



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

**FADIGA CRÔNICA E SUA RELAÇÃO COM AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
EM POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestranda: Cláudia Maria da Silva Vieira

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo
(DN/UFPI)

Teresina

2017

Cláudia Maria da Silva Vieira

**FADIGA CRÔNICA E SUA RELAÇÃO COM AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
EM POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ciências e Saúde como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Co-orientador: Prof. Luis Carlos Nacul, PhD
(*London School of Higyene & Tropical Medicine*)

Colaboradores:

Prof^a. Dr^a Eliana MattosLacerda (*London School of Higyene& Tropical Medicine*)

MSc. Marcos Antônio da Mota Araújo (FMS/THE-PI)

Prof. MSc. Gilvo de Farias Júnior (DN/UFPI)

Teresina

2017

**FADIGA CRÔNICA E SUA RELAÇÃO COM AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
EM POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CLÁUDIA MARIA DA SILVA VIEIRA

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ciências e Saúde da UFPI, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências e Saúde.

Aprovada em: 13/03/17.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo (Presidente-Orientadora) -
(DN/CCS/UFPI)

Prof^a. Dr^a. Sonia TucunduvaPhillipi (1^a Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Solange Maria Ribeiro Nunes Lages (2^a Examinadora)

Prof. Dr. Airton Mendes Conde Júnior (Suplente)

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

Vieira, Cláudia Maria da Silva.

65711 Fadiga crônica e sua relação com as atividades da vida diária em população coberta pela Estratégia Saúde da Família / Cláudia Maria da Silva Vieira. -- Teresina, 2017.

77 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. Estratégia Saúde da Família. 3. Atividades da vida diária. I. Título. II. Teresina - Universidade Federal do Piauí.

CDD 616.047

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela vida e pela confiança em minha capacidade.
Às professoras, amigas, confidentes, aconseladoras e amparo
em todas as horas, Aurinice Monte e Solange Lages que
estiveram sempre ao meu lado desde o início da graduação, e
estarão comigo aonde quer que o destino me leve.

AGRADECIMENTOS

Ao Pai criador de todas as coisas, por ter me proporcionado força e fé nesta longa e árdua caminhada.

A minha Orientadora Prof^a. Dr^a. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo pela disponibilidade, paciência, empenho e pelos ensinamentos acadêmicos, pessoais e profissionais.

À coordenação e aos professores do programa pelos conhecimentos, que contribuirão para o meu crescimento profissional. Em especial, o Prof. Dr. Viriato Campelo, que se tornou um amigo e incentivador.

Ao professor e estatístico, MSc. Marcos Antônio da Mota Araújo pelo zelo para comigo e por sempre me acalmar quando as dúvidas me atormentavam. Sempre trazendo palavras de incentivo e renovação de forças.

Aos professores da graduação: Prof^a MSc. Aurinice Monte, prof^a. Dr^a. Solange Lages e Prof^a. Prof^a. Dr^a. Patrícia Uchôa e Prof^o. Dr. Evaldo Orsano.

A minha família pelas orações e torcida. Ao meu pais Davino e Luisa que me deram livre arbítrio para escolher o caminho que eu desejasse.

Às amigas e incentivadoras Mara Jordana e Iara Ravanny que sempre me inspiraram. A Gabriela Rios pela companhia e empenho na coleta de dados e em outros tantos momentos desse percurso.

A Débora Sampaio e Layane Saraiva pela dedicação e parceria na coleta de dados. A toda a equipe que contribui na coleta dos dados. A todos que compuseram amostra do estudo, contribuindo de maneira significativa para a concretude deste.

Ao professore amigo Ricardo Basílio pela credibilidade e pela torcida.

A amiga Solange Rodrigues pelo apoio e pela compreensão durante minhas faltas.

A Pós-Doutoranda e amiga Amanda de Castro Amorim pelos ensinamentos e apoio no decorrer deste processo.

À Direção da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí pela autorização para realização da pesquisa, em Especial à Dra. Amariles Borba

“Ando devagar porque já tive pressa e levo esse sorriso porque já chorei demais. Hoje me sinto mais forte mais feliz, quem sabe. Só levo a certeza de que muito pouco sei ou nada sei”.

Almir Sater

RESUMO

VIEIRA, Cláudia Maria da Silva. **Fadiga crônica e sua relação com as atividades da vida diária em população coberta pela Estratégia Saúde da Família.** 77 P. Dissertação (Mestrado Ciências e Saúde) Universidade Federal do Piauí. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo. Teresina, 2017.

A fadiga pode ser definida como a sensação de cansaço generalizado ou falta de energia que não está relacionada exclusivamente à exaustão, podendo se apresentar como fadiga crônica ou síndrome da fadiga crônica. Trata-se de uma doença que afeta o sistema nervoso humano e pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum nos adultos. Esta pesquisa objetivou avaliar a relação entre fadiga crônica e as atividades da vida diária em adultos diagnosticados com de fadiga crônica que residem em área coberta pela Estratégia Saúde da Família em Teresina-Piauí. Trata-se de uma pesquisa transversal que foi realizada entre 2015 e 2016, tendo como amostra 6.595 sujeitos adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos, residentes em áreas com cobertura da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina. O diagnóstico da fadiga crônica foi efetuado por meio de um instrumento validado. As atividades da vida diária foram avaliadas por meio de um questionário validado em outro estudo e adaptado. Os resultados demonstraram prevalência de fadiga crônica de 1,5%. Maior prevalência foi observada no sexo feminino 69,3% em comparação com o sexo masculino 32,7% havendo diferença significativa ($p=0,001$) entre as proporções. Dentre a população diagnosticada com fadiga crônica, 95,2% apresentam déficit na realização de atividades da vida diária. O teste do qui-quadrado mostrou diferença significativa entre as porcentagens ($p = < 0,001$). Concluiu-se que a prevalência de fadiga crônica na população coberta pela ESF na cidade de Teresina foi de 1,5% com predominância nas mulheres. Quanto ao declínio das atividades da vida diárias relacionadas ao sexo, 92,8% das mulheres e 100% dos homens pesquisados, declararam redução nas atividades cotidianas.

Palavras-chave: Fadiga crônica, Estratégia Saúde da Família, Atividades da vida diária.

ABSTRACT

VIEIRA, Cláudia Maria da Silva. Chronic fatigue and its relation with the activities of daily living in a population covered by the Family Health Strategy. 77 P. Dissertação (Mestrado Ciências e Saúde) Universidade Federal do Piauí. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo. Teresina, 2017.

Fatigue can be defined as the sensation of generalized fatigue or lack of energy that is not exclusively related to exhaustion, and may present as chronic fatigue or chronic fatigue syndrome. It is a disease that affects the human nervous system and can occur at any age, being more common in adults. This research aimed to evaluate the relationship between chronic fatigue and activities of daily living in adults diagnosed with chronic fatigue residing in Area covered by the Family Health Strategy in Teresina-Piauí. This cross-sectional study was conducted between 2015 and 2016, with a sample of 6,595 adult subjects of both sexes, aged between 18 and 65 years, living in areas covered by the Family Health Strategy in the city of Teresina. The diagnosis of chronic fatigue was performed using a validated instrument. The activities of daily living were evaluated through a questionnaire validated in another study and adapted. The results showed a prevalence of chronic fatigue of 1.5%. Higher prevalence was observed in females 69.3% compared to males 32.7%, with significant difference ($p = 0.001$) among the proportions. Among the population diagnosed with chronic fatigue, 95.2% had a deficit in daily activities. The chi-square test showed a significant difference between the percentages ($p = <0.001$). It was concluded that the prevalence of chronic fatigue in the population covered by the FHS in the city of Teresina was 1.5%, predominantly in women. As for the decline in daily life activities related to sex, 92.8% of women and 100% of men surveyed, reported a decrease in daily activities.

Key words: Chronic fatigue, Family Health Strategy, Activities of daily living.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELAS

1- Opções para o tratamento para pacientes com FC.....	26
2 - Número e porcentagem de municípios, região e estado e ano de implantação e cobertura da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 1998 – 2000.....	29
3 - Média e desvio padrão para idade segundo o sexo da população coberta pela ESF, Teresina, PI, 2017.....	44
4 - Tipos de atividades diárias que sofrem interferência pela ocorrência de FC em número e porcentagem. Teresina, 2017.....	53

QUADROS

1 - Causas alternativas para fadiga crônica.....	18
2 - Critérios para definição de diagnóstico de fadiga crônica.....	22
3 - Especificidades da Estratégia Saúde da Família.....	28
4 - Cobertura Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí.....	30
5 - Bairros, zonas, entrevistados e diagnosticados com FC em população coberta pela Estratégia Saúde da Família, Teresina-PI. 2017.....	39
6 - Atividades da vida diária, laborais, sociais, de lazer e prática de exercícios físicos.....	42

LISTA DE FIGURAS

- 1 - Frequência relativa dos indivíduos diagnosticado com fadiga crônica segundo o sexo. Teresina, PI. 2017..... 47
- 2 - Porcentagem do declínio das atividades da vida diária na população geral coberta pela estratégia saúde da família. Teresina, PI. 2017..... 49
- 3 - Frequência absoluta do declínio das atividades da vida diária na população geral coberta pela ESF segundo o sexo. Teresina, PI. 2017..... 51

LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

1 - Termo de Autorização Institucional.....	68
2 - Parecer do Comitê de Ética.....	71
3 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	72
4 - Questionário de Fadiga Crônica.....	74

APÊNDICES

1 - Questionário de atividades da vida diária.....	77
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACES

- ABVD:** Atividades Básicas da Vida Diária
- AIDS:** Síndrome da Imunodeficiência Humana
- AIVD:** Atividades Instrumentais da Vida Diária
- AMB:** Associao de Medicina Brasileira
- APS:** Ateno Primária de Saúde
- ATP:** Adenosina Trifostato
- AVD:** Atividades da Vida Diária
- CDC:** Centro de Controle e Preveno de Doenças
- CFM:** Conselho Federal de Medicina
- ESF:** Estratégia Saúde da Família
- FC:** Fadiga Crnica
- FM:** Fibromialgia
- FMS:** Fundao Municipal de Saúde
- IMC:** ndice de Massa Corporal
- ME:** Encefalomielite Milgica
- PSF:** Programa Saúde da Família
- SFC:** Síndrome da Fadiga Crnica
- SQM:** Sensibilidade Química Múltipla
- SUS:** Sistema nico de Saúde
- TCC:** Terapia Cognitivo Comportamental
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TEG:** Terapia de Esforço Progressivo
- UBS:** Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	REVISÃO BIBLIOGRAFICA	17
2.1	Fadiga crônica.....	17
2.2	Prevalência de fadiga crônica.....	18
2.3	Diagnóstico da fadiga crônica.....	21
2.4	Tratamento da fadiga crônica.....	24
2.5	Estratégia saúde da família.....	27
2.6	Fadiga crônica na atenção primária.....	30
2.7	Fadiga crônica e atividades da vida diária.....	32
3.	OBJETIVOS	36
3.1	Geral.....	36
3.2	Específicos.....	36
4.	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo e período do estudo.....	37
4.2	Local de estudo.....	37
4.3	Tamanho da amostra.....	37
4.4	Seleção da amostra.....	37
4.5	Critérios éticos do estudo.....	39
4.6	Coleta de dados.....	41
4.7	Procedimentos de coleta de dados e instrumentos.....	42
4.7.1	Manuseio dos dados.....	42
4.8	Análise estatística.....	43
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	Caracterização da população estudada.....	44
5.2	Prevalência de fadiga crônica segundo o sexo.....	46

5.3	Declínio das atividades da vida diária.....	49
5.4	Declínio das atividades da vida diária segundo o sexo.....	51
5.5	Atividades da vida diária prejudicadas pela fadiga crônica.....	52
6.	CONCLUSÃO	57
7.	SUGESTÕES	58
 REFERÊNCIAS		 59
 ANEXOS		 67
 APÊNDICES		 76

1-INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de um recorte de um projeto intitulado “Prevalência Populacional de Fadiga Crônica e Síndrome da Fadiga Crônica na Cidade de Teresina-PI”, coordenado pela orientadora em parceria com docentes da *London School of Hygiene & Tropical Medicine* de Londres.

A Fadiga pode ser definida como a sensação de cansaço generalizado ou falta de energia que não está relacionada exclusivamente à exaustão e pode ser classificada de acordo com a duração dos sintomas em fadiga crônica e síndrome da fadiga crônica (AMB/CFM, 2008).

A fadiga crônica ou síndrome da fadiga crônica (SFC) é também citada na literatura como encefalomielite miálgica (EM), uma doença que afeta o sistema nervoso de uma pessoa e pode ocorrer em qualquer idade e afetar crianças, jovens e adultos, sendo mais comum nos adultos (BETTERHEALTH, 2016). Entretanto, nesta pesquisa adotou-se o termo fadiga crônica.

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina e Conselho Federal de Medicina (2008) a fadiga pode ser subdividida conforme a duração e apresentação dos sintomas. Assim, a fadiga prolongada pode ser definida como fadiga incapacitante e prolongada com duração de pelo menos um mês; a fadiga crônica por outro lado se refere a fadiga incapacitante e prolongada, com duração de pelo menos seis meses.

Quando a fadiga crônica (FC) é inexplicada por outras condições médicas ou psicológicas, ela se subdivide em Idiopática ou síndrome da fadiga crônica (SFC), neste último caso quando preenche critérios específicos (AMB e CFM, 2008).

Outra definição para fadiga crônica é sugerida por Tan, Suguira e Gupta (2002), conjunto de sintomas que acarreta alterações orgânicas e limitações físicas e mentais, tais como: enfraquecimento da memória ou da concentração; dor de cabeça e de garganta; distúrbio do sono e dores musculares e articulares. Dentre os sintomas mais comuns para FC, Zorzanelli (2010) destaca manifestações sintomáticas, como fadiga, sintomas gástricos, gênito-urinários e neuropsicológicos.

Dentre os fatores de risco para fadiga crônica podem se destacar os seguintes: ser do gênero feminino, possuir idade entre 40 e 50 anos, estar submetido a um nível de estresse elevado (AMB e CFM, 2008; MAYO CLINIC, 2014).

Em atenção primária a prevalência desta condição patológica pode variar de 0,2% a 6,41% dependendo de aspectos demográficos e dos métodos de avaliação, considerando que os primeiros estudos foram realizados nos Estados Unidos e na Europa, posteriormente, se estendendo para a Ásia e países em desenvolvimento como a Nigéria (JOHNSTON et al. 2013; NACUL et al. 2011; AMB CFM, 2008).

