

Fibromialgia: atividade física, depressão e qualidade de vida

Fibromyalgia: physical activity, depression and quality of life

Mariana Storino Conte¹, Gabriel Antonio Cabriott Dumbra*¹, Daniela Vichiato Polizelli Roma², Patricia da Silva Fucuta³, Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki⁴

RESUMO:

A fibromialgia (FM), doença caracterizada por dor musculoesquelética difusa acompanhada de outros sintomas não relacionados ao aparelho locomotor, apresenta prevalência no Brasil de 2,5%. **Objetivo:** avaliar a prática de atividade física, os sintomas de depressão e a qualidade de vida em pacientes com FM. **Tipo de estudo:** Estudo observacional retrospectivo. **Método:** Participaram do estudo 50 pacientes adultos com diagnóstico de FM de acordo com os critérios de classificação do American College of Rheumatology (ACR), sendo excluídos os que apresentaram comorbidades. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pacientes que compareceram à consulta de rotina em consultório privado de reumatologia e atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. A análise dos dados foi realizada por meio dos testes Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e coeficiente de correlação de Pearson. Valores de $P < 0,05$ foram considerados significantes. **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino, idade média de 47 anos, etnia branca, estado civil casado e com filhos. O resultado da EVA variou entre 0 (n=9) a 8 (n=6). O FIQ variou entre 0 e 86,7 e o BDI total entre 0 e 26. A BDI-13 variou entre 0 e 22. Houve correlação positiva do escore do BDI-13 com o FIQ-total e do BDI-13 com o escore EVA. **Conclusão:** Os dados não sugerem impacto significativo da atividade física na melhora dos sintomas de dor, qualidade de vida e depressão em pacientes com fibromia

Palavras-chave: Fibromialgia. Exercício físico. Depressão. Qualidade de Vida.

ABSTRACT:

Fibromyalgia (FM) is a disease characterized by widespread musculoskeletal pain that can be accompanied by several other symptoms not related to the musculoskeletal system and its predominance in Brazil is of 2,5%. **Objective:** Evaluate the performance in physical activity, symptoms of depression and life quality in patients with FM. **Type of study:** Retrospective observational study. **Method:** fifty adult patients that were diagnosed with FM according to the American

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina FACERES em São José do Rio Preto.
2. Médica, mestre em Psicologia e Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), docente do Curso de Medicina FACERES.
3. Médica, doutora em gastroenterologia pela UNIFESP, docente do Curso de Medicina FACERES.
4. Psicóloga, doutora em Psicologia pela USP, livre-docente do Departamento de Psicologia da (FAMERP).

CORRESPONDÊNCIA:
Gabriel Antonio Cabriott Dumbra
Av. Anísio Haddad, 6751
Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto, SP.

Recebido em 02/04/2018
Aprovado em 26/06/2018

College of Rheumatology (ACR) criteria. Patients who presented comorbidities were excluded of the study. After the project being approved by the research ethics committee, patients with fibromyalgia that attended a routine doctor's visit in a private rheumatologic office and met the inclusion criteria were invited to take part in the study. The data analysis was done with the Kruskal–Wallis test, Mann-Whitney e coefficient and correlation Person test. Values of $P < 0,05$ were considered significant. **Results:** Female predominance, white ethnicity, average age of 47 (± 13) years old, married, and with children. Physical activity (56% of participants), physical activity measured by IPAQ short version showed that 24% of participants presented low level, 42% moderate and 24% high. VAS varied score between 0 ($n=9$) and 8 ($n=6$). Significant statistic ($p=0,44$) was not observed when compared with VAS and IPAQ. The FIQ score varied between 0 and 86,7. The total BDI score varied between 0 and 26. The Affective-cognitive subscale (BDI-13) varied between 0 and 22. Statistic difference was not observed when compared with BDI total and BDI-13 with IPAQ. There was positive correlation of BDI-13 score with the total FIQ and the BDI-13 with VAS score. **Conclusion:** Benefit of physical activity was not demonstrated in the symptoms of pain relief, neither life quality nor depression in patients with fibromyalgia. This result might be related to the inaccuracy of the IPAQ method used to quantify the intensity of physical activity self-reported by the patients.

Key-words: Fibromyalgia. Physical Activity. Depression. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome complexa, caracterizada por dor musculoesquelética difusa. A maior parte dos pacientes com FM também relata fadiga, rigidez muscular, dor após esforço físico e anormalidades do sono, entre diversos outros não relacionados ao aparelho locomotor¹.

A prevalência de FM varia de 0,7 a 5% na população geral². No Brasil, a prevalência é de 2,5%, sendo a FM considerada a segunda doença reumática mais comum, depois da osteoartrite³.

