

Estudo descritivo epidemiológico e impacto na saúde mental e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia de um Centro de Reumatologia

Descriptive epidemiological study and impact on mental health and quality of life in patients with fibromyalgia at a Rheumatology Center

Carlos Alberto Marques Arêdes¹, Claudia Correa Ribeiro¹, Midyan Ferreira Suhel², Bruna Bolzani Ribeiro², Carla Vasconcelos Caspar Andrade¹, Ketty Lysie Libardi Lira Machado¹, Marcelo Cruz Resende³, Vinícius de Macedo Possamai⁴, Eduardo dos Santos Paiva⁵, Maria Bernadete R. de O. Gavi¹

¹ Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Vitória/ES Brasil.

² Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES Brasil.

³ Secretaria de Saúde de Campo Grande. Campo Grande/MS, Brasil.

⁴ Hospital Universitário da Universidade Federal Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil.

⁵ Hospital Universitário da Universidade Federal Paraná. Curitiba/PR, Brasil.

Correspondência:

mbernadetegavi@gmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2024 C. A. M. Arêdes, C. Ribeiro, M. F. Suhel, B. B. Ribeiro, C. V. C. Andrade, K. L. L. L. Machado, M. C. Resende, V. de M. Possamai, E. dos S. Paiva, M. B. R. de O. Gavi.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

7/2/2024

Aprovado:

7/4/2024

ISSN:

2446-5410

RESUMO

Introdução: A Fibromialgia (FM) é uma síndrome crônica associada a fadiga, distúrbios do sono, do humor, cognitivos e dor musculoesquelética generalizada. **Objetivos:** Avaliar o perfil clínico de uma amostra de pacientes com FM, analisar os tratamentos mais utilizados e o impacto desta síndrome por meio de escalas específicas. **Métodos:** Estudo descritivo com base em dados de registros do Projeto Epifibro 2.0 de pacientes atendidos em ambulatório de um Serviço de Reumatologia, que preencheram os Critérios de Diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia de 2010 para FM. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de questionários do Projeto Epifibro 2.0 com dados epidemiológicos e escores específicos para avaliação do impacto da FM nos pacientes do ambulatório de dor de um serviço de Reumatologia. Os dados foram armazenados em uma planilha do Excel e analisados por meio do programa SPSS 20.0. **Resultados:** Foram avaliados 69 pacientes, com média de idade de 58,27±9,62 anos e predomínio do sexo feminino com 94,2%. Observou-se que 59,4% dos pacientes tinham mais de 10 anos de diagnóstico, 92,8% estudaram até o ensino médio completo e 86,7% tinham renda familiar maior que 3 salários. As medicações mais prescritas foram pregabalina e fluoxetina e o tratamento não farmacológico mais indicado foi o exercício aeróbico. As médias dos questionários PDS, FIQR, GAD-7, PHQ-9 foram de moderadas a graves. **Conclusão:** Os pacientes analisados apresentaram doença de longa duração e o tratamento mais prescrito foi o farmacológico associado a exercícios aeróbicos. Os questionários demonstraram uma população com impacto moderado à grave na saúde mental e qualidade de vida.

Palavras-chave: Fibromialgia; Epidemiologia; Qualidade de Vida; Base de Dados.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic syndrome associated with fatigue, sleep, mood and cognitive disorders and generalized musculoskeletal pain. **Objectives:** Evaluate the clinical profile of a sample of patients with FM, analyze the most used treatments and the impact of this syndrome through specific scales. **Methods:** Descriptive study based on data from records from the Epifibro 2.0 Project of patients treated in an outpatient clinic of a Rheumatology Service, who met the American College of Rheumatology Diagnostic Criteria of 2010 for FM. Data collection was carried out through the application of questionnaires from the Epifibro 2.0 Project with epidemiological data and specific scores to evaluate the impact of FM on patients in the pain outpatient clinic of a Rheumatology service. The data were stored in an Excel spreadsheet and analyzed using the SPSS 20.0 program. **Results:** 69 patients were evaluated, with a mean age of 58.27 ± 9.62 years and a predominance of females at 94.2%. It was observed that 59.4% of patients had been diagnosed for more than 10 years, 92.8% had completed high school and 86.7% had a family income greater than 3 minimum wages. The most prescribed medications were pregabalin and fluoxetine, whereas the most recommended non-pharmacological treatments were aerobic exercises. The means of the PDS, FIQR, GAD-7, PHQ-9 questionnaires were moderate to severe. **Conclusion:** The patients analyzed had long-lasting illness and the most prescribed treatment was pharmacological treatment associated with aerobic exercise. The questionnaires demonstrated a population with moderate to severe impact on mental health and quality of life.

