



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU
DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO
EM MEDICINA

MARIA DE FÁTIMA URZAL CONDE CID NOVAES

QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM FIBROMIALGIA

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR MANUEL QUARTILHO

FEVEREIRO/2014

Siglas

6MWT – Six-Minute Walk Test

AIMS2 – Revised Arthritis Impact Measurement Scales 2

AR – Artrite Reumatóide

ASEX – Arizona Sexual Experience Scale

BAI – Beck Anxiety Index

BDI – Beck Depression Index

BIS – Body Image Scale

BPAQ - Baecke Physical Activity Questionnaire

CES-D - Center for Epidemiological Studies Depression Scale

CSFQ – Changes in Sexual Function Questionnaire

CSQ - Coping Strategies Questionnaire

DP – Desvio Padrão

DSF – German Pain Questionnaire

ESP – Escala do Stress Percepcionado

ESSS – Satisfaction with Social Support Scale

FESV - Questionnaire for Assessment of Level of Coping with Pain

FIQ – Fibromyalgia Impact Questionnaire

FSFI – Feminine Sexual Function Index

GBB-24 – Giessen Subjective Complaints List

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HRSD – Hamilton Rating Scale for Depression

IMC – Índice de Massa Corporal

IIEF - International Index of Erectile Dysfunction

MHAQ – Modified Health Assessment Questionnaire

NPRS – Numeric Pain Rating Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

PANAS – Positive And Negative Affect Schedule

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire 9

PSQI - Pittsburgh Sleep Quality Index

PSS-10 - Perceived Stress Scale-10

QLS - Quality of Life Scale

QSD-SF - Questionnaire for Screening Sexual Dysfunctions - Short Form

RPS – Regional Pain Scale

SF-36 – MOS 36-item Short-Form Health Survey

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

VAS – Visual Analogue Scale

SEQ – Sexual Evaluation Questionnaire

Resumo

Introdução: A fibromialgia é uma causa de dor crónica de etiopatogenia desconhecida e a controvérsia de que se recobre a sua definição, abordagem e terapêutica é, do mesmo modo, cronicamente disruptiva. Os doentes fibromiálgicos experienciam, sabidamente, uma profunda afecção do quotidiano. Explorar a sua realidade é contribuir para tornar compreensível a globalidade desse mal-estar tão diversamente comunicado. A qualidade de vida é uma dimensão crescentemente relevante numa Medicina desejavelmente mais humana. A cronicidade assume-se como um factor crucial no planeamento dos cuidados de saúde e a gestão do bem-estar sobrepõe-se à imediatez de uma cura. Deste modo, é possível alcançar uma análise personalizada, realista e flexível do impacto das doenças crónicas. Esta abordagem serve com particular êxito o modelo nosológico da fibromialgia: o clínico não acompanhará uma doença, mas o doente.

Objectivos: O objectivo deste trabalho é actualizar a informação científica relativa à qualidade de vida dos doentes com fibromialgia, através da revisão da literatura publicada nos últimos anos. Os estudos quantitativos e qualitativos que caracterizaram as vivências destes doentes inferiram maioritariamente sobre as dimensões da saúde mental, da sexualidade, do sono e da actividade laboral, com análise do impacto económico gerado quer para os sistemas de saúde, quer para os indivíduos. Adicionalmente, examinou-se a variação do impacto da fibromialgia segundo a idade e o género.

Desenvolvimento: Confirmou-se, indubitavelmente, uma diminuição da funcionalidade global e da qualidade de vida dos doentes com fibromialgia.

Os dados obtidos foram discordantes quanto ao impacto da fibromialgia segundo as diferentes faixas etárias; interessa, ainda, estudar quais os aspectos mais acometidos em cada etapa da vida. Parece haver diferenças significativas entre os géneros nos doentes com fibromialgia; no

entanto, a carência de estudos que foquem a população do sexo masculino permite apenas fazer referências descritivas, e não uma análise sumativa.

A disfunção sexual concorre para a diminuição da qualidade de vida dos doentes fibromiálgicos. Todas as componentes da sexualidade estão prejudicadas nos homens, sendo os estudos menos coerentes quanto às dimensões afectadas entre as mulheres; de resto, os factores psicológicos parecem assumir, nestas, maior importância. A diminuição da libido é uma constante. Importa, ainda, realçar o papel significativo da co-morbilidade psiquiátrica na disfunção sexual.

De facto, os distúrbios do humor e ansiosos são frequentes nos doentes fibromiálgicos, estando relacionados com a diminuição da funcionalidade e com o prejuízo da qualidade de vida. A alteração da imagem corporal e os índices de catastrofização são variáveis a ter também em conta. A qualidade do sono encontra-se, nos doentes fibromiálgicos, acentuadamente diminuída, sendo comuns a insónia inicial, os acordares frequentes e a insónia terminal. Estas perturbações relacionam-se estreitamente com a hiperalgesia e com os distúrbios do humor.

A fibromialgia comporta custos económicos elevados, inicialmente explicados pelo diagnóstico tardio e acompanhamento médico errático. Após a classificação dos doentes, o carácter dispendioso advem dos custos indirectos, principalmente relacionados com o absentismo laboral e com a diminuição da produtividade. O desemprego é mais frequente nos doentes com fibromialgia, sendo a decisão relativa ao *status* laboral dependente de factores relacionados com a própria doença e com variáveis pessoais e externas. A adaptação das características do trabalho às toleradas pelos doentes fibromiálgicos assume-se como a opção mais recomendável. No entanto, a permanência no trabalho *per se* não parece conferir benefícios aos doentes.

Conclusões: A fibromialgia revela-se uma doença incapacitante, com influência sobre todas as dimensões da qualidade de vida consideradas. Serão necessários estudos adicionais para compreender a interação causal entre os diferentes factores, permitindo um acompanhamento verdadeiramente holístico e sensível.

Palavras-chave: fibromialgia, qualidade de vida, idade, género, disfunção sexual, distúrbios do sono, alterações psiquiátricas, trabalho, impacto económico.

Abstract

Introduction: Fibromyalgia is a cause of chronic pain of unknown etiopathogeny; the controversy that envelops its definition, approach and therapeutics is, in the same way, chronically disruptive. It is known that fibromyalgia patients experience a deep disturbance in their day-to-day life. To make an effort to explore the truth of fibromyalgia patients is to rend comprehensible the broadness of this disorder, that they express so diversely.

Quality of life is an increasingly relevant instrument in a hopefully more humane Medicine. Chronicity has been established as a key factor in the planning of healthcare, since management of welfare is now more vital than the immediacy of a cure. Thusly, it becomes possible to achieve a personalized, realistic and flexible read of the impact of chronic diseases. This approach is particularly useful when taking into account the nosological concept of fibromyalgia: the medic would not follow a disease, but the patient.

Objectives: The purpose of this review is to update the scientific data regarding the quality of life of fibromyalgia patients, through the analysis of recently published literature. Quantitative and qualitative investigations considering the quotidian of these patients were mainly about

their mental health, their sexuality, their quality of sleep, their job status, further analyzing the impact of fibromyalgia accordingly to age and gender.

Results: It was indubitably confirmed that fibromyalgia patients present a decline of global functionality and quality of life.

The collected data was inconsistent regarding the impact of fibromyalgia according to different age groups; it is still important to decipher which are the most deteriorated aspects in each life stage. There seems to be significant differences between genders among patients with fibromyalgia; however, the lack of studies concerning men allows only descriptive references, instead of a summative analysis.

Sexual dysfunction contributes for degradation in quality of life of fibromyalgia patients. All components of normal sexual function are affected in men, the studies being less coherent as to the disturbed aspects in women; moreover, psychological factors seem to be more relevant in this group. The decline in libido is omnipresent. Furthermore, it is vital to refer to the role of psychiatric co-morbidity in sexual dysfunction.

In fact, mood and anxiety disorders are frequently found in fibromyalgia patients, being related to lowered functionality and a loss in quality of life. Distorted body image and catastrophizing levels are also to be considered. Quality of sleep is severely diminished in fibromyalgic patients, with initial insomnia, difficulty in maintaining sleep and terminal insomnia. These afflictions are strictly related to hyperalgesia and mood disorders.

Fibromyalgia involves high economic costs, initially derivative from late diagnosis and erratic medical counseling. After diagnosis, the expenses are mainly constituted by indirect costs, particularly the ones related to work loss and lower productivity. Unemployment is more common among fibromyalgia patients; the decision concerning work status depends on factors related to the disease itself, to personal and external variables. Suiting work

characteristics according to the necessities of the patients is the most worthwhile option. Nevertheless, remaining at work *per se* doesn't seem to add benefits to quality of life.

Conclusions: Fibromyalgia is a crippling disease, affecting all quality of life domains considered. Further studies shall be required in order to understand the causal interaction between the distinct factors, allowing the medical counseling to become truly holistic and sensitive.

Keywords: fibromyalgia, quality of life, age, gender, sexual dysfunction, sleep disorders, psychiatric disorders, work, economic impact.

Introdução

Em 1948, a OMS definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença”.¹ Este paradigma, associado aos desenvolvimentos socio-económicos da segunda metade do século XX e às sucessivas descobertas médicas e científicas, alterou a ênfase dos cuidados de saúde da dimensão curativa para a preventiva. Num cenário em que a esperança média de vida aumenta para valores inéditos, a ideia de mera sobrevivência parece ultrapassada nos países desenvolvidos e os sistemas de saúde passam a concentrar os seus esforços na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida das populações.

A abordagem da qualidade de vida implica a inclusão de conceitos latos, envolvendo uma definição de contornos sociológicos, se não filosóficos. A eventual subjectividade que acarreta é uma dimensão necessária, cuja pertinência assenta na natureza igualmente diversa das experiências dos sujeitos que a avaliam; constitui um esforço para tornar a individualidade e as experiências quotidianas compreensíveis. Será, desejavelmente, um constructo multidimensional, que encarna a homogeneidade e a compreensibilidade intercultural, alheio ao tempo e ao espaço, deixando simultaneamente perspassar um pendor subjectivo; em última análise, é a percepção do próprio indivíduo que impera.² O facto de as percepções serem eminentemente individuais não elimina a validade desta análise; na verdade, talvez compita ao médico, para um cuidado mais humano e no verdadeiro espírito da empatia, ser capaz de se pôr no lugar do doente, de integrar intelectualmente as suas vivências e a sua ambiência psicológica. E talvez seja esta a mais genuína celebração do valor da vida.

Para uma análise capaz de servir o conceito de qualidade de vida em relação com a saúde, detenhamo-nos sobre a definição da OMS, para a qual a qualidade de vida engloba “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de

cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.³Sob esta perspectiva, podemos concluir que, acima de tudo, a análise da qualidade de vida permite uma percepção realista, que vai de encontro às verdadeiras necessidades do doente, que privilegia o conceito holístico de saúde e cria uma base comum para o trabalho interdisciplinar em Medicina.