De acordo com Cho et al. (2009) a prevalência varia de 0,004% a 2,54 % na comunidade e de 0,11% a 2,6% na atenção primária. Em estudo comparativo, os mesmos autores encontraram prevalências de fadiga crônica de 2,1% na Inglaterra e 1,6% em São Paulo, Brasil.

A fadiga é um sintoma encontrado com frequência na população, presente em uma grande variedade de desordens clínicas, podendo ocorrer também em indivíduos saudáveis, representando assim, um problema de saúde pública que pode provocar déficits cognitivos e dificuldade na realização de atividades de vida diária (ASTUDILLA et al. 2011; ANDRADE, 2007).

A fadiga crônica, pode ser considerada uma doença física sem uma justificativa orgânica e sem uma demonstração de lesão na estrutura do organismo, tampouco de alterações bioquímicas estabelecidas (ZORZANELLI, 2010).

Por ser geralmente crônica e incapacitante, a fadiga crônica é uma condição que atinge frequentemente os trabalhadores e quanto maior for a fadiga menor será a qualidade de vida. Por provocar alterações no organismo, interfere na realização das atividades do dia-a-dia, tais como: atividades laborais, de lazer, sociais, cuidados do lar, comprometendo a funcionalidade dos indivíduos e podendo perdurar por vários anos (ANDRADE, 2007).

Apesar de a fadiga crônica ser um tema de pesquisa em países como a Inglaterra, os Estados Unidos e o Canadá, Zorzaneli (2010) relata que no Brasil não há dados epidemiológicos sobre esta patologia, inclusive há uma falta de conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do quadro.

Visto à carência de estudos sobre essa temática, esta pesquisa objetivou avaliar a relação entre fadiga crônica e as atividades da vida diária em adultos diagnosticados com de Fadiga Crônica que residem em área coberta pela Estratégia Saúde da Família em Teresina-Piauí.

2-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1- FADIGA CRÔNICA

A fadiga crônica vêm sendo estudada desde a década de 1980 na Europa e nos Estados Unidos, porém, no Brasil os estudos sobre esta patologia são muito escassos (ZORZANELLI, 2010).

A fadiga crônica é definida como uma doença caracterizada por persistente ou recidivante fadiga de natureza debilitante, que está presente durante pelo menos 6 meses, para além, de pelo menos quatro sintomas dentre uma gama, incluindo sono não reparador, perda de memória, falta de concentração, dor musculares e articulações e inflamação nos gânglios (ROBERTS et al. 2016; JOHNSTON et al. 2013; FUKUDA, 1994).

Segundo Jason et al. (2015), um considerável debate envolve a busca das características definidoras dos pacientes com fadiga crônica (FC). Assim definições de casos atuais foram criados através de consenso clínico, mas a falta de operacionalização destas definições de casos levou a uma considerável variabilidade na identificação de pacientes.

Entretanto muitos autores utilizam as terminologias fadiga crônica, síndrome da fadiga crônica ou encefalomielite miálgica (SFC/EM) como sinônimas, sendo mais comumente caracterizada por fadiga que dura mais de 6 meses acompanhado de sintomas como dores musculares e articulares, dor de garganta, gânglios linfáticos e dificuldades cognitivas (JOHNSTON et al. 2013).

A característica principal da fadiga crônica é a sensação de mal-estar com agravamento dos sintomas após o mínimo esforço físico ou mental que pode persistir por horas, dias ou semanas e não é aliviada pelo descanso ou sono. Outros sintomas incluem fadiga patológica, comprometimento cognitivo, sono não reparador, dor e uma infinidade de sintomas imunes, neurológicos, geralmente seguindo um curso prolongado (UNDERHILL, 2015; NACUL et al. 2011). Trata-se de uma doença complexa, debilitante, de etiologia desconhecida e sem tratamento curativo.

Os fatores causais para fadiga crônica permanecem obscuros, porém, causas alternativas podem estar correlacionadas à doença segundo a Associação Brasileira

de Medicina e Conselho Federal de Medicina (2008) e devem ser consideradas pelos médicos nas hipóteses diagnósticas.

Quadro 1 – Causas alternativas para fadiga crônica (AMB, CFM, 2008).

CAUSAS ALTERNATIVAS PARA FADIGA CRÔNICA	
Fisiológicas	Estilo de vida sedentário e privação do sono.
Drogas	Medicamentos (por exemplo Betabloqueador); dependência de álcool e outras drogas.
Doenças infecciosas	HIV/AIDS, Hepatite crônica (B, C).
Doenças autoimune	Lúpus, Atrite reumatoide, síndrome de Sjögren.
Doenças endocrinológicas	Hipotireoidismo, <i>diabetes mellitus</i> .
Doenças cardiorrespiratórias	Insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
Doença gastrointestinal	Doença celíaca, doença inflamatória intestinal.
Doença hematológica	Anemia.
Transtornos do sono	Apneia obstrutiva do sono.
Doenças neurológicas	Miastenia gravis, esclerose múltipla.
Doenças metabólicas	Hipercalcemia.
Transtornos psiquiátricos e psicológicos	Depressão maior, ansiedade, somatização, fobia social.
Câncer oculto	-
Fatores ambientais e ocupacionais	Solventes orgânicos, metais pesados.

O estudo em questão, levou consideração os fatores listados acima, uma vez que, o diagnóstico da fadiga crônica é realizado, em parte, por exclusão de causas que possam justificar os sintomas. Visto que, a pretensão foi estimar como a fadiga crônica pode interferir nas funções da vida diária dos indivíduos acometidos pela doença.

2.2- PREVALENCIA DE FADIGA CRÔNICA

A fadiga crônica ou síndrome da fadiga crônica é uma doença incapacitante de causa complexa e desconhecida, caracterizada por fadiga persistente recorrente pós-esforço, com uma duração mínima de 6 meses e acompanhada por pelo menos quatro de oito sintomas específicos (NYLAND et al. 2014; FUKUDA et al. 1994).

Estudos epidemiológicos indicam que uma vasta gama de adultos sofrem com fadiga crônica. A prevalência pode variar de acordo com a área geográfica em que os estudos são realizados, pelas metodologias utilizadas para o diagnóstico da doença, e variam de acordo como os estudos são reportados (VINCENT et al. 2012; NACUL et al. 2011).

Há diferentes estimativas para essa condição, e em algumas pesquisas é possível encontrar prevalências que oscilam de 0,2% a 6,41%, considerando que os primeiros estudos foram realizados nos Estados Unidos e na Europa, posteriormente, se estendendo para a Ásia, e mais recentemente, para outros países (JOHNSTON et al. 2013; NACUL et al. 2011; AMB CFM, 2008).

Os estudos sobre prevalência de FC e SFC levantam a possibilidade de sobrediagnóstico ou subdiagnóstico. Por exemplo, em estudo norte americano, 40% dos médicos relataram fazer um diagnóstico de FC, em outro estudo, menos de 20% das pessoas com a doença tinham sido diagnosticadas (YANCEY e THOMAS, 2012).

A fadiga crônica é uma doença que provoca danos no sistema nervoso de uma pessoa e pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comumente diagnosticada em adultos, e atinge pelo menos 125.000 indivíduos no Reino Unido. (BETTERHEALTH, 2016).

Um padrão consistente para identificar casos de FC também é importante para estimar incidência e prevalência. Em uma revisão, Afari e Buchwald (2003), observaram que as taxas de prevalência de FC nos Estados Unidos podem variar de 0,007% a 2,8% nas populações em geral e de 0,006% a 3,0% em cuidados primários ou práticas gerais.

Estimativas de ocorrência de FC e fatores de risco por meio de inquéritos populacionais refletem o desenho do estudo, bem como o rigor inquérito na definição dos casos. Estudos efetuados entre 1993 e 1999 relataram prevalência de 0,004% para 0,56%, enquanto que estudos mais recentes têm relatado taxas de prevalência de 0,24% para 2,6% (VICENT et al. 2012).

Em pesquisa, Nacul et al. (2011) evidenciaram que 0,19% entre 143.000 indivíduos com idade entre 18 a 64 anos preencheram os critérios comumente utilizados para fadiga crônica, quando adotado os critérios diagnósticos de acordo com Fukuda et al. (1994), enquanto que 0,11% preencheram os critérios mais

rigorosos da fadiga crônica de acordo com Carruthers et al. (2003), o qual inclui além dos demais fatores, mal-estar após atividades físicas.

Em estudo epidemiológico utilizando uma grande amostra americana de mais de 28.000 adultos, 422 por 100.000 foram diagnosticados com FC, sugerindo que entre 125.000 e 150.000 canadenses adultos sofrem de FC. Estes resultados demonstram que a fadiga crônica é mais prevalente do que o cancro do pulmão e Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), e acomete todas as faixas etárias, incluindo crianças, todos grupos étnicos e todos os estratos socioeconômicos (JASON, 1999; CARRUTHERS, 2003).

Há uma prevalência maior de FC no sexo feminino, como demonstra um estudo de base comunitária, o qual encontrou prevalências entre os adultos variando de 0,23% a 0,42%, com maiores taxas observadas nas mulheres, em membros de grupos minoritários e pessoas com menor nível educacional e menor *status* ocupacional (REYES et al. 2003).

Em estudo prospectivo efetuado em cuidados primários no Reino Unido, encontrou-se prevalência de FC de 2,6%, após a exclusão dos pacientes com comorbidade e distúrbios psicológicos, a prevalência foi de 0,50%. A razão pela qual as taxas diferem não é clara, no entanto, autores relatam que as diferenças nos métodos de estudo podem explicar as variações nas prevalências de fadiga crônica (PRINS, MEER, BLEIJENBERG, 2006).

Estima-se que a taxa de prevalência global de fadiga crônica está entre 0,2% e 2,6%, na Austrália o número de pessoas com a doença pode ultrapassar 180 mil, em termos gerais afeta principalmente adultos jovens entre 20 e 40 anos, sendo mais comum em mulheres quando comparado aos homens, embora ainda não se conheça a causa dessa proporção (MARSHALL-GRADISNIK, 2016).

Em investigação conduzida por Cho et al. (2009) foi demonstrado que a prevalência variou de 0,004% a 2,54 % na comunidade e de 0,11% a 2,6% na atenção primária. Em estudo comparativo, o referido autor encontrou prevalências de fadiga crônica de 2,1% na Inglaterra e 1,6% em São Paulo, Brasil.

A fadiga crônica ocorre entre 40% a 80% em pacientes portadores de doenças autoimunes ou transtornos neuroinflamatórios, como o transtorno de Parkinson e a esclerose múltipla, tendo estimativas de prevalência de 50% em pacientes portadores dessas patologias (MAES, 2013 apud ABDO e CUNHA, 2013).

A fadiga crônica representa um problema de saúde significativo para a sociedade e uma carga para os pacientes que vivem com a doença. Estudos de base populacional estimam que nos Estados Unidos podem ter de meio milhão a um milhão de adultos com a doença, sendo que mais que 50% das pessoas identificadas com FC se encontravam doente há pelo menos 5 anos, enquanto outras pesquisas a duração média da doença foi de 2,5 anos (SOLOMON, WILLIAM e REEVES, 2004).

Rimes et. al. (2007) demonstraram em estudo, prevalências variando entre 0,4% e 1,1% para a fadiga crônica, e 0,1% e 0,5% para síndrome da fadiga crônica respectivamente, em população constituída por crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos de idade na Inglaterra.

A fadiga crônica tem mostrado resultar em custos econômicos elevados para a sociedade, especialmente por causa de seu impacto sobre perda de emprego e a necessidade de as famílias e amigos disponibilizarem o tempo cuidando do indivíduo doente (SABES-FIGUEIRA et. al. 2010).

Estudos sobre fadiga crônica são incipientes até o presente momento no Brasil. Não foram encontrados na literatura consultada, estudos sobre fadiga crônica em Teresina, sendo este, portanto, o primeiro realizado.

2.3- DIAGNÓSTICO DA FADIGA CRÔNICA

Profissionais de cuidados primários têm utilizado diversificadas definições de diagnóstico para descrever casos de pacientes cronicamente fatigados, por exemplo síndrome da fadiga crônica (SFC), encefalite miálgica (EM), síndrome pós viral, fibromialgia, e debilidade pós viral (NACUL et al. 2011; GALLAGHER et al. 2004).

O diagnóstico da fadiga crônica é feito com base no relato dos sintomas expostos pelo paciente, entretanto, com base no Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, o principal critério para a definição desta condição, é a presença de fadiga debilitante que deve estar presente durante pelo menos 6 meses, em que ocorra algum prejuízo funcional e que não tenham sido causados por qualquer outra condição clínica identificável (BAGNALL et al. 2002).

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (2016), o diagnóstico da fadiga crônica é dificultado por uma série de fatores: a) não há nenhum teste de laboratório ou biomarcador para fadiga crônica; b) a fadiga

comum do dia-a-dia e outros sintomas de fadiga crônica são comuns a muitas doenças; c) para alguns pacientes com fadiga crônica pode não ser óbvio para os médicos que estes estejam doentes; d) a doença não tem um padrão de remissão e recidiva; e) os sintomas variam de pessoa para pessoa em tipo, número e gravidade.

O diagnóstico diferencial da síndrome da fadiga crônica é efetuado com base na exclusão de fatores que podem explicar os sintomas (BAYLISS, 2014).

Quadro 2 – Critérios para definição de diagnóstico de Síndrome da Fadiga Crônica (CDC-USA, 1994; FUKUDA et al. 1994).

<p>Painel: 1994 - Definição de caso de Síndrome da Fadiga Crônica de acordo com o <i>Centers for Disease Control and Prevention the USA</i> (FUKUDA et al. 1994).</p>
<p>Caracterizado por fadiga crônica inexplicada persistente ou recidivante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fadiga tem a duração de pelo menos 6 meses.• A fadiga é de início novo ou definitiva.• A fadiga não é o resultado de uma doença orgânica ou de esforço contínuo• A fadiga não é aliviada pelo repouso.• Fadiga resulta em uma redução substancial das atividades profissionais, educacionais, sociais e pessoais. <p>Quatro ou mais dos seguintes sintomas, concorrentemente presentes durante 6 meses?</p> <p>Perturbações da memória ou redução na concentração, dor de garganta, inflamação dos gânglios linfáticos cervicais ou axilares, dores musculares, dor em várias articulações, novas dores de cabeça, sono que não descansa, ou mal-estar após esforço.</p>
<p>Critério de exclusão</p> <ul style="list-style-type: none">• Fadiga explicando condição médica.• Transtorno Depressivo Maior (características psicóticas) ou transtorno bipolar.• Esquizofrenia, demência, ou transtorno delirante.• Anorexia nervosa, bulimia.• O abuso de álcool ou drogas.• Obesidade grave.

