

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE
VIDA DOS PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Joana de Souza Santos Berber

Florianópolis, 2004

JOANA DE SOUZA SANTOS BERBER

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE
DE VIDA DOS PACIENTES COM FIBROMIALGIA.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Emil Kupek

Florianópolis – SC

2004

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos àqueles que, de alguma maneira, colaboraram para a concretização deste trabalho:

- meu orientador, Prof. Dr. Emil Kupek;
- meu pai e médico, Saulo Caíres Berber
- os médicos: Norton Moritz Carneiro, Ivânio Alvez Pereira, Maria Amazile Toscano, Maria Aparecida Scottini, Rejane Alvez Araújo e Adriana Zimmermann.
- todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa.

BERBER, Joana de Souza Santos. ***Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida dos Pacientes com Fibromialgia***. 2004. 103 f. dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RESUMO

Neste estudo, pretendeu-se estimar a prevalência de depressão em pacientes com Fibromialgia, estimar a condição da qualidade de vida destes pacientes e estimar a magnitude da associação entre a depressão e a qualidade de vida. Foram selecionados 70 pacientes com Fibromialgia que compareceram às consultas médicas em duas instituições públicas e em seis consultórios particulares de reumatologia. Foram aplicados dois questionários: o General Health Questionnaire (GHQ- 28), para rastrear a depressão, e o Medical Outcome Short Form Health Survey (SF-36) para medir a qualidade de vida, composto de 8 escalas, que abordam vários aspectos da qualidade de vida. Realizaram-se análises uni e multivariadas entre os escores obtidos no GHQ- 28 e nas escalas do SF-36. Concluiu-se que a prevalência de depressão entre os pacientes de Fibromialgia é de 32,9% para depressão leve, 21,4% para depressão moderada e 12,9% para depressão severa. A depressão mostrou-se responsável pela queda estatisticamente significativa dos escores de qualidade de vida, das seguintes escalas: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. A depressão pode influenciar negativamente na qualidade de vida dos pacientes por aumentar a sensação de dor e incapacidade, tornar a adesão ao tratamento mais difícil, gerar uma queda na qualidade das relações sociais. O paciente tem a tendência ao isolamento e sentimentos de derrota e frustração. O aumento da idade mostrou-se responsável pela melhora da sensação dolorosa, da funcionalidade social, da vitalidade e da percepção da saúde em geral. O maior tempo diagnóstico mostrou-se associado a uma melhor percepção da saúde em geral.

Palavras-chave: fibromialgia, depressão, qualidade de vida.

BERBER, Joana de Souza Santos. ***Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida dos Pacientes com Fibromialgia***. 2004. 103 f. dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ABSTRACT

The aims of this study were to determine the prevalence of depression in patients with Fibromyalgia, determine the life quality condition of these patients and determine the magnitude of the association between depression and life quality. Seventy patients with Fibromyalgia were selected in two public institutions and six private ones. Two questionnaires were applied: the General Health Questionnaire (GHQ-28), to screen depression, and the Short Form Health Survey (SF-36), to detect life quality. Uni and multivariate analysis were taken between the scores of the GHQ-28 and the SF-36. Results: the prevalence of depression between patients with fibromyalgia is 32,9% for light depression, 21,4% for mild depression and 12,9% for severe depression. Depression showed responsible for the lowest scores of quality of life in these scales: physical conditioning, physical functioning, pain, social functioning, mental health, emotion functioning general health perceptions. Depression may influence negatively in quality of life of the patients because it amplifies pain sensation, raises incapability, makes treatment difficult, takes to worse social relations. Age showed responsible for an improve in pain sensation, social functioning, vitality and general health perception.

Keywords: fibromyalgia, quality of life, depression.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
1.1 Descrição da Síndrome da Fibromialgia	8
1.2 Etiologia	9
1.3 Diagnóstico.....	13
1.4 Prevalência e Impacto da SFM.....	15
1.5 Impacto na Qualidade de Vida	17
1.6 O Papel da Depressão	20
1.7 Tratamento	25
2. Objetivos	28
2.1 Geral	28
2.2 Específicos.....	28
3. Metodologia	29
3.1 Seleção da Amostra	29
3.2 Variáveis e Instrumento de Estudo	30
3.3 Coleta de Dados	35
3.4 Entrada e Análise de Dados	35
3.5 Questões Éticas	36
4. Resultados	37
5. Discussão	57
6. Conclusão	69
7. Recomendações	71
Referências Bibliográficas	73
Anexo 1 – Questionário sócio-demográfico.....	80
Anexo 2 – General Health Questionaire.....	81
Anexo 3 – Short Form Health Survey	83
Anexo 4 – artigo: Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de vida dos Pacientes com Fibromialgia	87

1. INTRODUÇÃO

A dor crônica é reconhecida como um importante problema de saúde pública. Mais de 10 milhões de americanos sofrem de algum tipo de dor episódica ou persistente relacionada ao câncer ou outros distúrbios, como enxaqueca, dores nas costas, desordens pélvicas, entre outras (Gallagher, 1999).

Esta é uma queixa muito comum nos consultórios médicos e ambulatórios. Gallagher (1999) realizou um estudo onde, em uma amostra de 1500 indivíduos, 20% sofriam de alguma forma de dor crônica ou recorrente. Destes, 70% tinham dor por mais de um ano e 40% diziam que a dor tinha um impacto importante nas suas vidas. Por exemplo, 36% perderam pelo menos um dia de trabalho por causa da dor e 35% mais de 20 dias. O problema tem tamanha importância, que 10 % das pessoas que sofrem de dor pensaram em suicídio.

O impacto da dor crônica na sociedade inclui o aumento da utilização dos serviços de saúde, diminuição da produtividade do indivíduo no trabalho, despesas com seguros de saúde e licenças médicas.

Dentre as patologias que têm a dor crônica como seu principal sintoma, encontra-se a Síndrome de Fibromialgia (SFM).

1.1 Descrição da SFM

A Síndrome da Fibromialgia é caracterizada pela ocorrência de dor músculo-esquelética crônica generalizada e pontos dolorosos, e pela ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares. Não é uma doença, é uma construção clínica para caracterizar uma síndrome de dor crônica. Além da dor, outros sintomas podem estar presentes, como: fadiga persistente, rigidez matinal generalizada e sono não reparador (Winfield, 1999).

Por tratar-se de uma síndrome, existem ainda algumas condições associadas à Fibromialgia, como síndrome do cólon irritável, disfunção da tireóide, endometriose e problemas psicológicos como depressão e ansiedade (Chaitow, 2000).

Apesar de “fibromialgia” ser um termo relativamente novo, outros termos foram utilizados na literatura médica para definir indivíduos com dor músculo-esquelética difusa. Um termo utilizado era fibrosite, onde estava implícito que haveria um processo inflamatório nos tecidos conectivos. Como vários estudos mostraram que não há sinais de inflamação nos tecidos dos indivíduos acometidos, este termo foi abandonado (Clauw, 2001).

Chaitow (2002) afirma a respeito da Fibromialgia:

- É uma condição reumática não deformante e comum;
- É uma condição antiga, atualmente definida como um complexo de doenças ou síndrome;
- Não há uma causa única ou cura para seus sintomas abrangentes e persistentes;

- Suas causas complexas parecem requerer a atuação de mais de um fator etiológico essencial e há numerosas teorias sobre as quais seriam eles;

1.2 Etiologia

Localizar uma causa para a Síndrome da Fibromialgia é muito difícil. Existe uma seqüência de aspectos inter-relacionados difíceis de desmembrar.

Goldstein, citado por Carneiro (2001), descreve a síndrome como neurossomática, ou seja, a rede neural torna-se disfuncional, a origem do problema estaria no sistema nervoso central. A evolução para este estado requer a interação de vários elementos, como suscetibilidade genética e estressores ambientais. A Fibromialgia seria então um distúrbio disfuncional causado por uma constelação de respostas biológicas ao estresse em indivíduos que são mais susceptíveis ao mesmo, em função de uma história pessoal contendo eventos negativos, e que têm uma predisposição genética para ter o problema.

Para Clauw (2001), indivíduos com casos de Fibromialgia na família apresentam maior probabilidade de desenvolver a doença. Como acontece com outras doenças, a Fibromialgia pode ocorrer em um indivíduo que está geneticamente predisposto e que se coloca em contato com fenômenos que possam desencadear os sintomas. Esses fenômenos incluem trauma físico, estresse emocional, infecções, desordens endócrinas e alterações imunológicas.

Para Koopman (1997), os indivíduos com Fibromialgia apresentam uma suscetibilidade genética ao microtrauma muscular ou a disfunções neuro-hormonais que contribuem para os sintomas dolorosos.

Yunus (1994) coloca a hipótese de que a Fibromialgia forma, juntamente com outros distúrbios, um espectro de síndromes relacionadas e que se sobrepõem, dividindo sintomas e uma provável patofisiologia. Este espectro chama-se Espectro da Síndrome Disfuncional (ESD). Este termo foi utilizado porque as síndromes que fazem parte desta família resultam de uma disfunção da homeostase neuro-hormonal normal.

A seguir, as síndromes que compõem o ESD:

- Síndrome da Fibromialgia
- Síndrome da Fadiga Crônica
- Cefaléia Tensional
- Enxaqueca
- Síndrome do Cólon Irritável
- Dismenorréia Primária
- Síndrome da Dor Miofascial Disfunção da Articulação Temporomandibular
- Síndrome das Pernas Inquietas
- Desordem do Movimento Periódico dos Membros

O conceito do ESD está baseado no fato de que estas condições:

- a) Dividem muitas características clínicas, como preponderância do sexo feminino, fadiga e sono não restaurador;

- b) Não existem lesões teciduais micro ou macroscópicas;
- c) Respondem a medicamentos que agem no sistema nervoso central, como, drogas serotoninérgicas e noradrenérgicas.

Ainda segundo Yunus (1994), a patofisiologia da Fibromialgia pode ser descrita por fatores periféricos, centrais e inter-relações entre múltiplos fatores, incluindo os psicológicos.

Os fatores periféricos incluem traumas, como acidentes ou lesões por esforços repetitivos. A dor localizada, originada por esses fatores, pode tornar-se generalizada através dos mecanismos de plasticidade do Sistema Nervoso Central, como alterações nos níveis de substância P nas fibras nervosas do tipo C (Koopman, 1997).

Muitos investigadores identificaram alterações no tecido muscular de pacientes com Fibromialgia, como redução nos níveis de ATP e pequenas rupturas de fibras musculares, como consequência de microtraumas contínuos no músculo e tensão prolongada que leva à isquemia. Porém esses achados não se mostraram significativos em relação a controles normais (Koopman, 1997).

Encontra-se sensibilidade à pressão em qualquer ponto do corpo dos pacientes, não só nos *tender points*, os pontos de diagnóstico característicos da Fibromialgia. Assim, a patologia muscular, somente, não pode explicar os sintomas dolorosos. Existe o envolvimento de fatores centrais (Koopman, 1997).

Os fatores centrais têm relação com os mecanismos de transmissão e modulação da dor, que explicam a diminuição generalizada da tolerância à dor no paciente fibromiálgico.

O mecanismo de percepção da dor é chamado nocicepção. Na Fibromialgia existe uma alteração deste processo. O resultado é uma amplificação dos sinais aferentes, que chegam no sistema nervoso central provenientes de áreas corporais que estão anatomicamente normais.

Duas substâncias envolvidas no processo de nocicepção, importantes para a Fibromialgia, são a substância P e a serotonina. O mecanismo pelo qual a substância P age na medula espinhal é incerto, mas acredita-se que ela facilite a nocicepção, alertando os neurônios espinhais para os sinais vindos da periferia. Já a serotonina inibe a secreção de substância P na medula, fazendo o papel anti-nociceptivo (Vecchiet, 1998).

Nos pacientes fibromiálgicos encontram-se baixos níveis de serotonina no líquido cérebro-espinhal, o que facilita a nocicepção, aumentando os níveis de dor e perturbando o sono profundo. Correlações estatísticas entre altos níveis de dor e elevação dos níveis de substância P foram encontrados nesses pacientes, o que sugere uma participação desta substância na patogenia da Fibromialgia (Vecchiet, 1998).

A serotonina também está envolvida no mecanismo da depressão. Assim, problemas na transmissão sináptica serotoninérgica nos pacientes de Fibromialgia poderiam explicar a presença de depressão. Algumas anormalidades bioquímicas, como deficiências de serotonina e noradrenalina, são comuns à Fibromialgia e a doenças psiquiátricas, como a depressão (Yunus, 1994).

As alterações na concentração de serotonina e substância P sugerem a existência de uma desordem neuroendócrina, caracterizada pela função anormal

do eixo hipotalâmico-pituitário adrenal, incluindo uma liberação maior de ACTH seguida de uma baixa da resposta adrenal (Koopman, 1997).

Além das alterações neuroendócrinas, existem evidências que sugerem um funcionamento anormal do sistema imunológico. Uma infecção pode ser um dos muitos eventos que promovem um padrão mal adaptado do sistema imunológico, levando ao desenvolvimento da Fibromialgia. Num estudo, 55% dos pacientes relataram que seus sintomas iniciaram após uma gripe forte. Outros achados mostram a ocorrência de Fibromialgia após uma infecção por Parvovírus e HIV (Koopman, 1997).

1.3 Diagnóstico

Um comitê do Colégio Americano de Reumatologia (CAR) definiu como critérios para o diagnóstico de Fibromialgia: (1) dor generalizada, incluindo os lados direito e esquerdo do corpo e dor axial sobre a coluna vertebral, por no mínimo 3 meses; (2) dor à pressão em pelo menos 11 dos 18 pontos de dolorimento, conhecidos como *tender points*. (Fischer, 1997).

Os *tender points* normalmente estão localizados na zona de inserção muscular e desencadeiam dor à sua palpação. Nenhuma alteração histopatológica significativa foi encontrada nestes pontos, considerando-se os *tender points* como tecidos conectivos normais (Mense, 1997).

Na validação brasileira do critério do CAR (Haun et al., 1999), os critérios de maior sensibilidade, especificidade e acurácia para Fibromialgia foram dor difusa e 9 ou mais pontos dolorosos em 18 examinados.

Esta definição do CAR é importante no diagnóstico diferencial. Um estudo realizado por Helfenstein e Feldman (1998) mostrou que muitos pacientes diagnosticados como portadores de L.E.R. na verdade sofrem de Fibromialgia. Do grupo de 80 pacientes com dor difusa, 73 preenchem os critérios do Colégio Americano de Reumatologia.

Porém, uma definição tão restrita e precisa como esta do CAR pode trazer problemas, já que a Fibromialgia é uma condição com inúmeros sintomas e de manifestações em graus variáveis.

Clauw (2001) coloca como ponto controverso a definição dos *tender points*. Como tais pontos seriam sensíveis também em indivíduos saudáveis, então aqueles indivíduos que apresentam sensibilidade aumentada em todo o corpo, no caso os fibromiálgicos, teriam um número maior de *tender points* dolorosos.

Para Chaitow (2002), a definição do CAR excluiria pessoas que não se encaixariam em outros diagnósticos, por exemplo: se todos os outros critérios estão presentes e apenas 9 dos 18 pontos são dolorosos, qual seria o diagnóstico apropriado? O autor coloca que pesquisas britânicas e americanas demonstram que cerca de 20% da população sofrem de dor generalizada que satisfaz a definição do CAR, mas não necessariamente as mesmas pessoas demonstram 11 dos 18 pontos especificados num teste apropriado.

Silva et al. (1997) colocam que 40% dos pacientes com dor generalizada crônica e 19% dos pacientes com dor regional apresentaram 11 dos 18 *tender points* dolorosos. Além disso, a presença de pontos dolorosos associa-se, não somente com a dor, mas também com depressão, fadiga e má qualidade do sono, sugerindo que esses pontos são, na verdade, uma medida de estresse geral.

O clínico pode suspeitar de Fibromialgia pelo reconhecimento de suas características clínicas: dor músculo-esquelética difusa, fadiga, ansiedade, sono não restaurador, síndrome do cólon irritável (Yunus, 1981).

O diagnóstico pode ser feito pelo reconhecimento de um padrão: dor generalizada, rigidez muscular, fadiga, distúrbio do sono e depressão, somados à presença de dor na palpação em pontos específicos (*tender points*). A Fibromialgia pode ser descrita como tendo um núcleo central de sintomas essenciais ao diagnóstico, e manifestações de outras condições clínicas associadas. O clínico experiente pode fazer tal diagnóstico baseando-se nesses critérios e limitando o número de exames laboratoriais, para excluir outras patologias reumáticas ou endócrinas. (McCain, 1996).

Os testes laboratoriais nos pacientes com Fibromialgia são normais. (McCain, 1996; Yunus, 1981).

