

Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia^(*)

Prevalence of Depression and its Relationship with Quality of Life in Patients with Fibromyalgia Syndrome

Joana de Souza Santos Berber⁽¹⁾, Emil Kupek⁽²⁾, Saulo Caíres Berber⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência de depressão em pacientes com síndrome da fibromialgia (SF), assim como a condição da qualidade de vida destes pacientes; e avaliar a magnitude da associação entre a depressão e a qualidade de vida. **Métodos:** foram selecionados 70 pacientes com SF que compareceram às consultas médicas em duas instituições públicas e em seis consultórios particulares de reumatologia. Foram aplicados dois questionários: o General Health Questionnaire (GHQ-28), para rastrear a depressão, e o Medical Outcome Short Form Health Survey (SF-36) para medir a qualidade de vida, composto de 8 escalas, que abordam vários aspectos da qualidade de vida. Realizaram-se análises uni e multivariadas entre os escores obtidos no GHQ-28 e nas escalas do SF-36. **Resultados:** concluiu-se que a prevalência de depressão entre os pacientes de SF é de 32,9% para depressão leve, 21,4% para depressão moderada e 12,9% para depressão severa. A depressão mostrou-se responsável pela queda estatisticamente significativa dos escores de qualidade de vida, das seguintes escalas: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. **Conclusões:** a depressão pode influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, por aumentar a sensação de dor e incapacidade, tornar a adesão ao tratamento mais difícil e diminuir a qualidade das relações sociais. O paciente apresenta tendência ao isolamento e sentimentos de derrota e frustração. O aumento da idade mostrou-se responsável pela melhora da sensação dolorosa, da funcionalidade social, da vitalidade e da percepção da saúde em geral. O maior tempo diagnóstico mostrou-se associado à melhor percepção da saúde em geral.

Palavras-chave: fibromialgia, depressão, qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of depression and quality of life in patients with Fibromyalgia Syndrome (FS), as well as the relationship between both of them. **Methods:** Seventy patients with FS were selected in two public and six private rheumatology clinics in the city of Florianópolis, Brazil. General Health Questionnaire (GHQ-28) was used to screen depression, and another questionnaire, the Short Form Health Survey (SF-36), was used to measure quality of life. Analysis of variance and multivariate regression was used for statistical analysis. **Results:** Nearly two thirds of the patients with FS had some degree of depression: 32.9%, 21.4% and 12.9% of them had mild, moderate and severe depression, respectively. Depression was associated with lower scores on the following scales of quality of life: physical conditioning, physical functioning, pain, social functioning, mental health, emotion functioning and general health perception. Pain control, social functioning, vitality and general health perception improved with age. **Conclusions:** Depression was shown to be highly prevalent and to have a significant adverse effect on various aspects of quality of life among the patients with FS. It may also increase the sensation of pain, physical incapacity and social inadequacy due to the illness, thus making the treatment more difficult.

Keywords: fibromyalgia, depression, quality of life.

* Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. Recebido em 18/08/2004. Aprovado, após revisão, em 19/11/2004.

1. Fisioterapeuta, mestre em Saúde Pública pela UFSC, professora substituta do Departamento de Saúde Pública da UFSC.
2. Professor adjunto da UFSC. PhD em Saúde Pública pela Universidade de Londres.
3. Médico neurologista. Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina, SC, Brasil.

Endereço para correspondência: Dra. Joana de Souza Santos Berber. R. Fernando Ferreira de Mello, 368, ap. 302, CEP 88.085-260. Bom Abrigo, Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: berber@matrix.com.br

INTRODUÇÃO

A síndrome da fibromialgia (SF) é caracterizada pela ocorrência de dor difusa pelo corpo, pontos dolorosos à palpação e ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares⁽¹⁾. Existem algumas condições associadas à SF como síndrome do cólon irritável, disfunção da tireóide, endometriose e problemas psicológicos como depressão e ansiedade⁽²⁾. Em muitos países industrializados sua prevalência varia de 1% a 4% da população geral, sendo a segunda afecção reumatológica mais freqüente, superada apenas pela osteoartrite degenerativa⁽³⁾.

