

DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA

CRONIC SKELETAL MUSCLE PAIN AND QUALITY OF LIFE

MÁRIO HUMBERTO ZAMBOM, RODRIGO MARQUES PARANAHYBA, FÁBIO LOPES DE CAMARGO, FABIANO INÁCIO DE SOUZA, LUIZ GUSTAVO NUNES SILVA

RESUMO

A dor representa importante sintoma de disfunção musculoesquelética. As síndromes dolorosas são responsáveis por importante prejuízo da capacidade funcional e, consequentemente na qualidade de vida do indivíduo. A dor miofascial é termo amplo que abrange dor em tecidos moles, de etiologia desconhecida. Dentre estas encontra-se a fibromialgia como paradigma de dor generalizada e a síndrome miofascial como representante da dor localizada. O presente estudo consiste em revisão bibliográfica sobre a fibromialgia e a síndrome miofascial, apresentando os estudos que investigam a relação de tais síndromes com a qualidade de vida do indivíduo. É possível verificar o caráter incipiente da sistematização da avaliação da repercussão funcional da FM, e que há notável carência desta investigação sobre a SMF, que é preferencialmente investigada junto às disfunções craniomandibulares.

DESCRITORES: DOR; FIBROMIALGIA; SÍNDROME MIOFASCIAL; CAPACIDADE FUNCIONAL; QUALIDADE DE VIDA.

ABSTRACT

Pain is an important symptom of musculoskeletal dysfunction. The pain syndromes are responsible for injury functional capacity and hence the individual's quality of life. Myofascial pain is broad term that covers pain in soft tissues of unknown etiology. Among these is fibromyalgia as a paradigm of widespread pain and myofascial syndrome as a representative of localized pain. This study consists of a literature review on fibromyalgia and myofascial syndrome, with studies investigating the relationship of such syndromes with the individual's quality of life. You can check the incipient nature of the systematic evaluation of the functional impact of FM, and that there is notable lack of this research on SMF, which is preferably investigated with the craniomandibular dysfunctions.

KEYWORDS: PAIN; FIBROMYALGIA; MYOFASCIAL SYNDROME; FUNCTIONAL CAPACITY; QUALITY OF LIFE.

INTRODUÇÃO

A dor representa importante, senão principal, sintoma de disfunção musculoesquelética, e, como afirma Feldman (2008), é um grave problema na comunidade. Via de regra, como apresenta o autor em sua discussão, é tendenciosamente associada a algum processo inflamatório. E, quando não, requer criteriosa capacidade diagnóstica.

A dor musculoesquelética não inflamatória tem sido tema amplamente discutido e estudado do ponto de vista diagnóstico e terapêutico. Hipóteses fisiopatológicas são constantemente apresentadas e elucidadas como possíveis deflagrantes do processo e aprimoramento das perícias diagnósticas clínicas demonstram a necessidade de uma certa “comprovação” deste tipo de dor. Pois, segundo Seo et al (2007), a ausência de testes

laboratoriais específicos contribui para que, clinicamente exista uma dificuldade diagnóstica.

Segundo Feldman (2008), os desequilíbrios momentâneos na inter-relação entre os sistemas de controle neurológico, imunológico-endócrino-comportamental, devidos a fatores estressantes, são comuns e incapazes de causar doença, até que atinjam um nível crítico, determinado, seja pela intensidade do estímulo, seja pela fraqueza das defesas do indivíduo.

“Assim, os quadros dolorosos representam a ponta do iceberg de um contínuo que se torna insuportável e requer atenção médica. (FELDMAN, 2008, p. 318).”

A dor, segundo Costa (2008), implica em importantes consequências funcionais, cognitivas e sociais. Relaciona-se com a capacidade motora de atividades funcionais, como

deambular-se, agachar-se, elevar os braços, por exemplo e também com a qualidade/quantidade do sono, que resulta em redução do limiar de dor e da energia diária para a rotina habitual, predispondo à depressão e distúrbios do humor.

Desta forma, a presente pesquisa apresenta uma revisão das publicações recentes acerca da dor musculoesquelética não inflamatória, que tem a “fibromialgia como paradigma de dor difusa crônica, e a síndrome miofascial, como representante da dor localizada.” (FELDMAN, 2008, p. 318), e seu envolvimento com a capacidade funcional do indivíduo, ressaltando seu impacto negativo e quais instrumentos têm sido utilizados para esta investigação.

OBJETIVOS

Revisar os aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome miofascial e da fibromialgia, enfatizando os diagnósticos diferenciais;

Apresentar os principais instrumentos utilizados na investigação do impacto funcional destas síndromes dolorosas na qualidade de vida do paciente.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste numa revisão bibliográfica, que utilizou como fonte de dados os portais virtuais públicos de periódicos científicos, constantes na Biblioteca Virtual de Saúde (Lilacs, Scielo, Medline).

A pesquisa foi realizada utilizando-se o descritor “síndrome miofascial”, dentre as publicações do período de 2003-2013, em língua portuguesa. A busca resultou em 283 publicações. Após leitura dos resumos, foram selecionados 27 artigos, excluindo teses e publicações com pouca relação com a temática da pesquisa. Estes foram lidos na íntegra e suas informações organizadas na presente revisão.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

SÍNDROME MIOFASCIAL E FIBROMIALGIA: TERMINOLOGIA

A Síndrome Miofascial (SMF) e a Fibromialgia (FM) são diagnósticos que podem ser confundidos ou coexistentes, como afirmam Seó et al (2007). Entretanto, a SMF é bastante abordada em estudos da área odontológica. Os autores apresentam o estudo de Plesh, et al (1996), que analisa e compara pacientes com SMF e FM e constata que 18,4% dos pacientes com SMF apresentou FM, mas 75% dos pacientes com FM apresentam SMF.

