



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCS/ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

## **Impacto da Fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes**

Daniela Mafalda Duarte Abreu

Estudante de Fisioterapia

Escola Superior de Saúde - UFP

[18299@ufp.edu.pt](mailto:18299@ufp.edu.pt)

Prof. Rogério Pereira

Licenciado

Universidade Fernando Pessoa

[Rogerio@ufp.edu.pt](mailto:Rogerio@ufp.edu.pt)

Porto, Fevereiro de 2011

## **Resumo**

O objectivo deste estudo foi analisar o impacto da Fibromialgia (FM) na qualidade de vida e capacidade funcional dos pacientes, identificando as variáveis associadas ao impacto da FM na qualidade de vida. A amostra foi composta por 93 pacientes com FM, distribuídos pelos diferentes distritos de Portugal continental e ilhas. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0.05$ ) nas variáveis como, o número de filhos, terapia farmacológica, o tempo de diagnóstico, número de especialistas consultados antes e após diagnóstico, todas as outras variáveis estudadas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Conclui-se que os pacientes com um número superior de filhos, cuja a confirmação do diagnóstico tardou, que realizam terapia farmacológica e que consultaram mais especialistas antes e após o diagnóstico, apresentam um impacto superior da FM. Verificou-se ainda que a FM acarreta repercussões para o ambiente familiar.

**Palavras-chave:** Fibromialgia; Qualidade de vida; FIQ

## **Abstract**

The purpose of this study was to analyze the impact of fibromyalgia (FM) on quality of life and functional capacity of patients to identify variables associated with the impact of FM on quality of life. The sample consisted of 93 patients with FM, spread over different districts of mainland Portugal and islands. The results showed statistically significant differences ( $p \leq 0.05$ ) of variables as the number of children, drug therapy, diagnosis time, number of specialists consulted before and after diagnosis, all other variables showed no statistically significant differences. We conclude that patients with a higher number of children whose diagnostic confirmation soon that perform medical therapy and who consulted more specialists before and after diagnosis, have a higher impact of FM. It was also found that FM carries implications for the family.

**Keywords:** Fibromyalgia; Quality of life; FIQ

## 1. Introdução

A fibromialgia (FM) é uma doença crónica reumática não-articular de etiologia idiopática. Apenas em 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a FM como uma doença.

O *American College of Rheumatology* (ACR) em 1990 determinou que os critérios de diagnóstico para a FM eram: dor difusa existente há mais de 3 meses, sentida quer no lado esquerdo quer no direito, membros superiores e inferiores e presença de 11 a 18 pontos dolorosos, em sítios pré-definidos anatomicamente. O ACR em 1990 evidenciou a dor muscular, fadiga, distúrbios de sono, dores nas articulações, cefaleia, parestesias, câibras nas pernas, comprometimento da memória, dificuldades de concentração, nervosismo e depressão, como sintomas da FM (Wolfe, 1990 e National Fibromyalgia Research Association).

Recentemente, *Wolfe et al. (2010)* realizou um estudo em que 25% dos pacientes com diagnóstico prévio de FM não contemplavam os critérios de diagnóstico do ACR de 1990 durante o *follow-up*. Assim, este estudo teve como objectivo desenvolver critérios simples e práticos para o diagnóstico clínico da FM, não exigindo obrigatoriamente a palpação dos pontos dolorosos. Estes critérios não pretendem a substituição dos critérios de classificação do ACR de 1990, no entanto, foram criados para abordar diferentes realidades, visto que o conceito de FM tem vindo a mudar um pouco, enfatizando problemas cognitivos e sintomas somáticos; factores que não foram ponderados nos critérios de classificação do ACR de 1990.

Os novos critérios de diagnóstico visam a remoção da avaliação dos pontos dolorosos como elemento central no diagnóstico da FM, reconhecendo a importância da existência de uma medida quantitativa da dor, o *Widespread Pain Index* (WPI), a incorporação dos sintomas no foco central dos critérios de diagnóstico e a disponibilização de escalas para avaliar a severidade da dor generalizada e dos sintomas. Um paciente preenche estes critérios de diagnóstico de FM se as seguintes três condições forem satisfeitas: 1) WPI com pontuação  $\geq 7$  e Symptom severity (SS) com uma classificação  $\geq 5$ , ou então, WPI com uma pontuação de 3-6 e SS com  $\geq 9$ ; 2) os sintomas estão presentes há pelo menos 3 meses; 3) o paciente não possui uma doença que possa explicar a dor (Wolfe et al., 2010).

A FM pode coexistir com outras patologias, sendo reconhecida como uma das principais causas de morbilidade no mundo, estudos clínicos realizados em variados países estimam que a prevalência da FM na população em geral varia entre 0,5 e 5% (White, 2001 e Associação Portuguesa de doentes com Fibromialgia).