A dor crónica afirma-se como um problema de relevância crescente nos sistemas de saúde em geral, sendo que estimativas recentes apontam para uma prevalência aproximada de 20%, em termos globais.⁴No caso português, calcula-se que esta entidade atinja um terço da população, acarretando efeitos deletérios pronunciados a nível pessoal, familiar e social.⁵

O diagnóstico de fibromialgia, sujeito a múltiplas alterações desde a construção nosológica desta entidade, envolve sintomatologia do espectro da dor crónica e fadiga, perturbações do sono e dificuldades cognitivas, encontrando-se em correlação com o conceito de somatização.⁶

Segundo dados recentes, a prevalência média global da fibromialgia é de 2,7%,acometendo 3,1% da população do continente americano, 2,5% dos europeus e 1,7% dos asiáticos. Apesar de a Tunísia ter sido o único país africano incluído neste estudo, alcançou a taxa mais elevada, com 9,3% da população a preencher os critérios diagnósticos. A sua prevalência média foi de 4,2% nas mulheres e 1,4% entre os homens, verificando-se assim uma probabilidade de doença três vezes superior no sexo feminino.⁷

A qualidade de vida é um parâmetro de visibilidade e utilização crescentes no acompanhamento dos doentes reumatológicos; um dos objectivos da “Década do Osso e da Articulação - Movimento Articular 2000/2010” era melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que padecem de afecções deste foro.⁸

Embora não provoque lesões visíveis, a fibromialgia inflinge uma deterioração acentuada das actividades quotidianas. Por conseguinte, a análise da qualidade de vida destes doentes, da sua variação e dos diversos factores que a influenciam é uma ferramenta completa, que poderá dar resposta, de forma mais alargada, às necessidades dos doentes e às aspirações terapêuticas, tantas vezes frustradamente elevadas, dos médicos. Constituirá, idealmente, uma medida capaz de orientar o acompanhamento e o tratamento das pessoas que enfrentam a disrupção do quotidiano consequente ao diagnóstico desta entidade patológica potencialmente incapacitante.

Métodos

Para sintetizar o conhecimento actual sobre as matérias, procedeu-se à selecção sistemática de publicações identificadas por pesquisa na *Pubmed*, através do motor de busca do *American College of Rheumatology* e por meio da aplicação *Web Of Knowledge* da rede da Universidade de Coimbra, através dos termos “*fibromyalgia*”, “*fibromialgia*” “*quality of life*” e “*qualidade de vida*”. Consideraram-se os artigos escritos em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Foram privilegiados os artigos originais de publicação mais recente, que se debruçavam não só sobre a qualidade de vida geral dos doentes com fibromialgia, como sobre as suas diversas componentes. As publicações que se referiam à qualidade de vida meramente como o instrumento que possibilitava concluir sobre a eficiência de uma determinada terapêutica foram excluídas. De modo a não prolongar em excesso a extensão da presente revisão, foram também postos de parte, num segundo momento, a grande maioria dos estudos que comparavam a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia com a de outros doentes reumatológicos.

Os estudos eleitos foram analisados quanto ao período e local em que decorreram, tamanho, composição e método de selecção da amostra e adequação das variáveis analisadas, nomeadamente em relação com os questionários ou testes efectuados.

Foi recolhida informação respeitante à variação da qualidade de vida geral dos doentes com fibromialgia, de acordo com a idade e género e nas suas componentes de função sexual, distúrbios do sono, co-morbilidades psiquiátricas, função no trabalho e impacto económico.

Qualidade de vida dos doentes com fibromialgia – a perspectiva global

O primeiro estudo de grande envergadura que caracterizou as vivências dos doentes com fibromialgia foi o *London Fibromyalgia Epidemiology Study*.⁹ Embora date já do ano de 1999, alcançou resultados que, ainda hoje, se revelam pertinentes e que servem de mote à discussão do impacto da fibromialgia no quotidiano. De facto, os autores analisaram mais de 100 casos de doentes fibromiálgicos, comparando-os com 76 pessoas com dor crónica de outras causas e com 135 controlos. Tornou-se evidente que os doentes com fibromialgia tinham pior função ($p < 0,00001$), mais dias de acamamento ($p < 0,001$) e mais anos de vida saudável perdidos ($p < 0,0001$). Foi também mais frequente, entre estes, a reforma por doença ($p < 0,00001$), recebendo por isso mais pensões ($p < 0,00001$). O preditor mais forte de invalidez foi a pontuação no FIQ. Por sua vez, a dor, a fadiga e a fraqueza muscular foram as variáveis que mais demonstraram influenciar a capacidade de trabalho.

As pessoas de meia-idade ou que haviam desempenhado trabalho manual pesado prévio tiveram maior risco de invalidez, o que desmistifica a hipótese da fragilidade como traço definidor e gerador dos comportamentos laborais destes doentes, dando força à relação em que o processo patológico é, pelo menos em parte, o desencadeador legítimo da incapacidade.

Os autores apontam como limitação deste trabalho o facto de terem utilizado o FIQ, uma medida baseada totalmente na informação fornecida pelo doente, para avaliar a qualidade de vida. No entanto, este é um instrumento actualmente validado¹⁰ e, na verdade, é principalmente pelo bem-estar do doente que o médico deve guiar as suas intervenções, pelo que o facto de ser baseado em informações oferecidas pelos mesmos não lhe retira valor

No ano seguinte, um grupo de 270 membros de um grupo de apoio foi desafiado a classificar a sua qualidade de vida antes do diagnóstico de fibromialgia, que foi cotada como 8,6/10; a qualidade de vida no presente, cuja média foi 4,8/10, e a possível qualidade de vida futura, num cenário de cura, que alcançou 9,2/10.¹¹ Os participantes insistiram que a fibromialgia exercia uma influência negativa sobre as suas relações pessoais, sobre a carreira profissional e na saúde mental. Muitos referiram carecer de suporte social; na verdade, apenas 1,5% reportou que os outros compreendem até que ponto a fibromialgia pode ser incapacitante, e a globalidade considerou desejável que a população esteja melhor informada. Efectivamente, estudos prévios denunciam que os doentes com esta patologia têm uma rede de suporte social menos sólida do que a de outros doentes crónicos.^{12, 13}

Outra variável focada pelos inquiridos foi a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde. É interessante observar que, enquanto apenas 15,2% achou que beneficiaria de agentes farmacológicos mais eficazes, 52,3% dos participantes sublinhou a necessidade de mais apoio em termos empáticos por parte da classe médica. Foram, ainda, explorados aspectos mais particulares da influência da fibromialgia no trajecto de vida dos doentes: aproximadamente 94% dos divorciados/separados afirmou que a sua relação conjugal terminara devido, em grande parte, a esta doença; 71% denunciou que ela afectou a sua vida sexual. Mais de metade terá desistido do trabalho devido à fibromialgia e, dos que continuaram, 59,4% diminuíram o volume dos encargos. Na vertente da saúde mental, 82% experimentou um período depressivo após o diagnóstico; destes, 58,9% referenciou-o como o primeiro episódio na sua vida, e mais de metade atribuiu-o à fibromialgia.

Embora o estudo referido tenha avaliado dimensões importantes do impacto da fibromialgia, a amostra dificilmente será representativa da globalidade dos doentes, já que foi recolhida a partir de integrantes de um grupo de apoio e que se voluntariaram para participar;

terão, assim, um comportamento de doença particular, que poderá não ser extensível ao resto da população.

Confirmou-se, num estudo de 2006, que as mulheres com fibromialgia sofriam de um impacto significativo da doença, tanto a nível mental como físico, e mais acentuadamente neste último ($p < 0,017$).¹⁴ Porém, a selecção da amostra, em que se excluíram as doentes psiquiátricas, à excepção das afectadas pela depressão, poderá ter contribuído para uma subvalorização do impacto mental. De resto, este grupo de 442 mulheres teria, com maior frequência, co-morbilidades associadas: perturbações do sono, alterações do foro ginecológico e disfunção sexual.

A corroborar os dados anteriores adiciona-se a investigação de Martinez *et al.*, em que os doentes com fibromialgia exibiram pior qualidade de vida, com atingimento predominantemente físico e pontuações especialmente baixas nas componentes de capacidade funcional e de dor.¹⁵

Campos *et al.* debruçaram-se sobre uma amostra de 76 mulheres portuguesas com fibromialgia e, requisitando-lhes o preenchimento do SF-36 e do FIQ, concluíram que todas as dimensões da qualidade de vida estariam afectadas, com particular prejuízo da capacidade funcional, dos aspectos físicos e do estado geral de saúde.¹⁶ A ansiedade, avaliada pela HADS, foi preditora da componente mental e do estado geral de saúde. A depressão esteve ligada à vitalidade e saúde mental do SF-36 e ao impacto global, avaliado pelo FIQ. O apoio social (ESSS) influenciou, como se supõe, o funcionamento social dos doentes.

A dor afirmou-se como preditora da qualidade de vida, em relação com a pontuação da FIQ e do SF-36. Já outros estudos haviam denunciado esta associação.^{17,18} Um trabalho

recente concluiu que a actividade física (BPAQ) estaria inversamente relacionada com o impacto da doença, avaliado pelo FIQ ($R^2 = 0,20$) e com a intensidade da dor, como indicada na VAS ($R^2 = 0,39$). A depressão (BDI) e o IMC não mostraram exercer influência significativa sobre os níveis de actividade.¹⁹

Neste sentido, Moore *et al.* hipotetizaram que a redução da dor estaria associada a uma futura melhoria da qualidade de vida. Efectivamente, a redução moderada a substancial da intensidade da dor conduziu a melhoria dos distúrbios de sono, depressivos, de ansiedade e da fadiga, bem como de muitos dos domínios do SF-36.²⁰ Contudo, deve ter-se em conta que os dados que os autores analisaram foram extraídos de um ensaio clínico com pregabalina, pelo que estas conclusões poderão não ser extrapoláveis a outros resultados terapêuticos e têm valor limitado. Adicionalmente, há que considerar que um limiar de dor mais baixo não parece estar ligado a uma diminuição mais acentuada da qualidade de vida.²¹

Um trabalho de 2007, de autores espanhóis, baseou-se numa amostra de 258 doentes com fibromialgia para estudar o impacto desta doença. A pontuação média do FIQ foi 63,6, sendo que estar deprimido, apresentar níveis elevados de fadiga e ter um maior número de crianças se associou a um maior impacto ($R^2 = 0,587$). O diagnóstico de doenças mentais, a existência de repercussão da doença no ambiente familiar, a auto-percepção de um mau estado de saúde e ter consultado um maior número de especialistas antes do diagnóstico foi associado a um maior impacto após o período de ajustamento. Estes factores, em conjunto, explicariam cerca de 60% da variabilidade do impacto observada.²²

Como defeitos do estudo, aponta-se o facto de as entrevistas terem sido realizadas por telefone e de os critérios diagnósticos da fibromialgia não terem sido confirmados, sendo possível um sobre ou sub-diagnóstico desta entidade. Para além disso, é um estudo de coorte,

pelo que não se podem retirar inferências causais. Ainda assim, foca relações interessantes e convida à realização de novas investigações, de preferência de carácter longitudinal, que explorem estes dados.

