

Barros dos Santos, Emanuella; Quintans Junior, Lucindo José; Porto Fraga, Byanka; Caetano Macieira, José;
Rigoldi Bonjardim, Leonardo
Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 46, núm. 3, junio, 2012, pp. 590-596
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033317008>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos

AN EVALUATION OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN FIBROMYALGIA

EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN FIBROMIÁLGICOS

Emanuella Barros dos Santos¹, Lucindo José Quintans Junior², Byanka Porto Fraga³, José Caetano Macieira⁴, Leonardo Rigoldi Bonjardim⁵

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar a frequência de sintomas ansiosos e depressivos verificando a associação entre a ansiedade-traço, sintomas atuais de depressão e ansiedade nos fibromiálgicos. Foram entrevistados 60 sujeitos com diagnóstico de fibromialgia no Ambulatório de Reumatologia da Universidade Federal de Sergipe, entre agosto de 2007 a março de 2008, sendo aplicados dois questionários: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-T). A frequência de sintomas depressivos e ansiosos foi, respectivamente, de 50% e 86% para os fibromiálgicos e a média do escore do traço ansioso foi de 59,38. Detectou-se associação entre a ansiedade-traço e estado. A ansiedade e a depressão foram sintomas frequentes nos pacientes com fibromialgia. Entretanto, a ansiedade revelou-se um sintoma secundário mais frequente que a depressão, apresentando-se uma forma mais grave, sendo uma comorbidade que deve ser melhor valorizada e estudada.

DESCRIPTORES

Fibromialgia
Ansiedade
Depressão
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the frequency of anxiety and depression symptoms by verifying the association between anxiety traits, current depression and anxiety symptoms in fibromyalgia patients. Interviews were performed with 60 subjects diagnosed with fibromyalgia at the Rheumatology Outpatient Clinic at Universidade Federal de Sergipe between August 2007 and March 2008, in which two questionnaires were administered: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The frequency of anxiety and depression symptoms was, respectively, 50% and 86% for individuals with fibromyalgia, and the mean trait-anxiety score was 59.38. An association was observed between trait and state anxiety. Anxiety and depression were frequent symptoms among patients with fibromyalgia. However, anxiety appeared as a secondary symptom to depression, appearing in a more severe form, and, therefore, this comorbidity should be more valued and studied.

DESCRIPTORS

Fibromyalgia
Anxiety
Depression
Nursing care

RESUMEN

Se objetivó identificar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión y verificar la asociación entre ansiedad-rasgo y síntomas actuales de depresión y ansiedad en fibromiálgicos. Fueron entrevistados 60 sujetos con diagnóstico de fibromialgia en Ambulatorio de Reumatología de Universidad Federal de Sergipe, de agosto 2007 a marzo 2008. Se aplicaron dos cuestionarios: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD) e Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDATE-T). La frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos fue, respectivamente, 50% y 86% para los fibromiálgicos y el promedio de puntaje del rasgo ansioso fue de 59,38. Se observó asociación entre ansiedad-rasgo y estado. La ansiedad y la depresión fueron síntomas frecuentes en pacientes con fibromialgia. Entretanto, la ansiedad fue un síntoma secundario más frecuente que la depresión y se presentó de forma más grave, resultando una comorbilidad que necesita ser más valorizada y estudiada.

DESCRIPTORES

Fibromialgia
Ansiedad
Depresión
Atención de enfermería

¹ Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. lelbarros@usp.com.br
² Farmacêutico. Doutor em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba. Professor Adjunto do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. lucindo_jr@yahoo.com.br
³ Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Professora da Faculdade de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. byaporto@hotmail.com
⁴ Médico Reumatologista. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Professor de Reumatologia do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. caetanomacieiras@terra.com.br
⁵ Dentista. Doutor em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas. Professor Adjunto do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. lbonjardim@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome reumática, de etiologia desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica. É definida, segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (CAR), como dor difusa por pelo menos 3 meses, além da presença de sensibilidade em 11 ou mais dos 18 pontos dolorosos à digito palpação, denominados *tender points*⁽¹⁾.

