Impacto funcional da fibromialgia: a importância do estresse

Functional impact of fibromyalgia: the importance of stress

Fernanda Pitome Weigert[1], Emely Hemeterio Bueno[1], Helena Oles, Luana Caroline Wilsek[1], Telma Maiara Thomas[1], Marcelo Derbli Schafranski[1], Marcelo Rezende Young Blood[1], Camila Marinelli Martins[1]

RESUMO

Justificativa: A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor crônica e generalizada, que afeta 3-8% da população geral. O estresse representa um fator psicológico relativamente frequente entre indivíduos com esta síndrome. Entretanto, estudos que relacionam o impacto funcional da fibromialgia e o estresse são escassos. **Objetivo:** Analisar a associação entre o impacto funcional da fibromialgia e o estresse, verificar se os pacientes com maior índice de impacto funcional pela fibromialgia apresentaram níveis mais elevados de estresse. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal descritivo e de correlação realizado pela aplicação de questionários a pacientes diagnosticados com fibromialgia. Foram coletados e registrados dados sociodemográficos e clínicos e aplicados os questionários: Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF) e Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10). **Resultados:** O grupo de estudo foi composto por 57 pacientes, 87,72% deles pertencente ao sexo feminino. A faixa etária mais prevalente foi de 56 a 60 anos (26,32%). A média do escore total do QIF foi 75,55 e da EPS-10 26,12. Houve correlação positiva entre os resultados do QIF e da EPS-10 (p<0,0001). **Conclusão:** Pacientes com maior impacto funcional causado pela fibromialgia tenderam a apresentar níveis mais elevados de percepçaõ do estresse.

Descritores: Dor crônica; Estresse emocional; Fibromialgia; Qualidade de vida; Estresse psicológico.

ABSTRACT

Background: Fibromyalgia is a syndrome characterized by chronic and widespread pain, which affects 3-8% of the general population. Stress is a very prevalent psychological factor among individuals with this syndrome. Few studies relate the functional impact of fibromyalgia and stress. **Objective:** Analyse the association between the functional impact of fibromyalgia and stress, verify whether patients with a higher index of functional impact due to fibromyalgia have higher levels of stress. **Methodology**: This was a descriptive and correlational cross-sectional study carried out through the application of questionnaires to patients diagnosed with fibromyalgia. Sociodemographic and clinical data were collected and recorded, and the following questionnaires were applied: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) and Stress Perception Scale-10 (PSS-10). **Results:** The study group consisted of 57 patients. The most prevalent age group was 56 to 60 years (26.32%). The mean total FIQ score was 75.55 and the EPS-10 score was 26.12. A positive correlation was found between the FIQ and EPS-10 results (p<0.0001). **Conclusion:** Patients with greater functional impact caused by fibromyalgia tended to present higher levels of perceived stress.

Keywords: Chronic pain; Emotional stress; Fibromyalgia; Quality of life; Psychologic stress.

[1] Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Medicina, Ponta Grossa, Paraná, Brasil.
Data de submissão: 14/01/2025. **Data de aceite:** 10/02/2025.
Autor correspondente: Fernanda Pitome Weigert. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Endereço: Avenida General Carlos Cavalcanti, n° 5775, Uvaranas, Ponta Grossa, Paraná, Brasil - CEP: 84025-000 - Telefone: (42) 99711-4588 - E-mail: 20051340@uepg.br
Fontes de auxílio à pesquisa: A pesquisa foi apoiada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa e pelo Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. A pesquisa não recebeu nenhum financiamento específico de agências de fomento nos setores público, privado ou sem fins lucrativos.
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (número do parecer: 6.492.875).
Declaração de Conflitos de Interesse: Os autores declaram que não há conflitos de interesse em relação a este artigo. Todos os autores confirmam a ausência de interesses financeiros, pessoais ou profissionais que possam influenciar a pesquisa.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor crônica generalizada, relativamente comum, que afeta 3-8% da população geral.[1,2] Apesar da fisiopatologia da síndrome não estar completamente esclarecida, há evidências que ela seja desencadeada por estresse psicológico em associação a fatores genéticos.[3,4] Estudos demonstram que o estresse crônico representa um fator psicológico frequente entre indivíduos com fibromialgia e, aproximadamente 76,7% destes apresentam estresse.[1] Apesar da provável relação entre estresse e fibromialgia, existem muitas lacunas a serem compreendidas.[1,2,3,4]

O estresse é um conjunto de reações psicopatológicas e comportamentais intrincadas que provocam uma busca pela homeostase interna diante de uma situação ameaçadora.[1,5,6] Todavia, quando o indivíduo está diante de um estímulo estressante de longa duração e o estresse passa a ser crônico, há um comprometimento da qualidade de vida.[5]

Há escassos estudos que analisaram e relacionaram o impacto funcional da fibromialgia e o estresse crônico.[3] Desta forma, este estudo transversal apresentou como objetivo analisar a associação entre o impacto funcional da fibromialgia e o estresse e verificar se pacientes com maior índice de impacto funcional pela fibromialgia apresentaram níveis mais elevados de estresse.