Keywords: Fibromyalgia; Epidemiology; Quality of life; Database.

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome complexa, crônica, caracterizada por fadiga, dor musculoesquelética difusa, distúrbios do sono, cognitivos e do humor, podendo ainda estar associada à irritação intestinal e migrânea¹. Chama-se a FM de síndrome porque a associação de sinais e sintomas que os pacientes apresentam se repetem com maior frequência do que o esperado pelo acaso¹⁻⁴. É uma síndrome prevalente, sendo uma importante causa de dor musculoesquelética e de afastamento do trabalho⁵. Na população mundial, estima-se que a prevalência da FM seja de 0,7 a 5%, enquanto que no Brasil a prevalência é estimada em 2,5%^{1,4,6}. Ao analisar os pacientes dos ambulatorios de reumatologia geral, este número pode chegar a 10%. O acometimento é maior em mulheres com uma proporção aproximada de 8:1, quando utilizados os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR)^{1,2}. A idade de maior incidência é descrita entre 30 a 50 anos⁷. Estudos epidemiológicos observaram maior associação de FM com doenças crônicas do que na população geral¹.

Como a etiopatogenia da FM é complexa e não existe marcador para estabelecer o diagnóstico definitivo, foi necessária a elaboração de critérios para estudos epidemiológicos e terapêuticos¹⁻⁴. Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR 1990) publicou “critérios para classificação desta síndrome”⁶, nos quais a combinação de dor generalizada em combinação com sensibilidade em 11 ou mais dos 18 pontos dolorosos especificados (os *tender points*), podem proporcionar sensibilidade de 88,4% e especificidade de 81,1%, para a classificação da síndrome da FM^{6,7}. Os *tender points* relacionam-se com avaliação global da gravidade das manifestações clínicas, da fadiga, do distúrbio do sono, da depressão e da ansiedade⁵. Em 2010, o ACR realizou revisão nos critérios ACR 1990 e apresentou os Critérios Diagnósticos Preliminares para a Fibromialgia (ACR 2010). Estes, por sua vez, aboliram a contagem de pontos sensíveis e deram ênfase na associação entre fadiga, distúrbios do sono, distúrbios cognitivos, sintomas somáticos e dor crônica generalizada⁸. Em 2011, os critérios foram modificados com inclusão do item “Sintomas Somáticos” e, em 2016, foi realizada uma nova re-

visão na qual foram corrigidos alguns aspectos: a dor difusa voltou a ser critério obrigatório sem a necessidade de excluir outras enfermidades para diagnóstico de FM⁹. Além disso, houve orientação quanto à inclusão do Índice de Dor Generalizada (IDG) e a Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS). O IDG é calculado somando-se um ponto para cada uma de 19 áreas nas quais o paciente refere dor. Já a EGS varia de 0 a 12 pontos e avalia a gravidade de fadiga, de sono não reparador, de dificuldade de concentração e de memória, além dos sintomas somáticos. Segundo os critérios do ACR de 2010, o diagnóstico de FM é feito com IDG ≥ 7 e EGS ≥ 5 , ou com IDG 3 a 6 e EGS ≥ 9 , sendo que os sintomas devem estar presentes de forma semelhante há pelo menos 3 meses e o paciente não deve ter nenhuma outra condição que justifique a causa da dor^{1,7-9}.

Com a soma das pontuações do IDG (19 pontos) e da EGS (12 pontos), criou-se um escore com variação de 0 a 31 pontos⁵. Esta variação é nomeada *Polysymptomatic Distress Scale* (PDS), sendo traduzida para o português como Escore de Gravidade da FM. O PDS apresenta boa correlação com variáveis como depressão, ansiedade, dor, qualidade de vida, funcionalidade, dificuldades financeiras e desempenho de papel social^{4,5}.

De uma maneira geral, cerca de 90% dos pacientes com FM apresentam manifestações satélites da doença como síndrome da fadiga crônica (50%), distúrbios funcionais intestinais (40%), cistite intersticial (12%), dor pélvica crônica (5%), cefaleia (53%), disfunção da articulação temporomandibular (75%) e síndrome das pernas inquietas (15%). É importante o reconhecimento e o tratamento dessas manifestações, visto que estas condições podem acrescentar sofrimento e agravamento do quadro clínico principal¹.