A fibromialgia ocorre, predominantemente, em mulheres com idade entre 40 e 55 anos⁽¹⁾. Sua prevalência, em muitos países industrializados, varia de 1% a 4% na população geral, sendo o segundo distúrbio reumatológico mais comum, superado apenas pela osteoartrite⁽²⁾.

A associação da fibromialgia com outras síndromes de natureza funcional é constante. A fibromialgia pode se apresentar isoladamente ou associada a outras síndromes, como cefaléia crônica, disfunção da tireoide, síndrome do cólon irritável, depressão e ansiedade⁽¹⁾.

A dor crônica aumenta o risco de comorbidade como transtorno de ansiedade e depressão⁽³⁾, havendo também um aumento na frequência de sintomas ansiosos e depressivos nessa população. Estudos apontam uma forte relação da fibromialgia com a ansiedade e depressão⁽⁴⁻⁶⁾, sendo estas comorbidades reportadas por um terço dos pacientes⁽⁵⁾.

A ansiedade é considerada um sintoma secundário comum e, frequentemente, severo nos casos de fibromialgia⁽⁵⁾. A prevalência desses sintomas entre os fibromiálgicos varia entre 13% e 71%⁽⁷⁻⁹⁾. Os sintomas ansiosos podem comprometer o curso da doença. A presença da ansiedade em pacientes com fibromialgia está relacionada a um maior número de sintomas físicos e maior intensidade da dor⁽¹⁰⁾, aumentando, dessa forma, a severidade da doença.

A depressão apresenta-se de forma semelhante à ansiedade na fibromialgia. Pacientes com fibromialgia apresentam uma maior prevalência de sintomas depressivos, quando comparados a grupos de pacientes com doenças reumáticas inflamatórias e não inflamatórias⁽¹¹⁻¹²⁾. A taxa de prevalência de sintomas depressivos varia entre 20% e 80% em fibromiálgicos⁽⁷⁻⁹⁾.

Assim como a ansiedade, a depressão também interfere na apresentação da doença. Há uma correlação entre a piora do condicionamento físico, funcionalidade social e emocional, dor e percepção da saúde em geral, e os níveis de depressão em pacientes com fibromialgia⁽¹³⁾.

Apesar de existirem muitos estudos no cenário internacional sobre a frequência de sintomas ansiosos e depressivos entre os pacientes com fibromialgia, as dife-

renças sócio-culturais e assistenciais entre as populações fazem com que haja uma variação da frequência desses sintomas entre elas, tornando-se necessário o desenvolvimento do estudo no Brasil. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo identificar a frequência de sintomas ansiosos e depressivos e verificar a associação entre a ansiedade-traço e sintomas atuais de depressão e ansiedade nos fibromiálgicos.

METÓDO

Trata-se de um estudo exploratório e transversal, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi constituída por 124 sujeitos com diagnóstico de fibromialgia que realizavam acompanhamento no Ambulatório de Reumatologia da Universidade Federal de Sergipe-UFS (Aracaju, SE, Brasil). Desses, foram entrevistados 60 sujeitos que compareceram à consulta mensal no período de agosto/2007 a março/2008 no ambulatório de reumatologia. Para serem selecionados, os sujeitos deveriam ser maiores de 18 anos e preencher aos critérios de diagnóstico de fibromialgia, segundo o Colégio Americano de Reumatologia⁽¹⁾ e determinado por médico reumatologista. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFS (nº 0045.0.107.000/2007) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Após assinatura do termo livre e esclarecido, foi aplicado o instrumento de pesquisa, sob a forma de entrevista pela pesquisadora.