1.4 Prevalência e Impacto da Fibromialgia

A Fibromialgia é uma afecção comum entre mulheres de meia idade. Segundo White (1999), 2 a 4% da população americana apresentam Fibromialgia, e desses, 3,4% são mulheres e 0,5% são homens. A síndrome é o segundo distúrbio mais comum nos consultórios de reumatologia e é considerada a maior fonte de incapacidade em alguns países europeus e nos EUA. O paciente típico pertence ao sexo feminino com idade entre 30 e 60 anos.

Wolfe et. al. (1995) observaram que a prevalência de Fibromialgia na população em geral com mais de 18 anos é de 2%, e que se eleva com a idade, alcançando 23% em mulheres na sétima década de vida.

Em muitos países industrializados, a prevalência varia entre 1 e 4% da população geral, sendo a segunda afecção reumatológica mais comum, atrás apenas da osteoartrite degenerativa (Clauw, 2001).

De acordo com estudos recentes, 1,3 a 4,8% da população dos países ocidentais industrializados sofrem de Fibromialgia; destes, 80 a 90% são do sexo feminino (Schochat, 2003).

No Brasil, queixas de dores crônicas músculo-esqueléticas nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre e Rio de Janeiro são expressas por 10,2% dos indivíduos (Seda, 1982).

A Fibromialgia é um distúrbio com sérias conseqüências para o indivíduo e a sociedade. Nos EUA, US\$ 9 bilhões de dólares são gastos anualmente com despesas médicas, perda de arrecadação e produtividade pelo afastamento do trabalho dos pacientes fibromiálgicos (Russel, 1997).

No Brasil, Martinez et. al. (1995) constataram que ocorreu decréscimo de 65% na renda familiar dos doentes com Fibromialgia e 55% recebiam auxílio da previdência social.

1.5 Impacto na Qualidade de Vida

A Fibromialgia pode variar, apresentando desde sintomas leves até casos em que as dores, fadiga e depressão são tão intensas, que impedem o

desempenho da atividade profissional e social. Ela pode criar uma situação desmoralizante, uma vez que familiares, amigos e às vezes até médicos não conseguem entender como alguém que está aparentemente bem, sem nenhuma lesão visível, pode sentir tanta dor, depressão e dificuldades no sono.

A limitação física e os comportamentos de evitação são os principais componentes da incapacidade funcional dos doentes com Fibromialgia.

O funcionamento físico refere-se ao potencial orgânico de um indivíduo executar movimentos e outras funções. A capacitação funcional é essencial no processo de adaptação à dor crônica refere-se ao desempenho de tarefas cotidianas que, embora dependam do funcionamento físico, estão sujeitas a estratégias de enfrentamento para sua realização. A incapacidade funcional dos doentes de Fibromialgia reflete-se adversamente no desempenho ocupacional, dificultando a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas (Teixeira, 2001).

Os pacientes de Fibromialgia mostram uma redução na capacidade voluntária para o trabalho, apesar da sua resposta bioquímica ao trabalho e à recuperação serem normais. Isto mostra a dificuldade do paciente em executar as tarefas cotidianas (Koopman, 1997).

Kaplan et al. (2000) realizaram um estudo utilizando uma escala de bem-estar para medir a qualidade de vida de 594 pacientes de Fibromialgia. Os pacientes foram avaliados quanto ao estado de saúde em geral, dor, rigidez, funcionalidade física, ansiedade, sono e depressão. Os pacientes fibromiálgicos atingiram um escore menor do que pacientes portadores de outros distúrbios crônicos incapacitantes, como DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), artrite

reumatóide, câncer, entre outros. Os fibromiálgicos experimentam maior incapacidade física e emocional.

Neumann (2000) realizou um estudo comparando pacientes de Fibromialgia, com dor difusa e controles normais, utilizando o Short From Health Survey (SF-36) como instrumento para medir qualidade de vida. As oito escalas do SF-36 mostraram um padrão consistente para condicionamento físico, funcionalidade física, dor, saúde em geral, vitalidade e funcionalidade social; sendo os escores mais baixos apresentados pelos pacientes de Fibromialgia. A funcionalidade emocional e saúde mental apresentam escores mais altos entre os participantes normais de grupo de controle que entre os pacientes de Fibromialgia e dor difusa.

Da Costa (2000), realizou um estudo que comparava o estado de saúde entre mulheres fibromiálgicas de com Lúpus Eritematoso Sistêmico. Como instrumento foi utilizado o SF-36. as pacientes com Fibromialgia apresentaram queda escores mais baixos que as pacientes com Lúpus nas seguintes escalas: condicionamento físico, funcionalidade física, dor e vitalidade; não diferindo das pacientes de Lúpus em relação as outras escalas (funcionalidade emocional e social, saúde mental e percepção da saúde em geral). Nas pacientes com Fibromialgia uma melhor situação financeira mostrou-se relacionada à melhor saúde física. A piora na saúde mental nestas pacientes mostrou-se relacionada à insatisfação com o suporte social.

Um estudo realizado por Lisott e Mariela (1996) mostrou que o grupo de pacientes fibromiálgicos apresenta pior qualidade de vida que o grupo controle,

segundo as escalas utilizadas, com impacto não só no aspecto físico, como também no desempenho das funções sociais e no estado emocional.

Bernard et al. (2000) coletaram informações sobre qualidade de vida, impacto da doença, estratégias alternativas no tratamento, e o que esperavam dos agentes de saúde os pacientes fibromiálgicos. Numa escala de 1 a 10, os pacientes marcaram 4,8 para sua qualidade de vida atual. Eles indicaram que a doença tem impacto negativo sobre os relacionamentos pessoais, a carreira e saúde mental. Os pacientes esperavam mais apoio e informações dos profissionais de saúde. O estudo concluiu que os agentes de saúde deveriam estar conscientes dos efeitos das Fibromialgia e que os pacientes precisam ser mais bem orientados, já que algumas estratégias aplicadas sem acompanhamento médico podem prejudicar a saúde dos mesmos.

Martinez (1995 e 1999) realizou 2 estudos sobre qualidade de vida em Fibromialgia no Brasil. O primeiro comparou longitudinalmente a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia e artrite reumatóide. Foram realizadas 3 avaliações com intervalos de 3 meses entre elas. As duas têm impacto semelhante na qualidade de vida, segundo os 4 instrumentos utilizados. O segundo estudo comparou a qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia com a de um grupo de controle de pessoas saudáveis, concluindo que a Fibromialgia tem um impacto negativo na vida dos indivíduos afetados.

Um estudo longitudinal, realizado com 56 pacientes durante 5 anos, mostrou que metade dos pacientes relatou piora dos sintomas, 20% relataram melhora e 30% relataram nenhuma mudança. Os sintomas de Fibromialgia

persistiram por 15 anos após seu início. Estes fatos reforçam o aspecto crônico da Fibromialgia e a importância do tratamento adequado (Kenedy e Felson, 1996).

Os sintomas da Fibromialgia causam grande impacto no cotidiano e promovem rupturas de rotinas, cujas consequências tendem a manter-se ao longo do tempo, devido à cronicidade. Os impactos sociais desestabilizam as relações familiares, restringem o contato social e interferem nos hábitos e rotinas dos doentes, obrigando-os a esforços contínuos de adaptação à nova realidade (Teixeira, 2001).

Bigatti e Cronan (2002) descreveram a saúde física e o estado psicológico de companheiros de pacientes com Fibromialgia, comparando-os a grupo de controle de pessoas normais. Os companheiros de fibromiálgicos reportaram pior saúde física e estresse afetivo, e tiveram altos escores para depressão, solidão e estresse subjetivo.

Percebe-se que a Fibromialgia é uma desordem extremamente prejudicial à qualidade de vida dos pacientes, tanto no aspecto físico como mental. Os estudos mostram que o impacto desta doença na qualidade de vida é pior do que nas doenças reumáticas deformantes como Artrite Reumatóide.

1.6 O Papel da Depressão

O diagnóstico de depressão, segundo o DSM-IV (1995) pode ser definido da seguinte forma: cinco ou mais dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o período de duas semanas e representando uma alteração a partir do

funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite, quase todos os dias.
- Insônia ou hipersônia, quase todos os dias.
- Agitação ou retardo psicomotor, quase todos os dias.
- Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias.
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, quase todos os dias.
- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias.
- Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio.

Pizzorno (1999) coloca que é comum a omissão do diagnóstico da depressão pelo médico não psiquiatra. Seria importante que todo clínico estivesse esclarecido quanto ao reconhecimento de um possível caso de depressão, para encaminhá-lo ao especialista e iniciar logo o tratamento.

Assim como a Fibromialgia, a depressão também é mais prevalente em mulheres, entre 10% e 20%, que em homens, entre 5% e 10% (Cole, 2001).

Algumas doenças predisõem o paciente a sofrer de depressão por motivos biológicos, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença de Parkinson; e por razões psicológicas, como o câncer (Cole, 2001).

Fatores estressantes podem desencadear depressão, porém para que o quadro evolua para uma depressão maior, outros fatores pouco conhecidos devem atuar. Uma possibilidade é a existência de uma predisposição biológica (Cole, 2001).

A incapacidade causada pela depressão é equivalente à causada por doença coronariana, e pior que a resultante de doença pulmonar e artrite. Nos EUA, o custo anual da depressão, incluindo tratamento, absenteísmo e perdas de emprego, é de US\$ 43 bilhões (Wulsin, 2001).

A relação entre a depressão e a dor crônica é peculiar. Questiona-se se a dor crônica leva à depressão ou se estas enfermidades compartilham um processo etiológico comum.

A dor crônica interfere na capacidade de atenção, concentração e memória. A manutenção dos sintomas perturba o processo de avaliação e produz distorções cognitivas. Turk (1996) notaram relação funcional entre dor e anormalidades psicossociais e comportamentais. Identificaram dor, falta de habilidade para lidar com ela e da habilidade necessária para um funcionamento físico adequado em 87% dos casos.

A Fibromialgia, por ser uma doença de origem não determinada e de cura incerta, provoca sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. A prevalência de anormalidades psicológicas é alta entre esses pacientes. Payne (1982) avaliou doentes com Fibromialgia, artrite reumatóide e outras doenças reumáticas e

verificou que doentes com Fibromialgia apresentavam mais anormalidades psicológicas que os outros.

Não é muito claro o tipo de associação existente entre Fibromialgia e depressão: se existe uma relação causal entre elas, de apenas comorbidade ou se existiria um fator causal comum às duas enfermidades.

A relação de comorbidade entre dor crônica e depressão é conhecida. Faucett (1994) coloca que pacientes com dor miofascial crônica relatam mais depressão severa que pacientes com artrite, e a depressão está significativamente associada com a maior severidade da dor. Magni (1990) diz que 18% da população americana que sofre de dor crônica têm depressão.

Chaitow (2002) relata que alguns autores sugerem uma associação direta entre depressão e Fibromialgia. Outros explicam que Fibromialgia, Síndrome da Fadiga Crônica, enxaqueca e desordem pré-menstrual podem possivelmente compartilhar um passo etiológico em comum. Seria o Espectro da Síndrome Disfuncional, descrito por Yunus (1994). Chaitow (2002) ainda coloca que existem argumentos para uma conexão entre as duas patologias: suas sintomatologias se sobrepõem, pacientes com Fibromialgia têm histórico familiar de depressão e a medicação antidepressiva é útil no tratamento de Fibromialgia.

Koopman (1997) coloca que pacientes com Fibromialgia tendem a mostrar maiores níveis de distresse psicológico e um histórico de desordens psiquiátricas em suas vidas. Os perfis psicológicos dos pacientes fibromiálgicos revelam altos escores de depressão. Ercolani (1994) coloca que 49% dos pacientes apresentam depressão.

No Brasil, foi realizado um estudo caso-controle para verificar a ocorrência de distúrbios psicológicos em mulheres com Fibromialgia. Foi constatado que 63,8% das pacientes com fibromialgia apresentavam desordem da personalidade; sendo que 80% apresentavam depressão e 63,8%, ansiedade. No grupo controle apenas 8% das mulheres apresentavam desordem da personalidade. No grupo de fibromiálgicas, 78,% apresentaram desordens da personalidade concomitantes (Martinez, 1995).

A relação entre Fibromialgia e Depressão Maior está bem colocada num estudo realizado por Hudson (1996). As evidências mostram que existe uma associação entre as duas enfermidades e esta relação não pode ser explicada pela hipótese de que Fibromialgia causa Depressão Maior e vice-versa. Existiria um fator etiológico comum às duas enfermidades. Porém não ficou comprovado qual seria este fator. As hipóteses mais aceitas são disfunções hipotalâmicas, disfunções do sistema límbico ou déficit de serotonina.

A Depressão Maior está associada a uma redução da função da serotonina e a mudanças na reação imune. Samborski et al. (1996) realizaram um estudo sobre anticorpos da serotonina em pacientes com Fibromialgia e Depressão Maior. Os dois grupos de pacientes mostraram uma reação significativa de anticorpos à serotonina. Isto sugere que existe uma alteração imune comum à patogenia da Depressão Maior e da Fibromialgia.

A depressão tem papel importante na sintomatologia da síndrome e na vida dos pacientes.

Turk et al., citado por Yunus (1994), descreve que a presença de componentes psicológicos como a depressão, nos pacientes com Fibromialgia, normalmente inicia ou perpetua os sintomas.

Os pacientes fibromiálgicos com depressão tendem a viver isolados e relatam limitações funcionais importantes (Okifuji, 2000).

Um estudo comparando grupos de crianças com Fibromialgia juvenil e dor lombar crônica concluiu que as crianças fibromiálgicas apresentaram maiores níveis de depressão. Os níveis de incapacidade funcional foram similares nos dois grupos, porém as crianças fibromiálgicas apresentaram maior número de faltas na escola (Kashikar-Zuck et al, 2002).

1.7 Tratamento

A complexidade dos sintomas torna o tratamento da Fibromialgia um grande desafio, que deve ser encarado multidisciplinarmente.

Nenhuma forma de tratamento isolada pode controlar completamente os sintomas da Fibromialgia. A combinação entre medicação, terapia física e psicológica, exercícios físicos e educação do paciente parece ser a forma mais adequada de atingir esse objetivo.

A ausência de fisiopatologia estabelecida dificulta o estabelecimento de estratégias terapêuticas para doentes com Fibromialgia. McCain, citado por Teixeira (2001), coloca que apenas 50% dos doentes melhora após intervenções disponíveis.

Os medicamentos mais utilizados são os antidepressivos tricíclicos, sedativos em baixas doses, miorelaxantes e analgésicos, como opióides. A combinação entre os compostos tricíclicos, fluoxetina e amitriptilina mostrou-se eficaz na redução da dor (Yunus, 1994). A amitriptilina atua na recaptção de serotonina e produz a liberação de opióides endógenos. Associada a analgésicos, melhora a dor, a fadiga, a rigidez e as anormalidades do sono (Teixeira, 2001).

Entretanto, a eficácia diminui com o tempo. Tratamentos com duração de 3 meses mostraram melhora significativa em 25% a 35% dos pacientes. Tratamentos durando até 1 ano revelam redução da eficácia e, após 3 anos, dois terços dos doentes relata dor moderada ou persistente (Goldenberg, 1989).

A floxetina pode ser opção quando há predomínio da depressão, reduzindo-a, mas não alterando significativamente o sintoma doloroso (Teixeira, 2001).

O tratamento medicamentoso não é suficiente no tratamento da Fibromialgia. Entre os tratamentos não-farmacológicos, pode-se utilizar os meios físicos como calor, massagem, eletroterapia.

Um programa de tratamento com hidroterapia associada a exercícios de alongamento, fortalecimento e condicionamento físico supervisionado por 1 ano mostrou-se útil para os doentes, tanto no decréscimo da dor, como no aumento do bem-estar (Teixeira, 2001).

A prática de exercícios aeróbicos de baixo impacto e alongamento melhora todos os sintomas, inclusive a dor (Clauw, 2001). Da Costa et al. (2001) acharam uma redução significativa nos sintomas depressivos em pacientes fibromiálgicas que se exercitavam com regularidade.

Os doentes de Fibromialgia não podem deixar de se exercitar, visto que os músculos descondicionados apresentam maior tendência a microtraumatismos e a inatividade gera características de comportamentos disfuncionais (Teixeira, 2001).

A acupuntura e eletroacupuntura parecem exercer efeitos benéficos como analgesia e relaxamento muscular. Em alguns doentes, há referência de melhora da qualidade do sono (Teixeira, 2001).

Os tratamentos psicoterápicos concentram-se nos problemas gerados pela interação entre a cronicidade da doença e o estresse dela resultante. O estresse psicológico deriva de pequenos eventos estressores cotidianos, sendo principalmente relacionado à incapacidade funcional (Teixeira, 2001).