Em 2010 foi criado o Projeto Epifibro pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (Estudo Epidemiológico da Fibromialgia no Brasil), que avaliou de maneira multicêntrica 810 pacientes com fibromialgia em vários centros de referência e foi finalizado em 2015¹³. Posteriormente, um novo estudo, Epifibro 2.0, atualizou os questionários de pesquisa com os objetivos de continuar a avaliação sobre a epidemiologia da FM, suas comorbidades e analisar de uma maneira mais ampla as condutas farmacoló-

gicas e não farmacológicas adotadas. Assim, foram acrescentados os seguintes questionários: de impacto da FM (FIQR)⁴, questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9)¹³ e de Desordem de Ansiedade Generalizada (GAD 7). Nosso Centro faz parte do Projeto Epifibro 2.0 e nossa análise se baseou na utilização de dados com formulários e questionários específicos do protocolo desse Projeto.

Dessa forma, um maior número de estudos com avaliação mais ampla e um maior número de variáveis em populações distintas, pode proporcionar uma análise mais abrangente e ao mesmo tempo individualizada.

Os objetivos deste estudo foram: avaliar o perfil epidemiológico da FM e as comorbidades associadas mais frequentes nos pacientes atendidos no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Antonio Cassiano Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM/UFES); estudar o impacto desta condição na qualidade de vida dos pacientes, utilizando escores específicos; e avaliar as terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas.

MÉTODOS

Estudo descritivo com base em dados de registros do Projeto Epifibro 2.0 de pacientes atendidos em ambulatório de Dor Musculoesquelética do Serviço de Reumatologia do HUCAM, que preencheram os Critérios ACR 1990 (baseado na palpação de pontos dolorosos) e 2010 modificados (baseado na aplicação de questionários). Os pacientes foram convidados a responder questionários padronizados do Projeto Epifibro 2.0 e todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUCAM (CAAE: 53711816.4.2013.5071).

Os médicos que coordenaram os atendimentos foram cadastrados no site do Epifibro e os pacientes participantes foram avaliados uma única vez. No questionário foram avaliados diversos dados epidemiológicos, como o local geográfico de atendimento, sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, recebimento de auxílio-doença, situação profissional e tempo de dor.

Como requisito para participarem do estudo, os pacientes deveriam preencher os critérios de inclusão de FM pelo ACR 2010, sendo estes dados avaliados pelo Índice de Dor Generalizada (IDG) e pela Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS). Nesta mesma ficha, os participantes foram avaliados por meio do Questionário de Impacto da Fibromialgia Revisada (FIQR), do Questionário de Desordem de Ansiedade Generalizada (GAD7), do Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9), além de serem analisados os tratamentos farmacológicos, não farmacológicos e as comorbidades associadas.

Para comparação e associação das informações foram utilizados testes não-paramétricos. O teste de Mann-Whitney foi usado para comparar os grupos no caso de 2 categorias. Para comparação de 3 ou mais categorias foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Testes bilaterais foram realizados usando nível de significância igual a 5%. Outro método utilizado foi a análise de correlação entre um grupo de variáveis. O coeficiente de correlação de Spearman quantificou a intensidade da associação linear existente entre as variáveis, e a partir do teste verificou-se a significância dessa associação. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para análise dos dados foi utilizado o programa *IBM SPSS Statistics 20.0*.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 69 pacientes com diagnóstico de FM, atendidos no Ambulatório de Reumatologia do HUCAM. Destes pacientes 94,2% (n=65) eram do sexo feminino, com média de idade de 58,27 ±9,62 anos. Observou-se que 59,4% (n=41) dos pacientes tinham mais de 10 anos de diagnóstico e 53,6% (n=37) eram casados. Quanto à escolaridade, 34,8% (n=24) completaram ensino médio, 2,9% (n=2) tinham curso superior incompleto, 4,3% (n=3) completaram o curso superior e 1,4% (n=1) concluíram a pós-graduação. Cerca de 90% tinham renda familiar de até 3 salários-mínimos e 36,2% estavam desempregados ou responderam que eram trabalhadores do lar, sem renda formal. As características epidemiológicas e socioculturais dos pacientes estão na Tabela 1.

