

Análise do perfil biopsicossocial de participantes de um programa de educação em saúde específico para a fibromialgia

Analysis of bio psychosocial profile of participants of a health education program specific for fibromyalgia

Andrei Pereira Pernambuco^{1,2,3}, Luciene Aparecida Fernandes¹, Natane Moreira de Carvalho³, Angélica Cristina Sousa Fonseca¹, Débora d'Ávila Reis³

¹Centro Universitário de Formiga, Formiga, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Resumo

Introdução: A fibromialgia (FM) é caracterizada pela presença de dor crônica e generalizada associada a outros sintomas como: distúrbios do sono, fadiga, depressão e ansiedade. Dentre as alternativas de tratamento, destacam-se os programas de educação em saúde (PES). Estes demonstram uma boa relação custo benefício, sobretudo, ao se considerar o importante papel da fisioterapia no que se refere à prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos. **Objetivos:** Avaliar o perfil biopsicossocial de pacientes com FM tratados com PES. **Método:** A amostra foi composta de 43 mulheres tratadas com PES específico para FM. Foi calculado o IMC e aplicados os questionários: Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck e Questionário de Classificação Econômica do Brasil. As análises estatísticas foram realizadas no Software PASW v.18 com significância estatística ajustada para 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Das 43 participantes do estudo 70% possuíam idade entre 47 e 69 anos, 67% eram casadas, 35% eram do lar, 51% apresentavam sobrepeso ou obesidade do tipo I, 67% apresentavam sintomas de depressão leve ou moderada, 76% apresentavam ansiedade moderada ou severa e 67% pertenciam às classes sociais C1 ou C2. As análises de correlação expuseram uma forte correlação positiva entre os níveis de depressão e de ansiedade ($p < 0,0001$ e $r = 0,779$). **Conclusão:** O conhecimento do perfil dos participantes de PES auxilia a equipe de saúde no pensamento e tomada de decisão clínica pautada nas reais necessidades dos pacientes, contribuindo assim para a melhora da eficácia desse tipo de intervenção.

Palavras-chave: Fibromialgia, Educação em saúde, Terapêutica.

Autor correspondente:

Andrei Pereira Pernambuco

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha,

CEP: 31270-901, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: pernambucoap@gmail.com

Recebido em: 01/09/2016

Revisado em: 30/09/2016

Aceito em: 07/10/2016

Publicado em: 07/12/2016

Abstract

Introduction: Fibromyalgia (FM) is characterized by the presence of chronic widespread pain associated with other symptoms such as sleep disturbances, fatigue, depression and anxiety. Among the treatment options stand out health education programs (ESP). These demonstrate a cost-effective, especially when considering the important role of physiotherapy in relation to prevention, promotion and recovery of the health of individuals. **Objectives:** To evaluate the bio psychosocial profile of Brazilian participants of a HEP specific for patients with FM. **Method:** The sample consisted of 43 women treated with specific PES for FM. BMI and applied the questionnaires was calculated: the Beck Depression Inventory Beck Anxiety Questionnaire and Economic Classification of Brazil. Statistical analyzes were performed in SPSS v.18 software with statistical significance set at 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** Of the 43 study participants 70% were aged between 47 and 69 years, 67% were married, 35% were housewives, 51% were overweight or type obesity I, 67% had symptoms of mild or moderate depression, 76% They had moderate or severe anxiety and 67% belonged to social classes C1 or C2. Correlation analyzes exhibited a strong positive correlation between levels of depression and anxiety ($p < 0.0001$ and $r = 0.779$). **Conclusion:** Knowledge of ESP participants profile helps the healthcare team in thinking and clinical decision making guided the real needs of patients, thus contributing to the improvement of the effectiveness of this type of intervention.

Keywords: Fibromyalgia, Health education, Therapeutics.

Introdução

A fibromialgia (FM) é considerada uma síndrome caracterizada por dor crônica e generalizada^{1, 2}, que acomete na maior parte das vezes as mulheres, numa proporção de até nove mulheres para cada homem acometido^{3, 4}. Segundo os critérios diagnósticos de 1990, para se confirmar o diagnóstico de FM, pelo menos 11 de 18 pontos anatômicos (*tender points*) preestabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia devem estar responsivos à dor após serem palpados com cerca de 4 Kg de força².

A presença de outros sintomas que frequentemente se associam à dor na fibromialgia, como por exemplo, os distúrbios do sono, as alterações cognitivas e a fadiga contribuíram para a reformulação dos critérios de diagnóstico em 2011⁵. Segundo os novos critérios, o diagnóstico da FM deve ser confirmado quando, o índice de dor generalizada (IDG) for maior ou igual a sete pontos e a escala de gravidade dos sintomas (EGS) maior ou igual a cinco, ou quando a pontuação do IDG estiver entre três e seis pontos e a da EGS for maior ou igual a nove pontos¹.

Estima-se que a FM acometa de 2% a 4% da população mundial e a faixa etária de maior prevalência está compreendida entre os 30 e 60 anos de idade^{4, 6}. Essa alta prevalência faz com que a FM seja considerada a segunda condição reumática mais frequente no mundo, ficando atrás somente a da artrite reumatoide^{7, 8}. A síndrome da FM pode acometer, igualmente, pessoas de diferentes etnias, culturas e níveis socioeconômicos, e ocasionar um impacto negativo na qualidade de vida e funcionalidade dessas pessoas^{6, 9}.

Apesar do contexto mencionado, até o momento, não existe nenhum tratamento realmente eficaz para essa condição³. O que se observa é que os pacientes continuam a sofrer com uma infinidade de sintomas e que os gastos públicos e privados relacionados à FM atingem quantias exorbitantes^{10, 11}.

