

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO INFANTIL - MESTRADO
ACADÊMICO

JOSÉ MAURO CARNEIRO FERNANDES

**FIBROMIALGIA TRAUMÁTICA E NÃO-TRAUMÁTICA: AVALIAÇÃO DO
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES**

São Luís

2010

JOSÉ MAURO CARNEIRO FERNANDES

**FIBROMIALGIA TRAUMÁTICA E NÃO-TRAUMÁTICA: AVALIAÇÃO DO
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do
Maranhão como requisito parcial para a obtenção do grau
de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Elba Gomide Mochel

São Luís

2010

JOSÉ MAURO CARNEIRO FERNANDES

**FIBROMIALGIA TRAUMÁTICA E NÃO-TRAUMÁTICA: AVALIAÇÃO DO
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do
Maranhão como requisito parcial para a obtenção do grau
de mestre.

Aprovada em: 28/ 04/ 2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elba Gomide Mochel (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. João Batista Santos Garcia
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Vinícius José da Silva Nina
Universidade Federal do Maranhão

Profª Dra. Cláudia Tereza Lobato Borges
Centro Universitário do Maranhão

À Deus, pelo dom da vida.

À minha esposa Renata e aos meus filhos Rodrigo e Marina, pelo que representam na minha vida e pelo entendimento nos vários momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil (Mestrado) pelo aprendizado durante o período deste curso.

À minha orientadora, Profa. Dra. Elba Gomide Mochel, pela aceitação, ensinamentos e paciência.

Às pacientes que fizeram parte deste trabalho, sem elas o mesmo não seria possível.

*“Limpamos o ar, mas poluímos a alma;
dominamos o átomo, mas não nosso preconceito;
escrevemos mais, mas aprendemos menos;
planejamos mais, mas realizamos menos”.*

George Carlin (1937-2008)

Comediante americano

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome de origem desconhecida, caracterizada por dor músculoesquelética difusa e crônica, e presença de múltiplas regiões dolorosas, denominadas *tender points* (pontos dolorosos), especialmente no esqueleto axial. De acordo com a origem dos sintomas, a fibromialgia pode ser classificada em traumática e não-traumática, sendo a primeira quando existe evidência de um trauma como fator desencadeante dos sintomas. Um aspecto importante quando se estuda fibromialgia é seu impacto na qualidade de vida em pacientes e familiares. Este trabalho tem por objetivo investigar o impacto na qualidade de vida em mulheres portadoras de fibromialgia de origem traumática e não-traumática. Mulheres portadoras de fibromialgia foram selecionadas para o estudo e divididas em dois grupos: portadoras de fibromialgia de origem traumática (grupo I) e portadoras de fibromialgia de origem não-traumática (grupo II). Foi utilizado um questionário estruturado para a pesquisa, onde além dos dados demográficos, analisamos a contagem de pontos dolorosos e avaliamos a intensidade da dor através da Escala Analógica Visual; o Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF) foi usado para avaliar a qualidade de vida e para a análise estatística utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Foram analisadas 72 pacientes, sendo 34 no grupo I e 38 no grupo II. Os principais fatores desencadeantes dos sintomas, considerados fatores traumáticos foram divórcio (23,5% dos casos) e perda familiar (23,5% dos casos); não houve diferença entre os grupos no que diz respeito a idade, número de filhos, renda familiar, escolaridade e estado civil; os principais sintomas apresentados pelas pacientes, além de dor difusa, foram sono não-reparador, fraqueza, fadiga e parestesias, sem diferença entre os dois grupos; entre os sintomas associados, a cefaléia teve uma prevalência maior no grupo I ($p=0,0006$); a contagem de pontos dolorosos e a avaliação da intensidade da dor foram semelhantes entre os dois grupos; já a avaliação da qualidade de vida pelo QIF foi pior no grupo I ($p<0,0001$). Concluindo, neste estudo observou-se um maior impacto na qualidade de vida de mulheres portadoras de fibromialgia de origem traumática.

Palavras-chave: Fibromialgia. Mulher. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndrome whose causes are as yet unknown. It is characterized by widespread chronic musculoskeletal pain as well as by the presence of painful areas called *tender points*, especially in the axial skeleton. According to the origins of symptoms, fibromyalgia can be classified as traumatic or non-traumatic, being the former considered when there is evidence of trauma as a triggering factor of the symptoms. Given that the impact of this disease on patients and relatives' quality of life is an important aspect to be taken into account, this paper aims at investigating the impact on the well-being of women suffering from both traumatic and non-traumatic fibromyalgia. Women suffering from fibromyalgia were selected to the study and divided in two groups: sufferers from traumatic-induced fibromyalgia (group I) and sufferers from non-traumatic fibromyalgia (group II). An structured questionnaire was used for the research, from which the counting of tender points has been analyzed and the pain intensity has been evaluated (through the Visual Analog Scale - VAS), in addition to the demographic data; the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) has been used to assess the quality of life and, to the statistic analysis, the Mann-Whitney test was used. 72 patients have been analyzed, being 34 from group I and 38 from group II. The main symptoms triggering factors - here understood as traumatic factors – were divorce (23.5% of cases) and loss of family members (23.5% of cases); no difference between groups was found concerning age group, number of children, family income, education level, or marital status; the main symptoms reported by the patients, besides widespread pain, were fatigue, sleep disturbance, weakness and paresthesias, with no difference between groups; amongst the associated symptoms, headache was more prevalent in group I ($p=0.0006$); the counting of tender points and the pain intensity measurement were similar in both groups; as for the FIQ for quality of life evaluation, it has been worse within group I ($p<0,0001$). As a conclusion, a stronger impact on the quality of life of women suffering from traumatic fibromyalgia has been observed in this study.

Keywords: Fibromyalgia. Woman. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	American College of Rheumatology
C5	Quinta Vértebra Cervical
C6	Sexta Vértebra Cervical
FIQ	The Fibromyalgia Impact Questionnaire
FM	Fibromialgia
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
QIF	Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia
SNC	Sistema Nervoso Central
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados demográficos dos dois grupos estudados. São Luis – Ma, 2009.....	27
Tabela 2	Prevalência dos fatores desencadeantes (trauma) dos sintomas no grupo de pacientes de origem traumática. São Luís – Ma, 2009.....	28
Tabela 3	Prevalência dos principais sintomas apresentados pelas pacientes nos dois grupos estudados. São Luís- MA, 2009.....	28
Tabela 4	Prevalência dos principais sintomas associados apresentados pelas pacientes nos dois grupos estudados. São Luís – MA, 2009.....	29
Tabela 5	Prevalência dos tipos de medicamentos utilizados no tratamento da fibromialgia entre os dois grupos estudados. São Luís – MA, 2009.....	29
Tabela 6	Características clínicas das pacientes nos dois grupos estudados. São Luís – MA, 2009.....	30
Tabela 7	Detalhamento dos quesitos do QIF (Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia) nos dois grupos estudados. São Luís – MA, 2009	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1	Aspectos históricos.....	13
2.2	Definição e classificação.....	14
2.3	Epidemiologia.....	15
2.4	Aspectos etiopatogênicos.....	16
2.5	Aspectos clínicos.....	19
2.6	Fibromialgia e qualidade de vida.....	20
3	OBJETIVO.....	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de Estudo.....	23
4.2	Local e Período do Estudo.....	23
4.3	Amostra.....	23
4.4	Fundamentos.....	23
4.5	Instrumentos.....	24
4.6	Critérios de não inclusão.....	25
4.7	Processamento e análise dos dados.....	25
4.8	Aspectos Éticos.....	26
5	RESULTADOS	27
6	CONCLUSÕES.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICES	39
	ANEXOS.....	43
7	ARTIGO CIENTÍFICO.....	49
7.1	Classificação Qualis do periódico na área de medicina II.....	49
7.2	Normas editoriais.....	49
7.3	Artigo completo.....	54

1 INTRODUÇÃO

Fibromialgia (FM) é uma síndrome complexa, de origem desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, presença de múltiplas regiões dolorosas, denominadas tender points, especialmente no esqueleto axial e, frequentemente, associada à fadiga, ansiedade, distúrbios do sono e incapacidade funcional (WOLFE et al., 1990).

Embora seja uma das principais doenças observadas nos consultórios reumatológicos, a FM ainda não recebe a merecida atenção da especialidade. O seu reconhecimento como uma entidade nosológica real nos proporcionou uma melhora considerável na compreensão dos mecanismos de geração e perpetuação da dor (WOLFE et al., 1995).

Apesar de ter sido considerada por muitos anos como doença de fundo emocional, sabemos que o processo doloroso em vias nervosas já neuropsiquicamente sensibilizadas gera uma reatividade emocional, exacerbando a sensibilidade dolorosa e facilitando o aparecimento de distúrbios psicossociais secundários e desordens psiquiátricas coexistentes (WOLFE et al., 1995).

Dados epidemiológicos mostram que a prevalência da FM aumenta com a idade e alguns fatores associados incluem estado civil divorciado e baixo nível educacional (WHITE; SPEECHLEY; HARTH e OSTYBYE, 1999), além de sexo feminino, história familiar positiva para a doença, presença de distúrbios do sono e de outras doenças dolorosas crônicas, como artrite reumatóide ou lúpus eritematoso sistêmico (GERWIN, 2005; GREENFIELD; FITZCHARLES e ESDAILE, 1992).

Entre 14 a 23% de pacientes com FM relatam que seus sintomas iniciam após um trauma físico, como uma cirurgia (BRADLEY e ALARCON, 1997; GOLDENBERG, 1993). Tem-se mostrado consistentemente que pacientes que desenvolvem FM após trauma físico são caracterizados por níveis altamente significantes de inabilidade, inatividade e compensação financeira que pacientes sem FM “reativa” ou traumática (GREENFIELD, FITZCHARLES e ESDAILE, 1992; BRADLEY e ALARCON, 1997; GOLDENBERG, 1993).

O impacto sócio econômico da FM é maior quando da persistência dos sintomas, uma vez que é responsável pelo afastamento prematuro da força de trabalho, gerando custos

associados com o tratamento em si e custos indiretos consideráveis. Estes últimos não podem ser quantificados com certeza, mas estima-se que cerca de 15 a 20% do total de custos no campo da reumatologia seja devido à FM (NOLLER e SPROTT, 2003).

A partir da vivência diária com pacientes portadores de FM no ambulatório de reumatologia, acompanhando o sofrimento dos mesmos e a sua evolução muitas vezes não satisfatória nasceu a idéia deste trabalho. Sabendo que a FM é uma síndrome de caráter crônico, que pode levar a um certo grau de incapacidade e influenciar na qualidade de vida do paciente e baseado no grande número de pacientes acometidos pela doença como mostram os estudos de prevalência, especialmente mulheres em fase ativa/produtiva de suas vidas (SENNA et al, 2004) um estudo dessa magnitude em um serviço público de referência é importante para que se possa de acordo com os resultados ver a necessidade de uma abordagem diferente ou não no processo evolutivo dos pacientes acometidos pela doença.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos históricos

A fibromialgia representa um importante segmento da fenomenologia dolorosa do ser humano, sendo responsável em todos os países do mundo por uma quantidade expressiva de consultas médicas envolvendo sintomatologia musculoesquelética crônica, entre outras manifestações clínicas (HELFENSTEIN e FELDMAN, 2002).

Balfour (1824) e Valleix (1841) (apud MARTINEZ, 1997) descreveram pacientes com pontos musculares hipersensíveis à palpação e passíveis de desencadear dor irradiada.

A descrição das principais manifestações clínicas, como queixas álgicas distribuídas difusamente pelo corpo, sensação de fadiga e distúrbios do sono, foi feita por Sir Willian Gowers (1904) (apud FREIRE et al., 2006), que introduziu o termo fibrosite. Nesse mesmo ano, Stockman (apud FREIRE et al., 2006) descreveu áreas musculares circunscritas, inflamadas, dolorosas e sensíveis à dígitopressão, e a biópsia dessas regiões mostrou processo inflamatório do tecido conectivo.

Smythe e Moldosfsky, em 1977, restringiram o uso da palavra fibrosite à sintomatologia de pacientes que apresentassem dores musculoesqueléticas difusas acompanhadas de pontos dolorosos à dígitopressão, fadiga e distúrbios do sono (MARTINEZ, 1997; SMYTHE e MOLDOFSKY, 1977). Mas desde essa época o termo fibrosite vem sendo criticado, em especial pela não conformação das alterações inflamatórias descritas por Stockman (MARTINEZ, 1997).

Em 1981, Yunus propõe o termo fibromialgia, que foi sendo adotado pela maioria dos autores a partir daí (YUNUS et al., 1981). Aos poucos, esta síndrome foi despertando interesse na prática clínica, em virtude de sua multissistemicidade e do elevado número de pacientes acometidos (SENNA et al., 2004; FREIRE et al., 2006).

Em 1990, após estudo multicêntrico envolvendo 16 serviços de FM do Canadá e dos Estados Unidos da América, foram publicados os critérios de classificação de acordo com o American College of Rheumatology (ACR) que são: dor difusa e persistente por mais de 3 meses e presença de dor em 11 dos 18 pontos dolorosos -tender points (WOLFE et al., 1990).