TABELA 1. Perfil clínico dos pacientes com fibromialgia

Variável / Categoria	Resposta	N	N%
Diagnóstico de fibromialgia	Sim	69	100,0%
Dor por mais de 3 meses	Sim	69	100,0%
Tipo de atendimento	Primeiro	4	5,8%
	Seguimento	65	94,2%
Há quanto tempo tem dor	03 a 05 anos	6	8,7%
	05 a 10 anos	21	30,4%
	>10 anos	41	59,4%
	Nulo	1	1,4%
Setor de atendimento	Público	69	100%
	Privado	0	0%
Sexo	Feminino	65	94,2%
	Masculino	4	5,8%
Auxílio-Doença	Não	62	89%
	Sim	6	8,7%
	Nulo	1	1,4%
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	8	11,6%
	Ensino Fundamental Incompleto	22	31,9%
	Ensino Médio Completo	24	34,8%
	Ensino Médio Incompleto	7	10,1%
	Ensino Superior Completo	3	4,3%
	Ensino Superior Incompleto	2	2,9%
	Não Alfabetizado	2	2,9%
Estado Civil	Pós-graduação Completo	1	1,4%
	Casado	37	53,6%
	Divorciado	11	15,9%
	Solteiro	11	15,9%
Renda Familiar	Viúvo	10	14,5%
	< 01 Salário-mínimo	7	10,1%
	01 A 03 Salários-mínimos	53	76,8%
	04 A 07 Salários-mínimos	7	10,1%
	07 A 10 Salários-mínimos	1	1,4%
Situação Profissional	Aposentado por Invalidez	11	15,9%
	Aposentado por Tempo de Serviço	12	17,4%
	Desempregado	11	15,9%
	Do Lar	14	20,3%
	Empregado	10	14,5%
	Informal	11	15,9%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Entre as comorbidades mais associadas com a FM estiveram a hipertensão arterial, presente em 53,6% (n=37) dos pacientes. As doenças da tireoide

e osteoartrite também foram significativamente representativas, afetando 26,1% (n=18) e 20,3% (n=14) dos indivíduos do grupo estudado (Tabela 2).

TABELA 2. Comorbidades mais frequentes nos pacientes com FM

FM x Comorbidades	N	N%
Hipertensão Arterial	37	53,6%
Hipotireoidismo	18	26,1%
Osteoartrite	14	20,3%
Lombalgia	12	17,4%
Diabetes Mellitus	11	15,9%
Nenhuma das respostas acima	5	7,2%
Doença Cardiovascular	3	4,3%
Lesões de Partes Moles	2	2,9%
Artrite Reumatoide	1	1,4%
Outras	14	20,3%

Fonte: Elaborado pelos autores.

As medicações mais prescritas foram pregabalina (40,5%), fluoxetina (36,2%), dos analgésicos dipirona e paracetamol (27,5%), seguido da duloxetina e gabapentina (26,1%) (Tabela 3). Cerca de 8,69% (n=6) dos pacientes não faziam uso de medicamentos; 14,49% (n=10) estavam em uso de monoterapia; 17,3% (n=12) estavam com terapia dupla; 21,74% (n=15) com terapia tripla e 36,23% (n=25) usavam mais de 3 medicações (Tabela 4).

Os medicamentos mais usados no grupo com monoterapia foram paracetamol, dipirona e duloxetina; os mais usados no grupo em uso de dois medicamentos foram a pregabalina, seguidos de dipirona, trazodona e fluoxetina; no grupo em uso de 3 medicamentos, os mais utilizados foram a fluoxetina, a pregabalina e a dipirona; no grupo em uso de mais de 3 medicamentos predominaram pregabalina, fluoxetina, tramadol e dipirona.

As terapias não farmacológicas mais realizadas foram os exercícios aeróbicos, que foram descritos por 69,5% dos pacientes (n=48), seguido de participação em grupos de educação sobre a doença, 27,5% (n=19) e de realização de protocolos de alongamento 17,4% (n=12) (Tabela 5).

Crterios diagnsticos e escalas

Na Tabela 6 esto descritas as medidas de posio e variabilidade das escalas aplicadas nos questionrios. A mdia do IDG foi de 14,7±4,3, do EGS foi de 8,4±3,0, do PDS foi de 23,0 ±6,4 pontos e do

TABELA 3. Terapias medicamentosas mais prescritas

Medicamentos	N	N%
Pregabalina ^{2,3,4}	28	40,5%
Fluoxetina ^{2,3,4}	25	36,2%
Dipirona ^{1,2,3}	19	27,5%
Paracetamol ¹	19	27,5%
Duloxetina ¹	18	26,1%
Gabapentina	18	26,1%
Tramadol ⁴	16	23,2%
Ciclobenzaprina	15	21,7%
Trazodona ²	14	20,3%
Amitriptilina	13	18,8%
Clonazepam	13	18,8%
Sertralina	10	14,5%
Citalopram	5	7,2%
Codeína	5	7,2%
Zolpidem	5	7,2%
Nortriptilina	4	5,6%
Codeína + paracetamol	2	2,8%
Escitalopram	2	2,8%
Venlafaxina	2	2,8%
Alprazolam	1	1,4%
Desvenlafaxina	1	1,4%
Metadona	1	1,4%