Na prática médica, há que ter em conta que os sujeitos que têm uma maior percepção de controlo sobre a sua própria doença mantêm um nível de actividade física mais elevado e demonstram melhores índices de qualidade de vida.²³ Assim, e como foi já confirmado por diversos estudos, deve ser dado poder - processo de ampliação de poder - aos doentes com fibromialgia para assumirem o controlo da sua doença, fornecendo-lhes, no entanto, a proximidade e o apoio necessários, já que os sentimentos nutridos pelos doentes fibromiálgicos em relação aos profissionais de saúde também influem na atitude que assumem sobre si próprios e sobre a doença.^{11,24} Ou seja, privilegia-se uma relação forte e empática, mas não paternalista.

Por fim, mais do que quantificar “em que medida”, é importante compreender “sob que medidas” a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia está prejudicada. Após esta breve análise, quase introdutória, propõe-se uma abordagem mais específica das limitações que os doentes com fibromialgia enfrentam no quotidiano.

Varição da qualidade de vida segundo a idade

A fibromialgia é uma entidade patológica cujo diagnóstico é mais frequentemente estabelecido durante a meia-idade (30 a 50 anos) ou mesmo depois dos 50 anos. No entanto, pode acometer todas as faixas etárias.⁷ O estilo de vida, os objectivos, as necessidades, a funcionalidade – e as próprias expectativas que os indivíduos detêm sobre esta – variam significativamente ao longo dos diferentes períodos da vida. Consequentemente, deverá ser desenhada uma abordagem especializada para cada faixa etária dos doentes com fibromialgia, de modo a interferir em dimensões-chave da qualidade de vida; tanto por serem mais afectadas como por, apesar de não estarem particularmente prejudicadas, serem cruciais naquela etapa do percurso vital.

Ano	Autor	n	Idades (anos)	Escalas	Resultados
2013	Campos <i>et al</i>	76*	x= 49,61; DP=10,07	SF-36 VAS (dor) HADS ESSS	>60 anos com menor deterioração física e social que restantes (p<0,05); mais vitalidade que <39 anos (p=0,033); menos dor que 40-59 anos (p=0,023)
2008	Tander <i>et al</i>	30*	x= 40,03 DP=1,13	SF-36	Correlação negativa das dimensões física e social com a idade (p=0,05)
2008	Ubago <i>et al</i>	214	x=46,9 DP=9,5	FIQ	Impacto mais negativo sobre a qualidade de vida em idosos (p=0,02)
2004	Soucase <i>et al</i>	32*	x=46 DP=10,3	QLInv	Sem associações significativas
2001	Burckhardt	343*	20-34: 53 35-54: 243 55-64: 47	FIQ, BDI, CSQ, QLS	Jovens com pior capacidade funcional e pior estado geral
2000	Da Costa <i>et al</i>	46*	x=48,13 DP=9,4	SF-36	Sem associações significativas
1999	Kurtze <i>et al</i>	320	x=45,57 DP=9,8	QLInd	Sem associações significativas

Tabela 1 – Varição da qualidade de vida de acordo com a idade. n= número de participantes no estudo; x – média; * - participantes exclusivamente do sexo feminino

Os trabalhos mais antigos^{25,26,27} fizeram uso de questionários como o Quality of Life Inventory e o Quality of Life Index. Apesar de estes serem instrumentos completos, que permitem uma investigação alargada das condicionantes da qualidade de vida, não são tão específicos para os doentes com fibromialgia; não têm sido utilizados, em regra, nos estudos mais recentes. Visto que, neste caso, o objectivo principal não é fazer uma caracterização completa da qualidade de vida, mas sim comparar as diferenças principais entre dois grupos de doentes com fibromialgia, talvez fosse pertinente utilizar instrumentos mais dirigidos para esta patologia em específico.

A informação recolhida em 2008 encontrou uma associação negativa entre a qualidade de vida e a idade^{22,28}, nomeadamente no que diz respeito às dimensões física e social.²⁸ No entanto, o estudo de Tander *et al.* peca por ter um número limitado de doentes, sendo todos do sexo feminino. Ubago *et al.* incluíram uma população mais representativa, embora os contactos tenham sido realizados por telefone.

Recentemente, Campos *et al.* demonstraram um benefício dos doentes com idade superior a 60 anos precisamente nas áreas física e social.²⁹ Quando comparadas as pontuações de cada grupo com as da população geral da mesma idade e género, a diminuição da qualidade de vida foi menor nos indivíduos mais velhos; o contraste era maior entre os jovens saudáveis *versus* fibromiálgicos. Este estudo padece de algumas limitações, já que dele apenas fazem parte mulheres portuguesas pertencentes a uma associação de apoio a doentes com fibromialgia. Não só por respeitarem a um único género, como por terem um comportamento activo de procura de apoio, não constituirão uma amostra representativa dos doentes com fibromialgia. Para além disso, apenas 14,5% dos participantes tinham idades inferiores a 39 anos, com outros 14,5% ultrapassando os 60 anos. Seria desejável uma distribuição mais equitativa do número de doentes em cada faixa etária.

No estudo de 2001, os doentes mais jovens apresentaram pior pontuação de bem-estar e dos parâmetros físicos no FIQ, bem como menor controlo sobre a dor, revelando *scores* de catastrofização mais elevados e qualidade de vida inferior.³⁰ Tais achados foram independentes da duração dos sintomas. As mulheres de meia-idade constituíram um grupo muito heterogéneo, sendo que exibiram níveis de *stress* comparáveis aos das jovens de 20 a 34 anos embora tenham tido uma duração dos sintomas semelhante à das mulheres mais velhas.

Talvez o impacto da fibromialgia seja mais notório nesta faixa etária por serem maiores as exigências traçadas pelo próprio e pelos papéis a que se propõe. Já tinha sido reconhecido, no *London Fibromyalgia Epidemiology Study*, que a prevalência de invalidez era mais baixa nos doentes com idade superior a 64 anos, considerando que talvez tal ocorresse por os trabalhadores, a partir desta idade, se tornarem candidatos à reforma e não a uma pensão de invalidez.⁹ Associada e/ou adicionalmente, estes doentes podem encarar a sua incapacidade noutros campos quase como inevitável, como acompanhante do processo de envelhecimento e perda de funcionalidade, sem se sentirem tão estigmatizados e, em suma, não atribuindo à fibromialgia tanta “culpa”.

O diagnóstico de uma doença crónica será, eventualmente, aceite com menos surpresa numa faixa etária mais elevada. As mulheres jovens terão, até certo ponto, de redesenhar os seus objectivos de vida, de se habituar a uma visão diferente de si próprias e das suas capacidades e poderão, no frenesim das suas ocupações, não ter a oportunidade de desenvolver os mesmos mecanismos de *coping*. A confirmar-se esta tendência, seria pertinente intervir precocemente nas mulheres jovens, sujeitas a um impacto que, além de comprovadamente nefasto numa extensão temporal curta, se adivinha carregar sequelas a médio e longo prazos.

Ribeiro *et al* apontam que pode haver uma diminuição da qualidade de vida com a idade na população geral. ³¹Na verdade, torna-se difícil avaliar o efeito da fibromialgia sem o emparelhamento adequado com um grupo de controlo. Idealmente, um estudo longitudinal seria capaz de esclarecer a relação entre a idade e a qualidade de vida na fibromialgia e evidenciar momentos-chave de intervenção.

Em termos teóricos, deveria conseguir-se separar a análise da evolução da sintomatologia da doença e a análise da variação da qualidade de vida: ou seja, compreender se a qualidade de vida muda em função de os sintomas serem mais ou menos incapacitantes ou porque as estratégias de *coping* se alteram ou as exigências funcionais (ou outros factores) se modificam.

Será, assim, necessário maior investimento de meios técnicos e humanos neste campo de investigação, a par de amostras mais representativas.

Variação da qualidade de vida segundo o género

A compreensão e a análise das características da fibromialgia segundo o género poderão acrescentar informação sobre os mecanismos fisiopatológicos da doença. Para além disso, o conhecimento das dimensões particularmente mais afectadas em homens e mulheres permite uma abordagem terapêutica direccionada e uma intervenção mais eficaz na melhoria da qualidade de vida

Em 2012, o SF-36 e o FIQ foram os recursos utilizados num estudo desenhado para avaliar a qualidade de vida e o impacto da fibromialgia em 20 homens e 78 mulheres.³² O impacto da fibromialgia ($p=0,01$) e o atingimento físico ($p=0,02$) no FIQ foram mais acentuados nos homens, enquanto as mulheres mostraram maior fadiga matinal ($p=0,04$), exibindo menor vitalidade ($p=0,02$) no SF-36. Numa investigação populacional realizado por Wolfe *et al.*, das 3006 pessoas inicialmente avaliadas, 391 preencheram o questionário completo e foram submetidas a exame físico.³³ As mulheres apresentaram índices superiores de fadiga (OR 4,52; 2,03-10,09) e dor generalizada (OR 3,94; 1,34-11,38), bem como perturbações do sono mais frequentes (OR 3,06; 1,45-6,46) e número mais elevado de *tender points* (pontos dolorosos) (OR 9,6; 2,00-46,3). Este estudo data de 1995, altura em que os critérios diagnósticos da fibromialgia estavam ainda em evolução, sendo distintos dos adoptados hoje. Para além disso, tendo como base a população geral e não apenas o cenário de cuidados médicos, o risco de diagnóstico erróneo aparece significativamente aumentado, o que pode ter enviesado os resultados.

Yunus *et al.*, em 2000, analisaram um grupo de 536 doentes com fibromialgia, dos quais 469 eram mulheres e 67 homens.³⁴ Foi possível inferir que as mulheres teriam maior número de pontos dolorosos, mais dor generalizada e fadiga ($p<0,01$ para todas as dimensões). A percepção global do estado de saúde, o grau de disfunção e a severidade da dor

foram semelhantes nos dois géneros. A pontuação no HAQ foi também equivalente; não pareceu haver diferenças significativas nas dimensões psicológicas, o que também foi aferido no estudo de Hauser *et al.*³⁸

Estes achados estabelecem claro contraste com os resultados de um estudo realizado num hospital universitário espanhol, em que os homens mostraram pior percepção da doença, mais co-morbilidades psiquiátricas actuais ou pretéritas e maior impacto da fibromialgia nas suas vidas.³⁵

Já numa investigação alemã que integrou 25 homens e 25 mulheres, foram utilizados o DSF para avaliar a dor, o FESV para investigar os métodos de *coping* ligados à dor e o HADS.³⁶ Não tendo sido notadas diferenças nos níveis da dor, o sexo feminino foi associado a tensão psicológica mais elevada.

