costa, lesões por esforço repetitivo e a sensibilidade química múltipla (WALLACE; CLAUN, 2005).

Em uma pesquisa realizada por Mariman et al. (2013) na Bélgica, foi verificado que 49,8% dos pacientes com FC pesquisados apresentava distúrbios do sono, e que 45,2% eram propensos a desenvolver distúrbios psiquiátricos, sendo os mais prevalentes o transtorno de humor em 26,5% e transtorno de ansiedade em 14%.

Em muitos casos de FC, tem sido associado o início dos sintomas após uma infecção viral, infecção do trato respiratório superior, influenza, entre outros vírus, o que tem conduzido pesquisas na busca de vírus que estejam relacionados à causa da doença com a hipótese de que a FC fosse devida a uma infecção viral persistente. As pesquisas demonstram que alguns vírus são mais propensos a desencadear a fadiga e que algumas pessoas são mais susceptíveis que outras para adquirir a enfermidade (MORINET; CORRUBLE, 2012; VIEIRA, 2013; HOTOPF et al.,1996).

2.2 Epidemiologia

Estudo realizado na Noruega avaliou 3500 indivíduos adultos sobre a presença de fadiga a partir de questionários e verificou 22% de casos de fadiga substancial e 11% de casos de fadiga persistente (mais de seis meses) sendo esses casos mais prevalentes em mulheres e na maioria dos casos quanto menor a escolaridade maior o grau de fadiga (LOGE; EKEBERG; KAASA, 1998).

No mesmo período na Dinamarca, adultos foram avaliados a respeito de vários tipos de fadiga e corroboraram os dados de maior prevalência em mulheres, em indivíduos de classes sociais mais desfavorecidas e também em portadores de doenças crônicas (WATT et al. 2000).

Na Inglaterra e Reino Unido foi diagnosticada fadiga persistente com duração de mais de seis meses em 18% dos 15000 entrevistados e foi relatada mais por mulheres que homens (ZIMMER; LIMA, 2004). Outro estudo verificou que num total de 1000 consultas realizadas em um ano, 18 pacientes apresentaram queixa de fadiga (DARBISHIRE; RIDSDALE; SEED, 2003).

Em Atenção Primária à Saúde estima-se que a prevalência da Fadiga Crônica está entre 0,5 a 2,5%, dependendo da capacidade de avaliação e que a incidência

gira em torno dos 0,4% para FC na população (WORKING GROUP OF THE ROYAL AUSTRALASIAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2002).

Estudos realizados em comunidades obtiveram baixa prevalência de FC entre adultos em torno de 0,2 a 0,4% (PRINS et al., 2006). Para Morinet e Corruble (2012) a prevalência de Fadiga Crônica em adultos varia de 0,25% a 5%, com taxas mais altas em mulheres que homens e mais frequente em pessoas com menor grau de escolaridade. A prevalência estimada é menor em crianças e adolescentes e tem início geralmente em adultos jovens.

No Brasil ainda são escassos os dados epidemiológicos a respeito da Fadiga Crônica uma vez que poucos são os estudos relacionados ao tema no país, diferente de países como Inglaterra, Reino Unido e Canadá. Revela-se ainda a falta de conhecimento da enfermidade por profissionais e pacientes brasileiros que atribuem os sinais e sintomas a crenças e tradições que se relacionam às patologias associadas à fadiga (CHO et al., 2008).

Cho et al. (2009) realizaram estudo epidemiológico comparativo da prevalência da FC na atenção primária brasileira e britânica e constataram uma prevalência de 1,6% no Brasil e 2,1% na Grã Bretanha. Em relação aos dados brasileiros aproximadamente 80% dos diagnosticados com a fadiga crônica na cidade de São Paulo eram do sexo feminino, idade média de 31,7 anos, casadas e empregadas.

2.3 Diagnóstico

A fadiga pode ser mensurada pelos relatos dos pacientes ou por medidas objetivas como no caso de escalas de auto-avaliação que contemplam aspectos subjetivos da fadiga medindo parâmetros como intensidade, evolução, sintomas associados, entre outros. Algumas escalas mais específicas são utilizadas quando há patologia de base e possuem maior sensibilidade e especificidade ao método, como é o caso de escalas validadas para pacientes com câncer, esclerose múltipla, entre outras (TILBERY, 2005). As escalas para medição de fadiga mais utilizadas na prática clínica são a Escala Visual Analógica (KOS et al., 2006), Escala de Fadiga de Chalder (CHALDER et al., 1993; MENDES et al., 2000) e Escala de Severidade da Fadiga (FILHO et al., 2010; KRUPP et al., 1989).

Ainda existe uma complexidade em diagnosticar essa enfermidade uma vez que não se demonstrou consistentemente um substrato anatomofisiológico e falta

um padrão biológico que se possa associar a um agente causador da doença restando muitas vezes apenas a análise clínica para diagnosticá-la, uma vez que não há biomarcadores para diagnóstico. Essa subjetividade provoca diversas questões conflituosas que dificultam a aceitação da doença por parte de familiares, amigos, cuidadores, colegas de trabalho, profissionais de saúde e planos de saúde do paciente. Dessa forma o ônus da doença pode em alguns casos recair sobre o portador a quem cabe na maioria das vezes, lutar sozinho para vencer sua condição patológica (ZORZANELLI, 2010).

Conforme Prins et al. (2006), muito dos estudos sobre FC se concentraram em seus aspectos físicos sem o foco para aspectos psicológicos e psiquiátricos. Foram procuradas explicações nas infecções virais, nas respostas neuroendócrinas, no sistema imunológico, nos padrões de sono, na constituição genética, entre outros.

Apesar dos estudos tentarem encontrar padrões para diagnósticos por imagem ainda utiliza-se para tanto o relato, os sinais e sintomas apresentados pelo pacientes, além da utilização de questionários validados.

O primeiro passo para avaliação diagnóstica é a histórica clínica que deve investigar o fenômeno fadiga e outros sintomas como fraqueza, dispneia, intolerância ao esforço, sonolência, perda de motivação ou prazer. Avalia-se ainda a existência de condições que possam explicar a fadiga como câncer, o uso abusivo de drogas e medicamentos e ocorrência de fatores estressantes atuais e passados que possam estar associados ao quadro (TRINDADE et al., 2008; GODWIN et al., 1999).

Em seguida realiza-se exame físico que de maneira geral não apresenta resultados anormais na FC e se direciona a exclusão de outras doenças como déficits neurológicos, anemia, insuficiência cardíaca, problemas respiratórios, infecções ocultas e tumores. Avaliação Psicológica para descartar transtornos psiquiátricos e realização de exames laboratoriais para exclusão de doenças são as etapas seguintes para o diagnóstico definitivo (TRINDADE et al., 2008).

Os critérios de diagnóstico do CDC (2012) para a Fadiga Crônica levam em consideração o aparecimento de fadiga severa com duração igual ou maior que seis meses que não melhora com o descanso, redução considerável de atividade física e quatro dos oito sintomas: memória ou concentração prejudicada, mal-estar pós-exercício, alterações do sono, dor muscular, dor em articulações múltiplas, dores de cabeça de um novo tipo ou maior gravidade, dor de garganta frequente,

sensibilidade nos linfonodos. Acrescenta-se aos aspectos acima mais dois fatores: diminuição das funções cognitivas e comprometimento da capacidade funcional.

2.4 Tratamento

De maneira geral recomenda-se que os profissionais de saúde, apesar do cansaço constante relatado pelos pacientes, encorajem o descanso apenas dentro do necessário e que exercícios orientados sejam realizados com bastante cuidado, além de que qualquer comorbidade deve ser tratada de forma adequada (JOSEPH et al., 2012).

Psicoterapeutas têm demonstrado a influência do pensamento e seu impacto na forma que as pessoas se sentem e agem. Esses profissionais podem ajudar pacientes com FC a reconhecerem suas limitações e assim lidarem com a situação. Estudos vêm relatando que a Terapia Cognitiva Comportamental tem papel positivo no tratamento da FC, sendo que pacientes referem sentir-se “melhores” ou “muito melhores” após a terapia (WHITE et al., 2011).

No que diz respeito à Terapia Cognitiva Comportamental, o seu propósito se reflete no ensino de estratégias ao pacientes no sentido de gerenciar suas atividades, seus fatores estressantes e sintomas. Essa prática parece reduzir os sintomas e melhorar o funcionamento geral do indivíduo, permitindo que os pacientes com FC lidem melhor com limitações e possam descobrir as possíveis soluções para diferentes fatores envolvidos em sua saúde (CDC, 2006).

Um estudo realizado por Flo e Chalder (2014) em que a Terapia Cognitiva Comportamental foi um recurso utilizado no tratamento de pacientes com FC em Londres verificou numa escala de auto avaliação que 60,8% dos indivíduos relataram sentir-se melhor ou muito melhor após a terapia. A não aceitação emocional sobre a doença foi associado com pior resultado na escala de melhoria. A idade avançada também foi relacionada com pior prognóstico da enfermidade.

Esse estudo obteve resultados semelhantes ao trabalho de Quarmby et al (2007) em que 57% dos pacientes em cuidados de rotina com a mesma terapia referiram melhoras após essa conduta terapêutica.

Entretanto o papel desta terapia foi recentemente questionado ao reanalisar os dados de um controverso estudo que dá suporte a esta terapia (WILSHIRE et al., 2016).

Outro método de tratamento que envolve a Fadiga Crônica é a prática da Terapia Gradativa de Exercícios. Autores verificaram que pacientes que utilizaram esse tipo de terapia sentiam-se menos fadigados que indivíduos de grupo controle e tiveram sua capacidade funcional aumentada. Também foi verificado que apesar de não ser detectada a cura do quadro patológico, uma importante parcela dos pacientes que utilizaram essa terapêutica de forma contínua por período aproximado de dois anos reduziu de forma significativa os sintomas associados à doença (PARDAENS, 2006; EDMOND; McGUIRE; PRICE, 2004; POWELL et al., 2004; BAGNALL et al., 2002).

Para Teitel (2012) a adoção de dieta saudável, técnicas de gestão do sono, medicamentos para reduzir a dor e desconforto, medicamentos para tratar ansiedade e depressão, além de manter a vida social ativa e utilizar técnicas de relaxamento e redução do estresse são medidas que podem colaborar na atenuação dos sintomas e melhora na qualidade de vida desses pacientes.

2.5 Aspectos nutricionais na Fadiga Crônica

Alguns estudos surgiram na década de 90 na tentativa de relacionar suplementação de nutrientes e melhora no quadro de Fadiga Crônica tais como ácido fólico, zinco, e vitaminas do complexo B (JACOBSON et al., 1993; MELVYN, 2000; LAPP; CHENEY, 1993; RIGDEN, 1995; GRANT; VELDEE; BUCHWALD, 1996).

