

Perfil de humor de mulheres com fibromialgia

Profile's mood in women with fibromyalgia

Ricardo Brandt¹, Alessandra Bertinatto Pinto Fonseca¹, Lays Guimarães Amorim de Oliveira¹, Ricardo de Azevedo Klumb Steffens¹, Maick da Silveira Viana¹, Alexandro Andrade¹

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi verificar o perfil dos estados de humor de mulheres com fibromialgia, bem como analisar sua associação com características sociodemográficas e clínicas. **Métodos:** Cento e seis participantes responderam ao Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) e à Escala de Humor de Brunel (BRUMS). O QSDC é constituído por perguntas sobre dados pessoais e aspectos clínicos, enquanto o BRUMS avalia o humor por meio de seis fatores, a saber: tensão, depressão, raiva, vigor, fadiga e confusão mental. Os dados foram tratados com estatística descritiva e por meio dos testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. **Resultados:** As variáveis negativas do humor estiveram em níveis elevados, em especial a tensão, a depressão, a fadiga e a confusão mental, enquanto o vigor esteve baixo. Verificou-se ainda que as participantes mais jovens que trabalham com diagnóstico de depressão e, principalmente, as que possuíam maior número de sintomas relacionados à fibromialgia apresentavam humor mais deprimido do que seus pares. **Conclusão:** Mulheres com fibromialgia apresentaram tendência de humor deprimido, sendo que essa característica se apresentou associada a fatores sociodemográficos e clínicos.

Palavras-chave

Fibromialgia, humor, saúde mental.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to verify the association between mood states with clinical and sociodemographic characteristics of women with fibromyalgia. **Methods:** One hundred six participants answered the Sociodemographic and Clinical Questionnaire (QSDC) and the Brunel Mood Scale (BRUMS). The QSDC is composed of questions about personal and clinical aspects, while BRUMS evaluates mood state over six components: tension, depression, anger, vigor, fatigue and mental confusion. Data was treated with descriptive statistics and the Kruskal-Wallis and Mann-Whitney test. **Results:** The negative mood variables were elevated, especially the tension, depression, fatigue and mental confusion, while the vigor was considered in low-level. It was also found that younger participants, who work, with a diagnosis of depression and particularly those having increased symptoms related to fibromyalgia had more depressed mood than their peers. **Conclusion:** Women with fibromyalgia had a trend toward depressed mood, and this feature is presented associated with sociodemographic and clinical factors.

Keywords

Fibromyalgia, mood, mental health.

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Laboratório de Psicologia do Esporte e do Exercício.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) tem recebido intenso foco de estudos que buscam o esclarecimento de sua etiologia¹ para a definição de um diagnóstico efetivo e subsequente tratamento². O principal sintoma da síndrome é a dor crônica musculoesquelética generalizada³, geralmente associada a outros componentes físicos e emocionais⁴. Atualmente, a hipótese mais aceita para a etiologia da sensação dolorosa na FM baseia-se em alterações do processamento central da dor⁵.

Estudos epidemiológicos demonstram que a prevalência de FM varia de 0,66% a 10,5%^{6,7} da população adulta, tendo maior prevalência em mulheres⁸. A maioria dessas pesquisas foi conduzida em países desenvolvidos⁹, sendo mais escassos os dados de prevalência em outras realidades sociais. No entanto, em estudo de abrangência municipal, Senna *et al.*⁸ encontraram 2,5% de prevalência de FM na população de Montes Claros (MG), Brasil.

Não existe um consenso sobre a causa e o tratamento da FM. Vivendo essa realidade, o paciente cria sentimentos de vulnerabilidade e desamparo, iniciando uma série de processos emocionais, incluindo a depressão do humor. Esse fato pode afetar negativamente o contexto familiar, social e profissional a que o paciente está inserido¹⁰. Essa complexa associação entre os fatores físicos, emocionais e sociais aos quais estão expostas as pessoas com FM evidencia uma possível influência da síndrome sobre o humor. Para alguns autores¹¹, mais do que uma decorrência da síndrome, alterações de humor compõem um sintoma da FM.

O humor reflete um padrão complexo de comportamentos, sentimentos, pensamentos, estados corporais e emocionais¹². Os estados de humor incluem uma série de fatores psicológicos, como depressão do humor, raiva, confusão mental, bem como as variáveis psicossomáticas fadiga, vigor e tensão¹³⁻¹⁵.

