

A INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUO FIBROMIÁLGICO – ESTUDO DE CASO**Viviane Lídia Zuchi Nava^{1,2}**
Rafaela Liberali¹**RESUMO**

A síndrome da fibromialgia (SFM) representa de 1-2% das doenças reumáticas e destes, 90% são mulheres. O objetivo geral desse estudo foi avaliar a influência do estilo de vida sobre a qualidade de vida de indivíduo fibromiálgico em diferentes fases de um ciclo menstrual. A pesquisa refere-se a estudo de caso do tipo quanti-qualitativa com delineamento descritivo. A amostra foi constituída por 1 (um) indivíduo do gênero feminino, idade 44 anos. Os instrumentos utilizados foram: Perfil do estilo de vida individual, (avaliar o estilo de vida), EVA (Escala visual analógica) para avaliar a dor (1-10: leve, moderada, intensa), Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) para avaliar qualidade de vida e exame laboratorial bioquímico de sangue para medir as concentrações de serotonina. Os resultados demonstraram: oscilações na percepção da dor, variando de moderada na fase pré-menstrual para intensa no primeiro dia da menstruação e leve no sétimo dia da menstruação; alterações nas concentrações plasmáticas de serotonina (diminuição), principalmente, da fase pré-menstrual para o 7º dia da menstruação, embora, ainda se encontrem dentro das concentrações de normalidade; o estilo de vida do indivíduo não atende satisfatoriamente os requisitos básicos para benefícios à saúde; e, oscilações no comprometimento da qualidade de vida nas diferentes fases do ciclo menstrual, resultantes principalmente, do estilo de vida do indivíduo bem como das alterações hormonais femininas no decorrer do ciclo menstrual que contribuem para o agravamento da sintomatologia da síndrome da fibromialgia.

Palavras chave: fibromialgia – estilo de vida – qualidade de vida – dor

1- Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Fisiologia do Exercício – Prescrição de Exercício da Universidade Gama Filho - UGF.
2- Bacharel em Educação Física com aprofundamento em Atividade Física e Saúde.

ABSTRACT

The effect of lifestyle on the quality of life of an individual with fibromyalgia - case study

Fibromyalgia syndrome accounts for 1-2% of all rheumatic disorders, and 90% of patients with FMS are women. The general purpose of this case study was to evaluate the impact of lifestyle on the quality of life of a woman with fibromyalgia in different phases of the menstrual cycle. The sample of this descriptive quantitative and qualitative study was one 44-year-old woman. The instruments used were: profile of individual's life style, visual analogic scale (VAS) to measure pain (1 to 10; mild, moderate, intense), the Nottingham health profile (NSP) to measure quality of life; and laboratory blood tests to measure serotonin concentrations. Results showed variations in the perception of pain, which ranged from moderate in the premenstrual phase, to intense on the first day of menstruation and mild on the seventh day. Plasma serotonin concentrations, although always within normal concentrations, were found to be reduced, particularly from the premenstrual phase to the 7th menstruation day. The woman's life style did not meet the basic requirements for health benefits. Quality of life was variably impaired in the different phases of the menstrual cycle, particularly because of the woman's lifestyle and of hormone fluctuation during the menstrual cycle, which contributed to the aggravation of the Fibromyalgia syndrome symptoms.

Key words: fibromyalgia, lifestyle, quality of life, pain.

Endereço para correspondência:

Viviane-nava@ig.com.br
Rua José Renta Filho, 189
Itaum – Joinville – Santa Catarina
89210-143

INTRODUÇÃO

Reconhecida como patologia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 90 do século passado, de difícil diagnóstico devido a grande semelhança de seus sintomas com outras patologias, a Síndrome da Fibromialgia (SFM) é uma patologia debilitante e limitadora até mesmo de atividades do cotidiano nas pessoas por ela acometidas (Cristo, 2006; Norm e Hanson, 1998).

Estatísticas têm demonstrado que milhões de pessoas em todo o mundo independentemente da condição social, etnia, cultura, religião e formação, sofrem com a síndrome da fibromialgia, que apesar de ser comum a ambos os gêneros o maior número de diagnóstico ocorre entre as mulheres. Na patologia, entre suas mais diversas características destaca-se a dor, sendo geralmente esta o motivo que leva os indivíduos à busca de orientação médica (Heymann, 2006). Segundo Rodrigues e Tarantino (2007) 76 milhões de brasileiros sofrem com algum tipo de dor, que dependendo da sua intensidade pode gerar reposta como taquicardia, palidez, sudorese, boca seca, ansiedade, perda dos sentidos entre outras.

A dor, antes de tudo é um mecanismo de defesa do organismo que pode se manifestar de diversas maneiras, servindo como um sinal de alerta que o equilíbrio orgânico está comprometido, fator esse que requer uma investigação no sentido de identificar suas possíveis causas. Sabe-se que seu controle está relacionado à ação do sistema modulador da dor através de neurotransmissores como, por exemplo, a serotonina que também está associada ao controle emocional, um dos responsáveis pela maior ou menor percepção da dor (Guyton e Hall, 2002; Cosenza, 1998).

Estudos têm demonstrado que a questão emocional está associada a diversas patologias entre elas a depressão, síndrome da fadiga crônica, síndrome da fibromialgia, tensão pré-menstrual (TPM), síndrome miofascial, câncer e tantas outras. Dada à relevância desse fator são imprescindíveis todos os esforços no sentido da busca constante do controle emocional. Sabe-se, porém, que ele sofre interferência tanto de

fatores externos (do meio) como de fatores endógenos (relacionados ao próprio indivíduo), necessitando muitas vezes recorrer a intervenções terapêuticas medicamentosas (Loosen e colaboradores 2002; Guyton e Hall, 1998).

Das patologias citadas anteriormente associadas à questão emocional, para os indivíduos de gênero feminino a tensão pré-menstrual é particularmente importante, devido às grandes alterações fisiológicas que ocorrem nesse período. Tais alterações contribuem de maneira significativa para o aumento da sensibilidade deixando o organismo mais suscetível a uma série de acontecimentos, inclusive a percepção mais acentuada da dor (Buchalla e Neiva, 2007).

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico (o nível de energia, o sono), mental (o controle emocional; manutenção de uma visão positiva da vida), social (interagindo efetivamente) e espiritual (vivenciar o amor, a alegria, a paz e a plenitude) e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (Nieman, 1999).

Dessa forma, o objetivo desse estudo é avaliar o impacto do estilo de vida sobre a qualidade de vida (QV) em diferentes fases do ciclo menstrual em indivíduo fibromiálgico.

Síndrome da Fibromialgia – Histórico

“A síndrome da fibromialgia (SFM) é uma doença reumática não articular, que faz parte de um grupo de patologias musculoesqueléticas dolorosas que emanam de estruturas periarticulares de fora da cápsula articular e perióstio” (Norm e Hanson, 1998).

“O termo reumatismo foi introduzido por Guillaume de Baillou (médico francês) em 1592 para descrever manifestações clínicas músculo dolorosas e a febre reumática” e a separação dos diferentes tipos de reumatismo só foi realizada pelos pesquisadores a partir do século XVIII. A presença de nódulos musculares dolorosos (*tender points*), denominação que permanece até os dias atuais para síndrome da fibromialgia, foi verificada pela primeira vez pelo cirurgião inglês William Balfour em 1815, tendo seu conceito reforçado em 1827 por Scudamora e em 1841 por Valleix (francês) que passou a denominá-los *trigger points* (pontos gatilhos).