Nesse sentido, Souza *et al.*, (2008) propuseram a Escola Inter-relacional de Fibromialgia (EIF) como forma de tratamento complementar às alternativas já existentes. Esse programa de educação em saúde (PES) específico para pacientes com FM, e proposto por uma fisioterapeuta brasileira, visa à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde de pessoas com FM e consiste de nove encontros presenciais, com temas variados, nos quais são ensinadas técnicas de autotratamento e estratégias de coping às participantes¹². Contudo, para que os programas de educação em saúde tenham sua eficácia aumentada, torna-se imprescindível que eles sejam elaborados de acordo com as características e necessidades dos participantes desse tipo de intervenção.

Assim, o estudo teve como objetivo analisar o perfil biopsicossocial de pacientes com fibromialgia que participaram de um PES específico para essa síndrome.

Objetivo

Traçar e analisar o perfil biopsicossocial de pacientes com fibromialgia que participaram de um PES específico para essa condição.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa.

Cuidados éticos

O protocolo de recrutamento dos voluntários e de coleta de dados somente foi iniciado após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEPH) do Centro Universitário de Formiga - UNIFOR-MG. Todos os cuidados éticos foram baseados na Declaração de Helsinki e na Resolução 466/12 do CNS.

Pacientes e Controles

Os participantes do estudo foram recrutados a partir de uma lista de pacientes fornecida pelo coordenador dessa equipe de pesquisa (Pernambuco, AP). A lista inicial continha o cadastro de 65 mulheres com FM, residentes na cidade de Formiga - MG, Brasil. Todas as 65 integrantes da lista, haviam participado de um ensaio clínico que avaliou os efeitos da EIF sobre variáveis neuroendócrinas, imunológicas e comportamentais de portadores de FM (dados ainda não publicados).

Após o convite dos pesquisadores, 43 mulheres com FM, aceitaram participar voluntariamente do presente estudo. Todas tiveram o diagnóstico de FM confirmado por um médico especialista. Este se baseou nos critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 1990², já que no momento da elaboração do projeto e do recrutamento dos pacientes, os novos critérios de diagnóstico ainda não haviam sido validados.

Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada no segundo semestre do ano de 2012, por um avaliador experiente que desconhecia os objetivos do estudo. Para tanto, o avaliador se dirigiu até a residência de cada uma das voluntárias para o recolhimento da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicação individualizada dos questionários. Antes das entrevistas, cada voluntária foi pesada e medida para se calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) através da seguinte fórmula: peso (Kg) / altura ao quadrado (m).

Instrumentos de coleta de dados

Inventário de Depressão de Beck

Esse instrumento foi elaborado pelo médico Aaron Beck e colaboradores, em 1961, e foi validado para a população brasileira por Gorenstein e Andrade em 1996¹³. Consiste de um questionário estruturado composto por 21 questões relacionadas à depressão.

Sua principal finalidade é classificar o nível de depressão de um indivíduo e identificar atitudes e ou sintomas característicos da depressão. As 21 questões podem ser assinaladas em uma escalada de zero a três pontos; o valor zero é atribuído à ausência de sintomas e o valor três quando o sintoma se manifesta severamente. Após a aplicação do questionário, é realizada a soma da pontuação de cada uma das 21 questões. Os pacientes que apresentam valores de zero a nove pontos possuem grau mínimo de depressão, 10 a 18 pontos são classificados como portadores de depressão leve, de 19 a 29 pontos com depressão moderada e de 30 a 63 pontos com depressão grave¹³.

Inventário de Ansiedade de Beck

Foi elaborado por Aaron Beck e colaboradores, no ano de 1988, e seu uso foi validado para a população brasileira em 2001¹⁴. Tem por finalidade avaliar o grau de ansiedade dos indivíduos. Esse instrumento é composto por 21 questões e analisa como o indivíduo se sentiu em relação à ansiedade na semana anterior à aplicação do questionário. As respostas podem variar de zero a três pontos; o zero corresponde à ausência de sintomas e três pontos corresponde ao resultado mais severo possível. A somatória das notas em cada uma das questões resulta na pontuação total do questionário. O escore total pode variar entre zero a 63 pontos. A interpretação do escore indica que, uma pontuação entre zero a sete pontos corresponde a um grau mínimo de ansiedade, de oito a 15 pontos corresponde a ansiedade leve, 16 a 25 pontos ansiedade moderada, 26 a 63 pontos ansiedade severa¹⁴.

Questionário de Classificação Econômica do Brasil (CCEB)

Desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁵ é um questionário estruturado validado para a análise do nível sócioeconômico da população brasileira. Nesse questionário, avaliam-se os bens de consumo da família e a escolaridade do chefe de família. No que se refere aos bens de consumo, a pontuação pode variar de 0 a 4 pontos, de acordo com a relevância e a quantidade de cada item. Já em relação à escolaridade do chefe da família, as pontuações podem variar de 0 a 8 pontos; quanto mais próximo de zero, menor é o nível de escolaridade. Após a aplicação do questionário, deve ser realizada a somatória dos itens com a intenção de determinar a classificação econômica do indivíduo. Escores entre 42 a 46 pontos são classificadas como classe A1; de 35 a 41 pontos, classe A2, de 29 a 34 pontos, classe B1, de 23 a 28 pontos classe B2, de 18 a 22 pontos classe C1, de 14 a 17 pontos classe C2, de 8 a 13 pontos classe D e a classe E de 0 a 7 pontos, esta é a classe menos favorecida¹⁵.

Análise estatística

Os dados obtidos por meio dos questionários foram tabulados em banco de dados do *Software PASW v.18*, onde se realizaram todas as análises estatísticas necessárias. Para avaliar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de *Kolmogorov Smirnov*, como estes foram não paramétricos as análises de correlação entre as diversas variáveis foram realizadas através do teste de *Spearman*. Para todos os testes realizados, o nível de significância foi ajustado para 5% ($p < 0,05$).

