

Anxiety associated to sociodemographic and clinical factors of females with fibromyalgia syndrome *

Ansiedade associada a fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com síndrome da fibromialgia

Alexandro Andrade¹, Ricardo de Azevedo Klumb Steffens¹, Marina Luiz Ganzert¹, Maick da Silveira Viana¹, Carla Maria de Liz¹, Ricardo Brandt¹, Fábio Hech Dominski¹

*Recebido da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) - Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID). Florianópolis, SC, Brasil.

• O estudo está sendo analisado pelo REBEC (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos) com o número de REQ: 350.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: To characterize anxiety of females with fibromyalgia syndrome (FMS) and to observe the association of trait and state anxiety with pain and non-restorative sleep.

METHODS: Participated in the study 61 females with clinical diagnosis of FMS, living in Greater Florianópolis. Socio-Demographic and Clinical Questionnaire (SDCQ) and Trait-State Anxiety Inventory (TSAI) were used as research tools.

RESULTS: Mean age of participants was 49 ± 9.2 years. Generalized pain was present in 88.5% ($n = 54$) of participants and non-restorative sleep was present in 54 females (88.5%). State anxiety showed medium level of anxiety in 57.4% of participants ($n = 35$); in trait anxiety, the level of medium anxiety was present in 85.2% of females ($n = 52$). There has been significant correlation between non-restorative sleep and trait anxiety ($p = 0.03$). There has been no correlation between generalized pain and trait anxiety ($p = 0.53$), generalized pain ($p = 0.98$) and non-restorative sleep ($p = 0.10$) and state anxiety.

CONCLUSION: In this population of females with fibromyalgia syndrome, there has been predominance of medium anxiety, both for anxiety state and trace. There has been no correlation between pain and trace or state anxiety, however there has been correlation between females with trace anxiety and non-repairing sleep.

Keywords: Anxiety, Fibromyalgia syndrome, Pain, Sleep.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Caracterizar a ansiedade de mulheres com síndrome da fibromialgia e verificar a associação dos níveis de ansiedade traço e estado com dor e sono não restaurador.

MÉTODOS: Participaram do estudo 61 mulheres com diagnóstico clínico de síndrome da fibromialgia, residentes na Grande Florianópolis. Foram usados, como instrumentos de pesquisa, o Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) e o Inventário de Ansiedade de Traço-Estado (IDATE).

RESULTADOS: A média de idade das pacientes do estudo foi de $49 \pm 9,2$ anos. A dor generalizada predominou em 88,5% ($n = 54$) das participantes, assim como o sono não restaurador estava presente em 54 mulheres (88,5%). No perfil de ansiedade estado, observou-se o nível de ansiedade média em 57,4% das participantes ($n = 35$). Já no perfil de ansiedade traço, o nível de ansiedade média ocorreu em 85,2% das mulheres ($n = 52$). Houve correlação significativa entre o sono não restaurador e ansiedade traço ($p = 0,03$). Não houve correlação entre as variáveis dor generalizada e ansiedade traço ($p = 0,53$), dor generalizada ($p = 0,98$) e sono não restaurador ($p = 0,10$) e ansiedade estado.

CONCLUSÃO: Nesta população de mulheres com síndrome da fibromialgia, houve o predomínio do nível médio de ansiedade tanto para o estado quanto para o traço de ansiedade. Não foi observada correlação da dor com ansiedade traço nem estado, entretanto, foi observada uma correlação entre mulheres com ansiedade traço e sono não restaurador.

Descritores: Ansiedade, Dor, Síndrome da fibromialgia, Sono.

INTRODUÇÃO

Os critérios diagnósticos da síndrome da fibromialgia (SFM) foram estabelecidos em 1990, pelo Colégio Americano de Reumatologia (CAR). Esses critérios incluem dor difusa e crônica por pelo menos três meses e a presença de 11 dos 18 *tender points*, dolorosos à pressão de aproximadamente 4 kgf. A associação da SFM com outras síndromes de natureza funcional é uma constante, e pode-se citar, entre elas, a ansiedade². Estes quadros de ansiedade influenciam negativamente os pacientes com SFM e estão frequentemente associados aos sintomas de dor crônica³.

A ansiedade é definida como um estado emocional com componentes

1. Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Apresentado em 17 de janeiro de 2013.

Aceito para publicação em 10 de setembro de 2013.

Conflito de interesses: Nenhum.