A terapia comportamental cognitiva mostrou-se eficaz no manejo de muitas condições crônicas, entre elas a Fibromialgia. Sua base teórica está na experiência da dor e do sofrimento como resultado de uma complexa integração entre patofisiologia, cognição, afeto e comportamento. Seu principal objetivo está em construir estratégias de enfrentamento da doença (Clauw, 2001).

A mudança de hábitos e estilo de vida, incluindo as condições ergonômicas, é fundamental. Elas demandam tempo e exigem o auxílio contínuo do ambiente e dos profissionais de saúde.

Uma abordagem quanto à dieta também é interessante para os pacientes de Fibromialgia. Novos hábitos alimentares devem ser adotados como redução de cafeína, álcool, alimentos refinados e processados. Deve-se estimular o consumo de legumes, frutas e peixes. Se o paciente fuma, deve abandonar o hábito (Chaitow, 2002).

A Síndrome da Fibromialgia é uma condição crônica e sem perspectiva próxima de cura. A sintomatologia limita o indivíduo física e emocionalmente, gerando frustrações. Se o paciente apresenta depressão associada à Fibromialgia, seus sintomas são exacerbados, trazendo um prejuízo maior à sua qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar a relação entre a depressão e a qualidade de vida dos pacientes com Síndrome da Fibromialgia (SFM).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar a prevalência de depressão nos pacientes de SFM.
- Estimar a condição da qualidade de vida de pacientes de SFM.
- Estimar a magnitude da associação existente entre depressão e qualidade de vida nestes pacientes.
- Verificar quais aspectos da qualidade de vida estão afetados pela depressão.

3. METODOLOGIA

3.1 Seleção da amostra

A amostra deste estudo é caracterizada como de conveniência ou não-aleatória. Foram selecionados 70 pacientes diagnosticados como portadores de Fibromialgia que compareceram às consultas médicas em determinados serviços de saúde, no período de março a julho de 2003.

Dois estabelecimentos públicos e seis privados foram escolhidos para a realização da coleta. Os públicos são o ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário e o ambulatório de reumatologia da Divisão de Assistência Médica da Secretaria Estadual de Saúde. A escolha destes locais tem o objetivo de homogeneizar a amostra, e aconteceu em função da receptividade e conveniência.

O critério de diagnóstico está baseado nas características clínicas da síndrome e na exclusão de outras patologias reumáticas e endócrinas por exames laboratoriais. As características clínicas são:

1. Dor generalizada, que persiste por no mínimo 6 meses
2. Fadiga
3. Sono não restaurador
4. Distúrbios emocionais (ansiedade, depressão)

5. Ao exame físico: presença de *tender points* em locais específicos e ausência de edema articular.

Para receber o diagnóstico de Fibromialgia, o paciente deve preencher os critérios acima e apresentar exames laboratoriais normais.

3.2 Variáveis e instrumentos de estudo.

A seguir serão apresentados os quadros contendo as variáveis deste estudo.

Quadro 1. Variáveis Sociodemográficas.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	
variável	instrumento
sexo	questionário (anexo 1)
idade	
ocupação e se está trabalhando no momento ou não	
escolaridade	

Quadro 2. Variáveis Independentes.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
variável	instrumento
tempo de sintomatologia	ficha médica
tempo de diagnóstico (somente para aqueles já em tratamento)	
tratamento: tempo e caracterização (medicação, terapia física, tratamentos alternativos)	
depressão	GHQ – 28 (anexo 2) (Escala de depressão: questões 14, 15 e 24 a 28)

Quadro 3. Variáveis Dependentes

VARIÁVEIS DEPENDENTES	
variável	instrumento
qualidade de vida	SF – 36 (anexo 3) (escalas: condicionamento físico, funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, funcionalidade emocional, fadiga, percepção da saúde em geral.).

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36). É um questionário genérico elaborado para avaliar a qualidade de vida, validado no Brasil em 1997 (Ciconelli, 1997). Seus resultados são mostrados em escores de 0 a 100, obtidos a partir de uma relação de quesitos compreendidos em oito escalas, abordando vários aspectos da qualidade de vida. Quanto maior o escore obtido, melhor a qualidade de vida do indivíduo.

As escalas estão apresentadas abaixo:

- Condicionamento físico (“physical functioning”), 10 itens na questão 3.
- Funcionalidade física (“role limitations due to physical health problems”), 4 itens na questão 4.
- Ausência de Dor (“bodily pain”), questões 7 e 8.
- Funcionalidade social (“social functioning”), questões 6 e 10.

- Saúde mental, incluindo estresse mental e bem-estar (“General mental health, covering psychological distress and well being”), questão 9, itens b, c, d, f e h.
- Funcionalidade emocional (“role limitations due to emotional problems”), questão 5, itens a, b, e c.
- Fadiga versus vitalidade (“vitality, energy versus fatigue”), questão 9, itens a, e, g, i.
- Percepções quanto à saúde em geral (“general health perceptions”), questão 1 e 11, com 5 itens.

A escala “condicionamento físico” refere-se à capacidade de executar atividades cotidianas, que exijam grande esforço físico ou não. Por exemplo, se o indivíduo consegue subir escadas, correr, agachar-se.

A “funcionalidade física” representa a impressão do indivíduo a respeito do impacto da saúde física nas atividades diárias – se o sujeito sente-se limitado fisicamente ao realizar determinada atividade.

A escala “funcionalidade social” representa o impacto da saúde física e mental do indivíduo nas suas relações sociais, com família ou amigos.

A “funcionalidade emocional” diz respeito à percepção do indivíduo quanto ao impacto do seu estado emocional nas atividades diárias.

Além das oito escalas, o SF-36 inclui, em sua segunda questão, o levantamento da impressão do indivíduo quanto à mudança na sua saúde geral no último ano.

Este questionário apresenta alta sensibilidade para apontar mudanças na qualidade de vida para pessoas com problemas músculo-esqueléticos, principalmente no escore para função física (McDowell & Newell, 1996). Ele foi selecionado para este estudo porque cobre vários aspectos da qualidade de vida relevantes para o paciente de Fibromialgia, como dor, função emocional e fadiga.

O questionário já foi utilizado em outros estudos sobre qualidade de vida em Fibromialgia. Strombeck (2000) avaliou a qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia comparando-os com pacientes com Síndrome de Sjorgren; Martinez (2001) comparou com pessoas saudáveis; Neumann (2000) usou como grupo de controle pessoas saudáveis e com dor generalizada, sem outros sintomas associados e Da Costa (2000) comparou a qualidade de vida de fibromiálgicos e pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico. Neumann et al. (2001) avaliou o efeito da balneoterapia na qualidade de vida dos pacientes com Fibromialgia usando este questionário. Schlenk et al. (1998) realizaram um grande estudo comparando a qualidade de vida de pacientes com diversas doenças crônicas como Incontinência Urinária, Câncer de Próstata, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), AIDS, Hiperlipidemia e Fibromialgia, também utilizando o SF-36.

Para medir a prevalência de depressão foi utilizada uma versão curta com 28 questões do The General Health Questionnaire (GHQ – 28), um instrumento de rastreamento para detectar desordens psiquiátricas. Ele pode identificar quatro formas de disfunção: depressão, ansiedade, hipocondria e incompatibilidade social (McDowell & Newell, 1996).

As escalas do GHQ – 28 são:

- sintomas somáticos (questões 1 a 7)
- ansiedade e insônia (questões 8, 9, 18, 19, 20 e 23)
- disfunção social (questões 10 a 15 e 17)
- depressão severa (questões 21, 22 e 24 a 28)

O ponto de corte para detecção de algum distúrbio emocional para esta versão é 5. Além deste escore geral, o GHQ- 28 fornece escores para cada uma de suas escalas, permitindo a identificação do tipo de distúrbio emocional encontrada.

Um estudo de validação deste questionário encontrou que os escores para pontos de corte mais fidedignos para depressão são 1, 2, e 3. O paciente limítrofe para depressão deverá atingir algum desses escores totais (Aylard, 1987).

Este questionário já foi testado e validado em muitos estudos, em diversos países. Comparando o GHQ com outro instrumento de entrevista psiquiátrica, sua sensibilidade variou entre 81% e 91% e sua especificidade entre 88% e 94% (McDowell & Newell, 1996). Sen e Jesus (1986) realizaram a validação transcultural deste instrumento na Índia e no Brasil. Os autores concordaram que, apesar das manifestações divergentes da doença mental entre as culturas, existe um aspecto comum do sofrimento humano que pode ser confiavelmente detectado por instrumentos desenvolvidos no Ocidente.

O GHQ – 28 foi selecionado para este estudo em função da sua característica de rastreamento, atendendo ao objetivo de detectar a depressão

nos pacientes de Fibromialgia, e porque já foi testado transculturalmente com bons resultados.

3.3 Coleta de dados

Os questionários foram auto-respondidos.

Foram distribuídos sessenta e cinco questionários nos consultórios de reumatologia privados. Os questionários eram entregues aos pacientes pelo médico, na consulta. Trinta e seis questionários retornaram. Nas instituições públicas, a pesquisadora entregou os questionários pessoalmente e os pacientes deveriam retorná-los prontamente. Trinta e quatro questionários foram entregues e todos respondidos.

3.4 Tratamento de dados.

Os dados foram digitados no programa Epidata 2.1 e analisados no EpiInfo 6.04 d.

Foram descritas variáveis sociodemográficas como sexo, idade, ocupação e escolaridade, e o perfil clínico do paciente, tempo de dor corporal e de diagnóstico e tratamento.

A prevalência de depressão foi descrita através do escore médio atingido pelos pacientes no GHQ-28. O mesmo foi feito para o escore da qualidade de vida nas oito escalas do SF-36.

A variável depressão foi comparada com cada escala de qualidade de vida graficamente e estatisticamente. Também foi realizada a análise de variância das escalas de qualidade de vida em relação à faixa etária, ao tempo de dor corporal e de diagnóstico.

Uma análise de regressão múltipla foi realizada para identificar a importância da variável depressão na queda dos escores de qualidade de vida, em cada escala, usando como variáveis de controle a faixa etária, o tempo de dor, de diagnóstico e a percepção do indivíduo quanto à mudança no seu estado de saúde em relação ao ano anterior. Este dado foi colhido através da segunda questão do SF-36.

3.5 Questões éticas

Foram incluídos na pesquisa aqueles sujeitos que estavam cientes dos objetivos e finalidades da pesquisa e quiseram participar de livre e espontânea vontade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

4. RESULTADOS

O perfil sociodemográfico da amostra está apresentado na tabela 1. Em relação ao sexo, 98% dos pacientes são do sexo feminino e 2% do sexo masculino. Mais de 60% têm entre 40 e 55 anos, 41,5% cursaram o primeiro grau e 48,5% são donas-de-casa ou trabalham com serviços domésticos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes de Fibromialgia

Variável	Categoria	Qt. pacientes	%
Faixa etária	< 40	9	12,9%
	40 – 55	46	65,7%
	> 55	15	21,4%
		70	100%
Sexo	Masc.	2	2%
	Fem.	68	98%
		70	100%
Escolaridade	Sem escolaridade	2	2,9%
	1º grau	29	41,5%
	2º grau	25	35,7%
	3º grau	14	20%
		70	100%
Ocupação	Serviços domésticos	34	48,5%
	Trabalhos manuais	8	11,4%
	Administrativos	12	17,1%
	Saúde	2	2,9%
	Comerciários	4	5,8%
	Outras	10	14,3%
		70	100%

O perfil clínico da amostra está representado na tabela 2. Verifica-se que 40% dos pacientes da amostra sofrem de dor corporal há mais de 10 anos, 48,6% receberam o diagnóstico de SFM há menos de 2 anos, mais de 80% tomam antidepressivos e mais de 60% já fizeram fisioterapia.

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes de Fibromialgia.

Variável	Categoria	Qt. pacientes	%
Tempo de dor	< 5 anos	16	22,9%
	5 – 10 anos	26	37,1%
	> 10 anos	28	40%
		70	100%
Tempo de diagnóstico	< 2 anos	34	48,6%
	2 – 5 anos	18	25,7%
	> 5 anos	18	25,7%
		70	100%
Medicação	Antidepressivos	59	84,2%
	AF, AN, RM (*)	8	11,4%
	Nenhuma	3	4,3%
		70	100%
Terapia complementar	Fisioterapia	43	61,5%
	Acupuntura	11	15,7%
	Nenhuma	10	14,3%
	Massagem	3	4,3%
	Exercícios	3	4,3%
		70	100%

* antiinflamatório, analgésico, relaxante muscular.

A prevalência de depressão dentro da mostra está representada na tabela 3. Verifica-se que aproximadamente dois terços da amostra apresenta algum grau de depressão.

Tabela 3. Prevalência do grau de severidade da Depressão. Os números entre parêntese representam os escores obtidos no GHQ.

Depressão (escore)	N	Percentual
Nenhuma (0)	23	32,9%
Leve (1 – 2)	23	32,9%
Moderada (3 – 4)	15	21,4%
Severa (5 – 6)	9	12,9%
Total	70	100%

As tabelas 4 e 5 apresentam a média dos escores obtidos pela amostra nos questionários SF-36 e GHQ.

Tabela 4. Distribuição dos escores do questionário de qualidade de vida nos pacientes de fibromialgia (8 escalas).

Escala	Média	DP	Min.	Max.	Média população sadia (McDowell & Newell 1996)
Condicionamento físico	53,35	22,09	5	100	70,6
Funcionalidade física	30,71	37,39	0	100	53
Ausência de dor	29,57	22,87	0	100	70,8
Funcionalidade social	53,78	27,43	0	100	78,8
Estado mental	54,17	11,84	20	88	70,4
Funcionalidade emocional	38,57	42,33	0	100	65,8
Vitalidade	57,28	15,04	20	90	52,2
Percepção da saúde geral	52,84	14,76	15	86	57

Nota-se que, comparando com a da população sadia, a qualidade de vida dos pacientes da amostra está prejudicada, principalmente nas escalas de funcionalidade física, ausência de dor e funcionalidade emocional.

Tabela 5. Escalas do GHQ em pacientes de Fibromialgia

Escala	Média	DP	Min	Max
Somatização	3,014	1,655	0	7
Ansiedade	3,557	1,908	0	7
Sociabilidade	2,429	1,774	0	6
Depressão severa	1,886	1,923	0	6
Escore geral	10,886	4,954	0	21

As figuras a seguir apresentam a relação entre os escores de depressão e de qualidade de vida em cada escala do SF-36, obtidos pela amostra.

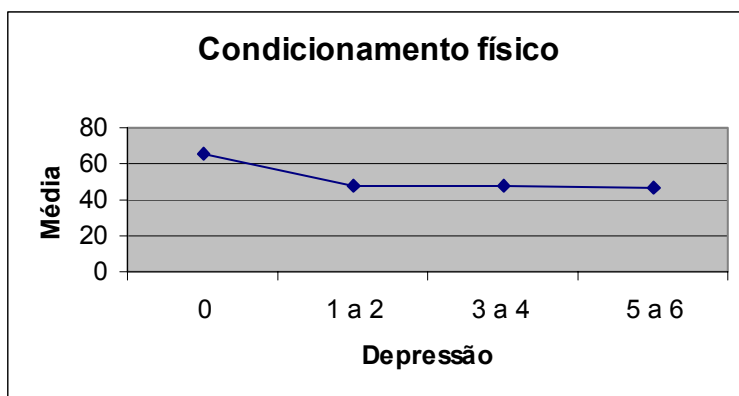


Figura 1. Relação entre o condicionamento físico e os escores de depressão em pacientes de Fibromialgia.

Nota-se que, para aqueles pacientes que apresentam qualquer grau de depressão, o condicionamento físico é menor.

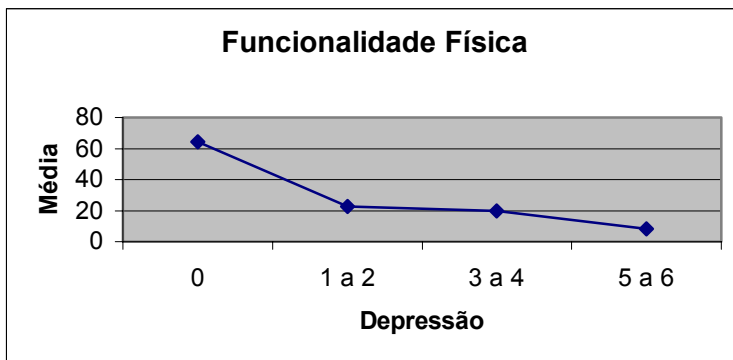


Figura 2. Relação entre a funcionalidade física e os escores de depressão em pacientes de Fibromialgia.

Percebe-se que, quanto maior o escore de depressão, maior o grau de limitação física apresentado, ou seja, menor o escore para esta escala. A queda é ainda maior para aqueles que apresentam depressão severa.