Após a aplicação dos Testes, as variáveis categóricas foram representadas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%). As variáveis ordinais ou contínuas foram representadas por média \pm desvio padrão.

Resultados

Das 65 mulheres aptas a participarem da pesquisa, 22 não fizeram parte da amostra, 17 por não terem sido localizadas, uma por ser puérpera, três por não serem encontradas em casa na data agendada para a coleta dos dados e uma por não se interessar em participar da pesquisa. Totalizando, desse modo, uma amostra final de 43 voluntárias.

A idade das participantes do estudo variou de 25 a 69 anos, com média de $50,92 \pm 10,92$ anos e mediana de 50 anos. Em relação ao estado civil, a maioria era casada. Já no que se refere à atividade profissional, as ocupações mais encontradas foram: do lar, costureira, aposentada e auxiliar de serviços gerais (TABELA 1).

TABELA 1. Caracterização sócio demográfica das participantes do estudo (N = 43)

Características	Classificação		%
Gênero Feminino	-		100%
		3	
Idade	25 a 35 anos		6,97%
	36 a 46 anos		23,25%
	47 a 57 anos	0	39,53%
	58 a 69 anos	7	30,23%
		3	
Estado Civil	Casadas		67,49%
	Solteiras	9	9,3%
	Viúvas		9,3%
	Divorciadas		11,62%
	Amasiadas		2,32%
Profissão	Secretária		6,97%
	Costureira		13,95%
	Do lar		34,88%
	Auxiliar de serviços Gerais	5	11,62%
	Professora		4,65%
	Babá		2,32%
	Aposentada		13,95%
	Doméstica		2,32%
	Desempregada		2,32%
	Autônoma		2,32%
Outros		4,65%	

Fonte: Dos autores.

Em relação ao IMC, a variação foi de 18,59 a 40,58 Kg/m², com média de 27,47 ± 6,243 Kg/m² e mediana 28,39 Kg/m². Importante ressaltar que apenas 37,20% das voluntárias não possuíam qualquer grau de obesidade (TABELA 2).

No que se refere ao Inventário de Depressão de Beck, as participantes obtiveram pontuações que variaram de um a 49 pontos, apresentando média de 22,42 ± 11,13 pontos e mediana de 21,0 pontos. Ao se categorizar os dados, foi possível observar que 67,43% das participantes possuíam sintomas de depressão que podem ser considerados moderados ou graves (TABELA 2).

A pontuação total obtida pelas voluntárias no Inventário de Ansiedade de Beck variou de quatro a 43 pontos, com uma média de 24,21 ± 10,97 pontos e mediana de 25,50 pontos. A categorização dos dados expõe que 76,74% das participantes apresentam níveis de ansiedade considerados moderados ou severos (TABELA 2).

Já o escore do questionário Critério Brasil variou de 12 a 31 pontos com média de 20,20 ± 5,05 pontos e mediana de 20,0 pontos. Os resultados indicam que a maioria (67,43%) das participantes encontram-se distribuídas nas classes C1 e C2 da classificação socioeconômica (TABELA 2).

TABELA 2- Caracterização das participantes em relação ao níveis de depressão, níveis de ansiedade, IMC e classe econômica

Características	Classificação	Número	%
Depressão	Mínima	4	9,3%
	Leve	15	34,88%
	Moderada	14	32,55%
	Severa	10	23,25%
Ansiedade	Mínima	4	9,3%
	Leve	6	13,95%
	Moderada	11	25,58%
	Severa	22	51,16%
IMC	Eutróficas	16	37,20%
	Sobrepeso	11	25,58%
	Obesidade tipo 1	11	25,58%
	Obesidade tipo 2	4	9,3%
	Obesidade móbida	1	2,32%
Classe Econômica	A1	0	0%
	A2	0	0%
	B1	2	4,65%
	B2	9	20,93%
	C1	19	44,18%
	C2	10	23,25%
	D	3	6,97%
E	0	0%	

Fonte: dos autores

Ao se analisarem as possíveis correlações entre as variáveis: IMC, depressão, ansiedade e classe social foi constatada uma forte correlação significativa e positiva entre as variáveis depressão e ansiedade ($p < 0,0001$ e $r = 0,773$). As demais

correlações não foram significativas estatisticamente. Mesmo assim, há que se destacar a tendência de correlção negativa entre a classe social e os níveis de ansiedade e de depressão que atingiram valores de $p = 0,059$ (TABELA 3).

TABELA 3- Matriz de correlação entre as variáveis: IMC, depressão, ansiedade e nível socioeconômico.

Variáveis	IMC	Depressão	Ansiedade
IMC	-	r= 0,097 p= 0,536	r= 0,250 p= 0,105
Depressão	r= 0,097 p= 0,536	-	r= 0,773 p < 0,0001*
Ansiedade	r= 0,250 p= 0,105	r= 0,773 p < 0,0001*	-
Classe social	r= 0,070 p= 0,656	r= -0,290 p= 0,059	r= -0,290 p= 0,059

Fonte: dos autores - * Valor de $p < 0,05$.

Discussão

Atualmente, a principal terapêutica utilizada para pacientes com FM é a medicamentosa, utilizando-se principalmente de drogas antidepressivas, ansiolíticas, anti-inflamatórias, analgésicas, entre outras^{6, 16}. Contudo, mesmo a interação dessas diversas classes de medicamentos não promove a remissão completa de todos os sintomas da FM, ou pior, essa interação medicamentosa que não possui respaldo na literatura científica pode ainda resultar em efeitos adversos aos pacientes, comprometendo ainda mais a saúde dessas pessoas^{6, 10}. Como alternativa ao tratamento medicamentoso, existe uma série de tratamentos não farmacológicos complementares, estes possuem boa relação custo benefício apesar de não compartilharem do mesmo status e ou espaço na mídia ou em currículos universitários^{4, 16}. Entre os vários tratamentos não farmacológicos os programas de educação em saúde se destacam, o sucesso desse tipo de intervenção é atribuído aos seus variados efeitos, que incluem: redução do estresse, aumento da liberação de endorfinas, melhora da autoestima, melhora na qualidade de vida, aprimoramento das estratégias de coping, melhora na condição geral de saúde, incremento da autonomia do paciente e melhoria da relação terapeuta-paciente^{12, 17}.

