

ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA FIBROMIALGIA

2016

Charlotte Coelho

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, UFP-FCHS (Porto)

E-mail de contato:

charlotte.coelho.psico@gmail.com

RESUMO

A Fibromialgia (FM) corresponde a uma condição reumática caracterizada por dor musculoesquelética generalizada e difusa, de etiologia indeterminada e sem origem orgânica detectável. Atingindo entre 2% e 4% da população adulta portuguesa, a FM agrega na sua expressão uma vasta gama de manifestações clínicas que interferem com o funcionamento diário e a qualidade de vida, revertendo frequentemente numa vivência debilitante e frustrante para o indivíduo, que não encontra explicação nem cura para o seu estado doentio e doloroso. Face a este quadro, não é raro o surgimento de comorbilidades psicológicas como ansiedade e depressão nestes doentes, que muitas vezes preferem optar pelo isolamento, evitando actividades sociais e de lazer que habitualmente constituíam experiências gratificantes. Ainda, a percepção do estado de saúde como frágil, imprevisível e incontrolável, fomenta sentimentos de insegurança, de frustração e de inutilidade, com repercussões ao nível da auto-imagem, do auto-conceito, da auto-confiança e da auto-eficácia, motivando o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos. Por outro lado, estes sintomas também se encontram frequentemente associados com uma percepção elevada da severidade e da interferência da dor, funcionando com um ciclo vicioso no qual, a cronicidade da dor motiva o surgimento destes sintomas, assim como estes sintomas podem amplificar a percepção da sensação dolorosa.

Palavras-chave: Fibromialgia, dor crónica, ansiedade, depressão.

A FIBROMIALGIA

A FM representa uma condição reumática não-deformante e não-inflamatória, de evolução crónica, com dor musculoesquelética generalizada e difusa. De etiologia desconhecida e sem origem orgânica detectável, a realização de exames físicos não revela deformações/alterações da força ou atrofia muscular, as articulações ostentam uma amplitude de movimentos normal e o exame neurológico não exhibe alterações (Domingues & Branco, 2008; Sakata & Issy, 2008; Santos, 2006; Branco, 2005). A FM afecta entre 2% e 4% da população adulta portuguesa (Branco, 2005; Viana de Queiroz, 2002). As investigações internacionais remetem para valores semelhantes na população adulta geral dos países ocidentais (Graff-Radford, Reeves & Jaeger, 1987, citado por Branco, 2002). A FM é mais frequente nas mulheres do que nos homens (9:1) (Branco, 2005; Viana de Queiroz, 2002) e a maior parte destes doentes situa-se entre os 20/30 e os 50/60 anos de idade (Smith, 2009; Vaz et al., 2009; Branco, 2005).

A característica objectiva básica da FM assenta na presença de pontos dolorosos simétricos e com localização definida (Thieme, Flor & Turk, 2006). Todavia, o quadro de hiperalgesia difuso e crónico expressado pelos doentes não se circunda a estes pontos dolorosos, podendo ser referido em outros locais (Branco, 2005). Segundo os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) (1990, citado por Branco, 2005), o diagnóstico de FM deve incluir dois aspectos de base: história de dor generalizada e dor à palpação digital em 11 de 18 dos *tender-points* (pontos dolorosos). A história de dor generalizada remete para a presença de dor num período mínimo de três meses, sendo classificada como generalizada quando verificada em todas as seguintes - dor do lado esquerdo e dor do lado direito do corpo, dor acima da cintura, dor abaixo da cintura e dor no esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior ou coluna dorsal ou coluna lombar) (Branco, 2005). A dor à palpação digital deve ser verificada em pelo menos 11 dos 18 pontos bilaterais e simétricos (cf. Tabela 1.), no local e sem irradiação, devendo a palpação digital ser realizada com uma força de aproximadamente 4 kg/cm² (Smith, 2009; Sakata & Issy, 2008; Thieme, Flor & Turk, 2006; Branco, 2005; Bastos & Oliveira, 2003). O exame manual dos *tender-points* possibilita a utilização de uma escala gradativa de intensidade da dor, que remete para um índice dos pontos dolorosos (IPD) através da soma das gravidades dos 18 pontos definidos (Branco, 2002). Segundo Vaz et al. (2009), os critérios do ACR (1990) permitem identificar os casos de FM com uma sensibilidade de 88,4%, uma especificidade de 81,1% e uma exactidão de 84,9%.

Tabela 1.