Exames clínicos são recomendados para o diagnóstico de pacientes com fadiga crônica, entretanto, o objetivo da utilização dos testes laboratoriais é de exclusão de patologias que possam explicar os sintomas, que podem acarretar problemas de relacionamento pelo fato de a doença ser frequentemente desacreditada por aqueles com quem se convive (WIELENSKA e BANACO, 2010).

O histórico clínico do paciente deve ser também foco da investigação no diagnóstico de fadiga crônica. Conforme indicação da Associação Brasileira de Medicina e Conselho Federal de Medicina (2008), deve-se explorar semiologicamente os sintomas da fadiga crônica, o qual deve ser diferenciado especificamente de fraqueza (doença neuromuscular), dispneia ou intolerância ao esforço (doença cardíaca ou respiratória), sonolência, perda de motivação ou prazer. Outras queixas podem orientar para diagnósticos alternativos, como perda de peso inexplicada (cânceres, infecções ocultas, tireotoxicose), pele seca e intolerância ao frio (hipotireoidismo), ronco e sonolência diurna (apneia do sono).

Em estudo de revisão, Abdo e Cunha (2013) relataram que o estresse pode intensificar os sintomas da fadiga crônica, enfatizando que há evidências científicas de que a infecção viral pode ser um fator desencadeador da fadiga crônica. Os autores declaram que a identificação e diagnóstico precoce de distúrbios do sono associados a sintomas depressivos incapacitantes como fadiga grave é fundamental para a promoção da saúde mental, melhora da qualidade de vida e dos determinantes sociais da saúde.

O diagnóstico da fadiga crônica na prática clínica permanece um desafio. Pacientes muitas vezes, permanecem com a doença por anos antes de receber um diagnóstico, e estima-se que 84% a 91% dos indivíduos que possuem FC, ainda não se encontram diagnosticados. Em múltiplas pesquisas, como da *Association of America* (2014), 67% a 77% dos pacientes relataram que a obtenção de um diagnóstico levou mais de um ano, e cerca de 29% afirmaram que a demora foi superior a 5 anos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Um diagnóstico na fase inicial da doença deve evitar o isolamento social. Dados de entrevista devem ser recolhidos sobre as atividades de lazer porque esta informação também auxilia no diagnóstico diferencial, pois os doentes com FC gradualmente começam a reduzir as suas atividades de lazer com amigos e colegas,

a fim de serem capazes de resguardar energia para frequentar a escola e o trabalho (HOOF et al. 2009).

Existem limitações no diagnóstico da FC, e segundo Jason, Barker e Brown (2012), se os médicos não acreditam que a doença existe, os pacientes não têm um médico, e muitas pessoas com FC, não seria referidas por pesquisadores ou quantificados em estudos de prevalência.

2.4-TRATAMENTO DA FADIGA CRÔNICA

A fadiga crônica/síndrome da fadiga crônica encontra-se situada no cenário mais abrangente das ditas síndromes funcionais (ZORZANELLI, 2010). Conforme indica Manu (2004), conceituá-la como funcional significa dizer que é considerada doença física sem uma justificativa orgânica e sem uma demonstração de lesão na estrutura do organismo, tampouco de alterações bioquímicas estabelecidas. Entretanto, alguns estudiosos da área, como Nacul et al. (2017) sugerem que à medida que novos estudos apresentarem evidências diagnósticas, o termo síndrome funcional desaparecerá.

Quanto ao tipo de tratamento para fadiga crônica, Yancey e Thomas (2012) destacam que há evidências das terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia de exercícios graduados (TEG), e que evidências menos claras a respeito do benefício da terapia medicamentosa são relatadas. Entretanto, novos estudos apontam que a TCC, GET e outras formas de abordagens de gestão não-medicamentosas são mais apropriados como terapias complementares do que tratamentos restauradores (NACUL et al. 2017).

Sabes-Figuera et al. (2012) reforçam que esses métodos de tratamento foram associados à redução da fadiga em pacientes de cuidados primários, após seis meses de adesão ao tratamento.

Tratamentos para fadiga crônica, os quais se mostram eficazes na atenção secundária podem ser menos eficazes na atenção primária, por esse motivo, estudos pragmáticos sobre efeitos de tratamentos para pacientes em atenção primária são necessários (WEARDEN et al. 2010).

Dentre os métodos de tratamento da fadiga crônica, a terapia de esforço progressivo por meio de programa de exercícios físicos tem sido relatada em estudos

como eficaz na redução dos sintomas, esclarecendo, no entanto, que este deve partir de um nível muito baixo com exercícios de base ou atividades que possam aumentar gradualmente até alcançar um nível no qual possa promover melhoria nas funções da vida diária dos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015). Sendo mais indicado exercícios de alongamento e fortalecimento muscular com a utilização apenas do peso corporal como resistência.

Evidências demonstraram que a terapia por meio de exercícios moderados foi mais eficaz na redução da fadiga em comparação com o tratamento "passivo" ou nenhum tratamento. Tendo a terapia por meio de exercícios, um efeito positivo na capacidade física diária, no sono e na auto avaliação de saúde em geral dos pacientes com fadiga crônica (LARUN et al. 2016). Os autores destacaram que a terapia por meio de exercícios não agrava os sintomas para pessoas com fadiga crônica, porém há controversas entre alguns autores.

Dada a elevada prevalência e insuficiência de resultados para a fadiga, tanto na fadiga crônica sem explicação médica, quanto para síndrome da fadiga crônica na assistência médica, as intervenções por meio da autogestão têm se mostrado eficazes e podem oferecer esperança e ajuda a esses pacientes. Um estudo randomizado de auto-gestão baseada em livreto com pacientes com fadiga crônica nos cuidados primários encontraram reduções significativas na fadiga e sintomas psiquiátricos em três meses de acompanhamento (FRIEDBERG et al. 2013).

No entanto, O'dowd et al. (2006) e Friedberg et al. (2013) destacaram que as elevadas taxas de abandono do tratamento, variando de 29% a 35% nos estudos em cuidados primários, em média de seis sessões, sugerem que talvez o número de visitas face-a-face possa ter um papel fundamental na eficácia global.

O *Institute of Medicine* (2015) recomenda como forma de tratamento, o incentivo para uma dieta bem equilibrada e saudável, rica em frutas, legumes, grãos integrais e baixo teor de gordura ou produtos lácteos sem gordura e inclusão de carnes magras, aves, peixes, feijões, ovos e nozes, pois este tipo de dieta é pobre em gorduras saturadas, gorduras *trans*, colesterol, sal (sódio) e açúcares. Devendo-se questionar ao paciente sobre o uso de alimentação alternativa ou produtos como suplementos, para determinar a segurança, eficácia e possíveis interações negativas com a prescrição de medicamentos e terapias. Muita embora não se tenha dados

consistentes comprovativos, suplementos são frequentemente usados no tratamento da fadiga crônica e síndrome da fadiga crônica.

Outros tratamentos não farmacológicos são encontrados nas pesquisas. Como demonstrado em estudo de Wearden et al. (2010) os quais realizaram uma intervenção educacional conhecida como reabilitação pragmática, efetuada por enfermeiros treinados especialmente para a melhoria da fadiga em pacientes com fadiga crônica. No entanto, a melhora não se manteve após 70 semanas. A intervenção incluiu a educação sobre fadiga crônica, seguido de um plano de tratamento com exercício gradual.

Nijs et al. (2014) relatam que parece haver uma relação positiva no tratamento entre a prática de exercícios físicos leves em pacientes com fadiga crônica, entretanto alertam que exercícios em intensidades altas podem agravar o quadro.

A boa notícia é que existem muitas opções para ajudar pacientes no controle da fadiga crônica e melhorar sua qualidade de vida (CDC-USA, 2012).

Tabela 1 - Opções para o tratamento de pacientes com síndrome da fadiga crônica (CDC-USA, 2012).

1- Tratar primeiramente os sintomas mais perturbadores	2- Administrar o exercício e as atividades
<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e os problemas de sono • Dor • Problemas de memória e concentração • Depressão e ansiedade • Vertigem e tonturas 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar exercícios extremos • Desenvolver um programa de atividades • Modificando exercícios para pacientes extremamente doentes
3- Monitorando do uso de medicamentos e suplementos	4- Melhorar a Saúde e Qualidade de Vida
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição de medicamentos suplementos nutricionais e fitoterápicos 	<ul style="list-style-type: none"> • A terapia comportamental cognitiva (TCC) • Os grupos de apoio • O aconselhamento profissional

As pessoas que recebem um diagnóstico e tratamento precoce tendem a obter melhores resultados. Além disso, ter uma comunidade de apoio formada por familiares, amigos, escola, trabalho, os empregadores e os profissionais de saúde,

que entendam a gravidade potencial da fadiga crônica, pode contribuir na recuperação da pessoa que está doente. É importante encontrar um médico, que além de solidário, também possa tratá-la, sendo que a escolha do tratamento pode variar e irá depender de os resultados de testes adicionais (BETTERHEALTH, 2016). Tabela 1.

2.5-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O sistema público de saúde do Brasil, por muito tempo foi caracterizado pela duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Com a promulgação da constituição de 1988 a reforma brasileira da saúde introduziu mudanças substanciais no modo de operação do sistema, se consolidando com a implementação do novo modelo assistência pública à saúde que ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (VIANA e POZ, 2005).

A partir da década de 90 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2003). Tendo como um dos princípios a universalização da saúde, o SUS implementou programas que fossem capazes de atender as necessidades das comunidades e famílias em todas as regiões do país, descentralizando os serviços de saúde oferecidos pelo sistema público de saúde (PAIM e SILVA, 2010).

Uma vez instituído o SUS, a saúde é então defendida como direito de todo cidadão brasileiro. Nesse contexto de democratização estabelecida nos anos 1980 contribuiu para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS: equidade, integralidade e universalidade (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

A saúde como direito de todos e dever do Estado, impõe ao SUS a melhoria no acesso aos serviços de saúde, e para se cumprir esse papel contemplando a abrangência explícita nos princípios, uma mudança fundamental se fez necessária para a superação das desigualdades sociais em saúde implicando a redistribuição da oferta de ações e serviços de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias (TEIXEIRA, 2011).

Ao priorizar a atenção básica, o Programa Saúde da Família (PSF) viabiliza melhorias na saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que os indivíduos fiquem doentes (PSF, 2002; BARBOSA et al. 2014).

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) (BRASIL, 2012).

A saúde enquanto direito do cidadão demanda atenção em todas as instâncias: primária, secundária e terciária. E acompanhando essa evolução surgem no Brasil as ESF com evidente papel de instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde (BARBOSA et al. 2014). Quadro 3.

A ESF tem como objetivo central contribuir para a melhoria das condições de acesso e vulnerabilidade, mesmo tendo como unidade de atendimento à família em seu *habitat*, e prever ações que possibilite a identificação das necessidades de suporte e assim ampliar as redes de apoio social (BACKES et al. 2012).

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira que surgiu em 1994 e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, passando por mudanças estruturais, desde 1999, o Ministério da Saúde lança a ESF, a qual foi incorporada ao PSF como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e com vistas a reorientar o modelo assistencial (ESCOLREL et al. 2007).

Quadro 3 - Especificidades da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012).

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;
--

II - O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais;

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos.

Tabela 2 - Número e porcentagem acumulado de municípios, região e estado e ano de implantação e cobertura da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 1998 – 2000.

Ano de implantação	Até 1998		1999		2000		2001	
Região – Estado	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BRASIL	1.134	20,6	621	31,9	1.171	53,1	976	70,2
NORTE	92	20,5	119	47,0	53	58,8	52	70,2
ACRE	05	22,7	09	63,6	02	72,7	01	77,3
AMAPÁ	00	0,0	02	12,5	00	12,5	00	12,5
AMAZONAS	01	1,6	19	32,3	13	53,2	13	74,2
PARÁ	19	13,3	23	29,4	24	46,2	12	54,5
RONDÔNIA	06	11,5	39	86,5	05	96,2	01	98,1
RORAIMA	00	0,0	02	13,3	03	33,3	05	66,7
TOCANTINS	61	43,9	25	61,9	06	66,2	20	80,6
NORDESTE	391	21,9	263	36,6	367	57,1	310	74,3
ALAGOAS	76	75,2	14	89,1	01	99,0	02	100
BAHIA	16	3,9	13	7,0	37	15,9	79	34,8
CEARÁ	149	81,0	20	91,8	06	95,1	09	100,0
MARANHÃO	01	0,5	17	8,3	31	22,6	53	47,0
PARAÍBA	21	9,4	16	16,6	107	64,6	57	90,1
PERNAMBUCO	70	37,8	36	57,3	43	80,5	24	93,5
PIAUI	16	7,2	106	55,2	74	88,7	19	96,8
RIO G DO NORTE	20	12,0	30	30,1	37	52,4	56	85,6
SERGIPE	22	29,3	11	44,0	22	73,3	11	88,0
SUDESTE	496	29,8	128	37,5	298	55,3	237	69,5
ESPIRITO SANTO	15	19,5	04	24,7	22	53,2	18	75,6
MINAS GERAIS	382	44,8	65	52,4	84	62,3	111	75,3
RIO DE JANEIRO	20	22,0	18	41,8	22	65,9	16	82,6
SÃO PAULO	79	12,2	41	18,6	170	45,0	92	59,2
SUL	125	10,8	73	17,1	283	41,5	228	59,6
PARANÁ	69	17,3	29	24,6	126	56,1	76	75,2
RIO G DO SUL	21	4,5	12	7,1	72	22,5	71	35,4
SANTA CATARINA	35	11,9	32	22,9	85	51,9	81	79,5
CENTRO-OESTE	30	6,4	38	15,2	170	53,4	149	83,6
DISTRITO FEDERAL	01	100,0	00	100,0	00	100,0	00	100,0
GOIÁS	04	1,7	24	11,6	99	52,5	87	87,0
MATO GROSSO	17	13,5	07	19,0	51	59,5	43	84,9
MATO G DO SUL	08	10,4	07	19,5	20	45,5	19	70,1

Fonte: BRASIL, 2000.

No Brasil, até o ano de 2001, 3.902 municípios haviam implantado o Programa de Saúde da Família, correspondendo a 70,2% dos municípios brasileiros. Este percentual variou de 59,6% na Região Sul a 83,6% na Região Centro-Oeste, e em apenas quatro estados menos de 50% dos municípios haviam implantado PSF (Amapá, Bahia, Maranhão e Rio Grande do Sul). A grande maioria (19 estados da federação e o Distrito Federal) mais de 70,0% dos municípios o fizeram. Destacavam-se os estados da Paraíba (90,1%), Pernambuco (93,5%), Piauí (96,8%), Rondônia (98,1%), Alagoas (100,0%) e Ceará (100,0%), cujas porcentagens apresentaram-se acima de 90% (PSF, 2002). Tabela 2.