Segundo Wolfe et al., 1990, acomete mais mulheres, sendo a relação mulher/homem de 8:1. O início dos sintomas geralmente ocorre entre 25 e 65 anos (média de idade: 49 anos), sendo mais comuns em idosos¹.

Devido aos vários sintomas da FM, principalmente o comprometimento da qualidade de vida desses pacientes, tornam-se necessárias estratégias de tratamento multidisciplinares, já que a maioria dos pacientes apresenta um controle insatisfatório do quadro clínico, com o uso exclusivo de terapia medicamentosa.

Compreender o conceito de atividade física e exercício físico faz-se necessário para um melhor entendimento dos estudos na área, assim como os diversos aspectos que envolvem cada tipo e seu impacto no processo da doença. A prá-

tica do exercício físico influencia várias vias relacionadas às áreas de modulação da dor. Estudos prévios demonstraram que a prática de exercício físico aeróbico contribui no manejo da dor, fadiga, depressão e qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia⁴.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) propõe para adultos saudáveis atividades físicas aeróbicas de três a cinco vezes por semana para obtenção de um resultado positivo no desenvolvimento e manutenção da aptidão cardiorrespiratória, composição corporal e força. Nos pacientes com FM, programas individualizados de exercícios aeróbicos moderadamente intensos (60%-75% da frequência cardíaca máxima ajustada para a idade [210 menos a idade do paciente]) duas a três vezes por semana podem ser benéficos⁵.

Segundo estudo de 2007, a dor crônica da FM está associada à diminuição da qualidade de vida, comprometimento do desempenho ocupacional e alteração do humor⁶. A depressão está entre as comorbidades psiquiátricas mais frequentes, aproximadamente 30% dos pacientes com FM apresentam também sintomas de depressão maior no momento do diagnóstico da fibromialgia sendo observada também uma probabilidade de 74% dos pacientes apresentarem depressão na evolução clínica da doença⁷.

Estudos realizados por Lorena et al.⁸ e por Martins et al.⁹ evidenciaram a dor da FM como um importante fator causal para redução da qualidade de vida desses pacientes. Fatores ocupacionais e o tipo de atividade física são pontos que também devem ser abordados. Um artigo de revisão publicado 2006 observou que a atividade física é considerada uma intervenção não medicamentosa para o tratamento da FM, mostrando-se efetiva na redução da dor, do número de pontos dolorosos, na melhora da qualidade de vida e da depressão¹⁰.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, com amostra de conveniência. Participaram 50 pacientes adultos com diagnóstico de FM atendidos em clínica particular. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de FM, de acordo com os critérios de classificação do *American College of Rheumatology* (ACR), e excluídos pacientes que apresentaram comorbidades, reumatológicas ou não, e diagnóstico prévio de depressão.

Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos: Escala Visual Analógica – EVA, para avaliar a intensidade da dor. Inventário de Depressão de Beck (BDI), utilizado para avaliar presença e intensidade de sintomas de depressão. Questionário Sobre o Impacto da Fibromialgia (FIQ), para avaliar a qualidade de vida dos portadores de fibromialgia. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), para avaliar a prática e intensidade de atividade física. Os pacientes com diagnóstico prévio de FM que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados, e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) os pacientes foram instruídos a preencher os questionários.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e comparativa. Foi utilizado o teste Kruskal-Wallis para análise comparativa do valor do EVA e do FIQ com a intensidade da atividade física. Os pacientes com atividade física baixa e moderada foram agrupados, em alguns momentos, para serem comparados aos de atividade física alta (teste Mann-Whitney). A correlação entre variáveis numéricas foi analisa-

da pelo coeficiente de correlação de Pearson. A análise estatística foi realizada mediante o *software* IBM-SPSS *Statistics* versão 23 para Mac (IBM Corporation, NY, USA). Todos os testes foram bicaudais e valores de $P \leq 0,05$ foram considerados significantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FAMERP (CEP FAMERP) e registrado sob o CAAE 44493615.4.0000.5415.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 50 pacientes sendo 49 mulheres e apenas um homem com idade média de 47 anos (± 13). Essas características também foram relatadas nos estudos de Senna et al.⁴. Segundo Helfenstein & Feldman, a FM é mais comum em idosos¹, entretanto, o estudo de Vicent et al., demonstrou maior prevalência de FM em pacientes mais jovens (21 a 39 anos) diferindo do presente estudo¹¹.

Em relação à etnia, a maioria da amostra era composta por brancos. No entanto, outro estudo brasileiro realizado teve predomínio de não-brancos³. Dados da literatura são insuficientes para caracterizar a prevalência da FM em determinadas etnias. No censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no município de São Jose do Rio Preto, estado de São Paulo¹², a distribuição étnica da população municipal é composta predominantemente por brancos (76,37%), justificando o predomínio dessa população no estudo.