É provável que a eficácia desses programas possa ser potencializada, caso as ações sejam projetadas e implementadas de acordo com as reais necessidades dos participantes. Para tanto, faz-se necessário o aprofundamento por parte da equipe de saúde no que concerne à realidade vivenciada pelos indivíduos que se dispõem a participar desse tipo de intervenção, pois, ao se conhecer essa realidade, o processo de pensamento e tomada de decisão clínica passa a ser pautado nas necessidades dos próprios pacientes e não única e exclusivamente nas necessidades da equipe de saúde, assim como recomenda a organização mundial de saúde (OMS)¹⁸. Outro fato a ser destacado é que a fisioterapia deve abandonar seu histórico de profissão ocupada apenas com a reabilitação dos pacientes¹⁹. Atualmente, o fisioterapeuta deve prezar pela saúde e aspectos

relacionados à saúde dos pacientes, incentivando a prática de hábitos saudáveis, retirando o foco da doença e transferindo-o para a saúde dos indivíduos, protegendo-a, promovendo-a e, recuperando-a de forma integral^{19, 20}. Todas essas prerrogativas são contempladas pelos programas de educação em saúde²¹.

O presente estudo demonstrou que a idade média das participantes da EIF foi de aproximadamente 51 anos, que a maioria delas eram casadas e que as principais ocupações desempenhadas por elas, eram: do lar, costureira, aposentada e auxiliar de serviços gerais. Neste estudo, optou-se por incluir apenas indivíduos do sexo feminino, já que a prevalência da FM chega a nove casos em mulheres para cada caso documentado em homens^{3, 8}. Atualmente, as mulheres ocupam posição de destaque dentro da sociedade, participam de cargos administrativos, de chefia e governamentais²². Contudo, mesmo nos tempos atuais, são as mulheres que se ocupam de grande parte ou até mesmo da totalidade das funções domésticas, o que, impreterivelmente, resulta em uma dupla jornada de trabalho, o que pode ocasionar sobrecargas musculoesqueléticas e psicoemocionais, favorecendo assim o desenvolvimento e ou agravamento dos sintomas da FM²³.

Torna-se importante ressaltar que, com o aumento da expectativa de vida, mulheres com cerca de 50 anos encontram-se em plena idade produtiva e que o adoecimento dessas mulheres resulta em aumento do absenteísmo no trabalho e aumento dos gastos públicos e privados decorrentes da doença^{23, 24}. De acordo com dados de 2009, ao se considerar que a FM acometa 3% da população mundial, estima-se que os gastos com essa doença cheguem a até 120 bilhões de Euros por ano, em uma população de 80 milhões de pessoas. Desses gastos, apenas 960 milhões de Euros (8%) são gastos com medicamentos, os demais são ocasionados por aumento do absenteísmo no trabalho, aumento do número de visitas aos médicos e pelo

acionamento do seguro social, entre outros¹¹. Diante dessa realidade, os programas de educação em saúde se tornam uma importante alternativa, capaz de contribuir com a redução dos variados gastos decorrentes da FM, já que ao ensinar técnicas de autotratamento e estratégias de coping aos participantes, não só lhes fornecem ferramentas úteis para se lidar com sua condição, como também formam indivíduos mais conscientes e capazes de disseminar o conhecimento para outros membros da sua comunidade^{12, 21}. Para que isso seja possível, é necessário se adequar às ações propostas durante os encontros à idade, ao estado civil e ocupacional dessas pessoas, a fim de permitir o aproveitamento máximo do programa por parte das participantes. Sendo assim, o dia, horário e duração dos encontros deve ser ajustado, os exercícios físicos prescritos precisam ser planejados de forma que considerem os riscos cardiovasculares pertinentes à idade das participantes e os temas debatidos devem contemplar a realidade vivida pela mulher contemporânea.

Já é sabido que o quadro clínico da FM é bastante heterogêneo, e que diferentes tipos de sintomas podem ou não se manifestar em pacientes distintos³. O único sintoma da FM que está presente em todos os pacientes é a dor crônica e generalizada, mas, sintomas como fadiga, distúrbios do sono, ansiedade e depressão, também possuem elevada prevalência entre os pacientes com FM, tendo sido, inclusive, inseridos nos novos critérios para o diagnóstico da FM¹. Dessa forma, os programas de educação em saúde específicos para a FM devem direcionar sua atenção tanto para o impacto da dor na saúde e nos aspectos relacionados à saúde desses pacientes, como também para a influência exercida pelos demais sintomas que integram o quadro clínico da síndrome da FM. Ao se desconsiderar a presença de diferentes sintomas, a equipe de saúde poderá incorrer no erro de focar o plano de intervenção em suas próprias necessidades e não nas dos participantes do programa. Esse fato é, certamente, um dos responsáveis pelos altos índices de abandono presenciados em programas de educação em saúde específicos para pacientes com FM ou outras condições^{25, 26}.