METODOLOGIA

Tratou-se de de um estudo transversal descritivo e de correlação, conduzido de novembro de 2023 a abril de 2024, realizado por intermédio da aplicação de questionários a pacientes diagnosticados com fibromialgia dos ambulatórios de "Dor crônica" e "Reumatologia" de um hospital universitário do Sul do Brasil. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Campus Uvaranas (número de parecer 6.492.875).

Foram incluídos pacientes previamente diagnosticados com fibromialgia pelos profissionais dos ambulatórios mencionados. Os pacientes incluídos possuíam entre 18 e 75 anos, eram aptos a responder os questionários e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), aceitando, voluntariamente, participar deste estudo. Foram excluídos os indivíduos que não se enquadraram nos critérios de inclusão e que decidiram não concluir a pesquisa. Além disso, aqueles que inicialmente preencheram os critérios e consentiram em participar, mas desistiram da pesquisa em qualquer etapa, também foram excluídos, conforme consta no TCLE aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Foram coletados e registrados os seguintes dados de cada paciente: Idade; Gênero; Escolaridade; Ocupação; Presença de comorbidades; Tratamento medicamentoso e não medicamentoso para fibromialgia e outros medicamentos em uso contínuo. Além disso, foram aplicados os questionários: Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF) e Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10).

O impacto funcional da fibromialgia foi avaliado por meio do QIF. Este questionário é composto por 10 itens. Cada item é expresso de 0 a 10 e o escore final varia de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, maior o impacto negativo da fibromialgia na qualidade de vida e mais intensos os sintomas.[7] A figura 1 apresenta o questionário citado.

O estresse foi avaliado pela EPS-10, que possui 10 questões, cujos valores variam de 0 a 4 pontos. O

1- Com que freqüência 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 (varrer, passar pano etc.)	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

Nos últimos sete dias:

2- Nos últimos sete dias, em quantos dias você se sentiu bem?
0 1 2 3 4 5 6 7

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

4- Quanto a fibromialgia interferiu na capacidade de fazer seu serviço:
Não interferiu — Atrapalhou muito

5- Quanta dor você sentiu?
Nenhuma — Muita dor

6- Você sentiu cansaço?

7- Como você se sentiu ao se levantar de manhã?
Descansado/a — Muito cansado/a

8- Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?
Não — Sim, muita

9- Você se sentiu nervoso/a ou ansioso/a?
Não, nem um pouco — Sim, muito

10- Você se sentiu deprimido/a ou desanimado/a?
Não, nem um pouco — Sim, muito

Figura 1. Questionário Sobre o Impacto da Fibromialgia.

resultado final variou de 0 a 40 pontos e quanto maior a pontuação maior a percepção de estresse.[8] A figura 2 contém a escala citada.

A análise estatística dos dados coletados foi realizada com aplicação do software RStudio (versão 2024.04.2; RStudio Team, 2024).[9]

Foram analisadas, descritivamente, as variáveis: "Gênero", "Faixa etária", "Trabalho", "Escolaridade", "Comorbidades", "Tratamento medicamentoso" e "Tratamento não medicamentoso". Foram calculadas as médias e desvios padrão dos valores do QIF e do EPS-10 para cada variável. Ainda, os valores finais do QIF foram agrupados em ">50 e ≤70", ">70 e ≤80" e ">80" para análise de frequências e os valores da EPS-10 em ">20" e ">20 e ≤30".

A normalidade das variáveis foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Teste T de Student e ANOVA foram aplicados para análise dos dados paramétricos. O Teste de Tukey foi aplicado para identificação de quais grupos apresentaram diferença estatisticamente significante pelo ANOVA. O Teste de Mann Whitney e o Teste de Kruskal Wallis foram utilizados para avaliar os dados não paramétricos. O teste de Correlação de Kendall foi aplicado para analisar a associação entre os escores obtidos nos questionários QIF e EPS-10. O critério de significância estabelecido foi $p<0,05$.

