

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E A CORRELAÇÃO
COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM
FIBROMIALGIA ATENDIDOS NO IMIP**

EVALUATION OF FUNCTIONALITY AND THE CORRELATION WITH
ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA
MANAGED AT IMIP

Isabele Monteiro Cordeiro¹, Eduarda Roma Lima¹, João Marcelo Soares Sampaio de Sousa¹, Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva², Rebeca Gonelli Albanes da Cunha Andrade², Caio Rodrigo Lemos Setúbal².

1 – Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, Brasil.

2 – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300.

Reconhecimento do apoio ao estudante: Fundo de Apoio a Pesquisa e Ensino– FAPE através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Autora correspondente: Isabele Monteiro Cordeiro

E-mail: belcordeiro2601@gmail.com

Os autores negam quaisquer conflitos de interesses no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a funcionalidade e sua correlação com a ansiedade e depressão em pacientes com fibromialgia atendidos no IMIP. **Métodos:** Corte transversal analítico, que incluiu 60 participantes com fibromialgia (grupo 1) e 60 sem (grupo 2). Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos e alfabetizados, e excluídos pacientes gestantes e com sintomas de psicose. Avaliaram-se os participantes através de questionário sociodemográfico, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) e Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ). **Resultados:** De cada grupo avaliado, 95% eram mulheres. Segundo a EHAD, 90% dos pacientes do grupo 1 eram portadores de ansiedade e 80% de depressão. No grupo 2, 40% possuíam ansiedade e 26.67%, depressão. Em relação ao FIQ, capacidade funcional e faltas ao trabalho apresentaram médias abaixo de oito. Impacto no trabalho e presença de dor foram os domínios mais afetados. Evidenciou-se uma média de 83.96 no escore do FIQ total. Tratando-se da correlação entre os escores EHAD e FIQ, os índices de sintomas depressivos e ansiosos apresentaram correlação positiva com capacidade funcional, sentir-se bem, fadiga, cansaço matinal, rigidez matinal, depressão e FIQ Escore Total. Houve correlação positiva para ansiedade e FIQ ansiedade. **Conclusão:** Os fibromiálgicos tendem a apresentar comorbidades psiquiátricas e baixa qualidade de vida, sendo necessária uma avaliação periódica e intervenção multidisciplinar.

Palavras-chave: Fibromialgia; Ansiedade; Depressão; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate functionality and its correlation with anxiety and depression in patients with fibromyalgia managed at IMIP. **Methods:** Analytical cross-sectional study, which included 60 participants with fibromyalgia (group 1) and 60 without this condition (group 2). Patients older than 18 years and literate were included; pregnant and patients with symptoms of psychosis were excluded. Participants were assessed using a sociodemographic questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Results:** Of each group evaluated, 95% were women. According to the HADS, 90% of patients in group 1 had anxiety and 80% depression. In group 2, 40% had anxiety and 26.67%, depression. According to FIQ, functional capacity and absences from work showed averages below eight. Impact at work and presence of pain were the topics most affected. An average of 83.96 was found in the total FIQ score. Regarding the correlation between the HADS and FIQ scores, the indexes of depressive and anxious symptoms showed a positive correlation with functional capacity, feeling good, fatigue, morning tiredness, morning stiffness, depression and FIQ Total Score. There was a positive correlation for anxiety and FIQ anxiety. **Conclusion:** Fibromyalgia patients tend to have psychiatric comorbidities and low life quality, requiring periodic evaluation and multidisciplinary intervention.

Keywords: Fibromyalgia; Anxiety; Depression; Quality of Life.

I. INTRODUÇÃO

De acordo com o *American College of Rheumatology* (ACR), a Fibromialgia (FM) é considerada uma síndrome musculoesquelética de dor crônica e difusa (1). Essa é considerada uma das condições clínicas reumatológicas mais frequentes, sendo superada apenas pela osteoartrite. Foi visto que, nos países industrializados, essa condição apresenta uma prevalência que varia entre 1 a 4% na população geral (2). Já no Brasil, um estudo realizado em Montes Claros, mostrou uma prevalência de 2.5% da população, com preferência por mulheres com idade média de 50 anos, sem divergir dos estudos realizados em outros locais do mundo (3).

Sabe-se que a dor é a principal característica desta doença. No entanto, outros sintomas também estão presentes como ansiedade, humor depressivo, distúrbios do sono, disfunção cognitiva, rigidez matinal, síndrome do intestino irritável (SII), vertigem ou dores de cabeça, de modo que a sintomatologia desta síndrome pode cursar com incapacidade funcional em longo prazo (4–6).

A prevalência de anormalidades psicológicas, especialmente da depressão, varia entre 50 a 80% nesses pacientes, podendo iniciar ou perpetuar os sintomas da FM, influenciando na qualidade de vida desses de forma mais grave, inclusive quando comparados aos indivíduos portadores de outras doenças crônicas (7). Assim como a depressão, a ansiedade é um sintoma secundário comum, apresentando uma frequência que varia entre 13 e 71% nessa população (2). Além disso, a ansiedade apresenta uma importante gravidade em tais pacientes, pois compromete o curso da doença, já que se relaciona com um número maior de sintomas físicos e maior intensidade da dor (8).