¹ Medicamento mais utilizado em monoterapia; ² Medicamentos mais utilizados em terapia dupla; ³ Medicamentos mais utilizados em terapia tripla; ⁴ Medicamentos mais utilizados nos pacientes que faziam uso de mais de 3 mediaes. Fonte: Elaborado pelos autores.

TABELA 4. Terapias medicamentosas utilizadas por paciente

Terapias medicamentosa	Pacientes	Porcentagem
Sem uso de medicao	6	8,69%
Monoterapia	10	14,49%
Terapia dupla	15	18,84%
Terapia tripla	13	18,84%
Mais de trs medicamentos	25	36,23%

Fonte: Elaborado pelos autores.

FIQR total foi de 68,6 ±21,8 pontos. Tambm foram avaliados o GAD-7 com mdia 13,4 ±5,7 e o PHQ-9 com 15,8 ±6,9 pontos.

TABELA 5. Pacientes que fizeram uso de terapias não medicamentosas

Terapias não medicamentosas	N	%
Exercícios aeróbicos	48	69,5%
Educação sobre a doença	19	27,5%
Exercícios de alongamento	12	17,4%
Musculação	10	14,5%
Fisioterapia tradicional	7	10,1%
Hidroterapia	7	10,1%
Infiltrações de pontos miofasciais	5	7,2%
Psicoterapia cognitivo-comportamental	5	7,2%
Acupuntura	4	5,7%
Pilates	1	1,4%
Técnicas de relaxamento	1	1,4%

Fonte: Elaborado pelos autores.

TABELA 6. Variabilidade das escalas de gravidade, impacto na saúde, depressão e ansiedade

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP
IDG	3,0	19,0	14,7	16,0	4,3
EGS	0,0	12,0	8,4	9,0	3,0
PDS	3,0	31,0	23,0	24,0	6,4
FIQR	12,5	100,0	68,6	72,8	21,8
Sintomas	4,5	50,0	34,3	36,0	10,7
Domínio	5,3	30,0	20,1	21,3	6,7
Impacto	0,0	20,0	14,2	16,0	5,9
PHQ9	0,0	27,0	15,8	16,0	6,9
GAD7	0,0	21,0	13,4	14,0	5,7

Desvio padrão (DP), Índice de Dor Generalizada (IDG), Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS), Polysymptomatic distress Scale (PDS), Questionário Impacto da Fibromialgia Revisado (FIQR), Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), Desordem de Ansiedade Generalizada-7 (GAD-7). Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram avaliados o grau de comprometimento categorizado e o nível de gravidade de cada escala (Tabelas 7 e 8). Já na Tabela 9 foi aplicada a correlação de Spearman entre as escalas para avaliar a significância entre todas elas na FM.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado uma maior prevalência de FM no sexo feminino, de forma semelhante a

TABELA 7. Classificação dos escores de acordo com o nível de gravidade da FM

Escalas	N	%	
PDS	Normal	1	1,4%
	Leve	1	1,4%
	Moderado	2	2,9%
	Grave	15	21,7%
	Muito Grave	50	72,5%
FIQR	Leve	8	11,6%
	Moderada	8	11,6%
	Grave	53	76,8%
	Nenhum	6	8,7%
	Leve	6	8,7%
PHQ9	Moderado	18	26,1%
	Moderadamente grave	15	21,7%
	Grave	24	34,8%

Polysymptomatic distress Scale (PDS), Questionário Impacto da Fibromialgia Revisado (FIQR), Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9). Fonte: Elaborado pelos autores.