Localização dos 18 pontos dolorosos

Localização	Descrição
Occipital	Bilateral, nas inserções do músculo suboccipital
Cervical inferior	Bilateral, na face anterior dos espaços intertransversários de C5 e C7
Trapézio	Bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo
Supra-espinhoso	Bilateral, na origem do músculo acima da espinha da omoplata junto do bordo interno
Segunda costela	Bilateral, imediatamente fora da junção costochondral da 2ª costela e na face superior
Epicôndilo	Bilateral, 2 cm extremamente ao epicôndilo
Glúteo	Bilateral, no quadrante superior-externo da nádega no folheto anterior do músculo
Grande trocanter	Bilateral, posterior à proeminência trocantérica
Joelho	Bilateral, na almofada adiposa interna, acima da entrelinha articular

Fonte: Adaptado de Branco (2005)

A FM não constitui uma patologia articular ou óssea (em detrimento do doente relatar frequentemente essa sensação), tendo em conta que as dores difusas incidem nos tecidos moles (Branco, 2005). A dor na FM é geralmente caracterizada pela percepção de níveis elevados de dor (Oliveira et al., 2009). Numerosos estudos constataram que em comparação com outros doentes reumáticos e com dor, os doentes com FM tendem a expressar níveis significativamente mais elevados de percepção da dor (Capela et al., 2009; Oliveira et al., 2009; Quartilho, 2004). Esta percepção de elevada intensidade da dor é frequentemente acompanhada por uma adjectivação da dor suportada por expressões como “terrível, horrível, de morrer, no corpo todo” (Santos, 2006). Outros estudos demonstram ainda que os doentes com FM tendem a apresentar uma percepção elevada da interferência da dor (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2010; Jones et al., 2008), o que se constata principalmente numa diminuição funcional em várias actividades do quotidiano (por exemplo, execução dos trabalhos domésticos, fazer compras, ou trabalhar 8 horas por dia) (Winfield, 2007).

A dor na FM é marcada por hipersensibilidade, rigidez, padrões atípicos de adormecimento e parastésias (Sakata & Issy, 2008; Winfield, 2007). As localizações atípicas e variáveis das parastésias excluem a hipótese de uma síndrome neurológica e/ou de compressão nervosa periférica (Branco, 2005). O padrão doloroso pode corresponder a vários tipos de sensação dolorosa: picada, queimadura, moinha lancinante, entre outros (Sakata & Issy, 2008; Winfield, 2007). A dor na FM pode evoluir entre surtos de agravamento com dor intensa e momentos de apaziguamento em que a dor é menos intensa, com influência de factores como o frio, a humidade,

a ansiedade, a fadiga e a tensão que geralmente agravam as dores, e factores como o calor e o tempo seco, que frequentemente aliviam as dores (Winfield, 2007; Branco, 2005). Além da dor, a rigidez muscular e a fadiga persistente representam características muito comuns nos casos de FM (Branco, 2006; Thieme, Flor & Turk, 2006; Branco, 2002). Cerca de 90% dos doentes com FM queixam-se de fadiga muscular, com redução da resistência aos exercícios e cansaço intenso (Bastos & Oliveira, 2003), que não melhoram com o repouso (Branco, 2002). A falta de qualidade do sono representa outra queixa habitual nos doentes de FM (Chaitow, 2002). A reduzida qualidade do sono prende-se geralmente com manifestações típicas como sono não reparador, dificuldades em iniciar o sono, despertar nocturno frequente, dificuldades em retomar o sono, sono agitado e superficial ou despertar precoce. A estes aspectos adicionam-se o cansaço, a rigidez matinal e a dor crónica, que em conjunto, podem contribuir para uma baixa qualidade de vida (Sakata & Issy, 2008; Branco, 2005; Bastos & Oliveira, 2003; Dauvilliers & Touchon, 2001). A natureza difusa e complexa da dor pode relacionar-se com o envolvimento de um mecanismo fisiológico central, factores psicológicos e alterações do sono, que podem actuar como factores que contribuem para a doença (Sakata & Issy, 2008). Se os estímulos nociceptivos podem interferir com a qualidade do sono, as alterações do sono também podem contribuir para a experiência dolorosa (Moldofsky, 2001, citado por Gui et al., 2010), desempenhando por conseguinte, um papel importante não apenas na etiologia da dor crónica, mas também na perpetuação dos sintomas da FM (Teixeira et al., 2001, citado por Gui et al., 2010).

A literatura reporta ainda outras manifestações clínicas susceptíveis de integrar o quadro clínico da FM, como cefaleias, pernas cansadas, movimentos periódicos dos membros, fenómeno de Raynaud, síndrome de disfunção da articulação temporomandibular, edema subjectivo, intolerância ao calor e frio, sudorese nas extremidades dos membros inferiores e superiores do corpo e tonturas (Sakata & Issy, 2008; Winfield, 2007; Branco, 2005; Hernández-Garcia, 2004). A nível gastrointestinal, podem ser verificadas alterações como síndrome do cólon irritável, dispneia, náusea e dificuldades digestivas (Gui et al. 2010). A nível geniturinário, referem-se manifestações como polaciúria, cistite, vulvodínia, incontinência urinária por urgência, bexiga irritável e dismenorreia (Sakata & Issy, 2008; Hernández-Garcia, 2004). Denota-se ainda a possibilidade de anomalias auditiva e ocular, congestão nasal, e palpitação ou dor torácica (Sakata & Issy, 2008). No que diz respeito a doenças concomitantes, a FM encontra-se frequentemente associada a outras doenças reumáticas (lombalgia, osteoartrose, artrite reumatóide, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistémico) e a doenças vasculares, neoplásicas, endocrinológico-metabólicas, neurológicas e infecciosas (Branco, 2005).