A maioria (64%) dos pacientes eram casados. Segundo o estudo EpiFibro, a maioria dos pacientes também eram casados¹³; no estudo de Topbas et al. viúvos¹⁴. Portanto, não há concordância na literatura sobre o estado civil e a presença da doença.

Enquanto a maioria dos pacientes (48%) desse estudo completou o ensino médio, no estudo EpiFibro, apenas 1/3 haviam completado o ensino fundamental¹³. Essa diferença na escolaridade justifica-se pelo fato desse estudo ter sido realizado em consultório privado onde são realizadas consultas apenas de cunho particular e convênios. As características da amostra estão apresentadas na Tabela 1, que indica predominância de mulheres, brancas, casadas, com filhos.

Tabela 1

Dados demográficos de amostra de pacientes com fibromialgia atendidos em consultório particular

Variável	Resultado
Idade	47 ± 13
Gênero feminino	49 (98%)
Etnia	
Branco	42 (84%)
Negro	2 (4%)
Amarelo	3 (6%)
Pardo	3 (6%)
Estado civil	
Casado	32 (64%)
Solteiro	7 (14%)
Divorciado	7 (14%)
Viúvo	4 (8%)
Filhos	
Sim	40 (80%)
Não	10 (20%)
Escolaridade	
Fundamental	10 (20%)
Médio	24 (48%)
Superior	11 (22%)
Pós-graduação	5 (10%)

Atividade física (IPAQ)

Na amostra, a prática de atividade física, medida pelo IPAQ versão curta mostrou que 24% dos participantes apresentaram nível baixo de atividade física, 42% nível moderado e 34% nível alto (Figura 1).

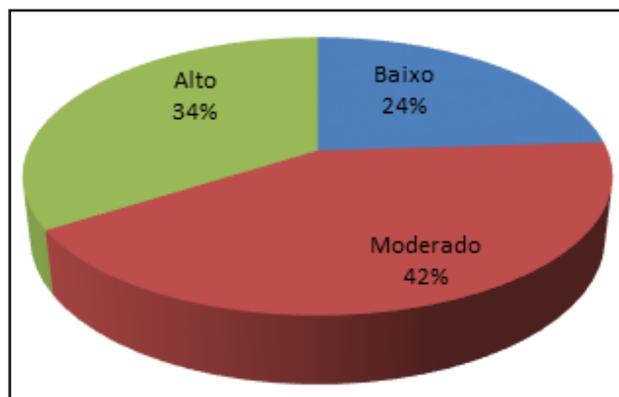


Figura 1: Intensidade de atividade física dos pacientes com fibromialgia que participaram do estudo

Segura-Jiménez et al. constataram em seu estudo que o grupo de pacientes com FM era menos ativo que o controle apesar dos escores do IPAQ serem semelhantes entre os grupos¹⁵. A avaliação do escore do IPAQ foi confrontada pelo uso de acelerômetros. Dessa forma, acredita-se que os pacientes com FM poderiam ter uma falsa percepção ao relatar informações retrospectivas referentes ao tempo e ao tipo de atividades executadas, com resultados superestimados no IPAQ, sugerindo que esse instrumento de autorrelato parece superestimar a prática de atividade física.

Quando comparados qualidade de vida (FIQ), grau de intensidade da dor (EVA) e nível de atividade física (IPAQ), não foi observada significância estatística (p=0,44), mesmo quando analisados separadamente os pacientes com IPAQ categoria moderada a alta intensidade. Entretanto, no estudo conduzido por Breda, que avaliou mulheres com fibromialgia comparadas a um grupo controle, apesar de ambos os grupos apresentaram intensidade de atividade física semelhante¹⁶, o grupo de pacientes com FM teve pior desempenho físico, o que poderia estar relacionado ao comprometimento funcional (FIQ) da doença devido ao quadro de dor.

O IPAQ parece ser subjetivo para quantificar a intensidade da atividade física. O estudo de Segura-Jiménez et al. demonstraram que a atividade física realizada pelos pacientes com FM foi inferior à atividade relatada¹⁵, sendo um indicativo de uma possível distorção da aferição da atividade física apenas com a utilização do IPAQ. Esses achados reforçam a ideia que os pacientes com FM superestimam a atividade física por eles realizada e isso pode ter associação com os resultados encontrados nesse estudo.

Intensidade da dor (EVA)

A intensidade da dor presente no momento da consulta médica foi avaliada pela EVA. No momento da avaliação 18% (n = 9) dos pacientes não apresentavam dor (escore 0). O escore máximo foi 8, para 12% (n = 6) dos pacientes (Figura 2). A ausência da dor no momento da consulta pode estar relacionada à oscilação dos sintomas nos quadros de FM. Além disso, alguns pacientes podem estar com a doença sob controle clínico, realizando apenas consultas de rotina.