Com o avanço das pesquisas no

decorrer dos séculos XVIII e XIX, gradativamente a presença da dor muscular crônica foi sendo associada à participação do SNC e a distúrbios psicológicos. O primeiro termo utilizado para fibromialgia foi fibrosite proposto por William Gowers em 1904 e o seu conceito atual introduzido por Smythe e Moldofski em 1977 que além de descreverem a presença dos *tender points* demonstraram perturbação do sono não-REM (NREM) e ausência de inflamação dos pontos dolorosos (Heymann, 2006).

Síndrome da Fibromialgia – Etiologia

Embora até o momento a sua etiologia seja desconhecida, há indícios de que a síndrome da fibromialgia esteja relacionada a algum trauma, como queda grave, acidente de carro, infecção viral, procedimento cirúrgico e choques emocionais de grande impacto, como a perda de um membro da família (Heymann, 2006; Cristo, 2006).

Segundo Norm e Hanson, (1998), a especialidade médica competente para cuidar da síndrome da fibromialgia é a reumatologia. O seu diagnóstico é clínico, fator esse que requer um grande conhecimento do profissional sobre os fatores envolvidos e suas relações. Os critérios para o diagnóstico da síndrome da fibromialgia foram determinados pelo Colégio Americano de Reumatologia em 1990: critério 1 – história de dor generalizada; critério 2 – dor em 11 de 18 locais sensíveis à palpação com os dedos. Em relação ao critério 1, a dor será considerada generalizada se todos os seguintes itens estiverem presentes: a dor estará presente nos quatro quadrantes do corpo (acima e abaixo da cintura; nos lados esquerdo e direito) por mais de três meses e será percebida pelo indivíduo como dor à palpação correspondente a uma pressão de 4kg.

Quanto ao critério 2, a localização dos pontos sensíveis serão: 1,2 occipício – nas inserções do músculo suboccipital; 3,4 cervical inferior – nos aspectos anteriores dos espaços intertransversos na C5 – C7; 5,6 músculo trapézio – ponto médio da borda superior; 7,8 músculo supra-espinal – nas origens, acima da espinha da escápula perto da borda medial; 9,10 segunda costela – na segunda junção costovertebral; 11,12 epicôndilo lateral – 2 cm distais dos epicôndilos; 13,14 músculo glúteo – nos quadrantes superiores das nádegas; 15,16

grande trocânter – posterior à proeminência trocantéria; 17,18 joelho – no coxim gorduroso medial (Norm e Hanson, 1998).

Ao longo dos anos na tentativa de entender as causas da síndrome da fibromialgia foram propostos alguns prováveis mecanismos patogênicos, entre eles, a patologia psicológica, distúrbio do sono, patologia muscular, disfunção imunológica (provavelmente relacionada à deficiência nutricional de vitaminas e macronutrientes) e regulação deficiente nos neurotransmissores (provavelmente nas vias serotoninérgicas ascendentes). Dentro da patologia psicológica estudos têm identificado características comuns em pacientes fibromiálgicos. Depressão (em 30% dos indivíduos que tendem a melhorá-la tão logo a dor seja amenizada), ansiedade, dor crônica (em 100% dos indivíduos), insônia (mais de 90% dos indivíduos não conseguem atingir os estágios 3 e 4 do sono), irritabilidade, cefaléia, dificuldade de concentração, perda de interesse e preocupação com as funções corporais (Norm e Hanson, 1998). Indivíduos que sofrem com dores extremas freqüentemente tendem a apresentar depressão e ansiedade e conseqüentemente mais dor (Loosen e colaboradores, 2002).

Síndrome da Fibromialgia – Manifestações clínicas

A fibromialgia é considerada uma síndrome porque apresenta um conjunto de sintomas na sua maioria subjetivos, tendo como principal queixa, a dor difusa pelo corpo todo, com sensação de queimação. A intensidade da dor varia de indivíduo para indivíduo dependendo do grau de sensibilidade, ou seja, da tolerância à dor de cada um. Além da dor outros sintomas incluem: rigidez matutina, fadiga crônica, ou pouca tolerância ao trabalho, distúrbios do sono, os sintomas são influenciados pelo tempo que podem piorar com a chuva e o frio ou, melhorar com o calor, irritabilidade, alteração de humor, cefaléia, percepção de inchaço, etc. A síndrome da fibromialgia se diferencia da síndrome da fadiga crônica, principalmente, pela presença de dor constante (Norm e Hanson, 1998).

Segundo Provenza, Paiva e Heymann (2006), dos pacientes fibromiálgicos 90% apresentam manifestações satélites da doença

fator esse que pode resultar em acréscimo nos custos de tratamento na ordem de até 20%. As principais manifestações satélites da síndrome da fibromialgia são: síndrome da fadiga crônica (50%), distúrbios funcionais intestinais (40%), cistite intersticial (12%), dor pélvica crônica (5%), cefaléia (53%) e disfunção da ATM (75%). A síndrome da fibromialgia pode ser primária, quando não apresenta outras patologias associadas, ou, secundária quando associada a outras patologias como, por exemplo, artrite reumatóide.

Pessoas em condições especiais de saúde apresentam maior suscetibilidade a desenvolver a síndrome da fibromialgia, e sua prevalência é alta, por exemplo, na AIDS e diabetes (17%), pacientes em hemodiálise (7,4%), psoríase (8,3%) e artrite reumatóide (17,1%). Embora nessas condições a síndrome da fibromialgia contribua ainda mais para diminuir a qualidade de vida dos indivíduos diretamente e indiretamente de seus familiares, o mesmo ocorre em indivíduos que não apresentam tais condições, pois poderá resultar no afastamento do trabalho e conseqüente diminuição na renda familiar. Traz complicações diretas para a sociedade, uma vez que, promove o aumento direto e indireto nos custos com saúde pública, sendo os mesmos comparados aos custos com lombalgia, podendo avultar ainda mais quando o indivíduo possuir depressão associada (Cristo, 2006).

Síndrome da Fibromialgia - Epidemiologia

Estudos indicam que mais de 10% da população em geral possui algum tipo de doença reumática não-articular, e destes 1-2% com síndrome da fibromialgia que por sua vez 90% são mulheres. Embora mais comum na idade adulta (30-45 anos) e mais incomum a partir dos 60 anos de idade, acomete também crianças e adolescentes com estudos já diagnosticados a partir dos 12 anos de idade (Heymann, 2006; Cristo, 2006).

Um estudo realizado no Brasil com síndrome da fibromialgia por Helfenstein em 1997, constatou que 64% dos pacientes apresentavam depressão associada, sendo: 30% depressão grave e 34% depressão moderada. Nesse mesmo estudo ficou evidenciado que 70% dos pacientes apresentavam traços de ansiedade

significativa e 88% estado de ansiedade alta (Helfenstein Jr, 2006a).

Síndrome da Fibromialgia - Tratamento

Como na grande maioria dos casos a síndrome da fibromialgia está associada à outra patologia, faz-se necessário uma abordagem multidisciplinar para sua reabilitação e não apenas o tratamento medicamentoso, considerando-se os múltiplos fatores envolvidos. Intervenções não medicamentosas de caráter alternativo como a atividade física, principalmente a aeróbia, que tem se demonstrado grande aliada no controle da dor, melhora do sono, diminuição dos pontos dolorosos e diminuição da ansiedade; terapia psicológica, educação ao paciente, acupuntura, biofeedback, técnicas manipulativas, fisioterapia e hidroterapia podem contribuir para a melhora do indivíduo (Lage e Valim, 2006).