2.2 Definição e classificação

O tema fibromialgia sempre esteve envolto em controvérsias e polêmicas. Mesmo o estabelecimento de seu conceito e a validade do uso do termo “fibromialgia” como diagnóstico específico tem sido motivo de debate na literatura até recentemente (MARTINEZ, 2006).

Mas os pacientes tem um quadro clínico uniforme e quando agrupados sob a denominação de “síndrome da fibromialgia” puderam ser estudados através do método científico, obtendo-se assim grandes avanços no entendimento, não só da sua fisiopatologia, como também de abordagens a serem implantadas (MARTINEZ, 2006).

A FM é uma síndrome dolorosa crônica caracterizada pela distribuição generalizada das queixas álgicas e pela presença de pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos à palpação de regiões específicas do corpo, conforme critérios definidos pelo Colégio Americano de Reumatologia e validados para o contexto brasileiro em 1998 (HAUM, FERRAZ e POLAK, 1999). Essas regiões específicas do corpo compreendem 9 pares: suboccipital- na inserção do músculo suboccipital; cervical baixo- atrás do terço inferior do esternocleidomastóideo, no ligamento intertransverso c5/c6; trapézio- ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo; supra-espinhoso – acima da escápula, próximo à borda medial, na origem do músculo supra-espinhoso; 2ª junção costo-condral – lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral; epicôndilo lateral- 2 a 5cm distal ao epicôndilo lateral; glúteo médio- na parte média do quadrante súpero-externo na porção anterior do músculo glúteo médio; trocântérico – posterior à proeminência do grande trocânter; joelho- no coxim gorduroso, pouco acima da linha média (HAUM, FERRAZ e POLAK, 1999).

Embora a etiologia da FM seja desconhecida, um número de investigadores tem sugerido que trauma físico ou emocional pode desencadear a doença em indivíduos suscetíveis (CLAUW e WILLIAMS, 2002). Essa visão é baseada pelo fato de muitos indivíduos com FM relatarem ter um ou mais eventos traumáticos antes do início de seus sintomas (CICCONE et al., 2005). Dessa forma a FM pode ser classificada baseada na presença de um evento traumático prévio em traumática e não-traumática (GREENFIELD, FITZCHARLES e ESDAILE, 1992).

A primeira comparação entre pacientes com FM de origem traumática e não-traumática foi publicada em 1994 e mostrou poucas diferenças clínicas entre esses dois grupos (WAYLONIS e PERKINS, 1994). Boisset-Pioro et al, em 1995, ao analisarem

mulheres portadoras de FM, encontraram relato de abuso sexual na infância em 37% das mesmas, comparado com 22% de mulheres sem FM. Em outro estudo envolvendo mulheres com FM, Walker et al. (1997) encontraram relato de abuso sexual em 33% de sua amostra, comparado com 13% de mulheres com artrite reumatóide.

Embora não se possa concluir que um evento traumático possa ser responsável pelo desenvolvimento da FM, o mesmo pode ser considerado como fator de início ou perpetuação dos sintomas (AL-ALLAF et al., 2002). Naring et al., 2007, observaram que pacientes com FM tinham relato de trauma na infância mais frequentemente que pacientes com artrite reumatóide, sugerindo que um evento traumático na infância possa ter relação com o desenvolvimento de FM.

A FM pode apresentar-se isoladamente, que é muito mais comum, ou surgir com outra doença associada, principalmente os processos inflamatórios reumáticos ou collagenoses (MULLER, SCHNEIDER e STRATZ, 2007).

2.3 Epidemiologia

Até o início da década de 1990, haviam sido realizados poucos estudos que avaliavam a frequência e a distribuição da FM na população, principalmente pelo fato de não existir, até então, um “padrão ouro” para o diagnóstico e identificação dos casos (GRAN, 2003). Entretanto, com o advento dos critérios diagnósticos para a FM formulados em 1990 pelo ACR (WOLFE et al., 1990), a frequência dos estudos sobre a epidemiologia desta síndrome aumentou, e a comparação entre os resultados obtidos por meio das pesquisas tornou-se possível (GRAN, 2003; CAVALCANTE et al., 2006).

A FM afeta predominantemente os indivíduos do sexo feminino, principalmente na faixa etária dos 35 aos 60 anos, com taxas de prevalência de 1% a 11,5% (CAVALCANTE et al., 2006), em comparação às apresentadas pelos homens, que variam de 0% a 1,6% (GRAN, 2003).

Na Cidade do México, estimou-se a prevalência de doenças reumatológicas avaliando amostras estratificadas de adultos residentes na cidade; a prevalência de FM foi de 1,4%, perdendo somente para osteoartrose (2,3%) e lombalgia (6,3%) (CARDIEL e ROJAS-SERRANO, 2002). Na Índia, verificou-se que a prevalência de FM foi de 4,4% nas comunidades adultas de Bangladesh, sendo 2,3% na comunidade urbana e 3,2% na rural (HAQ et al., 2005).

No Brasil, um estudo epidemiológico realizado em Montes Claros - Minas Gerais, analisou a prevalência de doenças reumáticas, encontrando um valor de 2,5% para FM,, sendo 98% dos casos, do sexo feminino (SENNA et al., 2004).

Os estudos realizados na população pediátrica apontam menor prevalência em relação à população adulta (CAVALCANTE et al., 2006). Clark et al., em 1998, avaliaram crianças e adolescentes com idades entre 9 e 15 anos, constatando que 1,2% delas apresentavam FM. Outro estudo encontrou uma prevalência de 6,2% em uma amostra de 338 crianças em idade escolar (BUSKILA et al., 1993) .

Alguns fatores como o sexo, as condições sócio-econômicas, hábitos de vida e estado psicológico tem sido relacionados ao risco de desenvolvimento da FM (GRAN, 2003; MCBETH e JONES, 2007). Em estudo conduzido por Weir et al., em 2006, as mulheres apresentaram probabilidade 1,6 vezes maior de desenvolverem a síndrome do que os homens . Ao mesmo tempo, baixo nível de renda e escolaridade, tabagismo e elevado índice de massa corporal (IMC) parecem estar associados à doença, sendo estes dois últimos particularmente vinculados a sintomas graves (WHITE et al., 1999; MAKELA e HELIOVAARA, 1991; YUNUS, AISLAN e ALDAG, 2002). Além disso, alterações de humor, ansiedade e distúrbios alimentares, iniciados pelo menos 12 meses antes do aparecimento dos sintomas da FM já foram relatados (ARNOLD et al., 2006).

2.4 Aspectos etiopatogênicos

A etiopatogenia da FM não está ainda completamente elucidada. No entanto, os atuais conhecimentos acerca do assunto, apesar de apresentarem algumas lacunas, são suficientes para argumentar que a hipersensibilidade à dor, presente na síndrome, envolve alterações no sistema nervoso nociceptivo (NIELSEN e HENRIKSSON, 2007).

Vem-se demonstrando que ocorre no sistema nervoso central (SNC) um processo de amplificação e interpretação da dor, normalmente designado como sensibilização central (NIELSEN e HENRIKSSON, 2007; BENNET, 2004). Neste contexto de hiper-excitabilidade dos neurônios do SNC, observa-se resposta exagerada a estímulos dolorosos (hiperalgesia), aumento da duração da resposta a um estímulo breve (dor persistente) e resposta dolorosa a um estímulo normalmente não-nociceptivo, como o toque (alodinia) (YUNUS, 2000). Além disso, tem sido relatado outro importante processo, conhecido como desinibição da dor, caracterizado por alteração no sistema descendente de modulação endógena da dor (STAUD,

2007), o qual apresenta atividade antinociceptiva, e que se encontra prejudicado em pacientes com FM, em comparação a pacientes controles saudáveis (HONG e YU, 1998). Muitas condições patológicas tem sido associadas à patogenia da FM, dentre elas, estados inflamatórios, doenças reumáticas, infecções virais, alterações neuroendócrinas, as quais, em última análise, levam às alterações do SNC acima citadas (NIELSEN e HENRIKSSON, 2007; BENNET, 2004).

Recentemente, foi proposta a idéia de que existem dois principais subgrupos de pacientes com FM, que apresentam etiopatogenias distintas (NIELSEN e HENRIKSSON, 2007). O primeiro subgrupo inclui indivíduos nos quais a dor musculoesquelética generalizada é precedida por dor musculoesquelética localizada, de longa duração, o que corresponde à maioria dos casos da síndrome. Neste, os processos que dão origem à dor podem estar presentes nos músculos, tendões, ligamentos e/ou articulações, e provavelmente levam à sensibilização central e desinibição da dor, o que causa hipersensibilidade dolorosa e dor generalizada (NIELSEN e HENRIKSSON, 2007). Já no segundo subgrupo, a suposta causa da FM está relacionada a respostas anormais a situações de estresse, que podem desencadear um estado de estresse crônico, que por sua vez leva a alterações primárias das funções neuroendócrinas e do sistema nervoso autônomo (SARZI-PUYYINI et al., 2006; CROFFORD, 2006), culminando com o processo de desinibição da dor (NIELSEN e HENRIKSSON, 2007). Tais alterações são responsáveis por muitos sintomas comumente observados na FM, como dor, fadiga, insônia, alterações de humor, astenia e intolerância ortostática (STAUD, 2007).

A dor na FM parece depender de estímulos nociceptivos provenientes de tecidos profundos, notadamente dos músculos. Estes estímulos, em indivíduos geneticamente suscetíveis, podem induzir modificações neuroplásticas do SNC, ou seja, sensibilização central (BENNET, 2004; STAUD, 2007). Alguns estudos tem mostrado que essas alterações podem ser decorrentes de mudanças na microcirculação e no metabolismo energético intramusculares (HENRIKSSON, 1999; BENGTTSSON, 2002). Elvin et al., estudando o fluxo sanguíneo muscular de pacientes com FM após a realização de exercícios, verificaram que este era reduzido e mais lento nestes indivíduos do que em controles saudáveis. Os pesquisadores concluíram que os resultados obtidos indicam que a isquemia muscular pode causar dor na FM (ELVIN et al., 2006).

Resultados semelhantes foram obtidos por Jeschonneck, que analisou o fluxo sanguíneo e a temperatura da pele em cinco “tender points” de vinte pacientes com fibromialgia, observando aumento da concentração e diminuição do fluxo de eritrócitos, além

de diminuição da temperatura em quatro dos cinco “tender points” avaliados. Concluiu-se então, que ocorre vasoconstrição e conseqüente hipóxia local (JESCHONNECK, 2000). Sluka et al., demonstraram que injeções repetidas de ácido em músculos de ratos provocaram uma hiperalgesia duradoura, que foi mantida mesmo sem estímulos nociceptivos musculares, e não produziram danos ao tecido muscular (SLUKA, KALRA e MOORE, 2001).

Além disso, observou-se que essa hiperalgesia foi mantida por modificações neuroplásticas do SNC, mesmo após o término da atividade nociceptiva muscular. Diante disso, foi proposto que diminuições no pH tecidual podem causar efeitos profundos na gênese da manutenção da dor muscular. Estudos realizados com o músculo trapézio, frequentemente descrito como doloroso pelos pacientes, tem mostrado que este apresenta um suprimento relativamente pobre de capilares sanguíneos, bem como baixa densidade mitocondrial nestes indivíduos, em comparação a músculos de extremidades em pessoas normais. Assim, a baixa densidade mitocondrial deste músculo, e a conseqüente redução da sua atividade oxidativa, podem contribuir para a diminuição da sua tolerância ao trabalho e à dor (LINDMAN et al., 1993).

As infecções virais, por estarem associadas a algumas desordens reumáticas, e pelos sintomas de mialgia e fadiga que as acompanham, tem sido cogitadas como possíveis fatores etiológicos da FM (RIBEIRO e PROIETTI, 2005). Alguns estudos demonstram a associação entre infecção crônica por vírus da hepatite C e FM (BUSKILA et al., 1998; POYNARD et al., 2002) , mas Ribeiro et al., 2007 não detectaram essa associação em seu estudo. A infecção pelo vírus leva à produção de citocinas pelo sistema imunológico do indivíduo infectado, as quais podem desencadear o processo de sensibilização central. De fato, Gherson verificou que citocinas como interleucina 1, interleucina 6 e fator de necrose tumoral alfa apresentam níveis elevados em pacientes com FM (GHERSON, 2000). Outros estudos mostram uma relação da intensidade da dor em pacientes com FM com níveis elevados de interleucina 8 (WANG et al., 2009; TOGO et al., 2009).

Como mencionado acima, as condições de estresse crônico desempenham um importante papel na patogênese da FM, na medida em que provocam mudanças no funcionamento do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal e do sistema nervoso simpático (TORPY et al., 2000; NEECK, 2000). Essas modificações podem ser evidenciadas pelo alto nível sérico de cortisol (CROFFORD et al., 2004) observados em pacientes com FM, além de elevada atividade do tônus simpático (JESCHONNECK, 2000; ULAS et al., 2006), que se reflete nas alterações de pressão e fluxo sanguíneos, bem como na intolerância ortostática (FURLAN et al., 2005). Mudanças no metabolismo de algumas substâncias também parecem

contribuir para a patogênese da síndrome. Diminuições dos níveis de serotonina (RUSSEL e BIEBER, 2006), principal neurotransmissor envolvido na atividade dos tratos descendentes antinociceptivos, parecem estar relacionados ao processo de desinibição da dor. Em contrapartida, os níveis elevados de substância P no líquido (RUSSEL et al., 1994; BRADLEY et al., 1998), são importantes desencadeadores do processo de sensibilização central. Os pacientes com FM tem níveis de substância P geralmente de duas a três vezes maiores que os níveis normais (NAMPIAPARAMPIL e SHMERLING, 2004).

