



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Correlação entre variáveis demográficas e clínicas, e a gravidade da fibromialgia

José Eduardo Martinez*, Pâmela de Melo Casagrande, Paula Pratti Rodrigues Ferreira,
Bruno Luigi Giaccio Rossatto

Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, PUC-SP, São Paulo, Brasil

INFORMAÇÕES

Histórico do artigo:

Recebido em 3 de janeiro de 2013

Aceito em 7 de abril de 2013

Palavras-chave:

Fibromialgia

Depressão

Dor

Qualidade de vida

RESUMO

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma condição reumatológica que se caracteriza por um quadro de dor crônica generalizada, hiperalgesia e alodinia. Podem estar presentes sintomas como fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, cefaleia e parestesias. Também está associada a outras comorbidades, como depressão, ansiedade, síndrome do intestino irritável, síndrome miofascial e síndrome uretral inespecífica. Poucos trabalhos têm abordado a evolução da FM, em especial em relação a médio e longo prazo. Por que alguns pacientes se saem melhor do que outros, apesar de serem submetidos ao mesmo tratamento?

Objetivo: Determinar se há correlação entre variáveis demográficas e clínicas, e a gravidade da FM.

Material e métodos: Sessenta mulheres que preencheram os critérios de classificação para FM do American College of Rheumatology de 1990 foram divididas em três grupos, de acordo com a gravidade estabelecida pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ): severa (70-100); moderada (50-70) e leve (0-50).

Resultados: Foram analisadas nove variáveis demográficas e clínicas, sendo observada diferença significativa ($P < 0,05$) apenas nos grupos de maiores escores do FIQ, com a presença de depressão e interesses trabalhistas.

Conclusão: O impacto da FM medido pelo FIQ se correlaciona diretamente com a intensidade da depressão e a presença de interesses trabalhistas.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Correlation between demographic and clinical variables and fibromyalgia severity

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a rheumatic condition characterized by a picture of generalized chronic pain, hyperalgesia and allodynia. Symptoms such as fatigue, sleep disorders, morning stiffness, headache and paresthesia can also be present. It is also associated with other comorbidities, such as depression, anxiety, irritable bowel syndrome, myofascial pain syndrome and nonspecific urethral syndrome. Few studies have addressed the evolution of FM, especially regarding medium and long-term evolution, such as why some patients do better than others, despite the fact of being submitted to the same treatment.

Keywords:

Fibromyalgia

Depression

Pain

Quality of life

* Autor para correspondência.

E-mail: jemartinez@terra.com.br (J.E. Martinez).

Objective: To determine whether there is a correlation between demographic and clinical variables and FM severity.

Material and methods: Sixty women who met the classification criteria for FM of the American College of Rheumatology of 1990 were divided into three groups, according to the severity established by the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): severe (70-100), moderate (50 to 70) and mild (0 to 50).

Results: Nine demographic and clinical variables were assessed, with a significant difference ($P < 0.05$) being observed only in the groups showing higher FIQ scores with the presence of depression and workers' compensation interests.

Conclusion: The impact of FM measured by the FIQ is directly correlated with the severity of depression and the presence of workers' compensation interests.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A fibromialgia (FM) é uma condição reumatológica que se caracteriza por dor crônica generalizada, hiperalgesia e alo-dinia. Estão presentes sintomas como fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, cefaleia e parestesias.¹ Associam-se também comorbidades como depressão, ansiedade, síndrome do intestino irritável, síndrome miofascial e síndrome uretral inespecífica.²

Essa síndrome tem etiologia e patogênese não totalmente esclarecida, e a base de sua fisiopatologia é uma ampliação da transmissão do estímulo doloroso, alterando a percepção da dor.^{1,3} Apesar de poucos estudos epidemiológicos brasileiros terem sido publicados, estima-se sua prevalência entre nós em torno de 2,5% na população adulta. A grande maioria pertence ao gênero feminino e se situa entre os 35-44 anos.^{2,4}

O impacto negativo da FM na qualidade de vida está bem estabelecido por estudos qualitativos e quantitativos.^{5,6} Esse impacto é global e envolve questões pessoais, como dificuldade para a execução de tarefas (profissionais ou cotidianas), insegurança quanto ao desempenho pessoal, redução da qualidade no trabalho – com conseqüente influência na vida profissional, familiar, social, e mesmo na renda familiar.⁷

O tratamento deve ser multidisciplinar, com a combinação medicamentosa e não medicamentosa individualizada a cada paciente.¹