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durantes os **últimos 30 dias** (último mês). Em cada questão **indique a freqüência** com que você se **sentiu ou pensou** a respeito da situação.

1. Com que freqüência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

2. Com que freqüência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

3. Com que freqüência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

4. Com que freqüência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

5. Com que freqüência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

6. Com que freqüência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

7. Com que freqüência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

8. Com que freqüência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

9. Com que freqüência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

10. Com que freqüência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

Figura 2. Escala de Percepção de Estresse-10.

RESULTADOS

O grupo de estudo foi composto por 57 pacientes, 87,72% pertencentes ao gênero feminino. A faixa etária foi de indivíduos com idade entre 56 e 60 anos, que representaram 26,32% dos pacientes. Quanto à atividade profissional, 68,42% dos pacientes não trabalhavam, incluindo aposentados, desempregados, trabalhadores domiciliares e afastados. Entre os participantes, 40,35%, apresentaram nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto, 82,46% disseram apresentar, além da fibromialgia, outra comorbidade, 71,93% relataram hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e/ou diabetes mellitus (DM). A maioria dos participantes, 89,47%, fazia uso de um ou mais medicamentos para o tratamento dos sintomas da fibromialgia, sendo a gabapentina o medicamento mais utilizado, por aproximadamente 52,63% dos indivíduos. Tratamento não medicamentoso para amenizar os sintomas da doença foi realizado por 61,4% dos participantes, dentre estes, a caminhada foi a mais citada (35,09%). A Tabela 1 apresenta informações sobre características socioeducativas, hábitos de vida e comorbidades dos pacientes.

A média do escore total do QIF foi de 75,55. Neste estudo, 94,74% dos pacientes obtiveram QIF >50 e 70,18% >70. 31,58%, obteve resultado final de QIF >70 e ≤80. Outrossim, o escore total da EPS-10 oscilou entre 7 a 40, com média de 26,12. 85,97% dos pacientes obtiveram escores totais desta escala >20 e 66,67% destes apresentaram valores >20 e ≤30.

Os resultados do QIF e da EPS-10 não variaram significativamente quanto às variáveis sexo, idade, ocupação dos participantes e presença ou ausência de comorbidades (p >0,05), exceto quanto à ocorrência de diabetes mellitus. A média do escore total do QIF em pacientes com essa comorbidade foi de 82,31±9,19, em comparação com não diabéticos, que apresentaram média de 73,34±15,22 (p=0,0231). No que se refere à escolaridade, os resultados não foram estatisticamente significativos em relação ao QIF (p>0,05), mas o foram quanto à EPS-10 (p=0,0423). Tal resultado ocorreu, principalmente, entre os grupos com ensino médio completo e incompleto (p=0,0203). O primeiro apresentou média de EPS-10 de 38,50±2,12 e o segundo de 21,17±8,08. Ademais, os pacientes que usavam amitriptilina tiveram média de escore total do

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos

Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Gênero		**Comorbidades**	
Feminino	87,72%	HAS	68,42%
Masculino	12,28%	Dislipidemia	49,12%
Faixa etária		DM	24,56%
18-25	3,51%	Ausência de HAS, DM ou Dislipidemia	28,07%
36-40	3,51%	Nenhuma	17,54%
41-45	7,02%	**Tratamento medicamentoso**	
46-50	5,26%	Gabapentina	52,63%
51-55	19,30%	Amitriptilina	36,84%
56-60	26,32%	Analgésicos	36,84%
61-65	17,54%	Duloxetina	14,04%
66-70	8,77%	Fluoxetina	12,28%
71-75	8,77%	Pregabalina	10,53%
Trabalho		Clonazepam	3,51%
Empregado/autónomo	31,58%	Nenhum	10,53%
Não trabalha	68,42%	Outro(s)	10,53%
Escolaridade		**Tratamento não medicamentoso**	
Analfabeto	5,26%	Caminhada	35,09%
Lê e escreve	10,53%	Fisioterapia	17,54%
Ensino fundamental incompleto	40,35%	Acupuntura	10,53%
Ensino fundamental completo	14,04%	Alongamento	5,26%
Ensino médio incompleto	3,51%	Fortalecimento muscular	3,51%
Ensino médio completo	10,53%	Hidroginástica	3,51%
Ensino superior incompleto	5,26%	Corrida	1,75%
Ensino superior completo	10,53%	Nenhum	38,60%