O instrumento de pesquisa foi constituído de duas seções. A primeira seção foi representada pelos dados sócio-demográficos (sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade) e pela percepção da saúde em geral (categorizada em precária, razoável, boa, muito boa, excelente), medidas empregando um questionário padronizado. Já a segunda seção referiu-se à avaliação dos sintomas depressivos e ansiosos por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) e da ansiedade-traço através Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), traduzida e validada no Brasil⁽¹⁴⁾, foi utilizada, neste estudo, para verificar os sintomas de ansiedade e depressão na amostra. Esta escala consiste em um instrumento de auto-preenchimento, contendo 14 questões de múltipla escolha, composta de duas sub-escalas intercaladas: uma para ansiedade-estado (7 questões) e outra para depressão-estado (7 questões). Os escores da EHAD variam de 0 a 21 pontos, sendo que os sujeitos com escores < 7 são considerados sem sintomas clínicos significativos para ansiedade e/ou depressão, escores ≥ 8 e ≤ 10 com sintomas leves, escores ≥ 11 e ≤ 14 com

Há uma correlação entre a piora do condicionamento físico, funcionalidade social e emocional, dor e percepção da saúde em geral, e os níveis de depressão em pacientes com fibromialgia.

sintomas moderados e escores ≥ 15 e ≤ 21 com sintomas graves de ansiedade e/ou depressão.

Já o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), traduzido e validado no Brasil⁽¹⁵⁾, foi utilizado para verificar o traço de ansiedade dos pacientes com fibromialgia. Este instrumento é constituído de 40 afirmações, divididas em duas sub-escalas. A primeira avalia a ansiedade-estado (20 questões) e refere-se a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo. Já a segunda sub-escala avalia a ansiedade-traço (20 questões) e refere-se a uma disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência de perceber um maior número de situações como ameaçadoras. Ainda avalia a tendência do sujeito a responder de forma ansiosa às situações da vida (ansiedade-traço). Neste estudo, optou-se por utilizar somente sub-escala de ansiedade-traço, uma vez que a EHAD já avalia a ansiedade-estado. A sub-escala para ansiedade-traço consiste em 20 afirmações descritivas de sentimentos pessoais, com escore total variando entre 20 e 80 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam maiores níveis de ansiedade.

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha, empregando-se a técnica de validação por dupla entrada no aplicativo MS Excel XP. Em seguida, os dados foram importados para o aplicativo SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows versão 15.0. A estatística descritiva foi utilizada para todas as variáveis, incluindo a medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis quantitativas. A possível correlação entre os escores do IDATE e EHAD foi analisada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson, sendo o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dentre os 60 sujeitos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (87%), com uma média de idade (mínimo e máximo) de $49,2 \pm 13,8$ (18 a 82) anos, com predomínio do nível de escolaridade fundamental (67%) e estado civil casado (60%). Os dados sociodemográficos e a percepção do estado de saúde estão descritos na Tabela 1.

Na Tabela 2, está apresentada a frequência dos sintomas depressivos e ansiosos. Observa-se que 50% dos pacientes com fibromialgia apresentam sintomas depressivos, sendo 33% com sintomas depressivos de moderado a grave. Em contrapartida, 88% dos fibromiálgicos apresentaram sintomas de ansiedade, sendo 43% com sintomas graves.

Tabela 1 – Distribuição dos fibromiálgicos segundo as características sócio-demográficas e percepção do estado geral de saúde – Ambulatório de Reumatologia, Universidade Federal de Sergipe – Aracaju, SE – 2007/2008

Variável	N (%)
Faixa Etária	
< 42	15 (25%)
42 — 57	32 (53%)
> 57	13 (22%)
Sexo	
Masculino	8 (13%)
Feminino	52 (87%)
Escolaridade	
Analfabeto	3 (5%)
Ensino Fundamental	40 (67%)
Ensino Médio	15 (25%)
Ensino Superior	2 (3%)
Estado Civil	
Solteiro	13 (22%)
Casado	36 (60%)
Separado	5 (8%)
Viúvo	6 (10%)
Percepção da saúde	
Precária	20 (33%)
Razoável	30 (50%)
Boa	7 (12%)
Muito Boa	3 (5%)
Excelente	-

Nota: agosto de 2007 a março de 2008

Tabela 2 - Distribuição dos fibromiálgicos segundo os sintomas depressivos e ansiosos – Ambulatório de Reumatologia, Universidade Federal de Sergipe – Aracaju, SE – 2007/2008