De acordo com Ruiz et al (2007), o termo “dor miofascial” é bastante amplo, abrangendo a dor em tecidos moles de etiologia desconhecida, como quadros como a SMF, cefaleia tensional e certas alterações da articulação têmporomandibular

(ATM), por exemplo. Desta forma, os autores afirmam que a FM pode, para alguns, ter um conceito amplo de “síndrome de fadiga crônica”, ou para outros, a SMF é uma forma de fibromialgia. (AARON, BURKE e BUCHWALD, 2000 apud RUIZ et al, 2007).

Características comuns apresentadas pelas patologias incluem, segundo Seó et al (2007, p. 49) “presença de dor, sono não reparador, depressão, má postura, sedentarismo e ansiedade dentre outros.”

Os autores ainda destacam, com importância, a alteração no processamento da percepção da dor, presente nas duas condições, que está relacionada à neuroplasticidade e à sensibilização do Sistema Nervoso Central (SNC), sendo na SMF o comprometimento do SNC secundário à alteração muscular regional, e na FM, ao contrário do que se acreditava, a origem não é muscular, e sim no SNC, o que explica sua distribuição generalizada e simétrica pelo corpo.

No tocante à classificação e diferenciação das síndromes, Yeng, Kaziyama e Teixeira (2003) afirmam que as síndromes algicas funcionais, quando regionalizadas, devem ser classificadas como SMF, e quando difusa, como FM.

Estes autores realizam uma retrospectiva histórica das síndromes musculoesqueléticas específicas. Relatam as primeiras descrições em 1592 quando Guillaume De Baillou utilizou o termo reumatismo. Em 1843 foram descritos pela primeira vez os pontos dolorosos endurecidos na musculatura de pacientes com reumatismo, denominados “calos musculares”. Posteriormente, em 1898, Strauss propôs que tais endurecimentos musculares resultassem do aumento de tecido conectivo nos músculos e tecido subcutâneo adjacente. O termo reumatismo muscular foi introduzido por Adler, em 1900, que também definiu a dor irradiada a partir de pontos dolorosos. A causa do reumatismo muscular foi atribuída a processo inflamatório do tecido conectivo ou fibroso por Gowers, em 1904, que utilizava o termo fibrosite.

Esta terminologia, segundo a revisão realizada pelos autores, foi difundida por vários autores, categorizada e classificada, e em 1915, Llewellyn & Jones lançaram o livro com título de Fibrosite e definiram como miofibrosite a “alteração inflamatória aguda ou crônica do tecido intersticial do músculo estriado e voluntário, como secundária no tecido parenquimatoso.” (YENG, KAZIYAMA e TEIXEIRA, 2003, p. 28).

Simons, 1976, citado pelos autores, afirma que as terminologias dor miofascial e síndrome dolorosa miofascial foi sugerida por Travell, em 1952, para designar afecções de miofilamentos de contração de fibras do músculo esquelético. Apresentou também nova definição para os pontos gatilho, relacionando seu estímulo à dor referida.

Outra definição da fibrosite data de 1981, e foi sugerida por Smythe, como Síndrome Dolorosa Musculoesquelética generalizada, com dor difusa por mais de três meses, pontos dolorosos à palpação e ao rolamento da pele da região escapular, alteração do sono, fadiga matutina e rigidez matinal.

Em 1986, Simons (1986) apud Seó et al (2007) sugeriu que FM e SMF seriam diferentes interpretações da mesma condição. Entretanto, atualmente, como já descrito, denomina-se FM as síndromes dolorosas generalizadas e SMF as regionalizadas, segundo os autores.

SÍNDROME MIOFASCIAL (SMF)

A SMF, segundo Yeng, Kazyama e Teixeira (2003) acomete músculos, tecido conectivo e fâscias, preferencialmente na região cervical, cintura escapular e lombar, gerando dor e incapacidade significativas. De acordo com Ballino e Vieira (2005) apud Batista, Borges e Wibeling (2012), é caracterizada pela dor muscular em regiões endurecidas, que apresentam bandas de tensão palpáveis e pontos extremamente dolorosos, os pontos gatilho, que, espontaneamente ou por compressão provocam dor em uma região distante, denominada dor referida.

Nos estudos que apresentam prevalência da SMF os dados variados são apresentados como resultantes da dificuldade diagnóstica da síndrome e sua coexistência com outras patologias. (Yeng, Kazyama e Teixeira, 2003; Seó et al, 2007; Hatje et al, 2009). Para Batista, Borges e Wibeling (2012), representa a maior causa de dor musculoesquelética.

As pesquisas apontam alta prevalência em pacientes com dor regionalizada, com ocorrência em 21% a 93% dos indivíduos com esta queixa. (Yeng, Kazyama e Teixeira, 2003; Seó et al, 2007; Batista, Borges e Wibeling, 2012). Tanto que alguns autores se referem a esta característica na definição desta síndrome, como uma síndrome de dor local ou regionalizada. (Yeng, Kazyama e Teixeira, 2003; Seó et al, 2007; Hatje et al, 2009). A maior ocorrência em mulheres é demonstrada nos estudos. (Yeng, Kazyama e Teixeira, 2003; Seó et al, 2007; Hatje et al, 2009; Batista, Borges e Wibeling, 2012).