Com intuito de avaliar a funcionalidade e a qualidade de vida (QV) em pacientes com FM, foi criado o Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ), que consiste em um questionário validado a partir de um estudo adaptativo transcultural. Tal

questionário engloba aspectos funcionais de práticas diárias e sintomas psicológicos através da aplicação de 19 questões, distribuídas em 10 itens que objetiva medir a capacidade funcional e o estado de saúde de pacientes brasileiros com FM (9,10). Em relação ao resultado da aplicação do FIQ, quanto maior for a pontuação, maior é o impacto da FM e menor a QV.

Objetivando detectar sintomas de ansiedade e depressão, foi validada no Brasil a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), que consiste em uma escala de rastreio de autopreenchimento, contendo 14 questões de múltipla escolha (11). Esse instrumento já foi utilizado em estudos com a população acometida por FM e mostrou-se eficaz, bem como sensível, na detecção dos sintomas de ansiedade e depressão (11,12).

Sabe-se que a quantidade de estudos relacionados à funcionalidade, bem como à ansiedade e à depressão, em pacientes com FM no Brasil é insuficiente quando comparado aos estudos internacionais e, devido às diferenças socioculturais entre essas populações, torna-se necessário a realização de estudos voltados ao cenário nacional. Além disso, o conhecimento de tais sintomas é importante para o melhor direcionamento do tratamento da FM, já que esse tem como objetivo a melhoria dos sintomas e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos pacientes.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo avaliar a funcionalidade e sua correlação com a ansiedade e depressão em pacientes com fibromialgia atendidos no IMIP.

II. MÉTODOS

Estudo de corte transversal analítico realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, na cidade do Recife – PE. A coleta foi realizada entre março e dezembro de 2019, utilizando uma amostra que incluiu 60 pacientes portadores

de Fibromialgia (FM) acompanhados no serviço ambulatorial de reumatologia (grupo 1) e 60 outros pacientes não portadores de condições reumáticas como grupo-controle (grupo 2).

Foram elegíveis para o grupo 1 pacientes com diagnóstico confirmado de FM de acordo com os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR), alfabetizados e com idade acima de 18 anos, e excluídos pacientes gestantes e pacientes com sintomas de psicose (alucinação e/ou delírio). Foram avaliadas, através de três questionários, as características sociodemográficas, clínicas, funcionalidade e qualidade de vida (QV) e sintomas de depressão e ansiedade. Para o grupo 2, foram elegíveis os pacientes alfabetizados e com idade acima de 18 anos, e excluídos os pacientes com FM e com os demais critérios de exclusão aplicados ao grupo 1. Foram avaliadas, através de 2 questionários, as características sociodemográficas, clínicas, sintomas de depressão e ansiedade, não sendo aplicado o questionário que avalia a funcionalidade e QV, pois este foi validado apenas para os pacientes portadores de FM.

O questionário sociodemográfico engloba as seguintes variáveis: iniciais do nome do paciente, idade, sexo, município de procedência, religião, escolaridade, estado civil, tempo de união conjugal atual, renda familiar, profissão, tempo de diagnóstico de FM, tempo de tratamento da FM, se fez ou faz psicoterapia e se fez ou faz uso de psicofármaco.

Para avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), validada no Brasil e utilizada para rastreio da ansiedade e depressão, sendo um instrumento de autopreenchimento, contendo 14 questões de múltipla escolha. É dividida em sete questões para rastreio da ansiedade e sete para depressão, que incluem variáveis categóricas relacionadas à tensão, prazer, catastrofização, divertimento, preocupação, alegria, relaxamento,

pensamento lentificado, ansiedade, autocuidado, pânico e expectativas e planejamento futuro. Neste instrumento, quanto maior for a pontuação, maiores são os sintomas de ansiedade e depressão. Os escores variam de 0-21 pontos, sendo ≤ 7 considerados sem sintomas clínicos significativos, ≥ 8 e ≤ 10 com sintomas leves, ≥ 11 e ≤ 14 com sintomas moderados e escores ≥ 15 e ≤ 21 com sintomas graves de ansiedade e/ou depressão (11).

O Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ) é um questionário validado a partir de um estudo adaptativo transcultural para a população brasileira, cujo objetivo é avaliar a funcionalidade e a QV em pacientes com FM. É composto por 19 questões, distribuídas em 10 itens, englobando aspectos funcionais de práticas diárias e sintomas psicológicos, que incluem a frequência que o paciente consegue fazer compras, lavar roupa, cozinhar, lavar louça, limpar a casa, arrumar a casa, andar vários quarteirões, visitar parentes ou amigos, cuidar dos amigos, dirigir carro ou andar de ônibus, sensação de bem-estar, faltas ao trabalho, capacidade de fazer seu serviço, quantidade de dor sentida, cansaço, sensação ao se levantar de manhã e rigidez (13).