Em todo Brasil, a ESF vem ampliando sua abrangência desde 1994, quando teve início como programa do Ministério da Saúde, e até dezembro de 2010 quase todos os municípios do país apresentavam equipes implantadas com uma estimativa de cobertura de 52,2% da população brasileira. O Estado do Piauí, localizado no Nordeste do Brasil, passou por relevante evolução quantitativa da ESF durante a década de 2000, passando a apresentar a maior cobertura populacional estimada do país, o qual em 2010, quase 1.100 equipes da ESF estariam potencialmente cobrindo mais de 3 milhões de piauienses em serviços de atenção primária à saúde (BARRETO, NERY e COSTA, 2012).

O Quadro 4 demonstra que a capital do estado do Piauí, Teresina conta atualmente, com cobertura de 100% da população pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), levando em consideração a população total de 830.231 habitantes e 41 equipes de saúde na família (BRASIL, 2016).

Quadro 4 – Cobertura Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí (BRASIL, 2016).

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipe de Saúde da Família			
			Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2000	01	691.942	192.625	27,84	70	70	241.500	34,90
2016	06	830.231	830.231	100,00	256	256	830.231	100,00

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

2.6-FADIGA CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A fadiga crônica é uma doença debilitante caracterizada por fadiga persistente ou recorrente ao longo da vida que não é aliviada pelo repouso ou explicada por outras condições e que resulta numa redução substancial nas atividades diárias (REEVES et al. 2003).

De acordo com ABM/CFM (2008), a fadiga foi o 9º sintoma mais comum em atenção primária de saúde (APS), segundo levantamento norte-americano realizado no ano de 2000. No Reino Unido, a fadiga crônica é muito comum em pacientes adultos de cuidados primários (HAINES, COOKE e SAIDI, 2005).

Sendo relativamente comum em inquéritos populacionais, com uma prevalência estimada entre 0,2% e 2,6%, dependendo da definição de diagnóstico e desenho do estudo, e previsão de recuperação total é de apenas uma pequena proporção 3% a 8% dos pacientes com fadiga crônica, se não devidamente tratados (COLLIN et al. 2012).

Um estudo britânico de base populacional encontrou fadiga excessiva em 38% dos 15.000 entrevistados, destes 18% tiveram duração superior a 6 meses. Os autores estimaram que 9% das pessoas sentem fadiga por mais de seis meses alguma vez na vida (DARBISHIRE, RIDSDALE e SEED, 2003).

Um estudo mostrou que 18 pacientes apresentaram queixa de fadiga em um total de 1000 consultas realizadas em um ano, sendo mais frequente em mulheres que em homens, apresentando prevalência de 28% e 19%, respectivamente (AMB CFM, 2008).

Em uma revisão sobre fadiga crônica, Afari e Buchwald (2003) observaram que as taxas de prevalência nos Estados Unidos de 0,007% a 2,8% nas populações em geral e da mesma forma variou de 0,006% a 3,0% em cuidados primários ou práticas gerais.

De acordo com uma revisão sistemática realizada por Griffithe e Zarrouf (2008), pelo menos 1 milhão de americanos têm fadiga crônica, e mais de 80% dos casos não são diagnosticados. No contexto dos cuidados primários, a prevalência da doença varia de 3% a 20% e de 80% para 90% entre idosos.

Em outra pesquisa sobre fadiga crônica, os autores destacaram que este é um problema generalizado e estima-se que mais de 2 milhões de americanos têm fadiga crônica, muitos dos quais não foram diagnosticados (YANCEY e THOMAS, 2012).

Em estudo comparativo entre Grã-Bretanha e Brasil, utilizando os critérios do Centro de Controle de Doenças (1994), Cho et al. (2009) encontraram prevalência de síndrome da fadiga crônica de 2,1% v 1,6%, respectivamente.

No Reino Unido, a atenção primária é geralmente o primeiro porto de escala para a população em geral quando estes têm um problema de saúde, mas na população brasileira os cuidados primários envolve uma ação mais complexa, visto que de acordo com o censo nacional de 2000, 24,5% da população brasileira são cobertos por, pelo menos, um tipo de seguro de saúde, enquanto os demais são dependentes de cuidados da saúde pública (CHO et al. 2009).

Buscar e receber um diagnóstico de fadiga crônica pode ser um processo frustrante por várias razões, incluindo o ceticismo dos prestadores de cuidados de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Há muitas limitações na atenção primária com relação aos pacientes com fadiga crônica, como relatam, Jason, Barker e Brown (2012), muitos médicos não acreditam na existência da doença, dessa forma os pacientes não têm um médico e muitas pessoas com fadiga crônica ou síndrome da fadiga crônica permanecem sem solução no diagnóstico.

Os médicos da família devem se concentrar inicialmente na gestão de sintomas, que são muitas vezes comorbidades associadas com a fadiga crônica, incluindo distúrbios do sono, depressão e dor. Além disso, qualquer cofator identificado deve ser tratado e os pacientes devem ser encorajados a tomar períodos de descanso, conforme necessário e praticar técnicas de relaxamento, uma vez que essas modalidades têm demonstrado serem eficazes na redução dos sintomas (YANCEY, THOMAS, 2012).

Na capital do estado do Piauí, Teresina, não há registros de estudos sobre fadiga crônica ou síndrome da fadiga crônica até o momento atual.

2.7-FADIGA CRÔNICA E ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Atividades do dia-a-dia ou atividades da vida diária (AVD) são tarefas executadas por qualquer pessoa em um dia típico, que permitem uma vida independente. Fazem parte destas: atividades básicas da vida diária (ABVD) que incluem alimentação, vestuário, higiene, e mobilidade; e atividades instrumentais de

vida diária (AIVD) incluindo habilidades mais avançadas, como o gerenciamento das finanças pessoais, utilizando os transportes, usar telefone, cozinhar, realizar tarefas domésticas, lavar roupa, e compras (INVESTOPEDIA, 2016).

Atividades de lazer são aquelas realizadas ou vivenciadas no tempo livre das obrigações (MARCELLINO, 1990). Fazem parte desta categoria as atividades sociais, culturais, familiares, religiosas, etc.

Atividades laborais se referem às tarefas desenvolvidas em determinado local de trabalho, com um fim de manutenção da necessidades (DICIO, 2016). É o tempo destinado ao desempenho de atividades direta ou indiretamente de trabalho/produção com a finalidade de obtenção do sustento (CAVALLRI e ZACARIAS, 2001).

A fadiga é um sintoma subjetivo e comum na vida diária e pode ser uma característica proeminente a longo prazo de um certo número de condições médicas e psiquiátricas. A síndrome da fadiga crônica é caracterizada por fadiga incapacitante persistente ou recorrente, que não é permanente e tem a duração de pelo menos 6 meses, levando a uma redução substancial nos níveis de atividades profissionais, educacionais, sociais e pessoais (NACUL et al. 2009; FUKUDA et al. 1994).

Por se tratar de uma doença complexa, debilitante, de etiologia desconhecida e sem tratamento curativo, os pacientes experimentam uma substancial perda da capacidade funcional física e mental e muitos se tornam dependentes ou até acamados. Por não ser aliviada pelo descanso, a doença resulta numa redução substancial dos níveis de atividade do paciente antes do início (JOHNSTON et al. 2013).

Indivíduos com fadiga crônica são muitas vezes, mentalmente e emocionalmente debilitados, e as pessoas com este diagnóstico têm duas vezes mais probabilidade de estarem desempregados. O custo anual estimado em 2002 pela perda de produtividade foi de 9 bilhões de dólares nos Estados Unidos. Além de dificuldades econômicas, as pessoas com fadiga crônica são mais propensas a relatar prejuízo funcional (YANCEY e THOMAS, 2012).

Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (2016), pessoas com fadiga crônica podem ter redução na capacidade funcional e nas atividades de lazer, sociais e de trabalho. Nas fases iniciais da doença, muitas dos indivíduos doentes podem adiar tarefas ou compromissos sociais até que se sintam melhor, em seguida, tentam realizá-las de forma excessiva para compensar o tempo perdido. Esse

comportamento gera um subsequente agravamento dos sintomas e recuperação lenta podendo estabelecer um padrão cíclico da doença e da incapacidade.

A doença é impactante, como relataram Hoof et al. (2009), a fadiga crônica é responsável por 50% das ausências de longo prazo da escola. O critério para os jovens com FC deve, portanto, incluir limitações significativas em atividades educacionais, sociais e de lazer. A inclusão de limitações parece muito importante quanto à prática clínica, uma vez que fornece evidências de que os jovens pacientes com FC podem abrir mão de sua atividade favorita, a fim economizar energia para manter-se na escola.

Pesquisas têm demonstrado que a fadiga crônica tem impacto sobre a funcionalidade dos indivíduos acometidos pela doença. Nacul et al. (2011) realizaram um estudo objetivando investigar o estado funcional e bem estar de pessoas com fadiga crônica, bem como dos cuidadores desses pacientes e comparou-os com as pessoas com outras doenças crônicas. Os autores concluíram que a fadiga crônica é incapacitante e que o impacto sobre estado funcional e o bem-estar é maior quando comparado a outras doenças crônicas como o câncer, e que a carga emocional reflete tanto sobre os doentes quanto sobre seus cuidadores.

Os sintomas da fadiga crônica, incluindo déficit de memória de curto prazo ou concentração, são de proporção suficiente para causar redução substancial nos níveis educacionais, atividades pessoais, sociais ou profissionais. Os demais sintomas como, dor de cabeça, dores musculares e em múltiplas articulações, dor de garganta, sono não reparador e mal-estar pós-esforço contribuem para redução da funcionalidade do paciente (NYLAND et al. 2014).

Twisk (2015) reforça que esse impacto supera àquele causado por doenças crônicas, como doenças pulmonares ou cancerosas, e está associada com um decréscimo drástico na capacidade funcional.

Meeus et al. (2011) enfatizaram que pacientes com FC e SFC apresentam redução significativa nas atividades da vida diária. Porém, categorizam-nos em dois grupos: a) pacientes que se sentem impotentes e evitam qualquer atividade, resultando em um comportamento extremamente passivo; b) pacientes que demonstram um padrão de atividade variável, mostrando-se muito ativo quando se sentem bem, o que resulta em longos períodos de exaustão posterior às atividades.

Black e McCully (2005) demonstraram em pesquisa, que pessoas com fadiga crônica possuíam níveis mais baixos de atividade diária quando comparados aos indivíduos controle, porém explicam, que os primeiros foram capazes de aumentar a atividade diária por meio de um programa exercícios composto de caminhada diária.

Queixas de problemas cognitivos podem ocorrer em 85% a 95% dos indivíduos com fadiga crônica e para a maioria desses pacientes, os problemas de concentração e atenção tem consequências diretas para o funcionamento diário. Além disso, o grau de comprometimento cognitivo em pacientes com fadiga crônica correlaciona-se com o grau de redução funcional e implicações em outros aspectos da vida cotidiana como, atividades escolares, emprego e interações sociais (SHANKS et al. 2013).

Os indivíduos com fadiga crônica enfrentam debilitação crônica física, redução do funcionamento neuropsicológico, e mudanças no bem-estar emocional, implicando em diminuição significativa da qualidade de vida. Tiersky et al. (2003) realizaram um estudo longitudinal de pacientes com fadiga crônica para examinar a ocorrência das mudanças em vários aspectos ao longo do tempo, incluindo: depressão, situação de emprego e habilidades cognitivas. Concluíram que embora os pacientes possam melhorar o funcionamento cognitivo ao longo do tempo, eles continuaram a ter problemas com o emprego.

Presumivelmente, indivíduos com fadiga crônica possuem limitações que indicam um funcionamento neuro-cognitivo e habilidades físicas mais lentas, é possível que nem sempre sejam capazes de realizar tarefas que exigem raciocínio a uma velocidade necessária ou desejada por um empregador. Isso poderia contribuir para explicar porque pacientes com FC têm problemas para encontrar ou manter o emprego (SHANKS et al. 2013).

Importante observação foi confirmada por uma metanálise composta por 50 estudos. Todos os ensaios objetivaram avaliar aspectos relativos a atenção em pessoas diagnosticadas com fadiga crônica, incluindo capacidade de atenção e memória no trabalho (TWISK, 2015).

Pacientes com fadiga crônica têm reservas de energia severamente limitadas, fato este que pode ocasionar a exclusão de atividades sociais e de lazer, em virtude de priorizar essas reservas para as atividades laborais e escolares (DRACHLER et al, 2009).

Estudos têm buscado diagnosticar a prevalência de fadiga crônica e síndrome da fadiga crônica em atenção primária à saúde em países como Estados Unidos e Inglaterra (Nacul et al. 2011), e como a doença interfere nas atividades da vida diária dos pacientes e na redução na capacidade funcional, com conseqüente declínio na qualidade de vida. Sendo, portanto, relevante a realização desta pesquisa para que se possa obter o diagnóstico e promover estratégias interventivas no sentido de melhorar a funcionalidade destes pacientes

3-OBJETIVOS

3.1-GERAL

- Avaliar a relação entre fadiga crônica e as atividades da vida diária em adultos diagnosticados com Fadiga Crônica que residem em área coberta pela Estratégia Saúde da Família em Teresina-Piauí.

3.2-ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de fadiga crônica na população em estudo.
- Identificar as atividades domésticas realizadas pela população com fadiga crônica.
- Analisar a prática de atividades laborais, sociais e de lazer dos participantes diagnosticados.
- Verificar a relação entre a fadiga crônica e as atividades da vida diária.

4- METODOLOGIA

4.1-TIPO E PERÍODO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal que foi realizada no período compreendido entre outubro de 2015 e julho de 2016.

4.2-LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em todos os bairros do município de Teresina, que se encontra localizada na região centro-norte, contemplando a população que reside em áreas que contam com cobertura em atenção básica pela Estratégia Saúde da Família.

4.3-TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra inicial deste estudo foi estipulada para 8.000 indivíduos, a qual foi calculada para um nível de confiança de 95%. Para esse cálculo considerou-se a prevalência de FC de 0,2% na população de referência, e aceitando-se 0,1% como pior resultado. Optou-se por usar a menor frequência de FC esperada, baseando-se na prevalência de SFC que varia de 0.2 a 0.4% de acordo com a literatura disponível, (NACUL et al. 2011; JOHNSTON et al. 2013; AMB CFM, 2008), o que ainda nos permitiu contar com efeito de possíveis perdas.