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

O termo *ansiedade* reverte do latino *anxia*, de anseio, remetendo para um desejo ardente de algo (Cunha, 1998, citado por Mota Cardoso, 2001). Este radical presencia diversas expressões latinas como *anxiare*, *anxietas*, *anxiosus*, que em português confluem respectivamente as palavras ansiar, ansiedade e ansioso. Atendendo a estas expressões, denota-se que o termo *ansiedade* alude assim à ideia de aperto, aflição, estreitamento, constrição (Cunha, 1998, citado por Mota Cardoso, 2001). Em 1873, Darwin (citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009) preconizou a presença da ansiedade num *continuum* em todas as espécies animais, não a diferenciando do medo, correspondendo a um processo adaptativo essencial para gerir o perigo e lutar pela sobrevivência (Kessler, 2003, citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009). No ano de 1936, Freud (citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009) distinguiu a ansiedade objectiva da ansiedade neurótica, caracterizando a primeira através da sua relação com o meio ambiente, e a segunda pela sua origem puramente intrapsíquica, associada a uma predisposição genética e/ou um conflito sexual reprimido e não resolvido.

No quotidiano, é comum os indivíduos sentirem um determinado nível de ansiedade, sustentando um carácter funcional e motivando o indivíduo para a acção (Picado, 2007). A ansiedade caracteriza-se por um estado emocional inerente ao ser humano que envolve sintomas fisiológicos (Marks, 1987, citado por Montiel et al., 2005), psíquicos e somáticos (por exemplo, medo, pânico, palpitações, sudção, tremores) (Picado, 2007). A ansiedade assenta num estado de leve tensão emocional, experienciado como um aperto, uma opressão ou uma contracção muscular que habitualmente se estende por todo o ventre, ressoando no interior e estendendo-se pelo peito, pescoço e face, provocando algum desconforto visceral, respiratório e mímico (Mota-Cardoso, 2001), remetendo para um grau elevado de excitação e de reactividade autónoma (Sharma et al., 1995, citado por Montiel et al., 2005). Segundo Mota-Cardoso (2001), a ansiedade configura uma apreensão ou um receio de que qualquer coisa desagradável estará para acontecer. Em níveis normais, e quando adequada às circunstâncias, a ansiedade estimula de forma saudável o indivíduo para a acção, constituindo uma experiência familiar à maior parte dos humanos (Picado, 2007). Todavia, a ansiedade afigura-se como patológica quando a resposta individual é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objecto específico na base dessa resposta (Marks, 1987, citado por Montiel et al., 2005), ultrapassando os limites adaptativos e afectando de forma negativa o funcionamento do indivíduo, pela sua severidade e persistência. As Perturbações da Ansiedade podem assumir várias formas. O DSM-IV (APA, 1994) apresenta uma série de perturbações nas quais o elevado grau de ansiedade assume um papel central. Destacando a Perturbação da Ansiedade Generalizada, a ansiedade e a preocupação (apreensão expectante) são experienciadas pelo indivíduo num grau excessivo num conjunto de acontecimentos ou

actividades, que decorrem em mais de metade dos dias por um período de pelo menos seis meses. Este diagnóstico é caracterizado por uma dificuldade em controlar a preocupação, que em conjunto com a ansiedade, é assistida por sintomas como agitação, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado. Os indivíduos geralmente não percebem as preocupações como sendo excessivas, vivenciando um mal-estar subjectivo relacionado com preocupações constantes e difíceis de controlar, que em intensidade, frequência ou duração, se encontram claramente fora da proporção da probabilidade real ou do impacto do acontecimento temido. A ansiedade, a preocupação e os sintomas físicos fomentam um mal-estar clinicamente significativo e uma limitação no indivíduo do seu funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outro campo (APA, 1994).

A ansiedade e a depressão representam as perturbações psicológicas mais comuns, principalmente no âmbito dos cuidados de saúde primários (Dourado et al., 2010). Em amostras clínicas, a Perturbação de Ansiedade Generalizada é mais frequentemente diagnosticada em mulheres. Alguns estudos epidemiológicos apontam para uma proporção de 2/3 na prevalência desta problemática nas mulheres. A ocorrência do início deste quadro é mais habitual depois dos 20 anos de idade, sendo a sua evolução crónica mas oscilante, e acentuando-se frequentemente durante períodos de *stress* (APA, 1994). O relatório da Comissão das Comunidades Europeias (2005, citado por Pereira, 2006), conglobando o total da população de adultos dos países da UE, com idades compreendidas entre 18 e 65 anos e num total de 301,7 milhões, constatou uma prevalência de 1,96% da Perturbação de Ansiedade Generalizada, correspondendo a 5,9 milhões de indivíduos.