Quanto à faixa etária, as pesquisas mostram que os indivíduos em idade ativa tendem ser acometidos com maior frequência de pontos gatilhos ativos, enquanto aqueles com idade avançada, com suas atividades reduzidas, têm predomínio de pontos gatilho latentes, com consequente diminuição dos sintomas da síndrome (Yeng, Kazyama e Teixeira, 2003; Seó et al, 2007; Hatje et al, 2009; Batista, Borges e Wibeling, 2012). Entretanto Batista, Borges e Wibeling (2012) apresen-

tam o estudo de Gerwin (2001), que verificou uma prevalência aumentada em indivíduos idosos, justificando o aumento desta condição patológica como o envelhecimento populacional e sua importância na qualidade de vida da população.

A pesquisa de Yeng, Kazyama e Teixeira (2003) verificou que os locais de maior ocorrência da SMF compreendem a região cervical, quadril, cintura escapular e região lombar, corroborando com o que apresentam Issy e Sakata (2010). Também demonstraram estudo que verificou coexistência da SMF em elevado percentual de pacientes com Distúrbio Osteomuscular relacionado ao Trabalho-LER/DORT (94,5%) e com FM (21%).

Para Seó et al (2007), o diagnóstico da SMF é negligenciado, estando baseado no exame físico e na anamnese, não contando com exames laboratoriais ou radiográficos como complemento. Hatje et al (2009) afirmam que o exame físico baseia-se na identificação dos pontos gatilho, bandas de tensão muscular e reprodução da dor, requerendo treinamento e habilidade do examinador.

A compreensão do mecanismo da SMF implica no conhecimento dos conceitos de tensão muscular e trigger points, ou pontos gatilho, segundo Ruiz et al (2007). A tensão muscular, para os autores, é produto do tônus viscoelástico e da atividade contrátil do músculo. O ponto gatilho, ou trigger point é um foco de irritabilidade no músculo, quando o mesmo está deformado por pressão, estiramento ou contratura. São também definidos por Batista, Borges e Wibeling (2012, p. 171) como "áreas pequenas e sensíveis no músculo, que, espontaneamente ou por compressão causam dor para uma região distante, conhecida como dor referida."

Para Hou et al (2002) apud Seó et al (2007), a hipótese para a formação dos trigger points estaria na sobrecarga de exigência muscular com consequente encurtamento e deficiente aporte de oxigênio e nutrientes, diante da demanda metabólica aumentada nos tecidos locais. Tal sobrecarga, de um músculo, ou grupo específico de fibras musculares, pode ocorrer quando se adquire hábitos posturais inadequados, resultando em microtraumas, ou em caso de lesão maior, macrotrauma, danificando os componentes intracelulares dessas fibras. Yeng, Kazyama e Teixeira (2003) também relacionam os pontos gatilho com sobrecargas dinâmicas (traumatismos, excesso de uso) ou estáticas (posturas) ocorridas durante atividades ocupacionais e da vida diária.

Os trigger points podem se apresentar ativos ou latentes. (YENG, KAZIYAMA e TEIXEIRA, 2003; RUIZ et al, 2007; HAJE et al, 2009; BATISTA, BORGES e WIBELINGER, 2012). Quando ativos, segundo os estudos, apresentam dor espontânea, ou seja, são foco de irritabilidade sintomática muscular, em bandas musculares tensas, que, quando pressionado, gera dor

referida em áreas padrão, conforme a musculatura. De acordo com Issy e Sakata (2010), o músculo que contém pontos gatilho apresenta fadiga, fraqueza, tensão e espasmo, tem seu movimento restrito e o paciente adota postura antálgica. Os trigger points latentes não geram dor espontânea, são pouco dolorosos à palpação, mas há dor referida.

Os estudos relatam que estresses físicos, exógenos, endógenos ou emocionais podem ativar tais pontos. Seó et al (2007, p. 45) listam estímulos que podem ativar pontos de músculos afetados.

“(…) tais como infecções, estados febris, dores profundas, distúrbios hormonais, distúrbios viscerais, distúrbios neuro-humorais (fadiga, fibromialgia), fatores ambientais, distúrbios esqueléticos intrínsecos (síndromes dolorosas miofasciais). Pode-se citar ainda baixo condicionamento físico, avitaminoses e distúrbios do sono.”

As características da SMF são sintetizadas por Yeng, Kaziyama e Teixeira (2003) como: dor difusa de um músculo isolado ou em um grupo; dor regional em peso, queimação ou latejante; surtos de dor; dor referida e, ocasionalmente, parestesias, sem padrão neuropático; banda muscular tensa e palpável com trigger points; reprodução das queixas ou alteração das sensações com a compressão do ponto miálgico; ocorrência de reflexo contrátil localizado com inserção de agulha ou palpação no sentido transversal do ponto hipersensível da banda muscular, alívio da dor com estiramento do músculo ou infiltração do ponto sensível; limitação da amplitude de movimento; encurtamento muscular ao estiramento passivo; redução da força muscular ao teste manual.