No presente estudo, cerca de 67% das participantes apresentaram sintomas de depressão leve e ou moderada e cerca de 23% das participantes apresentaram sintomas de depressão severa. Esses dados corroboram a alta prevalência de sintomas depressivos em mulheres com FM^{5, 10}. Além do mais, é importante ressaltar que a FM é, dentre as doenças caracterizadas por dor crônica, a que mais se assemelha à depressão, pois em ambas são encontradas alterações no sono, fadiga, predomínio no gênero feminino, boa resposta aos antidepressivos e associação com personalidades pré-mórbidas²⁷. Contudo, insta destacar que a FM e a depressão são entidades nosológicas distintas que parecem compartilhar de um mesmo fator etiológico, que,

nesse caso, seria o estresse²⁸. Afinal, já foi demonstrado que experiências negativas vivenciadas pelo indivíduo em sua infância como: abusos, traumas e maus tratos, vulnerabilidade ao estresse e ambiente desfavorável estão diretamente relacionados tanto com o desenvolvimento de depressão, como da FM na fase adulta^{29, 30}.

Santos e Kassouf (2007) observaram na população brasileira, que a depressão apresentou-se mais em mulheres brancas, casadas, com nível socioeconômico baixo, portadoras de doenças crônicas e com menor nível educacional³¹. A depressão se caracteriza pela redução do humor, baixa da autoestima e perda do interesse por atividades até então prazerosas (anedonia), esses sintomas ainda podem estar acompanhados de fadiga, ansiedade, alterações no peso e ou no sono³². Sendo assim, a alta prevalência de sintomas depressivos presente nos participantes desse estudo está possivelmente, interferindo negativamente na saúde e qualidade de vida desses pacientes. Para contornar essa situação, os programas de educação em saúde específicos para pacientes com FM devem apresentar e discutir os prováveis mecanismos que interferem na ocorrência dos sintomas depressivos, como por exemplo, as alterações neuroendócrinas que resultam na liberação prejudicada de cortisol e ou melatonina, a baixa produção de neurotransmissores e ou de seus precursores como por exemplo a serotonina e o triptofano. Além disso, os programas de educação em saúde devem incentivar hábitos de vida mais saudáveis, como por exemplo, a alimentação balanceada, a prática regular de exercícios físicos e exercícios de relaxamento com o intuito de proporcionar bem-estar aos participantes e amenizar ou eliminar os sintomas depressivos e, como consequência os demais sintomas que os acompanham, como por exemplo a fadiga e os distúrbios do sono.

Os níveis de ansiedade também foram avaliados no presente estudo e os resultados demonstraram que cerca de 77% das pacientes apresentaram sintomas de ansiedade que variam de moderados a severos. Esses dados corroboram os de Wolfe et al., 1990 e os de Konrad 2005, que identificaram uma prevalência de transtorno de ansiedade em aproximadamente 79% dos pacientes com FM^{2, 33}. Os transtornos de ansiedade são caracterizados pela preocupação excessiva, incontrolável e irracional com as coisas do cotidiano que normalmente não são compatíveis com tal grau de preocupação³². O desenvolvimento desse tipo de transtorno, possivelmente está associado a fatores ambientais, genéticos, hormonais e ou eventos traumáticos, como por exemplo: abuso sexual, maus tratos na infância e violência doméstica^{28, 30, 34}. Importante frisar que os transtornos de ansiedade também se apresentam associados a outros sinais e sintomas, como: náusea, cefaleia, fadiga, inquietação e sudorese³². Todos esses sintomas que acompanham a ansiedade também integram uma lista de 41

sintomas somáticos que devem ser considerados durante o processo de diagnóstico da FM¹.

É provável que todos esses sintomas mencionados possam alimentar um ciclo vicioso ao funcionarem como agentes estressores. Estes ativariam os mecanismos de resposta ao estresse e desencadeariam ou agravariam ainda mais os transtornos de ansiedade em pacientes com FM. Tal premissa é apoiada pelo fato de que o eixo Hipotálamo – Pituitária – Adrenal (eixo HPA), um dos mecanismos envolvidos na manutenção da homeostasia corporal, quando diante de qualquer agente estressor (físico e ou psicoemocional) torna-se hiperativado, o que resulta na liberação aumentada de vários hormônios e neurotransmissores, dentre eles o cortisol por parte da glândula suprarrenal^{30, 35, 36}. Associada à resposta do eixo HPA, ocorre a ativação do sistema nervoso autônomo simpático que faz com que a medula da suprarrenal libere adrenalina e noradrenalina na corrente sanguínea³⁷. O aumento nos níveis de cortisol, adrenalina e noradrenalina resultantes da ativação dos mecanismos de resposta ao estresse funcionam como um potente estímulo ao sistema nervoso já que esses hormônios excitatórios podem contrabalancear os níveis de ácido gama aminobutírico (GABA) no sistema nervoso central resultando em sintomas de ansiedade e ou distúrbios do sono^{37, 38}.

Níveis reduzidos de melatonina, que inclusive já foram identificados em pacientes com FM)⁹ também podem ser responsáveis pela presença de ansiedade em pacientes com FM já que esse neurohormônio é capaz de modular tanto o sistema gabaérgico quanto o melatoninérgico³⁹. Diante desse cenário, é de suma importância que os programas de educação em saúde se atentem para a importância do controle dos sintomas de ansiedade em pacientes com FM. Ações que visem o relaxamento corporal e mental precisam ser discutidas nos encontros e devem ser fortemente incentivadas no cotidiano das participantes. Dentre tais ações, merecem destaque os exercícios respiratórios, a meditação, as estratégias de coping para manejo dos sintomas, formas adequadas de se lidar com o estresse e as estratégias que visam à melhora dos níveis individuais de energia e ou motivação. Como a dor também pode resultar no aumento dos níveis de ansiedade⁴⁰, torna-se imprescindível a utilização de mecanismos que contribuam para o alívio desse sintoma.

De acordo com Solano (2014), o tratamento das dores crônicas associadas à ansiedade e depressão estará fadado ao insucesso caso seja utilizada apenas a terapia farmacológica, para o autor, a associação da farmacoterapia e da terapia comportamental é a melhor alternativa existente, principalmente, quando tais sintomas estão acompanhados de instabilidade emocional, pensamentos suicidas ou impulsividade⁴¹.