A depressão representa uma entidade descrita há mais de dois mil anos (Licínio & Wong, 2007). No século V. a.C., na Grécia Antiga, Hipócrates utilizou o termo *melancolia* (μελανχολία) para descrever a tristeza, termo proveniente de *bilis negra* (μελαινα χηολε) e expressão decorrente da concepção de que existiria no indivíduo um excesso de *bilis negra*, que avassalaria o sangue e afectaria o corpo e a alma, originando um estado de tristeza e de abatimento (Widlöcher, 2001). Actualmente, a depressão é reconhecida na qualidade de condição clínica com elevada prevalência na população geral, encontrando-se geralmente associada a uma diminuição evidente do funcionamento físico e social (McQuaid et al., 1999; Simon et al., 1995, citado por Gameiro et al., 2008) e a um forte impacto negativo na qualidade de vida (Coulehan et al., 1997; Wells et al., 1989, citado por Gameiro et al., 2008). A depressão caracteriza-se basicamente por humor depressivo (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998) e anedonia (Snaith, 2003), com reflexo na diminuição do prazer nas actividades habituais dos vários contextos da vida quotidiana, assistida por sentimentos de culpa e de baixa auto-estima (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998), alterações do sono e do apetite, problemas gastrointestinais, cardiovasculares e gerais, disfunção sexual e um plano psicomotor marcado por queixas dolorosas (Teixeira, 2002), perda de energia, cansaço, fadiga e letargia em vários níveis (verbal, cognitivo, comportamental), bem como ainda, por alterações

cognitivas (atenção, memória, concentração), entre outros sintomas cognitivos, comportamentais e somáticos (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998).

Os sintomas de ansiedade como irritabilidade e preocupação também são frequentes no quadro depressivo (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998). Diversos estudos verificaram que os indivíduos com menor sintomatologia depressiva tendem a apresentar níveis mais elevados de funcionamento e de satisfação nas actividades de vida diária, assim um melhor desempenho nos seus papéis e nas relações sociais (Gameiro et al., 2008). A Perturbação Depressiva *Major* (APA, 1994) caracteriza-se essencialmente pela presença de um ou mais Episódios Depressivos *Major*, sem antecedentes de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos. O Episódio Depressivo *Major* ilustra-se pela presença de humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades, num período mínimo de duas semanas. Este diagnóstico deve ter em conta a presença de pelo menos quatro dos seguintes sintomas adicionais: alterações no apetite ou peso, sono e actividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades de concentração ou em tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre a morte ou planos, tentativas ou ideação suicida. Os sintomas depressivos fomentam mal-estar clinicamente significativo, bem como uma limitação significativa ao nível do funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outro campo (APA, 1994).

A depressão afigura um dos principais problemas de Saúde Pública (Gusmão et al., 2005), atingindo cerca de 10% da população mundial por ano (Martin & Rosa, 2007). O relatório da Comissão das Comunidades Europeias (2005, citado por Pereira, 2006) verificou uma prevalência de 6.10% para a Perturbação Depressiva *Major* na população da U.E., correspondendo a 18,4 milhões de indivíduos (Pereira, 2006). Segundo várias investigações, a Perturbação Depressiva *Major* respeita anualmente cerca de 21 milhões de adultos norte-americanos (Gusmão et al., 2005). O estudo português de Gonçalves & Fagulha (2004) sobre a prevalência de perturbações depressivas nos utentes que recorrem aos serviços de Cuidados de Saúde Primários (com idades entre os 35 e os 65 anos), concluiu que cerca de 33% destes utentes apresentam de alguma forma sintomas de perturbação depressiva. O censo psiquiátrico português de 2001 observou que o conjunto das depressões representava o grupo patológico mais frequente no ambulatório, com uma taxa de 21,5%. Segundo a mesma fonte, nos serviços de internamento, a depressão encontra-se em sexto lugar (4,9%) (Bento et al., 2003, citado por Gusmão et al., 2005).

ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA FIBROMIALGIA

A ansiedade e a depressão representam realidades frequentes nos quadros de doença crónica, tendendo a encontrar-se estreitamente relacionadas com a qualidade de vida (Meneses, Pais Ribeiro & Martins da Silva, 2008). Apesar da diferenciação conceptual entre ansiedade e depressão, ambas

ostentam características comuns (Marques-Teixeira, 2001), partilhando similaridades fisiopatológicas e terapêuticas (Van Praag, De Kloet & Van Os, 2005). A independência desses dois construtos não exclui a existência de comorbilidade e de sobreposição entre elas, do ponto de vista estatístico e da saúde mental (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Vários autores apontam para a elevada comorbilidade entre a Perturbação Depressiva *Major* e as Perturbações de Ansiedade (Gusmão et al., 2005; Marques-Teixeira, 2001), sendo frequentemente relatada uma acção mediadora entre ansiedade e depressão, podendo uma encontrar-se na base do desenvolvimento da outra, tendo em conta a exposição sucessiva a factores de *stress* e uma hiperestimulação do eixo hipotálamo-hipofisário, principal mediador biológico do efeito da ansiedade/depressão sobre a doença física (Van Praag, De Kloet & Van Os, 2005). Os modelos de ansiedade e depressão na doença física admitem uma relação complexa entre ansiedade/depressão e doença médica, relacionada em parte, com a dificuldade em separar estes dois factores psicológicos, em razão da questão da comorbilidade (Telles-Correia & Barbosa, 2009). Actualmente, é aceite uma correlação bilateral entre doença física e ansiedade/depressão, podendo a ansiedade/depressão ser influenciada ou influenciar a doença física (Steptoe, 2007, citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009).