Os autores afirmam que o diagnóstico é baseado na identificação do ponto gatilho e na reprodução da dor, como critérios mínimos, e na presença de quatro critérios maiores e um menor, para o diagnóstico de certeza, conforme apresentado no quadro abaixo:

Critérios maiores	Critérios menores
bandas de tensão muscular	evocação da reação contrátil visualmente ou à palpação
dor intensa nos PGs em uma banda de tensão reprodução da dor à pressão do nódulo doloroso	reação contrátil ao agulhamento dos PGs demonstração eletromiográfica de atividade elétrica característica de nódulo doloroso em uma banda de tensão
limitação da ADM decorrente da dor	dor; anormalidade sensitiva na distribuição de um PG à compressão correspondente

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos da SMF. Fonte: YENG, KAZIYAMA e TEIXEIRA (2003, p. 31)

Outras condições podem se apresentar como causa, ou estarem associadas à SMF, que são: cefaleia, dor na ATM, lombalgia, sintomas otológicos (zumbido, tontura, diminuição da audição), alteração visual (visão borrada, lacrimejamento) e alteração gastrointestinal (náusea, vômito, diarreia, constipa-

ção), hiperestesia, parestesia, aumento da sudorese, aumento da sensibilidade das estruturas no local, hiperemia e alteração do sono. (YENG, KAZIYAMA e TEIXEIRA, 2003; RUIZ et al, 2007; HATJE et al, 2009; ISSY e SAKATA, 2010)

Considerando a variabilidade de condições clínicas que podem estar associadas à SMF, seu diagnóstico diferencial inclui diversas afecções funcionais, inflamatórias, infecciosas, degenerativas ou metabólicas, conforme Yeng, Kaziyama e Teixeira (2003). Sua confusão diagnóstica com distúrbios orofaciais foi apresentada por Seó et al (2007) e Hatje et al (2009). Possivelmente, está relacionado com o fato de que a localização mais comum da SMF é na região cervical e, desta forma, a maior parte das publicações sobre o assunto pertencem à área odontológica.

FIBROMIALGIA (FM)

A FM é uma síndrome dolorosa musculoesquelética crônica e generalizada, de origem não inflamatória e não progressiva, caracterizada por outras manifestações como fadiga, distúrbios do sono, rigidez, ansiedade, depressão, distúrbios cognitivos e intolerância a exercícios (COSTA et al, 2005; RUIZ et al, 2007; SEÓ et al, 2007; ALAMBERT et al, 2008; SALTARELLI, 2008; BATISTA, BORGES e WIBELINGER, 2012).

A definição do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), em 1990, é apresentada por Costa et al (2005, p. 65):

“(…) história de dor difusa crônica, que envolve todos os quatro quadrantes do corpo e o esqueleto axial, além da presença de 11 de 18 pontos dolorosos, ou tender points, à digito pressão aproximada de 4 kgf no exame físico.”

Os tender points são definidos por Costa (2008, p. S153) como “sítios anatômicos de excesso de sensibilidade dolorosa à palpação; são encontrados em regiões específicas.”

Os nove pares de tender points utilizados nos critérios de classificação da fibromialgia são descritos por Costa (2008, p. S152) e a seguir apresentados na figura:

- “-suboccipital: na inserção da musculatura suboccipital bilateral;
- cervical baixa: ao nível do ligamento transversal de C5-C6 na altura do 1/3 inferior do músculo esternocleidomastoideo bilateral;
- trapézio: no ponto médio de sua borda superior lateral;
- supraespinhoso: na origem do músculo supraespinhoso, acima da borda medial da escápula bilateral;
- segunda costela: na segunda junção costovertebral bilateral;
- epicôndilo lateral: 2 cm lateral e inferior ao epicôndilo lateral bilateral;
- glúteo médio: parte média do quadrante súpero-externo do músculo glúteo médio bilateral;
- grande trocânter: posterior a eminência trocântica bilateral;
- joelho: no coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho.”

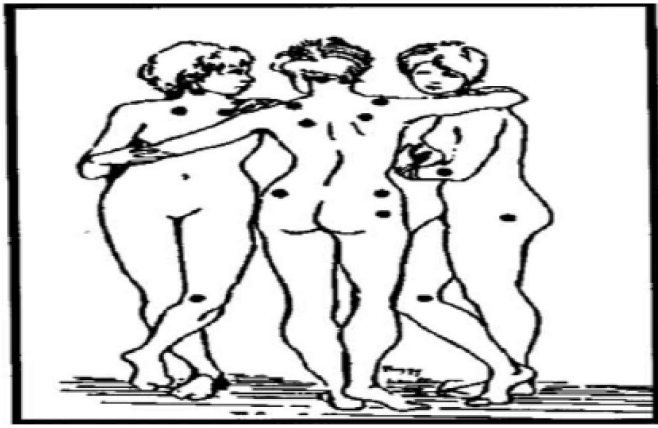


Figura 1 – Pontos dolorosos na fibromialgia. Fonte: COSTA (2008, p. S153)

De acordo com Ruiz et al (2007), a fibromialgia era, classicamente, definida como de origem musculoesquelética, entretanto, atualmente, os estudos recentes tem atribuído sua etiologia a um transtorno do processamento sensorial.