Para a análise do FIQ foi considerada a pontuação de 0-100, sendo que cada item do questionário teve uma maneira diferente de determinar os valores brutos para posteriormente serem normalizados. Assim, o primeiro item é constituído por 10 perguntas que compõem uma escala de desempenho físico; cada pergunta foi respondida em uma escala do tipo Likert com quatro itens que apresentam intervalo de 0-3 pontos para cada pergunta com possível pontuação máxima de 30. O segundo e terceiro itens alteram de escores brutos que variam de 0-7 pontos cada, sendo o segundo avaliado de maneira inversamente proporcional, enquanto o terceiro, de forma direta. Do quarto ao décimo item a mensuração altera de 0-10 pontos para cada item. Desta forma, utilizou-se o modelo adotado pelo estudo comparativo da Universidade Federal

do Paraná, no qual os dados foram normalizados para variarem de 0 a 100 para obter o escore total. Para isso, as pontuações seguiram o seguinte padrão: o primeiro item foi somado e dividido por 3, o segundo e terceiro itens foram multiplicados por 1.43 e os itens do quarto ao décimo foram somados (13). Não há dados na literatura que classifiquem qualitativamente os pacientes de acordo com a pontuação obtida, concluindo-se apenas que, quanto maior for a pontuação total obtida, maior é o impacto da FM e menor a QV (13).

Foi avaliado o coeficiente de correlação e o teste de correlação entre duas variáveis quantitativas dos pacientes com FM: EHAD e FIQ. A correlação corresponde à medida que mensura a relação entre as duas variáveis quantitativas, podendo assumir valores entre -1 e $+1$. Quanto mais próximos dos extremos, mais forte é a relação entre as variáveis, sendo o sinal negativo correspondente à relação inversa, e o sinal positivo à relação direta.

Foi criado um banco de dados no Excel for Windows 2016®, submetido posteriormente a processamento de análises no Statistical Package for the Social Sciences - SPSS®. Para avaliação descritiva, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão para avaliação das variáveis numéricas, e frequência para variáveis categóricas.

Os dados foram analisados através do teste de Correlação de Pearson e o t de Student, aceitando-se níveis de significância estatística acima de 95%. Foi aplicado o teste de Fisher ou Qui Quadrado, quando pertinentes, para as variáveis categóricas, e, para as variáveis numéricas, foram aplicados o Teste T de Student ou Mann Whitney, quando houve ou não distribuição normal; e para saber se houve distribuição normal foi aplicado o teste Kolmogorov–Smirnov. Para nível de significância foi considerado o $P < 0,05$.

Os indivíduos foram submetidos à pesquisa após concordarem em participar desta e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 05777019.8.0000.5201.

III. RESULTADOS

Responderam aos questionários 120 pessoas, das quais 60 corresponderam ao grupo portador de fibromialgia (FM) (grupo 1) e as outras 60 ao grupo-controle (grupo 2). Em relação as características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos do grupo 1, 57 (95%) corresponderam ao sexo feminino; 59 (98.33%) relataram possuir alguma religião; 35 (58.33%) eram casados ou apresentavam uma relação estável, dentre os quais 43 (71.67%) possuíam um tempo conjugal superior a 5 anos. Apenas cinco participantes (8.33%) faziam psicoterapia no momento da pesquisa; 41 (68.33%) faziam uso de algum psicofármaco no momento. De acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), 54 (90%) desses pacientes eram portadores de ansiedade e 48 (80%) de depressão (Tabela 1).

Com relação aos participantes do grupo 2, 57 eram do sexo feminino (95%); 55 (91.67%) portadores de alguma religião; 30 (50%) apresentavam-se casados ou em uma relação estável e desses, 26 (43.33%) apresentavam um tempo de união maior que 5 anos; apenas 8 (13.33%) dos indivíduos faziam psicoterapia no momento; 10 (16.67%) faziam uso de psicofármaco durante a pesquisa; 24 (40%) possuíam ansiedade e 16 (26.67%) depressão, segundo a EHAD.

Correlacionando o grupo 1 com o grupo 2, foi observado que as variáveis tempo conjugal ($p = 0.002$), uso atual de psicofármaco ($p = 0.001$), presença de sintomas de ansiedade ($p = 0.001$) e presença de sintomas de depressão ($p = 0.001$) apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 1).

A média de idade do grupo 1 correspondeu a 53.53 ± 8.5 anos versus 49.2 ± 12.74 anos no grupo 2, com diferença significativa entre eles ($p= 0.015$). Em relação a pontuação obtida na EHAD, a média do grupo 1 para ansiedade foi 13.85 ± 4.79 e para depressão 13.1 ± 5.45 , enquanto o grupo 2 apresentou uma média de 6.9 ± 5.33 e 5.22 ± 4.51 , respectivamente. Relacionando os dois grupos, obteve-se uma diferença significativa nas pontuações de ansiedade (0.0001) e de depressão (0.0001) (Tabela 2).