O domínio psicológico na FM é frequentemente marcado por diversas alterações (Smith, 2009; Sakata & Issy, 2008; Branco, 2002) entre as quais se destacam a ansiedade e a depressão (Winfield, 2007; Ledingham, Doherty & Doherty, 1993). A ansiedade e a depressão ostentam geralmente a sua marca no funcionamento diário do indivíduo e nos seus vários contextos vitais (laboral, familiar, social, conjugal, sexual, entre outros) (Branco, 2002). Segundo a DGS (2004) e Vishne et al. (2008), 1/3 dos casos de FM é acompanhado por depressão. Na perspectiva de Pascual (2004, citado por Malheiro & Pereira, 2010), os pacientes com FM apresentam níveis mais altos de dor, ansiedade e depressão, bem como uma maior tendência de focalização nos sintomas corporais e uma pior qualidade de vida, em comparação com indivíduos saudáveis. O domínio cognitivo pode ser marcado por alterações ao nível da atenção, da memória e da concentração (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998). A nível laboral, uma percentagem considerável de doentes com FM modifica o seu estilo de vida, suspendendo ou alterando as suas actividades profissionais. Denota-se que em alguns países a FM justifica compensações financeiras por incapacidade (Sá et al., 2005).

A FM enquanto condição multidimensional, com a dor crónica na qualidade de elemento nuclear, acarreta diversas alterações de ordem psicológica (De Marins, 2009), entre as quais se destacam a ansiedade e a depressão, reconhecidas pela Declaração de Copenhaga (1992, citado por Chaitow, 2002), que influem na experiência, no desenvolvimento e na manutenção da vivência dolorosa (De Marins, 2009), desempenhando assim, um papel importante na manutenção dos sintomas da FM (Catalano & Hardin, 2004). A FM encontra-se associada com *stress*, altos níveis de ansiedade (Marques, Matsutani, Ferreira & Mendonça, 2002; Ledingham, Doherty & Doherty,

1993) e com depressão (Branco, 2005), fomentando muitas vezes baixos limiares de dor e maiores relatos de dor diante de um estímulo nociceptivo, ao mobilizar a atenção para experiência nociceptiva (Jorge, Tomikawa & Jucá, 2007). A persistência da problemática pode levar o indivíduo a perceber a situação como ameaçadora e incontrolável (Van Praag, De Kloet & Van Os, 2005), representando uma fonte de *stress*, relacionada com a evolução negativa dos sintomas. Assim, ao longo do tempo, a pessoa pode ficar deprimida pela cronicidade da dor e do cansaço (Catalano & Hardin, 2004).

Diversos estudos sobre a associação entre FM e manifestações psicológicas verificaram que a dor se encontra correlacionada com os factores psicológicos (Branco, 2002), podendo o grau considerável experienciado destes factores (como depressão e ansiedade) intensificar a dor na FM (Hernández-Garcia, 2004). Segundo o trabalho de Hyypä & Kronholm (1995, citado por Góes et al., 2009), nos doentes com FM, os problemas de sono acarretam um aumento da ansiedade, de *stress* e de contracções musculares, que por sua vez, acentuam a dor, gerando de forma cíclica, uma maior vulnerabilidade para um sono não reparador. O estudo de Quartilho (2004), com dois grupos de doentes de Reumatologia (FM e artrite reumatóide), concluiu que a auto-avaliação do grupo com FM acerca das suas situações de vida dos últimos seis meses, foi marcada por mais problemas familiares e sociais, mais sintomas depressivos, mais sintomas medicamente inexplicados, uma maior intensidade da dor e uma maior interferência da dor nas suas actividades do dia-a-dia, em comparação com os doentes do outro grupo (Quartilho, 2004). Kurtze et al. (2001), numa análise entre a relação entre ansiedade e depressão com dor e fadiga, em doentes com FM, constatou que o cansaço se encontrava correlacionado de forma significativa com a depressão, enquanto a dor estava mais associada à ansiedade. O estudo de Berber, Kupek & Berber (2005) com 70 pacientes com diagnóstico de FM, comprovou que 67,2% dos participantes apresentava sintomas de depressão. Segundo os autores, grande parte deste resultado encontra-se relacionado com o desconhecimento da etiologia da doença e com o facto de não existir cura para a mesma. Segundo Quartilho (1999), 20% a 70% dos doentes com FM vivencia uma incidência de depressão ao longo da vida, o que vai ao encontro da perspectiva de Winfield (2007), que defende que a maioria dos doentes com FM tem e/ou teve um episódio depressivo.