Nesse sentido, o protocolo de intervenção do presente estudo atendeu tais recomendações, já que

os participantes do programa de educação puderam continuar com a medicação previamente utilizada.

Observou-se neste estudo uma forte correlação positiva entre os níveis de ansiedade e os níveis de depressão ($r=0,773$ e $p<0,001$) nos pacientes com FM. Resultados semelhantes foram encontrados por Oliveira *et al.*, (2006) ao aplicar os inventários de ansiedade e de depressão de Beck em um grupo de idosos⁴². A relação entre a depressão e a ansiedade em pacientes com FM pode estar relacionada à dupla jornada de trabalho enfrentada pelas participantes do estudo, que além de trabalharem fora, precisam dar conta do trabalho doméstico e dos filhos. Estas, ao se sentirem pressionadas pelo grande volume de trabalho, permitem a instalação do quadro de ansiedade; os sintomas que acompanham a ansiedade podem prejudicar a realização das tarefas e um sentimento de insegurança, incapacidade e frustração pode se manifestar nessas mulheres⁴⁰. A autocobrança, somada à cobrança de familiares e ou de padrões ao perceberem a impossibilidade de realizar todo o trabalho necessário, por vezes, resulta na manifestação da depressão nas mulheres com FM^{40, 43}. Esse mecanismo faz parte de um ciclo que se retroalimenta, já que com a depressão, o sentimento de insegurança e incapacidade se torna ainda maior, as tarefas passam a se acumular ainda mais e a ansiedade e a frustração tornam-se crônicas^{40, 43}.

No que se refere ao índice de massa corporal das participantes, os resultados demonstraram que cerca de 50% das mulheres possuíam sobrepeso ou obesidade do tipo 1, enquanto que cerca de 37% das participantes podiam ser consideradas eutróficas. O IMC médio identificado entre as participantes foi de 27,47Kg/m² o que indica indivíduos com sobrepeso. Esses achados corroboram os de Carvalho *et al.*, 2008 e de Pernambuco *et al.*, 2014 que encontraram respectivamente, médias de 25,3 Kg/m² e de 26,3 kg/m² entre pacientes com diagnóstico de FM^{9, 30}.

A partir da década de 70, a população brasileira começou a apresentar índices de sobrepeso e obesidade, devido às mudanças nos hábitos alimentares como o aumento do consumo de produtos industrializados, diminuição de exercícios físicos, processo de industrialização, empregos que demandam menos esforço físico do trabalhador, maior oferta de meios de transporte e também o uso de eletrodomésticos que reduzem o gasto energético e influenciam as pessoas a serem mais⁴⁴. Desse modo, os programas de educação em saúde precisam incentivar a prática de exercícios físicos e a melhora dos hábitos alimentares, a fim, não só, de proporcionar a perda de peso por parte dos participantes, mas, sobretudo para promover a saúde de cada um. Afinal, é sabido que a prática de exercícios físicos regulares pode proporcionar bem-estar, melhorar o condicionamento cardiovascular, a capacidade funcional, e a capacidade respiratória, reduzir a dor e a fadiga, e melhorar os hábitos do

sono^{28, 45, 46}. Todas essas modificações em conjunto certamente beneficiariam os pacientes com FM.

A pontuação média das participantes desse estudo, segundo o questionário Critério Brasil, foi de 20,20 pontos, o que as colocam dentro da classe econômica C1. Ao se analisar o percentual de mulheres em cada uma das classes, percebe-se que cerca de 67% das participantes, integram ou a classe C1 ou a classe C2¹⁵. Esses resultados discordam, pelo menos em parte, da maioria dos estudos conduzidos em países desenvolvidos que frequentemente mostram um predomínio da FM em mulheres com nível socioeconômico cultural mais elevado⁴⁷. Contudo, os resultados aqui apresentados, também apresentam semelhança com os de outros estudos realizados em países desenvolvidos^{48, 49}. Os resultados do presente estudo, podem ser justificados pelo fato de que 52% da população da capital mineira encontra-se distribuído entre as classes C1 e C2 e como os dados deste estudo foram coletados em um município do interior de Minas Gerais, é provável que o nível socioeconômico dessa população possua similaridades com os encontrados na capital¹⁵. Desse modo, o alto percentual de mulheres com FM classificadas como C1 ou C2 estaria apenas representando o que acontece com a população em geral e não seria um fenômeno relacionado ao adoecimento. No entanto, não se pode desconsiderar o impacto da FM na funcionalidade das pessoas, esse impacto, muitas vezes, prejudica o desempenho profissional e acarreta na perda do emprego formal e consequentemente na perda de renda^{23, 50}. Dessa forma, no momento em que a mulher deixa de contribuir com a renda familiar, impreterivelmente ocorre uma redução da renda dessa família, e essa redução ocasionalmente resulta em uma classificação socioeconômica inferior. Para lidar com tal situação, os programas de educação em saúde devem evitar a geração de despesas para os participantes, seja com transporte, material e ou outros. Os dias, horários e frequência dos encontros devem ser pensados de forma que estes não prejudiquem o trabalho daquelas participantes que possuem emprego formal, informal ou autônomo, visando, assim, à melhora da adesão sem comprometer as finanças das participantes.

Cabe ressaltar que a utilização de programas de educação em saúde para o tratamento de condições crônicas é ainda incipiente no Brasil, sobretudo, quando são planejados, implementados e coordenados por fisioterapeutas. Por se tratar do primeiro estudo que buscou avaliar o perfil biopsicossocial de participantes desse tipo de intervenção, não se pode afirmar que os resultados aqui explicitados representem a totalidade dos participantes de programas de educação em saúde oferecidos nas diferentes regiões do país. Para sanar tal questão sugere-se a realização de estudos multicêntricos com número amostral elevado.