A SF pode variar desde sintomas leves até casos em que as dores, fadiga e depressão sejam tão intensas que impeçam o desempenho da atividade profissional e social. A incapacidade funcional dos doentes de SF reflete-se adversamente no desempenho ocupacional, dificultando a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas. Os sintomas da SF causam grande impacto no cotidiano e promovem a ruptura da rotina, cuja consequência tende a se manter ao longo do tempo, em razão da cronicidade da doença. Os impactos sociais desestabilizam as relações familiares, restringem o contato social e interferem nos hábitos e rotinas dos doentes, obrigando-os a esforços contínuos de adaptação à nova realidade⁽⁴⁾. Pacientes com SF apresentam pior qualidade de vida que pacientes com outras doenças crônicas, como artrite reumatóide, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e lúpus eritematoso sistêmico⁽⁵⁻⁹⁾.

Por ser uma doença de origem não determinada e cura incerta, a SF provoca sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. A prevalência de anormalidades psicológicas, particularmente a depressão, é elevada entre esses pacientes⁽¹⁰⁾, variando de 49% a 80%⁽¹¹⁻¹³⁾. A depressão pode iniciar ou perpetuar os sintomas da SF, provocar limitações funcionais importantes e, conseqüentemente, influenciar a qualidade de vida dos pacientes⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

O tema analisado neste estudo foi a prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com SF. No Brasil são escassas as publicações que tratam desse tema.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados 70 pacientes diagnosticados como portadores de SF que compareceram às consultas médicas em determinados serviços de saúde, na cidade de Florianópolis, no período de março a julho de 2003.

Dois estabelecimentos públicos e seis privados foram escolhidos para a realização da coleta. Os públicos foram o Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário e o Ambulatório de Reumatologia da Divisão de Assistência Médica da Secretaria Estadual de Saúde. Para representação dos pacientes do setor privado, seis consultórios de reumatologia da cidade foram selecionados.

O critério diagnóstico foi estabelecido com base nas características clínicas da síndrome (dor generalizada, que persiste por no mínimo três meses, fadiga, sono não restaurador, presença de *tender points*) e na exclusão de outras enfermidades reumáticas e endócrinas por exames clínicos e laboratoriais.

Por meio da ficha clínica dos pacientes foram coletadas variáveis sócio-demográficas, como sexo, idade, ocupação e escolaridade; e variáveis clínicas, como tempo de sintomatologia, tempo de diagnóstico e tratamento. Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36), elaborado para avaliar a qualidade de vida, validado no Brasil em 1997⁽¹⁷⁾. Seus resultados são mostrados em escores de 0 a 100, obtidos a partir de uma relação de quesitos compreendidos em oito escalas, abordando vários aspectos da qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

As escalas são as seguintes: condicionamento físico (*“physical functioning”*), funcionalidade física (*“role limitations due to physical health problems”*), ausência de dor (*“bodily pain”*), funcionalidade social (*“social functioning”*), saúde mental, incluindo estresse mental e bem-estar (*“General mental health, covering psychological distress and well being”*), funcionalidade emocional (*“role limitations due to emotional problems”*), fadiga versus vitalidade (*“vitality, energy versus fatigue”*), percepções quanto à saúde em geral (*“general health perceptions”*).

Para medir a prevalência de depressão foi utilizada uma versão curta com 28 questões do The General Health Questionnaire (GHQ-28), um instrumento de rastreamento para detectar desordens psiquiátricas. Esse instrumento pode identificar quatro formas de disfunção: depressão, ansiedade, hipocondria e incompatibilidade social⁽¹⁸⁾. O ponto de corte para detecção de algum problema mental para esta versão é 5. Além deste escore geral, o GHQ-28 fornece escores para cada uma de suas escalas, permitindo a identificação do tipo de disfunção emocional encontrada. Um estudo de validação desse questionário concluiu que os escores para pontos de corte mais fidedignos para depressão são 1, 2, e 3. O paciente limítrofe para depressão deverá atingir algum desses escores totais⁽¹⁹⁾.

A variável depressão foi comparada com cada escala de qualidade de vida, gráfica e estatisticamente. Também foi realizada a análise de variância das escalas de qualidade de vida em relação à faixa etária, ao tempo de dor corporal e de diagnóstico e à depressão. Uma análise de regressão múltipla foi realizada para identificar a importância da variável depressão na queda dos escores de qualidade de vida, em cada escala, usando como variáveis de controle a faixa etária, o tempo de dor, de diagnóstico e a percepção do indivíduo quanto à mudança no seu estado de saúde em relação ao ano anterior. Esse dado foi colhido através da segunda questão do SF-36.