A dor crónica e a ansiedade/depressão mantêm uma relação bidireccional, em que as características e as especificidades da dor crónica conduzem a um aumento da ansiedade e depressão. O que por sua vez, poderá reverter numa amplificação da percepção de dor (Rodrigues & Gomes, 2008). Apesar desta bilateralidade, o aumento na percepção da severidade da dor prediz geralmente uma maior percepção da interferência da dor na vida do indivíduo e uma diminuição do seu auto-controlo. Em conjunto, estes aspectos constituem uma predisposição para um aumento dos níveis de depressão, uma vez que, ao contrário do que geralmente ocorre nos casos de dor aguda, na dor crónica observa-se geralmente que a dor não diminui após o tratamento, constando-se um aumento da ansiedade e da tensão associada à dor. O que, tendo em conta a persistência da

dor no tempo, torna o sujeito mais vulnerável a fenómenos de aprendizagem e de condicionamento, conduzindo a alterações no estilo de vida, nas actividades e nos relacionamentos sociais (Soares, 1997).

Por outro lado, os factores avaliativos (como por exemplo, os pensamentos negativos) influenciam a forma como o indivíduo lida com a sua dor (Junior et al., 2008). A cronicidade da dor motiva geralmente cognições irracionais e disfuncionais concentradas na dor ou em aspectos relacionados, que em conjunto com outros aspectos psicofisiológicos, podem fomentar a persistência da dor, com interferência nos domínios emocional e comportamental e nas alterações psicofisiológicas (Gonçalves, 2002). Estes pensamentos são automáticos e debilitantes, aumentando a ansiedade e a dor, na medida em que se concentram na catástrofe e no ressentimento, estruturando uma realidade fatalista e negativa, na qual a pessoa se sente injustiçada e impotente. A falta de optimismo quanto ao processo de recuperação, em paralelo com as crenças disfuncionais quanto ao estado de saúde e à sua evolução, conjuga-se com o medo constante da dor e a focalização mental na dor (Catalano & Hardin, 2004). O que acarreta sofrimento, ambiguidade, preocupação somática, generalização, catastrofização, desmoralização, culpabilidade, hostilidade, ansiedade, depressão ou reivindicação de compensação (Gonçalves, 2002). A resposta emocional face à dor tende a ser desadaptativa e a procura de ajuda pode tornar-se uma rotina, podendo levar o doente a dedicar-se de forma quase exclusiva a comportamentos relacionados com a dor (Júnior & Figueiró, 2001). Em certos casos, a dor pode ser utilizada como mecanismo de defesa, com o objectivo de reprimir uma outra necessidade não satisfeita, mascarando outros conflitos. Assim, a dor pode constituir uma forma de expressão de acontecimentos da vida, marcados por sentimentos de culpa ou de perda, ou ainda noutros casos, constituir um benefício (Rico & Barbosa, 1995, citado por Birrada, 2010).

Castro et al. (2009) numa investigação sobre as comorbilidades psiquiátricas nos doentes com dor crónica, constataram uma elevada prevalência das perturbações do humor, explicando a associação desta prevalência com a presença de dor crónica. O estudo ministrado por Capela et al. (2009), sobre a qualidade de vida, a dor, a ansiedade e a depressão em doentes com dor, divididos em três grupos (dor difusa/crónica, dor regional e dor esporádica), concluiu que em todos os parâmetros avaliados, o grupo com dor difusa/crónica obteve os valores mais elevados. Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen (2009), estudando a ansiedade e a depressão em doentes com dor crónica musculoesquelética, verificaram um impacto negativo da ansiedade e da depressão na vivência da dor e um impacto negativo da interferência da dor no plano emocional.

CONCLUSÃO

A literatura internacional remete de forma relativamente consensual, para a presença de relações entre a dor e ansiedade/depressão nos doentes com FM. A cronicidade da dor assistida pela pluralidade das manifestações clínicas associadas à FM, fomentam com frequência no doente, sentimentos de impotência, vulnerabilidade, imprevisibilidade e falta de controlo, favorecendo o surgimento de ansiedade e depressão. Ao mesmo tempo que a ansiedade e a depressão, parecem contribuir para a amplificação de alguns dos sintomas característicos da FM, como por exemplo, a dor, os problemas no sono, a fadiga e o cansaço, acabando por constituir um ciclo vicioso.