Sistema Nervoso Central

O sistema nervoso central (SNC) além de controlar as funções de todos os sistemas orgânicos, interpreta e desencadeia respostas adequadas ao estímulo recebido. Divide-se em: 1) SNC, formado pelo encéfalo e medula espinhal que se refere ao esquema estrutural do mesmo. O encéfalo por sua vez é formado pelo cérebro, cerebelo e tronco encefálico, sendo este último subdividido em mesencéfalo, ponte e bulbo; e, 2) sistema nervoso periférico, correspondente ao esquema funcional, constituído pelos nervos espinhais e cranianos, gânglios (sensitivos e viscerais) e terminações nervosas (sensitivas e motoras) (Dângelo, 2002; Guyton e Hall, 1998; Cosenza, 1998).

Uma classificação mais ampla, o sistema nervoso pode ser subdividido da seguinte maneira: 1) sistema nervoso somático – constituído pelas vias aferentes, centros e vias eferentes. É voluntário (consciente) e está estritamente relacionado à integração do indivíduo com o meio; 2) sistema nervoso visceral – igualmente constituído pelas vias aferentes, centros e vias eferentes. Nesse sistema as vias eferentes correspondem ao sistema nervoso autônomo, pois a resposta ao estímulo dos vísceroreceptores ocorre de forma inconsciente. O sistema nervoso autônomo

está diretamente relacionado à manutenção da vida, se subdivide em simpático e parassimpático, sendo que esses interagem de maneira compensatória para garantir a manutenção da vida (Cosenza, 1998; Dângelo, 2002).

A grande maioria das atividades do sistema nervoso se inicia por meio de um estímulo sensorial originado nos receptores sensoriais visuais, auditivos, táteis, olfativos, entre outros. Para que essas informações sejam processadas, armazenadas, e para que haja uma resposta adequada ao estímulo, ocorre uma verdadeira integração entre todas as áreas do sistema nervoso, cada qual com suas funções específicas. Essa via de informação até o SNC é denominada aferente e a via de resposta eferente (Davies, Blakeley e Kidd, 2002).

No sistema nervoso as informações são transmitidas através de impulsos nervosos pelos neurônios (células nervosas) que formam uma verdadeira rede de transmissão. Os neurônios são constituídos por um corpo celular, onde se encontra o núcleo e, prolongamentos celulares que por sua vez podem ser de dois tipos: os dendritos e os axônios. As informações são transmitidas de um neurônio para outro através de sinapses químicas. O primeiro neurônio (pré-sináptico), secreta uma substância química denominada neurotransmissor que irá atuar sobre as proteínas receptoras no próximo neurônio (pós-sináptico) que poderá excitá-lo ou inibi-lo. Dessa forma, as informações percorrem as vias aferentes e eferentes respondendo aos estímulos recebidos como no caso do controle da dor (Cosenza, 1998; Guyton e Hall, 1998).

A dor

“A dor é uma sensação incômoda ou penosa, atua como um mecanismo de defesa e indica que há um distúrbio orgânico” (Barbanti, 2003). Segundo Brown e Forest (2006), para a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP – *International Association for the Study of Pain*), a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável que associamos primariamente a dano aos tecidos ou descrevemos em termos deste dano, ou ambos. Conceitualmente a dor é composta por três níveis: um componente sensorial-

discriminativo, um componente motivacional-afetivo e um componente cognitivo-avaliativo”.

Portanto, deve ser investigada criteriosamente levando-se em consideração alguns aspectos de extrema relevância que contribuirão para um diagnóstico mais preciso. A dor deve ser avaliada quanto a sua natureza, qualidade e intensidade; quanto a sua localização exata; quanto a sua duração e consistência; quanto a fatores agravantes; e, quanto a fatores que possam promover seu alívio. Identificar se a dor é profunda ou superficial, perfurante ou latejante, se é irradiante de um ponto para outro, se é constante ou intermitente ou se, manifesta simultaneamente em diversos pontos de um membro ou do corpo; a sua duração e frequência; se ela se agrava de acordo com determinado movimento, postura, esforço, espirros, tosses, hora do dia e ainda identificar fatores que possam aliviá-la como a utilização de medicamentos e sua dosagem, com calor, frio ou troca de posição (Mancall, 1986).

Guyton e Hall (1998) classificam a dor em dois tipos principais: a dor rápida e a dor lenta. A dor rápida também conhecida como dor constante, dor em pontada, dor aguda, dor elétrica e outras, é sentida em 0,1 segundos após a aplicação do estímulo doloroso. Seus sinais são transmitidos para a medula espinhal por pequenas fibras nervosas periféricas do tipo A delta com velocidade que varia de 6 a 30m/s posteriormente a informação é enviada ao cérebro pela via neoespinalâmica. O principal neurotransmissor excitatório nesse tipo de fibra é o glutamato que possui ação de alguns poucos milissegundos. Quando a dor é identificada como dor lenta em queimação, dor contínua, dor latejante, dor nauseante e dor crônica, todas essas terminologias se referem à dor lenta. Esse tipo de dor é transmitido para a coluna espinhal por fibras nervosas tipo C (muito menores que as fibras tipo A delta) e posteriormente enviada ao cérebro pela via paleoespinalâmica com velocidade entre 0,5 e 2m/s. Nesse tipo de fibra os principais neurotransmissores excitatórios são o glutamato com ação instantânea e a substância P que é liberada lentamente. Independentemente da via de transmissão, a dor chega às estruturas superiores do SNC (tálamo) que será então enviada ao sistema límbico, hipotálamo e suas conexões, córtex cerebral, áreas envolvidas no processamento das emoções, memória e aprendizagem.

A dor é vivenciada quando seus receptores são estimulados. Esses receptores são terminações nervosas livres encontradas em todos os tecidos do corpo, principalmente, nas camadas superficiais da pele, sendo que, quanto mais profundo for o tecido, menos receptores terá, necessitando de um estímulo maior para ativá-los. Os receptores da dor podem ser ativados por três diferentes estímulos: mecânicos, térmicos e químicos ou, múltiplos estímulos. A dor químico-dolorosa é particularmente provocada por substâncias químicas como a bradicinina, histamina, íons potássio, enzimas proteolíticas e a substância P, sendo elas estimuladoras da dor intensa após a lesão dos tecidos (Davies, Blakeley e Kidd, 2002).

As pessoas reagem à dor de formas diversas, algumas são extremamente resistentes, ao passo que outras, extremamente sensíveis. De acordo com a médica Fabíola Peixoto Minson, do Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo) "na mulher, a dor atinge sua intensidade máxima mais rapidamente em relação aos homens e mesmo assim ela tem maior tolerância" (Rodrigues e Tarantino, 2007).

As particularidades de resistência ou sensibilidade à dor, entre muitos fatores estão relacionadas à capacidade do cérebro bloquear a entrada de sinais da dor no sistema nervoso (SN) ativando o sistema de analgesia. Esse sistema é composto por três componentes principais: 1) áreas da substância cinzenta periaquedutais e periventriculares; 2) núcleo magno da rafe; e 3) complexo inibitório da dor localizado nas pontas dorsais da medula espinhal que pode bloquear a dor originária dos nervos periféricos (Guyton e Hall, 2002). Ainda, segundo Cosenza (1998), a integração desses componentes é realizada pela vias serotoninérgicas descendentes onde ocorre a produção das substâncias encefalina e especialmente a serotonina, contribuindo para a inibição das células A delta e C já na entrada da medula espinhal.

Além do sistema descrito anteriormente na inibição da dor, também há o sistema opióide do cérebro relacionado à produção de endorfinas e encefalinas que atuam como inibidores naturais da dor. Essas substâncias são distribuídas em diversos pontos do sistema nervoso, sendo que, as mais importantes são, a meta-encefalina e leu-

encefalina (presentes na hipófise) que também estão envolvidas no sistema descrito anteriormente e, a β -endorfina e dinorfina presentes tanto na hipófise quanto no hipotálamo (Davies, Blakeley e Kidd, 2002).