A discrepância entre as escalas usadas na metodologia, o número de participantes em cada estudo e as proporções entre os géneros de que cada um dispôs não permite tirar conclusões sobre o tema das distinções psicológicas entre os dois sexos. Talvez as diferenças culturais no modo de lidar com a dor sejam também uma variável relevante, que impedirá sempre a existência de resultados consistentes, mesmo após a standardização das escalas utilizadas, permanecendo uma questão a elucidar no futuro.

Um trabalho de 2000 comparou quarenta homens com fibromialgia com o mesmo número de mulheres com este diagnóstico;³⁷ foi realizada a contagem de pontos dolorosos e estabelecido o limiar de dor através de dolorimetria; ainda, foram aplicadas as escalas QOL-16, SF-36 e FIQ. Os homens revelaram maior severidade de sintomas, diminuição de função física e prejuízo da qualidade de vida. O limiar de dor mostrou ser inferior nas mulheres, embora a contagem de pontos dolorosos fosse semelhante. Este último resultado contrasta com

o obtido por Yunus *et al.* ³⁴ e com o de Hauser *et al.* que, estudando 885 e mulheres e 138 homens com fibromialgia, verificaram que as mulheres tinham um maior número de pontos dolorosos ($p=0,04$). No entanto, as mulheres desta amostra apresentavam também maior duração da dor generalizada ($p=0,009$), tendo o diagnóstico de fibromialgia sido efectuado há mais tempo ($p=0,05$).³⁸

Visto que a fibromialgia é três vezes mais frequente em mulheres, é difícil seleccionar amostras com igual proporção de participantes entre os dois géneros, a não ser que o número total de participantes seja baixo. No entanto, seria esta a estratégia desejável em estudos futuros, de modo a esclarecer os dados discrepantes até agora alcançados.

Função sexual dos doentes com fibromialgia

A sexualidade, na sua natural universalidade, simples e inerente à condição humana, é simultaneamente uma dimensão única, particular e complexa do indivíduo. Assim, não se limita à actividade sexual; antes, inclui-a, sendo esta uma componente crucial da saúde mental e física e da qualidade de vida.

A função sexual normal consiste na actividade sexual que experimenta uma transição fluida das fases de excitação para as de relaxamento, com uma sensação de prazer, satisfação

e completude.³⁹ A disfunção sexual é um problema comum, calculando-se que seja experienciada pelo menos uma vez na vida por cerca de 45% das mulheres⁴⁰ e 20 a 30% dos homens.⁴¹ Esta perturbação é manifestamente mais comum na população com fibromialgia, conforme se verá adiante. Tal susceptibilidade aumentada não constitui necessariamente uma consequência fisiopatológica; não deixa, no entanto, de requerer uma investigação mais aprofundada, nomeadamente sobre os domínios específicos em que se manifesta, os factores capazes de a influenciar negativa ou positivamente e o impacto sobre a qualidade de vida.

Batmaz *et al.*⁴² propuseram comparar a função sexual de 37 homens com fibromialgia com a de 30 controlos saudáveis. A dor foi avaliada através da VAS, a função sexual pelo IIEF e a qualidade de vida pelo SF36; a HADS concluiu sobre a presença de ansiedade e depressão. Os doentes com fibromialgia obtiveram pontuações mais baixas em todos os cinco domínios do IIEF (função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral), em comparação com o grupo de controlo ($p < 0,001$). Adicionalmente, foi demonstrada uma correlação negativa entre a função sexual e a idade ($p < 0,05$) e entre aquela e a dor ($p < 0,05$) e uma correlação positiva com a qualidade de vida ($p < 0,05$). Não foi encontrada uma relação com factores psicológicos ($p > 0,05$).

Quais serão, porém, os resultados referentes às mulheres, que constituem o género mais atingido na fibromialgia e sobre as quais incide grande parte dos estudos?

De modo a permitir uma compreensão mais fácil dos dados recolhidos, muitas vezes contraditórios, a tabela 2 propõe um breve resumo dos mesmos.

Ano	Autor	n	Instrumentos	Resultados
2012	Yilmaz <i>et al.</i>	FM - 126 C - 132	Nº pontos dolorosos AVS FSFI BDI FIQ	↑BDI e ↓FSFI nos doentes com FM Correlação negativa FSFI total com BDI e FIQ (r = -0,303)
2011	Ablin <i>et al.</i>	FM – 50 C – 55	ASEX	FM piores resultados ASEX (p<0,0001).
2008	Orellana <i>et al.</i>	FM – 31 AR – 26 C – 20	CSFQ STAI BDI	Disfunção sexual mais frequente na AR e FM; associada a severidade da depressão nesta última (p=0,012)
2006	Aydin <i>et al.</i>	FM – 48 C - 38	FSFI STAI BDI VAS (dor) Nº pontos dolorosos Doseamentos hormonais	FM pontuação FSFI mais baixa (p=0,001) Atingimento preponderante da libido (p=0,003), do orgasmo (p=0,007), da satisfação global (p=0,000) e da dor (p=0,002)
2006	Prins <i>et al.</i>	FM- 63 C - 66	QSD – SF RAND – SF 36	Fases mais problemáticas da FM: desejo(Mann-Whitney test: -3,36) e satisfação sexual (Mann-Whitney test: -2,059, p<0,05).
2006	Shaver <i>et al.</i>	FM – 442 C - 205	Questionário telefónico de 10 itens sobre sexualidade	FM com maior disfunção sexual, especialmente na excitação sexual, orgasmo e masturbação; mais dispareunia
2005	Tikiz <i>et al.</i>	FM – 40	FSFI	Pontuações FSFI significativamente reduzidas nos grupos com FM e

		FM + D - 27 C - 33	DSM-IV interview HRSD FIQ Lattinen pain score	FM+Dem relação aos controlos. (21,83 +/- 5,84 e 22,43 +/-7,0 vs 28,10 +/- 6,52; p=0,001). Correlaçãomoderada entre dor e FSFI nos dois grupos (r=-0,366, p=0,047 e r=-0,403, p=0,018)
2004	Da Costa <i>et al.</i>	FM -20 C - 20	SEQ BDI	FM maior disfunção sexual (p=0,01), maior dificuldade em ter orgasmo (p=0,01) e mais comportamentos de masturbação (p=0,053)

Tabela 2 – Estudos sobre o impacto da fibromialgia sobre a sexualidade das mulheres

N = número participantes

FM – número de doentes com fibromialgia

FM + D – número de doentes com fibromialgia e depressão

C – número de indivíduos do grupo de controlo

No estudo de 2012, observou-se que os doentes com fibromialgia teriam actividade sexual não só mais infrequente como mais insatisfatória, obtendo pontuações mais baixas na escala FSFI, tanto nos valores totais como dentro dos diferentes domínios.⁴³ Os doentes apresentariam também maiores índices de depressão, sendo que, quando os valores da escala de BDI cifravam valores superiores a 17, se notava uma diminuição significativamente mais acentuada da pontuação FSFI. Por fim, determinou-se que os resultados da FSFI se correlacionavam negativamente com a pontuação obtida na BDI ($r = -0,259$; $p = 0,55$) e com o impacto da doença, medido pela FIQ ($r = -0,303$), ($p = 0,69$). Também o estudo de Aydin *et al.* revelou uma correlação negativa entre as pontuações das escalas FSFI e BDI ($r = -0,403$; $p = 0,005$) e entre as da FSFI e do STAI ($r = -0,413$; $p = 0,004$).⁴⁴ Orellana *et al.* concluíram que a severidade da depressão estaria relacionada com a gravidade do atingimento sexual.⁴⁹

Prins *et al.* encontraram, igualmente, uma disfunção sexual significativa no grupo com fibromialgia.⁴⁵ Para além disso, apuraram que os doentes fibromiálgicos sofreriam mais frequentemente de insensibilidade genital (Mann-Whitney test: $-2,217$; $p < 0,05$), bem como de dor noutras partes do corpo antes, durante e depois do contacto sexual (Mann-Whitney test: $-8,543$; $p \leq 0,001$). O stress revelou-se um importante preditor de todos os parâmetros de disfunção sexual. Na mesma linha dos dois artigos previamente referidos, os aspectos psicológicos do normal ciclo sexual apresentavam-se claramente perturbados.

Embora Tikiz *et al.* tenham encontrado pontuações FSFI reduzidas tanto no grupo de doentes que padecia exclusivamente de fibromialgia como no grupo com comorbidade depressiva, em relação aos controlos, não foram apontadas diferenças estatisticamente significativas entre os doentes fibromiálgicos com e sem depressão

($p > 0,05$).⁴⁶ A disfunção sexual não pareceu estar relacionada com o impacto da fibromialgia avaliado pelo FIQ, nem com as pontuações obtidas no HDRS ($p > 0,05$).

No estudo de Ablin *et al.*, foi aplicada a ASEX, escala que avalia cinco áreas – líbido, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação sexual – e os doentes com fibromialgia obtiveram pontuações mais altas, correspondentes a níveis mais elevados de disfunção.⁴⁷ Foi também identificada uma correlação positiva entre o número de pontos dolorosos e a pontuação obtida nos parâmetros de desejo sexual, satisfação sexual e escalas de excitação sexual e orgasmo.

Shaver *et al.* dispuseram da maior amostra de entre as presentes investigações; no entanto, incluíram um grupo de controlo com apenas metade do número de intervenientes e realizaram o estudo através de contactos telefónicos.¹⁴ Determinaram a existência de uma disfunção sexual mais acentuada nos doentes com fibromialgia, mas semprejuízo da líbido significativamente superior ao do grupo de controlo.

O estudo de De Costa *et al.* é o mais antigo e dispôs de uma amostra de dimensões reduzidas.⁴⁸

Permanecendo a etiologia da fibromialgia uma incógnita, as determinantes da disfunção sexual de que - como rapidamente se infere a partir da informação acima exposta - os doentes se queixam mais frequentemente, não são, igualmente, conhecidas com rigor. De qualquer modo, mais do que almejar uma investigação causal, esta breve resenha assume um pendor compreensivo, descritivo, que permita avaliar a relação entre dimensões

reais da complexa síndrome fibromiálgica, que possam ser percebidas e modificadas, privilegiando uma abordagem personalizada, sensível, mais realista e mais humana. Na verdade, factores tão diversos como a rigidez, a fadiga, as perturbações do sono,⁴³ ou mesmo questões relativas a história de trauma físico ou psicológico⁵⁰, bem como factores relativos à própria relação romântica⁵¹ podem influir na vivência sexual dos doentes com fibromialgia.