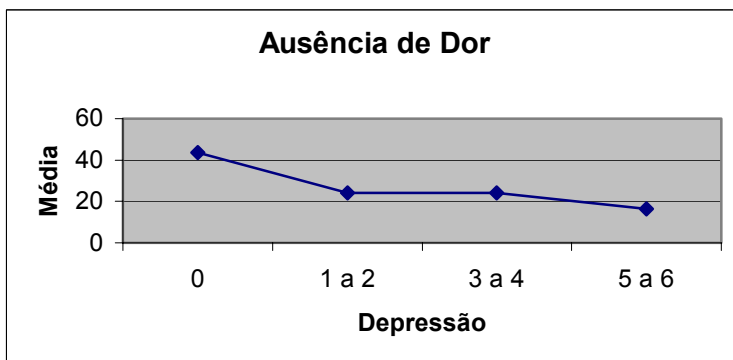


Figura 3. Relação entre a ausência de dor e os escores de depressão em paciente de Fibromialgia.

A presença de dor torna-se maior nos casos de depressão, aumentando nos casos mais graves.

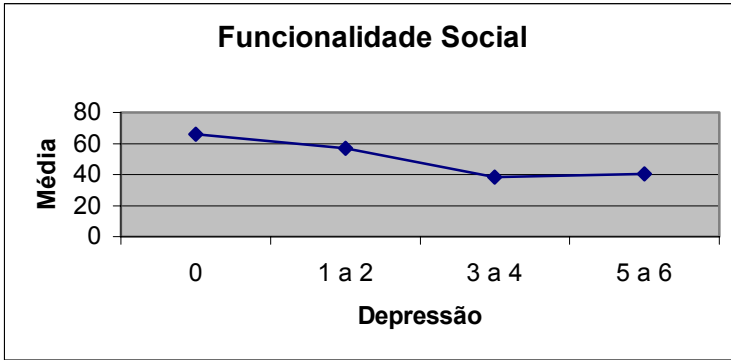


Figura 4. Relação entre a funcionalidade social e escores de depressão em paciente de Fibromialgia.

Nota-se que, quanto maior o grau de depressão, piores os escores para relações sociais.

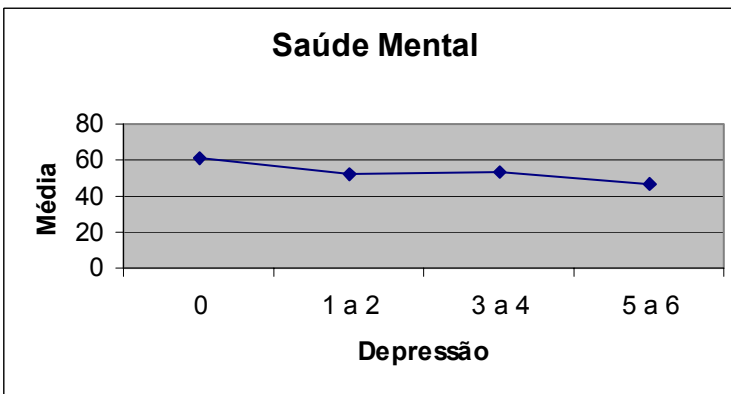


Figura 5. Relação entre a saúde mental e os escores de depressão em paciente de Fibromialgia.

Quanto maior o grau de depressão, pior a saúde mental, sendo a queda mais brusca nos escores mais altos para depressão.

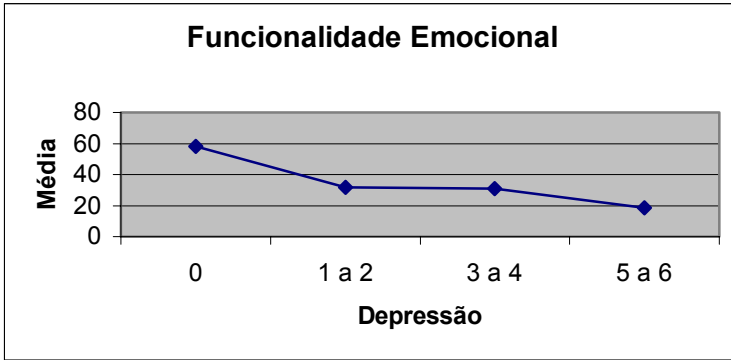


Figura 6. Relação entre a funcionalidade emocional e os escores de depressão em paciente de Fibromialgia.

Quanto mais severa a depressão, menores os escores que indicam ausência de limitações por problemas emocionais.

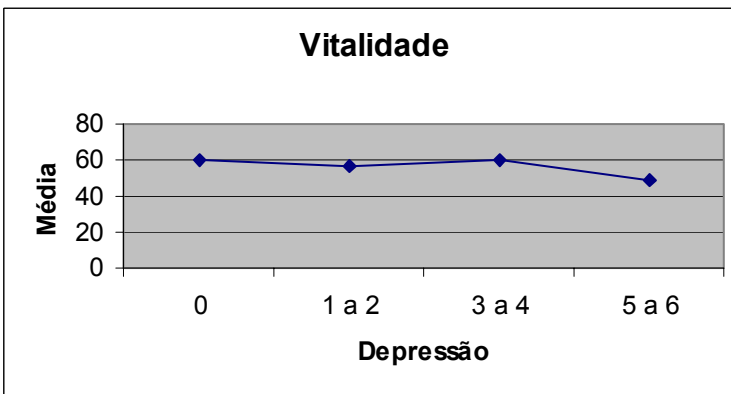


Figura 7. Relação entre a vitalidade e os escores de depressão em paciente de Fibromialgia.

Nesta relação, percebe-se uma queda significativa de vitalidade somente nos casos de depressão mais grave.

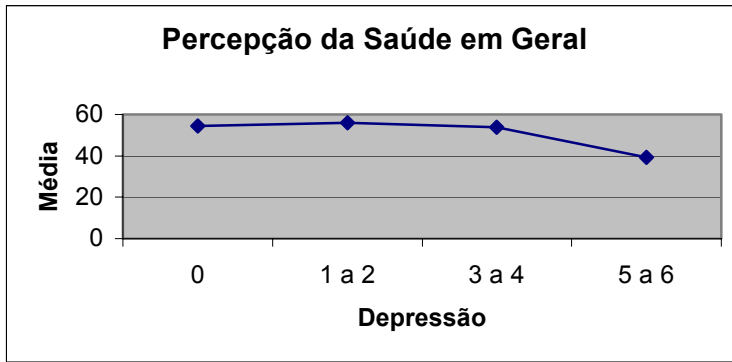


Figura 8. Relação entre a percepção da saúde e os escores de depressão em paciente de Fibromialgia.

Nota-se uma pior percepção da saúde em geral significativa somente nos casos mais severos de depressão.

As tabelas 6 a 13 mostram os resultados da análise de variância das escalas de qualidade de vida com relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Tabela 6. Análise de variância da escala Condicionamento Físico em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	72,778	23,199	6,304	0,003
	40 – 55	42,717	21,876		
	> 55	59	13,39		
Tempo de dor	< 5	55,625	24,005	0,124	0,883
	5 – 10	53,269	24,777		
	> 10	52,143	18,828		
Tempo de diagnóstico	< 2	49,118	23,435	1,441	0,244
	2 – 5	55	18,943		
	> 5	59,722	21,793		
Depressão	0	65,217	18,432	3,68	0,016
	1 – 2	47,826	20,272		
	3 - 4	47,667	19,998		
	4 - 5	46,667	29,047		

No que diz respeito ao condicionamento físico, a diminuição das médias mostrou-se significativa ($p < 0,05$) em relação à faixa etária e à depressão, entendendo que a perda do condicionamento físico pode ser explicada pelo aumento da faixa etária e do grau de depressão.

Analisando o desempenho das médias dos escores, observa-se que o maior prejuízo do condicionamento físico acontece na faixa etária 40 – 55 anos, aquela onde a prevalência de Fibromialgia é maior.

Nota-se também que quanto maior o grau de depressão, menor a média para o condicionamento físico.

Tabela 7. Análise de variância da escala Funcionalidade física em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	30,556	37,034	1,85	0,165
	40 – 55	25,543	36,7		
	> 55	46,667	37,639		
Tempo de dor	< 5	23,438	30,915	0,627	0,537
	5 – 10	36,538	44,289		
	> 10	29,464	34,057		
Tempo de diagnóstico	< 2	20,588	28,518	2,56	0,084
	2 – 5	38,889	39,503		
	> 5	41,667	46,177		
Depressão	0	54,348	41,046	5,94	0,001
	1 – 2	22,826	35,285		
	3 - 4	20	27,058		
	4 - 5	8,333	12,5		

A piora na funcionalidade física está significativamente relacionada à depressão($p < 0,05$). Observando as médias obtidas pelos pacientes, na linha depressão, nota-se uma queda considerável no caso de depressão severa em relação aos graus moderada e leve.

Tabela 8. Análise de variância da escala Dor em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	27,889	19,419	9,988	0,0001
	40 – 55	23,174	20,08		
	> 55	50,2	21,789		
Tempo de dor	< 5	31,438	24,271	0,112	0,894
	5 – 10	28,038	24,86		
	> 10	29,929	20,809		
Tempo de diagnóstico	< 2	29,265	21,72	0,468	0,628
	2 – 5	33,556	26,01		
	> 5	26,167	22,403		
Depressão	0	43,652	21,096	5,505	0,001
	1 – 2	24,217	21,282		
	3 - 4	24,067	23,267		
	4 - 5	16,444	13,875		

Uma maior percepção de dor está significativamente associada à depressão. Quanto maior o grau de depressão, menor a média obtida pelos pacientes. Já o aumento da faixa etária mostra-se associado a uma menor percepção da dor. Observa-se que a média obtida pelos pacientes da faixa etária entre 40 e 55 anos é menor. A maior prevalência de fibromialgia está nesta faixa etária.

Tabela 9. Análise de variância da escala funcionalidade social em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	38,889	19,207	4,463	0,015
	40 – 55	51,467	26,831		
	> 55	69,833	27,377		
Tempo de dor	< 5	49,219	22,017	0,336	0,715
	5 – 10	53,346	29,952		
	> 10	56,339	28,37		
Tempo de diagnóstico	< 2	49,779	26,467	1,029	0,362
	2 – 5	53,889	26,654		
	> 5	61,25	29,905		
Depressão	0	65,978	24,883	4,533	0,005
	1 – 2	56,957	26,596		
	3 - 4	38,333	23,178		
	4 - 5	40,278	28,214		

Nota-se que a queda na funcionalidade social está associada à depressão. Aqui, a pior média foi alcançada pelos pacientes com depressão moderada. O aumento da faixa etária está relacionado à escores mais altos na funcionalidade social. A média mais baixa pertence aos pacientes na faixa etária entre 40 e 55 anos, aquela com maior prevalência de fibromialgia.

Tabela 10. Análise de variância da escala Saúde mental em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	55,111	9,333	0,126	0,882
	40 – 55	53,652	13,481		
	> 55	55,2	7,437		
Tempo de dor	< 5	57,25	12,455	0,728	0,486
	5 – 10	53,692	12,402		
	> 10	52,857	11,068		
Tempo de diagnóstico	< 2	54,588	11,771	1,486	0,233
	2 – 5	57,111	12,179		
	> 5	50,444	11,325		
Depressão	0	60,348	9,566	4,297	0,007
	1 – 2	52	12,877		
	3 - 4	52,8	9,09		
	4 - 5	46,222	12,667		

A queda nas médias para saúde mental mostrou-se significativa em relação à depressão. Observa-se uma leve queda das médias obtidas pelos pacientes com grau de depressão severo.

Tabela 11. Análise de variância da escala Funcionalidade emocional em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	25,929	36,43	1,096	0,34
	40 – 55	36,957	42,297		
	> 55	51,111	45,192		
Tempo de dor	< 5	25	35,486	1,4111	0,251
	5 – 10	47,436	43,383		
	> 10	38,095	44,179		
Tempo de diagnóstico	< 2	31,373	40,152	0,964	0,386
	2 – 5	46,296	41,443		
	> 5	44,444	47,14		
Depressão	0	57,971	45,19	2,841	0,044
	1 – 2	31,884	38,242		
	3 - 4	31,111	44,484		
	4 - 5	18,519	24,216		

A depressão mostrou-se significativamente responsável pela queda na funcionalidade emocional. Não se observa diferença entre os graus leve e moderado de depressão, mas no caso da depressão severa a queda é notável.

Tabela 12. Análise de variância da escala Vitalidade em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	51,667	15,411	2,156	0,123
	40 – 55	56,304	14,12		
	> 55	63,667	16,308		
Tempo de dor	< 5	55,313	9,031	0,237	0,789
	5 – 10	57,115	18,503		
	> 10	58,571	14,457		
Tempo de diagnóstico	< 2	57,059	13,491	1,052	0,355
	2 – 5	61,111	17,951		
	> 5	53,889	14,507		
Depressão	0	59,565	15,588	1,203	0,315
	1 – 2	56,304	14,319		
	3 - 4	60	14,88		
	4 - 5	49,444	14,884		

Nenhuma das variáveis influencia significativamente a escala de vitalidade.

Tabela 13. Análise de variância da escala Percepção da saúde em geral em relação à faixa etária, tempo de dor corporal, tempo de diagnóstico e escores de depressão.

Variável	Categoria	Média	Desvio Padrão	Valor F	Valor p
Faixa etária	< 40	49,942	9,118	2,309	0,107
	40 – 55	51,098	14,781		
	> 55	59,93	15,956		
Tempo de dor	< 5	52,566	14,078	0,086	0,917
	5 – 10	52,065	14,982		
	> 10	53,722	15,405		
Tempo de diagnóstico	< 2	48,845	14,911	1,428	0,246
	2 – 5	54,912	13,65		
	> 5	56,433	15,169		
Depressão	0	54,325	14,578	3,2	0,028
	1 – 2	55,927	15,036		
	3 - 4	53,895	11,58		
	4 - 5	39,415	14,124		

A queda na percepção da saúde em geral está significativamente relacionada à depressão. A média alcançada pelos pacientes com depressão severa é muito menor que em relação aos graus leve e moderado

Através da análise de variância, foi observado que a presença de depressão está relacionada à queda nos escores das seguintes escalas: condicionamento físico, funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

A tabela a seguir mostra a análise de regressão múltipla para as escalas de qualidade de vida em relação à faixa etária, ao tempo de dor corporal, ao tempo

de diagnóstico, aos escores de depressão e à segunda questão do questionário de qualidade de vida. Esta questão refere-se à mudança no estado de saúde em relação ao ano anterior – se o indivíduo sente-se melhor ou pior que há um ano atrás.

Tabela 14. Análise de Regressão Múltipla das variáveis que medem qualidade de vida em pacientes com Fibromialgia

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DEPENDENTES (escalas de SF-36)							
	Condicionamento físico	Funcionalidade física	Dor	Funcionalidade social	Funcionalidade emocional	Saúde mental	Vitalidade	Percepção da saúde geral
Idade	CR (EP)	0,518 (0,468)	0,871 (0,267)	0,898 (0,330)	0,051 (0,155)	0,596 (0,556)	0,51 (0,197)	0,419 (0,184)
	p	0,077	0,001	0,008	0,741	0,287	0,011	0,026
Tempo de dor	CR (EP)	0,025 (0,033)	-0,04 (0,030)	-0,038 (0,037)	-0,009 (0,017)	0,038 (0,063)	-0,006 (0,022)	-0,03 (0,021)
	p	0,44	0,187	0,311	0,582	0,548	0,769	0,152
Tempo de diagnóstico	CR (EP)	0,01 (0,025)	-0,018 (0,023)	0,006 (0,029)	0,004 (0,013)	0,008 (0,049)	0,0007 (0,017)	0,04 (0,016)
	p	0,693	0,43	0,819	0,729	0,962	0,964	0,016
Depressão	CR (EP)	-1,797 (1,445)	-3,223 (1,337)	-4,41 (1,653)	-1,927 (0,777)	-6,436 (2,783)	-0,559 (0,985)	-1,265 (0,921)
	p	0,218	0,018	0,009	0,015	0,024	0,572	0,174
2ª questão do SF 36	CR (EP)	-3,817 (2,458)	-5,016 (2,274)	-5,118 (2,812)	-0,793 (1,321)	-1,499 (4,734)	-1,514 (1,676)	-2,812 (1,566)
	p	0,125	0,031	0,073	0,55	0,752	0,369	0,077

CR – coeficiente de regressão EP – erro padrão p – valor p

Observando a tabela, nota-se os valores estatisticamente significativos sendo $p < 0,05$.

A presença de depressão está negativamente relacionada a baixos escores em cinco aspectos da qualidade de vida: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, saúde mental e funcionalidade emocional, mesmo controlando-se por idade, tempo de dor, tempo de diagnóstico e a percepção da mudança na saúde após 1 ano.