No grupo de pacientes com FM, metade dos indivíduos apresentou pontuação de sintomas ansiosos rastreados pela EHAD na faixa mais elevada, ≥ 15 e ≤ 21 . Enquanto no grupo-controle, mais da metade dos indivíduos (56.3%) demonstrou uma pontuação mínima, ≤ 7 . Com relação aos sintomas depressivos, 48.3% dos participantes do grupo 1 pontuaram os valores máximos (≥ 15 e ≤ 21) da EHAD, já no grupo-controle, a grande maioria (71.7%) dos participantes pontuou na menor faixa da escala (Tabela 3).

Em relação às limitações funcionais avaliadas pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ), apenas a capacidade funcional e as faltas ao trabalho dos 10 domínios avaliados apresentaram médias abaixo de oito. O impacto no trabalho e a presença de dor foram os domínios mais afetados pelos participantes do estudo, ambos com pontuação média de 10 (mensuração máxima da escala). Evidenciou-se uma média de 83.96 no escore do FIQ total (Tabela 4).

No que se refere às correlações entre os escores EHAD e FIQ (Tabela 5), os índices de sintomas depressivos e ansiosos (valor-p apresentados respectivamente) apresentaram correlação positiva com capacidade funcional ($p = 0.0001$)/($p=0.0032$), sentir-se bem ($p=0.0040$)/($p=0.0393$), fadiga ($p=0.0004$)/($p=0.0001$), cansaço matinal ($p=0.0158$)/($p=0.0004$), rigidez matinal ($p=0.0049$)/($p=0.0048$), depressão ($p=0.0001$)/($p=0.0352$) e FIQ Escore Total ($p=0.0001$)/($p=0.0001$). Houve uma correlação positiva para ansiedade (EHAD) e FIQ ansiedade ($p=0.0352$).

IV. DISCUSSÃO

Nesse estudo foi visto que, dos 60 pacientes portadores de FM, 95% da amostra correspondeu ao sexo feminino, o que demonstra um acometimento preferencial dessa síndrome, condizendo com os estudos prévios (1,2). A idade média dos participantes correspondeu a 53.5 anos, concordando com as médias encontradas em diversos estudos (3) (14), estando inclusa na faixa etária (40-55 anos) encontrada em um estudo brasileiro (2). Dentre esses pacientes, mais da metade apresentou-se em uma relação estável, ratificando o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de fibromialgia (2,3). Além disso, a maioria dos pacientes com fibromialgia apresentou um tempo conjugal superior a cinco anos, mostrando-se estatisticamente relevante quando comparado ao grupo-controle, o que pode ser justificado por uma média de idade estatisticamente superior no grupo em questão.

Dentre os portadores de fibromialgia e, também do grupo-controle, a minoria fazia psicoterapia no momento da pesquisa, evidenciando, portanto, uma dificuldade de acesso às terapias integrativas e complementares no sistema de saúde. Ao passo que, a maioria dos pacientes do nosso estudo fazia uso de psicofármacos, dado frequentemente encontrado nos estudos prévios (3,4,13). A amostra do grupo-controle que fazia uso de tais medicamentos representou uma minoria, mostrando-se estatisticamente significativo quando comparada às duas populações.

Sabe-se que há uma associação entre FM e sintomas de ansiedade e depressão (1,15,16), o que não foi diferente no presente estudo. Com relevância estatística, tanto para os sintomas de ansiedade quanto para os sintomas depressivos ($p=0.001$), o grupo 1 (FM) apresentou uma predominância de tais sintomas quando comparado ao grupo 2 (grupo-controle). Tal padrão foi analisado, também, em um estudo realizado em São

Paulo (15). Ademais, este estudo apresentou uma frequência maior de sintomas ansiosos quando comparado aos sintomas depressivos, concordando com outras pesquisas (2,17).

Nesse estudo, os sintomas depressivos estavam presentes em 80% da população com FM, enquanto outros estudos, que também utilizaram a EHAD, apresentaram frequências mais baixas, sendo 39,2% em um realizado em Salvador (18) e 50% em Sergipe (2). Contudo, um levantamento realizado no México (19) para avaliação da depressão, verificou que 78,4% de pacientes com FM manifestam sintomas depressivos, sendo um quantitativo próximo ao identificado neste estudo.