RESULTADOS

O perfil sócio-demográfico da amostra encontra-se demonstrado na Tabela 1. Em relação ao sexo, 98% dos pacientes eram do sexo feminino e 2% do sexo masculino. Mais de 60% deles tinham entre 40 e 55 anos, 41,5% cursaram o primeiro grau e 48,5% eram donas de casa ou trabalhavam com serviços domésticos.

TABELA 1

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES COM SF

| Variável | Categoria | Quantidade de pacientes | % |
|--------------|---------------------|-------------------------|-------|
| Faixa etária | < 40 | 9 | 12,9% |
| | 40 - 55 | 46 | 65,7% |
| | > 55 | 15 | 21,4% |
| Sexo | Masc. | 2 | 2% |
| | Fem. | 68 | 98% |
| Escolaridade | Sem escolaridade | 2 | 2,9% |
| | 1º grau | 29 | 41,5% |
| | 2º grau | 25 | 35,7% |
| | 3º grau | 14 | 20% |
| Ocupação | Serviços domésticos | 34 | 48,5% |
| | Trabalhos manuais | 8 | 11,4% |
| | Administrativos | 12 | 17,1% |
| | Saúde | 2 | 2,9% |
| | Comerciários | 4 | 5,8% |
| | Outras | 10 | 14,3% |

O perfil clínico da amostra encontra-se representado na Tabela 2. Verificou-se que 40% dos pacientes da amostra sofriam de dor corporal há mais de dez anos, 48,6% receberam o diagnóstico de SF há menos de dois anos, mais de 80% tomavam antidepressivos e mais de 60% já haviam feito fisioterapia.

TABELA 2

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES COM SF

| Variável | Categoria | Quantidade de pacientes | % |
|----------------------|-----------------|-------------------------|-------|
| Tempo de dor | < 5 anos | 16 | 22,9% |
| | 5 - 10 anos | 26 | 37,1% |
| | > 10 anos | 28 | 40% |
| Tempo de diagnóstico | < 2 anos | 34 | 48,6% |
| | 2 - 5 anos | 18 | 25,7% |
| | > 5 anos | 18 | 25,7% |
| Medicação | Antidepressivos | 59 | 84,2% |
| | AF, AN, RM (*) | 8 | 11,4% |
| | Nenhuma | 3 | 4,3% |
| Terapia complementar | Fisioterapia | 43 | 61,5% |
| | Acupuntura | 11 | 15,7% |
| | Nenhuma | 10 | 14,3% |
| | Massagem | 3 | 4,3% |
| | Exercícios | 3 | 4,3% |

(*) AF = antiinflamatório; NA = analgésico; RM = relaxante muscular

Verificou-se que aproximadamente dois terços da amostra apresentaram algum grau de depressão (Tabela 3).

Nota-se que, comparada à da população sadia, a qualidade de vida dos pacientes da amostra está prejudicada, principalmente nas escalas de funcionalidade física, ausência de dor e de funcionalidade emocional (Tabela 4).

TABELA 3

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO ENTRE OS PACIENTES COM SF(*)

| Depressão (escore) | Número | Frequência |
|--------------------|--------|------------|
| Nenhuma (0) | 23 | 32,9% |
| Leve (1 - 2) | 23 | 32,9% |
| Moderada (3 - 4) | 15 | 21,4% |
| Severa (5 - 6) | 9 | 12,9% |
| Total | 70 | 100% |

(*) Os números entre parênteses representam os escores obtidos no General Health Questionnaire

TABELA 4
QUALIDADE DE VIDA (8 ESCALAS) DOS PACIENTES COM SF

| Escola | Média | DP | Min. | Máx. | Média população sadia ⁽²²⁾ |
|--------------------------|--------|--------|------|------|---------------------------------------|
| Condicionamento físico | 53,357 | 22,095 | 5 | 100 | 70,6 |
| Funcionalidade física | 30,714 | 37,390 | 0 | 100 | 53 |
| Ausência de dor | 29,571 | 22,873 | 0 | 100 | 70,8 |
| Funcionalidade social | 53,786 | 27,438 | 0 | 100 | 78,8 |
| Estado mental | 54,171 | 11,848 | 20 | 88 | 70,4 |
| Funcionalidade emocional | 38,571 | 42,330 | 0 | 100 | 65,8 |
| Vitalidade | 57,286 | 15,004 | 20 | 90 | 52,2 |
| Percepção da saúde geral | 52,843 | 14,759 | 15 | 86 | 57 |

A depressão piora consideravelmente o condicionamento físico, a funcionalidade física, a dor, a funcionalidade social e a funcionalidade emocional. A saúde mental também mostra-se um pouco pior na presença da depressão. A per-

cepção da saúde em geral piora acentuadamente nos graus mais elevados de depressão. Já a vitalidade mostrou pouca alteração, piorando apenas no mais alto grau de depressão (Figuras 1-8).