Poucos trabalhos têm abordado a evolução da FM, em especial em relação a médio e longo prazo. A literatura evidencia uma estabilidade da sintomatologia ao longo do tempo.^{8,9} As possíveis causas dessa estabilidade podem ser encontradas na própria síndrome ou ainda na ineficácia das medidas terapêuticas recomendadas até o momento.¹⁰

Apesar da queixa musculoesquelética ser predominante, a não evolução para deformidades leva à conclusão de que a incapacidade é decorrente da dor e da fadiga.¹¹ Uma vez que a terapêutica é ineficiente no controle em longo prazo dos sintomas, a estabilidade do grau de incapacidade é de certa forma esperada. É digno de nota que, apesar do insucesso terapêutico, a maioria das pacientes se mantém em tratamento, apostando em melhora da qualidade de vida.¹⁰

Por que alguns pacientes evoluem melhor do que outros, apesar de serem submetidos ao mesmo tratamento? Por que a intensidade dos sintomas e seu impacto no cotidiano são tão variáveis? Quais aspectos influenciam essa diversidade?

Essas são questões ainda não totalmente respondidas. O objetivo deste estudo é determinar se há correlação entre algumas variáveis demográficas e clínicas, e a gravidade da FM, medida pelo seu impacto na qualidade de vida por meio do Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ).

O objetivo deste estudo foi determinar se há correlação entre variáveis demográficas e clínicas, e o impacto da FM.

Material e métodos

Desenho

Estudo epidemiológico, descritivo e transversal envolvendo os pacientes do ambulatório de reumatologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).

Casuística

Pacientes do sexo feminino que preencheram os Critérios de Classificação para Fibromialgia do *American College of Rheumatology* (ACR) de 1990 e que estejam sendo atendidos no ambulatório de reumatologia do CHS.

Instrumentos de coleta e variáveis a serem analisadas

Os dados foram obtidos nos prontuários dos pacientes e por meio de entrevistas realizadas para a aplicação de instrumentos de avaliação das seguintes variáveis:

- 1 – duração da doença (início dos sintomas);
- 2 – idade do início;
- 4 – renda familiar;
- 7 – presença de diagnóstico prévio de depressão;
- 8 – presença de interesses trabalhistas (auxílio doença, aposentadoria, acidente de trabalho, processo trabalhista);
- 11 – doenças clínicas concomitantes;
- 12 – doenças osteoarticulares concomitantes;
- 13 – impacto na qualidade de vida medida pelo questionário de impacto da FM (FIQ);
- 14 – intensidade da dor medida pela Escala Visual Analógica (EVA);
- 15 – intensidade da depressão pelo Beck Depression Inventory (BDI).
- 16 – intensidade da percepção da ansiedade.

Os dados demográficos e clínicos (início, antecedentes etc.) foram colhidos com questionário próprio. A intensidade da dor, da ansiedade e de outros sintomas foi medida pela EVA. Essa escala é composta por números de 0 a 10 – 0 indica ausência do sintoma e 10 representa a maior intensidade possível.

A depressão foi medida pelo *Beck Depression Inventory* (BDI). Essa escala é composta por 21 questões de múltipla escolha, autoaplicáveis, que podem discriminar o grau de depressão. Traz questões a respeito da percepção do paciente sobre seu estado de alegria ou tristeza, fracasso e culpa, e questiona sobre sua tomada de decisões, o interesse nas pessoas, na ocupação com a saúde e no apetite sexual.

Considerou-se como presença de interesses trabalhistas o recebimento de auxílio doença do Instituto Nacional de Seguro Social ou a aposentadoria por invalidez.

O impacto na qualidade de vida foi medido pelo FIQ, questionário composto de 10 itens que avaliam o impacto da FM na capacidade funcional, nas atividades profissionais, e quantifica os principais sintomas. O FIQ tem seu escore variando de 0 a 100, sendo 0 nenhum impacto e 100 o maior impacto possível.

Os pacientes foram distribuídos em três grupos, de acordo com o escore total do FIQ:

Grupo A – 0 a 50 (impacto leve);

Grupo B – 50 a 70 (impacto moderado);

Grupo C – 70 a 100 (impacto severo).

Os dados demográficos e clínicos foram descritos mediante média e desvio padrão, ou número e percentual de presença da variável estudada. Foram realizados os testes de associação (qui-quadrado ou exato de Fisher) entre as diferentes variáveis pesquisadas e os subgrupos, bem como os testes (teste t, ANOVA) entre as diferentes variáveis quantitativas pesquisadas e os subgrupos.

Resultados

A tabela 1 mostra os resultados referentes aos dados demográficos. Observa-se que não houve diferença entre os três grupos em nenhuma das variáveis estudadas. Houve diferença estatisticamente significativa na comparação isolada dos grupos A e B em relação à presença de interesses trabalhistas.