Número de pacientes

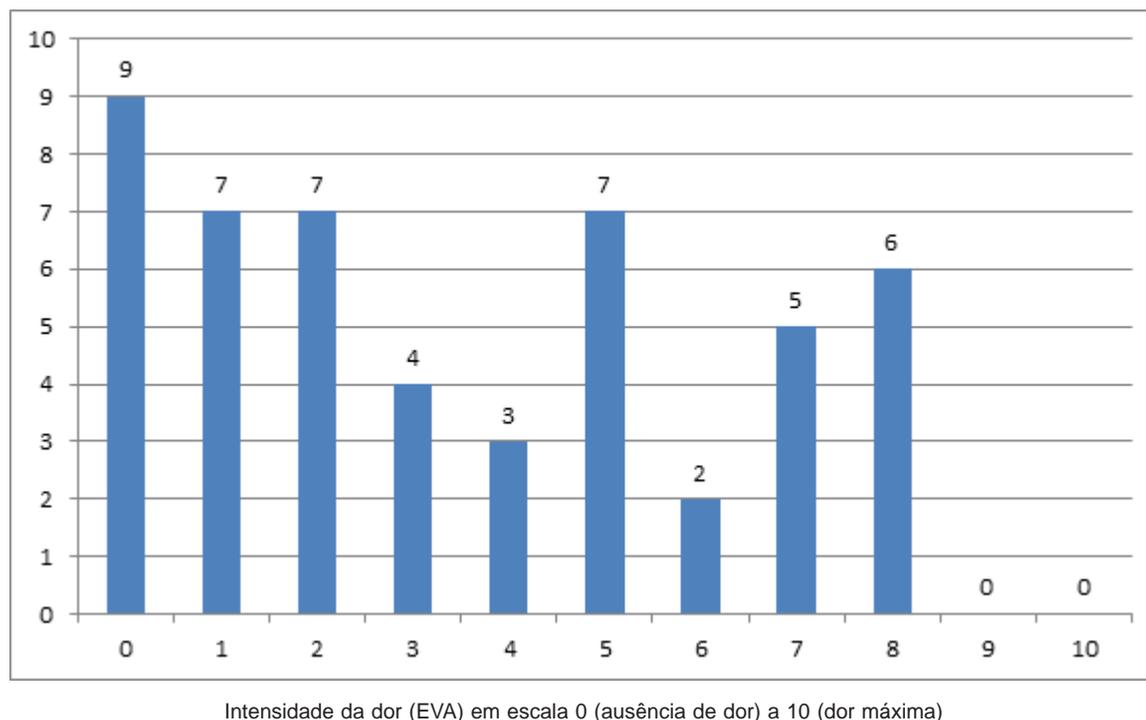


Figura 2: Intensidade da dor (EVA) dos pacientes com fibromialgia que participaram do estudo, avaliada no momento da consulta médica.

Segundo estudo de 2016 a dor representa um importante fator para redução da qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos⁸.

Comparação entre intensidade da dor e atividade física

Quando comparados grau de intensidade da dor (EVA) e atividade física (IPAQ), não foi observada significância estatística ($p=0,44$). Quando os pacientes foram agrupados em função da frequência de atividade física (baixa e moderada X alta) e intensidade da dor, também não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p=0,20$). A subjetividade da dor dificulta sua avaliação precisa e o que justifica a utilização de métodos como questionários. É possível que a ausência de diferença entre pacientes que relataram diferentes intensidades de atividade física esteja relacionada ao instrumento de avaliação utilizado.

Qualidade de vida (FIQ)

O FIQ foi utilizado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia em relação aos seguintes domínios: capacidade funcional, status de trabalho, distúrbios psicológicos, sintomas físicos e dolorosos. Os dados indicaram que, quanto maior o impacto da doença, pior a qualidade de vida (escores mais altos no FIQ). O escore da amostra estudada variou entre 0 e 86,7, o escore médio foi 47,74 ($\pm 25,2$) e a mediana 53,6. Estudo conduzido por Cardoso, Curtolo, & Natour comparou um grupo de 16 mulheres com FM a um grupo de 15 mulheres sem o diagnóstico demonstrando que as mulheres com FM apresentaram pior impacto na qualidade de vida¹⁷.