É consenso médico que a dor deve ser tratada antes mesmo de se conhecer as suas reais causas. Isso se deve ao fato da sua grande influência e associação com outras manifestações que podem ser desencadeadas a partir dela, bem como, do agravamento que a mesma poderá provocar em patologias já existentes como a depressão (Moreno, 2004).

A depressão

A depressão é também conhecida como "transtorno do humor" e até o momento não se estabeleceu as suas bases etiologias e fisiopatológicas. Porém, existe um consenso de que múltiplos fatores etiológicos, genéticos, bioquímicos, psicodinâmicos e sócio-ambientais, podem interagir de modos complexos e que a sua compreensão requer um amplo conhecimento das relações entre tais fatores. Entre as principais teorias etiológicas destacam-se: a) dos acontecimentos da vida, onde um dos principais é a perda ou morte da pessoa amada; b) as teorias biológicas com destaque para os neurotransmissores do grupo monoaminas (noradrenalina, serotonina e dopamina) e fatores neuroendócrinos caracterizado, principalmente, por um trauma emocional; e c) as teorias psicossociais que remetem basicamente ao sentimento de frustração do indivíduo (Loosen e colaboradores, 2002).

Os transtornos depressivos podem ser leves, moderados e severos. Os leves e moderados geralmente são de curta duração, sendo mais comuns na população em geral e em serviços de atenção primária à saúde, podendo em qualquer das situações causarem enorme sofrimento, principalmente, se associados com incapacitação e alto custo individual, social e econômico. Os transtornos leves e moderados na sua maioria são eventos passageiros, agudos e de fácil recuperação. Situação contrária ocorre com os transtornos de caráter severo que podem apresentar episódios de 8-9 anos de duração, são sujeitos à recorrência, possuem alta incidência, acarretando custos altíssimos aos cofres públicos, pois necessitam de uma

abordagem multidisciplinar, além de apresentarem alta taxa de hospitalização. Estima-se que cerca de 20-25% da população em geral sofre com a depressão e esta já representa um dos maiores problemas de saúde pública (Lima, 1999).

A depressão pode apresentar diversos sinais e sintomas, além de possuir sua origem em causas orgânicas. Entre os principais sinais e sintomas destacam-se o humor deprimido, perda de interesse pelas atividades habituais, mudanças no apetite, mudança no sono (80% insônia), mudança na atividade corporal, perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva ou inadequada, indecisão ou diminuição na concentração e ideação suicida e tristeza profunda. Entre as principais causas orgânicas destacam-se o uso de medicamentos, substâncias de abuso (dependência química), doenças de ordem neurológicas, infecciosas, neoplásicas, metabólicas e endócrinas, vasculares e do colágeno, cardiovasculares e miscelânea (Loosen e colaboradores, 2002).

Lima (1999) destaca que, estudos têm demonstrado que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens. Tal fato pode estar relacionado ao acúmulo de responsabilidades e eventos fisiológicos. A idade de começo de transtornos depressivos está entre 20 e 40 anos, embora comum também na infância. Além dos fatores acima citados desencadeantes da depressão, outros de ordem socioeconômicos como baixa escolaridade e renda tendem a contribuir para expor a pessoa às situações de dificuldades; questões de segurança, de suporte social, situação conjugal e local de residência do indivíduo.

Guyton e Hall (2002) destacam que os sintomas acima descritos da depressão, estão relacionados ao controle motivacional (comportamental). As emoções, os sentimentos de raiva, passividade, agressividade, alegria, tristeza, prazer, medo, euforia, punição e humor, entre outros, são algumas das funções do sistema límbico (regiões basais do cérebro), que possui como estrutura central o hipotálamo com sua rede de conexões.

Entre muitas das substâncias químicas biológicas envolvidas no processo das emoções e bem-estar, encontra-se a serotonina. A serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT) é um neurotransmissor, que tem como

precursor o triptofano, aminoácido não-essencial, encontrado em abundância na natureza. Possui suas concentrações aumentadas durante o dia e drasticamente diminuídas ao anoitecer quando é convertida em melatonina. Age nos mais diversos sistemas, como cardiovascular, respiratório, intestino e sistema nervoso. É secretada nos núcleos da rafe no tronco encefálico (neurônios serotoninérgicos), se projeta para muitas áreas encefálicas e medula espinhal.

Nos neurônios serotoninérgicos encontram-se receptores de 5HT que são identificados de acordo com seu local de atuação. Os distribuídos por todo o sistema límbico cerebral são os receptores 5HT6 e 5HT7, sendo que, os 5HT6 apresentam alta afinidade com as drogas antidepressivas (King, 2007). Nas regiões inferiores do sistema nervoso está envolvida na inibição dos estímulos dolorosos aferentes (Haun e colaboradores, 2001), e nas regiões superiores pode colaborar no sentido do controle do humor e até mesmo causar o sono (Guyton e Hall, 2002).

O sono

“Sono é um estado especial do organismo, caracterizado pela inconsciência que permite a pessoa ser despertada por estímulos sensoriais ou outros estímulos” (Cosenza, 1998; Guyton e Hall, 2002; Barbanti, 2003).

O sono é imprescindível à manutenção da saúde e a sua necessidade é variável de acordo com as características de cada indivíduo e faixa etária, porém, crianças e adolescentes necessitam de mais horas de sono em relação, por exemplo, aos idosos. De modo geral uma noite de sono de 6 a 9 horas com poucas interrupções preenche as necessidades do organismo (Nahas, 2003).

A privação do sono está diretamente relacionada a uma capacidade de concentração diminuída, baixos níveis de energia para atividades laborais e do cotidiano, dificuldade na interação social, dor crônica, depressão, cefaléias, irritabilidade, distúrbios do humor, entre outros, fatores esses que podem contribuir inclusive, com a possibilidade de erro humano e aumento de acidentes. O mecanismo do sono funciona como uma via dupla, ou seja, da mesma forma que a sua privação pode resultar em distúrbios

já referidos, esses eventos, ao contrário, também poderão assumir a condição de causa de problemas do sono, por representarem fatores estressantes para o organismo (Nieman, 1999).

O sono é regulado pelos ritmos circadianos (ritmos biológicos naturais) conhecido como sono-vigília. É controlado pelo hipotálamo através das suas conexões com o sistema límbico que controlam os parâmetros fisiológicos do organismo, como a temperatura corporal, secreção de diversos hormônios, concentração de neurotransmissores no sistema nervoso, controle de ingestão de alimentos, excreção urinária e atividade corporal. Os ritmos circadianos são identificados a nível cerebral pelas informações de noite/dia, o que permite ao organismo a antecipação de eventos para seu ajuste natural. Dessa forma, ao escurecer o organismo inicia a liberação de melatonina (hormônio relacionado ao relaxamento) e ao amanhecer a glândula supra-renal libera o cortisol, hormônio relacionado ao estresse e que coloca o organismo em condições internas ideais para mais um dia de atividades (Cosenza, 1998; Nahas, 2003).

Durante o sono o organismo vivencia situações diferenciadas de acordo com seu ciclo e estágio. O sono possui dois (2) ciclos e quatro (4) estágios, sendo dois estágios para cada ciclo. Os ciclos do sono são classificados em sono NREM (Não-REM) e sono REM. Cada ciclo completo de sono tem duração aproximada de 90 minutos e o ciclo mais longo é o REM. O sono sempre começa e termina (quando não interrompido abruptamente) pelo NREM que se divide em: "primeiro estágio – sono mais leve, diminuição da atividade cerebral e dos sinais vitais e pensamentos parecidos com sonho; e segundo estágio – sono discretamente mais profundo e sinais vitais mais lentos. Em ambos os estágios a principal característica é a rápida movimentação dos olhos sobre as pálpebras" (Nieman, 1999; Guyton e Hall, 2002).