2.5 Aspectos clínicos

Os sintomas mais freqüentes incluem dor musculoesquelética difusa, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema e parestesias (MARTINEZ et al., 2009).

A dor é sem dúvida o sintoma principal (RIBERTO e BATTISTELLA, 2002). O caráter da dor já recebeu diversas descrições: peso, aperto, queimação, dolorimento. Habitualmente a dor é referida como generalizada, porém não é rara a presença de áreas de maior intensidade (MARTINEZ, 1997).

Tem sido observado que a dor da FM é frequentemente acompanhada por outros sintomas, os quais não são compreendidos nos critérios de classificação, mas podem provocar um aumento da inaptidão do paciente (ZOPPI e MARESCA, 2008). Esses autores encontraram cefaléia (74,6%), distúrbios do sono (80,5%) e fadiga (80,5%) como sintomas acompanhantes principais. Marcus et al. (2005) analisaram e confirmaram a cefaléia em um estudo epidemiológico como parte da síndrome fibromiálgica.

Quanto ao exame físico, a única alteração característica é a hipersensibilidade dolorosa à dígitopressão em áreas musculares circunscritas e específicas. O número de pontos a ser pesquisado varia de acordo com alguns autores entre 12 a 24 áreas. O Comitê Multicêntrico para a Classificação da Fibromialgia do ACR padronizou a pesquisa de 18 áreas musculoesqueléticas circunscritas (HAUN, FERRAZ E POLAK, 1999).

Ainda quanto ao exame físico, existem outros sinais clínicos de importância ao diagnóstico além dos pontos hipersensíveis à dor. Os sinais referidos por esses autores são os seguintes: limiar de tolerância à dor através da dolorimetria, hiperemia reativa da pele, complacência tissular do trapézio e músculos intercostais e teste da prega cutânea (GRANGES e LITTLEJOHN, 1993).

Recentemente, motivados pelo questionamento sobre a validade dos critérios diagnósticos, Martinez et al. analisaram retrospectivamente 41 pacientes com FM através de prontuários e concluíram que existe correlação entre a contagem dos pontos dolorosos e a intensidade da dor e a capacidade funcional, sendo a correlação com a intensidade da dor mais importante (MARTINEZ et al., 2009).

2.6 Fibromialgia e qualidade de vida

Um aspecto considerado importante quando se estuda FM é o impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Tem-se observado uma modificação no enfoque das doenças crônicas em geral e das doenças reumáticas em particular nas últimas décadas. A partir da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de bem-estar físico, mental e social, passou-se a se preocupar com a repercussão das doenças nas diversas dimensões da qualidade de vida dos pacientes (MARTINEZ et al., 1995).

O conceito de qualidade de vida refere-se a autopercepção de dor, estado econômico, relações sociais, lazer, trabalho, satisfação pessoal, capacidade funcional e senso de segurança. Todos esses elementos são interrelacionados e podem ser alterados por vários fatores (MAS et al., 2008).

Em 1995, Martinez et al. realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres com FM por um período de seis meses comparando com a de pacientes com artrite reumatóide e concluíram que a FM produz, de modo geral, um impacto negativo na qualidade de vida de forma e intensidade semelhantes ao da artrite reumatóide (MARTINEZ et al., 1995).

Em 2007, Birtane et al. mostram que a FM, como a artrite reumatóide tem um impacto negativo na qualidade de vida. Saúde mental foi mais gravemente afetada em pacientes com FM quando comparados com pacientes com artrite reumatóide (BIRTANE et al., 2007). O estudo de Marques et al., atesta que mulheres com FM tem tanto baixo limiar para dor e pior qualidade de vida, avaliada pelo FIQ, que mulheres saudáveis (MARQUES et al., 2005).

Já em 1999, Martinez et al. avaliaram a qualidade de vida de pacientes com FM através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short-form Study” e concluíram que a doença causa um impacto negativo importante na qualidade de vida (MARTINEZ et al., 1999).

Um estudo de Orellana et al., que avaliou a disfunção sexual em pacientes com FM mostra que a função sexual é gravemente e muito frequentemente afetada em pacientes com FM e o seu prejuízo parece ser particularmente associado ao grau de depressão (ORELLANA et al., 2008).

Incapacidade secundária a dor crônica parece ser resultado de uma combinação de experiências do passado, autoestima, motivação, aflição psicológica, fadiga, educação, rendimento e potencial compensatório financeiro, não estando diretamente relacionada à gravidade da dor. Trinta por cento de pacientes com FM são incapazes, comparados com 2% da população geral. Pacientes com outras formas de dor crônica tem uma incapacidade de aproximadamente 10% (NAMPIAPARAMPIL e SHMERLING, 2004).

3 OBJETIVO

Investigar o impacto na qualidade de vida em mulheres portadoras de fibromialgia de origem traumática e não-traumática.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal.

4.2 Local e Período do Estudo

Foram analisadas mulheres com diagnóstico de fibromialgia (FM), segundo os critérios de classificação do American College of Rheumatology (ACR), atendidas no ambulatório do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário- Unidade Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no período de abril a outubro 2009.

4.3 Amostra

A amostra foi constituída pelas pacientes atendidas no ambulatório do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário da UFMA – que procuraram o ambulatório para consulta de rotina- com diagnóstico de FM feito por médico reumatologista. Foram selecionadas pacientes que já estavam em tratamento medicamentoso, com diagnóstico há pelo menos 4 meses e que aceitaram fazer parte do estudo. As pacientes que aceitaram fazer parte do estudo foram convidadas a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entrando, então no protocolo de estudo (Apêndice A).

O tamanho da amostra foi calculado baseado na prevalência da doença na população, analisada em estudos científicos e, considerando um erro estimado em 4%, chegamos a um número de 70 (setenta) pacientes (CAVALCANTE et al. 2006).

4.4 Fundamentos

As pacientes portadoras de FM foram classificadas de acordo com o início do aparecimento dos sintomas em de origem traumática ou reacional – aquelas que tiveram/identificaram um possível trauma (físico, psicológico) antes do aparecimento dos

sintomas (Grupo I); e de portadoras de FM de origem não-traumática ou não reacional (idiopática) – sem identificação de possível trauma antes do início dos sintomas (grupo II). Foram considerados traumas- acidente automobilístico, cirurgia, perda familiar, divórcio, entre outras situações relatadas pelas pacientes que pudessem ser consideradas como evento desencadeante dos sintomas.

As pacientes foram encaminhadas para avaliação psiquiátrica em local a critério das mesmas, sendo realizada principalmente nos Serviços de Psiquiatria do Hospital Universitário e do Hospital Nina Rodrigues; as que apresentavam diagnóstico associado de depressão eram excluídas do estudo.

4.5 Instrumentos

Os dados coletados foram idênticos entre os grupos e foram feitos através de anamnese e exame físico detalhados, com os sintomas apresentados pela paciente. Foi inferido um questionário estruturado propriamente para a pesquisa sobre dados gerais, renda familiar (avaliada pelo número de salários mínimos vigentes auferidos pelos membros da família), escolaridade (avaliada pelo número de anos de educação formal completados), número de filhos, estado civil (Apêndice B). Foi realizado contagem dos pontos dolorosos, além de avaliação da dor segundo a Escala Analógica Visual: quantifica a dor de grau zero- menor dor sentida a grau dez- maior dor sentida (Anexo A). Foi descrito tratamento a que a paciente estava sendo submetida, incluindo terapia medicamentosa, modalidades de exercício físico e/ou atividade física, além de acompanhamento psicológico. Foi considerado como atividade física regular, a prática de atividade por pelo menos 3 vezes por semana e de forma contínua. Alguns sintomas associados, frequentemente presentes em pacientes com fibromialgia, quando não relatados, foram questionados em relação à sua presença: cefaléia, dismenorréia e constipação intestinal.

A qualidade de vida foi analisada através do Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF), versão brasileira validada e adaptada do FIQ (The Fibromyalgia Impact Questionnaire). O FIQ é um questionário específico para FM, validado e absorve o efeito total da sintomatologia fibromiálgica. A versão inicial do FIQ foi desenvolvida em 1986 e sofreu algumas adaptações com o decorrer do tempo. Tem sido usado em estudos epidemiológicos, de follow-up e estudos psicológicos. Este questionário envolve questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos

(BENNETT, 2005). Em 2006, Marques et al. adaptaram e validaram o instrumento para a população brasileira – Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF), que mostrou ser um instrumento de fácil compreensão e aplicação; válido e confiável para medir a capacidade funcional e o estado de saúde de pacientes brasileiros com fibromialgia.

O QIF (Anexo B) é dividido em dez questões, sendo que a primeira apresenta dez subdivisões sobre situações do dia a dia que o paciente vivencia, analisando a frequência com que o mesmo consegue realizá-las/desenvolvê-las: fazer compras, lavar roupa, cozinhar, lavar louça, limpar a casa, arrumar a cama, andar vários quarteirões, visitar parentes ou amigos, cuidar do quintal ou jardim e dirigir carro ou andar de ônibus e varia de pontuação 0(zero)-sempre, 1(um)- quase sempre, 2(dois)- de vez em quando, a 3(três)- nunca. As outras questões analisam situações ocorridas nos últimos sete dias do paciente. A primeira questão tem pontuação máxima dez: faz-se uma média das respostas e multiplica-se o resultado pelo coeficiente 3,33; na segunda questão, o número de dias encontrado é inversamente proporcional ao número que será multiplicado pelo coeficiente 1,43 – valor máximo dez; na terceira questão, o número de dias encontrado é multiplicado pelo fator 1,43- valor máximo dez; as outras questões são diretas e variam de zero a dez. A graduação total varia de zero a cem e quanto maior ela for, maior o impacto na qualidade de vida. Foram comparados os dois grupos de pacientes: portadoras de FM traumática (grupo I) e portadoras de FM não-traumática (grupo II).

4.6 Critérios de não inclusão

Não foram incluídas no estudo pacientes com diagnóstico de doenças clínicas crônicas incapacitantes ou outras doenças com a presença de dor crônica, além de pacientes portadoras de fibromialgia que não estivessem fazendo tratamento medicamentoso no momento da coleta.

4.7 Processamento e análise dos dados

Na análise estatística, utilizamos o cálculo de média, desvio-padrão, além de utilizarmos o teste não-paramétrico - teste de Mann-Whitney – para testar a hipótese. Foi

utilizado intervalo de confiança de 95%, com nível de significância de 5% ($P < 0,05$). O estudo foi feito no programa Bio Stata.

4.8 Aspectos Éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA sob os números Protocolo 2000/2008 e Parecer 003/2009, de 23 de janeiro de 2009 (Anexo C).

5 RESULTADOS

Foram estudadas 84 pacientes que preencheram os critérios de inclusão; 12 pacientes foram excluídas por apresentarem diagnóstico associado de depressão, restando, então, 72 pacientes. O grupo de pacientes de origem traumática (I) foi composto de 34 pacientes e o grupo de pacientes de origem não-traumática (II) foi composto de 38 pacientes.

Os resultados nos dois grupos foram similares no que se refere aos dados de idade, número de filhos, renda familiar, escolaridade e estado civil, conforme mostrado na tabela 1.

Tabela 1 – Dados demográficos dos dois grupos estudados. São Luís- MA, 2009

	I	II	P
Idade (anos)	46,2+/-5,7	43,6+/-6,3	0,10
Número de filhos	2,5+/-2,5	2,0+/-1,3	0,77
Renda familiar (salários-mínimos)	2,7+/-1,7	2,1+/-1,5	0,14
Escolaridade (anos de estudo)	8,3+/-3,0	8,3+/-3,0	0,99
Estado civil (%)			
Casada	16(47,1)	26(68,4)	0,06
Solteira	12(35,3)	09(23,7)	0,19
Divorciada	06(17,6)	02(5,3)	0,18
Viúva	-	01(2,6)	-

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

No que diz respeito ao trauma desencadeante dos sintomas, das 34 pacientes que compõem esse grupo, 8 pacientes (23,5%) relataram o processo de divórcio como fator desencadeante, 8 pacientes (23,5%) relacionaram o início dos sintomas após perda familiar, principalmente a perda da mãe e 6 pacientes (17,6%) relacionaram descoberta de doença em familiares como fator desencadeante (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência dos fatores desencadeantes dos sintomas (trauma) no grupo de pacientes com fibromialgia de origem traumática. São Luís – MA, 2009

Trauma	N	%
Divórcio	08	23,5
Perda familiar	08	23,5
Doença familiar	06	17,7
Acidente automobilístico	04	11,8
Cirurgia	03	8,8
Trabalho árduo	03	8,8
Assalto à mão armada	01	5,9
Total	34	100

Em relação ao quadro clínico apresentado pelas pacientes, os sintomas foram semelhantes em ambos os grupos. Além da dor musculoesquelética difusa, que é critério diagnóstico da doença, presente em 100% das pacientes, obtivemos em seguida os seguintes sintomas: sono não-reparador, fadiga e parestesia. Em relação às síndromes associadas, cefaléia tipo enxaqueca esteve presente em 34 pacientes, sendo 24 do grupo I (70% de 34 pacientes) e 10 do grupo II (26,3% de 38 pacientes); dismenorréia foi encontrado em 16 pacientes, sendo 6 do grupo I (17,6% de 34 pacientes) e 10 do grupo II (26,3% de 38 pacientes). A presença de síndrome do cólon irritável foi observada em 14 pacientes do grupo I (41,2%) e 7 pacientes do grupo II (18,4%), enquanto a síndrome das pernas inquietas foi encontrada em 10 pacientes, sendo 07 no grupo I (20,6% de 34 pacientes) e 03 no grupo II (7,9% de 38 pacientes). Dessas 3 síndromes associadas mais freqüentes, apenas cefaléia se mostrou estatisticamente significativa no grupo I em relação ao grupo II ($p=0,0006$). As tabelas 3 e 4 detalham o quadro clínico das pacientes e a presença de síndromes associadas.