A multiplicidade de manifestações clínicas presentes na FM reverte numa condição debilitante, frustrante e incapacitante para o indivíduo, que não encontra explicação nem cura para o seu estado. A dor presente de forma crónica, na sua severidade e na sua interferência, influe inevitavelmente no funcionamento diário do doente, constituindo uma verdadeira fonte de sofrimento. A certeza do diagnóstico representa um aspecto fundamental para a redução da frequente sensação de impasse relatada pelos doentes, confrontados com exames que não revelam causas que permitam a compreensão do seu estado de saúde, em detrimento da persistência dos sintomas e das limitações quotidianas nos seus diversos contextos vitais. As limitações a nível laboral podem acarretar consequências a nível financeiro, assim como as limitações a nível familiar (por exemplo, disponibilidade para a família ou asseguramento das tarefas domésticas) podem estender-se para o plano conjugal (por exemplo, dificuldades do funcionamento sexual). O plano social pode ser marcado por isolamento, devido em parte à percepção do estado de saúde como frágil, imprevisível e incontrolável, assim como o plano intra-pessoal, pode caracterizar-se por sentimentos de insegurança, frustração e inutilidade, alterações ao nível da auto-imagem, do auto-conceito, da auto-confiança e da auto-eficácia. Assim, face a todos estes aspectos, é importante que o doente com FM beneficie de uma abordagem terapêutica multidimensional. A Psicologia deve intervir numa perspectiva de avaliação, intervenção e psicoeducação, trabalhando no sentido de um aumento da qualidade de vida e do funcionamento diário destes doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed). Lisboa: Climepsi editores.

Bastos, C. C. & Oliveira, E. M. (2003). Síndrome da fibromialgia: tratamento em piscina aquecida. *Revista Lato & Sensu*. 4(1):3-5.

Berber, J. S. S., Kupek, E. & Berber, S. C. (2005). Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 45(2):47-54.

Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor oncológica*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa.

Branco, J. (2005). Fibromialgia. In Cardoso, A., Branco, J. C., Silva J. A. C., Cruz, M. & Costa, M. M. (coords). *Regras de ouro em reumatologia*. (pp. 37-46). Lisboa: DGS.

Branco, J. (2002). Síndromas de dor e fadiga crónica – Fibromialgia. In Viana de Queiroz, M. (coord.) *Reumatologia. – Clínica e Terapêutica das Doenças Reumáticas II*. (pp. 233-243). Lisboa: Lidel.

Capela, C., Marques, A. P., Assumpção, A., Sauer, J. F., Cavalcante, A. B. & Chalot, S. D. (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioterapia e Pesquisa*. 16(3):263-268.

Castro, M., Kraychete, D., Daltro, C., Lopes, J., Menezes R. & Oliveira, I. (2009). Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 67(4):982-985.

Catalano, E. M. & Hardin, K. N. (2004). *Dores Crónicas: Um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Summus.

Chaitow, L. (2002). *Síndrome da fibromialgia – um guia para tratamento*. São Paulo: Manole.

Dauvilliers, Y. & Touchon, J. (2001). Le sommeil du fibromyalgique: revue des données cliniques et poligraphiques. *Neurophysiologie Clinique*. 31(1):18-33.

Domingues, M. E. & Branco, J. C. (2008). *Viver com Fibromialgia – a visão da doente e do médico*. (6ª ed). Lisboa: Gradiva.

Dourado, F., Carvalho, M., Pereira, F. & Fazendas, C. (2010). Estudo das Qualidades Psicométricas do Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade e Depressão- Revisto. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009). Depressão e Ansiedade em Pessoas com Dor Crónica Músculo-Esquelética. *5.ª Jornadas de Saúde Mental - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal*.

Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M., J., Paredes, T. & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população em geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9(1):103-112.

Góes, S. M., Cieslak, F., Stefanello J. M. C., Milano, G. E., Paiva, E. & Leite, N. (2009). Sono não-reparador e comorbidades associadas em mulheres com fibromialgia. *Fisioterapia em Movimento*. 22(3):323-333.

Gonçalves, A. (2002). Aspectos psicológicos da dor crónica. *Biblioteca da Dor*. 10(1):5-9.

Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20:13-27.

Gui, M., Pedroni, C. R., Rossini, S. Reimão, R. & Rizzatti-Barbosa, C. M. (2010). Distúrbios do Sono em Pacientes com Fibromialgia. *Neurobiologia*. 73(1):175-182.

Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J. Bento, A., Almeida, J. M. C. (2005). O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 18:129-146.

Hernandez-Garcia J. M. (2002). Fibromyalgia. In Warfield, C. A. & Fausett, H. J. (2004). *Diagnóstico y tratamiento del Dolor*. (2ª ed.) (pp. 154–157). Barcelona: Masson.

Hetem, L. A. B. & Graeff, F G. (2004). *Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: Editora Atheneu.

Ito, L. M. et al. (1998). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Artmed.

Jones, J., Rutledge, D. N., Jones, K. D., Matallana, L. & Rooks, D. S. (2008). Self- assessed physical function levels of women with fibromyalgia: a national survey. *Womens Health Issues*. 18(5):406-412.

Jorge, L.L., Tomikawa, L.C.O. & Jucá, S.S.H. (2007). Efeito de um programa de reabilitação multidisciplinar para homens portadores de fibromialgia: estudo aleatorizado controlado. *Acta Fisiátrica*. 14(4):196-203.

Junior, J. S., Nicholas, M. K., Pereira, I. A., Pimenta, C. A. M., Asghari, A. & Cruz, R. M. (2008). Validação da Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor. *Acta Fisiátrica*. 15(1):31-36.