O segundo ciclo é o REM ou sono de ondas lentas, correspondente aos estágios três e quatro do sono. Nesses estágios o sono é profundo, há lenta atividade cerebral, os sinais vitais, como frequências cardíaca e respiratória e pressão arterial são diminuídas e os sonhos ocorridos não são lembrados pelo indivíduo. São os estágios do sono profundo, reparador, revigorante indispensável à

manutenção da saúde e do bem-estar (Nahas, 2003; Nieman, 1999). De acordo com Heymann (2006), indivíduos fibromiálgicos não atingem esses estágios do sono, sendo essa uma das causas da presença da grande maioria da sintomatologia presente na mesma. Conforme já citado anteriormente a privação do sono está associada tanto ao agravamento de quadros já estabelecidos como poderá contribuir para a manifestação de outras patologias.

Fisiologia feminina e a Tensão Pré-menstrual

As observações nas mudanças comportamentais em mulheres no período que antecede a menstruação são milenares e embora tenham sido descritas pela primeira vez no ano 400 a.C, somente a partir da década de 60 do século passado passou a receber a devida atenção da classe médica (Buchalla e Neiva, 2007).

A fisiologia feminina é determinada pelo sistema hormonal feminino que segue uma hierarquia entre os hormônios. Participam dessa hierarquia o hormônio de liberação das gonadotropinas (GnRH) produzido no hipotálamo, o hormônio foliculoestimulante (FSH) e o hormônio Luteinizante (LH), ambos secretados na adeno-hipófise em resposta ao GnRH e, os hormônios estrogênio e progesterona secretados nos ovários em resposta ao FSH e LH. Esses hormônios são secretados em maior ou menor quantidade durante o ciclo sexual mensal feminino (ciclo menstrual), que pode ser de 20 dias (curto), 28 dias (média) ou até 45 dias (longo), com duração de 5-7 dias. (Guyton e Hall, 2002).

O ciclo sexual feminino, também denominado ciclo ovariano, fisiologicamente pode ser dividido em três fases: fase folicular, fase ovulatória e fase lútea. Aproximadamente na metade do ciclo sexual feminino a partir do primeiro dia da menstruação, ocorre a ovulação. Cerca de dois dias antes desse evento (natural) a secreção dos hormônios LH aumenta de 6 a 10 vezes e de FSH de 2 a 3 vezes. Como resultado desses aumentos, em média 1-2 dias antes da menstruação, a secreção de progesterona também aumenta enquanto a secreção de estrogênio começa a cair. Se durante o período ovulatório não ocorrer a fecundação do óvulo, o corpo lúteo no ovário involui subitamente, bem como,

ocorre uma grande diminuição nas concentrações de secreção dos hormônios ovarianos, até a menstruação propriamente dita, e imediatamente ao seu início novamente terão essas concentrações aumentadas à medida que se aproxima o próximo período ovulatório (Davies; Blakeley e Kidd, 2002).

Toda essa alteração hormonal está relacionada à tensão pré-menstrual, que atinge 94% das mulheres brasileiras com idade entre 14 e 49 anos. Atualmente já são conhecidos mais de 150 sintomas (que surgem de 7-15 dias antes da menstruação) associados à tensão pré-menstrual que variam da oscilação do humor à cefaléia, alterações no padrão do sono (insônia), irritabilidade, inchaço, alteração no controle da saciedade, dores pelo corpo, fadiga, mastalgia, entre outros, que a comunidade médica passou a denominá-la síndrome pré-menstrual. A intensidade dos sintomas varia de mulher para mulher, podendo ainda oscilar de mês para mês, assim como em determinado mês podem prevalecer os sintomas de ordem física e em outro os de ordem psíquica (emocional), de acordo com a ginecologista Rosana D. Simões da Universidade Federal de São Paulo (Buchalla e Neiva, 2007).

Segundo a ginecologista Mara Solange Diegoli, coordenadora do ambulatório de tensão pré-menstrual do Hospital das Clínicas de São Paulo, até o momento não foram elucidadas as causas da tensão pré-menstrual, porém, sabe-se que além das flutuações hormonais, principalmente, na segunda metade do ciclo, outros fatores como os de origem genética, ambientais e psicológicos podem estar envolvidos. A queda da concentração de estrógeno está associada à cefaléia e fadiga. Os aumentos nas concentrações de progesterona podem estar associados a desencadear quadros de ansiedade, irritação e retenção de líquido pelo corpo (inchaço). Também diminuem as concentrações de serotonina substância associada à sensação de prazer e bem-estar, de vitamina B6 de açúcar no sangue e de endorfinas (opióicos que ajudam a controlar a dor). O impacto dessas oscilações pode comprometer drasticamente a qualidade de vida não apenas do indivíduo, mas de familiares e de todas as pessoas com as quais convive, contribuindo muitas vezes, inclusive, para o afastamento das atividades laborais (Buchalla e Neiva, 2007).

A tensão pré-menstrual não tem cura, mas pode ser controlada através de algumas ações, entre elas a utilização de contraceptivos de uso contínuo ou baixas concentrações hormonais; através de uma dieta equilibrada com alimentos ricos em fibras para facilitar o funcionamento intestinal, o consumo de alimentos ricos em cálcio que ajudam a controlar a retenção de líquidos corporais, a redução no consumo de sal e açúcar refinado, que potencializam o inchaço e a fadiga, a diminuição no consumo de caféina (associada ao sono), a diminuição no consumo de álcool e frituras; a prática regular de atividade física que tem se mostrado eficiente no controle da irritabilidade, ansiedade e peso corporal; a utilização de antidepressivos e compostos fitoterápicos; a utilização de alguns suplementos nutricionais como o magnésio, vitamina B6 e cálcio; a utilização de diuréticos; e ainda, o acompanhamento de psicólogos e psiquiatras quando o caso requerer. Portanto, ações isoladas não são eficientes para seu controle (Buchalla e Neiva, 2007).

Estilo de vida versus Qualidade de vida

Segundo Nahas (2003) estilo de vida “é um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos”. Spirduso (2005) classifica qualidade de vida (QV) em três componentes: a) cognitivo e emocional – que dizem respeito a uma visão positiva da vida (controle das emoções); b) saúde e condicionamento – dizem respeito à saúde física indispensável à autonomia funcional; e c) social e recreativo – dizem respeito a sentir-se útil à sociedade, a ampliação dos laços de amizade e a busca da alegria, descontração e divertimento. De acordo com a autora, a combinação desses fatores é que definirá a qualidade de vida dos indivíduos.

Nahas (2003) ressalta ainda, que estilo de vida e saúde, para a grande maioria da população (80-90%), trata-se de uma questão de escolha. Embora indivíduo e sociedade tenham sua parcela de responsabilidade nas escolhas pessoais, as mudanças de hábitos (fatores) negativos modificáveis dependem quase exclusivamente do próprio indivíduo (fumo, álcool, drogas, stress, sedentarismo, etc). Por

outro lado, para uma pequena parcela da população ($\pm 10\%$), dividida em dois extremos ($\pm 5\%$), de um lado encontra-se um grupo de pessoas que, apesar de manterem um estilo de vida saudável, ainda assim, apresentam complicações de saúde e a longevidade diminuída. E, no outro extremo, um grupo de pessoas, que mesmo sem manter um estilo de vida saudável, conseguem uma vida longa e com saúde. Para esses grupos, há pouca influência do estilo de vida, ficando mais sujeitos às características herdadas.