Tabela 3 – Prevalência dos principais sintomas apresentados pelas pacientes nos dois grupos estudados. São Luís – MA, 2009

Sintomas	Grupo I (N=34)	Grupo II (N=38)	P
Sono não reparador	85,3	76,3	0,256
Fadiga	76,5	63,1	0,166
Parestesia	58,8	60,5	0,450

I-grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

Tabela 4 – Prevalência das principais síndromes associadas apresentados pelas pacientes nos dois grupos estudados. São Luís – MA, 2009

Sintomas associados	I(N=34)	II(N=38)	P
Cefaléia (enxaqueca)	24(70,5)	10(26,3)	0,0006
Dismenorréia	06(17,6)	10(26,3)	0,2638
Síndrome do cólon irritável	15(44,1)	20(52,6)	0,2675
Síndrome das pernas inquietas	07(20,6)	03(7,9)	0,1775

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

Apenas 21 pacientes dos dois grupos estavam fazendo algum tipo de atividade física, sendo 14 pacientes do grupo I (41,2% de 34 pacientes) e 7 pacientes do grupo II (18,4% de 38 pacientes); nessa situação, encontrou-se um p valor de 0,0486, ou seja, com significância estatística. Nenhuma paciente nos dois grupos estava fazendo acompanhamento psicológico no momento da entrevista, apesar da orientação para fazê-lo.

Todas as pacientes estavam fazendo algum tipo de tratamento medicamentoso, conforme critérios de inclusão; no grupo I, 14 pacientes (41,0%) estavam fazendo uso de amitriptilina em doses variando de 25mg a 75mg/dia, 10 (29,5%) faziam uso de ciclobenzaprina em doses variando de 10mg a 20mg/dia, 08 (23,5%) usavam amitriptilina associado a ciclobenzaprina e 02 (6%) usavam duloxetina 60mg/dia. No grupo II, 22 pacientes (58,0%) faziam uso de amitriptilina em doses de 25mg a 75mg/dia, 09 (23,5%) faziam uso de ciclobenzaprina em doses de 10 a 20mg/dia, 06 (16%) usavam amitriptilina associado a ciclobenzaprina e 01 paciente (2,5%) usava duloxetina 60mg/dia – Tabela 5.

Tabela 5 – Prevalência dos tipos de medicamentos utilizados no tratamento da fibromialgia entre os dois grupos estudados. São Luís- MA, 2009.

Medicação	I (N=34)	II (N=38)	p
Amitriptilina	14 (41,0)	22 (58,0)	0,1116
Ciclobenzaprina	10 (29,5)	09 (23,5)	0,3382
Amitriptilina + ciclobenzaprina	08 (23,5)	06 (16,0)	0,2864
Duloxetina	02 (06,0)	01 (02,5)	0,4064

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

O tempo de diagnóstico em anos no momento da entrevista foi avaliado e encontramos uma média de 2,7 anos ($\pm 2,2$ anos) no grupo I e média de 2,4 anos ($\pm 1,9$ anos) no grupo II. Quando se analisou o tempo do início da dor até o momento do diagnóstico, observamos uma média de 1,42 anos ($\pm 0,69$ anos) no grupo I e 1,30 anos ($\pm 0,48$ anos) no grupo II. Em relação à contagem de pontos dolorosos, obtivemos uma média de 15 pontos positivos no grupo I e 14 pontos positivos no grupo II, sem mostrar diferença estatística entre os grupos.

Na avaliação da intensidade da dor pela Escala Analógica Visual encontramos no grupo I média de 8,9 pontos e no grupo II 9,0 pontos em média, de um máximo de 10 pontos. Na avaliação da qualidade de vida pelo QIF encontramos no grupo I uma média de 75,6 pontos (máximo de 100), com desvio padrão 11,9 e no grupo II, 62,6 pontos (máximo de 100), com desvio padrão de 14 pontos. O cálculo de p valor mostrou ser estatisticamente significante essa diferença, encontrando-se um valor abaixo de 0,0001. Esses dados estão demonstrados nas tabelas 5 e 6, onde esta última mostra o detalhamento dos dez quesitos do QIF entre os dois grupos estudados. Vale ressaltar que entre esses quesitos o de número 2 não mostrou diferença estatística entre os dois grupos ($p=0,1094$)

Tabela 6 – Características clínicas das pacientes nos dois grupos estudados.

Variável	I(N=34)	II(N=38)	P
Tempo de diagnóstico (anos)	2,7 $\pm$ 2,2	2,4 $\pm$ 1,9	0,2369
Tempo do início da dor até o diagnóstico - anos	1,4 $\pm$ 0,7	1,3 $\pm$ 0,5	0,2980
Contagem de pontos dolorosos	15 $\pm$ 1,8	14,5 $\pm$ 1,6	0,1159
Escala Analógica Visual	8,9 $\pm$ 1,1	9,0 $\pm$ 0,9	0,2601
QIF	76 $\pm$ 12,1	64,2 $\pm$ 12,9	<0,0001

I - grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática; QIF- Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia.

Tabela 7 – Detalhamento dos quesitos do QIF (Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia) nos dois grupos estudados. São Luís – MA, 2009

Quesitos	I (N=34)	II (N=38)	P
QIF TOTAL	76+/-12,1	64,2+/-12,9	<0,0001
1	4,63+/-1,65	3,81+/-1,64	0,0112
2	8,78+/-2,59	8,38+/-2,37	0,1094
3	5,21+/-2,68	2,52+/-2,31	<0,0001
4	7,85+/-1,89	6,97+/-1,26	0,0003
5	8,23+/-1,28	7,34+/-1,34	0,0008
6	8,14+/-1,61	7,15+/-1,61	0,0016
7	8,53+/-1,39	7,13+/-1,92	0,0002
8	8,29+/-1,08	7,36+/-1,55	0,0020
9	8,26+/-1,42	7,00+/-2,46	0,0154
10	8,32+/-1,66	6,34+/-2,36	<0,0001

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

6 CONCLUSÕES

Após análise dos nossos dados, podemos concluir que:

- encontramos 47% de pacientes de origem traumática e 53 % de pacientes de origem não-traumática;
- analisado pelo QIF, o impacto da fibromialgia na qualidade de vida é pior em pacientes portadoras de fibromialgia de origem traumática;
- não houve diferença entre os dois grupos estudados no que diz respeito a idade, renda familiar, escolaridade e estado civil;
- os principais fatores desencadeantes dos sintomas no grupo de pacientes de origem traumática foram divórcio e perda familiar;
- os sintomas encontrados foram semelhantes entre os grupos, sendo que apenas cefaléia foi estatisticamente significativa no grupo de pacientes de origem traumática;

REFERÊNCIAS

- AL-ALLAF AW, DUNBAR KL, HALLUM NS, NOSRATZADEH B, PULLAR T. A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. **Rheumatology** 2002; 41: 450-453.
- ARNOLD LM, HUDSON JI, KECH PE et al. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. **The Journal of Clinical Psychiatry** 2006; 67(8): 1219-1225.
- BENGTSSON A. Editorial. The muscle in fibromyalgia. **Rheumatology** 2002; 41:721-724.
- BENNET R. Fibromyalgia: present to future. **Current Pain and Headache Reports** 2004; 8:379-384.
- BENNETT R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. **Clinical Experimental Rheumatol** 2005; 23(Suplemento 39): S154-S162.
- BIRTANE M, UZUNCA K, TASTEKIN N, TUNA H. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. **Clinical Rheumatol** 2007; 26:679-684.
- BOISSET-PIORO MH, ESDAILE JM, FITZCHARLES M. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. **Arthritis Rheum** 1995; 2:235-241.
- BRADLEY LA, ALARCON GS, SOTOLONGO A et al. Cerebrospinal fluid (CSF) levels of substance P (SP) are abnormal in patients with fibromyalgia (FM) regardless of traumatic or insidious pain onset. **Arthritis Rheum** 1998;41:S 256.
- BRADLEY LA; ALARCON GS. Fibromyalgia. In: Koopman WJ (Ed). **Arthritis and allied conditions**. 13 ed. Baltimore: Williams e Wilkins, 1997, p 1619-1640.
- BUSKILA D, PRESS J, GEDALIA A et al. Assessment of non-articular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. **Journal Rheumatol** 1993; 20:368-370.
- BUSKILA D, SHNAIDER A, NEUMANN L et al. Musculoskeletal manifestations and autoantibody profile in 90 hepatitis C virus infected Israeli patients. **Seminars Arthritis Rheumat** 1998; 28:107-113.
- CARDIEL MH, ROJAS-SERRANO J: Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. **Clinical Experimental Rheumatology** 2002;20:617-624.
- CAVALCANTE AB, SAUER JF, CHALOT SD, ASSUMPÇÃO A, LAGE LV, MATSUTANI LA, MARQUES AM. A prevalência da fibromialgia: uma revisão da literatura. **Rev Bras Reumatol** 2006; 46(1): 40-48.

CICCONE DS, ELLIOTT DK, CHANDLER HK, NAYAK S, RAPHAEL KG. Sexual and Physical Abuse in Women With Fibromyalgia Syndrome – A test of the Trauma Hypothesis. **Clin J Pain** 2005; 21(5): 378-386.

CLARK P, BURGOS-VARGAS R, MEDINA-PALMA C et al. Prevalence of fibromyalgia in children: a clinical study of Mexican children. **Journal Rheumatol** 1998; 25: 2009-2014.

CLAUW DJ, WILLIAMS DA. The relationship between stress and pain in work-related upper extremity disorders: the hidden role of chronic multisymptom illnesses. **Am J Ind Med** 2002; 41:370-382.

CROFFORD LJ. The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. **The Journal of Rheumatology** – Supplement 2006; 75:41-45.

CROFFORD LJ, YONG EA, ENGLEBERG NC et al. Basal circadian and pulsatile ACTH and cortisol secretion in patients with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. **Brain, Behavior, and Immunity** 2004; 18:314-325.

ELVIN A, SJOSTEEN AK, NILSSON A e KOSEK E. Decreased muscle blood flow in fibromyalgia patients during standardized muscle exercise. A contrast media enhanced colour Doppler study. **European Journal of Pain** 2006; 10:137-144.

FREIRE M, TEODORO RB, OLIVEIRA LB, CUNHA SFC, FERREIRA BF E BORGES MF. Concomitância de Fibromialgia em Pacientes Portadores de Hipotireoidismo e de Alterações Tireoideanas em Pacientes com Fibromialgia. **Rev Bras Reumatol** 2006; 46(1): 11-15.

FURLAN R, COLOMBO S, PEREGO F et al. Abnormalities of cardiovascular neural control and reduced orthostatic tolerance in patients with primary fibromyalgia. **Journal Rheumatol** 2005; 32:1787-1793.

GEENFIELD S, FITZCHARLES M, ESDAILE JN. Reactive fibromyalgia syndrome. **Arthritis Rheum** 1992; 35: 678-681.

GERWIN R. A review of myofascial pain and fibromyalgia – factors that promote their persistence. **Acupuncture in Medicine** 2005;23(3): 121-134.

GHERSON AS. Serum cytokine values and fatigue in chronic hepatitis C infection. **J Viral Hepat** 2000; 7:397-402.

GRAN JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. **Best Practice e Research Clinical Rheumatology** 2003; 17(4):547-561.

GRANGES G e LITTLEJOHN RS. A comparative study of clinical signs in fibromyalgia/fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. **Journal Rheumatol** 1993; 20:344-351.

GREENFIELD S, FITZCHARLES MA e ESDAILE JM. Reactive fibromyalgia syndrome. **Arthritis Rheum** 1992;35:678-681.

GOLDENBERG DL. Do infection trigger fibromyalgia? (Editorial) **Arthritis Rheum** 1993;36: 1489-1492.

HAQ AS, DARMAWAN J, ISLAM MN, et al. Prevalence of rheumatic diseases and associated outcomes in rural and urban communities in Bangladesh: a COPCORD study. **Journal Rheumatol** 2005;103: 141-153.

HAUM MVA, FERRAZ MB, POLAK DF. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da Fibromialgia em uma população brasileira. **Rev Bras Reumatol** 1999; 39:221-231.

HELFENSTEIN M e FELDMAN D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. **Rev Bras Reumatol** 2002; 42(1): 8-14.

HENRIKSSON KG. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? Pain mechanisms in fibromyalgia syndrome. A myologist's view. **Baillie's Clinical Rheumatology** 1999; 13(3): 455-461.