As pesquisas que apresentam dados epidemiológicos apontam uma prevalência de fibromialgia entre 1% e 7% da população, mais frequente em mulheres e atinge indivíduos entre 30-60 anos (PROVENZA et al, 2004; COSTA et al, 2005; RUIZ et al, 2007; SEÓ et al, 2007; ALAMBERT et al, 2008; COSTA, 2008; SOUZA, ISSY e SAKATA, 2009; CONSALTER, SANCHES e GUIMARÃES, 2010; BATISTA, BORGES e WIBELINGER, 2012).

Dentre as pesquisas selecionadas para este estudo, quatro tratavam de perfil de pacientes com FM, e os dados não divergiram destes supracitados. A alta prevalência em mulheres, economicamente ativas, podem ser um preditor de que estas estão sob constante estresse. Verifica-se também a associação da síndrome com sintomas de depressão e distúrbios do sono. (COSTA et al, 2005; SALTARELLI, 2008; SENNA et al (2004) apud BESSET, GASPAREL e DOUCET, 2010; BRANDT et al, 2011).

A etiologia da FM é multifatorial, entretanto, não é bem esclarecida, face às várias alterações fisiológicas que fundamentam as teorias fisiopatológicas. Desta forma, segundo Seó et al (2007), considera-se fatores iniciantes e resultantes, sendo que a perpetuação dos mesmos ocasiona a cronicidade da doença. Souza, Issy e Sakata (2009) ressaltam sua relação com disfunções neuroendócrinas e de neurotransmissores. A ocorrência de fenômenos psicossomáticos na maior parte dos pacientes é destacada por Costa et al (2005) e, além destes, as alterações autonômicas e de sistemas neuroendócrinos. Besset, Gaspard e Doucet (2010) apresentam um estudo com extensa discussão sobre o aspecto psíquico da FM e afirmam que os transtornos observados na síndrome sugerem sinais de depressão, acrescidos de uma síndrome dolorosa.

A dor é o principal sintoma da FM, entretanto, por tratar-se de um quadro sindrômico, desprovido de evidências laboratoriais, conforme Seó et al (2007), a FM pode ser confundida com outras síndromes. Provenza et al (2004) e Costa (2008) afirmam que a dor pode ter início em certa região do corpo, particularmente nos ombros e pescoço, e depois tornar-se generalizada.

Adicionalmente à dor, Seó et al (2007) apresentam outros sintomas que podem fazer parte do quadro da FM e suas respectivas frequências. A fadiga está presente em 90% dos pacientes; distúrbios do sono em 56-86%; cefaleia tensional ou enxaqueca, 44-56%; sintomas sugestivos da síndrome do cólon irritável em 34-53%; sintoma de depressão em 25% dos pacientes no momento do diagnóstico, e 50% dos diagnosticados tem histórico de depressão. Fenômeno de Raynaud, bem como sensibilidade ao frio são comumente relatados, e outras queixas também podem estar presentes, como vertigem, edema subjetivo de partes moles, dificuldade de concentração, boca e olhos secos, palpitação, parestesias em membros superiores e/ou inferiores e sensibilidade a alguns alimentos e algumas medicações.

O diagnóstico diferencial da FM, segundo os mesmos autores, inclui polimialgia reumática, hipotireoidismo e artrite reumática; e outras doenças menos comuns, como lúpus eritematoso sistêmico, miopatias inflamatórias, hipertireoidismo, infecções (HIV, EBV, Doença de Lyme) e osteomalácia, sendo realizados testes laboratoriais que, quando normais, excluem tais condições.

Consalter, Sanches e Guimarães (2010) retratam em seu estudo a semelhança clínica entre a FM, a SMF e a disfunção temporomandibular, sugerindo relação entre a dor miofascial dos músculos da mastigação com a FM. Verificaram em sua pesquisa que elevado percentual de pacientes com FM apresentam disfunção temporomandibular.

A FM e a SMF são frequentemente confusões diagnósticas, entretanto, podem coexistir, como apresentado na pesquisa de Souza, Issy e Sakata (2009), com pacientes fibromiálgicos ambulatoriais, em que 31% destes apresentavam a SMF como síndrome dolorosa associada. Seó et al (2007) relacionam essa associação às características comuns de ambas as patologias, como presença de dor, sono não reparador, depressão, má postura, sedentarismo e ansiedade, dentre outros. Ademais, como já apresentado o estudo de Provenza et al (2004) e Costa (2008), o quadro doloroso da fibromialgia pode ter início regionalizado, para depois tornar-se generalizado; e seu início frequentemente coincide com o local de maior ocorrência da SMF, que é a região cervical.

Provenza et al (2004) confirmam que dentre todas as possibilidades de diagnóstico diferencial da FM, a SMF merece destaque, dada sua maior semelhança clínica.

O tratamento da FM e da SMF não é coincidente, daí a necessidade de diferenciação diagnóstica. Embora não seja o

objetivo deste estudo, vale apresentar a descrição generalizada de Seó et al (2007, p. 49), de intervenção em ambas as síndromes:

“(...) o tratamento deve ser multidisciplinar, com apoio de diversos profissionais da saúde (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, médico e cirurgião-dentista) e com associação das diversas modalidades terapêuticas (educação, recondicionamento físico, condicionamento do trabalho, aconselhamento e terapia farmacológica).”

CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA

A dor é importante fator de declínio funcional e da qualidade de vida. De acordo com Heyman et al (2010) apud Bessed, Gaspard e Doucet (2010, p. 1249), “a dor crônica é um estado de saúde persistente que modifica a vida”.