Conclusão

Os dados deste estudo demonstram que os participantes de um programa de educação em saúde específico para pacientes com FM são mulheres de meia idade, casadas, que possuem sintomas de ansiedade e de depressão, que apresentam sobrepeso e que pertencem à classe econômica C1. Todas essas características devem ser igualmente consideradas no momento do pensamento e implementação das ações que integram os programas de educação em saúde, afinal quanto mais adequadas estas forem ao perfil do paciente, maiores são as chances de sucesso deste tipo de tratamento.

A amostragem deste estudo não permite afirmar que o perfil aqui descrito, seja o mesmo encontrado no restante do país. Entretanto, pode-se inferir que o perfil da população brasileira acometida pela FM seja razoavelmente diferente daquele encontrado em países desenvolvidos. Desse modo, fazem-se necessários ajustes pontuais nos programas de educação em saúde “importados” para o Brasil, a fim de atender as peculiaridades dessa população tão heterogênea

Declaração de conflitos de interesses

Os autores do artigo afirmam que não houve nenhuma situação de conflito de interesse, tais como propostas de financiamento, emissão de pareceres, promoções ou participação em comitês consultivos ou diretivos, entre outras, que pudessem influenciar no desenvolvimento do trabalho.

Referências

1. WOLFE F, HAUSER W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Annals of medicine*. 2011;43(7):495-502. Epub 2011/07/21.
2. WOLFE F, SMYTHE HA, YUNUS MB, BENNETT RM, BOMBARDIER C, GOLDENBERG DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. **Report of the Multicenter Criteria Committee**. *Arthritis and rheumatism*. 1990;33(2):160-72. Epub 1990/02/01.
3. SARZI-PUTTINI P, ATZENI F, DI FRANCO M, BUSKILA D, ALCIATI A, GIACOMELLI C, ET AL. Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. **Clinical and experimental rheumatology**. 2012;30(6 Suppl 74):143-51. Epub 2013/02/27.
4. HAUSER W, BURGNER M, KOLLNER V, SCHAEFERT R, EICH W, HAUSTEINER-WIEHLE C, et al. [Fibromyalgia syndrome as a psychosomatic disorder - diagnosis and therapy according to current evidence-based guidelines]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2013;59(2):132-52. Epub 2013/06/19. Das Fibromyalgiesyndrom als psychosomatische Erkrankung – empfehlungen Aktueller Evidenzbasierter Leitlinien zu Diagnostik und Therapie.
5. WOLFE F, CLAUW DJ, FITZCHARLES MA, GOLDENBERG DL, KATZ RS, MEASE P, et al. The

- American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis care & research**. 2010;62(5):600-10. Epub 2010/05/13.
6. BELLATO E, MARINI E, CASTOLDI F, BARBASETTI N, MATTEI L, BONASIA DE, et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. **Pain research and treatment**. 2012;2012:426130. Epub 2012/12/06.
7. WOLFE F, BRAHLER E, HINZ A, HAUSER W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. **Arthritis care & research**. 2013;65(5):777-85. Epub 2013/02/21.
8. QUEIROZ LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. **Current pain and headache reports**. 2013;17(8):356. Epub 2013/06/27.
9. PERNAMBUCO AP, SCHETINO LP, VIANA RS, CARVALHO LS, D'AVILA REIS D. The involvement of melatonin in the clinical status of patients with fibromyalgia syndrome. **Clinical and experimental rheumatology**. 2014. Epub 2014/02/26.
10. BAZZICHI L, SERNISSI F, CONSENSI A, GIACOMELLI C, SARZI-PUTTINI P. Fibromyalgia: a critical digest of the recent literature. **Clinical and experimental rheumatology**. 2011;29(6 Suppl 69):S1-11. Epub 2012/03/14.
11. SPAETH M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. **Arthritis research & therapy**. 2009;11(3):117. Epub 2009/07/14.
12. SOUZA JB, BOURGAULT P, CHAREST J, MARCHAND S. Escola inter-relacional de fibromialgia: aprendendo a lidar com a dor - estudo clínico randomizado. **Revista brasileira de reumatologia**. 2008;48:218-25.
13. GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 1996;25(5).
14. CUNHA JA. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
15. ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2010.
16. ABLIN JN, BUSKILA D. Fibromyalgia syndrome - Novel therapeutic targets. **Maturitas**. 2013;75(4):335-40. Epub 2013/06/08.
17. LUCIANO JV, MARTINEZ N, PENARRUBIA-MARIA MT, FERNANDEZ-VERGEL R, GARCIA-CAMPAYO J, VERDURAS C, et al. Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. **The Clinical journal of pain**. 2011;27(5):383-91. Epub 2011/02/15.
18. OMS. **Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - ICF2002**.
19. SABINO GS, COELHO CM, SAMPAIO RF. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. **Acta Fisiátrica**. 2008;15(1):24 - 30.
20. HIEBLINGER R, COENEN M, STUCKI G, WINKELMANN A, CIEZA A. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for chronic widespread pain from the perspective of fibromyalgia patients. **Arthritis research & therapy**. 2009;11(3):R67. Epub 2009/05/16.
21. BURCKHARDT CS. Educating patients: self-management approaches. **Disability and rehabilitation**. 2005;27(12):703-9. Epub 2005/07/14.
22. POSSATTI IC, DIAS MR. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2002;15(2):293-301.
23. COBANKARA V, UNAL UO, KAYA A, BOZKURT AI, OZTURK MA. The prevalence of fibromyalgia among textile workers in the city of Denizli in Turkey. **International journal of rheumatic diseases**. 2011;14(4):390-4. Epub 2011/10/19.
24. KLEINMAN N, HARNETT J, MELKONIAN A, LYNCH W, KAPLAN-MACHLIS B, SILVERMAN SL. Burden of fibromyalgia and comparisons with osteoarthritis in the workforce. **Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine**. 2009;51(12):1384-93. Epub 2009/12/03.
25. GOLDENBERG DL, BURCKHARDT C, CROFFORD L. Management of fibromyalgia syndrome. **JAMA : the journal of the American Medical Association**. 2004;292(19):2388-95. Epub 2004/11/18.
26. GUPTA SK. Impact of a health education intervention program regarding breast self examination by women in a semi-urban area of Madhya Pradesh, India. **Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP**. 2009;10(6):1113-7. Epub 2009/01/01.
27. DUNNE FJ, DUNNE CA. Fibromyalgia syndrome and depression: common pathways. **Br J Hosp Med (Lond)**. 2012;73(4):211-7. Epub 2012/05/16.
28. CARVALHO MAPR, R. **Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento**. Carvalho M, editor. São Paulo: Medsi; 2001.
29. AGUGLIA A, SALVI V, MAINA G, ROSSETTO I, AGUGLIA E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. **Journal of affective disorders**. 2011;128(3):262-6. Epub 2010/08/03.
30. CARVALHO LS, CORREA H, SILVA GC, CAMPOS FS, BAIÃO FR, RIBEIRO LS, et al. May genetic factors in fibromyalgia help to identify patients with differentially altered frequencies of immune cells? **Clinical and experimental immunology**. 2008;154(3):346-52. Epub 2008/11/29.
31. SANTOS MJ, KASSOUF AL. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Economia Aplicada**. 2007;11(1).
32. APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5 ed: American Psychiatric Association; 2013.
33. KONRAD LM. **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia** [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; 2005.
34. TIEMANN L, SCHULZ E, WINKELMANN A, RONEL J, HENNINGSEN P, PLONER M. Behavioral and neuronal investigations of hypervigilance in patients with fibromyalgia syndrome. **PLoS one**. 2012;7(4):e35068. Epub 2012/04/18.