HONG CZ e YU J. Spontaneous electrical activity of rabbit trigger spot after transaction of spinal cord and peripheral nerve. **Journal of Musculoskeletal Pain** 1998; 6:45-58.

JESCHONECK M. Abnormal microcirculation and temperature in skin above tender points in patients with fibromyalgia. **Rheumatology** 2000; 39:917-921.

LINDMAN R, HAGBERG M, BENGTSON A e HENRIKSSON KG. Changes in trapezius muscle structure in fibromyalgia and chronic trapezius myalgia. **Journal of Musculoskeletal Pain** 1993; 1:171-176.

MAKELA M e HELIOVAARA M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. **British Medical Journal** 1991; 303: 216-219.

MARCUS DA, BERNSTEIN C, RUDY TE. Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. **Clinical Rheumatol** 2005; 24: 595-601.

MARQUES AM, SANTOS AMB, ASSUMPÇÃO A, MATSUTANI LA, LAGE LV, PEREIRA CAB. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Rev Bras Reumatol** 2006; 46(1): 24-31.

MARQUES AP, FERREIRA EAG, MATSUTANI LA, PEREIRA CAB, ASSUMPÇÃO A. Quantifying pain threshold and quality of life of fibromyalgia patients. **Clinical Rheumatol** 2005; 24:266-271.

MARTINEZ JE. Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar? **Acta Fisiátrica** 1997; 4(2): 99-102.

MARTINEZ JE. Fibromialgia: O Desafio do Diagnóstico Correto. Editorial. **Rev Bras Reumatol** 2006; 46(1): 2.

MARTINEZ JE, BARAUNA FILHO IS, KUBOKAWA KM, CEVASCO G, PEDREIRA IS, MACHADO LAM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short-form Study”. **Rev Bras Reumatol** 1999; 39(6): 312-317.

MARTINEZ JE, FERRAZ MB, SATO EI, ATRA E. Fibromyalgia vs. rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. **J Rheumatol** 1995; 22:201-204.

MARTINEZ JE, FUJISAWA RM, CARVALHO TC, GIANINI RJ. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. **Rev Bras Reumatol** 2009; 49(1): 32-38.

MAS AJ, CARMONA L, VALVERDE M, RIBAS B. Prevalence and impacto f fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. **Clinical Experimental Rheumatol** 2008; 26:519-526.

MCBETH J, JONES H. Epidemiology of musculoskeletal pain. **Best Practice e Research Clinical Rheumatology** 2007; 21(3): 403-425.

MULLER W, SCHNEIDER EM, STRATZ T. The classification of fibromyalgia syndrome. **Rheumatol Int** 2007; 27:1005-1010.

NAMPIAPARAMPIL DE e SHMERLING RH. A Review of Fibromyalgia. **The American Journal of Managed Care** 2004;10(11): 794-800.

NARING GWB, VAN LANKVELD W, GEENEN R. Somatoform dissociation and traumatic experiences in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. **Clinical and Experimental Rheumatol** 2007; 25:872-877.

NEECK G. Neuroendocrine and hormonal perturbations and relations to the serotonergic system in fibromyalgia patients. **Scandinavian Journal of Rheumatology** 2000; 29:8-12.

NIELSEN LA, HENRIKSSON KG. Pathophysiological mechanisms in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): the role of central and peripheral sensitization and pain disinhibition. **Best Practice e Research Clinical Rheumatology** 2007; 21(3): 465-480.

NOLLER V, SPROTT H. Prospective Epidemiological Observations on the Course of the Disease in Fibromyalgia Patients. **J Negat Results Biomed** 2003; 2:4. Published online 2003 August 23. doi: 10.1186/1477-5751-2-4.

ORELLANA C, CASADO E, MASIP M, GALISTEO C, GRATACÓS J, LARROSCA M. Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. **Clinical Experimental Rheumatol** 2008; 26:663-666.

POYNARD T, CACOUB P, RATZIU V et al. Fatigue in patients with chronic hepatitis C. **J Viral Hepatitis** 2002; 9:295-303.

RIBEIRO LS, COELHO AM, PÁDUA AFM, DIAS LL, AZEVEDO DC et al. Fibromialgia e Infecção Crônica pelo vírus da Hepatite C: ausência de associação em duas amostras. **Rev Bras Reumatol** 2007; 47(2):97-105.

RIBEIRO LS, PROIETTI FA. Fibromialgia e estresse infeccioso: possíveis associações entre a síndrome de fibromialgia e infecções viróticas crônicas. **Rev Bras Reumatol** 2005; 45(1): 20-29.

RIBERTO M, BATTISTELLA LR. Comorbidades em fibromialgia. **Rev Bras Reumatol** 2002; 42(1): 1-7.

RUSSELL IJ e BIEBER CS. Myofascial pain and fibromyalgia syndrome. In: McMahon SB e Koltzenburg M (eds). **Textbook of Pain**. Elsevier Churchill Livingstone 2006; p669-681.

RUSSEL IJ, ORR MD, LITTMAN B et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. **Arthritis Rheum** 1994; 37(11): 1593-1601.

SARZI-PUYYINI P, ATZENI F, DIANA A et al. Increased neural sympathetic activation in fibromyalgia syndrome. **Annals of the New York Academy of Sciences** 2006; 1069:109-117.

SCOTT J, HUSKISSON EC. Graphic representation of pain. **Pain** 1976; 2: 175-184.

SENNA ER, DE BARROS AL, SILVA EO et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **Journal of Rheumatology** 2004; 31: 594-597.

SLUKA KA, KALRA A e MOORE SA. Unilateral intramuscular injections of acidic saline produce a bilateral, long-lasting hyperalgesia. **Muscle and Nerve** 2001; 24:37-46.

SMYTHE HA e MOLDOFSKY H. Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome. **Bull Rheumatic Diseases** 1977; 28:928-931.

STAUD R. Future perspectives: pathogenesis of muscle chronic pain. **Best Practice e Research Clinical Rheumatology** 2007; 21(3): 581-596.

TOGO F, NATELSON BH, ADLER GK, OTTENWELLER JE, GOLDENBERG DL et al. Plasma cytokine fluctuations over time in healthy controls and patients with fibromyalgia. **Exp Biol Med (Maywood)** 2009; 234(2):232-240.

TORPY DJ, PAPANICOLAOU DA, LOTSIKAS AJ et al. Responses of the sympathetic nervous system and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to interleukin-6^a pilot study in fibromyalgia. **Arthritis Rheum** 2000;43(4):872-880.

ULAS U, UNLU E, HAMAMCIOGLU K et al. Dysautonomia in fibromyalgia syndrome: sympathetic skin responses and RR interval analysis. **Rheumatology International** 2006; 26:383-387.

WALKER EA, KEEGAN D, GARDNER G et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect. **Psychosom Med** 1997; 59:572-577.

WANG H, BUCHNER M, MOSER MT, DANIEL V, SCHILTENWOLF M. The role of IL-8 in patients with fibromyalgia: a prospective longitudinal study of 6 months. **Clinical Journal Pain** 2009; 25(1):1-4.

WAYLONIS GW, PERKINS RH. Post-traumatic fibromyalgia, a long term follow-up. **Am Journal Phys Med Rehabil** 1994; 73:403-412.

WEIR PT, HARLAN GB, NKOY FL et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision cods. **Journal Clinical Rheumatol** 2006; 12(3): 124-128.

WOLFE F, SMYTHE HAA, YUNUS MB, BENNETT AM, BOMBARDIER CE, GOLDENBERG DL. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. **Arthritis Rheum** 1990;33: 160-172.

WOLFE F, ROSS K, ANDERSON J, RUSSEL IJ, HERBERT L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. **Arthritis Rheum** 1995;1: 19-28.

WHITE K, SPEECHLEY M, HARTH M, OSTYBYE T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study (LFES): Comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia syndrome(FMS) versus control. **J Rheumatol** 1999;26: 1577-1585.

YUNUS MB. Central sensitivity syndromes a unified concept for fibromyalgia and other similar maladies. **Journal of the Indian Rheumatology Association** 2000; 8:27-33.

YUNUS MB, AISLAN S, ALDAG JC. Relationship between fibromyalgia features and smoking. **Scandinavian Journal Rheumatol** 2002; 31(5): 301-305.

YUNUS MB, AISLAN S, ALDAG JC. Relationship between body mass index and fibromyalgia features. **Scandinavian Journal Rheumatol** 2002; 31(1): 27-31.

YUNUS MB, MASI AT, CALABRO JJ, MILLER KA, FEIGENBAUM SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with normal controls. **Seminar Arthritis and Rheumatism** 1981; 11:151-171.

ZOPPI M e MARESCA M. Symptoms accompanying fibromyalgia. **Reumatismo** 2008; 60(3): 217-220.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Maranhão

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil

Título da Pesquisa: Impacto da Fibromialgia na qualidade de vida – estudo com mulheres em São Luís/Maranhão

Pesquisador: José Mauro Carneiro Fernandes

Profissão: Médico- CRM/MA 3307

End: Rua 01, Condomínio Bella Città, C 15, Planalto Vinhais I

Fones: (98) 3246 3043/ 9972 7050

Orientadora: Elba Gomide Mochel

Profissão: Professora/Enfermeira

End: Rua dos Angelins, Q 7, 31, Jardim São Francisco

Fones: (98) 3235 0467/ 3231 5789

Comitê de Ética em Pesquisa: End- Rua Barão de Itapary, 227- Centro

Hospital Universitário

Fone: (98) 2109 1223

A Sra está sendo convidada para participar de uma pesquisa que tem por objetivos conhecer a influência na qualidade de vida de mulheres portadoras de fibromialgia.

Será necessário a realização de uma entrevista que não oferecerá quaisquer riscos ou danos à senhora, sendo que terá a qualquer momento informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa, até mesmo para tirar dúvidas. A senhora poderá retirar-se da pesquisa, deixando de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo. É garantido sigilo absoluto sobre seus dados.

A participação na pesquisa não traz complicações para a senhora; a senhora também não terá benefícios diretos ao participar desta pesquisa, mas esperamos que com esses dados possamos contribuir para uma melhor assistência às pacientes com fibromialgia.

Este estudo servirá para dissertação de mestrado e seus resultados serão apresentados em publicações científicas.

Declaro que fui esclarecida pelo pesquisador. Aceito participar do presente estudo.

Nome da Paciente:

São Luís/MA, de de 2009.

Paciente ou Responsável

Pesquisador

Apêndice B – Questionário Estruturado para a Pesquisa.

Nome da Paciente:

Idade:

Estado Civil:

Número de filhos:

Endereço:

Telephone:

Profissão:

Renda Familiar: Menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo ()
 2 salários-mínimos () 3 salários-mínimos ()
 Mais de 3 salários-mínimos () _____

Escolaridade: 0 a 4 anos completos () 4 a 8 anos completos ()
8 a 11 anos completos () mais de 11 anos completos ()

Tempo de diagnóstico da doença:

Trauma antes do início dos sintomas: sim () não ()- _____

Quadro Clínico e Exame Físico:

Contagem de tender points: occipital () trapézio () supra-espinhoso ()
glúteo () grande trocânter () cervical baixo ()
segunda costela () epicôndilo lateral () joelho ()
total: _____

EAV: 0.....10

Tratamento utilizado: medicamentoso -.....
Atividade física -.....
Acompanhamento psicológico -.....;

Síndromes (sintomas) associados: Cefaléia ()
Dismenorréia ()
Constipação intestinal ()

ANEXOS

Anexo A - Escala Analógica Visual

0-----10
Ausência de dor Pior dor sentida

Valor:_____

SCOTT J e HUSKISSON EC. Graphic representation of pain. **Pain** 1976; 2:175-184.

Anexo B – Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF)

1- Com que frequência você consegue:

	Sempre	Quase Sempre	De vez em Quando	Nunca
a) Fazer compras	0	1	2	3
b) Lavar roupa	0	1	2	3
c) Cozinhar	0	1	2	3
d) Lavar louça	0	1	2	3
e) Limpar a casa	0	1	2	3
f) Arrumar a cama	0	1	2	3
g) Andar vários quarteirões	0	1	2	3
h) Visitar parentes ou amigos	0	1	2	3
i) Cuidar do quintal ou jardim	0	1	2	3
j) Dirigir carro ou andar de ônibus	0	1	2	3

Média: _____ X 3,33= _____ (Máximo=10)

Nos últimos sete dias:

2- Em quantos dias você se sentiu bem? 0 1 2 3 4 5 6 7

Inverso _____ X 1,43= _____ (Máximo=10)

3- Por causa da fibromialgia, quantos dias você faltou ao trabalho (ou deixou de trabalhar, se você trabalha em casa)? 0 1 2 3 4 5 6 7

Total _____ X 1,43= _____ (Máximo=10)

4 – Quanto a fibromialgia interferiu na capacidade de fazer seu serviço:

Não interferiu-----Atrapalhou muito
0 10 _____

5 – Quanta dor você sentiu:

Nenhuma-----Muita dor
0 10 _____

6- Você sentiu cansaço?

Não-----Sim, muito
0 10 _____

7- Como você se sentiu ao se levantar de manhã?

Descansada-----Muito cansada
0 10 _____

8- Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?

Não-----Sim
0 10 _____

9- Você se sentiu nervosa ou ansiosa?

Não,nem um pouco-----Sim,muito
0 10 _____

10- Você se sentiu deprimida ou desanimada?