De uma maneira geral a deficiência desses nutrientes parece estar envolvida no próprio processo da doença e não necessariamente ao consumo alimentar desses indivíduos (MELVYN, 2000).

Há evidências de que pacientes com FC parecem ser deficientes de ácido fólico, pois grande parcela dos pacientes homens e pacientes mulheres apresentou deficiência do micronutriente e a outra parte foi detectada níveis limites para esse nutriente (JACOBSON et al., 1993).

Entretanto, estudos envolvendo suplementação de ácido fólico não obtiveram êxito em seus resultados de forma a concretizar essa evidência. Os dados não apoiam a base de que a administração desse nutriente promova melhora do quadro de fadiga e nos casos em que aconteceu foi preciso uma quantidade muito maior

desse nutriente quando comparada à deficiência isolada do mesmo (MELVYN, 2000).

Isso também ocorreu no comportamento de outros nutrientes como o zinco e a vitamina B12 (LAPP; CHENEY, 1993; RIGDEN, 1995).

Grant, Veldee e Buchwald (1996) verificaram que pacientes com FC que possuíam padrão e qualidade alimentar similar a pessoas saudáveis não apresentaram consumo diferenciado para esses nutrientes e que o uso de suplementos vitamínicos e minerais com 100 a 220% das recomendações diárias para tais não promoveu melhora no quadro de fadiga e não deixaram de apresentar a deficiência dos nutrientes. Trabal et al. (2012) também obteve resultados semelhantes com pacientes realizando ingestão dietética de suplementos que ultrapassavam os 100- 200% da recomendação diária dos nutrientes para população saudável.

O consumo inadequado de suplementos vitamínicos e minerais com níveis superiores aos limites de consumo é considerado um risco e pode ocasionar efeitos adversos à saúde, devendo ser consumido apenas em situações de real necessidade e com orientação profissional adequada (BRUNACIO et al., 2013; MATSUMOTO; SAMPAIO; BASTOS, 2015).

A ingestão aumentada desses nutrientes pode trazer prejuízos à saúde nutricional desses indivíduos. O consumo aumentado de zinco, por exemplo, pode interferir no metabolismo do cobre e pode produzir sintomas associados à anemia e neutropenia em pacientes com anemia falciforme e doença celíaca. O consumo inadequado de ferro pode interferir no metabolismo do HDL colesterol, assim como o consumo inadequado de cálcio pode interferir na função renal, por exemplo. (FOSMIRE, 1990).

Recomendações para a dieta de pacientes com FC foram direcionadas tais como o consumo de carboidratos integrais de baixo índice glicêmico, rica em frutas, carnes magras, peixes, derivados da soja, baixo teor de gorduras, sódio e açúcares com intervalo de três a quatro horas entre as refeições. O seguimento da dieta foi colocado como fator importante para o controle de peso, e é sugerido que nos momentos que houver exacerbação dos sintomas como cansaço, não deixar de se alimentar e recorrer a refeições mais simples e lanches nutritivos. Na presença de intolerâncias alimentares indica-se o acompanhamento por nutricionista (THE ASSOCIATION OF UK DIETITIANS, 2015).

Foram encorajadas ainda o aumento no consumo de nozes e sementes, ingestão adequada de líquidos e redução no consumo de café, bebidas açucaradas e álcool. Deve-se segundo a recomendação verificar possíveis intolerâncias e alergias alimentares que devem ser acompanhadas por profissional de saúde (NUTRI ADVANCED, 2016).

Estudo que verificou o estilo de vida em pacientes quando comparados com indivíduos saudáveis não encontrou diferenças significativas de influência desse estilo de vida e piora nos sintomas de fadiga e funcionalidade, mesmo naqueles que possuíam adequado comportamento como não fumar, comer vegetais, fibras e não ingerir álcool. No entanto os autores relatam que uma limitação do estudo seria a pequena amostra estudada, o que pode ter influenciado no resultado (GOEDENDORP et al., 2009).

Trabal et al. (2012) também analisando informações referentes à alimentação em pacientes com FC verificaram que não existe um padrão referente à alimentação desses indivíduos, que o consumo de suplementos vitamínicos e de minerais é um fato, e que dietas de restrição são adotadas por esses pacientes, mas que não foi percebido melhora no quadro clínico com essas mudanças no hábito alimentar na percepção dos entrevistados. Ressaltaram ainda que mais estudos referentes ao papel da alimentação nessa enfermidade devem ser realizados a fim de se identificar e prevenir riscos nutricionais aos indivíduos acometidos.

Dessa maneira, verifica-se que a Fadiga Crônica, apesar de não ser uma enfermidade totalmente esclarecida quanto a sua etiologia e que ainda necessita de mais estudos relacionados a diagnóstico e tratamentos eficazes, é uma condição que afeta diretamente a qualidade de vida dos portadores. O acometimento pela enfermidade pode levar ao comprometimento de diversas funções fisiológicas e cognitivas, acarretar mudanças na rotina pessoal e levar a limitações físicas, psicológicas e sociais, bem como modificar hábitos, entre estes, o hábito alimentar desses indivíduos, que pode culminar em riscos para saúde e agravar ainda mais o quadro patológico.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Investigar mudanças na ingestão alimentar e percepção de adultos portadores de Fadiga Crônica (FC) que residem em área coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Teresina- PI.

3.2 Específicos

- Determinar a prevalência de FC em adultos assistidos pela ESF.
- Verificar a situação do apetite em portadores de FC.
- Analisar as mudanças na ingestão alimentar de indivíduos com FC.
- Identificar a existência de modificações no peso corporal após o acometimento da doença.
- Avaliar a percepção alimentar dos portadores de FC quanto à influência da alimentação sobre a enfermidade e preparo da alimentação.

4 METODOLOGIA

Este projeto tratou-se do recorte de uma pesquisa intitulada: “Prevalência Populacional de Fadiga Crônica na cidade de Teresina-PI”, coordenada pela orientadora em parceria com o co-orientador e docente da London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido.

4.1 Critérios Éticos

Essa pesquisa foi autorizada pela Fundação Municipal de Saúde (Anexo I) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí- CAAE nº 47860815.1.0000.5214-4, Parecer nº1872440- (Anexo II). Os sujeitos aptos à pesquisa foram convidados a participarem por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo III).

➤ Critérios de inclusão:

- Indivíduos adultos entre 18 e 65 anos que consentiram em participar do estudo após assinar o TCLE e com capacidade cognitiva para responder o questionário.
- Não haver qualquer condição médica não tratada que explicasse os sintomas de Fadiga Crônica, tais como hipotireoidismo, apneia do sono, efeitos colaterais de uso crônico de medicamentos, episódios de depressão maior com traços psicóticos, esquizofrenia, anorexia ou bulimia nervosa, alcoolismo ou dependência de drogas até dois anos antes do início dos sintomas de fadiga crônica, obesidade mórbida (IMC=>45) e uso de medicações que interferisse no apetite.

4.2 Desenho e período do estudo

Estudo transversal realizado no município de Teresina- PI, abrangendo a população residente em área assistida pela Estratégia Saúde da Família, no período correspondente aos meses de outubro de 2015 a julho de 2016.

4.3 Tamanho e Seleção da amostra

A amostra inicial do estudo foi estimada em 8000 indivíduos. Para o cálculo amostral foi considerada prevalência de 0,2% de Fadiga Crônica na população, aceitando-se 0,1% como pior resultado (NACUL et al., 2011b; JOHNSTON et al., 2013). A precisão desejada em torno da prevalência foi de 0,1% para um intervalo de confiança de 95%. Pereira (2011) foi referência para o cálculo amostral. Utilizou-se a fórmula $n = pq/E^2$. Sendo “p” a proporção da população diagnosticada com Fadiga Crônica; “q” a proporção da população livre da Fadiga Crônica; “E” o erro-padrão; e “n” o número total da amostra.

A população amostral foi recrutada pelo método de coleta combinado, envolvendo randomização simples, conglomerados e sistematização da seguinte forma: inicialmente foi feito o cálculo proporcional de famílias por conglomerados (neste caso os conglomerados foram as áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, previamente selecionadas por sorteio simples).

Procedeu-se inicialmente o sorteio simples da área (bairro), e em seguida o sorteio simples das ruas do bairro sorteado. Para cada família estimou-se um número de 1,5 adultos na faixa etária em estudo.

Iniciou-se a pesquisa no lado esquerdo da rua e ao término das residências procedeu-se a coleta no lado direito da mesma rua. Em cada um dos lados visitou-se a primeira residência da rua sorteada e para cada domicílio visitado, deixou-se 2 sem visitar e visitou-se o terceiro seguinte, e assim por diante, até o término do número de domicílios na área selecionada (coberta pela Estratégia Saúde da Família). No caso de domicílios fechados ou com residentes em faixa etária diferente do objetivo do estudo selecionou-se o domicílio subsequente.

Nas ruas em que foram verificadas situações de perigo e risco à integridade física da equipe de coleta, selecionou-se a área subsequente.

A amostra final do estudo contou com um número de 6595 indivíduos em decorrência de perdas de informações advindas de questionários incompletos, abandono da pesquisa e dificuldade de acesso a áreas com alto nível de periculosidade.

Para o cálculo da prevalência considerou-se o número de casos x 100/ número da população pesquisada (DUQUIA;BASTOS; 2007): $104 \times 100 / 6595$. Dessa maneira a prevalência verificada foi de 1,5% nessa população.

4.4 Coleta de dados

A coleta foi realizada por equipe composta por discentes da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí. A equipe recebeu treinamento para adequada aplicação dos instrumentos de coleta de dados por professor com experiência em pesquisa na área de saúde pública.

Inicialmente foi aplicado questionário validado (Anexo IV) para a identificação dos portadores de Fadiga Crônica (NACUL et al., 2011b). Este questionário incluía perguntas referentes aos sintomas associados à Fadiga Crônica, bem como análise do histórico de doenças pregressas, período de duração dos sintomas e interferência dos sintomas sobre as atividades rotineiras.

Dos 6595 indivíduos pesquisados, 104 casos de Fadiga Crônica foram diagnosticados. Estes indivíduos diagnosticados preencheram questionário (Apêndice A) sobre aspectos da ingestão e percepção alimentar envolvendo questões referentes a mudanças de hábitos na alimentação, decorrentes do quadro clínico, como situação do apetite, aumento da ingestão e/ou restrição de grupos alimentares, percepção de influência da alimentação na melhora e piora do quadro patológico e modificações no peso corporal.