Para este estudo incluiu-se indivíduos adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 18 – 65 anos de idade. Pereira (2001) foi utilizado como referência para o cálculo amostral. Utilizou-se a fórmula $n = pq/E^2$. Sendo “p” a proporção da população diagnosticada com FC; “q” a proporção da população livre da FC; “n” o número total da amostra; e “E” equivalendo ao erro padrão aceitável.

4.4-SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população amostral foi recrutada por meio do método de coleta combinado envolvendo randomização simples, conglomerados e sistematização, da seguinte

forma: primeiramente foi realizado o cálculo proporcional de famílias por conglomerados, sendo considerando como conglomerados áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (conglomerados significando bairros), previamente selecionados por sorteio simples. Procedendo-se primeiramente com o sorteio simples da área (bairro), em seguida o sorteio simples das ruas do referido bairro. O critério adotado para a escolha do domicílio foi: realizar a visita na primeira residência da rua previamente sorteada, sendo realizada a coleta em ambos os lados rua, mas sempre iniciando em um destes, e posteriormente no outro.

Para cada domicílio visitado, os dois domicílios da sequência não o foram, sendo visitado o terceiro subsequente, seguindo-se esse método até o término do número de domicílios da área selecionada (área com cobertura na atenção básica à saúde pela Estratégia Saúde da Família - ESF). Ao término da rua, uma nova rua foi sorteada para a continuidade da coleta. Entretanto, em algumas áreas, a sequência teve que ser interrompida por motivo de a mesma representar alta periculosidade para a equipe de coleta de dados. Neste caso, uma rua subsequente foi escolhida para a continuação do trabalho da equipe.

Para cada família estimou-se um número de 1,5 adultos na faixa etária em estudo. As informações foram obtidas, por meio da aplicação do questionário padronizado (NACUL et al. 2011) diretamente ao adulto participante da pesquisa. Em caso de residências fechadas ou não haver nenhum adulto presente no momento da coleta, a residência subsequente foi visitada.

A zona urbana de Teresina conta atualmente com 121 bairros, de acordo com informações disponíveis online, atualizado em 08 de fevereiro do ano corrente (IBGE, 2017). Destes, foram sorteados os que constam no Quadro 5.

A amostra final do estudo contou com um número total de 6.595 indivíduos em virtude de perdas de informações (questionário com dados incompletos), recusas à participação, bem como pelo difícil acesso a determinadas áreas. Quadro 5.

O estudo foi composto pela população total (6.595), os quais foram investigados afim de obter o diagnóstico de fadiga crônica dentre estes. Entretanto, a relação com as atividades da vida diária foram verificadas somente naqueles diagnosticados com fadiga crônica.

Quadro 5 – Bairros, zonas, entrevistados e diagnosticados com FC em população coberta pela Estratégia Saúde da Família, Teresina-PI. 2017.

Nº	Bairro	Zona	Nº de Entrevistados	Nº de Diagnosticados
1	Mafrense	Norte	225	7
2	Nova Brasília	Norte	240	11
3	Mocambinho	Norte	330	4
4	Memorare	Norte	302	6
5	Santa M ^a da Codipe	Norte	320	7
6	Poty Velho	Norte	112	3
7	Conjunto união	Norte	271	2
8	Vila mocambinho	Norte	37	3
9	Marquês	Norte	179	0
10	Saci	Sul	523	15
11	Angelim	Sul	102	3
12	Morada Nova	Sul	307	2
13	Lourival Parente	Sul	123	1
14	Monte Castelo	Sul	96	0
15	Jóquei Clube	Leste	170	1
15	Pedra Mole	Norte	450	20
17	Morada do sol	Leste	154	2
18	São João	Leste	265	1
19	Piçarreira	Leste	301	6
20	Noivos	Leste	105	0
21	Morros	Leste	126	2
22	Socopo	Leste	102	0
23	São Cristóvão	Leste	209	0
24	Fátima	Leste	203	0
25	Redonda	Sudeste	369	2
26	Tancredo Neves	Sudeste	299	7
27	São Raimundo	Sudeste	261	2
28	Renascença	Sudeste	201	3
29	São Sebastião	Sudeste	109	0
	Total		6.595	104

4.5-CRITÉRIOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa seguiu todos os critérios fundamentais para a execução da investigação com seres humanos. Solicitou-se, previamente, a autorização institucional junto a um representante da Fundação Municipal de Saúde (FMS) (anexo 1), e em posse da anuência, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 2), foi elaborado conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, anexado ao projeto e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

Após autorizada pela Fundação Municipal de Saúde (Anexo 1) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº 47860815.1.0000.5214-4; Parecer nº 1872440 (Anexo 2). Os sujeitos aptos à pesquisa foram convidados a participarem por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo 3).

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).

4.6- COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada por uma equipe composta por graduandas do curso de Nutrição e Educação Física, e Pós-graduandas do Mestrado Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob a coordenação da orientadora. A equipe foi treinada por um docente do departamento de Nutrição da UFPI. O treinamento objetivou apresentar os critérios metodológicos e os instrumentos da pesquisa, bem como informações relevantes sobre a fadiga crônica. Após o treinamento, a equipe foi subdividida em grupos de três ou quatro pessoas, sendo deslocado cada grupo para uma zona/bairro da cidade.

A primeira etapa que antecedeu à coleta de dados foi a visita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do conglomerado sorteado para prestar esclarecimentos relativos à pesquisa ao gestor responsável, informando quais os objetivos e procedimentos do estudo, bem como os benefícios que a pesquisa traria para a saúde e para a sociedade. Na segunda etapa, procedeu-se à visita aos domicílios, na qual o indivíduo, após ser abordado pela equipe, e receber esclarecimentos pertinentes à

pesquisa, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo 2) e respondiam às questões estabelecidas para o objetivo do estudo.

4.7- PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

4.7.1-MANUSEIO DOS DADOS

A equipe de coleta de dados utilizou como instrumento dois questionários: um destes para triagem e recrutamento de possíveis casos de FC (Nacul et al. 2011) (Anexo 3); e outro para a coleta de informações sobre as atividades físicas e da vida diária (AVD) (MATSUDO, 2005), (Apêndice 1).

Quadro 6 - Atividades da vida diária, laborais, sociais, de lazer e prática de exercícios físicos.

<ul style="list-style-type: none">• Atividades domésticas Atividades domésticas como varrer e cozinhar. Tomar o ônibus para ir ao centro da cidade.
<ul style="list-style-type: none">• Atividades laborais Ir ao trabalho. Realizar com disposição as suas funções laborais no trabalho.
<ul style="list-style-type: none">• Atividades escolares Ir à escola. Realizar as tarefas escolares.
<ul style="list-style-type: none">• Atividades sociais de lazer Atividades de lazer como sair com amigos (amigas). Atividades sociais como ir à igreja.
<ul style="list-style-type: none">• Atividades físicas sistematizadas Prática de exercícios como caminhada.
<ul style="list-style-type: none">• Atividades físicas sistematizadas Andar de bicicleta. Jogar futebol, futsal, voleibol.

Para efeito desta pesquisa, foram consideradas atividades domésticas: varrer a casa, o jardim, varrer quintal, cozinhar, tomar ônibus para fazer pequenas atividades fora de casa; como atividades laborais: se deslocar para ir ao trabalho (de ônibus ou não), realizar as funções no trabalho, deslocar-se até a escola e desenvolver as tarefas escolares; como atividades sociais e de lazer: participar de encontro com amigos ou na comunidade; e como atividades físicas: fazer caminhadas sistemáticas, praticar esporte ou pedalar. Quadro 6.

Dados sócio demográficos foram obtidos por meio de questionário, objetivando identificar nome, data de nascimento, sexo e endereço.

Os dados foram coletados por meio de questionário validado por Nacul et al. (2011) (Anexo 4), o qual foi aplicado à população participante. Depois de coletados, os dados foram digitados com entrada dupla, conferidos, anonimizados e armazenados em banco de dados seguros. Os questionários foram guardados em local seguro e serão manuseados apenas pelos membros da equipe de pesquisa, que mantiveram a anonimidade dos participantes e confidencialidade dos dados. Posteriormente os procedimentos de checagem de qualidade e limpeza dos dados, os mesmos foram analisados.

4.8 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 e figuras. Para testar diferenças entre as variáveis foram utilizados os testes estatísticos, *t* de *Student* para analisar diferenças entre as médias de idade em relação ao sexo, e o teste qui-quadrado para as variáveis nominais. Por meio do teste de *Kruskal-Wallis*, testou-se as diferenças entre as porcentagens da variável atividades diárias. O erro tipo 1 (alfa) aceitável foi equivalente a 5% ($p < 0,05$) com o nível de significância de 95%, respectivamente (HIBE, 2013).

5-RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1-CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Após o cálculo das perdas por questionários incompletos, recusa em participar da pesquisa, ou dificuldade cognitiva para prestar informações, a presente pesquisa contou com uma amostra total de 6.595 indivíduos com idade entre 18 e 65 anos de idade, residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família – ESF. Dentre os quais, 1,5% (104) foram diagnosticados com fadiga crônica.

Os resultados dispostos na Tabela 3 demonstram que as médias de idade entre os sexos foram muito próximas. Verificou-se que na população masculina a idade média foi igual a 39,0 anos, enquanto que na feminina foi 40,7 anos. O desvio padrão foi igual a 9,8 e 10,4 na população masculina e feminina, respectivamente. A média de idade para ambos os sexos foi de 40,1 anos. Não houve diferença significativa ($p=0,876$) quando analisadas as médias entre as variáveis idade em relação ao sexo.

Tabela 3. Média de idade segundo o sexo da população diagnosticada com fadiga crônica em população coberta pela ESF, Teresina, PI, 2017.

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

Fonte: Dados da pesquisa.

A faixa etária da população deste estudo foi determinada com base em estudos epidemiológicos realizados por Nacul et al. (2011) com grupos etários semelhantes. Assim como a maior parte da literatura utilizada na discussão desta pesquisa, os grupos etários estudados compreendem a idade entre 18 e 65 anos de idade.

Quanto à média de idade, há evidências de fadiga crônica em faixas etárias superiores à de Teresina, com destaque para uma pesquisa desenvolvida por Nacul et al. (2011), na qual foram diagnosticados 573 casos, em pacientes atendidos em cuidados primários em três regiões da Inglaterra, 34,1% de Londres, 32,1% de East Anglia e 33,7% de East Yorkshire. No referido estudo, a média geral de idade foi igual 49,3 anos, 49,1 anos para os homens e 47,5 anos para as mulheres.

É importante ressaltar que a amostra da pesquisa inferida por Nacul et al. (2011) foi composta por pacientes que procuraram atendimento médico em clínicas de atenção à saúde, o que sugere evidência de algum sintoma clínico, enquanto a população deste estudo foi abordada no domicílio, não apresentando, necessariamente sintoma ou condição patológica, que é mais provável de ocorrer em indivíduos com idade mais avançada.

Johnston et al. (2016) realizaram investigação em uma população de 535 pacientes com idade de 18 a 65 anos de idade diagnosticados com fadiga crônica por um médico de cuidados primários na Austrália por meio de um banco de dados registrados entre 2013 e 2015, e obtiveram uma média de idade 46,4 anos com desvio-padrão igual 12,0. Esta média se mostrou superior à do estudo realizado na população de Teresina. Os autores não estratificaram a idade quanto ao sexo.

Em investigação, Bakken et al. (2014) relataram que a taxa de incidência da síndrome da fadiga crônica possuem faixas etárias de pico, com um primeiro apresentando-se na faixa etária de 10 a 19 anos e um segundo pico na faixa etária de 30 a 39 anos. O grupo etário do segundo pico é semelhante à média de idade dos casos desta pesquisa. Embora a amostra tenha contemplado a faixa etária de 18 a 65 anos, a média geral de idade da população diagnosticada com fadiga crônica foi 40,1 anos, valor que se aproxima do segundo pico relatado na pesquisa (Bakken et al. 2014).

Como respaldo para a faixa etária verificada na população de Teresina, em média de idade e desvio padrão, um estudo desenvolvido em Minnesota por Vicent et al. (2012), que avaliou prevalência de fadiga crônica, identificou 151 pacientes com a doença, e obteve como média de idade 38,2 e como desvio padrão de 10,4 anos de idade. Entretanto, os autores não categorizaram a idade em relação ao sexo.

Sousa et al. (2002) investigaram a prevalência de fadiga crônica com servidores do Banco do Brasil na cidade de São Paulo, Brasil, em amostra constituída por 643 trabalhadores entrevistados e obtiveram idade média de 38 anos com desvio padrão de 5,9 anos, demonstrando uma média de idade semelhante à desta pesquisa, mas diferindo quanto ao desvio padrão, o qual foi inferior. Não havendo classificação de acordo com o sexo.

A exemplo desta pesquisa, a maioria, os estudos epidemiológicos de prevalência, incidência, definição de critérios diagnósticos de fadiga crônica e

atendimento em atenção primária, foram realizados em população com idade entre 18 e 65 anos (BRURBERG et al. 2014; JOHNSTON et al. 2016; NACUL et al. 2011).

Ressaltando que a idade entre 40 e 50 anos é considerada como fator de risco para fadiga crônica. Em pesquisa de Saúde na Inglaterra (1998 e 1999), que objetivou identificar fatores associados ao aumento da prevalência de fadiga crônica e síndrome da fadiga crônica em amostra nacional de 4.281 pessoas com idades entre 16 a 74 anos, Bhui et al. (2011), constataram que pessoas com idade acima de 35 anos têm um risco mais elevado. O aumento de um ano de idade aumenta em 2% a prevalência de síndrome da fadiga crônica.

5.2-PREVALÊNCIA DE FADIGA CRÔNICA SEGUNDO O SEXO

Dentre o universo de 6.595 indivíduos, o equivalente a 1,5% (104) apresentaram o diagnóstico de fadiga crônica. A grande maioria dos investigados, representando um total de 6.491 (98,5%), não possuem evidenciada doença. A prevalência de fadiga crônica verificada está dentro do intervalo previsto, que foi de 95% de confiança, calculando-se uma variação de 0,2% a 4% na população coberta pela Estratégia Saúde da Família no município de Teresina-Piauí.