A capacidade funcional do indivíduo é consideravelmente afetada por um quadro doloroso. Conforme Costa (2008), a dor compromete condições fundamentais para o desempenho funcional, como a deambulação, provocando descondicionamento físico; a qualidade do sono, interferindo diretamente na sensação de bem-estar, na percepção da dor, na energia diária e aumentando a incidência e intensidade de quadros depressivos e de transtornos de humor.

O autor ainda acrescenta que o aumento da demanda por assistência médica causada pela dor, implica em oneração dos gastos familiares, com interferência direta no isolamento social e na qualidade de vida do indivíduo. A dor crônica, segundo ele, traz consequências negativas em atividades de vida diária, como “se vestir, se alimentar, se divertir, se locomover, se concentrar e dormir.” (COSTA, 2008, p. S152).

De acordo com a definição de qualidade de vida, contida no instrumento de avaliação da Organização Mundial de Saúde, apresentada por Provenza et al (2004, p. 447), consiste na “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

A utilização de questionários para a avaliação da qualidade de vida, conforme Santos et al (2006), tem sido cada vez mais estudada e aplicada, por apresentar uma possibilidade de avaliação mais objetiva de uma questão subjetiva. Os autores afirmam que saúde e qualidade de vida são termos interpostos, envolvendo satisfação e bem-estar nos aspectos físico, psíquico, socioeconômico e cultural.

Provenza et al (2004) apresentam os questionários de qualidade de vida como instrumento de acompanhamento clínico, ressaltando a tendência da medicina em considerar o impacto da doença no cotidiano do indivíduo, segundo sua própria percepção.

Estes instrumentos são padronizados e, segundo Provenza et al (2004) e Santos et al (2006), podem ser classificados

como genéricos ou específicos, sendo que os genéricos objetivam refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de população, avaliando a função, a disfunção e o desconforto físico e emocional; e os específicos avaliam, de forma individual os aspectos da qualidade de vida, com sensibilidade a alterações pós-intervenção.

A presente pesquisa identificou que os estudos que relacionavam o quadro de dor miofascial com aspectos de funcionalidade e qualidade de vida tratavam primordialmente da FM. Os estudos referentes à SMF traziam, em sua maioria, conteúdo da área odontológica, tratando de diagnósticos diferenciais de outras disfunções craniomandibulares.

Supõe-se que a preferência por investigação de aspectos funcionais e de qualidade de vida em FM está fundamentada em maior variedade de sintomas secundários, devido à sua distribuição generalizada pelo corpo.

No entanto, Yeng, Kaziya e Teixeira (2003) apresentam a SMF como importante causa de incapacidade e, quando associada a outra doença causadora de prejuízo funcional, aumenta o tempo de incapacidade.

Oliveira et al (2013) afirmam que o caráter crônico das dores musculoesqueléticas limita não apenas a capacidade funcional, mas impactam negativamente na qualidade de vida, devido ao comprometimento das atividades de vida diária e dos exercícios físicos dos indivíduos.

Corroborando com esta colocação, Melo e Da Silva (2012) relatam que a cronicidade da FM afeta a qualidade de vida do paciente, também suas relações sociais, hábitos e rotinas, predispondo às disfunções psicológicas características da doença, como depressão e alterações psiquiátricas.

Para Saltarelli (2008), a diminuição da capacidade funcional consiste na principal consequência da FM, repercutindo no aspecto social, laboral e familiar do indivíduo.

Os estudos que buscavam avaliar por meio de instrumentos padronizados a qualidade de vida dos pacientes com FM utilizaram os instrumentos a seguir: o Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ), que é um instrumento específico para FM, validado de forma limitada, segundo Alves et al (2012), mas utilizado por muitas pesquisas em vários países. Envolve questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos. Apresenta 10 questões que quantificam a capacidade funcional, intensidade da dor, distúrbios do sono, ansiedade, depressão e bem estar global. Um escore mais elevado indica maior impacto da FM na qualidade de vida. (PROVENZA et al, 2004; SANTOS et al, 2006; ALVES et al, 2008; MARTINS et al, 2011; HOMANN et al, 2012).

O Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) é um instrumento genérico, multidimensional de avaliação da qualidade de vida, validado no Brasil. Tem sido

utilizado como medida genérica de avaliação da qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide e osteoartrite, e análise do impacto na qualidade de vida daqueles com fibromialgia. Este instrumento é dividido em componente físico que engloba capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; e componente mental, englobando vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. Uma pontuação maior indica melhor estado de saúde. (PROVENZA et al 2004; BERBER, KUPEK e BERBER, 2005; SANTOS et al, 2006; CARDOSO et al, 2011; ALVES et al, 2012).

A Escala de Depressão de Beck (EDB), também denominada Inventário de Depressão de Beck, que consiste num instrumento de autoavaliação, reconhecido e utilizado em diversos países, validado para a população brasileira, determina a prevalência e a intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos e na população não clínica. Tem se mostrado sensível para avaliar a depressão em pacientes com FM. (SANTOS et al, 2006; HOMANN et al, 2012).