Endereço para Correspondência:
Ricardo de Azevedo Klumb Steffens
Rua Pascoal Simone, nº 358 - Coqueiros
88080-350 Florianópolis, SC.
E-mail: ricardoaksteffens@gmail.com

psicológicos e fisiológicos que fazem parte da normalidade das experiências humanas, sendo propulsora no desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direciona⁴. A ansiedade é frequentemente identificada como “traço” e “estado”. A ansiedade traço refere-se aos aspectos individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, ou seja, diferença na tendência em reagir a situações ameaçadoras, com elevações de intensidade de ansiedade, enquanto a ansiedade estado se caracteriza como sendo um estado emocional transitório propenso a sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, não sendo uma constante à pessoa⁴.

A prevalência de transtornos de ansiedade é relatada como sendo maior em indivíduos com SFM do que na população em geral⁵. Estudo relata que, na SFM, a ansiedade geralmente é referida pela maioria dos pacientes, e os autores encontraram um percentual de 87,5% das pacientes com SFM e ansiedade concomitante⁶.

Quando compararam pacientes com SFM com indivíduos saudáveis, autores perceberam que as com SFM apresentaram níveis mais altos de ansiedade estado e ansiedade traço⁷. Em outro estudo⁸ verificou-se que pacientes com SFM possuíam níveis de ansiedade mais altos do que pacientes com dor neuropática.

Outro estudo⁹ observou que indivíduos que sofrem com dor de forte intensidade são considerados suscetíveis a revelar níveis elevados de ansiedade, sendo em geral a ansiedade associada à intensidade e duração da dor¹⁰. Um estudo realizado com indivíduos saudáveis¹¹ verificou que 15% dos indivíduos com níveis mais altos de ansiedade referiam também dor e distúrbios do sono.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi caracterizar a ansiedade de mulheres com SFM e verificar a associação dos níveis de ansiedade traço e estado com dor e sono não restaurador.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo conduzido de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde e dentro dos padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsinki.

As participantes da pesquisa foram selecionadas de maneira não probabilística intencional, sendo mulheres com diagnóstico clínico de SFM, residentes na Grande Florianópolis, com média de idade de 49 ± 9,2 anos. O número de participantes foi de 61 mulheres, que responderam aos questionários de ansiedade traço e estado durante o período de março a novembro de 2011.

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa para o estudo: o Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)¹². O IDATE avalia aspectos específicos da ansiedade, presentes em diversas situações. É composto por duas escalas distintas elaboradas para medir o estado de ansiedade e também medir o traço de ansiedade. Cada escala tem 20 afirmações, sendo que, para cada uma delas, o indivíduo atribui uma resposta de 1 a 4, obtendo-se um escore final, que poderá variar de 20 a 80 pontos. Para avaliação dos resultados, é considerado o seguinte referencial: 20 a 40 pontos = nível baixo de ansiedade; 41 a 60 pontos = nível médio de ansiedade; 61 a 80 pontos = nível alto de ansiedade.

Os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados por um programa de extensão universitário que atende pacientes com SFM. As participantes foram informadas sobre os objetivos e procedimentos

da pesquisa e concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada participante respondeu ao QSDC e ao IDATE em sala reservada, sem interferência de terceiros, para que se sentissem mais confortáveis em fornecer suas respostas.

Os dados foram tabulados e analisados no programa *Statistic Package for Social Sciences* – SPSS, versão 17.0. Para a estatística descritiva, foram utilizadas distribuição das frequências, percentuais e análises das médias e desvios padrão. Para estatística inferencial, utilizou-se o teste de Qui-quadrado para verificar a associação dos níveis de ansiedade traço e estado com a dor generalizada e sono não restaurador. Estabeleceu-se valor alfa de 0,05, como nível de significância ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob o protocolo nº 18/2009.

RESULTADOS

A média de idade das 61 participantes do estudo foi de 49 ± 9,2 anos, predominantemente com o ensino fundamental completo ($n = 27 / 44,3\%$) e possuindo um companheiro ($n = 39 / 63,9\%$). A dor generalizada e o sono não restaurador foram observados igualmente em 88,5% ($n = 54$) das mulheres participantes do estudo (Tabela 1).

Em relação ao perfil de ansiedade estado, ocorreram os seguintes resultados principais: predominou o nível de ansiedade média em 57,4% das participantes ($n = 35$). Destas, 31 pacientes referiram possuir dor generalizada e 29 queixavam de sono não restaurador (Tabela 2).

No perfil de ansiedade traço, observou-se o nível de ansiedade média em 85,2% das participantes do estudo ($n = 52$). Destas, 47 pacientes relataram dor generalizada e 48 sono não restaurador (Tabela 3).

Houve correlação significativa entre o sono não restaurador e ansiedade traço ($p = 0,03$). Não houve correlação entre as variáveis dor generalizada e ansiedade traço ($p = 0,53$), dor generalizada ($p = 0,98$) e sono não restaurador ($p = 0,10$) e ansiedade estado (Tabela 4).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas das pacientes com síndrome da fibromialgia ($n = 61$).