QIF de 70,38±15,83, enquanto os que não o utilizavam apresentaram média de 78,56±12,85 (p=0,0061). O uso de nenhum outro medicamento mostrou diferença significativa nos valores do QIF (p≥0,05). O uso de Clonazepam, no entanto, ocorreu entre os participantes com níveis mais elevados de estresse e valor médio 30±0 na EPS-10. Em comparação, os pacientes que não faziam uso de Clonazepam apresentaram valor médio de EPS-10 de 25,98±6,60. Houve diferença estatística significativa quanto ao uso ou não desse medicamento (p<0,0001). Ressalta-se, entretanto, que somente 2 pacientes do estudo fizeram uso deste medicamento. Acerca de tratamento não medicamentoso, não houve significância entre os tratamentos utilizados (p≥0,05). No entanto, houve uma tendência dos resultados da EPS-10 apresentarem-se menores entre os pacientes que faziam fisioterapia (p=0,0571). Os participantes que realizaram esse tipo de tratamento apresentaram média de EPS-10 igual a 23, 00±4,99, enquanto que aqueles não o fizeram apresentaram valores de EPS-10 de 26,79±6,66 (p=0,0571). A tabela 2 apresenta resultados do escore total do QIF em relação a diferentes variáveis, enquanto que a tabela 3 contém dados referentes à EPS-10.

O gráfico 1 apresenta os dados da dispersão dos resultados da EPS-10 em relação ao QIF, demonstrando que quanto maior o resultado do QIF, maior a EPS-10. Ou seja, há uma correlação positiva entre os resultados de ambos os testes. Além disso, essa correlação tende a ser forte e linear, dado que os pontos estão próximos de uma linha reta, e o valor de p (p<0,0001) obtido demonstra que tal correlação é estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo eram predominantemente mulheres, gênero em que há prevalência aumentada de Fibromialgia de acordo com literatura já existente.[10,11] Além disso, 61,63% da amostra foi composta por pacientes com idade de 51 a 65 anos de idade. O estudo multicêntrico e transversal de Font Gayà e col.[10], buscou analisar a prevalência de Fibromialgia na população espanhola. Os autores constatataram que aproximadamente 93,6% dos indivíduos com a síndrome são mulheres,com idade mais frequente de 60 a 69 anos.[10] No estudo de Alves e col.[11], que analisou o perfil epidemiológico de pacientes com Fibromialgia em um município do Tocantins, também constatou-se a predominância de mulheres com essa síndrome, que representaram 97% dos participantes e faixa etária entre 46 e 55 anos (45%).[11] Portanto, o predomínio do gênero feminino e de faixa etária condizente à meia idade entre

Tabela 2. Resultados do QIF em relação ao gênero, comorbidades e tratamento

Variáveis	Média±DP	Valor de p
Gênero		
Feminino	75,29±14,83	0,8533
Masculino	77,37±12,0,6	
Ocupação		
Trabalha	71,47±18,30	0,3894
Não trabalha	77,43±12,08	
Comorbidades		
HAS	75,63±16,14	0,4282
Sem HAS	75,36±10,21	
DM	82,31±9,19	0,0231
Sem DM	73,34±15,22	
Dislipidemia	76,89±15,13	0,1949
Sem dislipidemia	74,25±13,89	
Com HAS, dislipidemia e/ou DM	76,31±16,03	0,1210
Ausência de HAS, DM ou Dislipidemia	73,59±9,36	
Tratamento medicamentoso		
Amitriptilina	70,38±15,83	0,0061
Não usa Amitriptilina	78,56±12,85	
Duloxetina	67,37±19,98	0,2237
Não usa Doluxetina	76,88±13,12	
Gabapentina	76,31±15,05	0,6173
Não usa Gabapentina	74,70±13,96	
Fluoxetina	74,46±9,11	0,4016
Não usa Fluoxetina	75,70±15,10	
Pregabalina	77,44±5,68	0,8454
Não usa Pregabalina	75,32±15,16	
Clonazepam	82,44±7,06	0,5014
Não usa Clonazepam	75,30±14,61	
Analgésicos	79,10±13,28	0,1352
Não usa Analgésicos	73,48±14,86	
Tratamento não medicamentoso		
Fisioterapia	73,88±10,22	0,4130
Não faz fisioterapia	75,88±15,25	
Acupuntura	73,66±23,16	0,6679
Não faz acupuntura	75,77±13,39	
Caminhada	74,30±15,02	0,5230
Não faz caminhada	76,22±14,28	
Alongamento	68,42±13,61	0,2176
Não faz alongamento	75,94±14,50	
Fortalecimento muscular	74,55±0,17	0,4224
Não faz fortalecimento muscular	75,58±14,70	
Corrida	76,77±0	0,8792
Não faz corrida	75,52±14,57	
Hidroginástica	84,68±12,60	0,4224
Não faz hidroginástica	75,21±14,49	