4.5 Manuseio dos dados

Os dados coletados nos questionários submetidos à população participante foram armazenados eletronicamente por entrada dupla em bancos de dados seguros. Os questionários foram guardados em local seguro e manuseados apenas por membros da equipe de pesquisa, que mantiveram a anonimidade dos participantes e confidencialidade dos dados. Após procedimentos de checagem de qualidade e limpeza dos dados os mesmos foram analisados.

4.6 Análise Estatística

Na análise dos dados foi utilizado o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.2 (SPSS, 2014). Os resultados foram apresentados em forma de tabelas simples e cruzadas e figuras de distribuição de frequência. Para verificar diferença significativa entre média de idade e sexo, foi utilizado o teste *t* de

Student. Nas variáveis nominais utilizou-se o teste do qui-quadrado e o teste de *Kruskal-Wallis*, a fim de testar diferenças entre proporções. O erro aceitável foi de 5% ($p < 0,05$), com nível de confiança de 95% (HIBE, 2013).

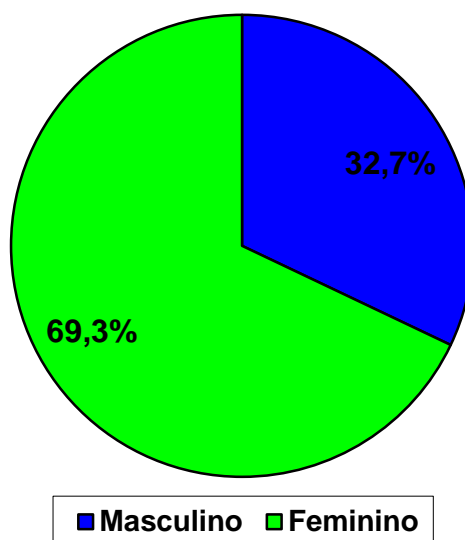
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Prevalência

Foram confirmados 104 casos de Fadiga Crônica (FC) nos 6595 indivíduos pesquisados na cidade de Teresina-PI no período de julho de 2015 a julho de 2016, nas áreas cobertas pelo Programa Estratégia Saúde da Família, o que corresponde a uma prevalência de 1,5% nessa população.

A Figura 1 apresenta a porcentagem de pessoas diagnosticadas com Fadiga Crônica segundo o sexo. Entre os casos, 69,3% (70) eram do sexo feminino, 32,7% (34) do sexo masculino. O teste qui-quadrado, mostrou diferença significativa ($p < 0,001$) entre as proporções.

Figura 1. Porcentagem de pessoas com Fadiga Crônica segundo o sexo em Teresina-PI, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa.

A média de idade dessa população foi de 39,0 anos para homens e 40,7 anos para as mulheres. Dessa forma não houve diferença estatística significativa entre as idades segundo o sexo, conforme o teste *t* de *Student* ($p < 0,8765$). A média de idade geral foi de 40,1 anos. A Tabela 1 demonstra a faixa etária segundo o sexo nos indivíduos com FC.

Tabela 1. Média de idade segundo o sexo nos portadores de Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.

Sexo	Média	Desvio padrão
Masculino	39,0	9,8
Feminino	40,7	10,4
Média geral	40,1	10,9

Teste *t* de Student: $p = 0,867$

Fonte: Dados da pesquisa.

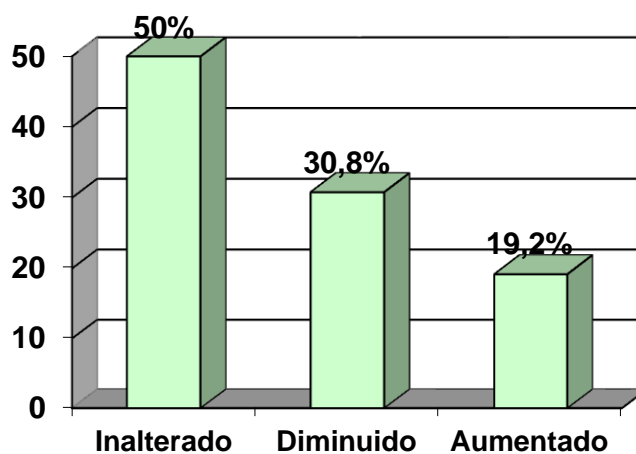
De acordo com Bierl et al. (2004) e Reeves et al. (2007), as mulheres são duas vezes mais propensas a desenvolver a Fadiga Crônica que homens e é mais comum em pessoas acima dos 40 anos.

Dos pesquisados em um estudo sobre prevalência e preditores de recuperação da Fadiga Crônica realizado em Londres, 72% dos diagnosticados era do sexo feminino (FLO; CHALDER, 2014). No trabalho de Mariman et al. (2013), dos 377 pacientes estudados, 279 (74%) eram mulheres com idade média de 38,8 anos. Roberts et al. (2016) ao estudar pacientes com FC verificou que dos 2147 casos diagnosticados com a doença, 1533 eram mulheres o que corresponde a 71,4% do total.

5.2 Situação do apetite

No que diz respeito à situação do apetite dos indivíduos com a enfermidade pode-se observar, conforme a Figura 2, que a maioria dos indivíduos com Fadiga Crônica (52) não apresentou alterações no apetite após o aparecimento dos sintomas relativos à FC, o que corresponde a 50% das respostas. Os que declararam ter apresentado diminuição no apetite correspondeu a 30,8% (32), enquanto que 19,2% (20) relataram ter apresentado apetite aumentado no decorrer do quadro patológico. Houve diferença significativa ($p = 0,001$), segundo o teste de *Kruskal-Wallis*.

Figura 2. Situação relativa ao apetite de portadores de Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa.

O apetite é entendido como o desejo, a vontade de comer. Sabe-se que a expressão do apetite é regulada no cérebro e quimicamente codificada no hipotálamo. Além disso, a ingestão alimentar e o gasto energético também são modulados na região hipotalâmica do cérebro (FERRETTI et al., 2011).

A metade (50%) dos indivíduos com Fadiga Crônica pesquisados relatou não ter percebido alterações relacionadas ao apetite mantendo sua alimentação como de costume. O relato de diminuição do apetite veio em seguida por 30,8% dos entrevistados. Para alguns desses indivíduos a alimentação passou a ser considerada apenas uma necessidade biológica, deixando o desejo e a vontade de comer por prazer como algo secundário e menos importante.

Alterações no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) têm sido estudadas em portadores da FC e os resultados demonstraram redução na atividade desse eixo e leve hipocortisolismo, incluindo cortisol plasmático reduzido, produção reduzida de cortisol livre de 24 horas e reduzido cortisol salivar. Muitos fatores influenciam a secreção de cortisol, incluindo alterações no sono, na atividade e no apetite, quadros comumente associados aos portadores da FC. Ressalta-se que as alterações no eixo HPA foram consideradas, pelos pesquisadores, consequências e não causa da FC (CLEARE, 2003).

Alterações nos níveis de cortisol também estão relacionadas a mudanças na concentração e metabolismo da serotonina (CORTEZ; SILVA, 2007) (JURUENA; CLEARE, 2007), sendo que as concentrações cerebrais de serotonina estão

relacionadas a mudanças no humor, ansiedade, depressão, sono, fadiga e ainda controle do apetite (LAM; HEISLER, 2007; LAM et al., 2008).

A serotonina é considerada entre outros hormônios, como hormônio do prazer, (SAWAYA; FILGUEIRAS, 2013), dessa forma baixos níveis desse componente podem estar relacionados à diminuição da sensação de prazer ao se ingerir um alimento.

O apetite encontrou-se aumentado para 19,2% dos entrevistados. Alguns participantes associaram o aumento do apetite à presença da ansiedade. Para muitos o convívio com os sintomas, a redução nas atividades de trabalho e lazer, que por vezes os deixavam ociosos contribuíam para o aumento da ansiedade, que levava à vontade aumentada de se alimentar. Alguns dos indivíduos demonstraram um aumento na vontade de consumir principalmente doces e guloseimas.

Estudos relataram que baixos níveis ou problemas com o receptor de serotonina têm sido relacionados com um maior desejo por determinados grupos alimentares como, por exemplo, o grupo dos carboidratos, em especial os doces. Indivíduos com quantidades normais do hormônio demonstraram atingir mais facilmente a saciedade e maior controle da ingestão alimentar (ROSSI; TIRAPEGUI, 2004; BELL; ABRAMS; NUTT, 2001).

Segundo Souza et al. (2011) cada indivíduo está sujeito a diversos fatores que vão interferir na escolha do tipo e quantidade de alimento a ser consumida. Esse comportamento alimentar pode ser regulado por vários mecanismos e estes podem variar entre pessoas e até em uma mesma pessoa dependendo do seu estado emocional.

A regulação do apetite pode ser influenciada dentre outros fatores, por situações de estresse, sendo que este pode afetar a saúde no ponto de vista dos processos fisiológicos diretos, mas também do ponto de vista comportamental tais como a escolha e ingestão de alimentos (HEPWORTH et al., 2010; WALLIS; HETHERINGTON, 2009; ZELLNER et al., 2007).

O estresse é outro sintoma comumente relatado pelos pacientes com FC, como consequência da presença dos sintomas como fadiga excessiva, ansiedade, cansaço decorrente das alterações do sono, o que muitas vezes acaba por interferir no apetite do indivíduo condicionando suas escolhas alimentares. Para Gibbert e Brito (2011), a qualidade do sono bem como o número de horas de sono também pode influenciar na regulação do apetite.

5.3 Ingestão alimentar X Fadiga Crônica

Os pesquisados foram indagados quanto à restrição e aumento na ingestão de diferentes grupos de alimentos após o aparecimento dos sintomas relacionados à Fadiga Crônica. Entre os entrevistados, 65,4% (68) referiram não ter realizado modificações intencionais na ingestão alimentar devido à doença. Já 21,2% (22) relataram ter feito restrição alimentar devido os sintomas da doença, enquanto que 13,4% (14) confirmaram o aumento na ingestão de determinados grupos alimentares devido à enfermidade.

O teste de *Kruskal-Wallis* apresentou diferença significativa ($p = 0,001$) entre as variáveis questionadas. Os dados referentes às modificações na ingestão alimentar foram expressos na Figura 3.