Segundo, um estudo realizado em 5 Países Europeus (França, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha), Portugal apresenta uma prevalência de FM de 3.7% na população, superior no sexo feminino(5,1%) comparativamente ao sexo masculino (2.3%). Nesse estudo foi utilizado o *London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire* (LFESSQ), onde a população portuguesa registou os valores mais altos nos itens LFESSQ-4 (dor generalizada) e no LFESSQ-6 (dor generalizada e fadiga) em pacientes com FM (Branco et al., 2010).

A FM gera ainda muita controvérsia devido ao desconhecimento quanto à etiologia (Schochat et al.,2003); (Associação Portuguesa de doentes com Fibromialgia) e (Abeles et al., 2007), às variadas manifestações clínicas que os pacientes podem apresentar (Wolfe,1997); (Fitzcharles et al., 1997) e (Edward et al.,2006) e ainda pela componente mental muitas vezes associada (Edward et al.,2006) ; (Suhr,2003) e (Santos et al.,2006).

Emergiram evidências que a FM surge como consequência de um processamento anormal da dor ao nível central e não de uma disfunção que ocorre nos tecidos periféricos onde é referida a dor. Existe uma variedade de mecanismos que poderão estar compreendidos, concretamente, a sensibilização central, a actividade excessiva das células Gliais, a inibição das vias descendentes e anomalias na libertação de neurotransmissores e proteínas reguladoras, contudo, outros mecanismos podem estar implicados (Abeles et al.,2007).

Outros autores sustentam que a FM pode surgir devido a uma perturbação dos mecanismos da dor, nos fusos neuromusculares, não existindo uma lesão propriamente dita do órgão, como músculos ou articulações (Associação Portuguesa de doentes com Fibromialgia).

A comunidade médica convencionou 5 factores para avaliar a severidade da FM sendo eles: a dor, a incapacidade funcional, a fadiga, distúrbios de sono e a história clínica do paciente (Silverman et al.,2010).

As estratégias terapêuticas na FM são variadas e diferentes, tais como terapia farmacológica, exercício aeróbio, educação do paciente, fisioterapia. Existe ainda a medicina alternativa que inclui a meditação, acupunctura, hipnoterapia, *Yoga, Tai chi*, entre outras (Velkuru , 2009).A Sociedade Americana da dor recomenda para a FM uma abordagem multidisciplinar ou abordagem terapêutica multimodal, que associa a terapia farmacológica com a componente física, psicológica e estratégias cognitivas (Steven H. ,2001).

De acordo com Barkhuizen (*cit. in Patkar 2003*), o tratamento farmacológico da FM foca-se na suavização dos sintomas. Os fármacos comumente prescritos pertencem à família dos antidepressivos, ansiolíticos, analgésicos, entre outros.

De acordo com Burckhardt (*cit. in Velkuru, 2009*), a utilização de tratamentos não farmacológicos na FM é controversa pois os estudos existentes são na grande parte criticados por erros metodológicos.

O exercício é considerado ponto fulcral do tratamento para a FM. O exercício cardiovascular é frequentemente aconselhado na FM e síndromes de dor crónica. Os programas de exercícios (aeróbios e de treino de força) evidenciam ter resultados positivos em pacientes com FM, melhorando o estado emocional, a dor, a rigidez e a função motora. O principal objectivo do exercício é desenvolver, restaurar, manter e incrementar a função neuro-músculo-esquelética (Velkuru,2009). O exercício deve ter intensidade suficiente para modificar a capacidade aeróbia e deve ser praticado 2-3 vezes por semana durante 12 a 20 semanas (Richards *cit. in Patkar 2003*). Não obstante, a carga do exercício deve ser doseada para em nenhum momento causar traumatismos músculo - esqueléticos promotores de uma exacerbação dos sintomas.

A terapia, grupal ou individual, cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento de pacientes com FM beneficia a função física (Williams, DA et al.,2002 e Velkuru,2009).

A acupunctura melhorou significativamente sintomas da FM, como a dor, fadiga e ansiedade (Martin et al., 2006). Segundo Deluze (*cit. in Patkar 2003*), a acupunctura reduz a dor nos pacientes com FM, no entanto, existem poucos estudos randomizados.

Embora a FM seja uma doença crónica, o seu prognóstico não é avassalador, existindo um largo espectro de modalidades terapêuticas. Pacientes motivados e empenhados conseguem uma qualidade de vida similar ao convencionado como normal. Contudo, pacientes desanimados e não colaborantes apresentam quadros clínicos severos (Velkuru,2009).