Tabela 3. Resultados da EPS-10 em relação ao gênero, comorbidades e tratamento

Variáveis	Média±DP	Valor de p
Gênero		
Feminino	26,26±6,46	0,7158
Masculino	25,14±7,43	
Ocupação		
Trabalha	25,78±6,24	0,7838
Não trabalha	26,28±6,72	
Comorbidades		
HAS	26,05±7,02	0,8953
Sem HAS	26,28±5,48	
DM	28,57±6,21	0,1066
Sem DM	25,33±6,49	
Dislipidemia	25,18±6,58	0,2870
Sem dislipidemia	27,03±6,45	
Com HAS, dislipidemia e/ou DM	25,98±6,87	0,7710
Ausência de HAS, DM ou Dislipidemia	26,50±5,72	
Tratamento medicamentoso		
Amitriptilina	24,10±6,16	0,0700
Não usa Amitriptilina	27,31±6,52	
Duloxetina	22,50±5,81	0,0906
Não usa Doluxetina	26,71±6,49	
Gabapentina	26,43±6,53	0,7086
Não usa Gabapentina	25,78±6,62	
Fluoxetina	24,86±5,64	0,5521
Não usa Fluoxetina	26,30±6,67	
Pregabalina	25,67±5,24	0,8334
Não usa Pregabalina	26,18±6,70	
Clonazepam	30,00±0,00	<0,0001
Não usa Clonazepam	25,98±6,60	
Analgésicos	26,95±8,07	0,5129
Não usa Analgésicos	25,64±5,50	
Tratamento não medicamentoso		
Fisioterapia	23±4,99	0,0571
Não faz fisioterapia	26,79±6,66	
Acupuntura	28,33±7,53	0,4702
Não faz acupuntura	25,86±6,43	
Caminhada	26,00±6,03	0,9147
Não faz caminhada	26,19±6,85	
Alongamento	22,33±7,02	0,4290
Não faz alongamento	26,33±6,50	
Fortalecimento muscular	24±4,24	0,5945
Não faz fortalecimento muscular	26,20±6,60	
Corrida	29,00±0,00	
Não faz corrida	26,07±6,57	
Hidroginástica	31,50±12,02	0,6303
Não faz hidroginástica	25,93±6,35	

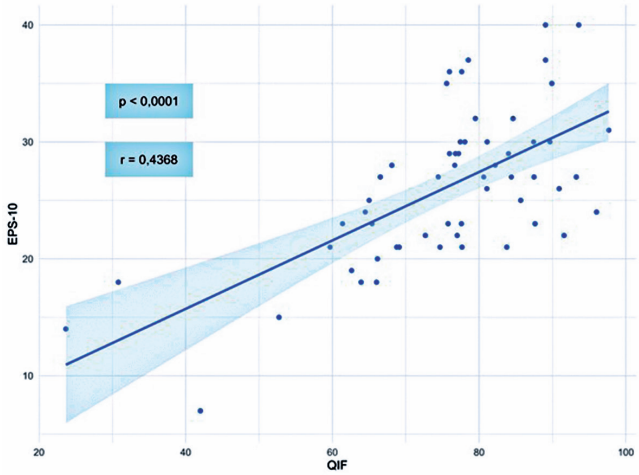

Gráfico 1. Gráfico de Dispersão da Correlação entre o QIF e o EPS-10.

portadores da síndrome constatados neste estudo são similares aos autores mencionados.[10,11]