Escore das Escalas	N (%)
Depressão (EHAD)	
< 7	30 (50%)
≥ 8 e ≤ 10	10 (17%)
≥ 11 e ≤ 14	15 (25%)
≥ 15 e ≤ 21	5 (8%)
Ansiedade (EHAD)	
< 7	7 (12%)
≥ 8 e ≤ 10	7 (12%)
≥ 11 e ≤ 14	20 (33%)
≥ 15 e ≤ 21	26 (43%)

Nota: agosto de 2007 a março de 2008

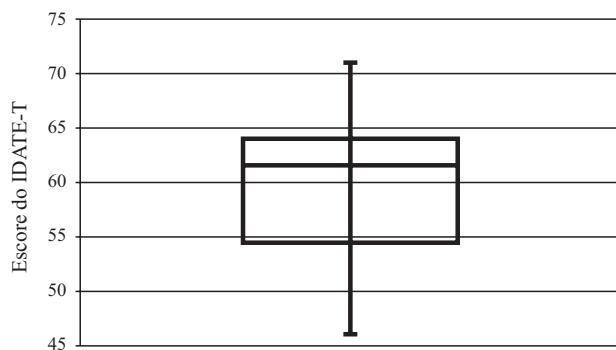


Figura 1 – Boxplot do escore da ansiedade-traço (IDATE-T) dos fibromiálgicos – Ambulatório de Reumatologia, Universidade Federal de Sergipe – Aracaju, SE – 2007/2008

Em relação ao IDATE-Traço, na Figura 1 está representada a distribuição dos seus valores. O escore da ansiedade-traço da amostra variou entre 46 e 71, tendo uma média de 59,38 e desvio padrão de 6,58. Mais de 75% dos fibromiálgicos obtiveram escores maiores que 60, demonstrando um alto nível de ansiedade-traço.

No que se refere às correlações entre os escores IDATE-Traço e EHAD, a depressão-estado apresentou uma correlação positiva com a ansiedade-traço, porém não significativa ($r = 0,11$ e $p = 0,39$). Já para a ansiedade-estado, a correlação com a ansiedade-traço foi positiva e moderada ($r = 0,48$ e $p = 0,0009$), sugerindo que o perfil ansioso está associado a altos níveis de ansiedade.

DISCUSSÃO

A ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão é comumente observado em pacientes com dor crônica⁽³⁾. Desta feita, é sugerido que pacientes com fibromialgia apresentem aspectos psicológicos similares aos pacientes com dor crônica.

A prevalência de anormalidades psicológicas, particularmente a depressão, é elevada entre os pacientes com fibromialgia^(7,16). As taxas de prevalência da depressão variam entre 20% e 80%⁽⁷⁻⁹⁾. No presente estudo, 50% dos fibromiálgicos apresentavam sintomas depressivos, diferindo dos achados do estudo⁽⁹⁾ que, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) como instrumento de avaliação da depressão, encontrou sintomas depressivos em 35,96%⁽⁹⁾ dos pacientes com fibromialgia. Em estudos realizados em Salvador (Brasil)⁽¹⁷⁾ e no México⁽¹¹⁾, as frequências dos sintomas depressivos também divergem do presente estudo, sendo, respectivamente, 39,2% e 78,38%. Em contrapartida, nossos achados corroboram com o estudo⁽⁸⁾, que utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) como instrumento de avaliação da depressão, verificaram que 30% dos fibromiálgicos apresentavam sintomas depressivos de moderado a grave.

A grande variação nas taxas de prevalência da depressão observada entre os estudos pode ser explicada pelos

diferentes métodos utilizados para sua avaliação (escala de escores de gravidade, escala de auto-avaliação, auto-relato, escalas de diagnóstico), diferentes definições adotadas para depressão e o viés de amostragem (pacientes em uso de antidepressivos), ou, ainda, pode ser devido à combinação de todos esses fatores.