Os fibromiálgicos apresentam níveis inferiores de qualidade de vida, bem como estados depressivos podendo existir uma relação entre a FM e a depressão levando, esta última, a ser considerada um efeito secundário da doença (Santos et al.,2006)

Pagano et al.(2004), conclui que o grupo de pacientes com FM tem pior qualidade de vida que o grupo controlo. Por conseguinte, a FM interfere directamente na qualidade de vida e no estado de ansiedade, o que sugere que este sintoma possa ser gerado pela FM.

Verbunt et al.(2008), concluem que os pacientes com FM sofrem um forte impacto na qualidade de vida comparados com a população em geral. De acordo com estes autores, a qualidade de vida nos pacientes com FM está directamente associada com o grau de severidade, sendo a dor o sintoma que mais parece condicionar a qualidade de vida. Depreende-se ainda que o estado psicológico/emocional se encontra mais vulnerável em pacientes com FM, quando comparados com pacientes com outras síndromes de dor crónica. Na avaliação do impacto da FM na qualidade de vida dos pacientes, pode-se utilizar a combinação do SF-36 e o FIQ. Contudo, há indicações que o FIQ, sendo um instrumento específico, é o mais útil para medir o impacto da FM (Linares et al.,2008) e (Pagano et al.,2004).

O FIQ é um instrumento que foi desenvolvido com o objectivo de quantificar o estado de saúde e a capacidade funcional dos pacientes com FM, para avaliar a sua progressão clínica e aferir os resultados terapêuticos. Neste artigo utilizar-se-á a versão validada para a população Portuguesa (Rosado et al., 2005). Assim, o objectivo principal deste estudo é realizar uma análise do impacto da FM na qualidade de vida e capacidade funcional dos pacientes, procurando identificar variáveis com associação ao impacto da FM na qualidade de vida .

## **2. Métodos e participantes**

O recrutamento de pacientes com FM foi feito em parceria com a Associação Contra a FM e Síndrome de Fadiga crónica (Myos). A colaboração da Myos possibilitou a inclusão no estudo realizado de doentes distribuídos pelos diferentes distritos de Portugal continental e ilhas, em decorrência da rede de grupos de apoio que esta associação desenvolveu.

Foi realizado um pré-teste da aplicação do questionário a uma amostra de pacientes com FM, com a finalidade de identificar perguntas com interpretação duvidosa que justificassem uma modificação da redacção, alteração do formato ou até mesmo serem excluídas da versão final. Durante o mês de Outubro e Novembro foi contactada toda a rede de grupos de apoio activos. Posteriormente foram enviados os questionários para cada coordenador de grupo de acordo com o número de pacientes. Todos os questionários seguiram num envelope com selo para reenvio e com o endereço domiciliário da investigadora.

Parte da informação foi recolhida através de um questionário, desenhado para este estudo. O questionário consistia em 27 perguntas, sendo 6 de resposta aberta e 21 de resposta fechada. A

formulação das perguntas baseou-se em estudos realizados, com o objectivo de formular questões concisas, diminuir viéses e promover a discussão.

Foram excluídos pacientes que possuíam patologias mentais ou psíquicas que impossibilitassem responder ao questionário, analfabetos e pacientes com iliteracia. Pacientes com problemas de saúde para além da FM, que pudessem limitar as actividades da vida diária na semana antes de responderem ao questionário, foram excluídos. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com diagnóstico de FM e maiores de 18 anos.

Pretende-se analisar variáveis como: o impacto da FM, características sócio - demográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e número de filhos).

As características de saúde, (a presença de patologias associados e a auto-percepção da sua saúde, o tempo desde o aparecimento dos sintomas até ao diagnóstico, o número de médicos especialistas consultados antes e depois do diagnóstico de FM, tratamento realizado actualmente e consultas realizadas após diagnóstico de FM), e as características psico - sociais, (história de patologia mental pessoal ou familiar, acontecimentos traumáticos, suporte social e repercussões da FM no ambiente familiar) serão variáveis em estudo.

O impacto da FM foi medido através do FIQ, para analisar e avaliar o estado de saúde dos pacientes. O FIQ contém 20 questões, sendo que o 1º item é composto por 11 sub- itens focam-se na avaliação da capacidade do paciente realizar actividades da vida diária, as respostas estão apresentadas numa escala tipo Likert variando de 0 a 3, sendo 0 (capaz de realizar sempre) e 3 (incapaz de realizar). Estes 11 sub- itens são somados e divididos pelo número de resultados obtidos, para se alcançar o resultado do desempenho funcional. No 2º item o paciente assinala o número de dias que se sentiu bem, seguindo-se o 3º item em que o paciente assinala quantos dias faltou ao trabalho. Os últimos 7 itens dizem respeito ao desempenho no trabalho, à dor, à fadiga, ao cansaço matinal, à rigidez, à ansiedade e à depressão, sendo avaliados através de uma escala visual analógica (EVA) de 0 a 10. A pontuação máxima é 100, que equivale a um impacto da doença máximo. Uma pontuação de 50 na FIQ, normalmente corresponde a um paciente com um impacto moderado, sendo que uma pontuação superior a 70 já são considerados casos severamente afectados.