Não,nem um pouco-----Sim,muito
0 10 _____

Total:_____ (Máximo=100)

Anexo C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

	Universidade Federal do Maranhão Hospital Universitário Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa																
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL PROJETO DE PESQUISA APRESENTADO PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	Nº. do Parecer: 003/2009 Nº do Protocolo: 002000/2008-00 Data de Entrada no CEP: 30/05/2008 Data da Assembléia: 17/10/2008 Parecer: APROVADO																
I - Identificação:																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Título do projeto: Influência da fibromialgia na qualidade de vida – estudo com mulheres em São Luís-Maranhão.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Identificação do Pesquisador Responsável: Elba Gomide Mochel</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Identificação da Equipe executora: Elba Gomide Mochel e José Mauro Carneiro Fernandes</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Instituição onde será realizado: Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra</td> </tr> <tr> <td>Área temática: III</td> <td>Multicêntrico: NÃO</td> <td>Cooperação estrangeira: NÃO</td> </tr> </table>			Título do projeto: Influência da fibromialgia na qualidade de vida – estudo com mulheres em São Luís-Maranhão.			Identificação do Pesquisador Responsável: Elba Gomide Mochel			Identificação da Equipe executora: Elba Gomide Mochel e José Mauro Carneiro Fernandes			Instituição onde será realizado: Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra			Área temática: III	Multicêntrico: NÃO	Cooperação estrangeira: NÃO
Título do projeto: Influência da fibromialgia na qualidade de vida – estudo com mulheres em São Luís-Maranhão.																	
Identificação do Pesquisador Responsável: Elba Gomide Mochel																	
Identificação da Equipe executora: Elba Gomide Mochel e José Mauro Carneiro Fernandes																	
Instituição onde será realizado: Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra																	
Área temática: III	Multicêntrico: NÃO	Cooperação estrangeira: NÃO															
II - Objetivos:																	
Geral: conhecer a influencia na qualidade de vida de portadores de fibromialgia de origem traumática e de origem não traumática. Específicos: identificar pacientes com fibromialgia de origem traumática e as de não traumáticas; comparar as manifestações clínicas apresentadas por cada grupo de pacientes e, investigar a influência na qualidade de vida das pacientes que acomete principalmente mulheres entre 30 a 60 anos.																	
III- Sumário do projeto:																	
O projeto está registrado sob o n. 003122/08. é do grupo III na área temática, não é multicentrico, nem tem cooperação estrangeira. A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor generalizada e hipersensibilidade à palpação em locais anatômicos definidos, chamados pontos dolorosos, além de processos inflamatórios ou musculares. Um aspecto considerado importante na fibromialgia é o impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares. O estudo não traz benefício direto ao sujeito da pesquisa, mas contribuíra para a melhor assistência às pacientes com fibromialgia. Serão analisadas pacientes com diagnóstico de fibromialgia, atendidas no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra e a amostra será constituída por todas as pacientes cadastradas no serviço há pelo menos 4 meses e que aceitarem participar do estudo. Serão formados dois grupos: um de pacientes que tiveram/identificaram um possível trauma físico/psicológico e outro, de pacientes portadores de fibromialgia idiopática - sem identificação de possível injúria traumática antes do início dos sintomas.. Os dados serão coletados por meio de um questionário a partir da anamnese e exame físico. A qualidade de vida será analisada com base no questionário já validado, sobre impacto da Fibromialgia e, para cada paciente serão realizadas no mínimo três visitas, com intervalo semestral entre as mesmas.																	

IV- Comentários do relator frente à resolução 196/96 e complementares:

De acordo com a Res. 196/96 do CNS/MS, as pendências foram atendidas.

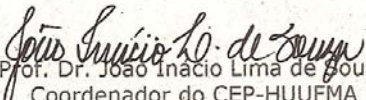
V - Parecer Consubstanciado do CEP:

Deste modo, de acordo com o relato acima exposto, o protocolo **002000/2008-00** referente ao **projeto de pesquisa** – “Influência da fibromialgia na qualidade de vida – estudo com mulheres em São Luís-Maranhão”, pleiteado por Elba Gomide Mochel é considerado por este CEP como foi **APROVADO**.

Relatórios parciais (um por ano) devem ser apresentados ao CEP-HUUFMA, sendo o primeiro para 23/01/2010, ou se houver algum evento adverso, emenda ou alteração no protocolo. O relatório final deve ser entregue, acompanhado de cópia do trabalho final gravado em CD ROM.

Obs: Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congresso, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a finalização da Pesquisa.

São Luís, MA, 23 de janeiro de 2009.


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

7 ARTIGO CIENTÍFICO

7.1 Classificação Qualis do periódico na área de medicina II

Classe B3.

7.2 Normas editoriais

Os manuscritos devem ser concisos, em espaço dois, com margens de 2,5 cm. Devem ser enviados de forma eletrônica para o e-mail rbreumatol@terra.com.br. Na impossibilidade dos autores dispor de meios para envio eletrônico, um original e uma versão em CD podem ser enviados para o endereço da Secretaria Editorial. No texto não devem ser empregadas abreviaturas não convencionais, gírias médicas ou redação de tipo telegráfico. A citação de drogas e produtos farmacêuticos deve ser feita utilizando-se apenas a nomenclatura farmacológica, sem menção do nome comercial. Quando necessário, é possível utilizar abreviaturas convencionais, desde que o seu significado apareça por extenso pelo menos na primeira vez em que forem citadas.

As páginas devem ser numeradas em sequência a partir da página do título, incluindo as das tabelas e figuras. Os manuscritos devem ser organizados de maneira a conter: página do título, página de resumo em português ou espanhol e inglês, com 3 a 5 palavras-chaves, introdução, material e métodos ou pacientes e métodos, resultados e discussão, agradecimentos, referências, tabelas, figuras e legendas das figuras.

A página do título deverá conter: a) título do artigo em português ou espanhol e inglês; b) o nome completo dos autores e sua titulação mais importante; c) nome do(s) departamento(s) e instituição(ções) a partir da qual se originou o trabalho; d) nome, endereço e e-mail do autor responsável, para correspondência; e) se pertinente, agências financiadoras; f) Se há ou não conflitos de interesses; g) um título resumido em português com no máximo 60 caracteres.

Artigos originais

A página de resumo deverá conter: a) um sumário em português ou espanhol e inglês com os seguintes itens: objetivo, métodos, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras; b) três a cinco palavras-chave em português ou espanhol e inglês.

Introdução – a finalidade desta seção é definir o propósito e as razões para a realização do trabalho, não se recomenda extensa revisão da literatura.

Pacientes e métodos ou material e métodos – deve incluir informações suficientes que permitam a reprodução do trabalho e, quando pertinente, a aprovação pelo comitê de ética institucional. Os métodos empregados na análise estatística devem ser sempre citados.

Resultados – devem ser claros e concisos. Tabelas e gráficos não devem duplicar informações.

Discussão – deve ser concisa, interpretando os resultados no contexto da literatura atual. É conveniente não ultrapassar a metade do número de páginas do trabalho completo.

Agradecimentos – apenas às pessoas que contribuíram, p.ex., com técnicas, discussão e envio de pacientes. Auxílio financeiro deve ser referido na página do título.

Referências – deverão ocupar o fim do trabalho, de acordo com a ordem de citação no texto, no qual aparecerão em números arábicos entre parênteses e sobrescritos, p.ex., ⁽¹⁾, ⁽²⁾.

As abreviaturas dos títulos das revistas médicas deverão seguir as recomendações da última edição do Index Medicus. Citar todos os autores em trabalhos com até seis autores; acima disso, citar os três primeiros autores seguidos da expressão et al.

Exemplos para citação das referências:

Artigo de Revista

1. Jamra H, Vasconcellos E, Cillo DM: Mielose aplástica. Estudo de 25 casos. Resultado da esplenectomia em 15. Rev Assoc Med Brasil 1: 35-40, 1954.

Capítulo de livro

2. Couto M: Lições de Clínica Médica, 2.a ed, Rio de Janeiro, Editora Jacintho Ribeiro dos Santos, 1916.

Tabelas e ilustrações- cada tabela deverá ser apresentada em página individual após as referencias, em espaço duplo com cabeçalho e numerada em algarismos romanos. As legendas das ilustrações, também em espaço duplo, deverão ser agrupadas em páginas(s) separada(s) e numeradas na ordem em que aparecerão no texto. Fotomicrografias devem incluir escala apropriada. Se for o caso, poderão ser publicadas fotografias coloridas, mas o autor deverá encarregar-se das despesas a elas atribuídas. Tabelas e ilustrações devem ser auto-explicativas, incluindo informações suficientes para a sua compreensão sem que se tenha de recorrer ao trabalho.

Artigos de revisão

Abordam com profundidade um tema de interesse para o reumatologista e devem incluir pelo menos 30-40 e no máximo 100 referências. Não apresentam estruturação padronizada, prescindindo de introdução ou discussão. Resumo em português ou espanhol e inglês com 3 a 5 palavras chaves sem subdivisões.

Relatos de caso

Conter no máximo 6 autores. Devem incluir resumo e palavras-chave em português ou espanhol e inglês, sem necessidade de subdivisões. O texto, porém, deve apresentar as seguintes seções: introdução, que deve ser concisa, relato de caso, contendo a descrição e evolução do quadro clínico, exames laboratoriais, ilustrações e tabelas (que substitui as seções material e métodos e resultados) e discussão, com no máximo 20 referências.

Comunicações breves

Abordam um ponto ou detalhe específico, não excedendo 3.500 caracteres, uma ou duas figuras e tabelas e 20 referências. Não incluem subdivisões, mas devem apresentar resumos em português ou espanhol e inglês e com no máximo 250 palavras e três a cinco palavras-chave em português ou espanhol.

Imagem

Fotografia de evento reumatológico acompanhada de pequeno texto. Imagem e texto não devem exceder uma página. Fotografia de preferência horizontal, com texto em espaço duplo com no máximo 10-11 linhas.

Pausa entre consultas

Seção aberta, recebendo material considerado de interesse para a rotina do reumatologista.

SciELO

A RBR apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

SciELO

A RBR apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Conflito de interesses

A RBR, seguindo a nova política para artigos médicos publicados em periódicos científicos, recomenda aos autores declararem em documento anexo aos seus trabalhos a eventual existência de algum tipo de conflito de interesses caso tenha ocorrido nos últimos cinco anos uma das situações abaixo elencadas. Não serão recusados trabalhos meramente pela existência de conflito de interesses, porém, será feita uma declaração sobre isso no final do arquivo.

- Recebimento de honorários por apresentação, conferência ou palestra.
- Recebimento de honorários por consultoria.
- Financiamento para realização de pesquisa, organização de atividade de ensino ou comparecimento a simpósios.
- Ter exercido cargo em organização que possa se beneficiar ou ser prejudicada pelos resultados de seu estudo.

- Ter atuado como perito judicial sobre o assunto do artigo.
- Possuir ações em organização que possa se beneficiar ou ser prejudicada pelos resultados de seu estudo.
- Caso exista outro tipo de conflito de interesses que não seja de ordem financeira (pessoal, político-partidária, religiosa, etc.) e que poderia lhe importunar após a publicação, esse também poderá ser declarado

7.3 Artigo completo

Título: Fibromialgia traumática e não-traumática: avaliação do impacto na qualidade de vida em mulheres.

Autores: José Mauro Carneiro Fernandes, Elba Gomide Mochel, José Anselmo Coelho Lima Júnior, Gilnara Fontinelli Silva, Nayara Fontinelli Silva, Juliana Maria Cavalcante Ribeiro Ramos.

Instituição: Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Resumo- Objetivo: investigar o impacto na qualidade de vida em mulheres portadoras de fibromialgia (FM) de origem traumática e não-traumática. Método: mulheres portadoras de FM foram selecionadas para o estudo e divididas em dois grupos- portadoras de FM de origem traumática (grupo I) e de origem não-traumática (grupo II); foi utilizado um questionário estruturado para a pesquisa e o QIF (Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia) para avaliar a qualidade de vida. Resultados: foram analisadas 72 pacientes, sendo 34 no grupo I e 38 no grupo II. Os principais fatores desencadeantes dos sintomas foram divórcio (23,5% dos casos) e perda familiar (23,5% dos casos); os principais sintomas apresentados, além da dor difusa, foram sono não-reparador, fadiga e parestesias, sem diferença entre os grupos; cefaléia teve prevalência maior no grupo I ($p=0,0006$); a avaliação da qualidade de vida pelo QIF foi pior no grupo I ($p<0,0001$). Conclusão: o impacto da FM na qualidade de vida é pior em mulheres portadoras de FM de origem traumática. Palavras-chaves: fibromialgia, mulheres, qualidade de vida.

Abstract – Objective: this paper aims at investigating the impact on the well-being of women suffering from both traumatic and non-traumatic fibromyalgia (FM). Method: women suffering from fibromyalgia were selected to the study and divided in two groups: sufferers from traumatic-induced fibromyalgia (group I) and sufferers from non-traumatic fibromyalgia (group II); an structured questionnaire was used for the research and the Fibromyalgia Impact Questionnaire was used to assess the quality of life. Results: 72 patients have been analyzed, being 34 from group I and 38 from group II; the main symptoms triggering factors were divorce (23,5% of cases) and loss of family members (23,5% of cases); the main symptoms reported by the patients, besides widespread pain, were fatigue, sleep disturbance, weakness and paresthesias, with no difference between groups; headache was more prevalent in group I ($p=0,0006$); as for the FIQ for quality of life evaluation, it has been worse within group I ($p<0,0001$). Conclusion: a stronger impact on the quality of life of women suffering from traumatic FM has been observed in this study.