Apesar da divergência entre os estudos, a prevalência de sintomas depressivos em fibromiálgicos é, de fato, alta e torna-se, ainda mais, preocupante quando a comparamos com a da população geral. Pesquisadores⁽¹⁸⁾, em um estudo de base populacional realizado no Brasil, encontraram uma prevalência de 29,4% para sintomas depressivos em adultos da região sul do país. Essa prevalência é inferior a todas encontradas em estudos com fibromiálgicos^(8-9,11,17), sugerindo que pacientes com fibromialgia apresentam-se com mais sintomas depressivos que a população geral. Apesar de, no presente estudo, não ter sido avaliado o diagnóstico de depressão, mas a presença de sintomas depressivos, isso não o torna de menor importância clínica, uma vez que o limite entre a depressão clínica e flutuações normais no humor não é claro. Assim, indivíduos podem apresentar síndromes depressivas que não preenchem os critérios diagnósticos de depressão, mas nem por isso os sintomas depressivos apresentados deixam de ser incapacitantes.

A relação entre a fibromialgia e a depressão já foi comprovada por vários estudos.⁽⁴⁻⁶⁾ Essa relação pode ser explicada pela relação entre a depressão e a dor, uma vez que a síndrome fibromiálgica é caracterizada pela presença obrigatória de dor difusa e crônica. Existem, pelo menos, três vertentes teóricas para explicar a relação entre a dor e a depressão: 1. Dor provoca depressão, devido às consequências estressantes causadas por ela; 2. Depressão e dor partilham as mesmas raízes patofisiológicas; 3. Depressão provoca dor, devido ao aumento da sensibilidade dolorosa⁽¹⁹⁾.

Adicionalmente, os sintomas da fibromialgia, como dor e fadiga, podem ser tão intensos que interferem no desenvolvimento da atividade profissional e social, refletindo adversamente, não só no desempenho ocupacional, dificultando a realização de tarefas motoras e cognitivas, como também na desestabilização das relações familiares e restrição do contato social⁽²⁰⁾. Dessa forma, os sintomas da fibromialgia 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⁽²⁰⁾. A não resolução da dor e a permanência das consequências advindas dela colaboram com o surgimento de um sentimento progressivo de desesperança, impotência e desespero. Esse processo leva ao aparecimento da depressão. Desta forma, tem sido sugerido que dor e depressão caminham juntas e uma agrava a outra⁽²¹⁾.

Os distúrbios depressivos complicam o curso de qualquer doença através de uma variedade de mecanismos possíveis: reduzindo a tolerância à dor, impossibilitando a adesão ao tratamento e diminuindo a funcionalidade

física⁽¹³⁾. Além disso, a presença da depressão está relacionada a uma piora da funcionalidade social e emocional, da saúde mental e da percepção da saúde em geral⁽¹³⁾. No presente estudo, 83% dos pacientes com fibromialgia consideraram sua saúde de precária a razoável. Apesar de não ter sido realizado a análise de correlação entre os sintomas depressivos e a percepção de saúde, sugere-se que a percepção ruim da saúde pode ser devida a alta frequência de sintomas depressivos na amostra.

Outra comorbidade psicológica freqüente em fibromiálgicos é a ansiedade. Esta é considerada como sintoma secundário comum⁽⁵⁾, tendo uma taxa de prevalência entre 13% e 71%⁽⁷⁻⁹⁾. No presente estudo, 88% dos fibromiálgicos apresentaram sintomas ansiosos; 43% com sintomas graves, sugerindo que a ansiedade se apresenta de forma mais severa que a depressão nos casos de fibromialgia. Esse resultado corrobora com o estudo desenvolvido na cidade de Salvador, onde 87,5% dos pacientes fibromiálgicos referiram ansiedade⁽¹⁷⁾. Entretanto, divergem de estudos anteriores que, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) como instrumento de avaliação dos sintomas ansiosos, encontraram uma frequência de sintomas ansiosos em pacientes com fibromialgia variando de 57,93%⁽⁹⁾ e 71%⁽⁸⁾.