A variedade de escalas utilizadas, nomeadamente no que concerne à caracterização da disfunção sexual, torna difícil uma comparação sumária e decisiva dos factores determinantes e das dimensões particulares em causa nesta afecção. De facto, foram utilizadas seis escalas diferentes para avaliação da disfunção sexual nos oito estudos analisados, sendo estas, por sua vez, conjugadas com instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida, do impacto da fibromialgia e das variáveis psicológicas envolvidas.

Apesar disto, alguns padrões tornam-se rapidamente identificáveis: todos os estudos, com a excepção do realizado por Shaver *et al.*, identificam uma diminuição da libido nos doentes com fibromialgia. Ainda mais evidente, e presente em todos os trabalhos sem excepção, é a baixa satisfação global dos doentes relativamente à sua sexualidade.

Das publicações que se debruçaram sobre a relação da disfunção sexual com a depressão, o de Tikiz *et al.* foi o único a encontrar resultados que negassem uma relação entre estas duas variáveis; este foi, também, o único estudo que integrou os critérios do DSM-IV em vez de aplicar a BDI. Assim, e recordando que, nos homens, os factores psicológicos tendem a ser desvalorizados, podemos pensar que haverá uma diferença entre os dois géneros no que se refere à génese da disfunção sexual ou, porventura, no modo como lidam com a sua incapacidade e como reconstróem a sua identidade e o seu comportamento sexual perante esta condicionante negativa. Teoriza-se que a depressão,

associada a sentimentos de catastrofização e medo, conducente a comportamentos evitantes, pode suprimir a libido.⁵² Por conseguinte, tornar-se-á importante investigar esta inter-relação e intervir na saúde mental, de modo a melhorar a libido e, esperançosamente, a satisfação sexual. Neste âmbito, seria importante averiguar a medicação crónica, já que o tratamento com inibidores selectivos da recaptção da serotonina, inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina ou relaxantes musculares, com objectivos anti-álgicos ou anti-depressivos, pode exercer um efeito negativo sobre a função sexual. Há que avaliar até que ponto estes agentes produzem os efeitos terapêuticos desejados e o peso relativo das reacções adversas medicamentosas e da sintomatologia da própria doença disfunção sexual.

As recomendações que podem ser oferecidas no sentido de diminuir o impacto da doença sobre a actividade sexual podem incluir, para além da analgesia e do relaxamento muscular, a exploração de posições diferentes ou métodos alternativos de expressão sexual. Adicionalmente, será importante sensibilizar o parceiro para questões desta índole, podendo ser benéfica uma terapêutica que envolva o casal em conjunto.

Distúrbios do sono nos doentes com fibromialgia

Os distúrbios do sono apresentam-se de forma clinicamente significativa em pelo menos 10% da população, assumindo assim relevância em termos de saúde pública.⁵³

Actualmente, a incidência aumentada de distúrbios do sono nos doentes com fibromialgia é uma realidade bem documentada. Mais concretamente, foram identificadas, nesta população, dificuldades em adormecer e em manter o sono e maior frequência de acordares precoces.⁵⁴⁻⁵⁶

Como entidades relacionadas com esta disfunção, citam-se os distúrbios de humor e do afecto positivo e a proeminência da dor que, globalmente, contribuem para um prejuízo da capacidade funcional.⁵⁴⁻⁶⁰

De facto, os distúrbios de sono parecem gerar níveis mais elevados de dor que, por sua vez, têm uma influência negativa na qualidade do sono subsequente.⁶¹ Um estudo de 2013 concluiu que uma única noite de privação completa de sono aumenta os níveis de ansiedade e induz hiperalgesia generalizada,⁶² factores que fornecem uma potencial explicação para esta relação observada na fibromialgia.

A realidade do doente com fibromialgia é mais complexa do que todos os esquemas etiopatogénicos em que nos possamos apoiar; a co-morbilidade com distúrbios do humor torna ainda mais difícil a análise deste quadro, impossibilitando, por agora, a especificação da natureza primária ou secundária dos distúrbios do sono. Sabe-se, no entanto, que estes factores interagem e que será importante abordá-los em conjunto.

Na verdade, o impacto negativo das perturbações do sono sobre a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia teria sido já relatado em diversas entrevistas qualitativas. Mais tarde, 101 doentes foram avaliados através do SF-36, PANAS, PSQI e COPEInventory.⁶³Noventa e nove por cento dos participantes relataram ter um sono de baixa qualidade; estas alterações mostraram ser preditoras da dor ($p<0,05$), fadiga ($p<0,05$) e funcionamento social ($p<0,01$). Tratando-se de um estudo transversal, torna-se impossível extrair inferências causais. Para além disso, a selecção da amostra a partir de um grupo de apoio e a presença de um elevado número de co-morbilidades impede a generalização dos resultados referentes às suas características e à gravidade e comportamento da doença.

As mulheres com fibromialgia demoram mais tempo a adormecer, acordam mais vezes durante a noite e têm pior qualidade global de sono ($p<0,0125$), segundo Shaver *et al.*¹⁴, que também observaram que as que tinham formação académica superior e estavam empregadas reportavam menos insónia inicial.

Em 2007, Wagner *et al.*⁶⁴ propuseram comparar a influência do sono na qualidade de vida entre os doentes com fibromialgia ($n=2196$) e um grupo de controlo ($n=2194$). Foram avaliadas as dimensões “dificuldade em adormecer”, “dificuldade em manter o sono” e “acordar precoce”, fazendo corresponder a cada indivíduo um número de problemas. No grupo da fibromialgia, apenas 11,2% não tinham dificuldades no sono; 25,7% tinha um sintoma de disfunção e 63,05% apresentavam dois ou mais sintomas. Tais dados contrastaram com os do grupo de controlo, em que 40,7% não relataram dificuldades e 29% admitiram um problema, sendo que apenas 30,3% indicaram dois ou mais ($p<0,001$). Os doentes com problemas de sono mostraram ter pior qualidade de vida, tanto global como nos diversos domínios do SF-12 ($p<0,05$). Para além disso, esta relação foi

mais evidente nos doentes com fibromialgia, reforçando a ideia de que o sono será um factor interactivo de peso e que contribuirá fortemente para a diminuição da qualidade de vida. Este estudo incluiu um número elevado de doentes e de controlos, e as relações foram estabelecidas com significado estatístico. A sua validade não impede, no entanto, a recomendação de que se conduzam mais investigações que a reforce. Possuindo um carácter transversal, as hipóteses causais continuam a carecer de esclarecimento. Para além disso, por os dados terem sido recolhidos através de questionários, não se pode excluir o viés de memória. Dispondo de uma amostra desta envergadura, os autores poderiam ter almejado, se não alargar as conclusões, fundamentar mais questões a explorar no futuro. Teria sido interessante, a meu ver, especificar também que anomalias mais interferiram na qualidade de vida.

Em suma, a abordagem dos distúrbios do sono nos doentes com fibromialgia deve ser integrada com as restantes dimensões desta patologia.

Alterações psiquiátricas e sua influência na qualidade de vida

A patologia do foro mental assume uma importância crescente na população geral, sendo a depressão *major* a entidade psiquiátrica com maior prevalência na Europa (12,8%), seguida pelas fobias específicas (7,7%), o abuso de álcool (4,1%) e a distímia (4,1%).⁶⁵ À medida que esta tendência progride, a preocupação quanto à confirmada influência negativa que os distúrbios psiquiátricos exercem na qualidade de vida⁶⁶ torna-se inevitável.

Alguns estudos sugerem que o impacto das patologias psiquiátricas poderá ser ainda superior aos das doenças reumatológicas crónicas^{67,68}; em conjugação, é possível que originem um efeito sinérgico sobre a diminuição da qualidade de vida. Por isso, torna-se importante avaliar a frequência e o impacto da concomitância de fibromialgia e problemas mentais, que constituirá um grupo de risco a identificar na prática clínica e a incluir numa abordagem sensível, cuidadosa e holística.

À luz dos dados actualmente conhecidos, parece existir uma maior frequência de distúrbios psiquiátricos nos doentes com fibromialgia.⁶⁹ Particularmente, observa-se um aumento da associação com os distúrbios de humor,^{70,71,72} – incluindo os sintomas depressivos⁷³ e a depressão *major*^{74,75,76} – e com as perturbações do espectro ansioso.^{71,74,75,76}

Globalmente, os distúrbios depressivos e de ansiedade fazem representar-se em 80,8% dos doentes com fibromialgia ao longo das suas vidas.⁷¹

Consoli *et al.* basearam-se numa amostra de 167 mulheres com fibromialgia, avaliando a sua qualidade de vida e o impacto da doença através do SF36 e do FIQ.⁷¹ Os critérios de DSM-IV serviram como crivo para diagnosticar os distúrbios psiquiátricos.

Verificou-se que a co-morbilidade psiquiátrica se associava a uma maior severidade da dor e a uma pontuação mais baixa na componente mental do SF-36. Mais especificamente, os doentes com distúrbios de humor à data do estudo mostraram piores pontuações em ambas as componentes do SF-36 e um maior impacto da fibromialgia, quando comparados com os doentes ansiosos ou sem co-morbilidades.

De modo semelhante, no estudo de Jansen *et al.*, os doentes com fibromialgia e depressão apresentaram uma qualidade de vida diminuída e, particularmente, inferior aos doentes com fibromialgia sem depressão nos parâmetros de vitalidade, aspectos sociais, emocionais e à saúde mental do SF-36 ($p < 0,0001$). O humor deprimido mostrou prejudicar a *performance* destes doentes na medida em que, restringindo a actividade mental, afectava a sua capacidade de trabalho. De facto, a depressão, tal como a ansiedade, pareceu diminuir o conforto nas actividades quotidianas, a capacidade subjectiva de trabalho e, novamente, a qualidade de vida.²⁵

Homann *et al.* denunciaram que a depressão se manifestaria com maior gravidade nos doentes com fibromialgia.⁷³ Estes investigadores debruçaram-se sobre um grupo de 20 mulheres com fibromialgia, comparando-as com 20 mulheres saudáveis nas dimensões de sintomas depressivos, *stress*, estado de saúde, impacto da fibromialgia e dor, através, respectivamente, do IDB, PSS-10, HAQ, FIQ, VAS.⁷³ No grupo com fibromialgia, foram identificados sintomas depressivos mais severos ($24,10 \pm 11,68$) e maior percepção de *stress* ($25,10 \pm 4,82$) quando comparado com o grupo de controlo ($10,20 \pm 12,78$; $p < 0,01$; e $15,45 \pm 7,29$; $p < 0,01$, respectivamente). Foi, ainda, encontrada uma correlação positiva entre os sintomas depressivos e a percepção de *stress* ($r = 0,54$; $p < 0,05$), a dor ($r = 0,58$; $p < 0,01$), a diminuição da funcionalidade ($r = 0,56$; $p < 0,01$) e o impacto na qualidade de vida ($r = 0,46$; $p < 0,05$).