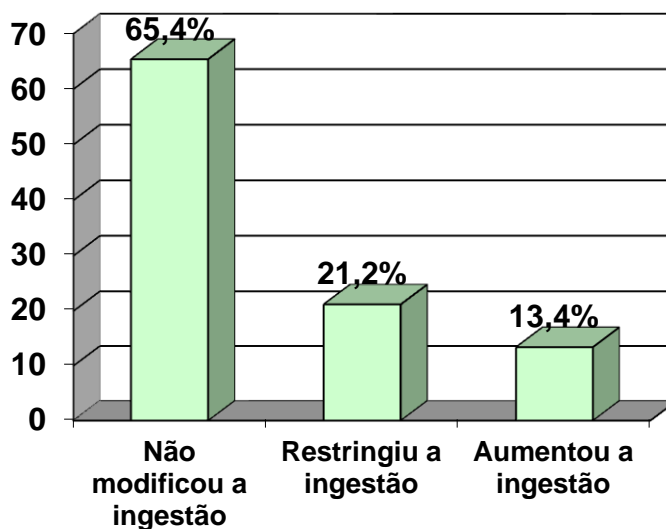
Segundo Levy-Costa et al. (2005), a ingestão alimentar é determinada pelas escolhas alimentares dos indivíduos e constitui um processo complexo, que envolve fatores biológicos, socioculturais e psicológicos.

Para a maioria dos entrevistados com FC (65,4%) o aparecimento dos sintomas relacionados à Fadiga Crônica não influenciou na ingestão alimentar dos mesmos, mantendo assim suas rotinas alimentares habituais. Para os demais (34,6%) a restrição ou aumento na ingestão alimentar foram práticas adotadas após o quadro patológico, na maior parte dos casos essas mudanças ocorreram, segundo os participantes, sem acompanhamento e orientação de um profissional de saúde habilitado para esse fim, o que poderia contribuir para exposição dos indivíduos a fatores de risco nutricional.

Estudos demonstram que escolhas e planos alimentares sem o devido acompanhamento de profissional qualificado podem gerar riscos potenciais à saúde (PACHECO; OLIVEIRA; STRACIERI, 2009).

As orientações alimentares para portadores de FC indicam a necessidade do consumo de uma alimentação saudável e composta por todos os grupos alimentares em equilíbrio (THE ASSOCIATION OF UK DIETITIANS, 2015; NUTRI ADVANCED, 2016).

Figura 3. Modificações na ingestão alimentar por indivíduos com Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), uma alimentação considerada saudável, deve fornecer, de forma harmônica, todos os nutrientes essenciais ao bom funcionamento do organismo, assim o equilíbrio, a moderação, a variedade, o prazer, a garantia de acesso, sabor e custo acessível devem ser características dessa alimentação, além disso, Philippi (2014) acrescenta que é importante também respeitar o hábito alimentar da população.

Uma boa nutrição conseguida por meio de uma dieta nutritiva é vital para que o organismo funcione melhor assim, deve-se ingerir vários alimentos diferentes todos os dias, pois nenhum alimento ou grupo de alimentos possuem todos os nutrientes necessários, sendo preciso, a combinação dos mais diversos alimentos.

Para manter o vigor do organismo, a dieta deve conter porções diárias dos seguintes alimentos: frutas e verduras, como fontes de vitaminas e minerais, alimentos proteicos como carnes, peixes, ovos, leite e derivados, fontes de proteínas importantes para regeneração de tecidos e formação celular, cereais como arroz, macarrão, pães e massas em geral que são ótimas fontes de energia e óleos vegetais e açúcares de forma moderada (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Na Tabela 2 estão apresentadas as respostas em relação aos alimentos que foram restringidos ou que tiveram sua ingestão aumentada pelos 36 participantes da

pesquisa que relataram terem modificado a ingestão alimentar após o aparecimento dos sintomas.

Tabela 2. Ingestão de Alimentos restringida e aumentada por indivíduos com Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.

Alimentos	Restrição (%)	Aumento (%)
Carnes brancas	22,7	21,4
Carnes vermelhas	50,0	21,4*
Cereais	27,3	21,4*
Doces	45,4	71,5*
Frituras	50,0	35,7*
Frutas e Hortaliças	9,1	28,6*
Laticínios	18,2	14,2*
Leguminosas	4,5	28,5*
Sopas e Caldos	-	14,2
Suplementos vitamínicos e minerais	-	-
Álcool	31,8	-

(-) Não houve citação (*) diferença significativa entre os percentuais ao nível de $p < 0,05$. Teste do qui-quadrado

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos indivíduos citou mais de um grupo de alimentos que tiveram a ingestão modificada após serem acometidos pela FC.

Os grupos alimentares mais citados pelos 22 indivíduos que referiram terem realizado restrições alimentares foram: o grupo das carnes vermelhas com 50%, frituras com 50%, os doces com 45,4% e o álcool com 31,8%.

As restrições na ingestão da carne vermelha, frituras e doces foram consideradas pelos entrevistados uma busca em obter uma alimentação mais saudável após o aparecimento da Fadiga Crônica. Estudo realizado por Arranz et al. (2012) demonstrou que pacientes, uma vez diagnosticados, com um tipo de síndrome funcional que tinha como sintomas fadiga, dor e alterações do sono,

realizaram mudanças nos hábitos alimentares buscando alternativas mais saudáveis na tentativa de melhorar os sintomas apresentados.

Essas escolhas realizadas pelos indivíduos com FC vão ao encontro do recomendado pelo CDC (2011) que indica para pacientes portadores da doença uma dieta rica em frutas e vegetais, produtos lácteos não gordurosos, peixes, leguminosas, carnes magras, pobre em gorduras saturadas, gorduras trans e com baixo teor de sódio e açúcares.

Parte dos indivíduos acometidos pela doença relatou ter restringido e até abolido o consumo de álcool uma vez que consideravam a bebida prejudicial à saúde e acreditavam que o seu consumo poderia estar relacionada à piora dos sintomas ou evolução da doença.

No trabalho realizado por Woolley, Allen e Wessely (2004), foram avaliados 114 pacientes com FC, destes indivíduos, dois terços relataram que tinham reduzido ou parado completamente de ingerir álcool. As causas determinantes para essa redução foram: a exacerbação dos sintomas físicos, piora nos sintomas de depressão e ansiedade.

No estudo de Trabal et al (2012) que analisou o padrão alimentar de indivíduos com FC, quase 80% dos entrevistados relataram terem restringido o consumo de produtos lácteos, 43% restringiram o consumo de carne e 71% relataram restringir todos os tipos de bebidas alcoólicas.

No caso dos 14 entrevistados que referiram terem aumentado a ingestão de grupos alimentares após o aparecimento dos sintomas, temos que: houve aumento na ingestão de frutas e hortaliças por 28,6% e leguminosas por 28,5%. Doces e frituras tiveram a ingestão aumentada por 71,5% e 35,7% dos entrevistados, respectivamente.

Ao contrario dessa pesquisa que mostrou que 28,6% dos indivíduos que relataram terem aumentado a ingestão de grupos alimentares, buscaram aumentar o seu consumo de frutas e hortaliças, os estudos de Trabal et al. (2012) e Goedendorp et al (2009) verificaram uma baixa ingestão de vegetais em pacientes com FC.

Essas pesquisas demonstraram que uma boa parcela de pacientes com FC recorriam ao uso de suplementos vitamínicos e minerais na tentativa sem êxito de melhorar os sintomas da doença. A ingestão indiscriminada e sem prescrição profissional desses suplementos chegava a 100-200% das recomendações nutricional para esses nutrientes. No entanto, essa categoria não foi mencionada

pelos participantes dessa pesquisa. Assim os suplementos alimentares não foram utilizados como recursos ergogênicos para melhora do quadro de cansaço/fadiga característico da doença.

Nesse contexto, verificou-se que não existia um padrão de ingestão alimentar pelos indivíduos diagnosticados com Fadiga Crônica envolvidos nessa pesquisa.

5.4 Modificações do peso corporal

Quando investigados quanto a modificações do peso corporal após início dos sintomas da Fadiga, 30,8% dos entrevistados relataram não terem sofrido mudanças no peso corporal, 26% relataram terem perdido peso e 43,2% afirmaram terem apresentado ganho de peso (Tabela 3).

As alterações de peso relatadas pelos entrevistados foram estratificadas por faixa de peso e expressas na Tabela 4. De acordo com os dados apresentados, dos 27 entrevistados que relataram perda de peso 70,4% tiveram perda ponderal de até cinco quilogramas. Já nos 45 indivíduos que relataram ganho de peso, 60% tiveram ganho ponderal que variou de seis a dez quilogramas.

Tabela 3. Respostas relativas à influência da Fadiga Crônica no peso corporal. Teresina, 2016.

Alteração no peso	Número	%
Não houve alteração de peso	32	30,8
Perda de Peso	27	26,0
Ganho de peso	45	43,2
Total	104	100,0

Teste *Kruskal-Wallis*: $p = 0,002$

Fonte: Dados da pesquisa.

Parte dos indivíduos que apresentaram perda de peso relataram ter diminuído sua ingestão alimentar quando havia intensificação dos sintomas como fadiga excessiva. Além disso, foi relatado também mudanças na ingestão alimentar na busca por uma alimentação mais saudável que incluiu a redução no consumo de alimentos calóricos como doces e frituras e aumento no consumo de frutas,

hortaliças e leguminosas. Esses comportamentos podem ter influenciado a mudança de peso corporal.

Tabela 4. Respostas referentes à influência da Fadiga Crônica no peso corporal por faixa de peso. Teresina, 2016.

Estrato de alteração do peso (Kg)	Antropometria			
	Perda		Ganho	
	Número	%	Número	%
0 – 5	19	70,4	12	26,7
6 – 10	06	22,2	27	60,0
Mais de 10	02	7,4	06	13,3
Total	27	100,0	45	100,0

Teste qui-quadrado: $p = 0,001$

Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda assim, essa redução do peso corporal manteve-se no menor estrato de mudança de peso, demonstrando que essas alterações corporais não foram muito acentuadas.

No caso dos portadores de FC que ganharam peso, o fato foi atribuído por alguns entrevistados, a fatores como a redução no nível de atividades físicas e a presença de sintomas como ansiedade que colaboravam para aumento na ingestão de alimentos. Uma parte dos entrevistados relatou o aumento na ingestão de determinados grupos alimentares que possuem elevados valores calóricos como os doces e frituras.

Dos que apresentaram esse aumento ponderal, a maioria situou-se na faixa de ganho referente a seis e dez quilogramas, o que pode contribuir para a ocorrência de excesso de peso. Sabe-se que o excesso de peso pode predispor o aparecimento de outras condições de saúde como a obesidade além de aumentar o risco para doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, câncer, entre outras (BRASIL, 2013; IBGE, 2010).

Balaios (2009) ressalta que o hábito de comer, de forma emotiva, deixa de ser um consumo saudável, e pode resultar em ganho de peso excessivo. Além disso, o

ganho de peso é influenciado por fatores biológicos e fatores psicológicos que podem levar à ingestão compulsiva por alimentos.