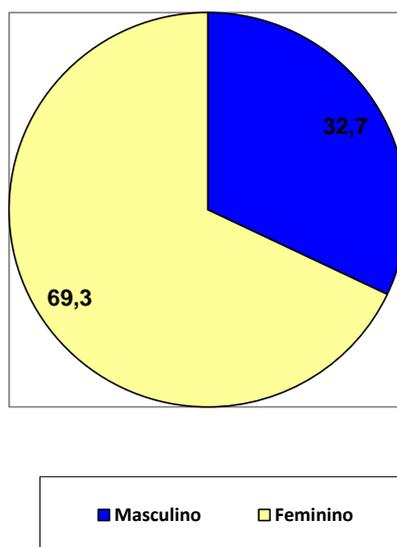
Na Figura 1, se encontram as frequências relativas dos indivíduos que apresentaram diagnóstico de fadiga crônica segundo o sexo. A prevalência de FC foi superior nas mulheres quando comparado aos homens. Dentre os casos de fadiga crônica encontrados, 69,3% (70) eram do sexo feminino, e 32,7% (34) eram do sexo masculino, havendo estatisticamente, diferença significativa ($p=0,001$) entre as proporções.

Estes resultados estão em consonância com outros estudos que comprovam haver maior prevalência de fadiga crônica na população do sexo feminino. Vicent et al. (2012), desenvolveram pesquisa em Minnesota e dentre os 151 pacientes identificados com a doença, a maioria, 83% pertenciam ao sexo feminino.

Estudo transversal realizado por Johnston et al. (2016) na Austrália com população de 535 pacientes diagnosticados com fadiga crônica por médicos de cuidados primários, registrados em banco de dados entre 2013 e 2015, obteve-se maior parte de amostra, 78,61% formada pelo sexo feminino.

Pesquisa epidemiológica desenvolvida por Cho et al. (2009) em atenção primária, comparou a prevalência de fadiga crônica entre população brasileira e inglesa. O estudo consistiu de 3.914 brasileiros e 2.459 ingleses do Reino Unido, pacientes de cuidados primários com idades entre 18 e 45 anos. O sexo feminino prevaleceu tanto no Brasil (79,7%) quanto no Reino Unido (71,5%), certificando que as mulheres são mais propensas a desenvolver a FC.

Reeves et al. (2007), investigaram a prevalência de fadiga crônica nas regiões metropolitanas, urbana e rural da Georgia entre 2004 e 2005 em indivíduos adultos com idade de 18 a 59 anos, e observaram maior prevalência no sexo feminino nas regiões metropolitana e urbana, 4,7% nas mulheres e 0,47% nos homens; 3,10% nas mulheres e 1,83% nos homens, mas não na zona rural, onde maior prevalência foi observado no sexo masculino 2,89% em relação as mulheres com 2,4%.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 1 - Frequência relativa dos indivíduos diagnosticado com fadiga crônica segundo o sexo. Teresina, PI. 2017.

Diversas pesquisas comprovam que as mulheres são, pelo menos, duas vezes mais propensas a desenvolver fadiga crônica quando comparadas aos homens, sendo mais comum em pessoas com mais de 40 anos de idade (YANCEY e THOMAS, 2012; REEVES et al. 2007). Esta afirmação condiz com os resultados verificados na presente pesquisa.

Bakken et al. (2014) investigaram a incidência de fadiga crônica em população maior que 5 anos de idade no período de 2008-2012. A taxa global de incidência por 100.000 pessoas-ano foi de 39,4 para as mulheres, ao passo que correspondeu a 12,9 para os homens. Isto equivale a uma taxa de incidência de 3,2 maior entre as mulheres em relação aos homens. A taxa de incidência foi maior nos grupos etários de 10 a 14, 15 a 19, 30 a 34 e 35 a 39 anos, sendo bem mais elevado no grupo feminino com faixa de idade compreendida entre 30 e 39 anos.

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention-USA* (2016), pelo menos 1 milhão de americanos têm fadiga crônica, com prevalência estimada em 0,2% a 0,7% a partir de inquéritos populacionais. A maioria estando doente por mais de 5 anos, mas apenas cerca de 50% procuram cuidados médicos e destes somente cerca de 20% foram diagnosticados. Com maior prevalência observada em mulheres, sendo três a quatro vezes superior quando comparado aos homens, particularmente na faixa etária de 40 a 50 anos.

Nacul et al. (2011), em delineamento transversal, investigaram 170 pessoas com idades entre 18 e 64 anos, com síndrome da fadiga crônica e 44 cuidadores, por meio do *quality of life questionnaire (SF-36v2 healthsurvey)*. Foram avaliados o estado funcional e bem-estar das pessoas com a síndrome da fadiga crônica e seus cuidadores. Dentre os pacientes com SFC, 78,2% eram mulheres e 21,8 homens.

Uma coorte retrospectiva foi realizada por Roberts et al. (2016) na Inglaterra e País de Gales avaliando a relação entre mortalidade e síndrome da fadiga crônica. Foram registrados 2.147 casos de síndrome da fadiga crônica e 17 mortes de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2013. Deste universo, 1.533 pacientes eram mulheres, das quais 11 morreram; 614 eram homens, dos quais seis morreram. O estudo sugere que as mulheres são mais propensas a ter FC, entretanto, não houve relação entre FC e mortalidade por sexo ou idade, mas sim por suicídio.

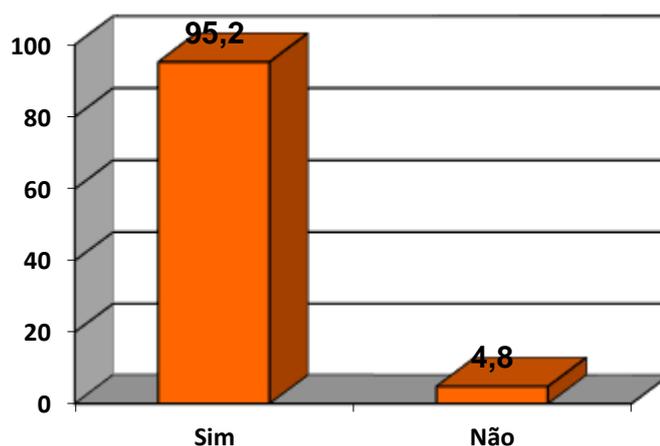
Em estudo canadense, Lavergne et al. (2010) caracterizaram pacientes com idade média de 44,6 anos, diagnosticados com sensibilidade química múltipla (SQM), síndrome da fadiga crônica (SFC), ou fibromialgia (FM), para comparar o seu nível funcional com valores médios da população, e outros fatores associados. Os pacientes eram predominantemente do sexo feminino (86,7%).

Nesta pesquisa, assim como na literatura consultada, a prevalência de síndrome da fadiga crônica foi mais prevalente nas mulheres.

5.3- DECLÍNIO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Com relação a instalação do quadro de fadiga crônica e redução nas atividades da vida diária, os resultados mostraram a maioria, 95,2% (99) dos diagnosticados com a doença, relataram que a fadiga impedia a realização de atividades do dia-a-dia, e em apenas 4,8% (5) o desempenho das atividades diárias não sofreu interferência pela instalação da fadiga. O teste do qui-quadrado mostrou diferença significativa entre as porcentagens ($p = < 0,001$).

Figura 2. Declínio das atividades da vida diária na população diagnosticada com fadiga crônica em áreas coberta pela estratégia saúde da família. Teresina, PI. 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

As atividades da vida diária sofreram interferência pela instalação da fadiga crônica em 95,2% da população. Dos 6.595 pesquisados, 104 indivíduos foram diagnosticados com a FC, destes 95,2% (99) relataram redução ou impedimento na realização de atividades cotidianas. Estes resultados permitem inferir que a qualidade de vida dos indivíduos com FC é reduzida em virtude do declínio de sua funcionalidade.

É importante ressaltar que a média de idade da população diagnosticada com FC foi de 40,1 anos, o que implica afirmar que os indivíduos neste grupo etário se encontram em fase produtiva de sua vida. Uma vez, acometido pela doença, ocorrem

paulatinamente os prejuízos funcionais e financeiros, sendo conseqüentemente um relacionado ao outro.

Várias pesquisas confirmam os resultados evidenciados na ESF no município de Teresina, como declaram Lavergne et al. (2010), que pacientes diagnosticados com FC demonstraram acentuado prejuízo funcional, consistindo em dificuldades relacionadas ao trabalho e cuidados com suas casas e famílias durante o que deveria ser o seu pico anos produtivos. O estudo realizado no Canadá, reitera que as atividades diárias são significativamente mais baixas em pacientes com FC quando comparada à população livre da doença.

As implicações na redução das atividades diárias podem não retornar ao nível normal antes da instalação da doença, como descrito pelo *Centers for Disease Control and Prevention USA* (2016), a maioria dos adultos não retornam ao seu nível funcional pré-doença, e quando a afecção se instala antes dos 25 anos de idade o potencial educativo frequentemente se torna limitando durante o percurso da vida (CDC, 2016).

Andrade (2007), em pesquisa transversal, avaliou a prevalência da fadiga em 31 trabalhadores no Rio de Janeiro e sua repercussão sobre a funcionalidade e qualidade de vida. Constatou que 47% da população teve total redução na capacidade funcional, mais de 50% da população declarou não conseguir realizar atividades diárias ou realizar apenas aquelas mais leves.

É importante salientar que a porcentagem de indivíduos que tiveram queda nas atividades da vida diária nesta pesquisa é relativamente alta, atingindo mais de 95% da população diagnosticada com a doença. Este resultado é de grande relevância para a comunidade acadêmica, bem como para os gestores e servidores da atenção primária em saúde, visto que a ESF tem como meta promover a melhoria na qualidade de vida da população.

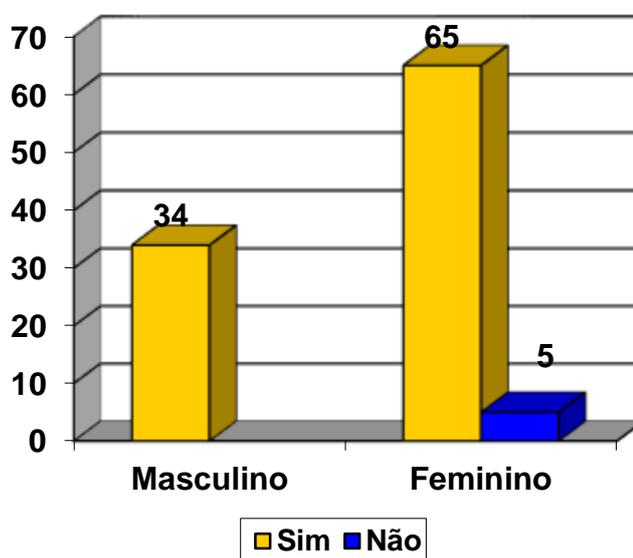
Diante das evidências, se faz importante que os profissionais que atuam na atenção primária, conheçam o problema e estejam preparados para intervir na melhoria da funcionalidade desses pacientes, e assim garantir a melhoria na qualidade de vida da população diagnosticada com FC.

5.4- DECLÍNIO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA SEGUNDO O SEXO

No tocante ao gênero, conforme demonstrado na Figura 3, dentre a população masculina diagnosticada com fadiga crônica, 100% (34) dos homens afirmaram que a fadiga restringe a realização de atividades diárias, enquanto que 92,8% (65) das mulheres relataram que a fadiga crônica interfere na atividade cotidianas, com diferença estatística significativa ($p=0,007$) entre as respostas.

Os resultados permitem inferir que a fadiga crônica interfere na realização de atividades diárias em indivíduos de ambos os sexos. Dentre os homens, todos relataram restrição nas atividades diárias, enquanto dentre as mulheres, o declínio das atividades da vida diária foi referido pela maior parte da população diagnosticada com a doença.

Figura 3. Declínio relativo das atividades da vida diária população diagnosticada com fadiga crônica em áreas coberta pela ESF segundo o sexo. Teresina, PI. 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Não foram encontrados estudos sobre a fadiga crônica e atividades da vida diária em relação ao sexo, entretanto, na literatura consultada sobre FC a prevalência da doença foi superior na população feminina.

Em apenas um estudo foi identificada maior prevalência de FC entre os homens, porém, ressaltando-se que este fato foi constatado no grupo etário com idade

maior que 60 anos. Fato este que diferencia dos resultados identificados na população com cobertura pela ESF em Teresina, uma vez que a média de idade geral da população diagnosticada com FC, incluindo homens e mulheres, foi de 40,1 anos.

Ao avaliarem a existência de fadiga crônica em atenção primária, Kim, Shin e Won (2005) constataram que a prevalência de FC dentre os homens foi maior nos grupos etários com mais de sessenta anos (14,10%) do que nos outros grupos etários, quando comparado ao grupo de mulheres. Segundo o mesmo estudo, de um modo geral a prevalência da doença na população feminina se manteve mais elevada, com destaque na faixa etária 50-59 (12,8%).

Por se tratar de uma de uma doença que provoca redução nas atividades físicas diárias e na funcionalidade, pode-se inferir que a ocorrência da doença na população reduz a qualidade de vida dos pacientes.

Como reforçam Kos et al. (2015), as atividades da vida diária devem ser consideradas como ponto importante tanto no diagnóstico quanto na reabilitação de pacientes com fadiga crônica e síndrome da fadiga crônica, pois em decorrência da doença ocorre redução das AVDs e, dessa forma a qualidade de vida sofre interferência. Uma vez reabilitados e aptos para atuarem nas situações do cotidiano, conseguem melhorar a funcionalidade.

5.5- ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA PREJUDICADAS PELA FADIGA CRÔNICA

Este estudo investigou quais das atividades da vida diária são mais prejudicadas pela instalação da fadiga crônica na população que conta cobertura pela Estratégia Saúde da Família no município de Teresina.

Na Tabela 4 estão descritas as atividades da vida diária que sofrem interferência pela ocorrência da FC. Os resultados revelaram que as maiores reduções foram observados na prática de exercícios como caminhada, na população diagnosticada com FC, seguida por atividades domésticas como varrer e cozinhar. Havendo diferença significativa entre as porcentagens, segundo o teste de *Kruskal-Wallis* ($p = 0,001$).