Embora a literatura deixe clara a associação entre FM e alterações no humor, ainda se observa a carência de estudos que abordem os fatores associados ao último nessa população. O conhecimento dos fatores associados às possíveis alterações no humor de pessoas com FM possibilita um conhecimento mais detalhado sobre a síndrome, além de uma intervenção mais efetiva sobre possíveis grupos com a saúde mental mais prejudicada.

Neste contexto, objetivou-se, com esta pesquisa, verificar a associação entre os estados de humor e as características sociodemográficas e clínicas de mulheres com FM.

MÉTODO

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc), protocolos: 18/2009 e 02/2007. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), que tratava sobre os procedimentos da pesquisa, permitindo o uso dos dados em pesquisas e estando cientes do caráter voluntário da participação.

Participantes

Participaram da pesquisa 106 mulheres com diagnóstico clínico de FM. A média de idade foi de 49 ($\pm 10,29$) anos, variando entre 21 e 75 anos. A amostra foi selecionada de maneira não probabilística intencional. As mulheres participaram de um programa de extensão da Udesc que ofereceu tratamento por meio de exercícios físicos direcionados a pacientes com FM. Os dados foram coletados antes do início das atividades do projeto.

Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos nessa pesquisa: o Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) e a Escala de Humor de Brunel (BRUMS).

O QSDC foi utilizado para a caracterização das participantes da pesquisa. O instrumento foi elaborado por Konrad¹⁶ e adaptado por Sanches¹⁷, sendo utilizada esta última versão. O QSDC é constituído por perguntas sobre dados pessoais (idade, estado civil, escolaridade e ocupação) e aspectos clínicos da doença (dor, tempo de diagnóstico, causas referidas, sintomas, uso de medicamentos e prática de exercícios físicos).

A BRUMS é um instrumento desenvolvido para avaliar seis estados de humor (tensão, depressão, raiva, vigor, fadiga e confusão mental) em populações compostas por adultos e adolescentes¹⁸ conforme demonstrado na tabela 1. O questionário foi validado para populações não atletas e atletas brasileiros por Rohlf¹⁵. O questionário é composto por 24 questões, sendo que para cada uma o participante avaliado posiciona-se assinalando uma opção numérica que varia de 0 (nada) a 4 (extremamente), considerando como ele se sente no momento da avaliação. Com a soma das respostas advindas das questões referentes a cada construto, obtém-se um escore que varia de 0 a 16 para cada estado de humor (por exemplo: animado + com disposição + com energia + alerta = vigor). Em sua validação, a escala apresentou boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70 para todas os construtos.

Tabela 1. Subescalas da Escala de Humor de Brunel

Subescalas	Definição
Tensão	Estado de tensão músculo-esquelético e preocupação
Depressão	Estado emocional de desânimo, tristeza, infelicidade
Raiva	Estado de hostilidade, relativamente aos outros
Vigor	Estado de energia, vigor físico
Fadiga	Estado de cansaço, baixa energia
Confusão mental	Estado de atordoamento, instabilidade nas emoções

Fonte: Brandt R, Viana MS, Segato L, Andrade A. Estados de humor de velejadores durante o Pré-Panamericano. Motriz. 2010;16(4):834-40.

O humor positivo é caracterizado por elevado nível de vigor (fator positivo) e baixos níveis de fadiga, tensão, depressão, confusão e raiva (fatores negativos), sendo este considerado um modelo ideal de saúde mental positiva¹⁹.

Procedimentos

Previamente à coleta de dados, os pesquisadores agendaram um horário que melhor se adequasse à rotina da participante. O TCLE foi assinado previamente ao preenchimento do questionário. A coleta foi realizada em uma sala reservada e sem interferências externas, onde cada participante do estudo respondeu ao questionário individualmente. O entrevistador esteve presente durante o momento da coleta a fim de esclarecer dúvidas decorrentes do questionário.

Tratamento dos dados

Os dados foram tratados com estatística descritiva a partir da distribuição da frequência, média, mínimos, máximos, percentuais e desvio-padrão. Quanto à estatística inferencial, por não se tratarem de dados com distribuição paramétrica (Shapiro-Wilk < 0,05), foram realizados os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney visando comparar os estados de humor de grupos com diferentes características.

RESULTADOS

A maioria das participantes era casada (n = 69, 65,1%) e havia cursado o ensino médio (n = 82, 77,3%). Vinte e sete mulheres exerciam trabalho remunerado (25,5%), 36 (34%) eram donas de casa, 11 (10,4%) estavam afastadas do trabalho devido à FM e 10 (9,4%) eram aposentadas.