Quanto à atividade laboral, o estudo de Alves e col.[11], constatou que 57% dos participantes estavam desempregados, resultados similares aos constatados neste estudo (68,42%). Vale ressaltar que muitos pacientes com Fibromialgia estão em licença previdenciária devido à incapacidade gerada pela síndrome. No estudo de Amris e col.[12], que avaliou custos de saúde de dinamarqueses com Fibromialgia, evidenciou-se que, após 10 anos do diagnóstico, 50% dos indivíduos recebiam pensão por invalidez. Os autores constataram, também, que indivíduos com fibromialgia apresentaram número significativamente maior de comorbidades, com predomínio dos distúrbios endócrino-metabólicos.[12] Demonstraram que a maioria dos pacientes apresentou alguma comorbidade, como HAS, DM e/ou dislipidemia. Outrossim, diversos estudos destacam a complexidade do tratamento da Fibromialgia, em que a polifarmácia e prescrições off-label são frequentes, alinhando-se com os resultados deste estudo, em que a maior parte dos pacientes fazia tratamento medicamentoso. Consequentemente, uma porcentagem menor de indivíduos submeteu-se a algum tratamento não medicamentoso, apesar dos tratamentos multidisciplinar e multimodal, representarem, atualmente, o padrão-ouro de terapêutica.[13,14] Mais investigações são importantes, portanto, estudos futuros são relevantes para estabelecer quais medicamentos possam ser seguros e eficazes no tratamento da Fibromialgia e controle dos sintomas. Assim também, novos estudos deveriam ser conduzidos a fim de elucidar o motivo da resistência ao tratamento não medicamentoso, quer por parte dos pacientes e/ou dos profissionais de saúde.

A correlação positiva significativa entre os escores do QIF e da EPS-10, observada neste estudo, sugere que pacientes com maior impacto funcional causado pela fibromialgia tendem a níveis mais elevados de percepção do estresse.

Os resultados do QIF podem ser classificados em grave, acima de 70 pontos, moderado, entre 50 e 70, e leve, de 0 a 50.[15] Dessa forma, a maioria dos participantes deste estudo apresentou impacto funcional grave da fibromialgia em suas vidas, entre os demais, o impacto mostrou-se moderado. Em adição, os resultados de estresse neste artigo foram notavelmente mais elevados quando comparados aos valores normativos disponibilizados pela EPS-10. Precisamente, o escore médio de percepção do estresse foi 26,12 neste estudo, para a população americana foi aproximadamente 12,8 e para os professores do sul do Brasil, 17,3.[8,16] Esse contraste significa que os pacientes com fibromialgia neste estudo experimentaram níveis de percepção do estresse mais elevados que aqueles registrados nas populações mencionadas.

Os resultados do estudo de Nguyen e col.[17] corroboraram os achados desta pesquisa ao correlacionar o nível de percepção do estresse em portadores ou não de fibromialgia. Indivíduos com fibromialgia demonstraram, significativamente, níveis mais elevados de estresse e superior a escores padronizados. Este estudo, ainda, sugere que os sintomas de dor crônica da fibromialgia podem exacerbar o estresse, resultando em um ciclo com consequente agravamento das manifestações da fibromialgia. Portanto a associação entre percepção do estresse e dor crônica parece ser bidirecional, dessa forma, o estresse pode agravar os sintomas da doença ou advir destes.[17]

Um estudo realizado no Paquistão avaliou 149 pacientes com Fibromialgia e demonstrou que o estresse mostrou-se um fator preponderante entre eles, experimentado por 56% dos participantes. Dessa forma, a pesquisa evidenciou o estresse e traumas emocionais como fatores desencadeantes frequentes da síndrome.[18]

No estudo de Bazzichi e col.[19] afirma-se que a relação entre estresse e desenvolvimento de fibromialgia pode ser atribuída à presença de transtorno de estresse pós-traumático, bem como, a níveis irregulares de cortisol devido a traumas prévios em indivíduos com esta condição. Eventos estressantes ou traumas emocionais podem causar alterações cerebrais, como sensibilização central, que propicia maior sensibilidade à dor, e aumento da atividade nervosa.[19] Trauma e eventos estressores não foram avaliados nesta pesquisa, porém, a análise desses fatores em pacientes com Fibromialgia torna-se de notória relevância.

A desregulação dos mecanismos de resposta ao estresse pode preceder o início da fibromialgia. O estresse, em estágios iniciais do desenvolvimento humano, gera adaptações dos mecanismos envolvidos e, portanto, maior vulnerabilidade a transtornos mentais. Desta forma, os sistemas moduladores da dor e das emoções, no cérebro, são afetados pelo estresse e trauma prolongado. Indivíduos fibromiálgicos apresentam reatividade do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal reduzida, e consequente resposta anormal do cortisol ao estresse. Além disso, manifestam regulação autonômica irregular e diminuição da responsividade a eventos adversos. Dessa forma, pacientes com fibromialgia podem expressar capacidade reduzida de adaptação às demandas ambientais.[20]