Os distúrbios de ansiedade também parecem prejudicar a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia. Pagano *et al.* encontraram níveis mais elevados de ansiedade (STAI) – na perspectiva de traço e também de estado – e pior qualidade de vida (FIQ e SF-36) nos doentes (n=40) em comparação com os controlos (n=40), com uma elevada significância estatística ($p=0,000$).⁷⁹ Foi observada uma correlação alta entre os três questionários ($r=0,9$).

Assim, confirma-se não só a incidência mais elevada destas patologias, como o prejuízo que acarretam para a qualidade de vida dos doentes com fibromialgia. A depressão parece estar relacionada com a diminuição da funcionalidade e da actividade física, o que reforça o quadro psicológico disfórico.¹¹ O tratamento da fibromialgia deve ser personalizado, e atento às co-morbilidades do foro mental, sob pena de tratar os sintomas deficitariamente por não travar a génese deste ciclo vicioso. De notar que aproximadamente 78% das pessoas com sintomas de ansiedade e depressão expressa a dor como um sintoma relevante⁸⁰; tal factor não deverá ser menosprezado aquando da avaliação sintomática e do estabelecimento do plano terapêutico para a fibromialgia.

A imagem corporal correlaciona-se com os níveis de perfeccionismo do indivíduo e é modulada por factores psicossociais, bem como pelas suas crenças e memórias.⁸¹ As patologias que condicionam dor crónica podem afectar a imagem corporal, baixando a auto-estima e contribuindo para a génese de sintomas depressivos.⁸² Estabelecendo uma comparação entre 51 doentes com fibromialgia e 41 controlos, foram avaliados a dor através da VAS, o impacto da fibromialgia pelo FIQ, a imagem corporal através da BIS, os sintomas depressivos pela BDI, a qualidade de vida com o SF-36 e, utilizando o 6MWT, concluiu-se sobre a capacidade funcional.⁸³ Esta investigação apontou para uma relação entre a pontuação na BIS e a obtida na VAS ($r=0,843$) e na FIQ ($r= 0,290$) nos doentes com fibromialgia ($p<0,05$). Adicionalmente, foram encontradas relações significativas

entre as pontuações do BIS e os seguintes subparâmetros do SF-36: dor ($r=-0,288$), vitalidade ($r=-0,519$), saúde mental ($r=-0,442$) e saúde geral ($r=-0,492$) ($p<0,05$). A qualidade de vida foi significativamente inferior nos doentes quando comparando com os controlos ($p<0,05$), excepção feita à componente de funcionamento social.

Pelo exposto, poder-se-á afirmar que a imagem corporal está alterada nos doentes com fibromialgia e que será, portanto, adequado avaliar esta dimensão para obter uma optimização do controlo da dor e da melhoria do impacto mórbido. Finalmente, propõe-se a realização de estudos adicionais que promovam uma compreensão mais alargada da imagem corporal nos doentes com fibromialgia e da sua influência na qualidade de vida. Será, igualmente, pertinente o desenvolvimento de escalas apropriadas para avaliar a dimensão mencionada neste grupo, de modo a permitir uma intervenção eficaz, com potenciais melhorias da qualidade de vida.

A catastrofização é outro factor que parece influir negativamente sobre a funcionalidade,⁸⁴ sendo que, quando associada a sofrimento emocional (medido conforme o Mc Gill Pain questionnaire), tem uma importante repercussão sobre o bem-estar.⁸⁵ Um estudo de 2008 notou que os doentes com fibromialgia que apresentavam índices mais elevados de catastrofização dispunham de menor conhecimento sobre a doença, percebendo-a como sendo moldável por factores externos e sujeita a pouco controlo do próprio.⁸⁶ Provou, igualmente, que esta construção exercia um efeito negativo sobre a qualidade de vida, pelo que se realça a importância da compreensão da patologia no sentido de dotar os doentes de uma estrutura cognitiva, psicológica e de um sistema de crenças que lhes permita tornarem-se, eles próprios, agentes do processo terapêutico.

Em suma, a co-morbilidade psiquiátrica é uma vertente importante da fibromialgia, não só pela sua frequência, mas pela capacidade que tem de influenciar o espectro sintomático e afectar negativamente a qualidade de vida dos doentes, já por si diminuída. Torna-se premente avaliar cuidadosamente a presença destes distúrbios nos doentes com fibromialgia, no quotidiano clínico, considerando o acompanhamento por um psiquiatra de ligação, capaz de abordar a natureza e os efeitos complexos da fibromialgia segundo o sistema de crenças e as vulnerabilidades físicas e psicológicas do doente e compreendendo o impacto da doença no seu percurso de vida.

A actividade laboral dos doentes com fibromialgia

A incapacidade e a disfunção no local de trabalho são um problema que os doentes com fibromialgia enfrentam frequentemente,⁸⁷ estando associado a diminuição da produtividade e perda da qualidade de vida relacionada com a saúde.⁸⁸

Embora com oscilações geográficas importante, a prevalência de desemprego entre doentes com fibromialgia é de, pelo menos, 34%, chegando a atingir taxas de 77 em cem.⁸⁹ Para além disso, como já referido, calcula-se que mais de metade dos doentes fibromiálgicos desista do trabalho devido à doença e, dos que continuam, 59,4% diminua volume dos encargos.¹¹

Um estudo realizado em 2003, que analisou a relação entre o estado empregado vsdesempregado e a pontuação de quatro escalas que avaliavam o estado de saúde – MHAQ, VAS para dor no dia da entrevista, número de áreas dolorosas e VAS para fadiga no dia da entrevista – observava que as doentes com fibromialgia que trabalhavam tinham menos dor, menos fadiga e melhor capacidade funcional.⁹⁰ A amostra foi constituída por 287 mulheres seguidas em diversos serviços de Reumatologia. Os autores reconheciam, no entanto, que estes resultados não afirmavam o possível efeito benéfico do trabalho na saúde, já que não estava excluída a eventualidade de uma relação causal inversa: as mulheres com melhor controlo da doença teriam mais tendência a continuar a trabalhar. Ainda, referiam que a amostra, constituída por doentes acompanhadas nos cuidados terciários, poderia incluir portadoras de doença mais grave, não representativas da população fibromiálgica.

Uma investigação dos mesmos autores, no ano seguinte, demonstrou que as

mulheres com fibromialgia que não trabalham tinham pior pontuação nos parâmetros físicos (mas igual nos parâmetros mentais, o que não permite, novamente, fazer inferências de causalidade).⁹¹

Em 2008, a mesma equipa projectou, desta feita, uma investigação em que seguiu 211 mulheres durante 4 anos.⁹² Verificou-se que as mulheres empregadas tinham melhor estado de saúde em todos os parâmetros avaliados, com excepção da dor, em relação às não-empregadas. O estado de saúde dos dois grupos piorou ao longo do tempo na mesma proporção, sendo que a vantagem do grupo de mulheres empregadas se manteve. Assim, e contrariando as conclusões dos estudos transversais, não houve indícios de que o trabalho produzisse benefícios significativos para a saúde nas mulheres com fibromialgia. No entanto, também não houve uma deterioração da saúde nas mulheres que trabalhavam; pelo contrário, mantiveram o benefício que inicialmente as separava. Como tal, os autores do estudo recomendam que as doentes com fibromialgia continuem a trabalhar. Para além disso, sendo o diagnóstico feito, a maior parte das vezes, em mulheres de meia-idade⁷ e supondo que, de outra forma, trabalhariam até à idade da reforma, a duração do período de ausência laboral será superior ao previamente analisado, com potenciais efeitos deletérios para a qualidade de vida.

A maior parte destes estudos^{87,89-92} debruça-se sobre a população feminina em exclusivo. Embora seja adequado, na medida em que a maior parte dos doentes fibromiálgicos é do género feminino, seria interessante compreender e comparar a realidade dos homens com fibromialgia. Perezet *al* sugerem que haverá uma maior proporção de homens sob baixa médica em relação às mulheres.³⁵

Para que os doentes com fibromialgia possam continuar a trabalhar quando o desejarem, mantendo a funcionalidade e a qualidade de vida, será essencial compreender quais são os factores que influenciam esta permanência. Há que abordar os factores relacionados com a própria doença como os externos, sob a perspectiva da relação interpessoal com os colegas⁹⁵, da organização das tarefas no dia-a-dia⁹⁷ e até do próprio ambiente físico: a luminosidade, a purificação do ar, a temperatura podem ser optimizados.⁷⁷

De entre os sintomas da fibromialgia que demonstradamente afectam a capacidade de trabalho, a dor afigura-se como uma condicionante central.⁹³ Por sua vez, também a percepção da sua situação de vida, a existência de outras responsabilidades,⁸⁹ a aceitação da doença e o apoio da família,⁹⁴ de colegas e de empregadores⁹⁵ desempenham um papel crítico sobre a decisão de manter o *status* laboral.

Parece, adicionalmente, ser relevante a facilidade com que lhes é permitido mudar a sua situação no trabalho e o ambiente físico e psicossocial que experimentam neste contexto.⁹⁶ Na verdade, as características de um trabalho adequado para um doente com fibromialgia incluem: um ritmo que permita desempenhar as funções com correcção e satisfação, o reconhecimento do trabalho por parte dos colegas e a manutenção de alguma energia para dispendir noutras actividades quando chegam a casa.⁹⁷ Os próprios doentes poderão desenvolver tácticas para prolongar a permanência no trabalho, contando-se, entre as mais frequentes: manter-se ocupado, manter uma atitude positiva, não desistir, fazer exercício, comer em quantidade e qualidade e ter um sono reparador.⁹⁶

Constitui-se assim como essencial uma intervenção individual e precoce no local de trabalho, já que algumas modificações podem ajudar os doentes a continuar a exercer as suas funções e, em última análise, a manter uma vida mais semelhante à que teriam sem o diagnóstico de fibromialgia.

Uma noção importante a tomar em consideração é a de que o conceito de “trabalho” não se limita às tarefas realizadas fora de casa; na verdade, as actividades familiares que acarretem responsabilidade podem envolver um elevado grau de exigência psicológica, contribuindo para um pior estado de saúde.⁹⁰ Tendo em conta que este tipo de esforço é, ainda, maioritariamente realizado por mulheres, principal população-alvo da fibromialgia,⁷ esta realidade não deve escapar à atenção do médico assistente, sob pena de negligenciar uma oportunidade-chave no controlo da fibromialgia e na optimização da qualidade de vida.