A tabela 2 mostra as comparações entre os grupos em relação às variáveis clínicas. Observa-se diferença significativa apenas em relação à presença de sintomas depressivos nos grupos com maior impacto na qualidade de vida.

Discussão

A análise dos dados demográficos não evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mostrando que eram homogêneos em relação a idade, início dos sintomas, renda familiar, escolaridade e presença de interesses trabalhistas, entre outros.

Observou-se diferença significativa quanto à presença de interesses trabalhistas quando se comparou os grupos de

maior impacto com o de impacto leve. Esse resultado de certa forma era esperado, uma vez que o afastamento do emprego já induz a pensar em maior impacto da doença.

As pacientes apresentaram média de idade de 48,6 anos. A média de idade do início dos sintomas foi de 36 anos. Esse dado está acima do encontrado em outros trabalhos.^{12,13} O serviço onde se realizou este estudo é terciário e tem uma casuística que não pode ser generalizada a toda a população de fibromiálgicos. A idade média de início dos sintomas foi 36 anos; portanto, compatível com outros estudos nos quais essa variável se encontra entre 12-55 anos.¹⁴

Tabela 1 – Comparação entre os grupos em relação às variáveis demográficas

Variável/Grupo	(A)	(B)	(C)	P
Idade (média e SD)	49,7 (7,7)	49,6 (7,7)	46,7 (10,2)	0,47
Idade de início (média e SD)	36,9 (11,5)	35,4 (14,6)	35,8 (11,1)	0,93
Renda familiar ^a	1.807,63 (1.233,65)	1.336,85 (993,55)	1.175,79 (1.004,58)	0,18
Escolaridade (n, %)				
Grupo I	13 (23,6)	9 (16,4)	13 (23,6)	0,42 ^b
Grupo II	4 (7,3)	8 (14,6)	2 (3,6)	
Grupo III	1 (1,8)	2 (3,6)	1 (1,8)	
Grupo IV	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (1,8)	
Interesses trabalhistas (n, %)				
Sim	6 (11,8)	11 (21,6)	11 (21,6)	0,07

^aMédia da renda familiar em reais (Brasil).

^bEstimativa de P calculado mediante Simulação de Monte Carlo.

Tabela 2 – Comparação entre os grupos em relação às variáveis clínicas

Variável/Grupo	(A)	(B)	(C)	P
Duração (média e SD)	10,7 (8,1)	7,9 (6,2)	13,3 (10,1)	0,13
Intervalo entre o início e o diagnóstico (média e SD)	5,7 (7,4)	5,8 (7,4)	4,9 (5,6)	0,91
Intensidade da dor (média e SD)	8,1 (2,1)	8,4 (1,7)	9,2 (1,2)	0,13
Índice de depressão (média e SD)	14,6 (7,0) ^(a)	26,4 (12,6) ^(b)	28,7 (13,1) ^(b)	<0,001
Presença de outras doenças clínicas (n,%)				
Sim	12 (20,3)	19 (32,2)	12 (20,3)	0,08
Presença de outras doenças reumáticas (n,%)				
Sim	15 (25,4)	12 (20,3)	11 (18,6)	0,27
Duração do tratamento (anos e SD)	5,8 (7,1)	4,6 (3,5)	5,9 (4,1)	0,68
Diagnóstico prévio de depressão (n,%)				
Sim	8 (14,3)	15 (26,8)	13 (23,2)	0,10

DP, desvio padrão; n, número.

Quanto à renda familiar, as pacientes estudadas apresentam uma média de 1,4 salários mínimos – número pouco abaixo do descrito por Costa et al.,¹⁵ ou seja, entre 1,5-2,0 salários mínimos. A escolaridade de nossa casuística é semelhante a de dois outros estudos realizados por Berber et al.¹³ e Martins et al.¹⁶

A análise das variáveis clínicas mostra uma duração média de doença de 126 meses, portando acima da média encontrada em outro trabalho do mesmo grupo realizado em 2006.¹⁴ O tempo para diagnóstico foi de 65 meses (> 5 anos) em nosso trabalho. Esse intervalo foi maior neste estudo do que o relatado por Berber et al.¹³ e Martins et al.,¹⁶ que mostraram um tempo menor que dois anos. Em relação à intensidade da dor, as pacientes estudadas apresentaram média de 8,5, pouco acima do que já foi relatado na literatura.¹⁷

O achado mais significativo foi a relação entre a intensidade dos sintomas depressivos e o impacto da FM. A hipótese de que os pacientes com doenças emocionais estabeleceriam um subgrupo com maior gravidade já foi apresentado pela literatura médica. Santos et al.¹⁸ concluíram que um grupo de pacientes com FM tem pior qualidade de vida e níveis mais altos de depressão quando comparado com um grupo controle, sugerindo que pode haver relação entre FM e depressão, e que este pode ser considerado um sintoma secundário à síndrome.