TABELA 8. Agrupamento das categorias por gravidade dos escores

Escalas	N	%	
PDS	Normal - leve	2	2,9%
	Moderado - grave - muito grave	67	97,1%
FIQR	Leve	8	11,6%
	Moderado - grave	61	88,4%
PHQ9	Nenhum - leve	12	17,4%
	Moderado - moderadamente grave - grave	57	82,6%

* Polysymptomatic distress Scale (PDS), Questionário Impacto da Fibromialgia Revisado (FIQR), Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9). Fonte: Elaborado pelos autores.

outros estudos^{1,3,14-16}. Quanto à escolaridade, 34,8% dos pacientes tinham ensino médio completo, 76,8% (n=53) tinham renda de até 3 salários, 15,9% (n=11) estavam desempregados, 20,3% (n=14) eram donas de casa e não relataram renda oficial, 15,9% (n=11) informaram serem aposentados por invalidez e 17,4% (n=12) por tempo de trabalho, 14,5% (n=10) estavam empregados e 15,9% (n=11)

TABELA 9. Correlação de Spearman entre os escores da FM

		EGS	IDG	FIQR-Domínio	FIQR-Impacto	FIQR-Sintomas	FIQR-Total	GAD7	PHQ9	PDS
EGS	Correlação	1,00								
	valor-p	-								
IDG	Correlação	0,47	1,00							
	valor-p	<0.001	-							
FIQR - Domínio	Correlação	0,39	0,52	1,00						
	valor-p	<0.001	<0.001	-						
FIQR - Impacto	Correlação	0,49	0,61	0,80	1,00					
	valor-p	<0.001	<0.001	<0.001	-					
FIQR-Sintomas	Correlação	0,51	0,55	0,79	0,82	1,00				
	valor-p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-				
FIQR - Total	Correlação	0,50	0,59	0,91	0,92	0,96	1,00			
	valor-p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-			
GAD7	Correlação	0,51	0,37	0,32	0,32	0,51	0,44	1,00		
	valor-p	<0.001	0,001	0,006	0,006	<0.001	<0.001	-		
PHQ9	Correlação	0,68	0,42	0,46	0,47	0,60	0,57	0,72	1,00	
	valor-p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-	
PDS	Correlação	0,79	0,88	0,53	0,61	0,67	0,66	0,47	0,58	1,00
	valor-p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-

Índice de Dor Generalizada (IDG), Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS), *Polysymptomatic distress Scale* (PDS), Questionário Impacto da Fibromialgia Revisado (FIQR), Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), Desordem de Ansiedade Generalizada-7 (GAD-7). Fonte: Elaborado pelos autores.

trabalhavam de maneira informal, sem renda fixa. As causas relatadas de aposentadoria por invalidez foram: fibromialgia, osteoartrose de joelho e lombalgia crônica. A média de idade dos pacientes foi de 58,27 anos, um achado superior ao estudo brasileiro recente com 500 pacientes com média de 51,8 anos¹⁷ e quase metade dos pacientes tinham mais de 10 anos de diagnóstico e sintomatologia (Tabela 1).

Os pacientes com FM possuem duas vezes mais chances de infarto do miocárdio, hipertensão arterial e diabetes¹². Em nosso estudo, a hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente, seguida de hipotireoidismo e de osteoartrite (Tabela 2).

O tratamento da FM deve agregar estratégias farmacológicas e não farmacológicas, além da participação ativa do paciente. Desse modo, existem quatro grandes pilares no tratamento: educação sobre a doença, atividade física, terapias psicológicas e terapias medicamentosas. No entanto, somente um quarto dos pacientes realiza estas estratégias de

forma adequada¹. É relatada dificuldade de acesso a determinados medicamentos e tratamentos pelos pacientes e pelos profissionais, principalmente no sistema público de saúde¹⁸. A maioria dos pacientes fazia uso de mais de 3 medicamentos combinados, com objetivo de obter efeito sinérgico com as medicações, de forma individualizada (Tabela 4). A fluoxetina e a pregabalina foram as duas medicações mais prescritas, seguidas de analgésicos não opióides e da duloxetina (Tabela 3). Acreditamos que o uso da fluoxetina e dos analgésicos não opióides foram superiores ao uso da duloxetina devido ao acesso mais facilitado no SUS¹⁹. A predominância do uso da pregabalina pode ter relação com a presença dos sintomas por um tempo maior do que 10 anos, observado na maioria dos pacientes estudados, e a preferência deles por essa substância, embora indisponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

A pregabalina e a gabapentina fazem parte de uma classe de medicamentos, os alfa-2-agonistas,

que possuem similaridade estrutural com o neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA), com ação em canais de cálcio voltagem-dependentes. Essas moléculas se ligam às subunidades alfa-2-delta de canais de cálcio. Foi demonstrado que têm ação na redução da aferência do estímulo doloroso, por meio da atuação nos canais de cálcio do neurônio pré-sináptico²¹. Há evidências da melhora da dor, da ansiedade, da fadiga e da qualidade do sono^{19,20}.