Impacto económico da fibromialgia

Na era das doenças crónicas, a patologia do foro reumático assume-se como a mais dispendiosa para os sistemas de saúde europeus, impondo, na globalidade, um custo anual total de 200 mil milhões de euros.⁹⁸

Verificando-se um aumento do número de diagnósticos de fibromialgia sem, no entanto, haver um tratamento efectivo, revela-se cada vez mais premente a quantificação e análise dos seus custos económicos, direccionando os recursos de modo a permitir o máximo benefício para os doentes com um menor custo para os sistemas de saúde.

As variações sociopolíticas inerentes às particularidades dos diversos sistemas de saúde interpõem-se a uma avaliação absoluta dos custos económicos da fibromialgia. Para além disso, muitos estudos realizados são antigos, sendo que a conjuntura económica terá alterado os custos dos serviços de saúde, dos tratamentos e as fracções suportadas pelos doentes e pelos Estados, bem como o valor dos custos indirectos. Esta heterogeneidade não permite uma totalização fidedigna em termos matemáticos. No entanto, é possível uma caracterização dos padrões de consumo de recursos por parte dos doentes com fibromialgia, compreendendo as variáveis que influenciam este comportamento; de resto, será este o objectivo que melhor servirá os doentes e os profissionais de saúde.

Na verdade, os doentes com fibromialgia comportam custos elevados, mesmo em relação a outras populações com doenças crónicas.⁹⁹

Embora haja numerosos estudos que comparam os custos da fibromialgia com o preço e os benefícios do tratamento da artrite reumatóide e da espondilite anquilosante, muitos estão já desactualizados, pois as alterações operadas pelos agentes biológicos modificaram o paradigma terapêutico destas últimas.

No âmbito dos cuidados primários, os doentes com fibromialgia utilizam com maior frequência os recursos de saúde disponíveis, completam mais dias de baixa médica e solicitam a reforma antecipada num maior número de vezes que os restantes utentes ($p < 0,001$).¹⁰⁰ A percentagem correspondente aos gastos com terapêutica farmacológica não ultrapassou, porém, neste estudo, a fasquia de 8%.

De facto, o impacto económico gerado pela fibromialgia parece ser dominado pela componente indirecta, conforme demonstraram outros estudos.¹⁰¹⁻¹⁰⁵ Designadamente, os períodos de ausência laboral assumem uma proporção pronunciada.¹⁰² A percentagem de custos indirectos nas mulheres ascendeu aos 70%, num estudo que considerou uma vasta gama de recursos convencionais e não-convencionais, direccionados para o tratamento da fibromialgia.¹⁰¹

A gravidade da doença também parece influenciar os seus custos, aumentando o número de agentes farmacológicos utilizados, visitas aos cuidados de saúde e custo total (directo+indirecto).¹¹¹ Winkelmann *et al.*, usando o FIQ para classificar a severidade da doença, encontrou incrementos de custo tão elevados como 200% entre a doença moderada e severa.¹⁰⁵

Outro trabalho, datado do ano seguinte, inferiu que, à medida que a gravidade da doença aumenta, aqueles por ela acometidos apresentam pior percepção do estado de saúde e consideram as medicações menos eficientes; no entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre os custos da doença ligeira, moderada e severa.¹⁰⁶ Correspondendo a um estudo transversal, foi todavia impossível concluir sobre uma relação de causalidade. Enquanto limitação adicional, deve referir-se que a população foi referenciada a partir de clínicas que se haviam voluntariado para participar, sem que se possa assegurar inteiramente a sua representatividade.

Perante a dissonância destes resultados, será pertinente ter em conta que, embora o segundo estudo tenha realizado uma classificação da doença mais cuidadosa, a verdade é que o número de participantes foi bastante mais baixo (n= 88vs n=299 no estudo de Winkelmann). De qualquer modo, a relação entre a gravidade da doença e os custos económicos persiste como uma questão a esclarecer no futuro.

A concomitância de perturbações do espectro depressivo ou ansioso, por outro lado, parece aumentar significativamente os custos totais.¹⁰⁷

Um estudo recente, publicado em 2013, teve como objectivo analisar o encargo económico da fibromialgia para o sistema de saúde coreano, concluindo que o mesmo era significativo, e constituído na sua maior parte (75%) por custos indirectos.¹⁰⁴ Contudo, três meses após o diagnóstico e início de tratamento, era notória uma melhoria na qualidade de vida dos doentes, com redução dos custos; enfatizando a importância da detecção e tratamento precoces.

Esta mesma realidade terá sido denunciada numa investigação belga de 2008, que alerta para os elevados custos das consultas de Medicina Geral e Familiar, referências a outras especialidades, investigações analíticas e imagiológicas e prescrições de terapêuticas farmacológicas antes do diagnóstico de fibromialgia, observando-se uma descida nos custos depois de o mesmo ter sido realizado.¹⁰⁸ As informações colhidas com referência ao sistema de saúde do Reino Unido confirmam esta tendência.¹⁰⁹

Também um estudo de 2010 realizado a partir da base de dados de duas seguradoras revela que, apesar de a média anual de recorrência aos serviços de saúde aumentar no primeiro ano após o diagnóstico, desenha-se uma inflexão a partir da segunda metade deste período.¹¹⁰ Estes resultados apontam para a importância do correcto e célere direccionamento dos doentes perante a suspeição clínica de fibromialgia, apelando à

formação dos profissionais de saúde e a uma informação genuína da população, que desmistifique o conceito de fibromialgia como um “não-diagnóstico”.

Em teoria, o controlo dos sintomas dos doentes com fibromialgia conduzirá a um decréscimo dos custos: a investigação de um tratamento mais eficaz, com melhoria dos sintomas e maior funcionalidade, contribuirá para a uma redução também da componente indirecta, que constitui o encargo mais significativo. Para além disso, há que ter em conta que, apesar de se dever excluir a presença de uma doença orgânica concomitante à fibromialgia, os exames complementares de diagnóstico devem ser usados com bom-senso clínico. A fibromialgia não deve ser encarada como a esterilidade do raciocínio clínico, como indeterminação diagnóstica; antes, é uma entidade cuja relevância e exigência terapêuticas devem colocar na linha de pensamento dos profissionais de saúde. O diagnóstico eficiente, o encaminhamento adequado e a terapêutica atempada condicionam os encargos económicos futuros do doente e a qualidade de vida que este terá; assim, revelam-se necessidades urgentes, humana e economicamente inteligentes.

Discussão e Conclusões

Os doentes com fibromialgia apresentam, globalmente, pior função e diminuição da qualidade de vida a partir do momento do diagnóstico.

Não se conhecendo absolutamente se a fibromialgia assume um impacto mais preocupante nas faixas etárias mais jovens ou nas idades mais avançadas, há que compreender, sim, que dimensões estão mais perturbadas em cada etapa do desenvolvimento pessoal, profissional e social. Uma abordagem mais específica deverá ser desenhada segundo as diferentes expectativas que os indivíduos assumirão sobre a sua própria funcionalidade.

O mesmo princípio se aplica à variabilidade do impacto da fibromialgia segundo o género. Apesar de esta entidade ser bastante mais comum entre elementos do sexo feminino e, portanto, o conhecimento das características nesta população ser mais útil do ponto de vista estatístico e na prática clínica, os casos particulares de homens com fibromialgia deverão ser também acompanhados e a sua evolução melhor caracterizada, de modo a permitir uma abordagem dirigida.

A disfunção sexual está afectada tanto nos doentes do sexo masculino como nos do sexo feminino. A concomitância de distúrbios do humor e do espectro da ansiedade prejudica a qualidade de vida tanto directamente como indirectamente, por influir nas dimensões da sexualidade. A diminuição da libido revelou-se universal. Considerando as reacções adversas medicamentosas de cariz sexual dos psicotrópicos, teria sido interessante especificar se os indivíduos participantes nos estudos estariam sob esta terapêutica e qual o balanço que fariam desse benefício. As alterações disruptivas das relações interpessoais, nomeadamente das relações conjugais, também podem contribuir para o prejuízo da função sexual. Em suma, é fulcral uma terapêutica precoce, que contribua para manter a rede

social e familiar de suporte. O profissional de saúde deverá ter, ainda, a sensibilidade e tacto necessários para assumir uma abordagem alargada e diagnosticar distúrbios do foro mentale da função sexual com a devida celeridade, integrando sempre estas realidades. Os distúrbios do sono, intimamente coadunados com os distúrbios do humor e com a qualidade de vida, formam uma tríade em que o clínico atento centrará a sua abordagem.

O gravoso impacto económico que a fibromialgia assume poderá ser contornado pela adequada gestão do diagnóstico e encaminhamento destes doentes. Para além disso, uma fatia pronunciada dos custos relaciona-se com componentes indirectas, relacionadas com dias de baixa médica e diminuição do rendimento laboral. Novamente, a sensibilização para a realidade dos doentes fibromiálgicos, nomeadamente junto das entidades patronais, será um factor decisivo, colocando o foco na adaptação do ambiente e das características do trabalho. A gestão equilibrada do status laboral dos doentes com fibromialgia permitirá a manutenção da qualidade de vida e a redução dos custos económicos individuais e a nível dos sistemas de saúde.

Os doentes com fibromialgia comunicam uma necessidade de maior empatia e compreensão da sua patologia por parte dos profissionais de saúde; consideram até, por vezes, este factor mais importante do que o alívio sintomático da dor generalizada de que padecem. A relação médico-doente revela-se, assim, um instrumento terapêutico poderoso, em que compete aos clínicos – humanamente e eticamente – investir. O estabelecimento de laços empáticos que, simultaneamente, instiguem a ampliação de poder dos doentes fibromiálgicos assume-se como a abordagem mais desejável.

O fornecimento adequado de informação sobre a fibromialgia permitirá uma aceitação mais harmoniosa deste diagnóstico por parte do doente, permitindo o desenvolvimento precoce dos mecanismos de *coping* necessários. Adicionalmente, pode

contribuir para a integração e apoio social, de que estes doentes dispõem, por regra, em menor grau, quando comparando com outros doentes crónicos. Uma investigação do ano passado¹¹² que abre as portas à compreensão da etiopatogenia da fibromialgia tem constituído motivo de regozijo para muitos doentes, que sentem que podem agora atribuir o seu mal-estar a uma causa que começa a ser conhecida: não são eles, como temiam, a fonte do seu próprio sofrimento. Os índices de catastrofização diminuem, em geral, com o conhecimento e compreensão da própria doença, pelo que a vertente educacional assume um papel relevante na manutenção do bem-estar psicológico dos doentes fibromiálgicos.

Reconhece-se, globalmente, a necessidade de estudos adicionais de carácter longitudinal, com selecção de amostras mais significativas, no acompanhamento destes doentes. O esclarecimento de relações causais, mais do que satisfazer a curiosidade científica, permitirá reconhecer os momentos-chave de intervenção terapêutica.