O estudo se justifica devido ser no gênero feminino a maior incidência da síndrome da fibromialgia, além, de estarem sujeitas aos transtornos provocados pelas alterações hormonais no decorrer do ciclo menstrual, que normalmente contribuem para o agravamento do quadro já estabelecido; o conhecimento dessas variáveis poderá contribuir de maneira significativa para uma correta prescrição medicamentosa, bem como, na intervenção de terapias alternativas ou auxiliares que melhor possam atender o momento vivenciado pelo indivíduo; e, interesse particular em trabalhar com populações especiais.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa refere-se a estudo de caso do tipo quanti-qualitativa com delineamento descritivo.

A população e amostra foram constituídas por um (1) indivíduo do gênero feminino; idade 44 anos; estatura 1,52m; peso corporal 55 kg (IMC 24,12 kg/m²); casada; dois (2) filhos; classe social média; cor branca; residente em Joinville; nível de escolaridade superior completo; fibromiálgica, sendo a patologia diagnosticada há 2 anos e sintomática há 5 anos; idade reprodutiva com ciclos menstruais regulares de aproximadamente 28-30 dias e não faz uso de contraceptivos hormonais.

O estilo de vida do indivíduo foi avaliado pelo Perfil do estilo de vida individual (pentáculo do bem-estar), proposto por Nahas, Barros e Francalacci (2000), que classifica o estilo de vida em cinco componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e controle do "estresse", com escala de pontuação de 0-3 para cada componente. Para a avaliação da qualidade de vida (QV) foi utilizado o Perfil de Saúde de

Nottingham (PSN – versão brasileira) que classifica a qualidade de vida baseado em seis domínios, com um total de 38 itens, com alternativas de resposta "SIM" (1 ponto) e "NÃO" (0 ponto): dor, sono, interação social, habilidade física, nível de energia e reação emocional. A intensidade da dor foi avaliada pela Escala visual analógica (EVA de 1-10) onde: 1 é ausência de dor; 2-4 leve; 5-7 moderada; 8-10 intensa (sendo 10 a pior dor possível). As concentrações de serotonina foram avaliadas por exame bioquímico de sangue pelo método HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Performance).

Inicialmente o indivíduo foi informado sobre a importância do estudo e como seria realizada a coleta dos dados. Posteriormente autorizou o estudo através de assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados conforme segue: o questionário sobre estilo de vida foi aplicado durante o período ovulatório; o questionário sobre qualidade de vida (PSN), avaliação da intensidade da dor e a coleta de sangue para apuração da concentração plasmática de serotonina, foram realizados nos seguintes momentos: quarto dia da fase pré-menstrual, primeiro e sétimo dia da menstruação respectivamente.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na tabela 1 encontra-se registrado os resultados sobre o estilo de vida do indivíduo. Percebe-se que o mesmo está longe de atender satisfatoriamente os requisitos que favorecem uma boa qualidade de vida. A melhor classificação foi obtida para o componente comportamento preventivo, seguido do componente nutrição e, a pior classificação para o componente controle do estresse seguido pelos componentes atividade física e relacionamentos que obtiveram a mesma pontuação.

A tabela 2 apresenta os resultados (pontuações) sobre a qualidade de vida do indivíduo em diferentes fases do ciclo menstrual: pré-menstrual, primeiro dia da menstruação e sétimo dia da menstruação. Na fase pré-menstrual o indivíduo totalizou nove pontos (NÃO), sendo sete destes relacionados ao domínio "Habilidade física" o que sugere num primeiro momento que tanto da síndrome da fibromialgia quanto a tensão pré-menstrual

Tabela 1: Estilo de vida

Questões	Componentes/Classificação				
	Nutrição	Atividade física	Comportamento preventivo	Relacionamento	Controle estresse
A	1	1	2	1	1
B	2	1	3	1	0
C	1	1	2	1	1

Escala

- 0 Absolutamente não faz parte do seu estilo de vida
- 1 Às vezes corresponde ao seu comportamento
- 2 Quase sempre verdadeiro no seu comportamento
- 3 A afirmação é verdadeira, faz parte do seu estilo de vida

Tabela 2: QV nas diferentes fases do ciclo menstrual

Domínio	Fases do ciclo menstrual					
	Pré-menstrual		1º dia menstruação		7º dia menstruação	
Respostas	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
NE	4		4			4
D	7	1	8		2	6
S	5		5		3	2
RE	7	1	7	1	3	5
IS	5		5		3	2
HF	1	7	4	4	1	7

NE nível de energia **D** dor **S** sono **RE** relacionamentos

IS interação social **HF** habilidades físicas

não interferem nas mesmas, pelo menos não de forma significativa para este indivíduo e nesta fase.

Percebe-se que o momento de maior comprometimento encontra-se no primeiro dia da menstruação que totalizou 33 pontos (SIM) e somente 5 pontos (Não), mantendo nessa fase a pontuação (SIM) da fase pré-menstrual com agravamento nos domínios “Dor” e “Habilidades físicas”. A fase de menor comprometimento é verificada no sétimo dia do ciclo menstrual com melhora significativa nos domínios “Dor”, “Nível de energia” e “Reação emocional”, seguido pelos domínios “habilidades físicas” e “Sono” gerando uma melhora geral na condição do indivíduo.

Em diálogo informal, o indivíduo relatou que durante a semana que antecede a menstruação, até o segundo/terceiro dia desta, faz uso de medicamento para depressão (amitriptilina) e indução ao sono, além, de analgésicos e relaxantes musculares, várias vezes ao dia. Destacou ainda, que durante essa fase a dor é predominante nos

quadrantes inferiores do corpo, principalmente, nos joelhos e tornozelos.

Em relação à intensidade da dor avaliada nas diferentes fases do ciclo menstrual, pelo gráfico 1, percebe-se que a mesma possui um tracejado ascendente da fase pré-menstrual (6: moderada) para o primeiro dia da menstruação (8: intensa) e, descendente de forma abrupta para o sétimo dia da menstruação (3: leve). Tal resultado é coerente com os achados do “domínio dor” do perfil de saúde, que apresentou grande variação, principalmente, do primeiro para o sétimo dia da menstruação. Vale ressaltar, que no primeiro dia da menstruação de acordo com o perfil de saúde, para o item 4 (a dor que eu sinto é insuportável) o indivíduo respondeu “SIM” o que para a avaliação da intensidade da dor de acordo com a EVA (escala visual analógica) correspondeu a oito (8) e não dez (10). Tal fato demonstra claramente que a percepção da dor é subjetiva e dependente de diversos fatores.

As concentrações plasmáticas de serotonina para as diferentes fases do ciclo menstrual estão representadas no gráfico 2, onde é possível observar uma variação dessas concentrações, assim como, uma oscilação nas diferentes horas do dia. Para o 4º dia pré-menstrual a dosagem ficou em 142,9 ng/ml de sangue, às 9:52h; no primeiro dia da menstruação 147,8 ng/ml de sangue, às 16:49h; e no sétimo dia da menstruação 183,9 ng/ml de sangue, às 7:38h.

Segundo Haun e colaboradores (2001), a síndrome da fibromialgia possui um fator de predisposição genética (características herdadas) e “as evidências do acometimento do SNC vem de diferentes estudos”. Entre eles, que indivíduos fibromiálgicos possuem concentrações de serotonina diminuídas no SNC e em contrapartida concentrações mais elevadas de Substância P no córtex e medula. Tal fator resulta em vaso constrição cerebral (hipofluxo sangüíneo), dificultando a integração, análise e interpretação dos estímulos dolorosos por alterações na expressão dos receptores da serotonina na membrana pós-sináptica.