Um estudo de Arranz et al. (2010) realizou uma busca sistemática em artigos publicados entre 1998 e 2008 e verificou que o ganho de peso com consequente quadro de excesso de peso e obesidade é frequente em portadores de síndromes funcionais, a exemplo da fibromialgia, que também possui sintomas semelhantes à FC como cansaço, dores e alterações do sono. Para os autores, o controle de peso foi considerado uma ferramenta importante na melhora dos sintomas da doença.

Para Montani et al. (2006), flutuações de peso corporal tanto em pessoas com enfermidades, como em pessoas saudáveis devem ser evitadas, uma vez que evidências demonstram a sua relação com morbidade e mortalidade cardiovascular. Pessoas com flutuações constantes de peso têm mais chances de desenvolver hipertensão, acúmulo de gordura visceral, resistência à insulina e dislipidemias.

5.5 Percepção Alimentar

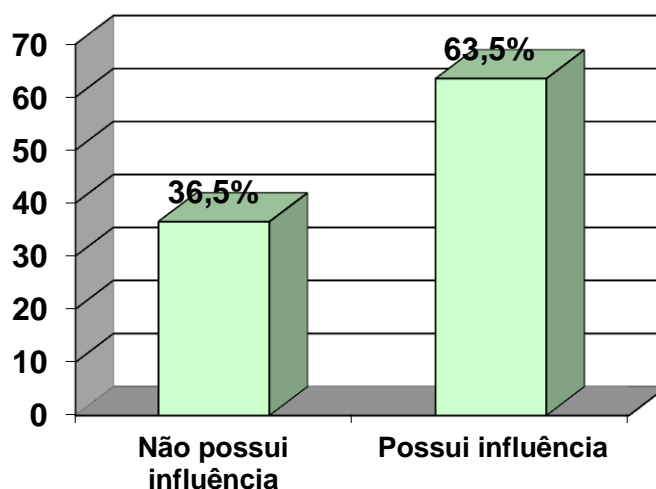
Ao serem perguntados: “**O senhor(a) considera que sua alimentação tem influência na melhora ou piora em relação a doença (Fadiga)**”, 63,5% (66) dos entrevistados responderam de forma afirmativa, enquanto que 36,5% (38) responderam que consideram que a alimentação não tem influência sobre a doença (Figura 4). O teste do qui-quadrado mostrou diferença significativa ($p = 0,001$) entre as proporções das respostas.

Nesse contexto, a nutrição tem assumido papel importante no tratamento da FC, atuando principalmente na diminuição dos sintomas. Nicolson e Ellithorpe (2006) realizaram revisão bibliográfica e verificaram que terapias de substituição lipídica e dietas ricas em antioxidantes estão relacionadas à atenuação dos sintomas de doenças com sintomatologia de fadiga.

Verificou-se na presente pesquisa que muitos indivíduos modificaram sua ingestão alimentar após o acometimento da doença adotando uma dieta mais saudável em busca de atenuar os sintomas e melhorar o quadro patológico. Diversos são os estudos que buscam como a alimentação pode influenciar na melhora do quadro clínico relacionado à Fadiga Crônica, assim, Myhill (2009) verificou que uma dieta rica em vegetais, alimentos antioxidantes, probióticos e carboidratos de boa qualidade podem contribuir para essa melhora.

Assim como, segundo Sathyapalan (2010), os alimentos ricos em polifenóis que são recomendados para prevenção e auxílio no tratamento de doenças crônicas, devido sua atividade antioxidante. No referido estudo portadores de FC utilizaram um chocolate rico em polifenóis e foi verificado melhora nos sintomas referentes à fadiga.

Figura 4. Respostas relativas à influência da alimentação nos sintomas da Fadiga Crônica. Teresina-PI, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa.

Pacientes acometidos por uma síndrome funcional de sintomas semelhantes aos da FC foram investigados quanto à percepção do consumo alimentar sobre os sintomas da doença, e foi verificado o relato de que a maioria dos pacientes acreditava que seus sintomas eram afetados pela ingestão alimentar (LI; MICHELETTI 2011).

A influência da alimentação sobre a evolução dos sintomas de pacientes com fibromialgia, uma síndrome funcional caracterizada pela presença de dores, fadiga e distúrbios do sono, foi estudada por Martinez, Bevilacqua e Sacoman (2015) e foi averiguado em diversos estudos que uma dieta composta por alimentos ricos em triptofano, aminoácido precursor de serotonina, pode ser benéfica nesses pacientes. Alimentos ricos em ômega 3 e ômega 6 também foram citados uma vez que atuam no equilíbrio homeostático e bom funcionamento do sistema nervoso. Dieta rica em

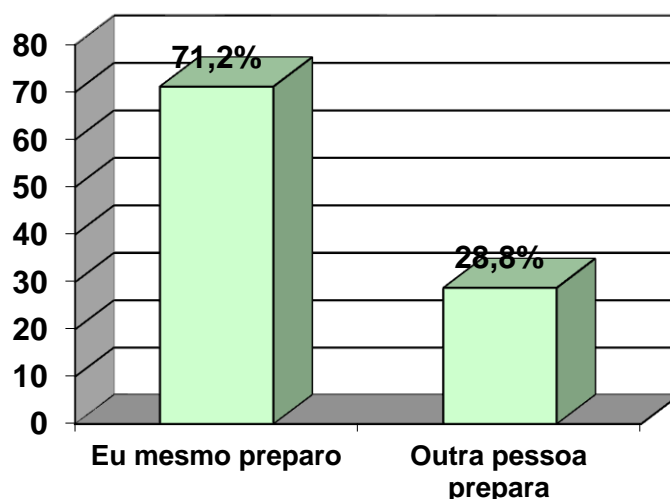
alimentos ditos naturais, hortaliças, legumes e proteínas de origem vegetal foi sugerida para um estado de saúde mais saudável.

Contudo, ao analisar a percepção pessoal dos pacientes sobre a influência da alimentação sobre os sintomas da doença foi relatado que eles não atribuíam a melhora dos sintomas à dieta consumida (MARTINEZ; BEVILACQUA; SACOMAN, 2015).

5.6 Preparo da alimentação

Para o preparo das refeições observou-se que 71,2% (74) dos indivíduos com FC eram capazes de preparar a própria alimentação, enquanto que 28,8% (30) necessitavam de auxílio de outra pessoa para o preparo da mesma, o que representou diferença significativa ($p < 0,001$) segundo o teste qui-quadrado. Os dados citados foram demonstrados na Figura 5.

Figura 5. Respostas referentes ao preparo das refeições por indivíduos com Fadiga Crônica em Teresina-PI, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa.

Foi relatado principalmente pelas mulheres que a capacidade para preparar a própria alimentação adivinha da atribuição em preparar a refeição de toda a família. Segundo elas, não havia outra pessoa que poderia realizar essa ocupação, assim os sintomas da doença não as impediram de fazer a própria alimentação, apesar de se sentirem cansadas com a realização de tal atividade, muitas vezes deixando de se alimentar após o preparado devido o cansaço excessivo.

Os demais indivíduos tinham o auxílio de outras pessoas nessa atividade e quando possuíam condições financeiras favoráveis, por vezes optavam em adquirir o alimento por outras modalidades de aquisição como, por exemplo, o *delivery*.

Dessa maneira, verificou-se que em alguns casos a presença da Fadiga Crônica resultou em redução na capacidade para realização de tarefas habituais como preparo de refeições. Para Lima Júnior (2013), a FC é capaz de acarretar modificações na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença podendo contribuir para a redução da aptidão em realizar atividades habituais (LIMA JÚNIOR, 2013).

Nos estudos de Bigatti et al. (2008) e Havermark e Langius-Eklöf (2006) também foi verificado que condições patológicas que envolvem alterações do padrão do sono podem acarretar impacto negativo sobre a qualidade de vida desses pacientes uma vez que contribuem para a piora de sintomas como fadiga e ansiedade, além de causar prejuízos na realização de atividades habituais da vida diária.

Um estudo recente realizado por Rusu et al. (2015) que teve o objetivo de analisar a associação entre a prevalência de FC e fibromialgia com indicadores de saúde no Canadá, verificou que pacientes diagnosticados com Fadiga Crônica relataram precisar de auxílio para realização atividades da vida diária como preparar refeições, fazer tarefas domésticas e cuidar das finanças pessoais. Essa pesquisa obteve que 79% dos pacientes com a enfermidade reconheceram limitações para realizar atividades diárias e que 41,7% precisavam de ajuda para realizar tarefas rotineiras.

Para Jason et al (2010), a assistência para realizar atividades de vida diária pode contribuir para redução da fadiga excessiva e exaustão em pacientes com Fadiga Crônica, permitindo que esses indivíduos sintam-se mais encorajados e com mais energia.

Considerando todos os pontos abordados no trabalho verifica-se a importância de novos estudos que relacionem a Fadiga Crônica a aspectos nutricionais como ingestão e percepção alimentar, uma vez que a alimentação pode auxiliar na melhora do quadro patológico. Além disso, essa enfermidade pode influenciar diretamente as escolhas alimentares dos portadores da doença, bem como interferir no peso corporal e realização de atividades rotineiras como preparo de refeições,

devendo ser investigada quanto a esses fatores e suas consequências para os pacientes.

6 CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo demonstraram:

- Baixa prevalência de Fadiga Crônica na população estudada e maior número de casos em mulheres acima dos 40 anos de idade.
- Que existe uma influência da Fadiga Crônica sobre o apetite, ingestão e percepção alimentar de portadores da Fadiga Crônica acarretando em alguns casos em mudanças na situação do apetite e no consumo de determinados alimentos e atividades rotineiras como preparo de refeições.
- Que a enfermidade influenciou modificações no peso corporal dos pesquisados, levando principalmente ao ganho de peso.

7. SUGESTÕES

- Estudos qualitativos para melhor compreender as percepções das pessoas acometidas. Influência da dieta/ alimentação e escolhas alimentares.
- Ensaios clínicos de modificação de dieta e suplementos alimentares e seus efeitos na doença.
- Estudos longitudinais sobre o impacto da doença em outras morbidades, como obesidade e desenvolvimento de outras doenças crônicas, como diabetes, doença cardiovascular etc.
- Análise das correlações entre os desfechos estudados, por exemplo, mudanças na dieta e alterações de peso.
- Reavaliar os participantes para observar evolução e confirmar o diagnóstico de síndrome da fadiga crônica ou apenas fadiga crônica.