Variáveis	Perfil
Idade (média e desvio padrão)	49 ± 9,2
Nível educacional (n; %)	
Ensino fundamental incompleto	10 (16,4)
Ensino fundamental completo	27 (44,3)
Ensino médio completo	16 (26,2)
Ensino superior completo	8 (13,1)
Estado civil (n; %)	
Com companheiro	39 (63,9)
Sem companheiro	22 (36,1)
Dor generalizada (n; %)	
Sim	54 (88,5)
Não	7 (11,5)
Sono não restaurador (n; %)	
Sim	54 (88,5)
Não	7 (11,5)

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com síndrome da fibromialgia em relação à ansiedade estado (n = 61).

Variáveis	Ansiedade Estado	
	Nível Baixo (20 a 40 Pontos) n (%)	Nível Médio (42 a 60 Pontos) n (%)
Número de pacientes	26 (42,6)	35 (57,4)
Idade (anos) média ± DP	51,3 ± 7,29	48,9 ± 10,4
Nível educacional		
Ensino fundamental incompleto	2 (20)	8 (80)
Ensino fundamental completo	13 (48,1)	14 (51,9)
Ensino médio completo	6 (37,5)	10 (62,5)
Ensino superior completo	5 (62,5)	3 (37,5)
Estado civil		
Com companheiro	19 (48,7)	20 (51,3)
Sem companheiro	7 (31,8)	15 (68,2)
Dor generalizada		
Sim	23 (42,6)	31 (57,4)
Não	3 (42,9)	4 (57,1)
Sono não restaurador		
Sim	25 (46,3)	29 (53,7)
Não	1 (14,3)	6 (85,7)

Tabela 3 – Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com síndrome da fibromialgia em relação à ansiedade traço total (n = 61).

Variáveis	Ansiedade Traço		
	Nível Baixo (20 a 40 Pontos) n (%)	Nível Médio (41 a 60 Pontos) n (%)	Nível Alto (61 a 80 Pontos) n (%)
Número de pacientes	5 (8,2)	52 (85,2%)	4 (6,6)
Idade (anos) Média ± DP	60 ± 6,63	49,3 ± 0,06	45 ± 6,37
Nível Educacional			
Ensino fundamental incompleto	1 (10)	9 (90)	0 (0)
Ensino fundamental completo	4 (14,8)	21 (77,8)	2 (7,4)
Ensino médio completo	0 (0)	14 (87,5)	2 (12,5)
Ensino superior completo	0 (0)	8 (100)	0 (0)
Estado civil			
Com companheiro	2 (5,1)	35 (89,7)	2 (5,1)
Sem companheiro	3 (13,6)	17 (77,3)	2 (9,1)
Dor generalizada			
Sim	4 (7,4)	47 (87)	3 (5,6)
Não	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)
Sono não restaurador			
Sim	4 (7,4)	48 (88,9)	2 (3,7)
Não	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)

Tabela 4 – Relação entre a dor generalizada e o sono não restaurador com a ansiedade traço e estado.

Relação	Valor	p
Dor generalizada x AT	1,25	0,53
Dor generalizada x AE	0,00	0,98
Sono não restaurador x AT	6,93	0,03*
Sono não restaurador x AE	2,59	0,10

* p < 0,05, AT = ansiedade traço, AE = ansiedade estado.

DISCUSSÃO

Os dados demográficos do presente estudo foram similares aos divulgados em estudo recente realizado no país com pacientes com SFM¹³.

A dor generalizada ocorreu em 88,5% das mulheres participantes deste estudo, dado próximo ao de um estudo realizado⁹ com 125 pacientes com SFM que demonstrou que a dor difusa foi encontrada em todas as pacientes, confirmando que a dor com esta apresentação é um elemento central das queixas de pacientes com SFM.

Em relação ao perfil de ansiedade, predominou, no presente estudo, o nível de ansiedade média, tanto na ansiedade estado quanto na ansiedade traço, com maior expressão nesta última. Em outro estudo⁶ a ansiedade foi referida por 105 pacientes (87,5%) e na pesquisa de Pagano e col.⁷ foi demonstrado que pacientes com SFM apresentaram níveis mais altos de ansiedade estado e ansiedade traço, com graus mais elevados de tensão, nervosismo, preocupação e apreensão do que pacientes saudáveis. Ainda, o estudo demonstrou que pacientes com SFM possuíam um nível de ansiedade mais alto quando comparados a pacientes com dor neuropática, ressaltando que a SFM pode provocar um aumento nos níveis de ansiedade⁸.