Especificamente no caso do indivíduo desse estudo, embora a dosagem de serotonina tenha sido realizada no sangue, da mesma forma observa-se uma variação das concentrações em diferentes fases do ciclo menstrual, bem como, em diferentes horas do dia. Tal variação é mais bem percebida do 4º dia pré-menstrual para o 7º dia do período menstrual, onde há uma alteração significativa de 142,9 ng/ml para 183,9 ng/ml que resultou numa melhora geral na condição do indivíduo.

A dosagem de serotonina observada sugere que realmente ocorre uma diminuição nas suas concentrações e que o mesmo pode ocorrer no SNC, principalmente se considerarmos as diferentes concentrações em diferentes horários analisadas. Outro dado importante a considerar é que embora tenha ocorrido uma diminuição nas concentrações plasmáticas de serotonina, de acordo com os valores referenciais (normal 50 – 200 ng/ml sangue), estes ainda classificam-se como normais e que no decorrer do dia próximo do anoitecer, essas concentrações naturalmente diminuem, aumentando a secreção de melatonina, substância relacionada ao relaxamento e ao ciclo sono/vigília.

Estudos têm demonstrado que esse mesmo mecanismo pode estar envolvido com

diversas patologias como, por exemplo, enxaqueca, depressão, e tensão pré-menstrual. Essa uma das razões pela qual nesses casos a utilização de medicamentos antidepressivos, principalmente, amitriptilina, ajustada as suas doses a cada situação, observa-se uma melhora considerável dos pacientes, principalmente no aspecto emocional. Essa substância (amitriptilina) atua no sentido de inibir a recaptção da serotonina na membrana pré-sináptica, aumentando a sua concentração e ação, principalmente, no sistema límbico que é responsável pelas sensações e afetividade, além de inibir a formação da Substância P que é a principal responsável pelo aumento da sensibilidade à dor.

Diversos fatores em comum entre as patologias elevam a dificuldade de diagnóstico correto como no caso da síndrome da fibromialgia. Reforçando os achados da literatura, Helfenstein Jr. (2006b), em relato de caso descreve com propriedade o ocorrido com um indivíduo do gênero feminino, 29 anos, que diante do insucesso dos tratamentos ao qual fora submetida durante vários anos, precisou ser afastada de suas atribuições laborais. Entre os exames realizados destaca-se a eletroneuromiografia (ENMG), ultra-sonografias (US), tomografia computadorizada (TC) e exames laboratoriais específicos (todos com resultados negativos) e, ainda assim continuou sendo tratada como LER mesmo sem apresentar melhoras apesar do repouso. Tal fato pode estar relacionado a uma anamnese pouco confiável, bem como, à falta de conhecimento por parte do profissional sobre a sintomatologia da síndrome da fibromialgia e suas interações.

A respeito da sintomatologia da síndrome da fibromialgia, Costa e colaboradores (2005), realizaram um estudo em Salvador (BA), para identificar as características demográficas, socioeconômicas e clínicas de indivíduos fibromiálgicos. Participaram do estudo 120 mulheres, com média de idade 29,8 anos, que na ocasião apresentaram como principais sintomas clínicos: dor difusa (100%), fadiga (94,2%), acordar cansado (92,5%), distúrbios do sono (88,3%), ansiedade referida (87,5%) e depressão referida (39,2%). Tais sintomas corroboraram com a literatura utilizada nesse estudo.

A depressão por si só, já ocasiona prejuízos na qualidade de vida das pessoas e quando associada a outras patologias como a síndrome da fibromialgia, estes tendem a ser maiores ainda. Nesse sentido há diversos estudos comprovando tal evento. Berber, Kupek e Berber (2005) e Santos e colaboradores (2006) realizaram estudos para estimar e avaliar o impacto da depressão sobre fibromiálgicos, respectivamente.

No estudo de Berber, Kupek e Berber (2005), participaram 70 indivíduos de ambos os sexos, com faixa etária <40 e >55 anos, onde puderam constatar a presença de depressão em 2/3 da amostra, embora em graus distintos (leve, moderada, grave). No estudo de Santos e colaboradores (2006), participaram 40 mulheres, com idades 35-60 anos, divididas igualmente em dois grupos: 20 fibromiálgicos (grupo estudo) e 20 saudáveis (grupo controle).

Constatarem que a depressão era estatisticamente maior no grupo estudo. Em ambos os estudos a qualidade de vida dos indivíduos encontrava-se prejudicada.

Sabe-se, porém, que a depressão está associada a outras patologias e que seus sintomas são comuns contribuindo muitas vezes para erros diagnósticos. A síndrome pré-menstrual (SPM ou TPM) é um exemplo característico. Estudo realizado por Silva e colaboradores (2006), verificou a prevalência e fatores associados à mesma. Participaram do estudo 1395 mulheres, com idades 15-49 anos, em Pelotas (RS) onde verificaram alta prevalência dessa síndrome e os principais sintomas detectados foram: irritabilidade (71,4%), desconforto abdominal (70,1%), nervosismo e cefaléia (56,9%), cansaço (52,4%), mastalgia (51,7%), dores articulares (42,1%) e tristeza (40%).

Note-se que a maioria dos sintomas verificados no estudo de Silva e colaboradores (2006) na síndrome pré-menstrual são comuns a diversas patologias, inclusive à síndrome da fibromialgia. Tal fator já caracteriza motivo suficiente para que a mesma seja abordada e tratada de forma multidisciplinar e não somente da maneira convencional, medicamentosa. Estudos têm demonstrado que a utilização de terapias alternativas, quando combinadas a métodos convencionais, pode contribuir e muito, para melhorar a qualidade de vida das pessoas, acometidas pela síndrome da fibromialgia.

Em Mello e colaboradores (2005) sobre a relação do exercício físico sistematizado com embasamento científico e os aspectos psicobiológicos, concluiu que estes podem contribuir efetivamente, tanto a nível físico quanto mental, para melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Os exercícios sistematizados podem ser realizados de diferentes métodos: fisioterapia, hidroterapia, ioga, eutonia, academias, watsu, etc.

Maeda, Martinez e Neder (2006), avaliaram a eutonia como terapia auxiliar em fibromiálgicos. Participaram do estudo 20 mulheres, em tratamento convencional (medicamentoso), num programa de 25 sessões combinado com técnica cognitiva-comportamental e concluíram que a eutonia demonstrou ser útil para terapia em fibromiálgicos, quando associada ao tratamento habitual do grupo avaliado, principalmente no alívio da dor e qualidade de vida.

Gimenes, Santos e Silva (2006), avaliaram as respostas à dor e nível de depressão através do método watsu, em 20 indivíduos do gênero feminino, com idades entre 40-82 anos, fibromiálgicas, sem qualquer tratamento pregresso, submetidos a um programa de treinamento por 4 meses. Ao final do programa observaram reduções significativas tanto para os níveis de dor quanto para os de depressão. O método demonstrou ser eficiente para o grupo avaliado. Silva e Lage (2006) abordaram os benefícios fisiológicos da ioga na síndrome da fibromialgia e concluíram que quando aplicada com critérios a ioga pode trazer benefícios à saúde de fibromiálgicos atenuando os sintomas da patologia.

Sabbag e colaboradores (2007), avaliaram os efeitos de um programa de condicionamento físico supervisionado (academia), sobre a capacidade funcional, dor e qualidade de vida em 18 mulheres com média de idade 46,4 anos, fibromiálgicas. O grupo foi submetido a três sessões semanais de 60 minutos, com atividades combinadas (caminhada, trote, corrida, alongamento, atividades em piscina aquecida), durante um ano e concluíram que houve aumento da capacidade funcional, melhora da dor e da qualidade de vida.