Em contraste, o estudo transversal de Fernandes et al.[3] encontrou uma correlação positiva e fracamente moderada entre dor e nível de percepção do estresse em 42 pacientes diagnosticados com fibromialgia. Embora os indivíduos do estudo apresentaram incapacidade funcional moderada a grave e altos níveis de estresse, concluiu-se uma leve associação entre estes.[3]

Embora os resultados de algumas pesquisas divergiram quanto à dimensão e tendência da correlação entre o impacto funcional da fibromialgia e os níveis de percepção do estresse, sugerem a influência de outros fatores nesta relação. Quanto às variáveis estudadas neste estudo, somente a presença de DM e o uso de amitriptilina influenciaram significativamente o resultado do QIF.

Apesar da indicação do uso de amitriptilina para dor crônica não ser aprovada pelo "Food and Drug Administration", esse medicamento é um tratamento de primeira linha para FM.[21,22] Efetivamente, neste estudo, a amitriptilina associou-se à redução significativa nos escores do QIF.

Há estudos que demonstraram que a prevalência de DM mostrou-se mais elevada em pacientes com Fibromialgia em comparação a indivíduos não fibromiálgicos. A recíproca é verdadeira e a incidência de FM em pacientes com DM apresenta-se do que em não diabéticos. [23,24] Além disso, no estudo transversal de casos e controles de Demirhan e col.[24], os pacientes diabéticos obtiveram escores mais elevados na Escala Visual Analógica quando comparados aos controles. No entanto, o aumento da prevalência de dor em pacientes que apresentaram essa comorbidade pode ser atribuído a diversas outras causas.[24] Nesse contexto, ressalta-se que, apesar do DM e uso de amitriptilina terem impacto nos escores totais do QIF, há uma escassez de artigos que investiguem as relações dessas variáveis com a Fibromialgia.

Este estudo teve como uma de suas principais limitações o tamanho reduzido de participantes e a ausência de um grupo controle sem fibromialgia. Igualmente, destacam-se como limitações a transversalidade do estudo e o uso de medidas de auto-relato para avaliar o impacto funcional da fibromialgia e o estresse percebido.

CONCLUSÃO

Neste estudo os participantes predominantemente pertenceram ao sexo feminino, com idade de 51 a 65 anos, não trabalhavam e apresentavam uma ou mais comorbidades. A maior parte dos participantes fez uso de pelo menos um tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Esta pesquisa revelou que pacientes que portadores de fibromialgia e elevado impacto funcional evidenciaram propensão a altos níveis de percepção de estresse. Esse resultado mostrou-se concordante com a hipótese inicial e objetivo desta pesquisa. Este estudo pode contribuir com valiosas percepções a respeito da fibromialgia e fornecer dados que incentivem novas pesquisas a respeito do tema.