Qualidade de vida (FIQ) e atividade física (IPAQ)

Foram comparados os escores totais do FIQ e IPAQ. Devido ao tamanho reduzido da amostra, foi também realizada a comparação do esco-

re do FIQ com a classificação categorizada do IPAQ. A primeira análise dividiu os pacientes em dois grupos distintos, um composto pelos participantes classificados no grupo baixa intensidade de atividade física e outro composto pela junção dos participantes classificados como moderada a alta intensidade de atividade física. A segunda análise avaliou um grupo de baixa a moderada intensidade de atividade física e outro de alta intensidade (Tabela 2 e 3). Não foram identificadas diferenças significantes. É possível que o prejuízo que muitos pacientes apresentam em sua qualidade de vida, especialmente na capacidade funcional, tenha um impacto negativo sobre as respostas fornecidas no IPAQ e no FIQ. Segundo Bennet a avaliação da real incapacidade funcional e da dor nos pacientes com FM é um desafio na prática clínica, pois está baseada apenas na autopercepção do paciente em ser ou não capaz de executar suas funções de vida diária¹⁸.

Tabela 2
Comparação entre qualidade de vida e atividade física em amostra de pacientes com fibromialgia

FIQ	IPAQ	P
FIQ total	IPAQ total	0,513
FIQ total	IPAQ moderada e alta	0,555
FIQ total	IPAQ baixa	0,200

Tabela 3
Relato de prática de exercício físico em amostra de pacientes com fibromialgia

Prática de exercício físico	N	%
Não	22	44,0
Sim	28	56,0
Total	50	100,0

Sintomas de depressão (BDI)

O escore do BDI total variou entre 0 e 26 (12,74 ± 6,71). Quando foi analisada apenas a subescala Cognitivo-Afetiva (BDI-13), o escore total variou entre 0 e 22 (7 ± 4,70). A comparação do escore do BDI com o IPAQ, categorizado em

grupos baixa e moderada-alta intensidade, não apresentou diferença estatística (p = 0,85). O nível da atividade física não interferiu na redução dos sintomas de depressão e na melhora da qualidade de vida dos pacientes com FM.

Pacientes com FM apresentam níveis mais elevados de depressão do que a população geral e do que portadores de outras doenças reumatológicas como os portadores de osteoartrite de joelhos e artrite reumatóide¹⁹. Os dados deste estudo estão em concordância com achados de outros estudos^{8,20}, os quais demonstraram que pacientes com FM apresentam uma correlação significativamente maior de depressão, dor e conseqüentemente pior qualidade de vida.

Não houve diferença no quadro de depressão entre os grupos com o nível baixo e moderado a alto do IPAQ o que pode ser justificado pela imprecisão do método em diferenciar esses grupos de pacientes. O presente estudo identificou uma correlação entre sintomas de depressão e dor (r = 0,444 e p = 0,001), entre sintomas de depressão e qualidade de vida avaliada pelo FIQ (r = 0,568 e p = 0,001). Esses dados são compatíveis com o estudo de Santos et. al.²¹ que demonstrou que o grupo de pacientes com FM tem pior qualidade de vida e níveis mais altos de depressão quando comparado com o grupo controle.

Os sintomas de depressão podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes com FM por aumentar a percepção da dor e da incapacidade funcional já que áreas cerebrais envolvidas no processamento das emoções também estão relacionadas à modulação da dor e, portanto, a depressão poderia amplificar os sintomas da dor e reduzir o efeito modulatório do sistema inibitório da dor^{22,23}.

Prática de exercício físico

A prática regular de exercício físico, em diferentes modalidades, foi relatada por 56% dos participantes. Os demais referiram realizar apenas atividade física quando no trabalho ou nas atividades domésticas (Tabela 4). Dos 28 (56%) pacientes que afirmaram praticar alguma modalidade de exercício físico, 10 realizam a atividade apenas 1 ou 2 dias por semana, sendo que para a maioria (n = 27) o tempo de prática não ultra-

passou 60 minutos de duração. Observa-se, portanto, que a frequência da prática de exercício físico e talvez a intensidade superestimada pode ter influenciado o resultado do estudo.

Tabela 4

Correlação de Pearson entre depressão e nível de dor e entre depressão e qualidade de vida

	R	P
BDI e EVA	0,444	<0,001
BDI e FIQ total	0,568	<0,001
BDI e FIQ 1	0,431	<0,002
BDI e FIQ 2-3	0,467	<0,001
BDI e FIQ 4-10	0,534	<0,001

Dentre os pacientes acima que relataram prática regular de atividade física, notou-se que a maioria optava por atividades de baixa relação de sociabilidade - apesar de alguns participarem de mais de um tipo de modalidade. Sendo assim, 13 pacientes desempenhavam atividades de caminhada ou corrida, 11 frequentavam academia e 16 participavam regularmente de atividades de alongamento, pilates e/ou hidroginástica. Apenas um dos pacientes frequentava aulas de dança de salão, todos os outros não desempenhavam atividades com maior sociabilidade, como aulas nas quais o trabalho em equipe fosse fundamental, esportes, ou outras modalidades de dança.