Para a análise estatística utilizou-se o software SPSS 18.0. Na caracterização e descrição da amostra foi realizada uma análise descritiva (média e desvio padrão) e recorreu-se ainda utilização dos testes: *Mann–Whitney*, *Kruskall–Wallis*, *Student's t* e regressão linear para

relacionar as variáveis com a FIQ, sendo esta última a variável dependente. Em todas as variáveis foi definida uma significância estatística de 5%.

### 3. Resultados

Foram recebidos 93 dos 145 questionários enviados, sendo 86 respondidos por indivíduos do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Para todos os pacientes que colaboraram no estudo foi assegurada a confidencialidade dos dados e o seu anonimato. A caracterização sócio-demográfica da amostra está representada na Tabela I.

**Tabela I.** Relação entre o impacto da FM e as características sócio-demográficas.

Características sócio -demográficas		Número de pacientes	Porcentagem	FIQ $\bar{x}$	Valor p
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	87	93.5	47.66	0.37 <sup>a</sup>
	<b>Masculino</b>	6	6.5	37.50	
<b>Residência</b>	<b>Cidade</b>	52	55.9	50.48	0.36 <sup>b</sup>
	<b>Vila</b>	22	23.7	41.36	
	<b>Aldeia</b>	19	20.4	44	
<b>Estado Civil</b>	<b>Solteiro</b>	14	15.1	31.89	0.07 <sup>b</sup>
	<b>Casado</b>	50	53.8	46.78	
	<b>União de facto</b>	16	17.2	48.41	
	<b>Divorciado</b>	7	7.5	63.71	
	<b>Viúvo</b>	6	6.5	60.83	
<b>Situação Profissional</b>	<b>Trabalho remunerado</b>	63	67.7	47.29	0.87 <sup>b</sup>
	<b>Trabalho não remunerado</b>	7	7.5	41.93	
	<b>Não trabalha</b>	23	24.7	47.74	
<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Ensino básico</b>	43	46.2	44.55	0.70 <sup>b</sup>
	<b>Ensino secundário</b>	37	39.8	49.64	
	<b>Ensino superior</b>	13	14	47.62	
<b>Idade</b>		45.9 <sup>c</sup>	13.1 <sup>d</sup>	0.15 <sup>e</sup>	0.26 <sup>f</sup>
<b>Número de filhos</b>		1.55 <sup>c</sup>	1.4 <sup>d</sup>	2.31 <sup>e</sup>	<0.01 <sup>f</sup>

a Teste *Mann Whitney* ; b Teste *Kruskall–Wallis* h; c Média ; d Desvio padrão; e Coeficiente; f Regressão linear

A pontuação média do FIQ da amostra foi de 56.57, sendo que as mulheres apresentam uma pontuação superior (47.66) do que os homens (37.50), não existindo, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ). A leitura da tabela revela que a FM teve um impacto tendencialmente superior em pacientes femininos com o seguinte perfil sócio-demográfico: divorciados, com o ensino secundário, residentes em cidades e que não trabalhavam. Nenhuma das variáveis do perfil, em epígrafe, revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ). A variável idade não assumiu uma diferença estatisticamente significativa na sua relação com o

impacto na doença. No que diz respeito à variável - nº de filhos - esta mostrou ser a única com uma correlação positiva significativa estatisticamente ( $p < 0.01$ ) no nível de interferência clínica da FM; sendo o impacto tão maior quanto maior for o número de filhos. Além das variáveis e sub - variáveis anteriormente referidas, todas as outras apresentam uma pontuação inferior no FIQ.

**Tabela II.** Relação entre o impacto da FM e as características de Saúde.

Características de saúde		FIQ $\bar{x}$	Valor p
<b>Patologias associadas</b>	<b>Sim</b>	47.82	0.76a
	<b>Não</b>	46.09	
<b>Estado de Saúde</b>	<b>Muito Bom</b>	43,00	<0.01b
	<b>Bom</b>	29,00	
	<b>Normal</b>	24,13	
	<b>Mau</b>	57,26	
	<b>Péssimo</b>	64,83	
<b>Tratamento farmacológico</b>	<b>Sim</b>	48.09	0.05a
	<b>Não</b>	27.14	
<b>Tipo de Tratamentos alternativos</b>	<b>Exercício Físico</b>	53.52	0.15b
	<b>Fisioterapia/Reabilitação</b>	46.40	
	<b>Terapias alternativas</b>	49.06	
	<b>Não realiza</b>	32.77	
<b>Consultas com o médico após diagnóstico</b>	<b>Sim</b>	48.57	0.11a
	<b>Não</b>	34	
<b>Tempo de diagnóstico da FM</b>		0.019c	0.02d
<b>Nº de especialistas consultados após diagnóstico</b>		5.01c	<0.01d
<b>Nº de médicos consultados antes diagnóstico</b>		2.65c	0.02d

a Teste *Mann Whitney* ; b Teste *Kruskall–Wallis* h; c Coeficiente ; d Regressão linear