A depressão também está associada a uma pior percepção da mudança na saúde após 1 ano, medida pela segunda questão do questionário de qualidade de vida, SF-36.

Uma melhor percepção da saúde em geral está associada a um maior tempo de diagnóstico.

O aumento da idade está associado a uma melhor percepção da dor, melhor funcionalidade social, maior vitalidade e uma melhor percepção da saúde em geral.

5. DISCUSSÃO

Este estudo propôs-se a conhecer a relação existente entre a prevalência de depressão e a qualidade de vida dos pacientes de Fibromialgia. A variável depressão foi relacionada com vários aspectos da qualidade de vida: físicos, emocionais e sociais.

Os resultados mostraram uma correlação entre a queda de alguns aspectos da qualidade de vida, como condicionamento físico, funcionalidade física, funcionalidade social e emocional, saúde mental, dor e a percepção da saúde em geral, e a prevalência de depressão – tanto na análise univariada como na análise multivariada.

Além destas análises, foi traçado um perfil dos pacientes da amostra.

A Síndrome da Fibromialgia é uma afecção mais prevalente entre mulheres. Koopman (1997) coloca que o diagnóstico é mais freqüente em mulheres de meia idade. Em estudos de base populacional, a prevalência de Fibromialgia variou de 0,7% a 13% nas mulheres e 0,2% a 3,9% nos homens. Wolfe (1995) coloca que 80% a 90% dos doentes são do sexo feminino. Neste estudo, 98% da amostra pertence ao sexo feminino.

Mais de 60% da amostra têm entre 40 e 55 anos. Chaitow (2002) coloca que a Fibromialgia pode ocorrer em qualquer idade, inclusive na infância

(Fibromialgia juvenil), mas a maior prevalência está entre mulheres no período peri e pós-menopausa. Wolfe (1995) coloca que as idades das pacientes variam de 30 a 60 anos.

Grande parte dos indivíduos da amostra, aproximadamente 70%, relatou sentir dor corporal por 5 anos ou mais. Este longo período de sintomatologia pode ser justificado já que a Fibromialgia é uma afecção crônica, e os pacientes relatam dor por, no mínimo, 1 ano (Teixeira, 2001, Chaitow, 2002).

Apesar do longo período de sintomatologia, metade dos pacientes da amostra recebeu o diagnóstico de Fibromialgia há 2 anos ou mais. Koopman (1997) coloca que, como a Fibromialgia apresenta-se num amplo espectro de sintomas além da dor, o paciente tende a percorrer vários especialistas antes de receber um diagnóstico definitivo, o que atrasaria o tratamento e, conseqüentemente, um manejo adequado da doença.

Não foi encontrada nenhuma relação entre os tratamentos prescritos aos pacientes da amostra e os escores de qualidade de vida. McCain, citado por Teixeira (2001), coloca que apenas 50% dos doentes melhoram após as intervenções disponíveis.

Aproximadamente dois terços da amostra apresentou algum grau de depressão. Muitos autores já discutiram a alta prevalência de depressão entre pacientes de Fibromialgia. Em seu estudo, Ercolani (1994) encontrou uma prevalência de depressão de 49% entre pacientes de Fibromialgia. Martinez (1995) traçou o perfil psicológico de pacientes de Fibromialgia brasileiras. Foi observado que 63,8% das pacientes apresentavam desordens psicológicas e destas, 80% sofriam de depressão. McCain, citado por Teixeira (2001), constatou

que 71% dos casos de Fibromialgia em seu estudo apresentavam depressão. Da Costa (2001) coloca que a prevalência de depressão entre pacientes de Fibromialgia varia de 29% a 71%. Becker (1997) encontrou uma prevalência de 40% de depressão em pacientes com dor crônica não maligna.

A relação existente entre Fibromialgia e depressão não está bem esclarecida. Uma relação causa-efeito é pouco provável (Hudson, 1996). McBeth et al. (2002) realizou um estudo longitudinal sobre dor crônica e problemas psicológicos futuros. Não foi encontrada nenhuma relação significativa entre a presença de dor crônica na primeira avaliação e qualquer tipo de distresse psicológico um ano depois.

É mais provável que exista uma relação de comorbidade entre Fibromialgia e depressão, uma relação onde um fator comum dá origem aos dois problemas. A pergunta é: qual seria este fator comum? Por enquanto existem apenas hipóteses como alterações na concentração, na transmissão e na captação da serotonina (Yunus, 1994, Koopman, 19997); alterações no funcionamento do eixo hipotalâmico-pituitário adrenal (Koopman, 1997, Duman, 2002, Ehlert et al 2001).

À medida que a bioquímica cerebral foi tornando-se melhor compreendida, muitas condições que se acreditava terem origem psicológica ou sociológica, apresentam também uma base fisiológica ou bioquímica. Existem alguns fatores que podem modificar o funcionamento cerebral, afetando o humor e o comportamento, como (Pizzorno, 1999):

- O mapa genético do indivíduo
- A idade em que se encontra o desenvolvimento neuronal

- A plasticidade cerebral durante seu desenvolvimento
- As informações arquivadas na memória, assim como suas estratégias de processamento
- O ambiente
- Doenças que atinjam o sistema nervoso central
- Condições do sistema hormonal ou da bioquímica interna do sistema nervoso central

O diagnóstico clínico de depressão é realizado pelo reconhecimento de sintomas que perdurem por mais de 2 semanas, como perda de interesse, ganho ou perda de peso abrupta, fadiga e falta de energia, insônia ou hipersônia, entre outros (Wulsin, 2001).

Existem instrumentos de diagnóstico para avaliar a depressão numa população clínica, por exemplo: a escala Beck, escala Hamilton, a Hospital Anxiety and Depression Scale. Normalmente estes instrumentos são questionários auto-respondidos ou entrevistas.

Neste estudo não foi utilizado um instrumento de diagnóstico clínico e sim para rastrear sintomas depressivos numa população.

O General Health Questionnaire, utilizado nesta pesquisa, tem como ênfase a mudança nas condições do indivíduo. A abordagem deste questionário, em relação às desordens psiquiátricas, aproxima-se do nível mais baixo da hierarquia das doenças mentais descrita por Foulds e Bedford, onde são descritos os estados distímicos. Um indivíduo que se encaixa num desses estados está

emocionalmente perturbado, com seu estado normal alterado (McDowell e Newell, 1996).

Instrumentos de rastreamento são úteis no reconhecimento de pacientes potenciais, avaliam os sintomas, mas não fecham o diagnóstico (Cole, 2001). Entretanto, estes instrumentos mostram-se eficientes e equivalentes em sua função. Um estudo realizado por Mulrow (1995) mostrou não haver diferenças significativas na especificidade e sensibilidade de vários instrumentos de rastreamento de depressão.

Instrumentos de diagnóstico, como a escala Hamilton para depressão, requerem treinamento específico para sua aplicação e análise (Wulsin, 2001).

A queda nos escores de qualidade de vida, observada neste estudo, já foi encontrada em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento para medir esta variável em pacientes de Fibromialgia. Por exemplo, Strombeck (2000) revela que pacientes de Fibromialgia têm escores significativamente piores que pacientes de artrite reumatóide e síndrome de Sjorden. Martinez (2001) realizou um estudo em pacientes brasileiras, comparando-as com pessoas normais como grupo de controle. Houve redução significativa dos escores em todas as escalas. Neumann (2000) realizou um estudo em mulheres israelitas com Fibromialgia, dor generalizada e saudáveis. As pacientes com Fibromialgia apresentaram os piores escores, principalmente quanto à funcionalidade emocional e saúde mental. Os escores de pacientes de Fibromialgia foram significativamente mais baixos do que os alcançados por pacientes de Lúpus no estudo de Da Costa (2000). Schlenk et al. (1998) revelou em seu estudo que pacientes de Fibromialgia alcançaram

escores mais baixos nas escalas dor e vitalidade, entre pacientes com outras doenças crônicas.

Além do SF-36, existem outros instrumentos para medir qualidade de vida na ocorrência de Fibromialgia, como: Health Assesment Questionaire, Fibromyalgia Impact Questionaire (Martinez, 1995), Quality of Well Being Scale (Kaplan, 2000). Mesmo utilizando outros instrumentos, estes estudos constataram queda na qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos.

Como observado nas tabelas 7 a 15 e nas figuras 1 a 8, este estudo demonstrou o papel da depressão na queda dos escores do SF-36 nos pacientes Fibromialgia. Observou-se que sete escalas do SF-36 tiveram a queda de seus escores significativamente relacionadas à depressão: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral (tabelas: 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 14). Na análise multivariada, controlando-se para idade, tempo de dor e diagnóstico, e a percepção da mudança na saúde no último ano, a depressão mostrou-se responsável pela queda nos escores em cinco escalas: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social e emocional e saúde mental (tabela 15).

As desordens depressivas complicam o curso de qualquer doença através de uma variedade de mecanismos possíveis: aumentando a sensação de dor, impossibilitando a adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando os sistemas humoral e imunológico. Pacientes com doenças crônicas que estão depressivos mostram maior incapacidade que aqueles não depressivos (Wulsin, 2001).

Ravindran et al. (2002) colocam que a depressão está freqüentemente associada a reduções importantes na qualidade de vida, incluindo uma funcionalidade social prejudicada. Neste estudo, observou-se queda dos escores nas escalas que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a vida nos pacientes depressivos. Quanto mais severa a depressão, pior a qualidade de vida.

Um estudo que também utilizou o SF-36 para medir a qualidade de vida em pacientes depressivos chegou às seguintes conclusões: os indivíduos depressivos diferiram do grupo não depressivo em todas as escalas. Não houve diferença significativa entre os pacientes com graus diversos de depressão (Kruijshaar et al., 2003).

McCall (1999) coloca que pacientes deprimidos que se apresentam num ambulatório tendem a demonstrar uma pior qualidade de vida que outros pacientes com outras doenças como hipertensão, diabetes, artrite e doença cardíaca. O estudo desses autores analisou os efeitos do humor e da idade na qualidade de vida de pacientes deprimidos. A maioria dos pacientes mostrou déficits no relacionamento com os outros e consigo mesmo e na execução de atividades cotidianas.

A pobre funcionalidade associada a sintomas depressivos, com ou sem um diagnóstico de uma desordem depressiva, é equivalente ou pior do que a perda funcional causada por outros graves problemas de saúde, como diabetes, doenças cardíacas, gastrointestinais, dores nas costas e artrite (Wulsin, 2001).

A queda no condicionamento físico e na funcionalidade física mostrou-se significativamente associada à presença de depressão neste estudo (tabelas 7 e

8). A desmotivação gerada pela depressão leva ao sedentarismo e, conseqüentemente, à queda no condicionamento físico. Um indivíduo que não dispõe de boas condições físicas terá dificuldades em realizar tarefas cotidianas que exijam preparo, como subir muitos lances de escada, caminhar alguns quarteirões.

Pizzorno (1999) coloca que o exercício físico tem papel importante no tratamento da depressão. A prática de atividade física está associada à diminuição dos sintomas depressivos, melhora do humor em função do aumento da liberação de endorfinas.

A prática de atividade física também é recomendada aos pacientes de Fibromialgia pelas mesmas razões, além de diminuir a fadiga (Teixeira, 2001).

Além da depressão, o aumento da faixa etária também mostrou-se responsável pela queda no condicionamento físico na análise de variância (tabela 7).

Foi encontrada uma associação significativa entre dor e depressão neste estudo (tabela 9 e 15). Wilson (2002) coloca que pacientes com dor crônica e depressão mostraram altos níveis de dor e incapacidade física. Geisser (2000) encontrou correlação entre os escores do Beck Depression Inventory e as medidas para experiência da dor. Mesmo quando os itens somáticos da escala foram retirados, a relação permaneceu, sugerindo que a depressão não está somente relacionada às influências dos sintomas dolorosos na escala.

Geerlings (2002) realizou um estudo longitudinal que analisava a relação entre dor e depressão, levando em consideração o papel da incapacidade física, e os possíveis efeitos modificadores do sexo e idade. Na análise longitudinal, dor e

depressão estavam fortemente associadas. O efeito da idade na relação entre dor e depressão não existiu e a hipótese de que esta relação estaria mediada pela incapacidade física foi descartada.

A dor, por si só, parece ser em grande parte responsável pela queda na qualidade de vida dos pacientes. Becker et al. (1997) mediram a qualidade de vida de pacientes com dor crônica não maligna utilizando também o SF-36. As médias dos pacientes para cada escala ficaram significativamente abaixo das médias alcançadas pelo grupo de controle normal.

Foi encontrada neste estudo uma relação positiva entre dor e o aumento da idade (tabela 10). Gibson e Helme (2001) não encontraram diferenças na intensidade da dor entre pacientes de dor crônica de idades diferentes. O autor coloca que diferenças relacionadas à idade, na medição da dor, dependem da escala utilizada. Geerling (2002) não encontrou influência da idade na relação dor-depressão. Gibson (1994) coloca que existe alguma evidência de que a queixa de dor na presença de alguma patologia é menor em pessoas mais velhas, porém são necessários mais estudos para delinear a relação entre idade e a experiência da dor crônica. Wigers (1996) mostrou que idade avançada predispõe a um melhor prognóstico em pacientes com Fibromialgia.

A piora da saúde mental também está significativamente associada à depressão neste estudo (tabela 11 e 15). Este achado parece lógico. Se existe a presença de uma desordem psiquiátrica específica, a saúde mental, como um todo, estará alterada.

Foi encontrada uma piora da função social e da funcionalidade emocional significativamente associada à depressão (tabelas 10, 12 e 15). Pacientes

depressivos têm tendência ao isolamento, a sentimentos de derrota e frustração, o que dificulta o relacionamento com outros indivíduos e perturba emocionalmente o paciente (Pizzorno, 1999).

Clauw (2001) coloca que fatores psicossociais têm papel significativo na etiologia e evolução da Fibromialgia. Estes incluem fatores comportamentais como comportamentos de risco e má adaptação às estratégias de enfrentamento; fatores cognitivos como vitimização e perda do autocontrole; e fatores sociais como interferências na função do indivíduo dentro da sociedade. Isto pode ser entendido pelos problemas originados pela dor crônica, presente na Fibromialgia, como perda do emprego, restrições financeiras e distanciamento dos amigos. Como as estratégias de enfrentamento do paciente estão prejudicadas, ele tende a evitar amizades, responsabilidades financeiras e até a atividade física. Esta cadeia de eventos culmina com a piora dos sintomas depressivos, gerando um círculo vicioso.

Uma relação positiva entre o aumento da idade, funcionalidade social e percepção da saúde em geral foi encontrada (tabelas 10 e 15). McCall (1999) constatou que, em pacientes deprimidos, o aumento da idade está significativamente relacionado a um melhor relacionamento com os outros e uma melhor impressão de si mesmo. Este achado vai ao encontro daquilo que foi constatado neste estudo.

Foi constatada uma pior percepção da saúde em geral associada à presença de depressão (tabela 14). Indivíduos depressivos relatam que a depressão traz mais sofrimento que qualquer outro problema de saúde que já lhes acometeu (Cole, 2001).

Uma relação positiva entre vitalidade e o aumento da idade foi encontrada neste estudo (tabela 15). Também foi encontrada uma melhor percepção da saúde em geral com o aumento da faixa etária (tabela 15). McCall (1999) coloca que pacientes depressivos com mais idade têm um melhor relacionamento consigo mesmos e com os outros. Já que, com o aumento da idade, melhoram a percepção da saúde em geral e o relacionamento consigo mesmo, o indivíduo tende a sentir-se bem, com mais energia e, conseqüentemente com mais vitalidade.

Neste estudo, foi observada uma associação entre depressão e uma piora da saúde no último ano, na concepção dos pacientes (tabela 15). A percepção negativa da saúde e a exacerbação dos sintomas de qualquer doença crônica associada à depressão justificam este achado (Cole, 2001).

Uma relação positiva entre um maior tempo de diagnóstico e uma melhor percepção da saúde em geral foi encontrada (tabela 15). Pode-se supor que o paciente que convive com a doença há mais tempo tenha desenvolvido estratégias de enfrentamento mais adequadas. Além disso, pacientes com diagnóstico mais antigo já podem estar passando por um período de sintomatologia menos intenso.

A dor mostrou-se negativamente associada a uma mudança na percepção da saúde no último ano, ou seja, quanto maior a sensação de dor, pior a impressão da mudança da saúde no último ano.

Com relação às limitações de estudo, este apenas pôde descrever a relação entre depressão e qualidade de vida do grupo específico de pacientes constante da amostra. Os dados não podem ser extrapolados a toda população.

Mesmo assim, buscou-se uma heterogeneidade na amostra, selecionando pacientes de instituições públicas e privadas. A amostra também pode apresentar-se heterogênea quanto à intensidade dos sintomas, já que a Fibromialgia tem um caráter cíclico.