Introdução

Fibromialgia (FM) é uma síndrome reumática não-articular, de origem desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, e presença de múltiplas regiões dolorosas, denominadas tender points (pontos dolorosos), especialmente no esqueleto axial¹.

Dados epidemiológicos mostram que a prevalência da FM aumenta com a idade e alguns fatores associados incluem estado civil divorciado e baixo nível educacional², além de sexo feminino, história familiar positiva para a doença, presença de distúrbios do sono e de outras doenças dolorosas crônicas, como artrite reumatóide ou lúpus eritematoso sistêmico^{3,4}.

Embora a etiologia da FM seja desconhecida, vários investigadores têm sugerido que trauma físico ou emocional pode desencadear a doença em indivíduos suscetíveis⁵. Essa visão é baseada pelo fato de muitos indivíduos com FM relatarem ter um ou mais eventos traumáticos antes do início de seus sintomas⁶. Dessa forma a FM pode ser classificada em traumática e não-traumática baseada na presença de um evento traumático prévio⁴. A primeira comparação entre pacientes com FM de origem traumática e não-traumática foi publicada em 1994 e mostrou poucas diferenças clínicas entre esses dois grupos⁷. Boisset-Pioro et al⁸, em 1995, ao analisarem mulheres portadoras de FM, encontraram relato de abuso sexual na infância em 37% das mesmas comparado com 22% de mulheres sem FM. Em outro estudo envolvendo mulheres com FM, Walker et al⁹, encontraram relato de abuso sexual em 33% de sua amostra, comparado com 13% de mulheres com artrite reumatóide.

Embora em alguns estudos não se possa concluir que um evento traumático seja responsável pelo desenvolvimento da FM, o mesmo pode ser considerado como fator de início ou perpetuação dos sintomas¹⁰. Naring et al¹¹, observaram que pacientes com FM tinham um relato de trauma na infância mais frequentemente que pacientes com artrite reumatóide, sugerindo que um evento traumático na infância possa ter relação com o desenvolvimento de FM.

A etiopatogenia da FM não está ainda completamente elucidada. No entanto, os atuais conhecimentos acerca do assunto, apesar de apresentarem algumas lacunas, são suficientes para argumentar que a hipersensibilidade à dor, presente na síndrome, envolve alterações no sistema nervoso nociceptivo¹².

Os sintomas mais freqüentes incluem dor musculoesquelética difusa, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema e parestesias¹³ sendo a dor sem dúvida o sintoma principal¹⁴. Quanto ao exame físico, a única alteração característica é a hipersensibilidade dolorosa à dígitopressão em áreas musculares circunscritas e específicas¹⁵.

Um aspecto considerado importante quando se estuda FM é o impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares¹⁶. O conceito de qualidade de vida refere-se a autopercepção de dor, estado econômico, relações sociais, lazer, trabalho, satisfação pessoal, capacidade funcional e senso de segurança. Todos esses elementos são interrelacionados e podem ser alterados por vários fatores¹⁷. O objetivo, então, desse estudo é investigar o impacto na qualidade de vida de mulheres portadoras de fibromialgia de origem traumática e não-traumática.

Pacientes e Métodos

Foram analisadas mulheres com diagnóstico de fibromialgia (FM), segundo os critérios de classificação do American College of Rheumatology (ACR), atendidas no ambulatório do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no período de abril a outubro de 2009.

A amostra, calculada baseada na prevalência da doença na população, foi constituída pelas pacientes que procuraram o ambulatório para consulta de rotina, com diagnóstico de FM, que estivessem fazendo tratamento medicamentoso no momento da entrevista. Todas as pacientes leram e assinaram o Termo de Consentimento antes de entrarem no estudo, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. As pacientes foram classificadas de acordo com o início do aparecimento dos sintomas em de origem traumática ou reacional- aquelas que tiveram/identificaram um possível trauma (físico e/ou psicológico) antes do aparecimento dos sintomas – grupo I; e de portadoras de FM de origem não-traumática ou não reacional- sem identificação de possível trauma antes do aparecimento dos sintomas – grupo II. Foram considerados traumas (relatado pelas pacientes): acidente automobilístico, cirurgia, perda familiar, divórcio, entre outras situações relatadas

pelas pacientes que pudessem ser consideradas como desencadeadores dos sintomas. As pacientes foram encaminhadas para avaliação psiquiátrica e as que apresentaram diagnóstico associado de depressão foram excluídas do estudo.

Os dados coletados foram idênticos entre os dois grupos por meio de anamnese e exame físico detalhados. Foi aplicado um questionário estruturado para a pesquisa sobre dados gerais, renda familiar, escolaridade, número de filhos e estado civil. Foi feito contagem de pontos dolorosos e avaliação da dor segundo a escala analógica visual (EAV), que quantifica a dor de zero a dez. Em relação à prática de atividade física, foi considerado como positivo a realização de atividade regular por pelo menos 3 vezes por semana. Para a análise da qualidade de vida foi utilizado o Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF), versão brasileira validada e adaptada do FIQ (The Fibromyalgia Impact Questionnaire). O QIF envolve questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos; a graduação total varia de zero a cem e quanto maior ela for, maior o impacto na qualidade de vida. Não foram incluídas no estudo pacientes com diagnóstico de doenças crônicas incapacitantes ou outras doenças com a presença de dor crônica associada, além de pacientes que não estivessem fazendo tratamento medicamentoso no momento da coleta de dados.

Na análise estatística, para a comparação dos grupos, utilizou-se testes não-paramétricos para testar a hipótese, sendo o teste de Mann-Whitney considerado mais adequado para o desenho do estudo. Os dados foram apresentados em média e desvio-padrão. Foi adotado intervalo de confiança de 95%, com nível de significância de 5% ($P < 0,05$).

Resultados

Foram analisadas 84 pacientes que preencheram os critérios de inclusão; 12 pacientes foram excluídas por apresentarem diagnóstico associado de depressão, resultando então, 72 pacientes. O grupo de pacientes de origem traumática (I) foi composto por 34 pacientes e o grupo de pacientes de origem não-traumática (II) foi composto por 38 pacientes.

Os resultados nos dois grupos foram similares no que se refere aos dados demográficos, conforme mostrado na Tabela 1.

No que diz respeito ao trauma desencadeante dos sintomas, das 34 pacientes que compõem esse grupo, 8 pacientes(23,5%) relataram o processo de divórcio como fator desencadeante, 8 pacientes (23,5%) relacionaram o início dos sintomas após perda familiar e 6 pacientes (17,6%) relacionaram descoberta de doença na família como fator originário (Tabela 2).

Os sintomas apresentados pelas pacientes foram semelhantes em ambos os grupos. Além da dor musculoesquelética difusa, obtivemos em seguida os seguintes sintomas: sono não-reparador, fadiga e parestesias. Em relação às síndromes associadas, cefaléia (enxaqueca) esteve presente em 34 pacientes, sendo 24 do grupo I e 10 do grupo II; dismenorréia foi encontrada em 16 pacientes, sendo 6 do grupo I e 10 do grupo II. A síndrome do cólon irritável foi observada em 15 pacientes do grupo I e 20 pacientes do grupo II, enquanto a síndrome das pernas inquietas esteve presente em 07 pacientes do grupo I (20,6%) e 03 pacientes do grupo II (7,9%); cefaléia se mostrou estatisticamente significativa no grupo I em relação ao grupo II ($p=0,0006$). As tabelas 3 e 4 detalham o quadro clínico das pacientes.

Apenas 21 pacientes dos 2 grupos estavam fazendo algum tipo de atividade física, sendo 14 pacientes (41,2% de 34 pacientes) do grupo I e 7 pacientes (18,4% de 38 pacientes)

do grupo II, com $p=0,048$. Nenhuma paciente dos dois grupos estava fazendo acompanhamento psicológico no momento da entrevista, apesar da orientação para fazê-lo.

Em relação ao tratamento, a tabela 5 mostra as medicações que as pacientes estavam usando e suas respectivas doses no momento da coleta dos dados.

O tempo de diagnóstico em anos no momento da entrevista foi avaliado e encontramos uma média de 2,7 anos ($\pm 2,2$ anos) no grupo I e média de 2,4 anos ($\pm 1,9$ anos) no grupo II. Quando se analisou o tempo do início da dor até o momento do diagnóstico, observou-se uma média de 1,42 anos ($\pm 0,69$ anos) no grupo I e 1,30 anos ($\pm 0,48$ anos) no grupo II. Em relação à contagem de pontos dolorosos obtivemos uma média de 15 pontos positivos no grupo I e 14 pontos positivos no grupo II, sem mostrar significância estatística entre os grupos. Na avaliação da intensidade da dor pela EAV, encontramos no grupo I 8,9 pontos em média e no grupo II, 9,0 pontos em média. Por fim, na avaliação do impacto na qualidade de vida das pacientes por meio do QIF, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos, com o grupo I apresentando uma média de 75,6 pontos e o grupo II uma média de 62,6 pontos ($p < 0,0001$). Essa diferença foi significativa em todos os quesitos do QIF, exceto no quesito 2, que se refere ao bem estar nos últimos sete dias ($p=0,1094$). Esses dados estão mostrados nas tabelas 6 e 7.

Discussão

Este trabalho analisou apenas mulheres por ser o gênero mais acometido como mostram os estudos de Wolfe et al¹⁸ e Helfenstein e Feldman¹⁹; estes últimos encontraram 99,5% de pacientes do sexo feminino em seu estudo. Schochat e Rasp e Forseth e Gran

encontraram uma prevalência de FM na população feminina de 11,5% e 10,5% respectivamente^{20,21}.

A escolaridade (em anos de estudo) apresentada pelas mulheres foi semelhante entre os grupos I e II do nosso estudo, com média de 8,3 anos de estudo nos dois grupos, o que corresponde ao 1º grau completo. Berber em 2004 e Konrad em 2005 encontraram percentuais de 55,7% e 58% respectivamente de pacientes com o 2º grau/nível médio completo^{22, 23}. Já quando se analisa o estudo de Riberto et al.²⁴, que comparou características clínicas de pacientes portadores de FM de origem traumática e não-traumática, observa-se uma diferença estatística, com predomínio de anos de estudo no grupo de origem traumática (9,93 anos/5,26 anos); como nossa amostra (os dois grupos) foi composta por pacientes com o mesmo nível sócio-econômico, acredita-se justificar esse nível de escolaridade encontrado, inclusive com a mesma média nos dois grupos estudados.

A renda familiar das pacientes encontrada em nosso estudo teve média de 2,4 salários-mínimos entre os dois grupos, praticamente semelhante ao encontrado por Costa et. al.²⁵ - 2,1 salários-mínimos. As nossas pacientes têm características semelhantes aos pacientes analisados por Costa, justificando a equivalência de rendimento. Nosso estudo foi realizado com pacientes de um hospital público o que é perfeitamente aceitável esse nível de rendimento, além de que a maioria das mulheres não trabalhava fora de casa, ou seja, o rendimento familiar vinha praticamente apenas de seus companheiros.

A nossa amostra foi composta por 72 pacientes, sendo 34 de origem traumática (47,2%) e 38 pacientes de origem não-traumática (52,3%), bem superior a de outros autores, como Greenfield et al.⁴ que encontraram 23% de sua amostra como sendo de origem traumática e Riberto et al.²⁴, que encontraram 35,5% de pacientes com eventos traumáticos previamente ao aparecimento dos sintomas. Vale ressaltar que nossa amostra foi composta por pacientes com FM idiopática, ou seja, não foram incluídas pacientes com outras doenças

crônicas associadas; além do mais, mesmo podendo ser considerado como viés, quando a paciente não referia trauma prévio ao aparecimento dos sintomas, a mesma era questionada sobre isso, talvez explicando a percentagem maior encontrada de trauma em relação aos outros estudos. No que diz respeito à natureza do trauma, nós consideramos como trauma a percepção da paciente sobre a causa da dor. Encontramos divórcio (23,5%), perda familiar – mãe, principalmente (23,5%) e doença familiar (17,7%) como sendo os principais eventos desencadeadores da doença, ao passo que Riberto et al.²⁴ encontraram que 77,5% de seus pacientes de origem traumática foram atribuídos a situações ocupacionais, Waulonis e Perkins⁷ encontraram acidente de carro (60,7%) como evento desencadeador mais importante e Buskila et al.²⁶, relataram cirurgia(38,2%) como evento traumático prévio mais evidente. Nosso estudo mostra uma percentagem bem maior de trauma psico-emocional que físico quando comparado com os outros estudos apresentados. Embora não tenhamos encontrado uma resposta evidente para esses achados, o que se observa é que as mulheres da nossa amostra locomoviam-se predominantemente de ônibus e a maioria não trabalhava fora de casa. Além do mais, como o trauma divórcio foi o mais prevalente juntamente com perda familiar, acredita-se que valeria a pena uma extensão do trabalho com mulheres divorciadas e prevalência de fibromialgia nessa população.