A média da pontuação do grupo 1 para sintomas depressivos, calculada através da EHAD, foi de 13.1, enquanto a do grupo-controle foi de 5.2, mostrando-se estatisticamente relevante ($p= 0.001$). Essa diferença marcante também foi vista em um estudo realizado em São Paulo (15), que mostrou uma média de 8.3 para o grupo portador de FM e de 4.0 para o grupo não-portador. Além disso, a maioria dos pacientes do grupo 1 apresentou-se com sintomas graves de depressão (pontuação ≥ 15 e ≤ 21), diferindo do grupo 2 que não apresentou pontuação suficiente para classificá-los como portadores de depressão (pontuação ≤ 7), reafirmando a influência da fibromialgia na presença desses sintomas (8,15,20).

Os sintomas ansiosos, nesse estudo, estão presentes em 90% dos pacientes com FM, concordando com a predominância percebida na literatura (2,8). A média da pontuação do grupo 1 para ansiedade, pela EHAD, foi 13.8, enquanto o grupo-controle apresentou-se com 6.9, sendo estatisticamente significativa e demonstrando diferença importante entre ambos os grupos, como foi visto em outra pesquisa, cuja pontuação foi de 10 versus 5.5, respectivamente (15).

Ademais, a maioria dos pacientes do grupo 1, apresentou-se com sintomas graves de ansiedade (pontuação ≥ 15 e ≤ 21), assim como demonstrado em outro artigo

(2). Enquanto o grupo-controle apresentou-se com predominância para a pontuação que não os classifica como portadores de tal condição (pontuação ≤ 7). Dessa forma, a ansiedade é apontada como a comorbidade psicológica secundária de maior frequência na FM (2,19).

A característica de dor difusa e crônica, muitas vezes incapacitante, manifestada pela FM corrobora para essas alterações psicológicas, visto que quadros de dor favorecem o surgimento de transtornos psíquicos, como por exemplo depressão, ansiedade, transtornos de personalidade (2,21,22). O estresse emocional, por sua vez, é um dos principais agentes desencadeadores de transtornos mentais e responsável por agravar ou precipitar esses sintomas álgicos podendo, assim, perpetuar o ciclo patológico de dor crônica (23,24).

Evidenciou-se uma média de 83.96 no escore do FIQ total, o que caracteriza um alto impacto na qualidade de vida (QV), visto que, quanto maior a pontuação, menor a QV (13). Além disso, esta média também aproxima-se do valor obtido em estudo prévio, o qual demonstrou uma média de 75.9 (25). Este mesmo estudo acima citado apresentou apenas três dos dez domínios do FIQ com média abaixo de 8 (25), o que valida o encontrado neste estudo, em que apenas dois dos dez domínios obtiveram valores abaixo de 8. Dessa forma, vale a pena ressaltar que a grande maioria dos domínios estudados, preditores de qualidade de vida, apresentam impacto significativo pela FM.

Dentre os 10 domínios avaliados pelo FIQ, os que apresentaram maior repercussão foram: impacto no trabalho e a presença de dor, ratificado pelos dados encontrados em outro artigo base sobre assunto, cujo domínio de maior impacto foi a presença de dor (25). Tais evidências reforçam a importância do sintoma dor na funcionalidade dos pacientes portadores de FM (26).

Na população deste estudo, é possível observar que 71.67% não estão trabalhando e este dado é superior ao achado em outro levantamento que aponta 51.1% (25). A partir disso, tendo em vista que não há nenhuma comprovação científica de origem ocupacional para FM (1), é possível inferir que a frequência elevada de pacientes que não estão desenvolvendo atividades laborais neste estudo possui relação com impacto expressivo da FM na capacidade de realizar trabalhos e serviços (± 9.91), presença de dor (± 9.91) e a baixa funcionalidade observada pelo FIQ Escore total (± 83.96). Portanto, a sintomatologia desta síndrome é um dos fatores causais para grande limitação funcional, comprometendo, assim, as atividades de vida diária, que impactam no trabalho e afetam a saúde mental e, finalmente, esse conjunto de morbidades, por sua vez, é preditor de uma baixa QV (26).

Observou-se uma correlação positiva e significativa entre os sintomas depressivos e ansiosos, avaliados pela EHAD, com o impacto da FM na capacidade funcional, sensação de bem-estar, fadiga, cansaço e rigidez matinal, percepção de depressão e ansiedade e funcionalidade global avaliada pelo FIQ. Sendo assim, é possível notar que quanto maior a intensidade desses sintomas, pior é a qualidade de vida das pacientes (27). As condições crônicas, como FM, geram comprometimento na QV pela própria natureza da síndrome, contudo há experimentos que apontam que essa patologia, causadora de importante dor musculoesquelética, é ainda mais incapacitante quando associada à depressão e ansiedade (21).

Apesar de várias publicações indicarem uma forte associação entre sintomas ansiosos e depressivos com a presença da dor (21,25), no presente estudo tal associação não foi estatisticamente relevante. Uma justificativa para tal achado reside no fato de que a totalidade dos pacientes pontuou os escores máximos referentes a dor (média 10 para esse domínio), não sendo possível evidenciar uma correlação positiva crescente

entre o FIQ dor versus ansiedade e depressão pela EHAD. Apesar disso, sabe-se do impacto da dor nos pacientes portadores de FM no contexto de sintomas ansiosos e depressivos, sendo clinicamente relevante e prevalente essa associação (2,16,20,21,25).