O GHQ, utilizado para detectar a depressão, é um instrumento de rastreamento e não concretiza o diagnóstico de depressão. Logo, a alta prevalência encontrada pode significar uma alta prevalência de sintomas depressivos e não de depressão confirmada.

Outra limitação do estudo está relacionada ao diagnóstico da Fibromialgia. Alguns profissionais não seguem o critério do CAR para realizar este diagnóstico, e sim a avaliação da história clínica e exame físico músculo-esquelético, sem a contagem dos *tender points*. Por esta razão, existe a probabilidade da presença de falsos positivos na amostra.

6. CONCLUSÃO

A Fibromialgia é uma síndrome de dor crônica, apresentando uma constelação de outros sintomas como fadiga, perturbações do sono, síndrome do cólon irritável, entre outros. Mesmo não sendo deformante ou letal, os sintomas e a cronicidade desta enfermidade trazem prejuízo à qualidade de vida do indivíduo.

Freqüentemente a Fibromialgia está associada à depressão e esta é responsável por uma queda ainda maior na qualidade de vida do paciente. As características da depressão, como fadiga, sentimentos de culpa, baixa auto-estima e vitimização, levam a uma exacerbação dos sintomas e prejudicam as estratégias de enfrentamento do paciente frente à doença.

Neste estudo, buscou-se descrever a relação entre a prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida nos pacientes de Fibromialgia.

A prevalência encontrada foi alta, aproximadamente dois terços da amostra.

Foi constatado que os pacientes de Fibromialgia têm sua qualidade de vida prejudicada, levando-se em consideração o condicionamento físico, a funcionalidade física, a percepção da dor, a funcionalidade social e emocional, a saúde mental, a vitalidade e a percepção da saúde em geral.

A depressão mostrou-se associada à queda na qualidade de vida nos seguintes aspectos: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da

dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

O aumento da idade mostrou-se responsável pela melhora da sensação dolorosa, da funcionalidade social, da vitalidade e da percepção da saúde em geral.

O maior tempo diagnóstico mostrou-se associado a uma melhor percepção da saúde em geral.

7. RECOMENDAÇÕES

A Fibromialgia é uma doença de alta prevalência e que acarreta prejuízos ao indivíduo e à sociedade. Em função da complexidade dos sintomas, uma abordagem multidisciplinar no tratamento da doença faz-se necessária. Os profissionais envolvidos no tratamento são o médico reumatologista, psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta e professor de educação física.

Como foi constatado neste estudo, os pacientes demoram 2 anos ou mais para receberem o diagnóstico definitivo de Fibromialgia. Neste período, o paciente percorre vários especialistas, já que a síndrome apresenta sintomas em vários sistemas do corpo. O diagnóstico preciso é crucial para o tratamento correto e o controle dos sintomas. Um esclarecimento maior acerca da Fibromialgia, entre os profissionais da saúde, faz-se necessário para agilizar o diagnóstico.

Os achados deste estudo revelam que a depressão piora a qualidade de vida do paciente. Muitas vezes, a depressão não é tratada concomitantemente à Fibromialgia e a omissão do diagnóstico de depressão é comum nos consultórios médicos.

A depressão controlada possibilita que o paciente tenha disposição para enfrentar o tratamento de forma integral. Este tratamento é complexo, e envolve mudanças no estilo de vida, possíveis apenas se o indivíduo está disposto e bem

consigo mesmo. Como o tratamento depende muito mais destas mudanças no estilo de vida, a educação do paciente é fundamental para seu sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AYLARD, P. R. A Validation Study of Three Anxiety and Depression Self-Assessment Scales; *Journal of Psychosomatic Research*; Inglaterra; v31, n 2, 1987, p 261-8
2. BECKER, N., THOMSEN, AB, OLSEN, AK, BECH, P, ERIKSEN, J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, n 73, 1997, p 393-400
3. BERNARD, A.L. Quality of Life for Fibromyalgia Patients. *Arthritis Care and Research*, vol 01, fev, 2000, p 42-50
4. BIGATTI, S.M., CRONAN, T.A. An Examination of the Physical Health, Health Care Use and Psychological Well-Being of Spouses of People with Fibromyalgia Syndrome. *Health Psychology*, v. 21, n. 2., 2002, p 157-66.
5. CARNEIRO, N.M. *Fundamentos de Acupuntura Médica*. Ed Sistema, Florianópolis, 2001.
6. Critérios Diagnósticos do DSM-IV: referência rápida, 4 ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
7. CHAITOW, L. *Síndrome da Fibromialgia*. Ed. Manole: São Paulo, 2002.
8. CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário gen'rico de avaliação de qualidade de vida "medical outcome study 36-item short-form health survey (SF-36)". Tese de doutorado da Universidade Federal de São Paulo, 1997.

9. CLAUW, D. J. *Ruddy: Kelley's Textbook of Rheumatology*, 6th ed. W. B. Saunders Company: sl, 2001.
10. DA COSTA, P. L., DOBKIN, PL; DRITZA, M. The Relationship Between Exercise Participation and Depressed Mood in Women with Fibromyalgia. *Psychology, Health and Medicine*, vol 6, 2001, p 301-11.
11. DA COSTA, P. Determinants of Health Status in Fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2000, p 365-72.
12. DUMAN, R.S. Pathophysiology of depression: the concept of synaptic plasticity. *European psychiatry*, 2002, p 306-9.
13. EHLERT, U. GAAB, J, HENRICHIS, M Psyconeuroendocrinological contributions to etiology of depression, posttraumatic stress disorder and stress-related body disorders: the role of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Biological psychology*, v.57, 2001, p 141-52.
14. ERCOLANI, M. Fibromyalgia Syndrome: depression and abnormal illness behavior. *Psychoterapy and Psychosomatic*, n. 61, 1994, p 178-86
15. FAUCETT JA Depression in painful chronic disorders: the role of pain and conflict about pain. *Journal of Pain Symptom Manage*, 9: 8, 1994, p 520-6
16. FISCHER, A. A. New Developments in Diagnosis of Miofascial Pain and Fibromyalgia. *Myofascial Update in Diagnosis and treatment*, vol 8, 1997, p 1-21.
17. GALLAGHER, R. M. Chronic Pain: a Public Health Problem. *Medical Clinics of North America*, vol 83, 1999, p 555-80.
18. GEERLINGS, SW. Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Social Psychiatry Epidemiology*, 2002, v.1, p 23-30.

19. GEISSER, ME. Negative affect, self-report of depressive symptoms and clinical depression: relation to the experience of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 2000, p 110-20.
20. GIBSON, SJ. Pain in older persons. *Disability and Rehabilitation*, jul, 1994, p 127-39.
21. GIBSON, SJ, HELME RD. Age-related differences in pain perception and report. *Clinics in Geriatric Medicine*, V 17, 2001.
22. GOLDENBERG, DL. Treatment of fibromyalgia syndrome. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, v. 15, 1989.
23. HAUN, MVA, FERRAZ, M, POLLAK, DF. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v 39, 1999, p 221-30.
24. HELFENSTEIN, M. FELDMAN, D. Prevalência da Síndrome da Fibromialgia em Pacientes Diagnosticados como Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos. *Revista Brasileira de Reumatologia*. v. 38, n.2. 1998, p 71-77
25. HUDSON, J. The Relationship Between Fibromyalgia and Major Depressive Disorder. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, v. 22, n. 2. 1996.
26. KAPLAN, RM, SCHMDIT, SM, CRONAN, TA. Quality of Well Being in Patients with Fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*. vol 27, 2000, p 785-9
27. KASHIKAR-ZUCK, S, VAUGHT, M, GOLDSCHNEIDER, KR, GRAHAM, TB, MILLER, JC. Depression, Coping and Functional Disability in Juvenile Primary Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Pain*, v.3, n.5, 2002, p 412-19.
28. KENNEDY, M., FELSON, D. T. A Prospective Long-Term Study of Fibromyalgia Patients. *Arthritis and Rheumatism*, vol 39, 1996.

29. KOOPMAN, WJ. *Arthritis and allied conditions*. Williams & Wilkins, 1997. 13 ed.
30. KRUIJSHAAR, M.E., HOEYMANS, N, SPIJKER, J. Levels of disability in Major Depression. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Journal of affective disorders*, v. 77, 2003, p 53-64
31. LISOTT F, MARIELA, L. Fibromialgia: estudio de la calidad de vida. Tese para obtenção do título de especialista em reumatologia. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Caracas, 1996.
32. MAGNI G. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. *European Clinical Research and Development*, Paris, 1990, 299-307.
33. MARTINEZ, J. E. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study”. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 11, n. 6, 1999, p 312-16.
34. MARTINEZ, J, FERRAZ, MB, SATO, EI, ATRA, E . Fibromyalgia Versus Rheumatoid Arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *Journal of Rheumatology*, 1995, 270-4.
35. MARTINEZ, J, FERRAZ, MB, FONTANA, AM, ATRA, E. Psychological Aspects of Brazilian Women with Fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 39, n. 2. 1995, 167-173.
36. McBETH, J. MACFARLANE, GJ, SILMAN, AJ Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain*, 2002, p 239-45
37. McCAIN, G. A Cost Effective Approach to the Diagnoses and Treatment of Fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*. vol 22, 1996, p 323-49.
38. McCALL, W.V. Effects of mood and age on quality of life in depressive patients. *Journal of affective disorders*, v.55, 1999, 107-14.

39. McDOWELL, I., NEWELL, C. *Measuring Health*. Oxford University Press: New York, 1996.
40. MESNSE, S. Pathophysiologic Basis of Muscle Pain Syndromes. *Myofascial Update in Diagnosis and treatment*, vol 8, 1997, p 23-53.
41. MULROW, C. Case-Finding Instruments for Depression in Primary Care Settings. *Annals of Internal Medicine*, v 122, 1995, p 913-21.
42. NEUMANN, L. Measuring Health Status in Israeli Patients with Fibromyalgia Syndrome and Widespread pain and healthy individuals: utility of the SF-36. *Semin. Arthritis and Rheumatism*, 2000, p 400-8
43. NEUMANN, L, SUKENIK, S, BOLOTIN, A, AMIR, M, FLUSSER, D. The Effect of Balneotherapy at the Dead Sea on the Quality of Life of Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Clinical Rheumatology*, 2001, p 15-19.
44. COLE, SA. *Noble: Textbook of Primary Care Medicine*. Mosby, 2001 3rd ed.
45. OKIFUJI, A. Evaluation of the Relationship Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, 2000, 212-9.
46. PAYNE, TC. Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, v 25, 1982.
47. PIZZORNO, JE. *Textbook of Natural Medicine*. Churchill Livingstone, 1999, 2 ed.
48. RAVINDRAN A.V, MATHESON, K, GRIFFITHS, J, MERALI, Z. Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, v. 71, 2002, p 121-30.

49. RUSSEL, J. *Muscle Pain: understanding its nature, diagnosis and treatment*, 1997.
50. SAMBORSKI, W, SLUWESHK, A, KLEIN, R, SOBIESKA, M, STRATZ, T. Antibodies against serotonin gangliosides in fibromyalgia and major depression. *European Neuropsychopharmacology*, v6, n4, 1996, p 74-75.
51. SCHLENK, E. A, ERLIN, JA, MACDOWELL, J, ENGBERG, S, SEREIKA, SM. *et all* . Health Related Quality of Life in Chronic Disorders: a comparison across studies using the SF-36. *Quality of Life Research*, 1998, p 57-65.
52. SCHOCHAT, T. Sociodemographic Characteristics, Risk Factors and Reproductive History in Subjects with Fibromyalgia. *Rheumatology*, v. 1 2003, p 46-59.
53. SEDA, H. *Reumatismo. Conceito – história – nomenclatura – classificação – epidemiologia*. In: Reumatologia. 2. ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1982, pp. 3-24.
54. SEN, B, JESUS, J. Psychiatric Research Instruments in the Transcultural Setting: experiences in India and Brazil. *Social Medicine.*, vol 33, 1986, p 277-81.
55. SILVA LC, ABREU, AC, PELEGRINO, OS, COELHO, OS. O valor da contagem de pontos dolorosos no diagnóstico da fibromialgia. *Revista brasileira de reumatologia*, v 37, 1997, p 317-22.
56. STROMBECK, B. Health Related Quality of Life in Primary Sjorden's Syndrome, Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia Compared to Normal Population Data Using SF-36. *Scand. Journal of Rheumatology.*, 2000, p 20-8.
57. TEIXEIRA, J., FIGUEIRÓ, JAB. *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.

58. TURK DC. Pain, Disability and Physical, and affective factors in pain behavior of chronic pain patients. *Journal of Rheumatology*, v 23, 1996, p 1255-62.
59. WHITE, K. P., HARTH, M. The Occurrence and Impact of Generalized Pain. Bailliere's Best Practice & Research. *Clinical Rheumatology*, vol 13, 1999, p 379-89.
60. WILSON, KG. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clinical journal of Pain*, v2, 2002, p 77-83.
61. WIGERS, SH. Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptoms duration, physical activity, disability pension, and critical events – a 4,5 year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, set, 1996, p 235-43.
62. WINFIELD, J. Pain in Fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, v. 25, n. 1. 1999.
63. WOLFE, F, ROSS, K, ANDERSON, J, RUSSEL, IJ, HERBERT, I. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in General Population. *Arthritis and Rheumatism*, v. 38, n. 19, 1995.
64. WULSIN, LR. *Jacobson: Psychiatric Secrets*, 2 ed. Hanley and Belfus, 2001.
65. VECCHIET, L.G, GIAMBERANDINO, MA. *Muscle Pain, Myofascial Pain and Fibromyalgia*. New York: Haworth Medical Press, 1998, pp 183-189.
66. YUNUS, M. B. Psychological Aspects of Fibromyalgia Syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillière's Clinical Rheumatology*, vol8, 1994.
67. YUNUS, MB. Primary Fibromyalgia: clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars of Arthritis and Rheumatism*, 1981, p 151-71.

ANEXO 1 – Questionário sociodemográfico.

DATA DE NASCIMENTO:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

- nenhum 2º grau completo
 1º grau incompleto superior
 1º grau completo
 2º grau incompleto

OCUPAÇÃO / PROFISSÃO:

ESTÁ TRABALHANDO NO MOMENTO? SIM NÃO

HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ SOFRE DE DOR NO CORPO (indique os dias, meses ou anos)?

HÁ QUANTO TEMPO RECEBEU O DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA (indique os dias, meses ou anos)?

ASSINALE QUAL (IS) O (S) TRATAMENTO (S) QUE VOCÊ UTILIZA (OU UTILIZOU):

medicamentos. Quais:

- fisioterapia
 acupuntura
 hidroterapia
 outros (massagem, terapias alternativas)

ANEXO 2 – General Health Questionnaire (GHQ-28)

Por favor leia com atenção:

Queremos saber como esteve sua saúde de maneira geral no último mês. Por favor, responda todas as questões abaixo, circulando a resposta que você acha mais próxima do seu caso. Lembre-se: queremos saber suas queixas recentes.

Recentemente você:

1. tem se sentido bem e com boa saúde?	mais que o normal	o mesmo de sempre	menos que o normal	muito menos que o normal
2. sente que precisa de remédios?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
3. tem se sentido exausto(a)?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
4. tem se sentido doente?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
5. tem sentido dores de cabeça?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
6. tem sentido uma sensação de pressão em sua cabeça?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
7. tem sentido ondas de calor ou frio?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
8. tem perdido o sono por causa das preocupações?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
9. tem tido dificuldades de manter o sono?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
10. tem conseguido se manter ocupado?	mais que o normal	o mesmo de sempre	um pouco menos que o normal	muito menos que o normal
11. tem precisado de mais tempo para acabar as coisas?	mais que o normal	o mesmo de sempre	um pouco menos que o normal	muito menos que o normal
12. tem sentido que está fazendo suas atividades corretamente?	melhor que o normal	o mesmo de sempre	menos que o normal	muito menos que o normal
13. está satisfeito com seu jeito de fazer as coisas?	mais satisfeito	o mesmo de sempre	menos que o normal	muito menos que o normal
14. tem se sentido útil?	mais que o normal	o mesmo de sempre	menos que o normal	muito menos que o normal

15. tem se sentido capaz de tomar decisões?	mais que o normal	o mesmo de sempre	menos que o normal	muito menos que o normal
16. tem se sentido constantemente sob pressão?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
17. tem sentido prazer em fazer suas atividades?	mais que o normal	o mesmo de sempre	um pouco menos que o normal	muito menos que o normal
18. tem se sentido irritado(a), sem paciência?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
19. tem sentido medo sem razão?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
20. tem sentido que todos estão pegando no seu pé?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
21. tem se sentido a pior pessoa do mundo?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
22. tem se sentido sem esperança?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
23. tem se sentido nervoso, incapaz de relaxar, todo o tempo?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
24. tem sentido que a vida não vale ser vivida?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
25. tem pensado na possibilidade de acabar com sua vida?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
26. tem sentido que às vezes não consegue fazer nada porque sua cabeça não está boa?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
27. tem desejado morrer para se afastar de tudo?	nunca	não mais que o normal	um pouco mais que o normal	muito mais que o normal
28. tem percebido que a idéia de acabar com a sua vida está passando por sua cabeça?	definitivamente não	eu acho que não	passou pela minha cabeça	definitivamente sim

ANEXO 3 – Short Form Health Survey (SF-36)

Queremos saber qual sua percepção a respeito a sua saúde.
Se você não tiver certeza de alguma resposta, marque aquela que mais se aproxima da sua realidade.