O antidepressivo mais utilizado nessa avaliação foi a fluoxetina, seguido da amitriptilina e duloxetina (Tabela 3). Os antidepressivos, apesar de não se ligarem a receptores opióides, potencializam o efeito antinociceptivo de analgésicos opióides comumente utilizados, além de atuarem no sistema descendente inibitório do estímulo doloroso, inibindo a recaptação de monoaminas e ajudando, também, no controle da fadiga e do sono^{20,21}. As doses utilizadas no tratamento da FM são menores do que as necessárias para o controle da depressão.

Sabe-se que a indicação de ansiolíticos está restrita à presença de mioclonias e síndrome das pernas inquietas¹⁴. A maioria destas medicações prescritas para os pacientes acompanhados no nosso Serviço (Tabela 3) foram oriundas de médicos não reumatologistas das Unidades Básicas de Saúde.

Indutores do sono não benzodiazepínicos foram utilizados por 7,4 % dos pacientes estudados (Tabela 3). Os distúrbios do sono podem ser controlados com os indutores do sono como o zolpidem e o zopiclona, que são recomendados na FM (grau de recomendação D)¹⁴.

A ciclobenzaprina foi utilizada por 21,7% (n=15) dos pacientes e apesar de ser considerada uma amina tricíclica, não tem efeito antidepressivo, mas possui um efeito miorrelaxante de ação central²¹.

Entre os pacientes que faziam uso de mais de 3 medicações de forma concomitante a pregabalina, a fluoxetina, o tramadol e a dipirona foram os mais prescritos (Tabela 3).

O tratamento não farmacológico pode promover redução significativa da dor crônica, da fadiga e melhora do humor na FM, sendo recomendado em vários consensos^{14,20,23-25}. Em nosso estudo, o tratamento não farmacológico mais prescrito foi a prática de exercícios aeróbicos, seguido da educa-

ção sobre a FM (Tabela 5). Todas as prescrições foram realizadas de forma individualizada conforme o perfil de cada paciente.

Quanto aos instrumentos de avaliação do estudo, o FIQR vem sendo utilizado em ensaios clínicos e na prática médica desde 1993¹⁴. É um instrumento de fácil compreensão e aplicação, que foi validado para medir a capacidade funcional e o estado de saúde de pacientes e que auxilia no diagnóstico e tratamento dessa síndrome²⁵. O PDS consiste em uma ferramenta de estudo que avalia a gravidade da doença e a evolução clínica do paciente¹⁹. Foram observados números de média e mediana elevados nos quatro tipos de escores estudados, PDS, FIQR, GAD-7 e PHQ-9, com classificação quanto ao nível de gravidade elevados, como mostrado nas Tabelas 6 e 7. As escalas de gravidade dos sintomas, do impacto da FM, da ansiedade e da qualidade da saúde dos pacientes se relacionaram de maneira significativa (Tabela 8). Ao comparar os escores utilizando a correlação de Spearman, foi observada relação significativa entre todas as escalas aplicadas, com valores de $p < 0,05$ (tabela 9). Valores de correlações mais próximos a 1 indicam uma forte associação entre as variáveis. O impacto negativo na qualidade de vida não teve relação com sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, renda e duração dos sintomas.

CONCLUSÃO

Sabe-se que uma boa anamnese e um exame físico detalhado são fundamentais para o diagnóstico da FM. No entanto, após a aplicação dos questionários foi mais bem delineado o impacto na saúde mental e na qualidade de vida da população estudada. Dessa forma, a população foi classificada com impacto moderado a grave na saúde mental e na qualidade de vida.

Concluiu-se que os questionários utilizados (PDS, FIQR, GAD-7 e PHQ-9), além de permitir uma avaliação mais ampla dos pacientes, são instrumentos de fácil aplicação e podem contribuir para uma abordagem propedêutica mais eficiente. Em nosso estudo foi observado que a gravidade dos sintomas se correlacionou com a intensidade das

desordens emocionais. Considerando nossa análise, a maior gravidade dos sintomas pode estar relacionada ao perfil dos pacientes atendidos em hospital terciário de referência.