Giesecke et al. propuseram a distribuição dos pacientes com fibromialgia em subgrupos baseados na sensibilidade à dor e alguns fatores emocionais que incluíam os distúrbios afetivos. Segundo os autores, os grupos com maior sensibilidade à dor e pior autocontrole sobre seus sintomas incluem os pacientes com maiores níveis de distúrbios de humor.¹⁹ O estudo atual reforça a hipótese de que a presença de depressão é fator mais importante que as demais variáveis. Outros autores já haviam associado maior intensidade da dor à presença de depressão.²⁰

A presença de outras doenças associadas à FM não teve relevância estatística, apesar de presente nos três grupos (64,3%-72,8%). Ribeiro et al.²¹ encontraram uma prevalência alta de comorbidades ativas associadas à FM (4,05 por paciente).

Conclui-se, portanto, que o nível de depressão e a presença de interesses trabalhistas se correlacionam com o impacto da FM, podendo ser fator prognóstico.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, Silva JAP, Danneskiold-Samsoe B, Dincer F, Henriksson C, Sarzi-Puttini P, Silman A, S ath M, Choy EH. EULAR - Evidence-Based Recommendations for the Management of Fibromyalgia Syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008;67:536 - 541
2. Heymann RE, Paiva, ES, Helfenstein MJ, Pollak DF, Martinez, JE, Provenza JR, Paula AP, Althoff AC, Souza EJR, Neubarth F, Lage, LV, Rezende MC, Assis MR, Lopes MLL, Jennings F,

- Araujo RLC, Cristo VV, Costa EDG, Kaziyama HHS, Yeng LT, Iamamura M, Saron TRP, Nascimento OJM, Kimura LK, Leite VM, Oliveira J, Fonseca MCM, Araujo GTB. Consenso Brasileiro do Tratamento de Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2010; 50(1):56-66.
3. Aryeh AM, Pillingner MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative Review: The Pathophysiology of Fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2007; 146:726-734.
4. Costa SRR, Pereira Neto MS, Tavares Neto J, Kubiak I, Dourado MS, Araújo AC, Albuquerque LC, Ribeiro PC. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em um hospital de Salvador BA-Brasil. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45 (2): 64-70.
5. Testa MA, Simonson, DC. Assessment of quality of life outcomes. *New England J Medicine* 1996; 334 (13): 835-849.
6. Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowens S, Jackson K, Kugel P, McCarberg W, Rudin N, Schanberg L, Taylor J, Turk D. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society (APS); 2005.109 p.
7. Martinez JE, Cruz CG, Aranda C, Boulos FC, Lagoa LA. Diseases perceptions of Brazilian fibromyalgia patients: do they resemble other countries patients perceptions. *International Journal of Rehabilitation Research* 2003; 26: 223-227.
8. Ledingham J, Doherty S, Doherty M: Primary fibromyalgia syndrome-an outcome study. *Br J Rheumatol* 1993; 33:139-42.
9. Felson DT, Goldenberg DL. The natural history of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986; 29:1522-26.
10. Martinez JE, Cruz CG , Aranda C, Lagoa LA , Boulos FC. Estudo qualitativo da percepção das pacientes sobre a fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2002; 42: 30-36.
11. Martinez JE, Barauna FIS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LAM, Cevasco G: Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia. *Acta Fisiátrica* 1998; 5: 116-20.
12. Martinez JE, Panossian C, Gavioli F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46 (1): 32-36.
13. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em Pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45 (2): 47-54.
14. Martinez JE. Fibromialgia: um desafio clínico. *Rev Fac Ciências Médicas de Sorocaba* 2006; 8: 1-3.
15. SEM REFERÊNCIA
16. Martins MRI, Polvero LO, Rocha CE, Foss MH, Santos RJ. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras Reumatol* 2011; 52(1):16-26.
17. Salvetti, MG. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Rev Psiq Clín* 2007; 34 (3): 111-117.
18. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter* 2006; 10 (3):317-324.
19. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, Gracely RH, Clauw DJ. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure - pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum* 2003; 48 (10): 2916 - 2922
20. Buckelew SP, Parker JC, Keefe FJ, Deuser WE, Crews TM, Conway R, et al. Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain* 1994;59:377-84.
21. Ribeiro M, Battistella, LR. Comorbidades em fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2002; 42(1):1-7.