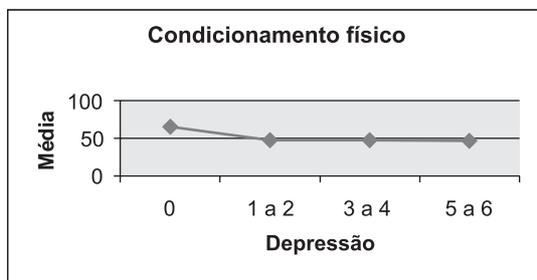


FIGURA 1 – Relação entre o condicionamento físico *versus* os escores de depressão

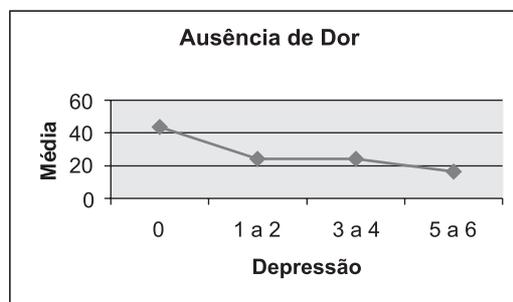


FIGURA 3 – Relação entre a ausência de dor *versus* os escores de depressão

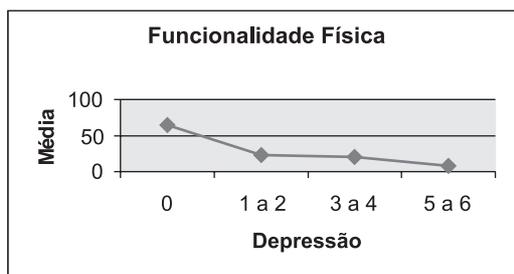


FIGURA 2 – Relação entre a funcionalidade física *versus* os escores de depressão

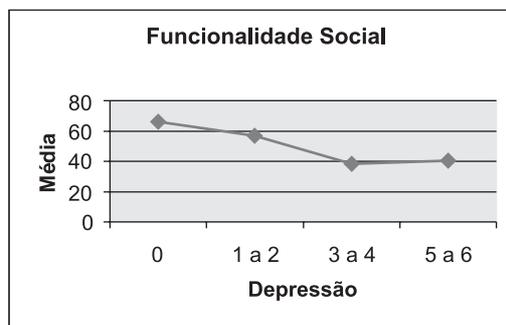


FIGURA 4 – Relação entre a Funcionalidade social *versus* os escores de depressão

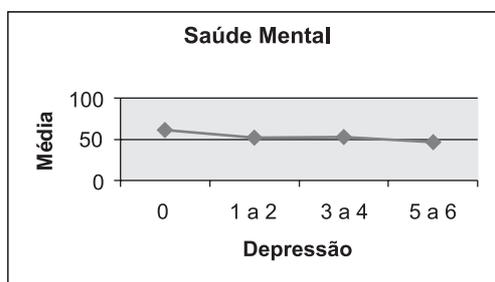


FIGURA 5 – Relação entre a saúde mental e os escores de depressão

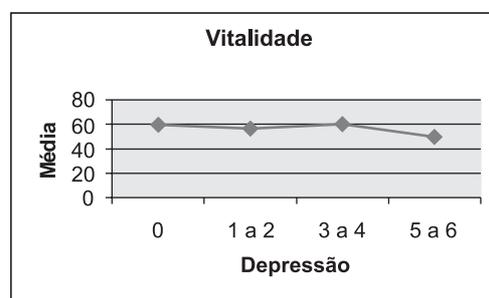


FIGURA 7 – Relação entre a vitalidade *versus* os escores de depressão

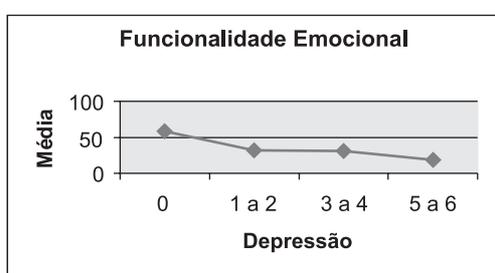


FIGURA 6 – Relação entre a funcionalidade emocional *versus* os escores de depressão