O Health Assessment Questionnaire (HAQ), apresentado por Provenza et al (2004) como um dos instrumentos para avaliação da capacidade funcional dos pacientes com FM é utilizado na investigação de Homann et al (2012), em sua versão traduzida e validada para a população brasileira. É dividido em oito componentes vestir-se, levantar-se, comer, caminhar, higienizar-se, alcançar, preensão manual e outras atividades. Quanto maior a pontuação, maior a incapacidade do indivíduo.

A Escala Visual Analógica (EVA) é um instrumento graduado de 0-10 no qual 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor possível. Utilizada para “quantificar” a dor no paciente e importante para verificar a evolução do paciente durante o tratamento. (MARTINS et al, 2011; ALVES et al, 2012; HOMANN et al, 2012).

The General Health Questionnaire (GHQ-28) foi um instrumento utilizado no estudo de Berber, Kupek e Berber (2005) para medir a prevalência de depressão, sendo um instrumento de rastreamento para detectar distúrbios psiquiátricos, identificando depressão, ansiedade, hipocondria e incompatibilidade social.

O estudo de Oliveira et al (2013), comparando a capacidade funcional de mulheres com FM e lombalgia, utilizou como instrumento de avaliação da funcionalidade o Questionário de Avaliação da Dor Musculoesquelética (QADME) e verificou que aquelas com FM apresentaram pior capacidade funcional.

Melo e Da Silva (2012) realizaram investigação destinada a verificar distúrbios cognitivos associados à FM e outras patologias, utilizando, para tanto, instrumentos de avaliação neuropsicológica, verificando a existência dessa associação, com alteração da memória operacional e das funções executivas nos pacientes com FM, possivelmente relacionada aos níveis reduzidos de serotonina.

A pesquisa de Martins et al (2011) utilizou como instrumentos de avaliação o FIQ, a EVA, o Questionário de Dor McGill, que apresenta importantes índices de avaliação da dor presente nos indivíduos; o Protocolo Pós-Sono (PSI), que avalia a qualidade do sono; e o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-12, uma versão sintetizada do SF-36. Os autores apresentam a dificuldade de utilização de questionários em estudos com FM, devido à escassez de trabalhos sobre os impactos funcionais da doença. Afirmam que a utilização de diversos instrumentos pode fornecer dimensão mais real dos sintomas.

Dentre todos os questionários utilizados, o FIQ merece destaque por ter sido mencionado como o de maior sensibilidade e o mais específico para avaliação do impacto da FM sobre a qualidade de vida. (PROVENZA et al, 2004; SANTOS et al, 2006; MARTINS et al, 2011). Entretanto, Alves et al (2012) consideram a EVA como padrão ouro e afirmam que nenhum dos instrumentos avaliados (EBD, FIQ, SF-36) conseguiu captar de maneira ideal a alteração no estado de saúde dos pacientes com FM, pois consideram a dor o aspecto fundamental para a percepção ou mudança do estado de saúde do indivíduo.

O impacto negativo da FM na qualidade de vida do paciente foi demonstrado por todos os estudos, independente do instrumento de escolha para avaliação. As condições associadas à síndrome e aquelas coexistentes causam perdas funcionais que refletem na qualidade de vida do indivíduo.

A depressão foi frequente alvo de investigação e fator determinante no comprometimento da qualidade de vida, estando intimamente relacionada com a percepção da dor e qualidade do sono. (PROVENZA et al, 2004; BERBER, KUPEK e BERBER, 2005; SANTOS et al, 2006; LIMA e CARVALHO, 2008; BRANDT et al, 2011; HOMANN et al, 2012).

O sono é fator determinante para o desempenho funcional do indivíduo e apresenta-se comprometido na FM. Essa associação foi investigada por Germanowick et al (2006), especificamente com os transtornos respiratórios do sono, associados à FM, comprovando esta relação, sem, entretanto, estabelecer relação causa-efeito e por Martins et al (2011), que verificaram diferença estatisticamente significativa na qualidade do sono de pacientes com FM, comparados ao grupo controle.

Cardoso et al (2011) observaram redução considerável da força e desempenho muscular nos pacientes com FM. O descondicionamento físico, segundo os autores, relaciona-se com a capacidade de realização de atividades diárias, suscetibilidade a lesões e ocorrência de dor. E o sedentarismo representa significativo declínio da qualidade do sono, segundo Campos et al (2011).

De acordo com Homann et al (2012), um complexo mecanismo de diversas condições associadas se relaciona e interfere diretamente na qualidade de vida do paciente com FM. Para Berber, Kupek e Berber (2005), os sintomas da FM

impactam o cotidiano do indivíduo por interferir em sua rotina. Por serem crônicos, repercutem socialmente, desestabilizando as relações familiares, restringindo o contato social e exigindo esforços adaptativos nos hábitos e rotinas.

Os afastamentos do trabalho, consequentes a esta síndrome são ressaltados por Alambert et al (2008) e Souza, Issy e Sakata (2009), que afirmam serem os gastos com auxílio saúde semelhantes aos de patologias crônicas como diabetes e hipertensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como paradigmas de dor miofascial, a SMF e a FM, a FM encontra-se em destaque no que se refere a pesquisas sobre impactos sobre capacidade funcional e qualidade de vida.

Os estudos consultados para esta pesquisa tiveram resultados comuns de verificação do impacto negativo da FM no desempenho funcional e, consequentemente na qualidade de vida do indivíduo.