Observou-se, como limitação do presente estudo, o fato de não ter sido avaliada a prática de atividade física, visto que esse fator mostrou-se relevante nos estudos como importante modulador da síndrome (25), bem como o sedentarismo nesses pacientes apresentou-se como um importante agravante da funcionalidade (28). Embora, durante a coleta de dados, muitos tenham relatado que perderam seus empregos ou tiveram que aposentar-se por conta da FM, não foi realizada uma caracterização no levantamento sociodemográfico para a categoria de “trabalho”, a fim de identificar o motivo pelo qual os pacientes não estavam trabalhando. Critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos não foram aplicados, portanto, os grupos de pacientes diagnosticados com transtorno de humor e/ou ansiedade são desconhecidos. A maioria dos pacientes neste estudo eram mulheres, por isto é possível que os resultados não generalizem para homens com FM. Portanto, por mais que a FM acometa mais o sexo feminino, são necessários estudos que determinem se o mesmo perfil identificado nesta pesquisa, e, em outras citadas, aplica-se ao sexo masculino.

V. CONCLUSÃO

A partir do exposto, conclui-se que pacientes que sofrem com a FM tendem a apresentar comorbidades psiquiátricas e baixa QV. Tais fatores associados ao quadro reumático torna fundamental uma intervenção multidisciplinar em que os indicadores de depressão, ansiedade e impacto da FM devem ser avaliados periodicamente como parte do cuidado deste tipo de paciente e para atualizações no plano terapêutico, quando se fizerem necessárias, afim de reduzir o sofrimento que a FM associada a outros fatores

pode resultar. Esta avaliação periódica pode ser considerada uma implicação prática a ser adotada nas rotinas dos ambulatórios de reumatologia.

VI. REFERÊNCIAS

1. Junior MH, Goldenfum MA, Fávoro Siena CA. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(3):358–65.
2. Barros E, Jos L, Junior Q, Fraga BP, Macieira C, Bonjardim LR. E Depressão Em Fibromiálgicos. *Rev da Esc Enferm - USP.* 2012;46(3):590–6.
3. Gequelim GC, Dranka D, Furlan J de A, Mejia MM, Paiva ES. Estudo clínico-epidemiológico de fibromialgia em um hospital universitário do Sul do Brasil. *Rev Bras Clínica Médica São Paulo.* 2013;55(4):1–5.
4. Braz A de S, Paula AP de, Diniz M de FFM, Almeida RN de. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(3):275–82.
5. Gelonch O, Garolera Freixa M, Rosselló Aubach L, Pifarré Paredero J. Disfunción cognitiva en la fibromialgia. *Rev Neurol.* 2013;56(11):573.
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62(5):600–10.
7. Santos A, Assumpção A, Matsutani L, Pereira C, Lage L, Marques A. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10(3):317–24.
8. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid Depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* 2004;66(6):837–44.
9. Souza J De, Berber S, Kupek E, Berber SC. Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida Prevalence of Depression and its Relationship with Quality of Life in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Rev Bras Reum.* 2005;45(2):47–54.
10. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage L V., Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):24–31.
11. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa Â. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anestesiol.* 2006;56(5):470–7.
12. Feijó Azevedo V, dos Santos Paiva E, Gustavo Favretto L, Magalhães Machado D, Ricardo Hiurko Felipe L, Scussel F, et al. FIQ score em pacientes fibromiálgicos com e sem espondilite anquilosante: análise comparativa. *Rev Med Res.* 2011;3(3):13.
13. Rodrigues V, Rossi S, Lopes FF, Catelan- SC. OS BENEFÍCIOS DOS PSICOFÁRMACOS NO CONTROLE DA DOR NA. 2011;
14. Turhanolu AD, Yilmaz S, Kaya S, Dursun M, Kararmaz A, Saka G. The epidemiological aspects of fibromyalgia syndrome in adults living in Turkey: A population based study. *J Musculoskelet Pain.* 2008;16(3):141–7.
15. Işık-Ulusoy S. Evaluation of affective temperament and anxiety-depression levels in fibromyalgia patients: A pilot study. *Brazilian J Psychiatry.* 2019;41(5):428–32.
16. Arnold LM, Crofford LJ, Martin SA, Young JP, Sharma U. The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Med.* 2007;8(8):633–8.