Na avaliação da ansiedade-traço, a maioria dos fibromiálgicos (75%) obteve escores maiores que 60, sugerindo também a alta frequência de perfil ansioso, uma vez que os escores da sub-escala do IDATE-Traço variam entre 20 e 80 pontos. Em estudos realizados em São Paulo⁽²²⁾ e na Alemanha⁽¹⁰⁾, utilizando o IDATE, foram observados escores médios (desvio-padrão) da sub-escala ansiedade-traço de 53,18 (12,6)⁽²²⁾ e 28,65 (12,39)⁽¹⁰⁾. Esses valores são inferiores ao encontrado no presente estudo, cuja média da sub-escala da ansiedade-traço foi de 59,37 e com um desvio padrão duas vezes menor. A diferença dos valores dos escores do IDATE-Traço e das frequências dos sintomas ansiosos entre os estudos pode ser decorrente dos diferentes níveis educacionais das amostras, diferentes níveis de conhecimento sobre a doença ou ainda do fato do paciente estar em tratamento, seja farmacológico ou não farmacológico, para a ansiedade no momento da pesquisa.

Observou-se, no presente estudo, uma relação entre a presença dos sintomas ansiosos atuais, avaliada pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), e a ansiedade-traço, avaliada pelo IDATE-Traço. Os sintomas de ansiedade atuais (ansiedade-estado) referem-se a um estado emocional transitório, consciente, que flutua ao longo do tempo associado às sensações desagradáveis de tensão, nervosismo, preocupação e aumento da atividade do sistema nervoso simpático⁽¹⁵⁾. Já a ansiedade-traço refere-se a diferenças individuais, relativamente estáveis, com respeito à ansiedade. São as tendências de reação a situações percebidas como ameaçadoras que cada indivíduo desenvolve a partir de suas experiências pessoais. A mesma caracteriza os indivíduos hipersensíveis aos estímulos e, psicologicamente, mais reativos. O desenvolvi-

mento do traço de ansiedade e a sua manutenção estão diretamente relacionados às experiências passadas do indivíduo, sua percepção das mesmas e aos condicionamentos resultantes dessas⁽¹⁵⁾.

A relação encontrada entre a ansiedade-estado e traço pode ser explicada pelo fato de que as características de personalidade (traço) estão em freqüente estado de interação com os fatores situacionais e ambientais experimentados pelas pessoas. Essa interação entre as características pessoais do sujeito e as respostas que precisa dar ao ambiente em que se encontra determina seu comportamento e pode moldar novos padrões de traços⁽¹⁵⁾. Ou seja, a permanência de um comportamento ansioso (estado) pode acarretar no desenvolvimento de um perfil ansioso. Além disso, um indivíduo com elevado traço ansioso, normalmente, reage a uma situação ameaçadora elevando seu estado ansioso.

A reação de ansiedade está normalmente presente quando a dor é desencadeada. A fibromialgia, por ser uma doença de etiologia desconhecida, de cura incerta e tendo a dor como sintoma principal, provoca sentimento de desconhecimento e insegurança nos pacientes⁽¹⁶⁾, o que pode desencadear o surgimento da ansiedade.

A presença da ansiedade pode influenciar na percepção da dor, diminuindo o limiar da dor⁽¹⁰⁾, e estar relacionada a um maior número de sintomas físicos, associados a fibromialgia⁽¹⁰⁾, bem como a um comprometimento funcional⁽¹³⁾. Dessa forma, a ansiedade faz com que os fibromiálgicos percebam suas sensações somáticas de forma mais intensa e perturbadora. A relação entre a ansiedade e função física, dor corporal, comportamento social, e a falta de correlação com vitalidade, papel emocional e saúde mental sugerem que estes pacientes somatizam sua ansiedade. Assim, pacientes com fibromialgia apresentam menos dor quando comparados a pacientes com osteoartrite e artrite reumatóide, porém são acometidas por mais disfunções físicas. Isto pode explicar o porquê de fibromiálgicos apresentarem, freqüentemente, queixas somáticas, como cefaléia e parestesia⁽¹²⁾.