O impacto da FM foi, para a variável - patologias associadas - tendencialmente superior. Contudo, a diferença não foi estatisticamente significativa ( $p > 0.05$ ). No que diz respeito à percepção do estado de saúde, os pacientes que graduam como péssimo o seu estado de saúde são também aqueles que apresentam um pontuação superior no FIQ, existindo correlação e diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.01$ ). A pontuação média do FIQ é superior em pacientes que no momento do estudo realizavam terapia farmacológica, comparativamente aos pacientes que não realizavam, ( $p = 0.05$ ). Relativamente aos tratamentos alternativos, verifica-se que pacientes que não realizavam qualquer modalidade terapêutica alternativa ao tratamento farmacológico apresentam um impacto inferior, quando contrapostos com pacientes que praticavam exercício físico, Fisioterapia e terapias alternativas. Na variável - consultas com o

médico após diagnóstico - constatou-se que os pacientes que tinham realizado consultas com o médico apresentaram um impacto superior. Em ambas as variáveis anteriormente mencionadas, não houve diferenças estaticamente significativas ( $p>0.05$ ). A análise da tabela evidencia que os pacientes cuja confirmação do diagnóstico tardou, apresentam um impacto da FM superior, ocorrendo o mesmo naqueles que consultaram mais especialistas antes e após o diagnóstico; nos 3 casos existe uma correlação positiva e diferenças estatisticamente significativas ( $p\leq 0.05$ ; Tabela II).

**Tabela III.** Relação entre o impacto da FM e as características psico-sociais.

Características Psico-sociais		FIQ $\bar{x}$	Valor p
Famíliares com história de patologia mental	Sim	47,82	0,76a
	Não	46,09	
Diagnóstico de transtorno mental	Sim	44,84	0,25a
	Não	51,78	
Acontecimentos traumáticos	Sim	55,67	0.14b
	Não	57,77	
Tipo de suporte social	Parceiro	54,44	0.26c
	Família	45,07	
	Amigos	42,79	
Repercussões da FM no ambiente familiar	Cansaço da família	18,75	0.01c
	Dependência da família	55,82	
	Redução da vida social	39,28	
	Problemas com o parceiro	53,25	

a Teste *Mann Whitney*; b Teste *Student's t*; c Teste *Kruskall-Wallis h*

A leitura da tabela III revela que a FM teve um impacto tendencialmente superior em pacientes com historial de patologias mentais na família, sem antecedentes pessoais de transtornos mentais e sem acontecimentos traumáticos, embora não haja diferenças estatisticamente relevantes ( $p>0.05$ ). No que diz respeito à variável - suporte social - os pacientes que tinham o apoio dos amigos obtiveram uma pontuação média inferior no FIQ, embora de forma não significativa, comparativamente àqueles que tinham o apoio da família e do parceiro, ( $p>0.05$ ). Quanto à repercussão do impacto da FM no ambiente familiar dos pacientes verificou-se que aqueles que têm uma pontuação superior no FIQ, sofrem tendencialmente de dependência familiar. Conforme a pontuação média no FIQ vai descendo as repercussões identificadas são: problemas com o parceiro, redução da vida social e cansaço familiar, respectivamente ( $p\leq 0.05$ ).

## 4. Discussão

Neste estudo houve a preocupação de inquirir os pacientes com FM respeitando uma lógica de distribuição geográfica ao nível de Portugal continental e ilhas. A FM é uma patologia crónica com grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. O interesse em analisar a relação entre a qualidade de vida e a saúde dos pacientes com FM têm crescido, contudo, existem poucos estudos que abordem os factores associados ao impacto aferível nos domínios psicomotor, sócio-emocional e físico da patologia. Pacientes com FM vêem mitigada a sua capacidade de desenvolver habilidades e vivências nos domínios acima referidos.

A pontuação média do FIQ nesta amostra é de 56.57, sendo que em estudos anteriores a pontuação está compreendida entre 42.4 e 63.6 (Donmez et al.,2005; Gowans et al., 2004; Linares et al.,2008; Martin et al., 2006 e Linares et al.,2008).

Entre as características sócio-demográficas associadas com um impacto superior da FM identificou-se o número de filhos, o que corrobora os resultados alcançados por Linares et al. (2008). Esta associação estatística parece explicar-se pela constatação social que o número de filhos elevado emparelha-se com famílias economicamente mais frágeis, não havendo a possibilidade nesses casos de alocar recursos para fazer face à patologia. Por outro lado, mulheres com mais filhos desfrutam de menor disponibilidade de tempo e eventualmente financeira para a participação em acções profiláticas e/ou terapêuticas.