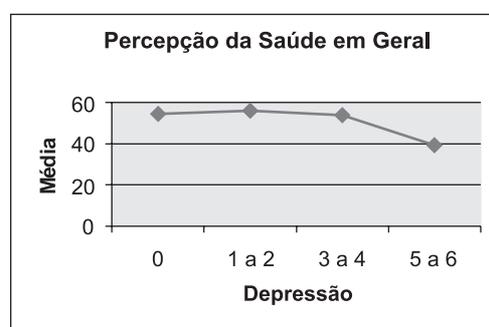


FIGURA 8 – Relação entre a percepção da saúde *versus* os escores de depressão

Na análise de variância, a depressão mostrou-se significativamente relacionada ($p < 0,05$) à queda dos escores das seguintes escalas de qualidade de vida: condicionamento físico, funcionalidade física, dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

A idade também foi responsável por mudanças nos escores de qualidade de vida. Mostrou-se significativa ($p < 0,05$) na piora do condicionamento físico e na melhora da dor e da funcionalidade social.

Na análise de regressão múltipla, a presença de depressão está negativamente relacionada a baixos escores em cinco aspectos da qualidade de vida: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, saúde mental e funcionalidade emocional, mesmo controlando-se por idade, tempo de dor, tempo de diagnóstico e a percepção da mudança na saúde após um ano. A depressão também está associada a uma pior percepção da mudança na saúde após um ano, medida pela segunda questão do questionário de qualidade de vida, SF-36. Uma melhor percepção da saúde em geral está associada a um maior tempo de diagnóstico. O aumento da idade está associado a uma melhor percepção da dor,

melhor funcionalidade social, maior vitalidade e uma melhor percepção da saúde em geral (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram uma correlação entre a queda de alguns aspectos da qualidade de vida, como condicionamento físico, funcionalidade física, funcionalidade social e emocional, saúde mental, dor e a percepção da saúde em geral, e a depressão em pacientes com SF.

Aproximadamente dois terços da amostra apresentaram algum grau de depressão. Este resultado está de acordo com outros estudos, onde a prevalência da depressão em pacientes com SF varia de 49% a 80%^(4,7,11,18,20).

A queda nos escores de qualidade de vida, observada neste estudo, já foi encontrada em outros trabalhos que utilizaram o mesmo instrumento para medir esta variável em pacientes com SF. Estes têm escores significativamente piores que pacientes de artrite reumatóide e síndrome de Sjögren. Em pacientes brasileiras, comparando-as com controles normais, houve redução significativa dos escores em todas as escalas. Mulheres israelitas com SF apresentaram

TABELA 5
ANÁLISE DE REGRESSÃO MÚLTIPLA DAS VARIÁVEIS QUE MEDEM QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM SF