1. Em geral, sua saúde é:

- a) excelente
- b) muito boa
- c) boa
- d) média
- e) fraca

2. Comparando com 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde geral?

- a) muito melhor
- b) um pouco melhor
- c) a mesma
- d) um pouco pior
- e) muito pior

3. Os itens a seguir tratam de atividades que você pode realizar no seu dia-a-dia. Sua saúde limita alguma atividade? Se positivo, quanto?

(marque apenas uma alternativa em cada linha)

	sim, limita muito	sim, limita um pouco	não limita
atividades vigorosas como correr, levantar peso, esportes pesados			
atividades moderadas como passar aspirador, varrer			
carregar compras			
subir muitos lances de escada			
subir um lance de escada			
ajoelhar-se, inclinar-se para frente			
andar mais que 1 km			
andar muitos quarteirões			
andar um quarteirão			
tomar banho ou vestir-se sozinho			

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve qualquer um destes problemas em seu trabalho ou outra atividade regular em função de sua saúde física?
(marque apenas uma alternativa em cada linha)

	Sim	Não
diminuiu o número de horas trabalhadas		
alcançou menos do que gostaria		
sentiu-se limitado (a) dependendo do tipo de atividade		
tentou fazer suas atividades habituais e não conseguiu		

5. Durante o último mês, você teve qualquer um dos seguintes problemas em seu trabalho ou outras atividades regulares como resultado de qualquer problema emocional, como se sentir deprimido ou ansioso?
(marque apenas uma alternativa em cada linha)

	Sim	Não
diminuiu o número de horas trabalhadas		
conseguiu realizar menos tarefas do que gostaria		
não fez suas atividades com tanto cuidado como de costume		

6. No último mês, quanto sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais, com família, amigos ou vizinhos?

- a) nem um pouco
- b) levemente
- c) moderadamente
- d) consideravelmente
- e) muito

7. Qual a intensidade da dor você sentiu nesse último mês?

- a) nenhuma
- b) muito leve
- c) leve
- d) moderada
- e) severa
- f) muito severa

8. Durante o último mês, quanto a dor interferiu em suas atividades normais (trabalho, cuidar da casa)?

- a) nem um pouco
- b) um pouco
- c) moderadamente
- d) um pouco mais
- e) muito

9. As questões a seguir são sobre como você se sentiu e como as coisas andaram no último mês. Para cada questão, por favor de uma resposta que se aproxime mais de como você tem se sentido.

No último mês, quantas vezes você se sentiu:
(marque apenas uma alternativa em cada linha)

	sempre	a maior parte do tempo	uma boa parte do tempo	algum tempo	um pouco de tempo	nunca
sentiu-se cheio(a) de ânimo?						
sentiu-se nervoso(a)?						
sentiu-se tão para baixo que nada podia alegrá-lo(a)?						
sentiu-se calmo(a) e em paz?						
sentiu-se cheio(a) de energia?						
sentiu-se deprimido(a) ou triste?						
sentiu-se morto(a) de cansado(a)?						
sentiu-se feliz?						
sentiu-se cansado(a)?						

10. Durante o último mês, por quanto tempo sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos ou parentes) ?

- a) todo tempo
- b) a maior parte do tempo
- c) às vezes
- d) quase nunca
- e) nunca

11. Quanto falsa ou verdadeira cada sentença significa para você?
(marque apenas uma alternativa em cada linha)

	definitivamente verdadeira	quase verdadeira	não sei	quase falsa	definitivamente falsa
Parece-me que fico doente mais facilmente que outras pessoas.					
Eu sou tão saudável quanto as pessoas que conheço.					
Eu acho que minha saúde vai piorar.					
Minha saúde é excelente.					

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Joana de Souza Santos Berber *

1. Introdução

A Síndrome da Fibromialgia é caracterizada pela ocorrência de dor difusa pelo corpo, pontos dolorosos à palpação, e ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares (35). Existem algumas condições associadas a Fibromialgia como síndrome do cólon irritável, disfunção da tireóide, endometriose e problemas psicológicos como depressão e ansiedade (3). Em muitos países industrializados sua prevalência varia entre 1 e 4% da população geral, sendo a segunda afecção reumatológica mais comum, atrás apenas da osteoartrite degenerativa (5).

A fibromialgia pode variar desde sintomas leves até casos em que as dores, fadiga e depressão são tão intensas que impedem o desempenho da atividade profissional e social.

A incapacidade funcional dos doentes de Fibromialgia reflete-se adversamente no desempenho ocupacional, dificultando a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas. Os sintomas da Fibromialgia causam grande impacto no cotidiano e promovem a ruptura da rotina, cuja consequência tende a manter-se ao longo do tempo, devido à cronicidade da doença. Os impactos sociais desestabilizam as relações familiares restringem o contato social e interferem nos hábitos e rotinas dos doentes, obrigando-os a esforços contínuos de adaptação à nova realidade (32).

O reflexo negativo da doença sobre a qualidade de vida dos doentes já foi descrito. Pacientes com Fibromialgia apresentam pior qualidade de vida que pacientes com outras doenças crônicas como artrite reumatóide, câncer, DPOC e Lupus Eritematoso Sistêmico (15, 23, 6, 18, 19).

Por ser uma doença de origem não determinada e cura incerta, a Fibromialgia provoca sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. A prevalência

de anormalidades psicológicas, particularmente a depressão, é alta entre esses pacientes(26).

A prevalência de depressão entre pacientes de fibromialgia é alta, variando entre 49% e 80% (8, 20, 13).

Sabe-se que a depressão pode iniciar ou perpetuar os sintomas da fibromialgia e pode levar a limitações funcionais importantes, e conseqüentemente, tem influência na qualidade de vida dos pacientes (36, 25, 16).

Neste estudo, pretendeu-se analisar a relação entre a depressão e a qualidade de vida dos pacientes com Fibromialgia e verificar quais aspectos da qualidade de vida são mais afetados pela depressão.

2. Materiais e métodos

Foram selecionados 70 pacientes com Fibromialgia que compareceram às consultas médicas em determinados serviços de saúde, no período de março a julho de 2003. Dois estabelecimentos públicos e seis privados foram escolhidos para a realização da coleta. Os públicos são o ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário e o ambulatório de reumatologia da Divisão de Assistência Médica, da Secretaria Estadual de Saúde. Foram acrescentados 6 consultórios de reumatologia privados para garantir um número maior de indivíduos pacientes.

O critério diagnóstico está baseado nas características clínicas da síndrome (dor generalizada, que persiste por no mínimo 6 meses, fadiga, sono não restaurador, presença de *tender points*) e na exclusão de outras patologias reumáticas e endócrinas por exames laboratoriais.

Foram coletadas variáveis sócio-demográficas, como sexo, idade, ocupação e escolaridade; e variáveis clínicas, como tempo de sintomatologia, tempo de diagnóstico e tratamento. Isto foi realizado através de questionário.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36). É um questionário genérico elaborado para avaliar a qualidade de vida, validado no Brasil em 1997 (4). Seus resultados são mostrados em escores de 0 a 100, obtidos a partir de uma relação de quesitos

compreendidos em 8 escalas, abordando vários aspectos da qualidade de vida. Quanto maior o escore obtido, melhor a qualidade de vida do indivíduo (22).

As escalas estão apresentadas abaixo:

- Condicionamento físico (“physical functioning”)
- Funcionalidade física (“role limitations due to physical health problems”)
- Ausência de Dor (“bodily pain”)
- Funcionalidade social (“social functioning”)
- Saúde mental, incluindo stress mental e bem-estar (“General mental health, covering psychological distress and well being”)
- Funcionalidade emocional (“role limitations due to emotional problems”)
- Fadiga versus vitalidade (“vitality, energy versus fatigue”)
- Percepções quanto à saúde em geral (“general health perceptions”)

Para medir a prevalência de depressão foi utilizada uma versão curta com 28 questões do The General Health Questionnaire (GHQ – 28), um instrumento de rastreamento para detectar desordens psiquiátricas. Pode identificar quatro formas de disfunção: depressão, ansiedade, hipocondria e incompatibilidade social (22). O ponto de corte para detecção de algum problema mental para esta versão é 5. Além deste escore geral, o GHQ- 28 fornece escores para cada uma de suas escalas, permitindo a identificação do tipo de disfunção emocional encontrada. Um estudo de validação deste questionário encontrou que os escores para pontos de corte mais fidedignos para depressão são 1, 2, e 3. O paciente limítrofe para depressão deverá atingir algum desses escores totais (1).

A variável depressão foi comparada com cada escala de qualidade de vida graficamente e estatisticamente. Também foi realizada a análise de variância das escalas de qualidade de vida em relação à faixa etária, ao tempo de dor corporal e de diagnóstico e à depressão. Uma análise de regressão múltipla foi realizada para identificar a importância da variável depressão na queda dos escores de qualidade de vida, em cada escala, usando como variáveis de controle a faixa etária o tempo de dor, de diagnóstico e a percepção do indivíduo quanto à

mudança no seu estado de saúde em relação ao ano anterior. Este dado foi colhido através da segunda questão do SF-36.

3. Resultados

O perfil sócio-demográfico da amostra está apresentado na tabela 1. Em relação ao sexo, 98% dos pacientes são do sexo feminino e 2% do sexo masculino. Mais de 60% têm entre 40 e 55 anos, 41,5% cursaram o primeiro grau e 48,5% são donas de casa ou trabalham com serviços domésticos.

O perfil clínico da amostra está representado na tabela 2. Verifica-se que 40% dos pacientes da amostra sofrem de dor corporal há mais de 10 anos, 48,6% recebeu o diagnóstico de SFM há menos de 2 anos, mais de 80% tomam antidepressivos e mais de 60% já fez fisioterapia.

Tabela 1. Características Sócio-demográficas

Variável	Categoria	Qt. pacientes	%
Faixa etária	< 40	9	12,9%
	40 – 55	46	65,7%
	> 55	15	21,4%
		70	100%
Escolaridade	Sem escolaridade	2	2,9%
	1º grau	29	41,5%
	2º grau	25	35,7%
	3º grau	14	20%
		70	100%
Ocupação	Serviços domésticos	34	48,5%
	Trabalhos manuais	8	11,4%
	Administrativos	12	17,1%
	Saúde	2	2,9%
	Comerciários	4	5,8%
	Outras	10	14,3%
		70	100%

Tabela 2. Características Clínicas

Variável	Categoria	Qt. pacientes	%
Tempo de dor	< 5 anos	16	22,9%
	5 – 10 anos	26	37,1%
	> 10 anos	28	40%
		70	100%
Tempo de diagnóstico	< 2 anos	34	48,6%
	2 – 5 anos	18	25,7%
	> 5 anos	18	25,7%
		70	100%
Medicação	Antidepressivos	59	84,2%
	AF, AN, RM (*)	8	11,4%
	Nenhuma	3	4,3%
		70	100%
Terapia complementar	Fisioterapia	43	61,5%
	Acupuntura	11	15,7%
	Nenhuma	10	14,3%
	Massagem	3	4,3%
	Exercícios	3	4,3%
		70	100%

A prevalência de depressão dentro da mostra está representada na tabela 3. Verifica-se que aproximadamente dois terços da amostra apresenta algum grau de depressão.

Tabela 3. Prevalência de Depressão. Os números entre parêntese representam os escores obtidos no GHQ.

Depressão (escore)	Número	Frequência
Nenhuma (0)	23	32,9%
Leve (1 – 2)	23	32,9%
Moderada (3 – 4)	15	21,4%
Severa (5 – 6)	9	12,9%
Total	70	100%

As tabela 4 representa a média dos escores obtidos pela amostra nos questionários SF-36.

Tabela 4. Qualidade de vida (8 escalas).

Escola	Média	DP	Min.	Max.	Média população sadia (22)
Condicionamento físico	53,357	22,095	5	100	70,6
Funcionalidade física	30,714	37,390	0	100	53
Ausência de dor	29,571	22,873	0	100	70,8
Funcionalidade social	53,786	27,438	0	100	78,8
Estado mental	54,171	11,848	20	88	70,4
Funcionalidade emocional	38,571	42,330	0	100	65,8
Vitalidade	57,286	15,004	20	90	52,2
Percepção da saúde geral	52,843	14,759	15	86	57

Nota-se que, comparando com a da população sadia, a qualidade de vida dos pacientes da amostra está prejudicada, principalmente nas escalas funcionalidade física, ausência de dor e funcionalidade emocional.

As figuras a seguir representam a relação entre os escores de depressão e de qualidade de vida em cada escala do SF-36 obtidos pela amostra.

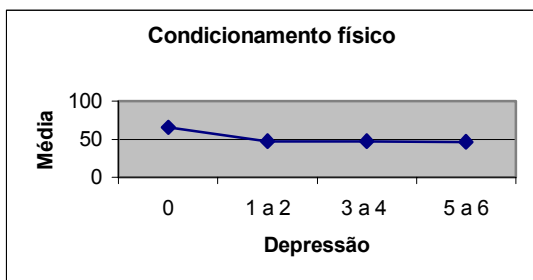


Figura 1. Relação entre o condicionamento físico versus os escores de depressão.

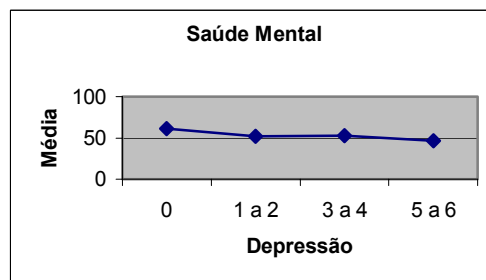


Figura 5. Relação entre a saúde mental e os escores de depressão.

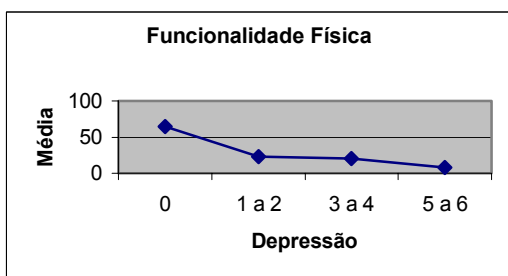


Figura 2. Relação entre a funcionalidade física versus os escores de depressão.

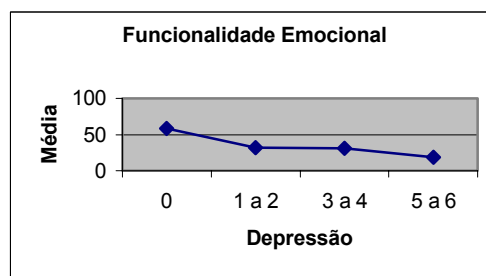


Figura 6. Relação entre a funcionalidade emocional versus os escores de depressão.

versus os escores de depressão.

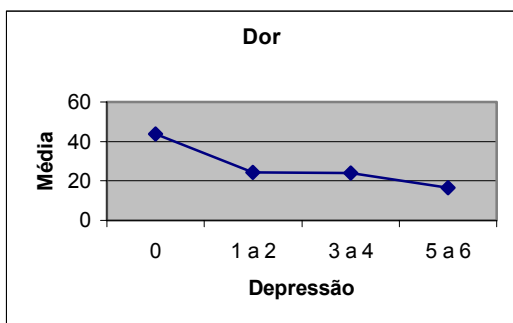


Figura 3. Relação entre a ausência de dor versus os escores de depressão.

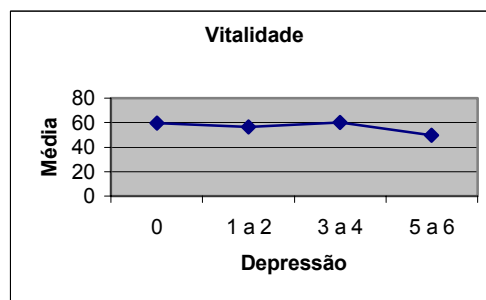


Figura 7. Relação entre a vitalidade versus os escores de depressão.