REFERÊNCIAS

1. Macian N, Dualé C, Voute M, Leray V, Courrent M, Bodé P, et al. Short-term magnesium therapy alleviates moderate stress in patients with fibromyalgia: a randomized double-blind clinical trial. Nutrients. 2022 May 17;14(10):2088. doi: 10.3390/nu14102088.
2. Pekarovics S, Beres A, Kelly C, Billes SK, Heaton AL. Stress-associated weight gain, fibromyalgia symptoms, cardiometabolic markers, and human growth hormone suppression respond to an amino acid supplement blend: results of a prospective, cohort study. Front Endocrinol. 2023;14:1053692. doi: 10.3389/fendo.2023.1053692.
3. Fernandes LGR, Wenceslau CMG, Santos AAMD, Lima DVG, Dieckmann LHJ, Haddad M, Mansani FP, Schafranski MD. Correlation between levels of perceived stress and depressive symptoms in the functional disability of patients with fibromyalgia. Rev Assoc Med Bras (1992). 2023 Oct 27;69(11):e20230690. doi: 10.1590/1806-9282.20230690.
4. Zetterman T, Markkula R, Miettinen T, Kalso E. Heart rate variability responses to cognitive stress in fibromyalgia are characterised by inadequate autonomous system stress responses: a clinical trial. Sci Rep. 2023 Jan 13;13(1):700. doi: 10.1038/s41598-023-27581-9.
5. Boff SR, Oliveira AG. Aspectos fisiológicos do estresse: uma revisão narrativa. Res Soc Dev. 2021 Dec 21;10(17):e82101723561. doi: 10.33448/rsd-v10i17.23561.
6. Martínez-Lavín M. Fibromyalgia in women: somatisation or stress-evoked, sex-dimorphic neuropathic pain? Clin Exp Rheumatol. 2021 Apr 9;39(2):422–5. doi: 10.55563/clinexprheumatol/0c7d6v.
7. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Rev Bras Reumatol. 2006 Feb;46(1):24-31. doi: 10.1590/S0482-50042006000100006.
8. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983 Dec;24(4):385-96. doi: 10.2307/2136404.
9. RStudio Team. RStudio [software]. Versão 2024.04.2. RStudio Team; 2024.
10. Font Gayà T, Bordoy Ferrer C, Juan Mas A, Seoane-Mato D, Álvarez Reyes F, Delgado Sánchez M, et al. Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. Clin Exp Rheumatol. 2020;38 Suppl 123(1):47–52.
11. Alves R de C, Nepomuceno VR, Marson PG, Bartholomeu Neto J, Silveira JM, Rodrigues ESR, et al. Aspectos Epidemiológicos e Diagnóstico da Fibromialgia na Região Norte do Brasil. Res Soc Dev. 2022 Mar 26;11(4):e53511427704. doi: 10.33448/rsd-v11i4.27704.
12. Amris K, Ibsen R, Duhn PH, Olsen J, Lolk K, Kjellberg J, et al. Health inequities and societal costs for patients with fibromyalgia and their spouses: a Danish cohort study. RMD Open. 2024 Feb;10(1):e003904. doi: 10.1136/rmdopen-2023-003904.
13. De Oliveira Barros S, Nunes Valadares M, Oliveira dos Santos J, Mairesse Ramos EH, Mesquita Couto F. Manejo Clínico da Fibromialgia: Terapias Farmacológicas e Não Farmacológicas para Alívio dos Sintomas. Brazil J Implantol Health Sci. 2023 Dec 17;5(5):5665–80. doi: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p5665-5680.
14. Giorgi V, Bazzichi L, Batticciotto A, Pellegrino G, Di Franco M, Sirotti S, et al. Fibromyalgia: one year in review 2023. Clin Exp Rheumatol. 2023 Jun 28;41(6). doi: 10.55563/clinexprheumatol/257e99.
15. Pedroza dos Santos Junior E, Guerino Marson P, Rodrigues Nepomuceno V. Estudo epidemiológico da fibromialgia em ambulatório municipal de reumatologia no Estado do Tocantins. Rev Cereus. 2020;12(3):259–71. doi: 10.18605/2175-7275/cereus.v12n3p259-271.
16. Siqueira Reis R, Ferreira Hino AA, Romélio Rodriguez Añez C. Perceived Stress Scale. J Health Psychol. 2010 Jan;15(1):107–14. doi: 10.1177/1359105309346343.
17. Nguyen HM, Cherry BJ, Zettel-Watson L. Perceived Stress and Life Stressors in Adults with and without Fibromyalgia. Biomedicines. 2024 Jun 1;12(6):1233. https://doi.org/10.3390/biomedicines12061233
18. Alam DM, Muhammad R, Iftekhar MA. Fibromyalgia: A neglected stress-related illness in Pakistan. J Pak Med Assoc. 2023 Sep 13;73(10):2143–2143. doi: 10.47391/JPMA.9422.
19. Bazzichi L, Giorgi V, Di Franco M, Iannuccelli C, Bongiovanni S, Batticciotto A, et al. Environmental factors and fibromyalgia syndrome: a narrative review. Clin Exp Rheumatol. 2024;42(6):1240–7. doi:10.55563/clinexprheumatol/4e091z.
20. Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. Psychol Res Behav Manag. 2019 Feb 13;12:117–27. doi:10.2147/prbm.s178240.
21. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy, and Alternative Remedies. Int J Mol Sci. 2020 Oct 23;21(21):7877. doi:10.3390/ijms21217877.
22. Thour A, Marwaha R. Amitriptyline. StatPearls. 2023 Jul 18; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537225/
23. Cüzdan Balta N, Akkuş G, Sarpel T, Sert M, Nazlıcan E. Fibromyalgia Syndrome in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Cyprus J Med Sci. 2022 Oct 11;7(5):687–91. doi:10.4274/cjms.2020.2928.
24. Demirhan E, Atar S, Ferhatlar N, Kuru Ö. How does fibromyalgia affect sleep quality and quality of life in patients with metabolic syndrome? Anadolu Klin Tıp Bil Dergisi. 2022 Jan 29;27(1):16–21. doi:10.21673/anadoluklin.937198.