Obteve-se correlação significante apenas para o sono não restaurador e ansiedade traço, não havendo correlação com as variáveis dor generalizada e ansiedade traço, dor generalizada e sono não restaurador e ansiedade estado. Sabe-se que pacientes com SFM geralmente tem o seu sono prejudicado¹³ e isto pode interferir no nível de ansiedade, ocasionando uma relação entre sono ruim e nível de ansiedade, como ocorreu no presente estudo na ansiedade traço.

O sono não restaurador predominou em 88,5% das pacientes deste estudo. Confrontando com a literatura, autores observaram que os distúrbios do sono foram relatados por 106 pacientes (88,3%) com SFM atendidos na cidade de Salvador⁶. Outro estudo com indivíduos saudáveis verificou que 15% dos indivíduos relataram sintomas de ansiedade frequente, e aqueles com níveis mais altos de ansiedade referem dor e distúrbios do sono¹¹.

Não ocorreu correlação com as variáveis dor e ansiedade no presente estudo, apesar da dor generalizada das mulheres com SFM ter predominado no nível médio de ansiedade estado (57,4%) e no nível médio de ansiedade traço (87%) e também ter predominado em 88,5% das participantes do estudo. A literatura enfatiza que a ansiedade é associada à intensidade e duração da dor¹⁰. Em estudo realizado em pacientes com dor crônica, verificou-se que a ansiedade estava presente em 35% dos casos em relação a 18% da população em geral¹⁴. A ansiedade está frequentemente associada a estados dolorosos, muitas vezes associada a fatores psicológicos individuais. Situações de ansiedade e tensão interpessoal contribuem para o início ou agravamento da dor crônica¹⁵.

No presente estudo, esta correlação não significante pode ter ocorrido pela divisão dos participantes por níveis de ansiedade. Outro fator que poderia ter modificado o resultado da correlação dor e ansiedade seria a coleta por meio de um instrumento mais específico para a dor, tais como escala visual analógica ou algômetro de pressão, em vez de somente pergunta. Assim, os dados do presente estudo são relacionados ao cenário clínico e não a um experimento e, utilizando-se outros instrumentos, poderiam reforçar ou colocar em discussão os dados apresentados.

CONCLUSÃO

Nesta população de mulheres estudadas, observou-se um nível médio de ansiedade estado e traço, com correlação significativa para o sono não restaurador e ansiedade traço. Apesar de a variável dor generalizada estar presente na maioria dos participantes, não houve correlação com ansiedade.

Sugere-se futuros estudos relacionando-se ansiedade e dor generalizada com um número maior de participantes e utilizando-se de um instrumento mais específico para a variável dor.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à *FAPESC* (Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina) por apoio financeiro por meio de edital de pesquisa (Projeto nº 2442-2011/12), ao *CNPQ* (edital CNPq nº 10/2010) por bolsa de apoio técnico a pesquisador participante do artigo e à *CAPES*, por bolsa de pesquisa concedida a pesquisador participante do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.
2. Martinez JE, Fujisawa RM, Carvalho TC, et al. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol.* 2009;49(1):32-8.
3. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med.* 2003;163(20):2433-45.
4. Andrade L, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiquiatr Clin.* 1998;25(6):285-90.
5. Raphael KG, Janal MN, Nayak S, et al. Familial aggregation of depression in fibromyalgia: a community-based test of alternate hypotheses. *Pain.* 2004;110(1-2):449-60.
6. Costa SRMR, Pedreira Neto MS, Tavares-Neto J, et al. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45(2):64-70.
7. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EAG, et al. Avaliação da ansiedade e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos. *São Paulo Med J.* 2004;122(6):252-8.
8. Gormsen L, Rosenberg R, Bach FW, et al. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *Eur J Pain.* 2010;14(2):127.e1-8.
9. Friedrich M, Hahne J, Wepner F. A controlled examination of medical and psychosocial factors associated with low back pain in combination with widespread musculoskeletal pain. *Phys Ther.* 2009;89(8):786-803.
10. Blozik E, Laptinskaya D, Herrmann-Lingen C, et al. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10(13):1-8.
11. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, et al. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(6):432-8.
12. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29(4):453-7.
13. Steffens RAK, Liz CM, Viana MS, et al. Praticar caminhada melhora a qualidade do sono e os estados de humor em mulheres com síndrome da fibromialgia. *Rev Dor.* 2011;12(4):327-31.
14. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain.* 2003;106(1-2):127-33.
15. Quartilho MJR. Dor crônica: aspectos psicológicos, sociais e culturais(II). *Acta Reum Port.* 2001;26:255-62.