Tabela 4. Tipos de atividades diárias que sofreram interferência pela ocorrência de FC. Teresina, 2017

Tipos de Atividades	Número	%
Ir ao Trabalho	51	49,0
Realizar com disposição as suas funções laborais no trabalho	47	45,2
Ir à escola	14	13,5
Realizar com vigor e energia as tarefas escolares	17	16,3
Atividades domésticas como varrer e cozinhar	58	55,8
Tomar ônibus para ir ao centro da cidade	48	46,2
Atividades de lazer como sair com amigos (amigas)	36	34,6
Atividades sociais como ir à igreja	43	41,3
Prática de exercícios como caminhada	64	61,5
Andar de bicicleta	35	33,7
Jogar futebol, futsal, voleibol	34	32,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Todas as atividades analisadas nesta pesquisa sofreram interferência pela instalação da fadiga crônica, com maior destaque para a prática de caminhada (61,5%) e atividades domésticas como varrer e cozinhar (55,8%), seguidas por dificuldades para ir ao trabalho (49%); tomar ônibus para realizar tarefas no centro da cidade (46,2%) e realizar atividades laborais como, se deslocar para ir ao trabalho (de ônibus ou não), realizar as funções no trabalho, deslocar-se até a escola e desenvolver as tarefas escolares (45,2%). Redução no nível de atividades sociais e de lazer foram descritas pelos investigados: frequentar a igreja (41,3%) e sair com amigos (34,6%). A redução na prática de atividades esportivas foi descrita, (33,7%) não conseguem andar de bicicleta; (32,7%) não dispõe de energia para jogar futebol, futsal, e voleibol.

Nijs et al. (2013), em análise comparativa na prática de exercício físico com pacientes com síndrome da fadiga crônica (n = 43) e controles saudáveis, relataram que os primeiros apresentam mais de escape evitando o exercício físico, no entanto, explica que esse comportamento aborda todos os tipos de atividades, tais como trabalho e de atividades sociais e, portanto, não é limitando a atividade física ou exercício.

Lukkahatai e Saligan (2013) salientaram que indivíduos com fadiga crônica sofrem de sintomas debilitantes, como dor, fadiga e comprometimento do sono, sendo

relatada por impactar negativamente a qualidade de vida, e no pior dos casos, levar à incapacidade.

A fadiga com duração superior a 6 meses, não só afeta negativamente indivíduos fisiologicamente, mas economicamente (LUKKAHATAI e SALIGAN, 2013). Os pacientes que apresentaram os sintomas quando mais jovens podem apresentar maior redução em seu funcionamento físico (LAVERGNE et al. 2010).

Como exposto por Lengert e Drossel (2015), o mal-estar pós-esforço é comumente observada em pacientes com fadiga crônica, ainda que seu mecanismo não seja bem compreendido. Sugeriu-se uma capacidade reduzida para a síntese de ATP mitocondrial, e está associada com a patogênese da FC, sendo também um importante contributo para a intolerância ao exercício em pacientes com a doença.

As atividades laborais foram referidas por sofrerem significativas reduções pela ocorrência da fadiga crônica, tanto as tarefas domésticas quanto aquelas realizadas no ambiente de trabalho. Em estudo sobre perspectivas na prática profissional e fadiga crônica, Horton et al. (2010) destacaram que a doença tem impactos não só sobre as "atividades maiores" como o emprego, mas até mesmo em atividades básicas do dia-a-dia, de lazer como ler ou assistir TV, que precisam de concentração e implica uma carga de memória significativa. Até muitas coisas simples podem causar uma grande dose de estresse, como não ser capaz de levar as crianças para a escola, e consequentemente incapaz de realizar qualquer outra tarefa.

Pessoas diagnosticadas com FC têm duas vezes mais probabilidade de estarem desempregadas, visto ao comprometimento funcional o que sugere que essas pessoas não atendem à demanda de trabalho nas empresas. Essa condição é responsável pelo elevado custo anual estimado por perda de produtividade nos Estados Unidos equivalente a \$ 9,1 bilhões de dólares nos Estados Unidos (YANCEY e THOMAS, 2012).

As atividades sociais e de lazer sofreram declínio considerável entre os diagnosticados com FC. Em revisão sistemática Drachler et al. (2009) destacaram que o segredo para o enfrentamento é aceitar que o desequilíbrio existe, ponderar os recursos e fazer uma escolha sobre como usá-los, enfatizando que quando a energia é severamente limitada há pouco tempo de sobra para outras atividades e praticamente nenhum para fora da família.

Realçando o que foi citado acima sobre o declínio das atividades sociais, Tiersky et al. (2003) revelaram que os indivíduos com síndrome da fadiga crônica têm uma redução significativa na qualidade de vida por causa de disfunção neuropsicológica, declínio físico e angústia emocional, e que este comprometimento na qualidade de vida, é mais evidente no funcionamento do seu papel social.

As afirmações dos autores acima sugerem que as atividades sociais e de lazer são prejudicadas em virtude da redução energética no indivíduo que possui FC e, na tentativa de economia dessa energia, há uma tendência em priorizar as atividades essenciais como alimentação e higiene.

Em estudo de revisão Shanks et al. (2013) frisaram que prejuízos cognitivos causados por FC tem impacto negativo no funcionamento social e atividades diárias, especialmente em termos de responsabilidade de trabalho e de educação. Assim, deficiências cognitivas podem diminuir a qualidade de vida dos pacientes.

Marshall-Gradisnik (2016) salientou que na Austrália, a FC afeta mais de 180 mil pessoas e que se trata de uma doença complexa e que pessoas nesta condição devem acompanhar de perto sua saúde com o seu médico, afim de criar um programa de tratamento individualizado que melhor se adapte às suas necessidades. O programa, segundo a autora, deve ser baseado numa combinação de tratamentos para controle dos sintomas, terapias de adaptação e técnicas para atuar nas atividades diárias normais.

O impacto significativo sobre o funcionamento diário, levou Pemberton e Cox (2014) a investigarem e compreender o significado das atividades diárias em pessoas com esta doença incapacitante. Os autores entrevistaram 14 participantes diagnosticados com FC em serviço de reabilitação na Inglaterra. Como resultado, identificaram que a medida que a fadiga cessava, os participantes tentaram manter o seu nível anterior de envolvimento ocupacional, em virtude de associações e emoções negativas em resposta ao conceito de não fazer nada ou atividade limitada. Um ciclo recorrente foi informado de aumentar os níveis de atividade quando os sintomas melhoraram, seguido de sintomas pós esforço.

Lavergne et al. (2010) destacaram que a avaliação precoce e abrangente, a gestão médica, apoio social e financeiro podem evitar a deterioração da função associada com a doença prolongada. Educação e informação são necessários para profissionais de saúde e pacientes.

No mesmo sentido, Griffith e Zarrouf (2008) recomendam que o paciente com FC deve ser incentivado para o tratamento, com ênfase na reabilitação para realização das atividades da vida diária e manutenção da funcionalidade.

Bayliss et al. (2014) declararam que são várias as barreiras para o diagnóstico de fadiga crônica/síndrome da fadiga crônica e que essa condição é aflitiva e dispendiosa em termos utilização de serviços de saúde e dos custos econômicos para os pacientes e suas famílias.

6-CONCLUSÕES

A prevalência de Fadiga Crônica na população coberta pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Teresina foi de 1,5% com predominância nas mulheres.

Dentre a população diagnosticada com fadiga crônica, a grande maioria relatou haver redução nas atividades da vida diária.

Houve declínio das atividades da vida diárias em ambos os sexos, porém, o maiores reduções foram relatadas pelos indivíduos do sexo masculino.

Todas atividades da vida diária foram afetadas pela fadiga crônica, com destaque para a prática de caminhada, atividades domésticas e laborais. Menores declínios foram relatados nas atividades escolares.

7-SUGESTÕES

- Diante da apresentação dos resultados desta pesquisa, fica evidente a importância de os profissionais em saúde primária conhecerem a fadiga crônica e compreenderem os critérios para o diagnóstico e tratamento da doença. Esses passos são fundamentais para a abordagem diante dos casos, bem como, para o fornecimento de informações adequadas à população diagnosticada com a doença, visando a melhoria na qualidade dos serviços de saúde pública.
- Estudos mais elaborados sobre fadiga crônica e síndrome da fadiga crônica são necessários para esclarecimento das diferentes abordagens diagnósticas e de tratamento.
- Pesquisas sobre fadiga crônica e síndrome da fadiga crônica e comprometimento educacional e laboral devem ser exploradas, visando esclarecer mais detalhadamente como a doença pode comprometer o indivíduo em áreas específicas, como por exemplo, atividades escolares, perda de emprego, etc.

REFERÊNCIAS

ABDO, Rodrigo Ferreira; CUNHA, Rivaldo Venâncio da. **Depressão e fadiga crônica pós-chikungunya**. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS - Campo Grande – MS, Brasil, 2013.

AFARI N; BUCHWALD D. Chronic fatigue syndrome: a review. **America Journal of Psychiatry**.v.160, n.2, p-221-236, 2003.

ANDRADE, Fernanda Guimarães de. **Estudo da fadiga crônica e sua repercussão na qualidade de vida de trabalhadores expostos a agrotóxicos organofosforados**. Dissertação de mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes-Fadiga crônica**: diagnóstico e tratamento, 2008.

ASTUDILLA, Pâmela; MACHADO, Renata; PERALLES, Simone; STRIEBEL, Vera Lúcia Widniczck. Relação entre fadiga e qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla: Uma revisão de literatura. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 3. p-525-529, 2011.

BAGNALL, Anne-Marie et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome/myalgicencephalomyelitis. **Quality Safety in Health care**, v. 11, p-284–288, 2002.

Bakken et al. Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008–2012. **BMC Medicine** 2014, 12:167 <http://www.biomedcentral.com>.

BARBOSA, Bruno Rossi. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p-3317-3325, 2014.

BARRETO, Jorge Otávio Maia; NERY, Inez Sampaio; COSTA, Maria do Socorro Candeira. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3: p-515-526, mar, 2012.

BETTERHEALTH. Myalgic encephalomyelitis (ME)/Chronic fatigue syndrome(CFS). Betterhealth.vic.gov.au, 2016.

BAYLISS, Kerin et al. Overcoming the barriers to the diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/ME in primary care: a meta synthesis of qualitative studies. **BMC Family Practice**, 2014.

BHUI, Kamaldeep S. et al. Chronic fatigue syndrome in an ethnically diverse population: the influence of psychosocial adversity and physical inactivity. **BMC Medicine**, v., n. 26, 2011.

BLACK, Christopher D; McCULLY Kevin K. Time course of exercise-induced alterations in daily activity in chronic fatigue syndrome. **Dynamic Medicine**, v. 4, n. 10, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde), 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde do Piauí. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 13 de agosto de 2016.

BRURBERG, Kjetil Gundro. Case definitions for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review. **BMJ Open**, v. 4, 2014.

CARRUTHERS, Bruce M. et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Guidelines: A Consensus Document. **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, v. 11, n.1, 2003.

CAVALLARI, Vinicius Ricardo, ZACARIAS, Vany. **Trabalhando com recreação**. 5 ed. Revisada e ampliada, São Paulo, Ícone, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Chronic Fatigue Syndrome (CFS). Disponível em: <http://www.cdc.gov/cfs/diagnosis/index.html>. Acesso em 10 de julho de 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Chronic Fatigue Syndrome: Advancing Research and Clinical Education**. February 16, 2016.

CFIDS Association of America, Chronic Fatigue Syndrome Researcher Turns Pilot Study into Major Grant, 2014. Disponível em: <http://www.healthrising.org/blog/2014/12/28/chronic-fatigue-syndrome-researcher-turns-pilot-study-major-grant/>. Acesso em 15 de agosto de 2016.

CHO, Hyong Jin et al. 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.

Clinical Practice Guidelines. Chronic fatigue syndrome, 2002.

COLLIN, Simon M. et al. Equity of access to specialist chronic fatigue syndrome (CFS/ME) services in England (2008–2010): a national survey and cross-sectional study. **BMJ Open**, 2012.

CRAWLEY, E; COLLIN, S.M; WHITE, P.D; RIMES, K; STERNE, J.A.C; MAY, M.T. Treatment outcome in adults with chronic fatigue syndrome: a prospective study in England based on the. **QJM international Journal of Medicine**, v.106, P-555-565, 2013.

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**, June, 2003.

DICIO – dicionário online de português. Disponível em:
<http://www.dicio.com.br/laboral/>. Acesso em 16 de agosto de 2016.

DRACHLER, Maria de Lourdes et al. The expressed needs of people with Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis: A systematic review. **BMC Public Health**, v.9, n.458, 2009.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2, 2007.

FRIEDBERG, Fred et al. Chronic Fatigue Self- Management in Primary Care: A Randomized Trial. **Psychosomatic Medicine**, v. 75, n. 7, p- 650–657, September, 2013.

FUKUDA, Keiji et al, The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. **Annals of Internal Medicine**. Dec 15; v.121, n, 12, p-953-959, 1994.]

GALLAGHER, Arlene M. et al. Incidence of fatigue symptoms and diagnoses presenting in UK primary care from 1990 to 2001. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 97, p-571–575, 2004.

GRIFFITH, James P; ZARROUF Fahd A. A Systematic Review of Chronic Fatigue Syndrome: Don't Assume It's Depression. **Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 10, n. 2, 2008.

HAINES, L. C; SAIDI, G; COOKE R. W. I. Prevalence of severe fatigue in primary care. **Archives of Disease in Childhood**, v.90, p-367-368, 2005.

HIBE, Joseph. Methods os Statistical Model Estimation. Chapman & Hall/CRC Press, Boca Rato. ISBN 978-1-4398-5802-8, 2013.

HOOFF, Elke L. S. Van. How do adolescents with chronic fatigue syndrome perceive their social environment? A quantitative study. **Bulletin of the IACFS/ME**. v.17, n.1, 2009.

HORTON, Simon M. C. et al. Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) in adults: a qualitative study of perspectives from professional practice. **BMC Family Practice**, v. 11, n. 89, 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Redefining an Illness, 2015.

INVESTOPEDIA. **Activities of Daily Living-ADL**. Disponível em: <http://www.investopedia.com/terms/a/adl.asp>. Acesso em 16 de agosto de 2016.

JASON, Leonard A. et al. Defining essential features of myalgic encephalomyelitis and chronic fatigue syndrome. **Journal of Human Behavior in the Social Environment**, May, 2015.

JASON, Leonard A; BARKER, Kristen; BROWN, Abigail. Pediatric Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. **Journal Health Care**. V.3, n. 4, p-257–270, January, 2012.

JASON, Leonard A. et al. A communitybased study of Chronic Fatigue Syndrome. **Archives Internal of Medicine**, 159, Oct. 1999.

JOHNSTON, Samantha et al. The prevalence of chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis. **Clinical Epidemiology**, v.5, 2013.

JOHNSTON, Samantha C. et al. Epidemiological characteristics of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in Australian patients. **Clinical Epidemiology**, v. 8, p-97-107, 2016.

KIM, Cheol Hwan, SHIN, Ho Cheol, WON, Chang Won. Prevalence of Chronic Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome in Korea: Community-Based Primary Care Study. **Journal of Korean Medical Science**, v. 20, p- 529-34, 2005.