17. Silva DS. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicol.* 2010;18(2):335–43.
18. Costa SRMR da, Pedreira Neto M da S, Tavares-Neto J, Kubiak I, Dourado M da S, Araújo AC de, et al. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45(2):64–70.
19. White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol.* 2002;29(3):588–94.
20. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. *Arch Intern Med.* 2003;163(20):2433–45.
21. Tobergte DR, Curtis S. Depressão e Ansiedade em população com quadros reumatológicos. *J Chem Inf Model.* 2013;53(9):1689–99.
22. Weisberg JN. Personality and personality disorders in chronic pain. *Curr Rev Pain.* 2000;4(1):60–70.
23. West sterling g. Segredos em reumatologia: respostas necessárias ao dia-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos.
24. Alves E, Ferreira G, Marques AP. Avaliação da dor e estresse Assessment of pain and stress in fibromyalgia patients. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42:104–10.
25. Lorena SB de, Pimentel EA dos S, Fernandes VM, Pedrosa MB, Ranzolin A, Duarte ALBP. Evaluation of pain and quality of life of fibromyalgia patients. *Rev Dor.* 2016;17(1):8–11.
26. Martins MRI, Polvero LO, Rocha CE, Foss MH, Santos Junior R dos. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(1):21–6.
27. Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioter e Pesqui.* 2009;16(3):263–8.
28. Aparicio VA, Ortega FB, Heredia JM, Carbonell-Baeza A, Sjström M, Delgado-Fernandez M. Handgrip strength test as a complementary tool in the assessment of fibromyalgia severity in women. *Arch Phys Med Rehabil [Internet].* 2011;92(1):83–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2010.09.010>

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas.

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		Risco Relativo	Intervalo de Confiança	p
	N	%	N	%			
Sexo	Feminino	57	95.00	57	95.00		1.000
	Masculino	3	5.00	3	5.00		
Cidade	Recife	29	48.33	26	43.33		0.750
	RMR*	11	18.33	10	16.67		
Religião	Interior de PE	20	33.33	24	40.00		0.094
	Com religião	59	98.33	55	91.67		
Escolaridade	Sem religião	1	1.67	5	8.33		0.424
	1-4 anos	27	45.00	20	33.33		
	5-8 anos	5	8.33	6	10.00		
	9 ou +	28	46.67	34	56.67		
Estado Civil	Solteira	14	23.33	21	35.00		0.371
	Casada/Relação Estável	35	58.33	30	50.00		
Tempo Conjugal	Separada/ Viúva	11	18.33	9	15.00		0.002
	0-5 Anos	17	28.33	34	56.67	3.307	
Renda	>5 anos	43	71.67	26	43.33		0.471
	Sem Renda	12	20.00	15	25.00		
	0-5 Salários	48	80.00	44	73.33		
Trabalhando Atualmente	>5 Salários	0	0	3	5.00		0.087
	Sim	17	28.33	26	43.33		
Psicoterapia atual	Não	43	71.67	34	56.67		0.378
	Sim	5	8.33	8	13.33		
Psicoterapia anterior	Não	55	91.67	52	86.67		0.461
	Sim	24	40.0	28	46.67		
	Não	36	60	32	53.33		

Uso atual de psicofármaco	Sim	41	68.33	10	16.67	0.092	0.039-0.22	0.001
	Não	19	31.67	50	83.33			
Uso anterior de psicofármaco	Sim	20	33.33	22	36.67	0.702		
	Não	40	66.67	38	63.33			
Com ansiedade	Sim	54	90.00	24	40.00	0.074	0.027-0.199	0.001
	Não	6	10.00	36	60.00			
Com depressão	Sim	48	80.00	16	26.67	0.090	0.039-0.213	0.001
	Não	12	20.00	44	73.33			

*= Região Metropolitana de Recife – PE.

Tabela 2- Comparação das pacientes com e sem FM segundo as características clínicas.

Variável	Grupo 1				Grupo 2				p				
	Média	D.P.	Min.	Máx.	Intervalo		Média	D.P.		Min.	Máx.	Intervalo	
					de	confiança						de	confiança
Idade	53.53	8.50	35	69	51.33-55.73	49.20	12.74	25	77	45.91-52.49	0.0152		
Tempo de Diagnóstico	62.33*	55.67	1*	264*	47.95-76.71	-	-	-	-	-	-		
Tempo de Tratamento	47.57*	42.20	1*	180*	36.66-58.47	-	-	-	-	-	-		
Ansiedade EHAD	13.85	4.79	1	21	12.61-15.09	6.90	5.33	0	20	5.52-8.28	0.0001		
Depressão EHAD	13.10	5.45	1	21	11.69-14.51	5.22	4.51	0	20	4.05-6.38	0.0001		

*= Meses

Tabela 3- Sintomas ansiosos e depressivos rastreados pela EHAD.

Escore da EHAD	Grupo 1	Grupo 2
	N(%)	N(%)
Ansiedade		
≤7	6 (10%)	35 (56.3%)
≥8 e ≤10	8 (13.3%)	11 (18.3%)
≥11 e ≤14	16 (26.6%)	9 (15%)
≥15 e ≤21	30 (50%)	5 (8.3%)
Depressão		
≤7	12 (20%)	43 (71.7%)
≥8 e ≤10	6 (10%)	7 (11.7%)
≥11 e ≤14	13 (21.6%)	9 (15%)
≥15 e ≤21	29 (48.3%)	1 (1.7%)

Tabela 4- Descrição das principais limitações funcionais das pacientes com FM segundo o FIQ.