| VARIÁVEIS INDEPENDENTES | VARIÁVEIS DEPENDENTES (escalas de SF-36) | | | | | | | | |
|-------------------------|--|------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------------------|
| | | Condicionamento físico | Funcionalidade física | Dor | Funcionalidade social | Funcionalidade emocional | Saúde mental | Vitalidade | Percepção da saúde geral |
| Idade | CR | -0,519 | 0,518 | 0,871 | 0,898 | 0,051 | 0,596 | 0,51 | 0,419 |
| | (EP) | (0,0289) | (0,468) | (0,267) | (0,330) | (0,155) | (0,556) | (0,197) | (0,184) |
| | p | 0,077 | 0,271 | 0,001 | 0,008 | 0,741 | 0,287 | 0,011 | 0,026 |
| Tempo de dor | CR | 0,025 | -0,005 | -0,04 | -0,038 | -0,009 | 0,038 | -0,006 | -0,03 |
| | (EP) | (0,033) | (0,053) | (0,030) | (0,037) | (0,017) | (0,063) | (0,022) | (0,021) |
| | p | 0,44 | 0,913 | 0,187 | 0,311 | 0,582 | 0,548 | 0,769 | 0,152 |
| Tempo de diagnóstico | CR | 0,01 | 0,043 | -0,018 | 0,006 | 0,004 | 0,008 | 0,0007 | 0,04 |
| | (EP) | (0,025) | (0,041) | (0,023) | (0,029) | (0,013) | (0,049) | (0,017) | (0,016) |
| | p | 0,693 | 0,299 | 0,43 | 0,819 | 0,729 | 0,962 | 0,964 | 0,016 |
| Depressão | CR | -1,797 | -7,097 | -3,223 | -4,41 | -1,927 | -6,436 | -0,559 | -1,265 |
| | (EP) | (1,445) | (2,34) | (1,337) | (1,653) | (0,777) | (2,783) | (0,985) | (0,921) |
| | p | 0,218 | 0,003 | 0,018 | 0,009 | 0,015 | 0,024 | 0,572 | 0,174 |
| 2ª questão do SF 36 | CR | -3,817 | -4,380 | -5,016 | -5,118 | -0,793 | -1,499 | -1,514 | -2,812 |
| | (EP) | (2,458) | (3,981) | (2,274) | (2,812) | (1,321) | (4,734) | (1,676) | (1,566) |
| | p | 0,125 | 0,275 | 0,031 | 0,073 | 0,55 | 0,752 | 0,369 | 0,077 |

CR = coeficiente de regressão; EP = erro padrão; p = valor p

os piores escores, principalmente quanto à funcionalidade emocional e saúde mental, em relação a controles saudáveis. Os escores de pacientes com SF foram significativamente mais baixos do que os alcançados por pacientes de lúpus. Pacientes com SF atingiram escores mais baixos nas escalas dor e vitalidade, entre pacientes com outras doenças crônicas^(6,9,21-23).

Observou-se que sete escalas do SF-36 tiveram a queda de seus escores significativamente relacionada à depressão: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. Na análise multivariada, controlando-se para idade, tempo de dor e diagnóstico e a percepção da mudança na saúde no último ano, a depressão mostrou-se responsável pela queda nos escores em cinco escalas: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social e emocional e saúde mental.

Os distúrbios depressivos complicam o curso de qualquer doença através de uma variedade de mecanismos possíveis: aumentando a sensação de dor, impossibilitando a adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando

os sistemas humoral e imunológico. Pacientes com doenças crônicas que estão depressivos mostram maior incapacidade que aqueles não depressivos⁽²⁴⁾.

A depressão está freqüentemente associada a reduções importantes na qualidade de vida, incluindo uma funcionalidade social prejudicada. Neste estudo, observou-se queda dos escores nas escalas que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a vida nos pacientes depressivos. Quanto mais severa a depressão, pior a qualidade de vida⁽²⁵⁾.

Um estudo que também utilizou o SF-36 para medir a qualidade de vida em pacientes depressivos, chegou às seguintes conclusões: os indivíduos depressivos diferiram do grupo não depressivo em todas as escalas e não houve diferença significativa entre os pacientes com diferentes graus de depressão⁽¹⁶⁾.

Pacientes deprimidos que se apresentam num ambulatório tendem a demonstrar pior qualidade de vida que outros pacientes com outras doenças como hipertensão, diabetes, artrite e doença cardíaca. O estudo desses autores analisou os efeitos do humor e da idade na qualidade de

vida de pacientes deprimidos. A maioria dos pacientes mostrou deficits no relacionamento com os outros e consigo mesmo e na execução de atividades cotidianas⁽²⁶⁾.

A pobre funcionalidade associada a sintomas depressivos, com ou sem um diagnóstico de desordem depressiva, é equivalente ou pior do que a perda funcional causada por outros graves problemas de saúde, como diabetes, doenças cardíacas, gastrintestinais, dores nas costas e artrite⁽²⁴⁾.

Foi encontrada uma associação negativa significativa entre dor e depressão. Outros estudos também mostraram que pacientes com dor crônica e depressão apresentam altos níveis de incapacidade física^(27, 28). Em análises longitudinais, dor e depressão mostram-se fortemente associadas, e esta relação não está somente mediada pela incapacidade física⁽²⁹⁾.