Em média, os participantes sofriam com os sintomas da FM há 9 anos ($\pm 8,5$) e tinham seu diagnóstico há 4 anos ($\pm 4,2$). A maioria acreditava que algum episódio emocional estava relacionado ao surgimento da FM (n = 69, 65,1%), e 46 mulheres (43,4%) acreditavam que o surgimento estava relacionado à ocorrência de depressão. Quanto aos sintomas, os predominantes foram: dor generalizada (n = 90, 84,9%), sono não restaurador (n = 93, 87,7%) e rigidez articular (n = 90, 84,9%).

A maioria das participantes apresentou diagnóstico clínico de depressão em algum momento da vida (n = 75, 70,7%). Quanto à medicação, grande parte referiu a utilização frequente de relaxantes musculares (n = 59, 55,7%), antidepressivos (n = 56, 52,8%) e analgésicos (n = 52, 49%). Apenas seis mulheres (5,6%) não faziam uso de medicamentos regularmente.

Em relação aos estados de humor (Tabela 2), destacamos a elevada tensão, depressão, confusão, raiva e fadiga, associadas ao baixo vigor.

Variações nos estados de humor estiveram associadas à idade, ao fato de estar trabalhando ou não, ao número de sintomas da FM, e ao diagnóstico médico de depressão (Tabela 2). Participantes mais jovens apresentaram maior tensão e fadiga quando comparadas às com maior idade. Maior fadiga também foi apresentada pelas participantes que estavam trabalhando na época do estudo. O número de sintomas relacionados à FM foi a variável que se associou ao maior número de fatores do humor, sendo que as que apresentam mais sintomas (de 9 a 18) tiveram maior depressão, raiva, fadiga e confusão, e menor vigor do que as com menos sintomas (de 1 a 8). Em relação ao diagnóstico de depressão, as que o possuíam apresentaram maior tensão e depressão, e menor vigor do que seus pares sem diagnóstico.

Tabela 2. Fatores de humor em relação ao grupo de idade, ocupação, número de sintomas da síndrome e diagnóstico médico de depressão [(\bar{x} = média) (\pm = desvio-padrão)]

	Tensão		Depressão		Raiva		Vigor		Fadiga		Confusão	
	\bar{x}	\pm										
Média geral dos fatores do humor (n = 106)	7,7	4,2	6,5	4,9	4,2	4,1	6,5	3,6	8,9	4,1	5,8	4,4
Grupo de idade	*											
20 a 40 anos (n = 16)	9,1	3,4	7,5	4,7	4,7	3,9	5,7	4,0	10,5	4,3	6,8	3,6
41 a 60 anos (n = 74)	7,9	4,2	6,5	4,8	4,3	4,0	5,3	3,4	9,2	3,7	6,0	4,5
Mais de 61 anos (n = 14)	5,2	4,5	4,6	5,4	2,7	4,6	8,1	3,8	5,7	4,7	4,0	4,2
Ocupação	*											
Trabalha (n = 35)	8,8	4,2	7,6	5,3	5,2	4,7	5,9	3,6	10,31	3,8	6,7	4,8
Não trabalha (n = 71)	7,2	4,1	5,8	4,5	3,6	3,7	6,8	3,5	8,3	4,2	5,4	4,1
Número de sintomas	*											
1 a 8 sintomas (n = 24)	6,6	4,7	4,5	5,0	2,7	3,6	7,8	6,1	6,4	4,3	4,4	5,0
9 a 16 sintomas (n = 81)	8,1	4,1	7,1	4,7	4,6	4,1	6,1	3,5	9,7	3,7	6,3	4,1
Diagnóstico médico de depressão	*											
Sim (n = 75)	8,4	4,1	7,4	4,8	4,4	4,1	6,0	3,5	9,6	3,7	6,4	4,3
Não (n = 29)	6,1	4,2	4,3	4,4	3,7	4,0	7,7	3,5	7,7	4,8	4,7	4,4

* Diferença significativa ao nível de $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo verificar o perfil dos estados de humor de mulheres com FM, bem como analisar sua associação com características sociodemográficas e clínicas, buscando auxiliar na compreensão dessa complexa condição de saúde. Quanto aos resultados da caracterização geral, as mulheres do presente estudo se assemelharam às participantes de outras pesquisas quanto a idade²⁰, nível de escolaridade^{10,17}, tempo de diagnóstico²⁰ e afastamento do trabalho^{16,20}. Quanto aos estados de humor, fica evidente um baixo nível de vigor associado a elevados níveis de tensão, depressão, fadiga e confusão mental, indicando um estado de humor deprimido. Esses resultados se opõem ao modelo de saúde mental ideal proposto por Morgan¹⁹, sugerindo que as mulheres com FM, que participaram da pesquisa, não se encontram com uma ótima saúde mental, possivelmente em decorrência dos sintomas da FM. Os estados de humor são sentimentos subjetivos, tendo duração variável, de algumas horas a alguns dias, podendo refletir sentimentos de exaltação ou felicidade, tristeza, angústia entre outros¹³, podendo ocasionar uma pior saúde mental dos indivíduos.