Com base em vários estudos²⁴⁻²⁶, nota-se que o benefício mais expressivo parece ser com exercícios aeróbios, enquanto a hidroterapia e o alongamento têm seus efeitos terapêuticos mais restritos. Também é demonstrado que os pacientes com FM tem o período de adaptação aos exercícios mais alongado e a progressão da carga da atividade mais lenta.^{24,25} Sendo sugeridos benefícios com os programas individualizados de exercícios aeróbicos moderadamente intensos duas a três vezes por semana⁵.

Os benefícios em qualidade de vida, segundo estudos recentes²⁴⁻²⁷, só seriam percebidos em períodos maiores de 15 semanas de exercícios regulares e a superestima dos pacientes e a piora dos sintomas nas primeiras 8 semanas são fatores de confusão que dificultam a interpretação destes dados e diminuem as chances de adesão dos pacientes.

Além disso, segundo Ramsay et al²⁸, exercícios supervisionados têm maior adesão (72%) do que treino não-supervisionado (50%, $p < 0.05$); sendo que aqueles que abandonaram a prática apresentavam-se inicialmente maiores escores de dor, mais estáveis emocionalmente e com maior vitalidade. Portanto, é possível inferir que indivíduos que se encontram em situações emocionais mais delicadas tendem a aderir a prática de exercícios regulares e obter melhora quando apoiados por práticas que incluam atividades em grupo²⁴.

Ocupação laboral

Utilizando a classificação brasileira de ocupações²⁹, é notório que a maioria dos participantes - aproximadamente 74 % da amostra - encontrava-se no nicho de trabalhadores de serviços e vendedores do comércio e lojas e profissionais de ciências e artes intelectuais (farmacêuticos, dentistas, arquitetos, etc). Dessa forma, observa-se o componente de esforço intelectual e contato direto com o público encontram-se na intersecção da maioria das ocupações laborais estudadas.

No entanto, devido à amostra restrita tal afirmação necessitaria de uma maior investigação já que de acordo com recente revisão de literatura não existe na literatura científica dados que confirmem que a fibromialgia tenha origem ocupacional³⁰. Alguns estudos^{31,32,33} sugerem que a hipótese microtrauma repetitivo no trabalho poderia clarear o entendimento da doença, assim como situações de pressão de produtividade e litígio que culminariam com piora sintomatológica dos pacientes. Tais estudos, entretanto, ainda não apresentaram dados conclusivos e portanto, serão necessárias outras análises mais profundas para confirmar tal cenário³¹.

Comparação entre prática de exercício físico, sintomas de depressão, dor e qualidade de vida

Quando comparado o escore total do BDI e o tempo de prática de exercício físico, houve uma tendência estatística a maiores escores do BDI em pessoas que praticavam exercício físico há menos tempo (< 10 semanas), com $p = 0,09$.

Em ensaio clínico randomizado de 2011 os resultados demonstraram que a combinação em longo prazo de exercício aeróbico, fortalecimento e flexibilidade melhorou a qualidade de vida dos pacientes e o escore de depressão em 18%³⁴.

A comparação da EVA de acordo com a prática de exercício físico não apresentou diferença estatística significativa ($p = 0,466$).

A comparação do escore do FIQ com a afirmação da prática de exercício físico não apresentou diferença estatística no escore do FIQ 1 ($p = 0,405$), no escore do FIQ 2 e 3 ($p=0,325$), no escore do FIQ 4 a 10 ($p=0,278$) e no escore total do FIQ ($p = 0,328$). Também aqui é possível pensar que a prática de exercício relatada pelos pacientes foi insuficiente para obter benefícios.

Correlação entre FIQ, EVA e BDI

Houve correlação positiva entre FIQ Total e EVA: $r=0,668$ e $p<0,001$ (Figura 3). Isso significa que quanto maior a intensidade da dor relatada, pior a qualidade de vida. Lorena et. al. (2016) encontraram resultados similares, enfatizando a estreita relação entre dor e qualidade de vida⁸.

Observou-se também correlação positiva, quando analisados os escores de FIQ1, FIQ2e3 e FIQ41a10 e a EVA (Tabela 5).

A análise demonstrou correlação positiva quando analisados os escores do BDI com o EVA, FIQ-total, FIQ 1, FIQ 2-3 e FIQ 4-10. Quando analisados os subitens do FIQ também houve correlação entre piora da qualidade de vida, sintomas

Tabela 5

Correlação de Pearson entre subescala de depressão (BDI-13), qualidade de vida (FIQ-total) e nível de dor (EVA)