REFERÊNCIAS

- Paiva ES, Martinez JE, Heymann RE. Fibromialgia. In: Moreira C, Shinjo SK, editors. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. 3rd ed. São Paulo: Editora Manole; 2023. p. 272-77.
- Clauw DJ. Fibromyalgia and related syndromes. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. Rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2011. p. 769-82.
- Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome. Bull Rheum Dis. 1977;28:928-31.
- Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Rezende MC, Provenza JR, et al. Nova Diretriz para diagnóstico de fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2017;57(S2):S467-S476.
- Athayde IB, Marques ETF, Côrtes JPR. Uma abordagem geral da fibromialgia: revisão da literatura. REAMed. 2022;17:1-6.
- Yunus M, Masi EM, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary Fibromyalgia (Fibrositis) Clinical Study of 50 Patients with Matched Controls. Sem Arthr Rheum. 1981;11(1):151-71.
- Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, et al. Projeto Diretriz Fibromialgia. Sociedade Brasileira de Reumatologia. 2004;1-13.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990;33:160-72.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010;62:600-10.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016;45(3):319-29.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. 1995 Jan;38(1):19-28.
- Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. J Rheumatol. 2004 Mar;31(3):594-7.
- Martinez JE, Paiva ES, Rezende MC, Heymann RE, Junior MH, Ranzolin A, et al. EpiFibro (Registro Brasileiro de Fibromialgia): dados sobre a classificação do ACR e preenchimento dos critérios diagnósticos preliminares e avaliação de seguimento. Rev Bras Reumatol. 2017;57(2):129-33.
- Heymann RE, Paiva ES, Junior MH, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, et al. Consenso brasileiro de tratamento de fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2010;50(1):56-66.
- Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. PLoS One. 2018 Sep 13;13(9):e0203755.
- Rezende MC, Paiva ES, Junior MH, Ranzolin A, Martinez JE, Provenza JP, et al. EpiFibro – um banco de dados nacional sobre a síndrome da fibromialgia – análise inicial de 500 mulheres. Rev Bras Reumatol. 2013 Oct;53(5):382-387.
- Assis MR, Paiva ES, Junior MH, Heymann RE, Pollak DF, Provenza JR, et al. Dados de tratamento do Registro Brasileiro de Fibromialgia (EpiFibro). Advances in Rheumatology. 2020;60:1-5.
- Cao QW, Peng BG, Wang L, Huang VQ, Jia DL, Jiang H, et al. Expert consensus on the diagnosis and treatment of myofascial pain syndrome. World J Clin Cases. 2021 Mar 26;9(9):2077-89.
- Gequelim GC, Dranka D, Furlan JA, Mejia MM, Paiva ES. Estudo clínico-epidemiológico de fibromialgia em um hospital universitário do Sul do Brasil. Rev Bras Clin Med São Paulo. 2013 Oct-Dec;11(4):344-9.
- Júnior JO de O, Almeida MB. The current treatment of fibromyalgia. Br J Pain. São Paulo. 2018 Jul-Sep;1(3):255-62.
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluss E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76(2):318-28.
- Atzeni F, Talotta R, Masala S, Giacomelli C, Conversano C, Nucera V, et al. Fibromyalgia: One Year Review 2019. Clin Exp Rheumatol. 2019 Jan-Feb;116(1):3-10.
- Collado A, Rivera J, Alegre C, Casanueva B, et al. Fibromyalgia: Old opinions versus new knowledge. Reumatol Clin. 2021;17(9):554-7.
- Filho MAGO, Assis MR. Tratamento não farmacológico da fibromialgia. In: Braz AS, Ranzolin A, Heymann RE, editors. Dor Musculoesqueléticas Localizadas e Difusas. 3rd ed. Barueri [SP]: Editora Manole; 2022. p. 99-123.
- Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validation of the Brazilian Version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Rev Bras Reumatol. 2006;46(1):24-31.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: MCR, ESP, MBROG, CAMA. Investigação: CAMA, CCR, MFS, BBR, MBROG, MCR, ESP, VMP. Metodologia: MCR, ESP, VMP, MBROG, CVCA, CAMA, CCR, MFS, BBR. Coleta de dados: CAMA, CVCA, MBROG, CCR, MFS, BBR. Tratamento e análise de dados: CAMA, MBROG, CVCA, KLLLM, CCR, MFS. Redação: CAMA,

CVCA, MBROG, KLLLM, CCR, MFS, BBR. Revisão: MBROG, CVCA, KLLLM, CAMA, MCR, VMP, ESP, MFS, BBR. Aprovação da versão final: MBROG, CVCA, KLLLM, MCR, ESP, CAMA. Supervisão: MBROG, CVCA, KLLLM.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, sob o número CAAE 53711816.4.2013.5071 e parecer 6.277.859.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux.

Endereço para correspondência

Ambulatório seis, Serviço de Reumatologia, HUCAM, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória/ES, Brasil. CEP: 29043-900.