No presente estudo, mulheres mais jovens apresentaram níveis de tensão e fadiga mais elevados. Embora outros fatores do humor também sigam essa tendência, não foram percebidas diferenças significativas. Essas diferenças entre as faixas etárias podem ser explicadas pelo fato de as mulheres com mais idade terem adquirido ao longo da vida maior experiência em administrar situações estressantes²¹. Da mesma forma, o aumento da idade em mulheres com FM pode proporcionar uma melhor percepção da dor e da saúde, pois estas geralmente convivem há mais tempo com a doença e podem ter desenvolvido estratégias de enfrentamento mais adequadas.

As mulheres que possuíam uma ocupação formal apresentaram níveis de fadiga superiores quando comparadas às que não trabalham. Possivelmente esses elevados níveis de fadiga sejam provenientes das demandas e exigências relacionadas ao trabalho e quando associadas aos sintomas da FM, como rigidez muscular e dor crônica, podem potencializar a percepção da fadiga. Essa tendência segue em todos os outros fatores do humor embora não existam diferenças estatísticas significativas entre elas. A fadiga representa um estado de esgotamento, apatia e baixo nível de energia, ao passo que os sintomas de fadiga podem provocar alterações de atenção, concentração e memória, irritabilidade e também no sono, repercutindo no processo de iniciação de problemas de ordem psicossomática, fisiológica e psíquica²². Percebe-se que, pelo contexto e significado do fator fadiga dentro da escala de humor, sua avaliação em pessoas com FM torna-se importante na busca por uma saúde mental mais adequada.

O estudo de Henriksson e Burckhardt²³, realizado em uma amostra da população de pacientes com FM na Suécia e nos Estados Unidos, demonstrou que a maioria das pacien-

tes estudadas sentia dor e fadiga em mais de 90% do tempo de vigília, e que a maioria das pacientes que possuíam algum emprego reduziu seu tempo de trabalho. Entretanto, as pacientes que eram capazes de ajustar seu tempo de trabalho com sua percepção de capacidade física ficavam menos exaustas durante as atividades de lazer e relatavam maior satisfação com a vida diária.

Quando analisados os fatores de humor e a quantidade de sintomas, agrupados de 1 a 8 e de 9 a 16 sintomas, as participantes que apresentam uma quantidade menor de sintomas relacionados à FM apresentam menor depressão, raiva, fadiga e confusão mental e maior vigor. Podemos inferir com isso que os sintomas relacionados à FM têm relação direta com a saúde mental apresentada pelas mulheres, ao passo que, quanto menor a quantidade de sintomas apresentados, mais próximo de um modelo de saúde mental positivo a pessoa com FM vai se encontrar. Para Moreno *et al.*⁷, os sintomas relacionados à FM têm relação linear com as alterações psicológicas das pacientes.

Urrows *et al.*²⁴ investigaram a relação entre os *tender points* (pontos sensíveis à dor) e outras manifestações da FM e observaram uma correlação significativa do número de *tender points* com a depressão, estresse diário, dor e qualidade do sono. Os autores destacam ainda que alguns dos sintomas referidos pelas pacientes com FM, como o cansaço e o desânimo, estejam mais relacionados ao estresse do que à depressão.

Este estudo não teve como objetivo investigar a depressão por meio de um instrumento próprio, no entanto, mulheres que possuíam tal diagnóstico médico apresentaram maiores níveis de tensão e depressão, além de menor vigor em comparação às mulheres sem esse diagnóstico. Moreno *et al.*⁷ destacam que sintomas psicológicos, especialmente ansiedade e depressão, são comuns em pacientes com FM. Embora seja visível a ocorrência de depressão associada à FM, nem todo paciente com FM apresenta diagnóstico de depressão²⁵. Berber *et al.*¹⁰ e Martinez *et al.*²⁶ apresentam, em seus estudos, que a depressão está associada à queda da qualidade de vida, demonstrada por fatores como saúde mental, condicionamento físico, percepção de dor e da saúde em geral, entre outros.