Júnior, R. & Figueiró, J. (2001). *Depressões Secundárias - Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas*. São Paulo: Atheneu.

Kurtze, N. & Svebak, S. (2001) Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: Correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female county sample. *British Journal of Medical Psychology*. 74(4):523–537.

Ledingham, J., Doherty, S. and Doherty, M. (1993). Primary Fibromyalgia Syndrome— an outcome study rheumatology. *British Journal of Rheumatology*. 32:139-142.

Licinio, J., & Wong, M. (2007). *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Artmed

Malheiro, M. & Pereira, M. G. (2010). *Influência da Fibromialgia no Casal*. Actas VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Marques, A. P., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A. G. & Mendonça, L. L. F. (2002). A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 42(1):42-48.

Marques-Teixeira J., (2001) Comorbilidade: Depressão e Ansiedade. *Saúde Mental*. 3(1):9-20.

Martín, J. D. M. & Rosa, C. A. (2007). *Abordagem da doença depressiva em cuidados primários*. Miraflores: Revisfarma Edições Médicas.

Meneses, R. F., Pais-Ribeiro, J. L. & Martins da Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) em adultos com epilepsia II – Facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 3(2):119-139.

Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Circular Normativa nº: 12/DGCC. Direcção-geral da Saúde.

Montiel, J. M., Capovilla, A. G. S., Berberian, A. A. & Capovilla, F. C. (2005). Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 6(2):33-42.

Mota Cardoso, C. (2001). Pelos Trilhos da Angústia. *Revista Saúde Mental*. 1(3):21-26.

Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M. J., Costa, M. E. & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 34:511-519.

Pereira, A. M. S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década. In Isabel Leal (Eds). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. (pp.145-167). Coimbra: Quarteto Editora.

Picado, I. (2007). *Ansiedade, Burnout e Engagement nos Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico: O Papel dos Esquemas Precoces Mal Adaptativos no Mal-Estar e no Bem-Estar dos Professores*. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Quartilho, M. (2004). Fibromialgia: Consenso e controvérsia. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 29:111-129.

Rodrigues, A. M. & Gomes, I. (2008). Ansiedade e depressão na dor crónica. In Leal, I., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I. & Marques, S. (Eds.) *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp. 73-77). Porto: Universidade do Porto.

Sakata, R. K. (2008) Medida da Intensidade da Dor. In Sakata, R. K. & Issy, A. M. (coords). *Guia de Dor*. (2ª ed). (pp. 27-31). São Paulo: Manole.

Santos, R. A. (2006). Síndromes reumáticas sistémicas. In Branco, J. C. (coords.). *Grandes síndromes em reumatologia*. Lisboa: Lidel.

Smith, H. (2009). Fibromyalgia Syndrome: Review of the Epidemiology and Mechanisms Involved. *Advanced Studies Medicine*. 9(4):108-114.

Snaith, R. P. (1987). The concepts of mild depression. *British Journal of Psychiatry*. 150:387-393.

Soares, V. (1997). Dor crónica: questões e respostas no domínio da conceptualização e avaliação. In Gonçalves et al. (Eds.). *Conferência Internacional de avaliação psicológica – Formas e Contextos Vol. V*. (pp. 461- 475). Braga: APPORT.

Teixeira, M. (2002). In Viana de Queiroz, M. (coord.). *Reumatologia – Clínica e Terapêutica das Doenças Reumáticas II*. Lisboa: Lidel.

Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina - Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*. 22:89-98.

Thieme, K. Flor, H. & Turk, D. C. (2004). Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic Medicine* 66, 837–844. Van Praag, H. M., Kloet, D. R. & Van Os, J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa: Climepsi.

Van Praag, H. M., Kloet, D. R. & Van Os, J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa: Climepsi.

Vaz, C., Couto, M., Duarte, C., Salvador, M. J., Inês, L. & Malcata, A. (2009). Um caso invulgar de dor generalizada: paramiloidose simulando fibromialgia. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 34:431-435.

Viana de Queiroz, M. (2002). Classificação das doenças reumáticas e seus impactos médico, social e económico. In Viana de Queiroz, M. (coord.) *Reumatologia – Fundamentos I*. (pp. 68-78). Lisboa: Lidel.

Vishne T., Fostick, L., Silberman, A., Kupchick, M., Rubinow, A., Amital, H. & Amital, D. (2008). Fibromyalgia among major depression disorder females compared to males. *Rheumatology International*. 28(9):831-6.

Waddell, D. (2004). Fibromialgia. In Catalano, E. M. & Hardin, K. N. *Dores Crónicas: Um guia para tratar e prevenir*. (pp. 190-197). São Paulo: Summus.

Widlöcher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi.

Winfield, J. B. (2007). The patient with diffuse pain. In Imboden, J., Hellman, D. & Stone, J. (Orgs.) *Current diagnosis & treatment – Rheumatology*. (2ª ed). (pp. 138-145) New-York: McGraw-Hill.

World Health Organization (2004). Sexual health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*. 67:1-8.