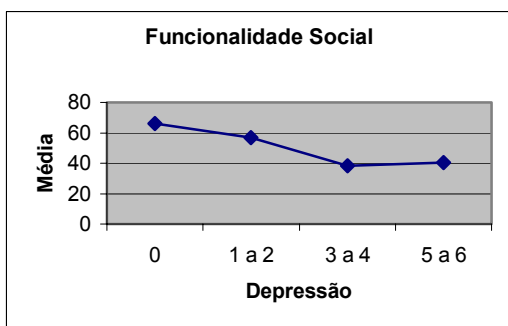


Figura 8. Relação entre a Funcionalidade social versus os escores de depressão.

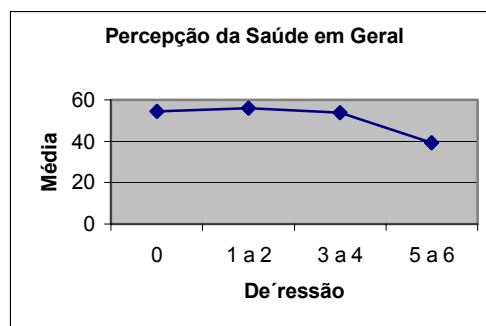


Figura 8. Relação entre a percepção da saúde versus os escores de depressão.

As figuras ilustram que a depressão piora consideravelmente o condicionamento físico, a funcionalidade física, a dor, a funcionalidade social e a funcionalidade emocional. A saúde mental também mostra-se um pouco pior na presença da depressão. A percepção da saúde em geral piora acentuadamente nos graus mais elevados de depressão. Já a vitalidade mostrou pouca alteração, piorando apenas no mais alto grau de depressão.

Na análise de variância, a depressão mostrou-se significativa ($p < 0,05$) na queda dos escores das seguintes escalas de qualidade de vida: condicionamento físico, funcionalidade física, dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

A idade também foi responsável por mudanças nos escores de qualidade de vida. Mostrou-se significativa ($p < 0,05$) na piora do condicionamento físico e na melhora da dor e da funcionalidade social.

A tabela a seguir, mostra a análise de regressão múltipla para as escalas de qualidade de vida em relação à faixa etária, ao tempo de dor corporal, ao tempo de diagnóstico, aos escores de depressão e à segunda questão do questionário de qualidade de vida. Esta questão refere à mudança no estado de saúde em relação ao ano anterior, se o indivíduo sente-se melhor ou pior que há um ano atrás.

Tabela 5. Análise de Regressão Múltipla das variáveis que medem qualidade de vida em pacientes com Fibromialgia

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DEPENDENTES							
	Condicionamento físico	Funcionalidade física	Dor	Funcionalidade social	Funcionalidade emocional	Saúde mental	Vitalidade	Percepção da saúde geral
Idade	CR (EP)	0,518 (0,468)	0,871 (0,267)	0,898 (0,330)	0,051 (0,155)	0,596 (0,556)	0,51 (0,197)	0,419 (0,184)
	p	0,077	0,001	0,008	0,741	0,287	0,011	0,026
Tempo de dor	CR (EP)	0,025 (0,033)	-0,04 (0,030)	-0,038 (0,037)	-0,009 (0,017)	0,038 (0,063)	-0,006 (0,022)	-0,03 (0,021)
	p	0,44	0,187	0,311	0,582	0,548	0,769	0,152
Tempo de diagnóstico	CR (EP)	0,01 (0,025)	-0,018 (0,023)	0,006 (0,029)	0,004 (0,013)	0,008 (0,049)	0,0007 (0,017)	0,04 (0,016)
	p	0,693	0,43	0,819	0,729	0,962	0,964	0,016
Depressão	CR (EP)	-1,797 (1,445)	-3,223 (1,337)	-4,41 (1,653)	-1,927 (0,777)	-6,436 (2,783)	-0,559 (0,985)	-1,265 (0,921)
	p	0,218	0,018	0,009	0,015	0,024	0,572	0,174
2ª questão do SF 36	CR (EP)	-3,817 (2,458)	-5,016 (2,274)	-5,118 (2,812)	-0,793 (1,321)	-1,499 (4,734)	-1,514 (1,676)	-2,812 (1,566)
	p	0,125	0,031	0,073	0,55	0,752	0,369	0,077

CR – coeficiente de regressão EP – erro padrão p – valor p

Observando a tabela, nota-se os valores estatisticamente significativos sendo $p < 0,05$.

A presença de depressão está negativamente relacionada a baixos escores em 5 aspectos da qualidade de vida: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, saúde mental e funcionalidade emocional, mesmo controlando-se por idade, tempo de dor, tempo de diagnóstico e a percepção da mudança na saúde após 1 ano.

A depressão também está associada a uma pior percepção da mudança na saúde após 1 ano, medida pela segunda questão do questionário de qualidade de vida, SF-36.

Uma melhor percepção da saúde em geral está associada a um maior tempo de diagnóstico.

O aumento da idade está associado a uma melhor percepção da dor, melhor funcionalidade social, maior vitalidade e uma melhor percepção da saúde em geral.

4. Discussão

Os resultados mostraram uma correlação entre a queda de alguns aspectos da qualidade de vida, como condicionamento físico, funcionalidade física, funcionalidade social e emocional, saúde mental, dor e a percepção da saúde em geral, e a prevalência de depressão.

Aproximadamente dois terços da amostra apresentou algum grau de depressão. Estudos relatam que a prevalência da depressão em pacientes com fibromialgia varia entre 49% a 80% (8, 20, 32, 6, 2).

A queda nos escores de qualidade de vida, observada neste estudo, já foi encontrada em outros trabalhos que utilizaram o mesmo instrumento para medir esta variável em pacientes de fibromialgia. Estes têm escores significativamente piores que pacientes de artrite reumatóide e síndrome de Sjörden. Em pacientes brasileiras, comparando-as com controles normais, houve redução significativa dos escores em todas as escalas. Mulheres israelitas com Fibromialgia apresentaram os piores escores, principalmente quanto à funcionalidade

emocional e saúde mental, em relação a controles saudáveis. Os escores de pacientes de Fibromialgia foram significativamente mais baixos do que os alcançados por pacientes de Lúpus. Pacientes de Fibromialgia alcançaram escores mais baixos nas escalas dor e vitalidade, entre pacientes com outras doenças crônicas (31, 18, 23, 7, 30).

Observou-se que 7 escalas do SF-36 tiveram a queda de seus escores significativamente relacionada à depressão: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. Na análise multivariada, controlando-se para idade, tempo de dor e diagnóstico e a percepção da mudança na saúde no último ano, a depressão mostrou-se responsável pela queda nos escores em 5 escalas: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social e emocional e saúde mental.

As desordens depressivas complicam o curso de qualquer doença através de uma variedade de mecanismos possíveis: aumentando a sensação de dor, impossibilitando a adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando os sistemas humoral e imunológico. Pacientes com doenças crônicas que estão depressivos mostram maior incapacidade que aqueles não depressivos (14).

A depressão está freqüentemente associada a reduções importantes na qualidade de vida, incluindo uma funcionalidade social prejudicada. Neste estudo, observou-se queda dos escores nas escalas que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a vida nos pacientes depressivos. Quanto mais severa a depressão, pior a qualidade de vida (28).

Um estudo que também utilizou o SF-36 para medir a qualidade de vida em pacientes depressivos, chegou as seguintes conclusões: os indivíduos depressivos diferiram do grupo não depressivo em todas as escalas e não houve diferença significativa entre os pacientes com diferentes graus de depressão (16).

Pacientes deprimidos que se apresentam num ambulatório tendem a demonstrar uma pior qualidade de vida que outros pacientes com outras doenças

como hipertensão, diabetes, artrite e doença cardíaca. O estudo desses autores analisou os efeitos do humor e da idade na qualidade de vida de pacientes deprimidos. A maioria dos pacientes mostrou déficits no relacionamento com os outros e consigo mesmo e na execução de atividades cotidianas (21).

A pobre funcionalidade associada a sintomas depressivos, com ou sem um diagnóstico de uma desordem depressiva, é equivalente ou pior do que a perda funcional causada por outros graves problemas de saúde, como diabetes, doenças cardíacas, gastrointestinais, dores nas costas e artrite (14).

Foi encontrada uma associação negativa significativa entre dor e depressão. Estudos mostraram que pacientes com dor crônica e depressão mostram altos níveis de incapacidade física (33, 10). Em análises longitudinais, dor e depressão mostram-se fortemente associadas, e esta relação não está somente mediada pela incapacidade física (9).

Uma associação positiva entre dor e aumento da idade foi encontrada. Estudos relatam não haver diferenças na intensidade da dor em pacientes de dor crônica e idades diferentes (12). Existe alguma evidência de que a queixa de dor na presença de uma patologia é menor em pessoas mais velhas (11). Em pacientes de fibromialgia, a idade avançada predispõe a um melhor prognóstico (34).

A depressão piora a funcionalidade social e emocional. Pacientes depressivos têm tendência ao isolamento, a sentimentos de derrota e frustração, o que dificulta o relacionamento com outros indivíduos e perturba emocionalmente o paciente (27). Fatores psicossociais têm papel significativo na etiologia e evolução da Fibromialgia. Estes incluem fatores comportamentais como comportamentos de risco e má adaptação das estratégias de enfrentamento; fatores cognitivos como vitimização e perda do autocontrole; e fatores sociais como interferências na função do indivíduo dentro da sociedade. Isto pode ser entendido pelos problemas originados pela dor crônica, presente na Fibromialgia, como perda do emprego, restrições financeiras e distanciamento dos amigos. Como as estratégias de enfrentamento do paciente estão prejudicadas, ele tende a evitar amizades,

responsabilidades financeiras e até a atividade física. Esta cadeia de eventos culmina com a piora dos sintomas depressivos, gerando um círculo vicioso (29).

Uma relação positiva entre o aumento da idade, funcionalidade social e percepção da saúde em geral foi encontrada. Em pacientes deprimidos, o aumento da idade está significativamente relacionado a um melhor relacionamento com os outros e uma melhor impressão de si mesmo (21).

Foi constatada uma pior percepção da saúde em geral associada à presença de depressão. Indivíduos depressivos relatam que a depressão traz mais sofrimento que qualquer outro problema de saúde que já lhes acometeu (24).

Uma relação positiva entre vitalidade e o aumento da idade foi encontrada neste estudo. Também foi encontrada uma melhor percepção da saúde em geral com o aumento da faixa etária. Pacientes depressivos com mais idade têm um melhor relacionamento consigo mesmo e com os outros. Já que com o aumento da idade melhoram a percepção da saúde em geral e o relacionamento consigo mesmo, o indivíduo tende a sentir-se bem, com mais energia e, conseqüentemente com mais vitalidade (21).

Neste estudo, foi observada uma associação entre depressão e uma piora da saúde no último ano, na concepção dos pacientes. A percepção negativa da saúde e a exacerbação dos sintomas de qualquer doença crônica associada à depressão justificam este achado (24).

Uma relação positiva entre um maior tempo de diagnóstico e uma melhor percepção da saúde em geral foi encontrada. Pode-se supor que o paciente que convive com a doença há mais tempo, tenha desenvolvido estratégias de enfrentamento mais adequadas. Além disso, pacientes com diagnóstico mais antigo já podem estar passando por um período de sintomatologia menos intenso.

5. Conclusão

A Fibromialgia é uma síndrome de dor crônica, apresentando uma constelação de outros sintomas como fadiga, perturbações do sono, síndrome do cólon irritável, entre outros. Mesmo não sendo deformante ou letal, os sintomas e a cronicidade desta enfermidade trazem prejuízo à qualidade de vida do indivíduo.

Freqüentemente a Fibromialgia está associada à depressão e esta é responsável por uma queda ainda maior na qualidade de vida do paciente. As características da depressão, como fadiga, sentimentos de culpa, baixa auto-estima e vitimização, levam a uma exacerbação dos sintomas e prejudicam as estratégias de enfrentamento do paciente frente à doença.

Neste estudo, buscou-se descrever a relação entre a prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida nos pacientes de Fibromialgia.

A prevalência de depressão encontrada foi alta, aproximadamente dois terços da amostra. Esta mostrou-se associada à queda na qualidade de vida nos seguintes aspectos: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

Referências Bibliográficas

1. AYLARD, P. R. A Validation Study of Three Anxiety and Depression Self-Assessment Scales. *Journal of Psychosomatic*, 1987, p 261-8
2. BECKER, N., et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, n 73, 1997, p 393-400
3. CHAITOW, L. Síndrome da Fibromialgia. Ed. Manole: São Paulo, 2002.
4. CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário gen'rico de avaliação de qualidade de vida "medical outcome study 36-item short-form health survey (SF-36)". Tese de doutorado da Universidade Federal de São Paulo, 1997.
5. CLAUW, D. J. Ruddy: Kelley's Textbook of Rheumatology, 6th ed. W. B. Saunders Company: sl, 2001.
6. DA COSTA, P. L., et al. The Relationship Between Exercise Participation and Depressed Mood in Women with Fibromyalgia. *Psychology, Health and Medicine*, vol 6, 2001, p 301-11.
7. DA COSTA, P. Determinants of Health Status in Fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol*, 2000, p 365-72..
8. ERCOLANI, M. et al . Fibromyalgia Syndrome: depression and abnormal illness behavior. *Psychoter Psychosom*, n. 61, 1994, p 178-86
9. GEERLINGS, SW. Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 2002, v.1, p 23-30.
10. GEISSER, ME. Negative affect, self-report of depressive symptoms and clinical depression: relation to the experience of chronic pain. *Clin J Pain*, 2000, p 110-20.
11. GIBSON, SJ. Pain in older persons. *Disabil Rehabil*, jul, 1994, p 127-39.
12. GIBSON, SJ, HELME RD. Age-related differences in pain perception and report. *Clinics in Geriatric Medicine*, V 17, 2001.
13. HUDSON, J. The Relationship Between Fibromyalgia and Major Depressive Disorder. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, v. 22, n. 2. 1996.

14. JACOBSON. *Psychiatric Secrets*. Hanley e Belfus, 2001, 2 ed.
15. KAPLAN, RM, et al. Quality of Well Being in Patients with Fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*. vol 27, 2000, p 785-9
16. KASHIKAR-ZUCK, S, et al. Depression, Coping and Functional Disability in Juvenile Primary Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Pain*, v.3, n.5, 2002, p 412-19.
17. KRUIJSHAAR, M.E., et al. Levels of disability in Major Depression. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Journal of affective disorders*, v. 77, 2003, p 53-64
18. MARTINEZ, J. E. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia através do "Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study". *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 11, n. 6, 1999, p 312-16.
19. MARTINEZ, J. et al. Fibromyalgia Versus Rheumatoid Arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatology*, 1995, 270-4.
20. MARTINEZ, J. et al. Psychological Aspects of Brazilian Women with Fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 39, n. 2. 1995, 167-173.
21. McCALL, W.V., et al. Effects of mood and age on quality of life in depressive patients. *Journal of affective disorders*, v.55, 1999, 107-14.
22. McDOWELL, I., NEWELL, C. *Measuring Health*. Oxford University Press: New York, 1996.
23. NEUMANN, L. Measuring Health Status in Israeli Patients with Fibromyalgia Syndrome and Widespread pain and healthy individuals: utility of the SF-36. *Semin. Arthritis Rheum*, 2000, p 400-8
24. NOBLE, *Textbook of Primary Care Medicine*. Mosby, 2001 3rd ed.
25. OKIFUJI, A. Evaluation of the Relationship Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: why aren't all patients depressed? *J. Rheumatology*, 2000, 212-9.
26. PAYNE, TC. Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthr and Rheum*, v 25, 1982.
27. PIZZORNO. *Textbook of Natural Medicine*. Churchil Livingstone, 1999, 2 ed.

28. RAVINDRAN A.V. et al. Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, v. 71, 2002, p 121-30.
29. RUDY. Kelley's textbook of rheumatology. Saunders Company, 2001 6 ed.
30. SCHLENK, E. A. *et all* . Health Related Quality of Life in Chronic Disorders: a comparison across studies using the SF-36. *Qual Life Res*, 1998, p 57-65.
31. STROMBECK, B. Health Related Quality of Life in Primary Sjorden's Syndrome, Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia Compared to Normal Population Data Using SF-36. *Scand. J. Rheumatol.*, 2000, p 20-8.
32. TEIXEIRA, J., FIGUEIRÓ, JAB. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.
33. WILSON, KG. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain*, v2, 2002, p 77-83.
34. WIGERS, SH. Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptoms duration, physical activity, disability pension, and critical events – a 4,5 year prospective study. *J Psychosom Res*, set, 1996, p 235-43.
35. WINFIELD, J. Pain in Fibromyalgia. *Rheum Dise Clini North Am*, v. 25, n. 1. 1999.
36. YUNUS, M. B. Psychological Aspects of Fibromyalgia Syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillière's Clinical Rheumatology*, vol8, 19