Uma auto-percepção negativa do estado de saúde está correlacionada com um impacto superior da FM neste estudo, estando de acordo com o que se encontra relatado na literatura (White et al.,1999; Berber et al.,2005 e Linares et al.,2008).

Os pacientes deste estudo com patologias associadas evidenciam ter um impacto superior da FM, corroborando com o que está descrito na literatura (Linares et al.,2008). Esta associação parece natural aos clínicos uma vez que o que se verifica é um fenómeno de aliança mórbida com o respectivo somatório clínico.

A realização de terapia farmacológica e história familiar de patologia mental foi associada neste estudo com os pacientes que apresentavam um grau de severidade superior da FM. Estando de acordo com o que se encontra descrito na literatura (Linares et al.,2008).

Neste estudo os pacientes que não têm história de patologia mental, nem vivenciaram acontecimentos traumáticos ao longo da vida apresentam um impacto superior, não existindo concordância com a literatura (Linares et al., 2008).

Em relação ao suporte social os pacientes que procuram nos amigos alento e apoio acusam impacto inferior, o que poderá ser justificado uma vez que a amostra faz parte de uma

associação de apoio aos pacientes com FM, partilhando a mesma dor e as suas vivências. Por outro lado, os pacientes com um impacto severo da FM procuram naqueles que lhe são mais próximos como o parceiro o suporte que necessitam para ultrapassar todas as dificuldades trazidas pela patologia.

Os que realizavam exercício físico apresentam um impacto superior na sua qualidade de vida, o que contraria o sentido desta associação relatado na bibliografia (Linares et al.,2008; Velkuru,2009). Uma possível explicação seria que os pacientes que se encontram mais afectados pela FM, realizam exercício físico por estarem conscientes dos benefícios para a sua reabilitação. Por outro lado este facto pode estar relacionado com exercício mal monitorizado ou prescrito.

Os resultados deste trabalho indicam que quanto mais tempo decorreu até à confirmação do diagnóstico e maior número de médicos consultados antes e após o diagnóstico, mais severa é a interferência clínica da FM na qualidade de vida. A justificação pode ter que ver com o facto dos pacientes debilitados pela FM tenderem a procurar mais especialistas, no sentido de encontrar uma terapêutica eficaz para a amenizar a gravidade dos sintomas. Este facto contrapõem-se com o que se encontra descrito (Solomon e Reeves, 2004).

As repercussões verificadas na qualidade de vida mostram o impacto da patologia e as dificuldades impostas no âmbito familiar, devido à alteração da dinâmica e compreensão dos membros da família; pessoal, causada pela limitação da capacidade funcional; social, condicionado pelas alterações do estado emocional e diminuição das actividades de lazer. O impacto da FM no ambiente familiar foi aferido e caracterizado por vários autores, estando os resultados em linha com o nosso estudo (Araújo, 2006; Berber et al.,2005; Hassett et al.,2000; Giesecke et al., 2003 e Saltareli et al.,2008).

O reconhecimento dos factores que influenciam o impacto da FM na qualidade de vida dos pacientes permite a potencialização/concepção de estratégias terapêuticas modulares e plurais.

As limitações deste estudo prendem-se com optimização da recolha dos questionários uma vez que alguns dos pacientes não o reenviaram ou fizeram-no após o prazo estipulado. Numa perspectiva futura com base na distribuição nacional seria relevante correlacionar os diferentes ambientes geográficos com as características sócio - económicas e climáticas, podendo de alguma forma clarificar os factores que interferem no impacto da FM.

## 4. Conclusão

Conclui-se assim, que os pacientes com um grande número de filhos, cuja confirmação do diagnóstico tardou, que realizam terapia farmacológica e consultaram mais médicos antes e após o diagnóstico, apresentam um impacto superior na qualidade de vida. Tornou-se evidente que a FM acarreta repercussões para o ambiente familiar do paciente, nomeadamente dependência familiar, problemas com o parceiro, redução da vida social e cansaço familiar.