Nos sintomas mais comuns encontrados nas pacientes de nossa amostra não houve diferença entre os grupos. Helfenstein et al.²⁷ encontraram fadiga e parestesia em 92% e 56% respectivamente de seus pacientes; já Riberto e Batistella¹⁴, em 2002 encontraram sono não-reparador, fadiga, fraqueza e parestesia em respectivamente 79,5%, 71,8%, 51,3% e 69,2% de seus pacientes (n=39). Em relação às síndromes associadas, cefaléia foi mais importante, com predomínio no grupo I (p=0,0006). Riberto et al.²⁴ não encontraram diferença estatisticamente significativa entre seus pacientes de origem traumática e não-traumática em relação a esses sintomas (cefaléia- p=0,634). O que se observa muitas vezes é que o paciente ao realizar

tratamento, seja este medicamentoso, psicológico ou qualquer outra forma, como por exemplo, algum tipo de atividade física específica, pode haver melhora de um sintoma em particular, com permanência mais evidente de outros sintomas, justificando as diferenças entre os mesmos num determinado momento de evolução da doença.

Ao realizar contagem de pontos dolorosos não encontramos diferença significativa entre os dois grupos. Martinez et al.¹³ encontraram correlação entre a contagem de pontos dolorosos e a intensidade da dor e a capacidade funcional, sendo a correlação com a intensidade da dor, bem maior. Há muito se discute o real valor da contagem de pontos dolorosos e o que se conclui ao analisar alguns estudos epidemiológicos, é que essa contagem não é capaz de definir uma doença distinta, mas seria apenas uma medida de resposta alterada ao estresse^{28,29,30}.

No que diz respeito à intensidade da dor, não houve diferença entre os dois grupos. Maeda et al.³¹ encontraram média de 7,82 pontos em sua avaliação de intensidade da dor, um pouco abaixo da nossa amostra; mesmo não havendo diferença estatística na nossa amostra entre os grupos, vale ressaltar que apenas pacientes do grupo de origem traumática classificaram como valor máximo (10) sua dor sentida em algum momento da evolução da doença, podendo-se questionar se o trauma – mesmo psíquico - poderia ter uma relação direta com a intensidade da dor.

Estudos já demonstram o impacto negativo da FM na qualidade de vida, como os de Bernard, Prince e Edslall³² e o de Ubago Linares et al³³. O primeiro relata que 94% dos pacientes divorciados ou separados que faziam parte do estudo relacionaram o final do casamento à fibromialgia. O segundo analisou o impacto da FM na capacidade funcional e utilizou o QIF na sua análise. Nosso estudo compara o impacto na qualidade de vida entre mulheres portadoras de fibromialgia de origem traumática e não-traumática e observamos que houve um impacto maior na qualidade de vida das mulheres portadoras de FM de origem

traumática. Riberto¹⁹ em 2006 comparou as manifestações entre pacientes portadores de FM de origem traumática e não-traumática e não encontrou diferença estatística, ou seja, os pacientes não apresentaram um curso clínico diferente ou mais grave entre os grupos, apesar de não ter havido avaliação de qualidade de vida.

É sabido que o tratamento da FM envolve medicamentos, atividade física e apoio psicológico; na nossa amostra, observamos que poucos pacientes estavam em atividade física no momento da entrevista e que isso também pode ser considerado como habitual da população estudada, mas ressalta-se que mesmo assim encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa na prática de atividade física do grupo I em relação ao grupo II. Ressalta-se então, que principalmente pelo pequeno número de pacientes em atividade física regular em ambos os grupos, essa diferença não pode significar que os pacientes de origem traumática possam ter uma evolução pior em relação à qualidade de vida. Apesar de ser rotina no nosso serviço o encaminhamento da paciente para avaliação e acompanhamento psicológicos, nenhuma paciente o estava fazendo no momento da pesquisa ou o fez de maneira irregular (às vezes uma consulta em toda a fase do tratamento ou 1 ou 2 atendimentos por ano); a dificuldade de acesso e a pouca oferta de profissionais especializados no serviço público deve ser levado em consideração, além de às vezes a própria falta de aceitação da paciente em receber esse tipo de ajuda. Mas vale ressaltar que a falta dessa modalidade de tratamento não medicamentoso foi ausente nos dois grupos de estudo.

Nosso estudo tem sua particularidade na medida em que avalia mulheres em sua fase ativa/produtiva, ou seja, no momento teórico de maior contribuição para a sociedade e percebe que de alguma forma precisamos melhorar a nossa abordagem, o nosso auxílio a essas pacientes. Apresenta suas limitações por utilizarmos uma amostra que representa uma população de renda e escolaridade baixas, atendida em um hospital público, uma vez que é

sabido que as questões sociais podem influenciar o manejo de situações com presença de dor crônica, e assim os resultados aqui obtidos não possam ser generalizados.

Conclusão

A FM de origem traumática causa um impacto negativo maior na qualidade de vida que a FM de origem não-traumática quando avaliado pelo QIF.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Smythe HAA, Yunus MB, Bennett AM, Bombardier CE, Goldenberg DL. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
2. White K, Speechley M, Harth M, Ostybye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study (LFES): Comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia syndrome (FMS) versus control. *J Rheumatol* 1999;26:1577-85.
3. Gerwin R. A review of myofascial pain and fibromyalgia – factors that promote their persistence. *Acupuncture in Medicine* 2005;23(3):121-34.
4. Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile JM. Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1992;35:678-81.
5. Clauw DJ, Williams DA. The relationship between stress and pain in work-related upper extremity disorders: the hidden role of chronic multisymptom illnesses. *Am Journal Ind Med* 2002; 41:370-382.
6. Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. Sexual and Physical Abuse in Women with Fibromyalgia Syndrome – A test of the Trauma Hypothesis. *Clin J Pain* 2005; 21(5): 378-386.
7. Waylonis GW, Perkins RH. Post-traumatic fibromyalgia, a long-term follow-up. *Am J Phys Med Rehabil* 1994; 73:403-12.
8. Boissete-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles M. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism* 1995; 2:235-41.
9. Walker EA, Keegan D, Gardner G et al. Psychosocial factor in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II Sexual, physical and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997; 59:572-577.
10. Al-Allaf AW, Dunbar KL, Hallum NS, Nosratzadeh B, Pullar T. A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology* 2002; 41: 450-453.
11. Naring GWB, Van Laukveld W, Geenen R. Somatoform dissociation and traumatic experiences in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2007; 25: 872-877.
12. Nielsen LA, Henriksson KG. Pathophysiological mechanisms in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): the role of central and peripheral sensitization and pain disinhibition. *Best Practice e Research Clinical Rheumatology* 2007;21(3): 465-80.

13. Martinez JE, Fujisawa RM, Carvalho TC, Gianini RJ. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol* 2009;49(1):32-8.
14. Riberto M, Battistella LR. Comorbidades em fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2002;42(1):1-7.
15. Haum MVA, Ferraz MB, Polak DF. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da Fibromialgia em uma população brasileira. *Rev Bras Reumatol* 1999;39:221-31.
16. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia vsd rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 1995;22:201-4.
17. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical Experimental Rheumatol* 2008;26:519-26.
18. Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.
19. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol* 2002; 42(1):8-14.
20. Schochat T, Rasp H. Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatol* 2003; 42:829-35.
21. Forseth OK, Gran T. The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. *Scand J Rheumatol* 1992; 21:261-3.
22. Berber JSS. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Dissertação de Mestrado, 2004.
23. Konrad LM. Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Dissertação de Mestrado, 2005.
24. Riberto M, Pato TR, Battistella LR. A comparison between post-traumatic and non-traumatic fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2006; 14(2): 13-20.
25. Costa SRMR et al. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador-BA, Brasil. *Rev Bras Reumatol*, 2005;45(2):64-70.
26. Buskila D, Neumann L, Vaisberg G, Alkalay D, Wolfe F. Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis Rheum* 1997; 40:446-52.

27. Helfentein Jr. M, Heymann R, Feldman D. Prevalência da síndrome do cólon irritável em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(1):16-23.
28. Croft P, Schollum J, Silman A. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ* 1994; 309:696-9.
29. Lindell L, Bergman S, Petersson IF, Jacobson LT, Herrstrom P. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18:149-53.
30. Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatol Oxford* 2003; 42:829-35.
31. Maeda C, Martinez JE, Neder M. Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia. *Revd Brás Reumatol* 2006; 46(1):3-10.
32. Bernard AL, Prince A, Esdall P. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care and Research* 2000; 13(1): 42-50.
33. Ubago Linares MC et al. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clinical Rheumatology* 2008; 27:613-19.

TABELAS

Tabela 1 – Dados demográficos dos dois grupos estudados. São Luís-MA, 2009

	I (N=34)	II (N=38)	p
Idade (anos)	46,2+/-5,7	43,6+/-6,3	0,10
Número de filhos	2,5+/-2,5	2,0+/-1,3	0,77
Renda familiar (salários-mínimos)	2,7+/-1,7	2,1+/-1,5	0,14
Escolaridade (anos de estudo)	8,3+/-3,0	8,3+/-3,0	0,99
Estado civil (%)			
Casada	16(47,1)	26(68,4)	0,06
Solteira	12(35,3)	09(23,7)	0,19
Divorciada	06(17,6)	02(5,3)	0,18
Viúva	-	01(2,6)	-

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

Tabela 2 – Prevalência dos fatores desencadeantes dos sintomas (trauma) no grupo de pacientes com fibromialgia de origem traumática. São Luís- MA, 2009

Trauma	N	%
Divórcio	08	23,5
Perda familiar	08	23,5
Doença familiar	06	17,7
Acidente automobilístico	04	11,8
Cirurgia	03	8,8
Trabalho árduo	03	8,8
Assalto à mão armada	01	5,9
Total	34	100

Tabela 3 – Prevalência dos principais sintomas apresentados pelas pacientes nos dois grupos estudados. São Luís- MA, 2009

Sintomas	Grupo I (N=34)	Grupo II (N=38)	p
Sono não reparador	85,3	76,3	0,256
Fadiga	76,5	63,1	0,166
Parestesia	58,8	60,5	0,450

I-grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

Tabela 4 – Prevalência das principais síndromes associadas apresentadas pelas pacientes nos dois grupos estudados. São Luís-MA, 2009

Sintomas associados	I(N=34)	II(N=38)	p
Cefaléia (enxaqueca)	24(70,5)	10(26,3)	0,0006
Dismenorréia	06(17,6)	10(26,3)	0,2638
Síndrome do cólon irritável	15(44,1)	20(52,6)	0,2675
Síndrome das pernas inquietas	07(20,6)	03(7,9%)	0,1775

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

Tabela 5 – Prevalência dos tipos de medicamentos utilizados no tratamento da fibromialgia entre os dois grupos estudados. São Luís- MA, 2009.

Medicamento	I (N=34)	II (N=38)	p
amitriptilina 25 a 75mg/dia	14 (41,0)	22 (58,0)	0,1116
ciclobenzaprina 10 a 20mg/dia	10 (29,5)	09 (23,5)	0,3382
amitriptilina + ciclobenzaprina	08 (23,5)	06 (16,0)	0,2864
duloxetina 60mg/dia	02 (6,0)	01 (2,5)	0,4018

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática

Tabela 6 – Características clínicas das pacientes nos dois grupos estudados. São Luís- MA, 2009

Variável	I(N=34)	II(N=38)	P
Tempo de diagnóstico (anos)	2,7+/-2,2	2,4+/-1,9	0,2369
Tempo do início da dor até o diagnóstico (anos)	1,4+/-0,7	1,3+/-0,5	0,2980
Contagem de pontos dolorosos	15+/-1,8	14,5+/-1,6	0,1159
Escala Analógica Visual	8,9+/-1,1	9,0+/-0,9	0,2601
QIF	76+/-12,1	64,2+/-12,9	<0,0001

I - grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática; QIF- Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia.

Tabela 7 – Detalhamento dos quesitos do QIF (Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia) nos dois grupos estudados. São Luís- MA, 2009

Quesitos	I (N=34)	II (N=38)	P
QIF TOTAL	76+/-12,1	64,2+/-12,9	<0,0001
1	4,63+/-1,65	3,81+/-1,64	0,0112
2	8,78+/-2,59	8,38+/-2,37	0,1094
3	5,21+/-2,68	2,52+/-2,31	<0,0001
4	7,85+/-1,89	6,97+/-1,26	0,0003
5	8,23+/-1,28	7,34+/-1,34	0,0008
6	8,14+/-1,61	7,15+/-1,61	0,0016
7	8,53+/-1,39	7,13+/-1,92	0,0002
8	8,29+/-1,08	7,36+/-1,55	0,0020
9	8,26+/-1,42	7,00+/-2,46	0,0154
10	8,32+/-1,66	6,34+/-2,36	<0,0001

I- grupo de pacientes de origem traumática; II- grupo de pacientes de origem não-traumática.

Fernandes, José Mauro Carneiro

Fibromialgia traumática e não-traumática: avaliação do impacto na qualidade de vida em mulheres / José Mauro Carneiro Fernandes. — São Luís, 2010.

71 f.:il.

Impresso por computador (Fotocópia).

Orientadora: Elba Gomide Mochel.

Dissertação (mestrado) — Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, 2010.

1. Fibromialgia. 2. Mulher — Qualidade de vida. I. Título.

CDU 616 - 002.773