A dor, a depressão, as alterações musculares e o distúrbio do sono compõem o complexo mecanismo de comprometimento funcional, que não tem as relações de causa e efeito definidas, mas como resultado repercutem negativamente na condição física e emocional do indivíduo com FM.

É possível verificar o caráter incipiente da sistematização da avaliação da repercussão funcional da FM, e que há notável carência desta investigação sobre a SMF, que é preferencialmente investigada junto às disfunções craniomandibulares.

REFERÊNCIAS

- ALAMBERT, P. A. et al. As possíveis fontes fisiopatológicas da fibromialgia e suas importâncias como alívio para tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, Editora Moreira Jr., fev, 2008. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4027. Acesso em: dez. 2014.
- ALVES, A. M. B. et al. Avaliação de Instrumentos de medida usados em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 52, n. 4, p. 496-506, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n4/v52n4a03.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- BATISTA, J. S.; BORGES, A. M.; WIBELINGER, L. M. Tratamento fisioterapêutico na síndrome da dor miofascial e fibromialgia. *Revista de Dor*. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 170-4, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/14.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- BERBER, J. de S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome de fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n2/v45n2a01.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- BESSET, V. L.; GASPARD J. L.; DOUCET, C. Um nome para dor: fibromialgia. *Revista mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. X, n. 4, p. 1245-1269. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/09.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- BRANDT, R. et al. Perfil de humor em mulheres com fibromialgia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, n. 3, p. 216-20, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/11.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- CAMPOS, R. M. da S. et al. Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. *Motriz*, Rio Claro-SP, v. 17, n. 3, p. 468-476, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v17n3/10.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- CARDOSO, F. de S. et al. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 51, n. 4, p. 338-50, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a06.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- CONSALTER, E.; SANCHES, M. L.; GUIMARÃES, A. S. Correlação entre disfunção temporomandibular e fibromialgia. *Revista de Dor*. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 237-241, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1469.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- COSTA, E. D. G. M. da. Síndromes de Amplificação Dolorosa. *Einstein*, v. 6, supl. 1, p. 151-58, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/917-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20p5151-158.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- COSTA, S. R. M. R. da. et al. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador, BA, Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n. 2, p. 64-70, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n2/v45n2a03.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- FELDMAN, D. Fibromialgia e Síndrome Miofascial: vai ou não vai? Editorial. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 48, n. 6, p. 318, nov./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n6/02.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- GERMANOWICK, D. et al. Coexistência de transtornos respiratórios do sono em síndrome fibromiálgica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 32, n. 4, p. 333-8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n4/12.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- HATJE, R. M. S. et al. Dor miofascial ou Síndrome de Eagle? A importância do diagnóstico diferencial. *Revista da Faculdade de Odontologia UFP*, v. 14, n. 3, p. 250-5, set./dez. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2009/v14n3/a250-255.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- HOMANN, D. et al. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 52, n. 3, p. 319-330, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n3/v52n3a03.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- ISSY, A. M.; SAKATA, R. K. Dor musculoesquelética. *Revista Brasileira de Medicina*. Ed. Moreira Jr., v. 67, Especial, jun. 2010. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4334. Acesso em: dez. 2014.
- LIMA, C. P.; CARVALHO, C. V. de. Fibromialgia: uma abordagem psicológica. *Aletheia*, v. 28, p. 146-158, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a12.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- MARTINS, M. R. I. et al. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 52, n. 1, p. 16-26, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n1/v52n1a03.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- MELO, L. F. de; DA SILVA, S. L. Análise neuropsicológica de distúrbios cognitivos em pacientes com fibromialgia, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 52, n. 2, p. 175-158, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n2/v52n2a03.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- OLIVEIRA, R. M. et al. Análise comparativa da capacidade funcional entre mulheres com fibromialgia e lombalgia. *Revista de Dor*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 39-43, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a10.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- PROVENÇA, J. R. et al. Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 44, n. 6, p. 443-9, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n6/08.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- RUIZ, M. et al. Dolor de origem muscular: dolor miofascial y fibromialgia. *Rev. Esp. Dolor*, n. 1, p. 34-44, 2007. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/revison1.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- SALTARELLI, S. et al. Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 48, n. 3, p. 151-156, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n3/a04v48n3.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos-SP, v. 10, n. 3, p. 317-324, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfs/v10n3/31951.pdf>. Acesso em: dez. 2014.
- SEÔ, R. S. et al. Dor miofascial e Fibromialgia: de mecanismos etiológicos a modalidades terapêuticas. *UEPG. Ci. Bio. Saúde*, Ponta Grossa-PR, v. 13, n. 1/2, p. 39-51, mar./jun. 2007. Disponível em: <http://revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/viewFile/448/449>. Acesso em: dez. 2014.
- SOUZA, C. J. de; ISSY, A. M.; SAKATA, R. K. Pacientes com fibromialgia atendidos no Ambulatório de Dor da Unifesp. *Revista Brasileira de Medicina*. Ed. Moreira Jr. 2009. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4475. Acesso em: dez. 2014.
- YENG, L. T.; KAZIYAMA, H. H.; TEIXEIRA, M. J. Síndrome Dolorosa Miofascial. *Jornal Brasileiro de Oclusão*, Curitiba, v. 3, n. 9, p. 27-43, jan./mar. 2003. Disponível em: http://www.dtsience.com/index.php/orthodontics_JBA/article/viewFile/242/222. Acesso em: dez. 2014.