## 5. Referências Bibliográficas

1. Abeles, Aryeh et al. (2007). Narrative Review: The Pathophysiology of Fibromyalgia, *Annals of Internal Medicine*, 146(Nº10/Maio), pp.726-734.
2. Araujo, Rejane (2006). Fibromialgia: Construção e Realidade na Formação dos Médicos, *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (Nº1/ Janeiro - Fevereiro), pp.56-60.
3. Associação Portuguesa de doentes com Fibromialgia. [Em linha]. Disponível em <[http://www.apdf.com.pt/o\\_que\\_e.php](http://www.apdf.com.pt/o_que_e.php)>. [ Consultado em 8/09/2010].
4. Bazzichi, Laura et al. (2006). Alteration of serotonin transporter density and activity in fibromyalgia, *Arthritis Research & Therapy*, 8(4/Junho). [Em linha]. Disponível em <http://arthritis-research.com/content/8/4/R99>. Consultado em 26/12/2010].
5. Berber, J., Kupek, E. e Berber, S (2005). Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia, *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2/ Março - Abril), pp. 47-54 .
6. Branco, Jaime et al. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in Five European Countries, *Elsevier*, pp.448-453.
7. Donmez, Arif et al. (2005). SPA therapy in fibromyalgia: a randomized controlled clinic study, *Rheumatology International*, 26, pp. 168–172.
8. Edward, Robert (2006). Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases, *Arthritis Care & Research*, 55(Nº2/April), pp. 325–332.
9. Fitzcharles, Mary-Ann e Esdaile, John (1997). The Over diagnosis of Fibromyalgia Syndrome, *The American Journal of Medicine*, 103, pp.44-50 .
10. Giesecke, Thorsten et al. (2003). Subgrouping of Fibromyalgia Patients on the Basis of Pressure-Pain Thresholds and Psychological Factors, *Arthritis & Rheumatism*, 48(Nº10/October), pp. 2916–2922.
11. Gowans, S. et al. (2004). Six-month and one-year followup of 23 weeks of aerobic exercise for individuals with Fibromyalgia, *Arthritis & Rheumatism*, 51(Nº6), pp. 890–898.
12. Hssett, Afton et al.(2000). The role of catastrophizing the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome, *Arthritis & Rheumatism*, 43 (11/ Novembro), pp 2493–2500.
13. Linares, Carmen et al. (2008), Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors, *Clinical Rheumatology*, 27, pp. 613-619.
14. Martin, David et al. (2006). Improvement in Fibromyalgia Symptoms With Acupuncture: Results of a Randomized Controlled Trial, *Foundation for Medical Education and Research*, 81 (Nº6), pp. 749-757 .

15. National Fibromyalgia Research Association. [Em linha]. Disponível em <<http://www.nfra.net/Diagnost.htm>>. [Consultado em 30/10/2010].
16. Pagano, Tathiana et al. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients, *São Paulo Medical Journal*, 122(Nº6), pp.252-258.
17. Patkar, Ashmin; Bilal, Louai e Masand, Prakash S. (2003). Management of fibromyalgia, *Current Psychiatry Reports*, 5, pp.218-224.
18. Rosado, Maria et al. (2005), Adaptação cultural e validação cultural e validação do «Fibromyalgia Impact Questionnaire» Versão Portuguesa, *Acta Reum. Portuguesa*, 31, pp.157-65.
19. Saltareli, Simone et al. (2008), Avaliação de Aspectos Quantitativos e Qualitativos da Dor na Fibromialgia, *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (Nº3/Maio- junho), pp.151-156.
20. Santos, AMB et al. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(Nº3) pp.317-324.
21. Schochat, T. e Beckmann, C. (2003). Soziodemographie, Risikofaktoren und Reproduktionsanamnese bei Fibromyalgie Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Studie, *Z Rheumatol*, 62, pp.46–59.
22. Silverman, Stuart et al. (2010). Toward characterization and definition of fibromyalgia severity, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(Nº66).
23. Saloman, Laura e Reeves, William (2004), Factors influencing the diagnosis of chronic fatigue Syndrome, *American Medical Association*, 164 (Novembro), pp. 2241-2245.
24. Steven H. Sanders (2001), Chronic Pain Rehabilitation: Should and Can It Be Saved?, *American Pain Society Bulletin*, 11(nº2, Março-Abril).
25. Suhr, Julie A. (2003), Neuropsychological impairment in fibromyalgia. Relation to depression, fatigue, and pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 55, pp. 321– 329.
26. Velkuru, Vani e Colburn, Keith (2009), Fibromyalgia, *Primary Care Reports*, 15(Nº2), pp. 13-24.
27. Verbunt, J., Pernot, D. e Smeets, Rob (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia, *Health and Quality of Life*, 6(Nº8).
28. White, Kevin et al. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases syndrome versus controls in London, Ontario - The London Fibromyalgia Epidemiology Study, *Arthritis & Rheumatism*, 42( Nº 1), pp. 76–83.
29. White, Kevin e Harth, Manfred (2001). Classification, Epidemiology, and Natural History of Fibromyalgia, *Current Pain and Headache Reports*, 5, pp.320-329.
30. Wolfe , Frederick et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee, *Arthritis & Rheumatism*, 33, pp.160-172.
31. Wolfe, Frederick (1997). The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 56, pp.268–271.
32. Wolfe, Frederick et al. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity, *Arthritis Care & Research*, 62(Nº5/ May), pp.600–610.
33. World Health Organization. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/classifications/help/icdfaq/en/>>.[Consultado em 9/10/2010].