Variável	Média ± DP	Mínimo	Máximo	Intervalo de confiança
Capacidade Funcional	6.30 ± 2.31	1.66	10	5.70-6.89
Sentir-se Bem	8.17 ± 3.11	0	10	7.36-8.97
Faltas ao trabalho	5.29 ± 4.36	0	10	4.17-6.42
FIQ Trabalho	10 ± 0	0	10	10-10
FIQ Dor	10 ± 0	0	10	10-10
FIQ Fadiga	8.83 ± 3.24	0	10	7.99-9.67
FIQ Cansaço matinal	9.17 ± 2.79	0	10	8.45-9.89
FIQ Rigidez	8.17 ± 3.90	0	10	7.16-9.17
FIQ Ansiedade	9.33 ± 2.51	0	10	8.68-9.98
FIQ Depressão	9 ± 3.02	0	10	8.22-9.78
FIQ Escore Total	83.96 ± 14.51	44.09	100	80.21-87.71

Tabela 5- Correlação quantitativa entre escores da EHAD e o FIQ das pacientes com FM.

	Depressão EHAD	Ansiedade EHAD
Capacidade Funcional	0.478 (p=0.0001)*	0.374 (p=0.0032) *
Sentir-se Bem	0.366 (p=0.0040) *	0.266 (p=0.0393) *
FIQ Faltas ao trabalho	0.129 (p=0.3261)	0.126 (p=0.3360)
FIQ Trabalho	0.195 (p=0.1353)	0.078 (p=0.5533)
FIQ Dor	0.195 (p=0.1353)	0.078 (p=0.5533)
FIQ Fadiga	0.442 (p=0.0004) *	0.521 (p=0.0000) *
FIQ Cansaço matinal	0.310 (p=0.0049) *	0.443 (p=0.0004) *
FIQ Rigidez	0.358 (p=0.0049) *	0.390 (p=0.0048) *
FIQ Ansiedade	0.215 (p=0.0989)	0.359 (p=0.0048) *
FIQ Depressão	0.477 (0.0001) *	0.272 (p=0.0352) *
FIQ Escore Total	0.594 (p=0.0000) *	0.534 (p=0.0000) *

*= p-valor <0.05

ANEXO I - Questionário Sociodemográfico

DATA DA ENTREVISTA : ___/___/___

Protocolo N: [_____]

1. INICIAIS: _____ Registro: _____ SEXO: _____

2. DATA DE NASC.: ___/___/___ 3. IDADE: _____

4. CIDADE: () Recife () RMR

() Interior do Estado _____ () Outros estados _____

5. Qual sua religião?

() Católico () Evangélico () Espírita () Outros () Não tem

6. Praticante de religião? () SIM () NÃO

7. Qual seu grau de instrução?

() Fundamental inc. () Fundamental comp. () Médio inc.

() Médio comp. () Superior inc. () Superior comp. () Pós- graduação

8. Qual seu Estado Civil?

() Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () Relação Estável ()

Outros

10. Qual o tempo da união conjugal atual?

() 0-1 ano () 2-5 anos () 6-9 anos () mais de 10 anos

11. Qual a sua renda mensal?

() Nenhuma () Entre 0 e 1 salários mín. () Entre 1 e 2 salários mín.

() Entre 3 e 5 salários mín. () Entre 6 e 10 salários mín. () Acima de 10 salários mín. (*Salário mínimo R\$ 937,00*)

12. Profissão: _____ . Trabalha atualmente () S () Ñ

13. A quanto tempo tem o diagnóstico de FM: _____ anos e _____ meses.

14. Quanto tem faz tratamento para FM: _____ anos e _____ meses.

15. Fez ou faz psicoterapia:

Atualmente () Sim () Não

Anteriormente () Sim () Não

16. Fez ou faz uso de psicofármacos (antidepressivo, anticonvulsivante, etc) :

Qual: _____

Atualmente () Sim () Não

Anteriormente () Sim () Não

Tempo _____

ANEXO II - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt

- **A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:**
- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca
- **D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**
- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada
- **A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**
- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso
- **D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**
- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais
- **A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**
- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente
- **D 6) Eu me sinto alegre:**
- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo
- **A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:**
- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca
- **D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**
- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca
- **A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**
- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre
- **D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**
- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- **A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**
- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim
- **D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:**
- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca
- **A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**
- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso
- **D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**
- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Pontos de cortes (Zigmond e Snaith) :
• **Ansiedade:** sem ansiedade de 0 a 8. Com ansiedade \geq 9.
• **Depressão:** sem depressão de 0 a 8. Com depressão \geq 9.

Marcolino, JAM et.al 2007
Rev Bras Anesthesiol