8. REFERÊNCIAS

1. ANDERSON, J. S; FERRANS, C. E. The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. **Journal of Nervous and Mental Diseases**, v.185, 359–367, 1997.
2. ARRANZ, L. I. et al. Fibromyalgia and nutrition, what do we know? **Rheumatology International**, v.30, n.11, p.1417-1427, 2010.
3. _____ et al. Dietary aspects in fibromyalgia patients: results of a survey on food awareness, allergies, and nutritional supplementation. **Rheumatology International**, v.32, p.1417-1427, 2012.
4. BAGNALL, A. M. et al. The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children, York: University of York, **Center for reviews and dissemination**, 2002.
5. BALAIAS, D. Quando as emoções comandam a fome. **Revista Portuguesa de Psicologia**, Disponível em: <<http://www.revistaperitia.org/>> Acesso em 07/10/16.
6. BELL, C.; ABRAMS, J.; NUTT, D. Tryptophan Depletion and its Implications for Psychiatry. **British Journal of Psychology**, v.178, p.399-405, 2001.
7. BIERL, C. et al. Regional distribution of fatiguing illnesses in the United States: a pilot study. **Population Health Metrics**, v.2, n.1, 2004.
8. BIGATTI, S. M. et al. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. **Arthritis & Rheumatology**, v.59, p.961-967, 2008.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo alimentação saudável. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2008.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013.
11. BRUNACIO, K. H. et al. Uso de suplementos dietéticos entre residentes do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.7, Rio de Janeiro, 2013.

12. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **CFS Toolkit for Health Care Professionals: Cognitive Behavioral Therapy**. 2006. Disponível em: <
http://www.cdc.gov/cfs/pdf/Cognitive_Behavioral_Therapy.pdf> Acesso em 06/06/2016.
13. _____. Recognition and management of Chronic Fatigue Syndrome. A resource guide for health care professionals. **Department of Health and Human Services**, 2011.
14. _____. Chronic fatigue syndrome (CFS), symptoms. **Department of Health and Human Services**, 2012.
15. CHALDER, T. et al. Development of a fatigue scale. **Journal of Psychosomatic Research**, v.33, p.1444-52, 1993.
16. CHO, H. J. et al. The awareness of chronic fatigue syndrome: a comparative study in Brazil and the United Kingdom. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 64, 351-355, 2008.
17. _____. Comparative epidemiology of chronic fatigue syndrome in Brazilian and British primary care: prevalence and recognition. **The British Journal of Psychiatry**, v.194, p.117–122, 2009.
18. CLEARE, A. J. The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome. **Endocrine Reviews**, v.24, n.2, p.236-252, 2003.
19. CORTEZ, C. M.; SILVA, D. Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, 2007.
20. DARBISHIRE, L; RIDSDALE, L; SEED, P. T. Distinguishing patients with chronic fatigue from those with chronic fatigue syndrome: a diagnostic study in UK primary care. **British Journal of General Practice**, v.53, p.441-5, 2003
21. DUQUIA, R. P; BASTOS, J. L. D. Medidas de ocorrência conhecendo a distribuição de agravos, doenças e condições de saúde em uma população. **Scientia Médica**, v.17, n.2, p.101-105, 2007.
22. EDMONDS, M; MCGUIRE, H; PRICE, J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. **Cochrane Database Syst Rev**, n.3, 2004.
23. FERRETTI, S. et al. Developmental overfeeding alters hypothalamic neuropeptide mRNA levels and response to a high-fat diet in adult mice. **Peptides**, v.32, n.7, p.1371-1383, 2011.

24. FILHO, H. A. et al. Principais testes utilizados na avaliação de fadiga na esclerose múltipla. Uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Neurologia**. v.46, n.2, 2010.
25. FINI, A; CRUZ, D. A. L. M. Propriedades psicométricas da Dutch Fatigue Scale e Dutch Exertion Fatigue Scale- versão brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.2, p.216-221, 2010.
26. FLO, E; CHALDER, T. Prevalence and predictors of recovery from chronic fatigue syndrome in a routine clinical practice. **Behaviour Research and Therapy**, v. 63, p.1-8, 2014.
27. FOSMIRE, G. J. Zinc toxicity. **American Journal of Clinical Nutrition**.V.51, P.225-227, 1990
28. FUKUDA, K. et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. **Annals of Internal Medicine**, v.121, n.12, p.953-959, 1994.
29. GIBBERT, G. A.; BRITO, M. N. Relações fisiológicas entre o sono e a liberação de hormônios que regulam o apetite. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.4, n.2, p. 271-277, 2011.
30. GODWIN, M. et al. Investigating fatigue of less than 6 month's duration. Guidelines for family physicians. **Canadian Family Physician**, v. 45, p.373-9, 1999.
31. GOEDENDORP, M. M. et al. The lifestyle of patients with chronic fatigue syndrome and the effect on fatigue and functional impairments. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v.22, n.3, p. 226-231, 2009.
32. GRANT, J.E; VELDEE, M. S; BUCHWALD, D. Analysis of dietary intake and selected nutrient concentrations in patients with chronic fatigue syndrome. **Journal American Dietetic Association**, v.96, p.383-386, 1996.
33. KRUPP, L. B. et al. The fatigue severity scale: application to patients with multiples esclerose and systemic lupus erythematosus. **Archives Neurology**. v.45, p. 1121-1123, 1989.
34. KOS, D. et al. A rapid screening tool for fatigue impact in multiple sclerosis. **BMC Neurology**. v.6, n.27, 2006.
35. HAVERMARK, A. M; LANGIUS-EKLOF, A. Long-term follow up of a physical therapy programme for patients with fibromyalgia syndrome. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** , v.20, n.3, p.315-322, 2006.

36. HEPWORTH, R. et al. Negative mood increases selective attention to food cues and subjective appetite. **Appetite**, v.54, p. 134-142, 2010.
37. HEWLETT, S. et al. Patient's perception of fatigue in rheumatoid arthritis: overwhelming, uncontrollable, ignored. **Arthritis Rheumatology**. v.53, p.697-702, 2005.
38. HIBE, J. **Methods of Statistical Model Estimation**. Chapman & Hall/CRC Press. ISBN 978-1-4398-5802-8, 2013.
39. HOTOPIF, M. et al. Chronic fatigue and minor psychiatric morbidity after viral meningitis: a controlled study. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**. v.60, n.5, p.504-9, 1996.
40. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009> Acesso em: 10/10/16.
41. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- INCA. **Uma boa alimentação durante o tratamento do câncer: dicas para comer**. 2011. Disponível em: http://www.oncologiafrancobrasileira.com/beta/br/web/pdf/livro_nutricao.pdf Acesso em: 08/10/2016.
42. IWAKI, S; HARADA, N. Mental fatigue measurement as application software on consumer devices. **Synthesiology**, v.7, n.4, p.210-217, 2015.
43. JACOBSON W, S. T. et al. Serum folate and chronic fatigue syndrome. **Neurology**, v.43, p. 2645-2647, 1993.
44. JASON, L. A. et al. Provision of Social Support to Individuals with Chronic Fatigue Syndrome. **Journal of Clinical Psychology**, v. 66, n.3, p. 249–258, 2010.
45. JOHNSTON, S. et al. The prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis. **Clinical Epidemiology**, v.5, p.105-110, 2013.
46. JOSEPH, R. et al. Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Treatment. **American Family Physican**. v.86, n.8, 2012.
47. JURUENA, M. F; CLEARE, A. J. Overlap between atypical depression, seasonal affective disorder and chronic fatigue syndrome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, 2007.

48. LAM, D. D; HEISLER, L. K. Serotonin and Energy Balance: Molecular Mechanisms and Implications for Type 2 Diabetes. **Expert Reviews in Molecular Medicine**, v.9, n.5, p.1-24, 2007.
49. LAM, D. D, et al. Serotonin 5-HT_{2C} Receptor Agonist Promotes Hypophagia via Downstream Activation of Melanocortin 4 Receptors. **Endocrinology**, v.149, n.3, p.1323-8, 2008.
50. LAPP, C. W; CHENEY, P. R. The rationale for using high-dose cobalamin (Vitamin B12). **The CFIDS Chronicle Physicians' Forum Fall**, p. 19-20, 1993.
51. LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p.530-40, 2005.
52. LOGE, J. H; EKEBERG, O; KAASA, S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. **Journal Psychosomatic Research**. v.45, p. 53-65, 1998.
53. LI, S; MICHELETTI, R. Role of diet in rheumatic disease. **Rheumatic Disease Clinics North America**, v.37, p.119-133, 2011.
54. LIMA JUNIOR, A. J. **Prevalência e fatores associados à fadiga em idosos não institucionalizados**. 107p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2013.
55. MARIMAN, A. N. et al. Undiagnosed and comorbid disorders in patients with presumed chronic fatigue syndrome. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 75, p.491-496, 2013.
56. MARTINEZ, J. E; BEVILACQUA, J. M; SACOMAN, D. L. B. Influência do tipo de alimentação na evolução dos sintomas apresentados em pacientes com fibromialgia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 2, p. 69 - 72, 2015.
57. MATSUMOTO, L. T. A; SAMPAIO, G. R; BASTOS, D. H. M. Suplementos vitamínicos e/ou minerais: regulamentação, consumo e implicações à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1371-1380, 2015.
58. MELVYN, R. W. Nutrition Strategies for treating Chronic Fatigue Syndrome. **Alternative Medicine Review**, v. 5, n.2, p. 93-108, 2000.

59. MENDES, M. F. et al. Fadiga na forma recorrente da Esclerose Múltipla. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.58, p.471-5, 2000.
60. MENTZ, L. Desordens Funcionais. **International Association for the Study of Pain**, 2009.
61. MONTANI, J. P. et al. Weight cycling during growth and beyond as a risk factor for later cardiovascular diseases: the 'repeated overshoot' theory. **International Journal of Obesity (London)**. Suppl 4:S58-66, 2006.
62. MORINET, F; CORRUBLE, E. Chronic Fatigue Syndrome and Viral Infections. An International Perspective on the Future of Research in Chronic Fatigue Syndrome. **InTech**, 104 pages, ISBN 978-953-51-0072-0, 2012.
63. MYHILL, S. **DIAGNOSING AND TREATING CHRONIC FATIGUE SYNDROME**, 27 ed. Sarah Myhill Limited, Upper Weston, Llangunllo, Knighton, Powys LD7 1SL, 133p, 2009.
64. NACUL, L. C. The functional status and well being of people with myalgic encephalomyelitis/ chronic fatigue syndrome and their carers. **BMC Public Health**, n.11, v. 402, 2011a.
65. NACUL, L. C. et al. Prevalence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) in three regions of England: a repeated cross-sectional study in primary care. **BMC Medicine**, n.9, v.91. 2011b.
66. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE (Great Britain), Royal College of General Practitioners. **Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (or Encephalopathy): Diagnosis and Management of Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (or Encephalopathy) in Adults and Children** . London, England: National Collaborating Centre for Primary Care, Royal College of General Practitioners; 2007.
67. NICOLSON, G. L; ELLITHORPE, R. M. D. Lipid Replacement and Antioxidant Nutritional Therapy for Restoring Mitochondrial Function and Reducing Fatigue in Chronic Fatigue Syndrome and other Fatiguing Illnesses. **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, v.13, n.1, p. 57-68, 2006.
68. NUTRI ADVANCED. **Do you want to beat chronic fatigue?** 2016. Nutri Advanced Ltd, Botany Business Park, Whaley Bridge. Disponível em: < www.nutri.co.uk > Acesso em 07/10/2016.
69. PACHECO, C. Q.; OLIVEIRA, M. A. M. de.; STRACIERI, A. P. M. Análise nutricional de dietas publicadas em revistas não científicas destinadas ao público feminino. **Rev. Nutri Gerais**, Ipatinga, v. 3, n. 4, p. 346-361, 2009.