	R	P
BDI-13 e FIQ-total	0,356	<0,011
BDI-13 e EVA	0,283	0,046

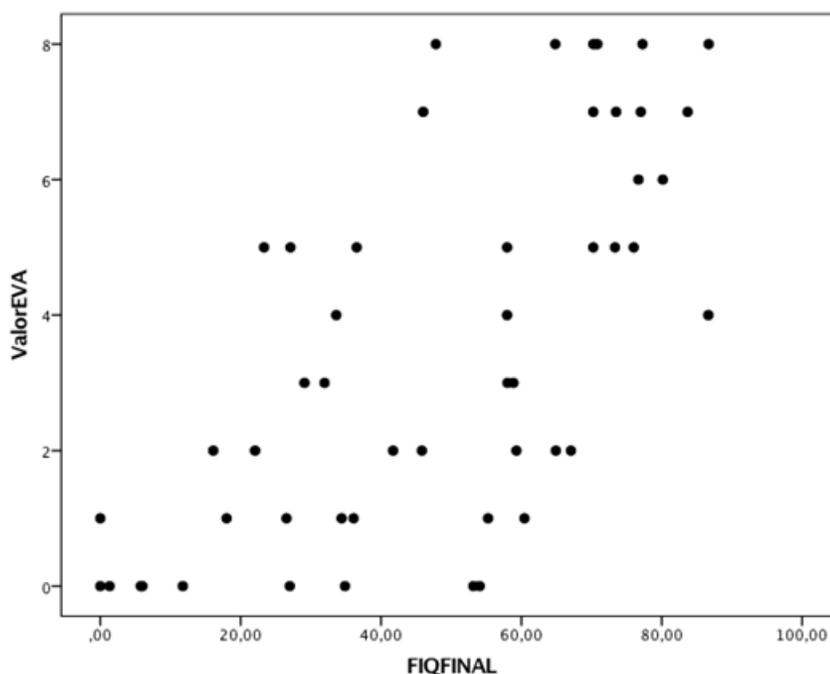


Figura 3: Correlação entre qualidade de vida e intensidade da dor

Tabela 6

Correlação de Pearson entre depressão e nível de dor e entre depressão e qualidade de vida.

	R	P
BDI e EVA	0,444	<0,001
BDI e FIQ total	0,568	<0,001
BDI e FIQ 1	0,431	<0,002
BDI e FIQ 2-3	0,467	<0,001
BDI e FIQ 4-10	0,534	<0,001

de depressão e dor (Tabelas 5 e 6). Esses achados também foram apontados por Homann et al. ao comparar pacientes com FM a um grupo controle³⁵. No grupo de pacientes com FM, os sintomas depressivos correlacionaram-se com maior percepção de dor, comprometimento da funcionalidade e impacto na qualidade de vida.

Houve correlação positiva do escore do BDI-13 com o FIQ-total e do BDI-13 com o escore EVA (Tabela 7).

Tabela 7

Correlação de Pearson entre subescala de depressão (BDI-13), qualidade de vida (FIQ-total) e nível de dor (EVA).

	R	P
BDI-13 e FIQ-total	0,356	<0,011
BDI-13 e EVA	0,283	0,046

A comparação do BDI-13 de acordo com o IPAQ (atividade física baixa, moderada e alta) não revelou diferença significativa ($p = 0,9$). A literatura aponta uma associação entre prática de atividade física e menos sintomas de depressão. Novamente, pode-se pensar que a prática de atividade física foi insuficiente para que seus efeitos positivos fossem sentidos pelos pacientes.

CONCLUSÕES

O presente estudo não observou melhora da dor, qualidade de vida e depressão entre os pacientes que relatavam maior intensidade de atividade física (IPAQ). Esses dados podem estar relacionados à imprecisão do método utilizado (IPAQ) e a uma possível distorção dos pacientes ao quantificarem o tempo e a intensidade da atividade praticada. Foi observada, no entanto, correlação entre pior qualidade de vida, intensidade da dor e sintomas de depressão.

Quando avaliada a prática de exercício físico, foi possível notar que a baixa frequência e talvez a intensidade superestimada possa ter influenciado o resultado do estudo em não demonstrar melhora da dor, qualidade de vida e sintomas de depressão nos pacientes com FM.

A amostra reduzida de pacientes provenientes apenas de consultório particular e o uso de apenas um método de avaliação da atividade física podem ser apontados como limitações desse estudo.

O uso de métodos para melhor quantificar a atividade física dos pacientes com fibromialgia, como os monitores de atividades, devem ser considerados em novos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol.* 2002; 42: 8-14.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Herbert I. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995; 38: 19-28.
3. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, Ferraz MB. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol.* 2004; 31: 594-7.
4. Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, Busch A. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Research & Therapy.* 2010. [Internet]; 12(3), R79. Available from: <http://doi.org/10.1186/ar3002>.
5. Heymann RE, Paiva EDS, Helfenstein MJ, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2010; 50: 56-66.

6. Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed.* 2007; 78:88-95.
7. Buskila D, Cohen H. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Curr Pain Headache Rep.* 2007; 11: 333-8.
8. Lorena SB, Pimentel EAS, Fernandes VM, Pedrosa MB, Ranzolin A, Duarte ALBP. Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Revista Dor.* 2016. [Internet]; 17(1), 8-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160003>.
9. Martins MRI, Polvero LO, Rocha CE, Foss MH, Santos Junior R. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras de Reumatol.* 2012.[Internet]; 52(1), 21-26. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000100003>.
10. Valim V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2006 [Internet];46(1), 49-55. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000100010>.
11. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, Clauw DJ, Whipple MO, Oh TH, Barton DL et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care and Research.* 2013;65:786-92.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo demográfico- Tabela 3175: População residente por cor ou raça e religião. Sistema IBGE de Recuperação Automática- SIDRA. [Internet]. Disponível em : <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/136#notas-tabela>.
13. Rezende MC, Paiva ES, Helfenstein Jr. M, Ranzolin A, Martinez JE, Provenza JR, et al. EpiFibro - um banco de dados nacional sobre a síndrome da fibromialgia: análise inicial de 500 mulheres. *Rev Bras Reumatol.* 2013 [Internet];53(5), 382-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042013000500003>
14. Topbas M, Cakirbay H, Gulec H, Akgol E, Ak I, Can G. The prevalenc of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol*,2005; 34:140-4.
15. Segura-Jimenez V, Munguia-Izquierdo D, Camiletti-Moiron D, Alvarez-Gallardo IC, Ortega FB, Ruiz JR, et al. Comparison of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) with a multi-sensor arm band accelerometer in women with fibromyalgia: the al-Andalus project. *Clin Exp Rheumatol.* 2013; 31(6Suppl 79), S94-101.
16. Breda CA, Rodacki ALF, Leite N, Homann D, Goes SM, Stefanello JMF. Nível de atividade física e desempenho físico no teste de caminhada de 6 minutos em mulheres com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2013; [Internet] 53(3), 276-281. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042013000300005>.
17. Cardoso FS, Curtolo M, Natour J, Lombardi Jr I. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*,2011 [Internet]; 51(4), 344-350. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400006>.
18. Bennett RM. Fibromyalgia and the disability dilemma. A new era in understanding a complex, multidimensional pain syndrome. *Arthritis Rheum.*1996; 39:1627-34.
19. Ozcetin A, Ataoglu S, Kocer E, Yazici S, Yildiz O, Ataoglu A et al. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteo arthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Med J,* 2007; 56: 122-129.
20. Berber JDSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2005; 45: 47-54.
21. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Braz J Phy Ther.* 2006 [Internet];10(3), 317-324. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-3552006000300011>
22. Börsbo B, Peolsson M, Gerdle B. The complex interplay between pain intensity, depression, anxiety and catastrophizing with respect to quality of life and disability. *Disabil Rehabil,* 2009; 31:1605-13.
23. Bair M J, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *ArchIntern Med*,2003; 163:2433-45.
24. Valim V. Benefits of exercise in the fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol* 2006;46:49-55.
25. Valim V, Oliveira L, Suda A, Silva L, de Assis M, Barros Neto T et al. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2003; 30: 1060-9.
26. McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1988; 31: 1135-41.
27. Van Santen M, Bolwijn P, Verstappen F, Bakker C, Hidding A, Houben H et al. A randomized clinical trial comparing fitness and biofeedback training versus basic treatment in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol,* 2002; 29: 575-81.
28. Ramsay C, Moreland J, Ho M, Joyce S, Walker S, Pullar T. An observer blinded comparison of supervised and unsupervised aerobic exercise regimens in fibromyalgia. *Rheumatol,* 2000; 39: 501-5.
29. Classificação Brasileira de Ocupações - CBO - 2010 - 3a ed. Brasília : MTE, SPPE, 2010. [Internet]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/CLASSIFICACAO%20C3%87%20C3%83O-BRASILEIRA-DE-OCUPA%C3%87%20C3%95ES-MEC.pdf>
30. Helfenstein Jr M, Golnfun MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Assoc Med Bras.* 2012;58:358-65.
31. Whorton D, Weisenberger BI, Milroy WC. Does fibromyalgia qualify as a work-related illness or injury? *J Occup Environ Med.* 1992;34:968-72.
32. Bruusgaard D, Evensen AR, Bjerkedal T. Fibromyalgia - a new cause for disability pension. *Scand J Soc Med.* 1993;21:116-93.
33. Bennett RM. Disabling fibromyalgia: appearance versus reality. *J Rheumatol.* 1993;11:1821-5.
34. Sanudo B, Galiano D, Carrasco L, de Hoyo M, McVeigh JG. Effects of a prolonged exercise program on key health outcomes in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2011; 43:521-6.
35. Homann D, Stefanello JMF, Goes SM, Breda CA, Paiva ES, Leite N. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2012; 52: 319-30.