Os transtornos da ansiedade têm sido relativamente negligenciados em estudos de dor crônica em geral, mas há uma crescente tomada de consciência da forte associação da ansiedade com as condições de dor crônica. A ansiedade e a depressão são comorbidades importantes na fibromialgia e faz-se necessário sua avaliação e seu tratamento. Não só intervenções farmacológicas, mas também não-farmacológicas, como a terapia cognitiva comportamental, possuem eficácia na redução da ansiedade e depressão em fibromiálgicos⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

A ansiedade e a depressão foram sintomas freqüentes nos pacientes com fibromialgia. Entretanto, a ansiedade foi um sintoma secundário mais freqüente que a depres-

são e apresentou-se de forma mais severa, sendo uma comorbidade que deve ser melhor valorizada e estudada. A relação observada entre o traço e o estado de ansiedade demonstra que o estado de ansiedade deve ser avaliado, uma vez que pode cooperar com o surgimento de um perfil ansioso. Devido ao impacto que esses distúrbios psicológicos podem ocasionar na apresentação da doença, seja através da intensificação dos sintomas pré-existentes ou da produção de sintomas adicionais, é de extrema importância haver uma abordagem multidisciplinar dos sintomas ansiosos e depressivos tanto na avaliação quanto no tratamento nos pacientes com fibromialgia.

Nesse contexto de abordagem multidisciplinar, o enfermeiro pode intermediar o contato entre o paciente e

outros profissionais de saúde, uma vez que, ao realizar o rastreamento dos sintomas ansiosos e depressivos, pode identificar a necessidade de encaminhamento para outros profissionais a fim de obter o diagnóstico desses distúrbios psicológicos e seu tratamento adequado. O conhecimento dos resultados do presente estudo ainda contribui para o direcionamento da assistência de enfermagem a essa população. O enfermeiro pode nortear o planejamento de ações voltadas para redução dos sintomas depressivos e ansiosos. Vale ressaltar o importante papel de educador do enfermeiro, uma vez que, elucidar as dúvidas dos pacientes sobre a fibromialgia, pode ser uma maneira eficaz de diminuir a angústia e incerteza entre esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. 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 Rheum.* 1990;33(2):160-72.
2. Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(4):268-71.
3. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med.* 2003;163(20):2433-45.
4. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med.* 2003;65(4):528-33.
5. White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol.* 2002;29(3):588-94.
6. Vázquez-Rivera S, González-Blanch C, Rodríguez-Moya L, Morón D, González-Vives S, Carrasco JL. Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Compr Psychiatry.* 2009;50(6):517-25.
7. Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed.* 2007;78(2):88-95.
8. Arnold LM, Crofford LJ, Martin SA, Young JP, Sharma U. The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Med.* 2007;8(8):633-8.
9. Boyer AL, Mira MAP, Calatayud NP, Lopez-Roig S, Cantero MCT. Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheum Int.* 2009;29(10):1151-60.
10. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* 2004;66(6):837-44.
11. Kobayashi-Gutiérrez A, Martínez-Bonilla G, Bernard-Medina AG, Troyo-Sanroman R, González-Díaz V, Castro-Contreras E, et al. Depression and its correlation with pain in patients in the Rheumatology Service of a Mexican teaching hospital. *Rheumatol Int.* 2009;29(10):1169-75.
12. Ozcetin A, Ataoglu S, Kocer E, Yazıcı S, Yildiz O, Ataoglu A, et al. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Med J.* 2007;56(2):122-9.
13. Berber JSS, 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(2):47-54.
14. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JC, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995;29(5):355-63.
15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Tradução e adaptação de Ângela Biaggio. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada - CEPAP; 1979.
16. Payne TC, Leavitt F, Garron DC, Katz RS, Golden HE, Glickman PB, et al. Fibrositis and psychological disturbance. *Arthritis Rheum.* 1982;25(2):213-7.
17. Costa SRMR, Pedreira Neto MS, Tavares-Neto J, Kubiak I, Dourado MS, Araújo AC, et al. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador-BA, Brasil. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45(2):64-70.

-
18. Rombaldi JA, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. 2010;13(4):620-9.
 19. Walter B, Vaitl D, Frank R. Affective distress in fibromyalgia syndrome is associated with pain severity. *Z Rheumatol*. 1998;57 Suppl 2:101-4.
 20. Teixeira J, Figueiró JAB. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.; 2001.
 21. Pimenta CAM, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):76-83.
 22. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EAG, Marques AP, Pereira CAB. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J*. 2004;122(6):252-8.