70. PARDAENS, K. et al. How relevant are exercise capacity measures for evaluating treatment effects in chronic fatigue syndrome? Results from a prospective, multidisciplinary outcome study. **Clinical Rehabilitation**, v.20, n.1, p.56-66, 2006.
71. PARK, J; KNUDSON, S. Medically unexplained physical symptoms. **Health Rep**;v.18, p.:43-47, 2007.
72. PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Ed. Guanabara Koogan, p.595, 2001.
73. PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos Alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. 2 ed. Revisada. Barueri: Manole, 2014.
74. POWELL, P. et al. Patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. 2-year follow-up of randomised controlled trial. **Britain Journal Psychiatry**, 184:142-6, 2004.
75. PRINS, J. B. et al. Chronic fatigue syndrome. **The Lancet**, v.367, p. 346-55, 2006.
76. QUARMBY, L. et al. Cognitive-behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: comparison of outcomes with in and outside the confines of a randomised controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, v.45, p.1085-1094, 2007.
77. REEVES, W. C. et al. Prevalence of chronic fatigue syndrome in metropolitan, urban, and rural Georgia. **Population Health Metrics**, v.5, n.5, 2007.
78. RIGDEN, S. Entero-hepatic resuscitation program for CFIDS. **The CFIDS Chronicle Spring**, p. 46-48, 1995.
79. ROBERTS, E. et al. Mortality of people with chronic fatigue syndrome: a retrospective cohort study in England and Wales from the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLaM BRC) Clinical Record Interactive Search (CRIS) Register. **Lancet**, v.387, p.1638-43, 2016.
80. ROSSI, L, TIRAPEGUI, J. Implicações do Sistema Serotoninérgico no Exercício Físico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**. v.48, n.2, p.227-33, 2004.
81. RUSU, C. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in Canada: prevalence and associations with six health status indicators. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada. **Research, Policy and Practice**, v. 35, n.1, Mar, 2015.

82. SATHYAPALAN, T. et al. High cocoa polyphenol rich chocolate may reduce the burden of the symptoms in chronic fatigue syndrome. **Nutrition Journal**, v.9, n.55, 2010.
83. SAWAYA, A. L; FILGUEIRAS, A. “Abra a felicidade?” Implicações para o vício alimentar. **Revista Estudos Avançados**, v.27, n.78, 2013.
84. SCHWEITZER, R. et al. Quality of life in chronic fatigue syndrome. **Social Science and Medicine**, v. 41, p.1367–1372, 1995.
85. SHARPE, M. C. et al. A report: chronic fatigue syndrome: guidelines for research. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.84, p.118-21, 1991.
86. SOUZA, A. S. et al. O comportamento alimentar e os distúrbios psicológicos. **Psicologia PT**, 2011.
87. STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES-SPSS. Version 21.2, p.879, 2014.
88. TEITEL, A. D. Treatment of Syndrome Fatigue Chronic. **Lagone Medical Center**. New York University, 2012.
89. THE ASSOCIATION OF UK DIETITIANS. Food fact sheet. **Chronic fatigue syndrome**, 2015. The British Dietetic Association (BDA). Disponível em: < www.bda.uk.com/foodfacts > Acesso em 07/10/2016.
90. TILBERY, C. P. **Esclerose múltipla no Brasil**. São Paulo, Editora Atheneu, 2005.
91. TRABAL, J. et al. Patterns of food avoidance in chronic fatigue syndrome; is there a case for dietary recommendations? **Nutricion Hospitalaria**. v.27, n.2, p.659-662, 2012.
92. TRINDADE, T G. et al. Projeto Diretrizes. Fadiga Crônica: Diagnóstico e Tratamento. **Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação**, 2008.
93. VIEIRA, I. Uma análise original da fadiga no trabalho. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p.1359-1368, 2013.
94. WALLACE, D; CLAUN, D. **Fibromyalgia and other central pain syndromes**. Lippincott: Williams & Wilkins, Edição ilustrada, 421p. 2005.

95. WALLIS, D. J; HETHERINGTON, M. M. Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. **Appetite**, v.52, p.355-362, 2009.
96. WATT, T. Fatigue in the Danish general population. Influence of sociodemographic factors and disease. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 54, n.11, p. 827-33, 2000.
97. WHITE, P. D. et al. PACE trial management group. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome: a randomised trial. **Lancet** . v.377, n 9768, p. 823-836, 2011.
98. WILSHIRE, C. et al. Can patients with chronic fatigue syndrome really recover after graded exercise or cognitive behavioural therapy? A critical commentary and preliminary re-analysis of the PACE trial. **Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior**, p.1-14, 2016.
99. WOOLLEY, J; ALLEN, R; WESSELY, S. Alcohol use in chronic fatigue syndrome. **Journal of Psychosomatic Research**, v.56, p.203-206, 2004.
100. WORKING GROUP OF THE ROYAL AUSTRALASIAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Chronic fatigue syndrome. Clinical practice guidelines. **Medical Journal of Australia**, v. 176, S23-S56, 2002.
101. YANCEY, J; THOMAS, S. M. Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Treatment. **American Family Physician**, v. 86, n. 8, 2012.
102. ZELLNER, D. A; SAITO, S; GONZALEZ, J. The effect of stress on men`s food selection. **Appetite**, 49, pp. 696-699, 2007.
103. ZIMMER, P. M; LIMA, A. K. **Cansaço ou fadiga. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.1151-6.
104. ZORZANELLI, R. T. A Síndrome da Fadiga Crônica: apresentações e controvérsias. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 65-71, 2010.

ANEXOS

ANEXO I**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****PROJETO DE PESQUISA****NÍVEL GRADUAÇÃO****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**Teresina, 05 de fevereiro de 2015.

Ilustríssimo Senhor Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Eu, Profª Dra Regilda Saraiva dos Reis Moreira Araújo, responsável principal pelo projeto, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa na Fundação Municipal de Saúde de Teresina, no setor de Vigilância em Saúde, para o trabalho de pesquisa sob o título “Estudo epidemiológico sobre a prevalência da Fadiga Crônica e Síndrome da Fadiga Crônica na cidade de Teresina – PI”, juntamente com a aluna de graduação Débora Thais Sampaio da Silva.

Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivo descrever a prevalência da Fadiga crônica ou Síndrome da fadiga crônica em comunidades assistidas pelo Programa de Saúde da Família na cidade de Teresina segundo determinantes socioeconômicos, assistenciais e biológicos, no ano de 2015, no município de Teresina, Piauí.

Trata-se de um estudo transversal em amostra de 8.000 indivíduos onde a população amostral será recrutada através de método de coleta combinado, envolvendo randomização simples, conglomerados e sistematização, com indivíduos assistidos pelo Programa Saúde da Família e residentes no município de Teresina, Piauí, no ano 2015.

Esta atividade não apresenta riscos aos sujeitos participantes. Os dados deverão ser coletados no período de abril a setembro de 2015.

Espera-se com esta pesquisa, observar a prevalência da Síndrome de Fadiga Crônica na população assistida pelo Programa Saúde da Família, para a definição de ações prioritárias de políticas públicas apropriadas a cada realidade e na formulação de estratégias que permitam o seu controle e a organização da rede assistencial.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail débora.sampaio4@hotmail.com / regilda@ufpi.edu.br e telefones (86) 98518586.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.



Prefeitura de
Teresina

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Autorização Institucional

Eu, LUCIANO NUNES SANTOS FILHO responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

<p><i>Luciano</i> Responsável pela Instituição <u>Luciano Nunes Santos Filho</u> Presidente Fundação Municipal de Saúde</p>	<p>Pesquisadora <i>Regilda Moreira Araújo</i> Prof.ª Dr.ª <u>Regilda Moreira Araújo</u> LABORÓRIO DE OQUILASA DNCCS/UFPI</p>
---	--

ANEXO II



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da Fadiga Crônica e Síndrome da Fadiga Crônica na cidade de Teresina - PI

Pesquisador: Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 47860815.1.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.872.440

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora informa que se trata de um estudo transversal em amostra de 8.000 indivíduos e questiona se a população assistida pela Estratégia Saúde da Família apresenta Fadiga Crônica ou Síndrome de Fadiga Crônica. Para o desenvolvimento da pesquisa, a pesquisadora identifica como "Critério de Inclusão: indivíduos adultos (18 – 65 anos) que consentirem em participar do estudo. Critério de Exclusão: qualquer condição médica não tratada que explique os sintomas de fadiga crônica, tais como hipotireoidismo, apnéia do sono, efeitos colaterais de uso crônico de medicamentos, episódios de depressão maior com traços psicóticos, esquizofrenia, anorexia ou bulimia nervosa, alcoolismo ou dependência de drogas até dois anos antes do início dos sintomas de fadiga crônica, obesidade mórbida (ICM \geq 45). Se algumas dessas condições como, hipotireoidismo, forem adequadamente tratadas (ex. Se o paciente está em uso de medicamento e demais sintomas estão controlados), esses não serão excluídos."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Investigar a prevalência de Fadiga Crônica e Síndrome da Fadiga crônica em adultos que residem em área coberta pelo Programa de Saúde da Família na cidade de Teresina.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **Município:** TERESINA **CEP:** 64.049-550

UF: PI

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Assinado



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 1.872.440

Objetivos Secundários:

- Analisar a prevalência de fadiga crônica (FC) e síndrome da fadiga crônica(SFC) em comunidades atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Teresina;
- Caracterizar clinicamente os casos de FC e SFC e práticas médicas, bem como as investigações e diagnósticos estabelecidos pelos médicos locais, tratamentos e evolução clínica;
- Investigar possíveis fatores de risco para FC e SFC;
- Estabelecer registro de casos de SFC, a serem convidados para participar em outros estudos;
- Verificar ———e atividades de vida diária;
- Prover orientação aos pacientes sobre sua condição clínica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos apresentados pelos trabalhos são mínimos, haja vista que os participantes não terão sua identidade revelada e os entrevistadores assumem a responsabilidade de manter em sigilo qualquer tipo de informação prestada pelos mesmos.