Associação negativa entre dor e aumento da idade foi encontrada. Estudos relatam não haver diferenças na intensidade da dor em pacientes de dor crônica e idades diferentes⁽³⁰⁾. Existe alguma evidência de que a queixa de dor na presença de uma patologia é menor em pessoas mais velhas⁽³¹⁾. Em pacientes com SF, a idade avançada predispõe a um melhor prognóstico⁽³²⁾.

A depressão piora a funcionalidade social e emocional. Pacientes depressivos têm tendência ao isolamento, a sentimentos de derrota e frustração, o que dificulta o seu relacionamento com outros indivíduos e o perturba emocionalmente⁽³³⁾. Fatores psicossociais têm papel significativo na etiologia e evolução da SF. Estes incluem fatores comportamentais como comportamentos de risco e má adaptação das estratégias de enfrentamento; fatores cognitivos como vitimização e perda do autocontrole; e fatores sociais como interferências na função do indivíduo na sociedade. Isto pode ser entendido pelos problemas originados pela dor crônica, presente na SF, como perda do emprego, restrições financeiras e distanciamento dos amigos. Como as estratégias de enfrentamento do paciente estão prejudicadas, ele tende a evitar amizades, responsabilidades financeiras e até atividade física. Esta cadeia de eventos culmina com a piora dos sintomas depressivos, gerando um círculo vicioso⁽³⁴⁾.

A existência de uma relação positiva entre o aumento da idade, funcionalidade social e percepção da saúde em geral foi constatada. Outros estudos também demonstraram que, em pacientes deprimidos, o aumento da idade está significativamente relacionado com o melhor convívio com os outros e com a melhor impressão de si mesmo⁽²⁶⁾.

Foi constatada pior percepção da saúde em geral associada à presença de depressão. Indivíduos depressivos relatam

que a depressão traz mais sofrimento que qualquer outro problema de saúde que já lhes acometera⁽³⁵⁾.

Uma relação positiva entre vitalidade e o aumento da idade foi encontrada neste estudo. Também foi relatada uma melhor percepção da saúde em geral com o aumento da faixa etária. Pacientes depressivos com mais idade têm um melhor relacionamento consigo mesmo e com os outros. Já que com o aumento da idade melhoram a percepção da saúde em geral e o relacionamento consigo mesmo, o indivíduo tende a sentir-se bem, com mais energia e, conseqüentemente, com mais vitalidade⁽²⁶⁾.

Neste estudo, foi observada a associação entre depressão e piora da saúde no último ano, na concepção dos pacientes. A percepção negativa da saúde e a exacerbação dos sintomas de qualquer doença crônica associada à depressão justificam este achado⁽³⁵⁾.

A existência de uma relação positiva entre o maior tempo de diagnóstico e a melhor percepção da saúde em geral foi constatada. Pode-se supor que o paciente que convive com a doença há mais tempo tenha desenvolvido estratégias de enfrentamento mais adequadas. Além disso, pacientes com diagnóstico mais antigo já podem estar passando por um período de sintomatologia menos intenso.

CONCLUSÃO

A SF é uma síndrome de dor crônica, apresentando uma série de outros sintomas, como fadiga, perturbações do sono e síndrome do cólon irritável. Os sintomas e a cronicidade dessa enfermidade causam prejuízo à qualidade de vida do indivíduo.

Freqüentemente a SF está associada à depressão e esta é responsável por uma queda ainda maior na qualidade de vida do paciente. As características da depressão, como fadiga, sentimentos de culpa, baixa auto-estima e vitimização, provocam a exacerbação dos sintomas e prejudicam as estratégias de enfrentamento do paciente diante da doença.

Neste estudo, buscou-se descrever a relação entre a prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida nos pacientes com SF.

A prevalência de depressão encontrada foi alta, aproximadamente em dois terços da amostra. Esta se mostrou associada à queda na qualidade de vida nos seguintes aspectos: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