Em todos os estudos citados, o método utilizado demonstrou ser eficiente na diminuição da sintomatologia em todas as

variáveis investigadas, melhorando consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O objetivo desse estudo foi avaliar o impacto do estilo de vida sobre a qualidade de vida de indivíduo fibromiálgico em diferentes fases do ciclo menstrual. Os resultados apontam que as oscilações bruscas das concentrações hormonais femininas nas diferentes fases do ciclo menstrual, contribuem para agravar os sintomas da SFM, com menor intensidade no domínio habilidade física que apresentou alteração negativamente somente no primeiro dia da menstruação.

A pesar do quadro apresentado, percebe-se uma atitude positiva do indivíduo quanto aos impasses que a vida lhe apresenta. Tal afirmação é verdadeira ao se considerar a resposta “NÃO” nos três momentos investigados para o item 32 (RE – Eu sinto que a vida não vale a pena ser vivida).

Esse estudo não é absoluto nem tão pouco elucida as questões relacionadas à síndrome da fibromialgia. Porém, é possível afirmar que a atual condição de saúde do indivíduo desse estudo, possui como principal fator potencial o estilo de vida, que não atende satisfatoriamente a grande maioria dos hábitos relacionados aos componentes nutricionais, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do estresse. Tal afirmação é verdadeira, principalmente, se considerado o fato do indivíduo não ser adepto à prática regular de atividade física, que tem demonstrado promover benefícios tanto de ordem preventiva como no tratamento e controle do estresse, da dor, depressão, ansiedade, melhora do humor, da socialização, do sono e tantas outras variáveis comuns à síndrome da fibromialgia e síndrome pré-menstrual.

Embora esse estudo tenha fornecido uma estimativa dos reflexos do estilo de vida sobre a qualidade de vida do indivíduo, novas pesquisas são necessárias no sentido de melhor traçar esses reflexos sobre grandes grupos. Para tanto, a seleção de amostras representativas é imprescindível. Outras variáveis que podem estar sendo avaliadas são os efeitos do exercício físico sobre as concentrações da substância P que é a

principal responsável pelo aumento da sensibilidade à dor.

REFERÊNCIAS

- 1- Barbanti, V.J. Dicionário de educação física e esporte. 2ª ed. Barueri: Manole, 2003.
- 2- Berber, J.S.S.; Kupek, E.; Berber, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev Bras Reumat, Vol. 45. Num. 2. mar/abr, 2005.
- 3- Brown, E.F.; Forest, L. Manejo da dor: aspectos gerais da fisiologia, da avaliação e do tratamento. In Manejo da Dor. fascículo 1, 2006.
- 4- Buchala, A.P.; Neiva, P. Muita calma nessa hora. Rev Veja. Ed 2011. Ano 40. Num. 22. 06 junho, 2007.
- 5- Cosenza, R.M. Fundamentos de neuroanatomia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1998.
- 6- Costa, S.R.M.R.; e colaboradores. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador – BA, Brasil. Rev Bras Reumat. Vol. 45. Num. 2. mar/abr, 2005.
- 7- Cristo, V.V. Fibromialgia: epidemiologia. In Fibromialgia e síndrome miofascial. São Paulo: Legnar, 2006.
- 8- Dângelo, J.G.; Fattini, C.A. Anatomia humana básica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
- 9- Davies, A.; BLakeley, A.G.H.; Kidd, C. Fisiologia humana. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 10- Gimenes, R.O.; Santos, E.C.; Silva, T.J.P.V. Watsu no tratamento da fibromialgia: estudo piloto. Rev Bras Reumat. Vol. 46. Num. 1. jan/fev, 2006.
- 11- Guyton, A.C.; Hall, J.E. Tratado de fisiologia médica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício

ISSN 1981-9900 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br / www.rbpfex.com.br

- 12- Haun, M.V.A.; e colaboradores. Fisiopatologia da fibromialgia. Sinopse de Reumatologia. Ano 3. Num. 1. Abril/2001.
- 13- Helfenstein, Jr, M. Fibromialgia: aspecto médico legais. In Fibromialgia e síndrome miofascial. São Paulo: Legnar, 2006a.
- 14- Helfenstein Jr, M. Fibromialgia, LER, entre outras confusões diagnósticas. Rev Bras Reumat. Vol. 46. Num.1. jan/fev, 2006b.
- 15- Heymann, R.E. Fibromialgia: histórico. In Fibromialgia e síndrome miofascial. São Paulo: Legnar, 2006.
- 16- King, M.W. Neurotransmissores: diversidade e funções. Disponível on line <http://www.cerebromente.org.br/n12/fundamentos/neurotransmissores/nerves_p.htm>acesso on line 20/11/2007.
- 17- Lage, L.V.; Valim, V. Fibromialgia: tratamento não medicamentoso. In Fibromialgia e síndrome miofascial. São Paulo: Legnar, 2006.
- 18- Lima, M.S. Depressão. Rev Bras Psiquiatria. Vol. 21. maio, 1999.
- 19- Loosen, P.T.; e colaboradores. Transtornos do humor. In Psiquiatria, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 20- Maeda, C.; Martinez, J.E. e Neder, M. Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia. Rev Bras Reumat, Vol. 46. Núm.1. jan/fev, 2006.
- 21- Mancall, E.L. O exame neurológico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Colina, 1986.
- 22- Mello, M.T.; e colaboradores. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. Rev Bras Med Esp, Vol. 11. Num. 3. mai/jun, 2005.
- 23- Moreno, J.R. A teoria moderna da dor e suas conseqüências práticas. Prática Hospitalar. Ano VI. Num. 35. set-out, 2004.
- 24- Nahas, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ª ed. Londrina: Midiograf, 2003.
- 25- Nahas, M.V.; Barros, M.V.G.; Francalacci, V.L. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Rev Bras de Atividade Física e Saúde. Vol. 5. Num. 2. 2000.
- 26- Nieman, D.C. Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.
- 27- Norm, A.; Hanson, B. Exercícios aquáticos terapêuticos. São Paulo: Manole, 1998.
- 28- Provenza, J.R; Paiva, E.S.; Heymann, R.E. Fibromialgia: manifestações clínicas. In Fibromialgia e síndrome miofascial. São Paulo: Legnar, 2006.
- 29- Ribeiro, S. Fibromialgia sob controle. Rev Saúde. Num. 288. agosto, 2007.
- 30- Rodrigues, G. e Tarantino, M. Livre da dor. Rev ISTOÉ. Num. 1982. 24/10/2007.
- 31- Sabbag, L.M.S.; e colaboradores. Efeitos do condicionamento físico sobre pacientes com fibromialgia. Rev Bras Med Esp, Vol. 13. Num. 1. jan/fev, 2007.
- 32- Santos, A.M.B.; e colaboradores. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. Rev Bras Fisiot, Vol. 10. Num. 3. jul/set, 2006.
- 33- Silva, C.M.L.; e colaboradores. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. Revista de Saúde Pública. Vol. 40. Num. 1. 2006. Disponível on line www.fsp.usp.br/rsp acesso on line 20/11/2007.
- 34- Silva, G.D.; Lage, L.V. loga e fibromialgia. Rev Bras Reumat, Vol. 46. Num. 1. jan/fev, 2006.
- 35- Spirduso, W.W. Dimensões físicas do envelhecimento. Manole, 2005.

Recebido para publicação no dia 20/09/2008
Aceito em 03/11/2008