Benefícios:

O diagnóstico de uma possível doenças orientação para tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto de pesquisa está bem elaborado e apresenta os componentes necessários para sua aprovação. A metodologia é clara e os resultados podem trazer grandes benefícios para o diagnóstico de uma possível - doença e a devida orientação para tratamento mis adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram devidamente anexados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta pendências e esta apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

atenuado



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 1.872.440

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_508281.pdf	14/12/2016 00:17:27		Aceito
Outros	QuestionarioAVD.pdf	09/12/2016 14:00:48	Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo	Aceito
Outros	QUESTIONARIOHabitosAlimentares.pdf	09/12/2016 13:58:48	Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpdf.pdf	09/12/2016 13:46:31	Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	14/11/2016 14:39:41	Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_FADIGA.pdf	14/11/2016 14:30:25	Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo	Aceito
Outros	termo de confidencialidade scan.pdf	29/06/2015 11:17:45		Aceito
Folha de Rosto	Scanned-image_30-04-2015-161723.pdf	25/05/2015 14:55:39		Aceito
Outros	fadiga.jpg	05/05/2015 20:55:31		Aceito
Outros	carta de encaminhamento.PDF	30/04/2015 17:11:53		Aceito
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes_(Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araujo).pdf	30/04/2015 17:07:23		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZAÇÃO 1111.PDF	30/04/2015 17:05:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo



Continuação do Parecer: 1.372.440

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



TERESINA, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
(Coordenador)

Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria PROPESQ Nº 10/2016

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO III



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS E NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Prevalência de Fadiga Crônica e Síndrome da Fadiga Crônica na cidade de Teresina-PI

Pesquisador responsável: Profª Pós-Drª Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araujo
Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Nutrição
Telefone para contato: (86) 3237-2062

Pesquisadores participantes:

Profª Pós-Drª Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araujo
Profª Dr. Luis Carlos Nacul
Profª MSc Gilvo de Farias Júnior
Graduanda de Nutrição Débora Thais Sampaio da Silva Nº de Matrícula: 2013926007
Telefones para contato: (86) 3237-2062 / (86) 9851-8586

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a prevalência da Fadiga Crônica e Síndrome da Fadiga Crônica nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família em Teresina-PI. Para isso, o senhor (a) deve responder algumas perguntas.

O estudo não trará nenhum risco ou prejuízo. Assim como não serão gerados formas de indenização e/ou ressarcimento de despesas. No entanto, você será beneficiado ao participar da entrevista para um possível diagnóstico sobre o que se busca.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Profª Dra. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araujo, que pode ser encontrada no telefone (86) 3237-2062 ou pela acadêmica de nutrição Débora Thais Sampaio da Silva, no telefone (86) 9851-8586.

Se o senhor (a) concordar em participar do estudo, você pode experimentar constrangimento ao responder as perguntas, porém o questionário é anônimo sua identidade será resguardada. Assim, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, representantes do Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você poderá retirar o consentimento a qualquer momento apenas procurando um membro da equipe de pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____ RG _____
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Prevalência Populacional de Fadiga Crônica e Síndrome de Fadiga Crônica (SFC) em Áreas do Programa de Saúde da Família", como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o referido estudo. Eu discuti com a acadêmica de Nutrição Débora Thais Sampaio da Silva 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, 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 ambulatorial 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 acompanhamento.

Local: _____ Data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas a equipe de pesquisadores):

Nome _____

RG: _____ Assinatura _____

Nome _____

RG _____ Assinatura _____

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

Teresina-PI, ____ de ____ de ____

 Assinatura do pesquisador

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
 Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
 tel. (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO IV

Avaliação de Fadiga Crônica

Número do Questionário: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ (dd/mm/ano)

Endereço: _____

CEP: _____

9. Anemia grave
10. Problema nos rins
11. Diabetes
12. Doença de Addison
13. Distúrbio bipolar disorder, esquizofrenia, anorexia ou bulimia
14. Esclerose Múltipla
15. Apneia de sono ou narcolepsia
16. Hepatite, tuberculose ou outra infecção crônica
17. Outra doença seria: _____

12. Se você teve alguma dessas doenças, você diria que a(s) doença(s) está(ão) fora de controle?

1. Sim, pelo menos uma delas está fora de controle
2. Não, elas estão estáveis e bem controladas
3. Eu não sei

Muito obrigado(a) por responder a esse questionário!

Comentários

1. Você se sente sempre cansado/fatigado e sente que esse cansaço/fadiga não melhora completamente quando voce descansa?

1. Sim 2. Não (Se "Não", PARE AQUI, após agradecer ao respondente)

2. Esse cansaço acontece SOMENTE porque você tem feito muita atividade física?

1. Sim 2. Não (Se "Sim", PARE AQUI, após agradecer ao respondente)

3. Há quanto tem por sente esse cansaço/fadiga?

1. Menos de 1 mês (Se "menos de um mês", PARE AQUI)

2. De 1 a 3 meses

3. De 3 a menos de 6 meses

4. Mais de 6 meses

5. Toda a minha vida

4. Com que frequência você sente esse cansaço/fadiga?

1. Ocasionalmente/ de vez em quando

2. Menos de 3 vezes por semana

3. Todo dia, ou quase todo dia

5. Esse cansaço/fadiga afeta (dificulta) suas atividades pessoais, sociais, de trabalho, ou em família?

1. Não, de jeito nenhum

2. Um pouco, mas eu ainda posso fazer a maioria das coisas que eu costumava fazer normalmente

3. Eu precisei parar pelo menos algumas das minhas atividades

4. Eu não posso mais fazer as atividades que eu costumava fazer

Antes

6. Você diria que as suas atividades diminuíram mais da metade do que você costumava fazer antes de adoecer?

1. Sim, diminuíram mais de 50%

2. Não, diminuíram menos da metade, ou não diminuíram nada

3. Eu não sei

7. Você diria que o seu cansaço/fadiga é debilitante e afeta a sua capacidade de fazer atividades físicas ou mentais?

1. Sim

2. Não

3. Eu não sei

8. Você teve alguma infecção no começo da sua doença?

1. Sim, e foi confirmada por um exame feito em laboratório

2. Sim, mas não foi confirmada por um exame feito em laboratório

3. Não, eu não tive infecção no começo da minha doença

4. Eu não sei

9. Você tem alguma doença que explique os seus sintomas de cansaço/fadiga?

1. Sim

2. Não

3. Eu não sei

Se sim, qual doença? _____

Nas questões 10 e 11 por favor marque todos os itens citados

10. Você tem ou teve alguns desses sintomas nos últimos 6 meses?

1. Problemas de memória ou concentração

2. Dor de garganta

3. Gânglios doloridos no pescoço ou axilas

4. Dor em duas ou mais juntas, sem inchaço ou vermelhidão

5. Dores de cabeça (pior do que pode ter tido antes da doença)

6. Sono que não descansa

7. Mal estar depois de esforços, que dura mais de 24 horas

8. Dor muscular

9. Desconforto muscular

10. Fraqueza muscular sem explicação

11. Dores migratórias na juntas, sem inchaço ou vermelhidão

12. Cansaço/fadiga depois de esforço (que dura mais de 24 horas)

13. Intolerância a exercício físico (é difícil fazer exercícios físicos)

14. Febre baixa ou calafrios

15. Confusão ou desorientação

16. Dificuldade para entender as coisas

17. Dificuldade para pensar

18. Sensibilidade a claridade (luz) ou barulho

19. Enxaqueca (pior do que as que você pode ter tido antes)

20. Problemas de qualidade/duração do sono (excluir apnéia do sono)

21. Ansiedade

22. Depressão

23. Intolerância/dificuldade a permanecer em pé

24. Suor abundante ou mãos e pés frios

25. Qualquer outro sintoma relacionado com o cansaço/fadiga: _____

11. Algum médico já falou que você tem alguma dessas doenças?

1. Hipotireoidismo (tireóide funciona "devagar")

2. Hipertireoidismo (tireóide funciona "acelerada")

3. Fibromialgia

4. Síndrome da fadiga crônica ou síndrome de fadiga pós-viral

5. Câncer. Qual tipo de câncer? _____

6. Artrite reumatóide

7. Outras doenças reumáticas: _____

8. Problema de coração

APÊNDICES

APÊNDICE A



Universidade Federal do Piauí
 Centro de Ciências da Saúde
 Mestrado em Ciências e Saúde
 Discente: Gabriela de Sousa Silva Rios
 Orientação: Prof. Dra. Regilda Saraiva Dos Reis Moreira-Araújo

QUESTIONÁRIO

Nº : _____

Sexo: F M Data: ___/___/___

1) Como se comporta o apetite do senhor (a) nos episódios de fadiga?

Inalterado Diminuído Aumentado

2) O senhor (a) faz alguma restrição ou aumento no consumo de alimentos nos episódios de fadiga?

Não modifico meu consumo Restrinjo Aumento

3) Se restringir ou aumentar, quais?(Em caso de resposta negativa passar para próxima questão).

RESTRIÇÃO

- Carnes brancas
- Carnes vermelhas
- Cereais
- Doces
- Frituras
- Frutas e Hortaliças
- Laticínios
- Leguminosas
- Sopas e caldos
- Suplementos Vitamínicos/Minerais
- Alcool

AUMENTO

- Carnes brancas
- Carnes vermelhas
- Cereais
- Doces
- Frituras
- Frutas e Hortaliças
- Laticínios
- Leguminosas
- Sopas e caldos
- Suplementos Vitamínicos/Minerais
- Alcool

4) Como o senhor (a) obtém sua alimentação nos episódios de fadiga?

Eu mesmo preparo Outra pessoa prepara Compro/ Delivery

5) O senhor (a) considera sua que sua alimentação tem influencia na melhora ou piora no seu episódio de fadiga?

Não possui influência Possui influência

6) O senhor (a) apresentou perda/ ganho de peso após o aparecimento dos episódios de fadiga?

Não houve alteração de peso Perda de peso Ganho de peso

7) Em caso afirmativo, quanto peso o senhor (a) perdeu/ganhou após o aparecimento desse quadro?

Perda 0 a 5 kg 6 a 10 kg Mais de 10 kg

Ganho 0 a 5 kg 6 a 10 kg Mais de 10 Kg