KOS, Daphne et al. Activity Pacing Self-Management in Chronic Fatigue Syndrome: A Randomized Controlled Trial. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 69, n. 5, September/October 2015.

LARUN, Lillebeth et al. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Issue 6. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016. Disponível em: www.cochranelibrary.com. Acesso em 16 de agosto de 2016.

LAVERGNE, M. Ruth et al. Functional impairment in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivity. **Canadian Family Physician**, v.56, p- 57-65, 2010.

LENGERT, Nicor, DROSSEL, Barbara. In silico analysis of exercise intolerance in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. **Biophysical Chemistry**, v. 202, p-21-31, 2015.

LOEWA, Stephen J; MARSHB, Nigel V; WATSONA, Kenneth. Symptoms of Meares-Irlen/Visual Stress Syndrome in subjects diagnosed with Chronic Fatigue Syndrome. **International Journal of Clinical and Health Psychology**. v.14, p- 87–92, 2014.

LUKKAHATAI, Nada, SALIGAN, Leorey N. Association of Catastrophizing and Fatigue: A Systematic Review. **Journal of Psychosom Research**, v.74, n. 2, 2013.

MANU, Peter. The psychopathology of functional somatic syndromes: Neurobiology and illness behavior in chronic fatiguesyndrome, fibromyalgia, gulf war illness, irritable bowel, andpremenstrualdysphoria. New York, The Haworth Medical Press, p.299, 2004.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. Lazer e educação, Campinas: Papyrus,1990.

MARSHALL-GRADISNIK, Sonya. **Síndrome da fadiga crônica**. Disponível em <http://www.psicologiasdobrasil.com.br/pesquisadora-fala-sobre-a-sindrome-da-fadiga-cronica/#ixzz4HK7AbR1K>. Acesso em 14 de agosto de 2016.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. **Avaliação do idoso**-física e funcional. 2ª edição, São Caetano do Sul: CELAFISCS, 2005.

MAYO CLINIC. Chronic Fatigue Syndrome. Julho de 2014. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-fatigue-syndrome/basics/risk-factors>. Acesso em 09 de agosto de 2016.

MEEUS, Mir; EUPEN, Inge van; BAARLE, Ellen van; BOECK, Valérie De; LUYCKX, Anke; KOS, Daphne; NIJS, Jo. Symptom Fluctuations and Daily Physical Activity in Patients with Chronic Fatigue Syndrome: A Case-Control Study. **Archives Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 92, nov, 2011.

NACUL, Luis, KINGDON, Caroline C; BOWMAN, Erinna W; CURRAN, Hayley; LACERDA Eliana M. Differing case definitions point to the need for an accurate diagnosis of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome, **Fatigue: Biomedicine**, Health & Behavior, 2017.

NACUL, Luis Carlos 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**, 2011.

NACUL, Luis Carlos et al. The functional status and well being of people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and their carers. **BMC Public Health**, v. 11, 2011.

NACUL, Luis Carlos; LACERDA, Eliana Mattos; SAKELLARIOU, Dikaios. Is there an association between exposure to chemicals and chronic fatigue syndrome? Review of the evidence. **Bulletin of the IACFS/ME**, v.17, n.1, 2009.

NIJS, Jo. Fear of movement and avoidance behaviour toward physical activity in chronic-fatigue syndrome and fibromyalgia: state of the art and implications for clinical practice. **Journal of Clininical Rheumatology**, v.32, p-1121-1129, 2013.

NIJS, Jo; MEEUS, Mira; MCGREGOR, Neil R; MEEUSEN, Romain; Guy De, SCHUTTER, Elke; HOOFF, Van; MEIRLEIR, Kenny De. Chronic Fatigue Syndrome: Exercise Performance Related to Dysfunction. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.37, n. 10, p-16471654, 2005.

NYLAND, Morten et al. Longitudinal follow-up of employment status in patients with chronic fatigue syndrome after mononucleosis. **BMJ Open**, v.4, 2014.

O'DOWD et al. Cognitive behavioural therapy in chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial of an outpatient group programme. **Health Technology Assessment**, v. 10, n. 37, 2006.

Estratégia Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. Novembro, 2002. Disponível em Portal da Saúde.
http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 10 de setembro, 2016.

OKA, Takakazu, TANAHASHI, Tokusei, Takeharu, CHIJIWA, Battuvshin LKHAGVASUREN, SUDO, Nobuyuki; OKA, Kae. Isometric yoga improves the fatigue and pain of patients with chronic fatigue syndrome who are resistant to conventional therapy: a randomized, controlled trial. **BioPsychoSocial Medicine**. v. 14, n.27, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lúcia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde** (Impresso) - versão ISSN 1518-1812. BIS, **Boletim do Instituto de Saúde** (Impr.) v.12 n.2 São Paulo, ago. 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan-mar. p.15-35, 2014.

PEMBERTON, S, COX, D. L. Experiences of daily activity in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) and their implications for rehabilitation programmes. **DisabilityandRehabilitationJournal**, v. 36, n. 21, 2014.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Ed. Guanabara Koogan, p. 595, 2001.

PRINS, Judith B, MEER, Jos W M van der, BLEIJENBERG, Gijs. Chronic fatigue syndrome. **www.thelancet.com**, v. 367, 2006.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p-316-319, 2000.

PULCINELLI, Adauto J; BARROS. Jônatas F. O efeito antidepressivo do exercício físico em indivíduos com transtornos mentais. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, v.18, n.2, p. 116-120, 2010.

REEVES, William C. Prevalence of chronic fatigue syndrome in metropolitan, urban, and rural Georgia. **Population Health Metrics**, v. 5, n. 5, 2007.

REEVES, William C. et al. Identification of ambiguities in the 1994 chronic fatigue syndrome research case definition and recommendations for resolution. **BMC Health Services Research**, v.3, n. 25, 2003.

REYES Michele et al. Prevalência e incidência da Síndrome da Fadiga Crônica em Wichita, Kansas. **Archives of Internal Medicine**. V.163, n. 13, p-1530-1536, 2003.

RIMES Katharine A; GOODMAN, Robert; HOTOPF, Matthew; WESSELY, Simon; MELTZER, Howard; CHALDER, Trudie. Incidence, Prognosis, and Risk Factors for Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents: A Prospective Community Study. **Journal of Pediatrics**, v.119, n.3, Mar. 2007.

ROBERTS, Emmert 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. www.thelancet.com, v. 387, n. 16, April, 2016.

RUSU C. et al. 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, March, 2015.

SABES-FIGUERA, Ramon; MIKE HURLEY, Paul; KING, Michael; DONALDSON, Ana Nora; RIDSDALE, Leone. The hidden cost of chronic fatigue to patients and their families. **BMC Health Services Research**, v. 10, n.4, p-56, 2010.

SABES-FIGUERA, Ramon; MIKE HURLEY, Paul; KING, Michael; DONALDSON, Ana Nora; RIDSDALE, Leone. Cost-effectiveness of counselling, graded-exercise and usual care for chronic fatigue: evidence from a randomised trial in primary care. **BMC Health Services Research**, v.12, n. 264, 2012.

SHANKS, Lindzi et al. Cognitive impairments associated with CFS and POTS. **Frontiers in Physiology - Integrative Physiology**, v. 4, art. 113/2, May, 2013.

SOLOMON, Laura M.P.H; WILLIAM C. REEVES, M. D. Factors Influencing the Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome. **Archives of Internal Medicine**.v.164, n.20, - 2241-2245, 2004.

SOUZA, M. de Fatima Marinho de. Chronic fatigue among bank workers in Brazil. **Occupational Medicine**, v. 52, n. 4, pp-187–194, 2002.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.2, 2014, p.879.

TAN, E. M.; SUGIURA, K.; GUPTA, S. The case definition of chronic fatigue syndrome. **Journal of Clinical Immunology**,v. 22, n.1, p. 8-12, Jan, 2002.

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho, 2011.

TIERSKY Lana A. et al. Functional status, neuropsychological functioning, and mood in chronic fatigue syndrome (CFS): relationship to psychiatric disorder. **Journal of Nervous Mental Disease**. V. 191, n. 5, p-324-331, 2003.

TWISK, Frank N. M. Accurate diagnosis of myalgic encephalomyelitis and chronic fatigue syndrome based upon objective test methods for characteristic symptoms. **World Journal of Methodology**, v.5, n. 2, June, 2015.

UNDERHILL, R.A. Myalgic encephalomyelitis, chronic fatigue syndrome: an infectious disease. **Medical Hypotheses**, v. 85, p-765–773, 2015.

VIANA, Ana Luiza d'ávila; POZ, Mário Roberto Dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(suplemento): p-225- 264, 2005.

VINCENT, Ann et al. Prevalence, Incidence, and Classification of Chronic Fatigue Syndrome in Olmsted County, Minnesota, as Estimated Using the Rochester Epidemiology Project. **Mayo Clinic Proceedings**. v. 87, n.12, p-1145-1152, 2012.

WEARDEN, Alison J. et al. Nurse led, home based self-help treatment for patients in primary care with chronic fatigue syndrome: randomized controlled trial. **BMJ Online First - Emergency Medicine Journal**, v.340, 2010.

WIELENSKA, Regina Christina; BANACO, Roberto Alves. Síndrome da fadiga crônica: a perspectiva analítico-comportamental de um caso clínico. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p-415-424, 2010.

YANCEY, Joseph R; THOMAS, Sarah M. Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Treatment. **American Family Physician**, v, 86, n. 8. October 15, 2012.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. A síndrome da fadiga crônica: apresentação e controvérsias. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 65-71, jan./mar. 2010.

ANEXOS

Anexo 1

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 Thaís 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.

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 janeiro 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 Thaís 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.



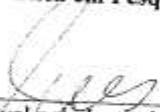
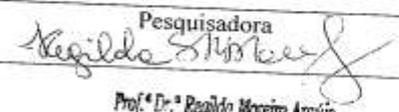
Prefeitura de
Teresina

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**.

 Responsável pela Instituição <i>Luciano Nunes Santos Filho</i> Presidente Fundação Municipal de Saúde	 Pesquisadora <i>Regilda Moreira Araújo</i> Prof.ª Dr.ª Regilda Moreira Araújo LABROMLAB/COQ/LASA DN/CCSA/UFFI
---	---

Anexo 2



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 1.872.640

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	QUESTIONARIOHabilosAlimentares.pdf	09/12/2016 13:56:48	Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL.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	26/05/2015 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 Curriculos 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 Petrônio 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

Página 03 de 04

Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo

Anexo 3



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: Prof. Pós-Dr.^a Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo
Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Nutrição
Telefone para contato: (86) 3237-2062

Pesquisadores participantes:

Prof. Pós-Dr.^a Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo

Prof. Dr. Luis Carlos Nacul

Prof. 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, assine 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 Prof.^a Dra. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo, 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 às 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 à 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 4

Anexo 1 Avaliação de Fadiga Crônica

Número do Questionário: _____

Nome: _____ (distrito)

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

CEP: _____

1. Você se sente sempre cansado/fadado e sente que essa cansaço/fadiga não melhora completamente quando você descansar?

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

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

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

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 preciso parar pelo menos algumas das minhas atividades
 4. Eu não posso mais fazer as atividades que eu costumava fazer

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

1. Sim, diminuíam mais de 50%
 2. Não, diminuíam menos de metade, ou não diminuíam 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

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

Se sim, qual doença? _____

1. Sim
 2. Não
 3. Eu não sei

Nas questões 10 e 11 por favor marque todas as suas opções

10. Você tem ou teve alguma dessas 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 (fora do que pode ter sido antes da doença)
 6. Sono que não funciona
 7. Mal estar depois de esforços, que dura mais de 24 horas
 8. Dor muscular
 9. Descontorno muscular
 10. Fraqueza muscular sem explicação
 11. Dores migratórias nas juntas, sem inchaço ou vermelhidão
 12. Cansaço/dor depois de esforço (que dura mais de 24 horas)
 13. Indiferença a exercício físico (é difícil fazer exercícios físicos)
 14. Febre baixa ou calafrios
 15. Cortado ou desorientação
 16. Dificuldade para entender as coisas
 17. Dificuldade para pensar
 18. Sensibilidade a claridade (luz) ou barulho
 19. Enxofreca (olor do que se que você pode ter sido antes)
 20. Problemas de qualidade/duração do sono (excluir apnéia do sono)
 21. Ansiedade
 22. Depressão
 23. Intermittentemente a permanecer em pé
 24. Sua recordação ou memória não funciona
 25. Qualquer outro sintoma relacionado com o cansaço/dor

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

1. Hipertireoidismo (trabalha funciona "sempre")
2. Hipotireoidismo (trabalha funciona "sempre")
3. Fibromialgia
4. Síndrome da fadiga crônica ou síndrome da fadiga pós-viral
5. Câncer. Qual tipo de câncer? _____
6. Artrite reumatóide
7. Outras doenças reumáticas: _____
8. Problema de coagulação _____

9. Anemia grave
10. Problema nos rins
11. Diabetes
12. Doença de Addison – _____
13. Doença de Alzheimer – _____
14. Esclerose Múltipla
15. Agonia de sono ou neurologia
16. Hepatite, tuberculose ou outra infecção crônica
17. Outra doença seria: _____

12. Se você teve alguma dessas doenças, você diria que elas (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

APÊNDICE

Apêndice 1

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde
Discente: Cláudia Maria da Silva Vieira
Orientação: Prof^a. Dra. Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo

Nome: _____

Data: ____/____/____ Idade: ____

Sexo: Feminino Masculino

1- Sente fadiga sem causa aparente mesmo que não tenha sido submetido a esforços físicos?

Sim Não

2- Uma vez instalado o quadro de fadiga (cansaço), esta impede a realização de atividades no dia a dia?

Sim Não

3- Caso a resposta seja afirmativa (SIM), quais das atividades abaixo são prejudicadas pela instalação da fadiga?

ATIVIDADES DOMÉSTICAS

- Atividades domésticas como varrer e cozinhar.
- Tomar o ônibus para ir ao centro da cidade.

ATIVIDADES LABORAIS

- Ir ao trabalho.
- Realizar com disposição as suas funções laborais no trabalho.
- Ir à escola.
- Realizar as tarefas escolares.

ATIVIDADES SOCIAIS DE LAZER

- Atividades de lazer como sair com amigos (amigas).
- Atividades sociais como ir à igreja.

ATIVIDADES FÍSICAS SISTEMATIZADAS

- Prática de exercícios como caminhada.
- Andar de bicicleta.
- Jogar futebol, futsal, voleibol.