REFERÊNCIAS

1. Winfield J: Pain in Fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 1: 55-79, 1999.
2. Chaitow L: Síndrome da Fibromialgia. Ed. Manole: São Paulo, 2002.
3. Clauw DJ Ruddy: *Kelley's Textbook of Rheumatology*, 6th ed. W. B. Saunders Company: Philadelphia, 2001.
4. Teixeira J, Figueiró JAB: Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.
5. Kaplan RM: Quality of Well Being in Patients with Fibromyalgia. *Journal of Rheumatology* 27: 785-9, 2000.
6. Neumann L: Measuring Health Status in Israeli Patients with Fibromyalgia Syndrome and Widespread pain and healthy individuals: utility of the SF-36. *Seminaries of Arthritis and Rheumatism* 6: 400-8, 2000.
7. Da Costa PL, Dobkin M, Fitzcharles MA: The Relationship Between Exercise Participation and Depressed Mood in Women with Fibromyalgia. *Psychology, Health and Medicine* 6: 301-11, 2001.
8. Martinez J, Ferraz MB, Atra E, Sato EI: Fibromyalgia Versus Rheumatoid Arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *Journal of Rheumatology* 2: 270-4, 1995.
9. Martinez JE: Avaliação da qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia através do "Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study". *Revista Brasileira de Reumatologia* 11: 312-6, 1999.
10. Payne TC, Leavitt F, Garron DC, et al: Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis and Rheumatism*, 25: 213-7, 1982.
11. Ercolani M, Trombini G, Chatat R, et al: Fibromyalgia Syndrome: depression and abnormal illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatic* 61: 178-86, 1994.
12. Martinez J, Ferraz MB, Fontana AM, Atra E: Psychological Aspects of Brazilian Women with Fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research* 39: 167-73, 1995.
13. Hudson J: The Relationship Between Fibromyalgia and Major Depressive Disorder. *Rheumatic Diseases Clinics of North America* 22: 285-93, 1996.
14. Yunus MB: Psychological Aspects of Fibromyalgia Syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillière's Clinical Rheumatology* 8: 811-37, 1994.
15. Okifuji A: Evaluation of the Relationship Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology* 27:212-9, 2000.
16. Kashikar-Zuck S, Vaught M, Goldschneider KR, Graham TB, M 1995, JC, et al: Depression, Coping and Functional Disability in Juvenile Primary Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Pain* 3: 412-19, 2002.
17. Ciconelli RM: Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcome study 36-item short-form health survey (SF-36)". Tese de doutorado da Universidade Federal de São Paulo, 1997.
18. McDowell I, Newell C: *Measuring Health*. Oxford University Press: New York, 1996.
19. Aylard PR: A Validation Study of Three Anxiety and Depression Self-Assessment Scales. *Journal of Psychosomatic* 31: 261-8, 1987.
20. Becker N, Thomsem AB, Olsen AK, et al: Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 73: 393-400, 1997.
21. Strombeck B: Health Related Quality of Life in Primary Sjorden's Syndrome, Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia Compared to Normal Population Data Using SF-36. *Scand. Journal of Rheumatology* 29: 20-8, 2000.
22. Da Costa P: Determinants of Health Status in Fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology* 27: 365-72, 2000.
23. Schlenk EA, Erlen EA, Mc Dowell J, et al: Health Related Quality of Life in Chronic Disorders: a comparison across studies using the SF-36. *Quality of Life Research* 7: 57-65, 1998.
24. Jacobson JL, Jacobson AM: *Psychiatric Secrets*. Hanley e Belfus: Philadelphia, 2001, 2 ed.
25. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H: Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders* 71: 121-30, 2002.
26. McCall WV, Cohen W, Rebousin B, Lawton P: Effects of mood and age on quality of life in depressive patients. *Journal of affective disorders* 55: 107-14, 1999.
27. Wilson KG: Major depression and insomnia in chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 18: 77-83, 2002.
28. Geisser ME: Negative affect, self-report of depressive symptoms and clinical depression: relation to the experience of chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 110-20, 2000.
29. Geerlings SW: Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Social Psychiatry and Epidemiology* 37: 23-30, 2002.
30. Gibson SJ, Helme RD: Age-related differences in pain perception and report. *Clinics in Geriatric Medicine* 17, 2001.
31. Gibson SJ: Pain in older persons. *Disability and Rehabilitation* 16: 127-39, 1994.
32. Wigers SH: Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptoms duration, physical activity, disability pension, and critical events – a 4,5 year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 41: 235-43, 1996.
33. Pizzorno JE, Murray MT: *Textbook of Natural Medicine*. Churchill Livingstone: Orlando, 1999, 2 ed.
34. Rudy S, Harris ED, Sledge CB: *Kelley's textbook of rheumatology*. Saunders Company: Philadelphia, 2001 6 ed.
35. Noble J, Greene HL, Levinson W, et al: *Textbook of Primary Care Medicine*. Mosby: Philadelphia, 2001 3rd ed.