35. PERNAMBUCO AP, SCHETINO LP, ALVIM CC, MURAD CM, VIANA RS, CARVALHO LS, et al. Increased levels of IL-17A in patients with fibromyalgia. **Clinical and experimental rheumatology**. 2013. Epub 2013/09/12.
36. TANRIVERDI F, KARACA Z, UNLUHIZARCI K, KELESTIMUR F. The hypothalamo-pituitary-adrenal axis in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome. **Stress**. 2007;10(1):13-25. Epub 2007/04/25.
37. VAN LIEMPT S, ARENDS J, CLUITMANS PJ, WESTENBERG HG, KAHN RS, VERMETTEN E. Sympathetic activity and hypothalamo-pituitary-adrenal axis activity during sleep in post-traumatic stress disorder: a study assessing polysomnography with simultaneous blood sampling. **Psychoneuroendocrinology**. 2013;38(1):155-65. Epub 2012/07/11.
38. MUTSUURA H, KANBARA K, FUKUNAGA M, YAMAMOTO K, BAN I, KITAMURA K, et al. Depression and anxiety correlate differently with salivary free cortisol in the morning in patients with functional somatic syndrome. **Applied psychophysiology and biofeedback**. 2009;34(4):291-8. Epub 2009/08/08.
39. ZUROWSKI D, NOWAK L, MACHOWSKA A, WORDLICZEK J, THOR PJ. Exogenous melatonin abolishes mechanical allodynia but not thermal hyperalgesia in neuropathic pain. The role of the opioid system and benzodiazepine-gabaergic mechanism. **Journal of physiology and pharmacology : an official journal of the Polish Physiological Society**. 2012;63(6):641-7. Epub 2013/02/08.
40. ALOK R, DAS SK, AGARWAL GG, SALWAHAN L, SRIVASTAVA R. Relationship of severity of depression, anxiety and stress with severity of fibromyalgia. **Clinical and experimental rheumatology**. 2011;29(6 Suppl 69):S70-2. Epub 2012/03/14.
41. SOLANO JPC. Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos. **Acta Fisiátrica**. 2014;21(2):93-100.
42. OLIVEIRA DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**. 2006;40(4):734-6.
43. ARNOLD LM, LEON T, WHALEN E, BARRETT J. Relationships among pain and depressive and anxiety symptoms in clinical trials of pregabalin in fibromyalgia. **Psychosomatics**. 2010;51(6):489-97. Epub 2010/11/06.
44. MENDONÇA CP, ANJOS LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004;20(3):698-709.
45. SOUZA JBD. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. 2009;15:145-50.
46. FLAUSINO NH, DA SILVA PRADO JM, DE QUEIROZ SS, TUFIK S, DE MELLO MT. Physical exercise performed before bedtime improves the sleep pattern of healthy young good sleepers. **Psychophysiology**. 2012;49(2):186-92. Epub 2011/11/19.
47. LAWRENCE RC, FELSON DT, HELMICK CG, ARNOLD LM, CHOI H, DEYO RA, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. **Arthritis and rheumatism**. 2008;58(1):26-35. Epub 2008/01/01.
48. SCHOCHAT T, BECKMANN C. Sociodemographic characteristics, risk factors and reproductive history in subjects with fibromyalgia--results of a population-based case-control study. **Zeitschrift fur Rheumatologie**. 2003;62(1):46-59. Epub 2003/03/08. Soziodemographie, Risikofaktoren und Reproduktionsanamnese bei Fibromyalgie. Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Studie.
49. FORSETH KO, GRAN JT. The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. **Scandinavian journal of rheumatology**. 1992;21(2):74-8. Epub 1992/01/01.
50. LACHAINE J, BEAUCHEMIN C, LANDRY PA. Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome. **The Clinical journal of pain**. 2010;26(4):284-90. Epub 2010/04/16.