## Anexos

Assinale com uma X (cruz) a resposta que melhor o caracteriza, ou se for o caso responda adequadamente e de forma clara ao que lhe é perguntado em relação aos seguintes elementos de caracterização. O questionário servirá exclusivamente para análise estatística sendo garantida a confidencialidade dos dados.

### Caracterização Sócio - demográfica:

1 – Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_

2 – Sexo: F  M

3 – Qual é o seu estado civil? Solteira(o)  Casada(o)  União de facto

Divorciada(o)  Viuva(o)

4 – Tem filhos?

Sim  Não

4.1- Quantos? \_\_\_\_\_

5- Vive onde? Cidade  Vila  Aldeia

6- Quais as suas habilitações literárias?

Ensino básico  Ensino secundário  Ensino superior

Outro: \_\_\_\_\_

### Características do seu Emprego:

1- Qual a sua situação profissional actual ?

Trabalho remunerado  Trabalho não remunerado  Não trabalha

### Características clínicas:

1- Quais os sintomas iniciais da doença?

Dor nos ossos e articulações  Cansaço  Parestesias (Formigueiros)

Outro: \_\_\_\_\_

2- Qual(ais) o(s) sintomas que limitam as suas actividades diárias?

Dor nos ossos e articulações  Cansaço  Depressão  Outro: \_\_\_\_\_

3- Possui outras doenças para além da fibromialgia?

Sim  Não

3.1- Qual (ais)? \_\_\_\_\_

4- Qual é a sua percepção sobre o seu estado de saúde?

Escala de *Likert*: Muito bom  Bom  Normal  Mau  Pésimo

### Características de Saúde:

1- Quanto tempo decorreu desde o surgimento dos sintomas ao diagnóstico da Fibromialgia?

Menos de 6 meses  1 ano  1 ano e meio  mais

2-Quantos médicos consultou após o surgimento dos sintomas até ao diagnóstico de Fibromialgia ?

1  2  3  mais

3- Quantos médicos consultou depois do diagnóstico de Fibromialgia?

1  2  ou mais

4-Actualmente, toma medicamentos para a Fibromialgia?

Sim  Não

5-Actualmente, se realiza tratamento alternativo qual é ele?

Exercício físico  Fisioterapia/ Reabilitação  Terapias alternativas (Acupunctura..)

6- Depois de ter sido diagnosticada a fibromialgia tem ido ao médico por causa disso?

Sim  Não

### Características psico - sociais :

1- Possui familiares com história de doença mental?

Sim  Não

2-Foi-lhe diagnosticado algum tipo de transtorno mental como por exemplo ansiedade, depressão, fobias?

Sim  Não

3- Teve ao longo da sua vida acontecimentos traumáticos?

Sim  Não

4-Quem o apoia nas dificuldades que a doença lhe traz?

Parceiro(a)  Família  Amigos

5- Que tipo de repercussões surgiram com a doença?

Cansaço da família  Dependência da família  Redução da vida social  Problemas com o parceiro(a)

**ANEXO 1**  
**Versão portuguesa do FIQ (FIQ-P).**

**NOME** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE**  
**(VERSÃO PORTUGUESA) – FIQ-P**

**INSTRUÇÕES:** Nas perguntas 1 a 11 por favor faça um círculo no número que, em relação à última semana, melhor descreve a maneira como, em geral, foi capaz de executar as tarefas indicadas. Se habitualmente não faz uma dessas tarefas risque essa pergunta.

	<b>Sempre</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Nunca</b>				
<b>Foi capaz de:</b>								
1. Ir às compras?	0	1	2	3				
2. Tratar da roupa na máquina de lavar / secar?	0	1	2	3				
3. Cozinhar?	0	1	2	3				
4. Lavar louça à mão?	0	1	2	3				
	<b>Sempre</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Nunca</b>				
5. Aspirar a casa?	0	1	2	3				
6. Fazer as camas?	0	1	2	3				
7. Andar vários quarteirões (200 a 500 metros)?	0	1	2	3				
8. Visitar a família ou os amigos?	0	1	2	3				
9. Tratar das plantas ou praticar o seu passatempo?	0	1	2	3				
10. Se deslocar, no seu próprio carro ou em transportes públicos?	0	1	2	3				
11. Subir as escadas?	0	1	2	3				
12. Na última semana, em quantos dias se sentiu bem?	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Na última semana, quantos dias faltou ao trabalho e/ou não realizou as tarefas domésticas, devido à fibromialgia?	0	1	2	3	4	5	6	7