A presente pesquisa alicerça a BRUMS como um instrumento útil na avaliação de pessoas com FM, apresentando de maneira subjetiva a percepção da raiva, da tensão, da depressão, do vigor, da fadiga e da confusão, que possuem íntima relação com as características da FM. Torna-se um instrumento útil para futuras pesquisas que buscam investigar saúde mental em pessoas com fibromialgia.

CONCLUSÃO

Os resultados que apontaram elevada fadiga, tensão e depressão, e baixo vigor confirmam os sintomas mais frequen-

tes associados à FM, enfatizando uma tendência de humor deprimido em mulheres que convivem com a síndrome. Quanto às variáveis associadas aos estados de humor, verificou-se que o humor mais deprimido esteve presente nas participantes mais jovens, que trabalhavam formalmente, com diagnóstico médico de depressão e, principalmente, que possuíam maior número de sintomas relacionados à FM.

REFERÊNCIAS

- Okifuji A, Bradshaw DH, Donaldson GW, Turk DC. Sequential analyses of daily symptoms in women with fibromyalgia syndrome. *J Pain*. 2011;12(1):84-93.
- Martinez JE. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):1-2.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33(2):160-72.
- Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. The prevalence of chronic widespread pain in general population. *J Rheumatol*. 1993;20(4):710-3.
- Julien N, Goffaux P, Arsenault P, Marchand S. Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*. 2005;114(1):295-302.
- Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, et al. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):40-8.
- Moreno V, Namuche F, Noriega AE, Vidal M, Rueda C, Pizarro J, et al. Sintomatologia depressiva em pacientes com fibromialgia. *An Fac Med*. 2010;71(1):23-7.
- Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*. 2004;31(3):594-7.
- Assumpção A, Cavalcante AB, Capela CE, Sauer JF, Chalot SD, Pereira CAB, et al. Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:64.
- Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida de pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(2):47-54.
- Gowans SE, deHueck A, Voss S, Silaj A, Abbey SE, Reynolds WJ. Effects of a randomised controlled trial of exercise on mood and physical functional in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2001;45(6):519-29.
- Wielenska RC. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(II):62-4.
- Brandt R, Viana MS, Segato L, Andrade A. Estados de humor de velejadores durante o Pré-Panamericano. *Motriz*. 2010;16(4):834-40.
- Rohlf's ICPM, Mara LS, Lima WC, Carvalho T. Relação da síndrome do excesso de treinamento com estresse, fadiga e serotonina. *Rev Bras Med Esporte*. 2005;11(6):367-72.
- Rohlf's ICPM. Validação do teste de BRUMS para avaliação de humor em atletas e não atletas brasileiros. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis (SC): UDESC; 2006.
- Konrad LM. Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC): UFSC; 2005.
- Sanchez SO. Controle motor, dor e depressão de mulheres com síndrome da fibromialgia. Dissertação – Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis (SC): UDESC; 2007.
- Terry PC, Lane AM, Fogarty GJ. Construct validity of the Profile of Mood States - Adolescents for use with adults. *Psychol Sport Exerc*. 2003;4(2):125-39.
- Morgan WP. Test of champions: The iceberg profile. *Psychol Today*. 1980;39:92-108.
- Martinez JE, Fujisawa RM, Carvalho TC, Gianini RJ. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol*. 2009;49(1):32-8.
- Theadom A, Cropley M, Humphrey KL. Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *J Psychosom Res*. 2007;62(2):145-51.
- Lane AM, Terry PC. The nature of mood: development of a conceptual model with a Focus on depression. *J Appl Sport Psychol*. 2000;12(1):16-33.
- Henriksson C, Burckhardt C. Impact of fibromyalgia on everyday life: a study of women in the USA and Sweden. *Disabil Rehabil*. 1996;18(5):241-8.
- Urrows S, Affleck G, Tennen H, Higgins P. Unique clinical and psychological correlates of fibromyalgia tender points and joint tenderness in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1994;37:1513-20.
- Marangell LB, Clauw DJ, Choy E, Wang F, Shoemaker S, Bradley L, et al. Comparative pain and mood effects in patients with comorbid fibromyalgia and major depressive disorder: Secondary analyses of four pooled randomized controlled trials of duloxetine. *Pain*. 2011;152(1):31-7.
- Martinez JE, Barauna-Filho LS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA. Análise crítica dos parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Acta Fisiátrica*. 1998;5(2):116-20.