A dedicação à investigação da qualidade de vida dos doentes com fibromialgia aceita a inevitabilidade da doença crónica, mas não constitui uma cedência estóica: é o augúrio de novas possibilidades, que harmonizem a vivência do indivíduo com os recursos dos cuidados de saúde e que sejam veículo da comunicação genuína, capaz de gerar empatia; é a evolução de uma Medicina mais humana.

Referências

1.Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

2.Felce D, Perry J. Quality of life: its definitions and measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 1995 Jan-Feb; 16(1): 51-74

3. World Health Organization Quality Of life Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 1994 23 (3): 24-56

4. Goldberg DS, McGee SJ.Pain as a global public health priority.*BMC PublicHealth*. 2011 Oct 6;11:770

5. Azevedo L, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*. 2012 Aug;13 (8):773–83

6. Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Annals of Medicine* 2011 Jun; 43(7):495-502

7. Queiroz, LP. Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia.*Curr Pain Headache Rep*. 2013 Aug;17(8):356

8. Woolf AD. The bone and joint decade 2000–2010. *Ann Rheum Dis* 2000Feb; 59(2):81-82
9. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol*. 1999 Jul;26(7):1570-6
10. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23 (Suppl. 39): S154-S162
11. Bernard AL, Prince A, Edsall P. Quality Of Life Issues for Fibromyalgia Patients. *Arthritis Care Res*. 2000 Feb;13(1):42-50
12. Bolwijn PH, van Santen-Hoeufft MHS, Baars HMJ, Kaplan CD, van der Linden S. The social network characteristics of fibromyalgia patients compared with healthy controls. *Arthritis Care Res* 1996 Feb;9 (1):18–26.
13. Bolwijn PH, van Santen-Hoeufft MHS, Baars HMJ, van der Linden S. Social network characteristics in fibromyalgia or rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 1994 Mar; 7(1): 46–9

14. Shaver JL, Wilbur J, Robinson FP, Wang E, Buntin MS. Women's health issues with fibromyalgia syndrome. *J Womens Health (Larchmt)*.2006 Nov;15(9):1035-45.
15. Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevalco G. Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study.*Disabil Rehabil*. 2001 Jan 20;23(2):64-8
16. Campos RP, Vázquez Rodríguez MI.Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clin Rheumatol*.2012 Feb;31(2):347-55
17. Neumann L, Dudnik Y, Bolotin A, Buskila D. Evaluation of a Hebrew version of the revised and expanded arthritis impact measurement scales (AIMS2) in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1999 Aug 26(8):1816–20
18. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL et al. Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheum* 1997 Sep; 40(9): 1571–79
19. Umeda M, Corbin LW, Maluf KS. Pain mediates the association between physical activity and the impact of fibromyalgia on daily function. *Clin Rheumatol*.2013 Sep 13.[Epub ahead of print]

20. Moore RA, Straube S, Paine J, Phillips CJ, Derry S, McQuay HJ. Fibromyalgia: Moderate and substantial pain intensity reduction predicts improvement in other outcomes and substantial quality of life gain. *Pain*. 2010 May;149(2):360-4.
21. Marques AP, Ferreira EA, Matsutani LA, Pereira CA, Assumpção A. Quantifying pain threshold and quality of life of fibromyalgia patients. *Clin Rheumatol*. 2005 Jun;24(3):266-71.
22. Ubago Linares Mdel C, Ruiz-Pérez I, Bermejo Pérez MJ, Olry de Labry-Lima A, Hernández-Torres E, Plazaola-Castaño J. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clin Rheumatol*. 2008 May;27(5):613-9
23. Culos-Reed SN, Brawley LR. Fibromyalgia, physical activity, and daily functioning: The importance of efficacy and health-related quality of life. *Arthritis Care & Research* 2000 Dec; 13(6):343-51
24. Schaefer KM. Health patterns of women with fibromyalgia. *J Adv Nurs* 1997; 26:565-71.
25. Kurtze N, Gundersen KT, Svebak S. Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of fibromyalgia patients: the significance of anxiety and depression. *Br J Med Psychol*. 1999 Dec;72 (Pt 4):471-84
26. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, Andrés J Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* v.11 n.6 Narón (La Coruña) Ago.-Sep. 2004; 11:353-59

27. Da Costa D, Dobkin PL, Fitzcharles MA, Fortin PR, Beaulieu A, Zummer A et al (2000) Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systematic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2000 Feb;27(2):365-72
28. Tander B, Cengiz K, Alayli G, Tlhanli I, Canturk F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2008 Jul;28(9):859-65
29. Campos RP, Vázquez MI. The impact of fibromyalgia on health-related quality of life in patients according to age. *Rheumatol Int*. 2013 Jun;33(6):1419-24
30. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Pain coping strategies and quality of life in women with fibromyalgia: Does age make a difference?. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2001 Jan, 9(2):5-18
31. Ribeiro JP, Raimundo A. O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde SF-36. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2005, 6 (2):191-202
32. Aparício VA, Ortega FB, Carbonell-Baeza A, Femia P, Tercedor P, Ruiz JR *et al*. Are There Gender Differences in Quality of Life and Symptomatology Between Fibromyalgia Patients? *American Journal of Mens Health* 2012 Jul; 6(4): 314-9
33. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ: Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol* 1995 Jan;22(1):151-56

34. Yunus MB, Inanici F, Aldag JC, Mangold RF. Fibromyalgia in men: Comparison of clinical features with women. *Journal of Rheumatology* 2000 Feb; 27(2): 485-90
35. Perez I, Linares MCU, Perez MJB, Castano JP, de Labry-Lima AO , Torres EH. Differences in sociodemographic, clinical, psychosocial and health care characteristics between men and women diagnosed with fibromyalgia. *Revista Clinica Espanola* 2007 Oct; 207(9):433-39
36. Lange M, Karpinski N, Krohn-Grimberghe B, Petermann F. Patients with fibromyalgia: gender differences. *Schmerz*. 2010;24:262–66
37. Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia Syndrome in men. *Seminars in arthritis and rheumatism* 2000 Aug; 30(1):47-51
38. Hauser W, Kuhn-Becker H, von Wilmoswky H, Settan M, Brahler E. Demographic and Clinical Features of Patients With Fibromyalgia Syndrome of Different Settings: A Gender Comparison. *Gender Medicine* 2011 Apr; 8(2):116-25
39. Tristano AG. The Impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology international* 2009 June; 29(8):853-60.
40. Rosen RC, Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current psychiatry reports* 2000; 2(3): 189-95

41. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, *et al.* Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):35-9.
42. Batmaz I, Sarıyıldız MA, Dilek B, Inanır A, Demircan Z, Hatipoğlu *Net al.* Sexuality of men with fibromyalgia: what are the factors that cause sexual dysfunction? *Rheumatol Int.* 2013 May;33(5):1265-70
43. Yılmaz H, Yılmaz SD, Polat HA, Salli A, Erkin G, Ugurlu H The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study. *J Sex Med.* 2012 Mar;9(3):779-85.
44. Aydın G, Basar MM, Keles I, Ergün G, Orkun S, Batislam E. Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology.* 2006 Jan; 67: 156-61
45. Prins MA, Woertman L, Kool MB, Geenen R. Sexual functioning of women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2006 Sep-Oct; 24: 555-61
46. Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T, Taskn EO, Frat A, Tuzun C. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol.* 2005 Aug; 174: 620-23
47. Ablin JN, Gurevitz I, Cohen H, Buskila D. Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2011 Nov-Dec; 29 (6 Suppl. 69): S44-8.

48. De Costa ED, Kneubil MC, Leão WC, Thé KB. Assessment of sexual satisfaction in fibromyalgia patients. *Einstein*.2004 Aug; 2: 177-81
49. Orellana C, Casado E, Masip M, Galisteo C, Gratacós J, Larrosa M. Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2008 Jul-Aug; 26(4): 663-66.
50. Hauser W, Kosseva M, Uceyler N, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*.2011; 63: 808-20.
51. Kool MB, Woertman L, Prins MA, et al. Low relationship satisfaction and high partner involvement predict sexual problems of women with fibromyalgia. *J Sex Marital Ther*. 2006; 32: 409-23.
52. Holmes MM, Letourneau EJ, Vermillion ST. A psychiatrist's guide to sexual dysfunction in women.*Medical Update for Psychiatrists*. 1998 Jul-Aug; 3(4): 105-12.
53. Partinen M, Hublin C. Epidemiology of Sleep Disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2005:626-647.
54. Sivertsen B, Krokstad S, Øverland S, Mykletun A. The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study.*J Psychosom Res* 2009 Aug, 67(2):109-16

55. Schaefer KM: Sleep disturbances and fatigue in women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995 Mar-Apr; 24(3):229-33.
56. Harding SM: Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *Am J Med Sci* 1998 Jun;315(6):367-76.
57. Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL: Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Rheum* 2008, 59:961-7
58. Hamilton NA, Affleck G, Tennen H, Karlson C, Luxton D, Preacher KJ *et al.* Fibromyalgia: the role of sleep in affect and in negative event reactivity and recovery. *Health Psychol* 2008 Jul;27 (4):490-7.
59. O'Brien EM, Waxenberg LB, Atchison JW, Gremillion HA, Staud RM, McCrae CS, Robinson ME. Negative mood mediates the effect of poor sleep on pain among chronic pain patients. *Clin J Pain* 2010 May;26(4):310-9.
60. Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Girolimetti R, Atzeni F, Gasparini S, Grassi W. Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clin Exp Rheumatol* 2009 Sep-Oct, 27(Suppl 56):S67-74
61. Nicassio PM, Moxham EG, Schuman CE, Gevirtz RN. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain* 2002 Dec; 100(3):271-9

62. Schuh-Hofer S, Wodarski R, Pfau DB, Caspani O, Magerl W, Kennedy JD, Treede RD. One night of total sleep deprivation promotes a state of generalized hyperalgesia: A surrogate pain model to study the relationship of insomnia and pain. *Pain*. 2013 Sep;154(9):1613-21
63. Theadom A, Cropley M, Humphrey KL. Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *J Psychosom Res*. 2007 Feb;62(2):145-51
64. Wagner JS, DiBonaventura MD, Chandran AB, Cappelleri JC. The association of sleep difficulties with health-related quality of life among patients with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012 Oct;13(1):199
65. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(Suppl.420):21-7.
66. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res*. 2007 Feb;16(1):17-29.
67. Breivik H, Collet B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006 May;10(4):287-333
68. Kouzis A C, Eaton W W. Psychopathology and the development of disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997 Oct;32(7):379-86.

69. Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):1219-25.
70. Hoffman D L, Dukes E.M. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract* 2008 Jan; 62(1):115-6.
71. Consoli G, Marazziti D, Ciapparelli A, Bazzichi L, Massimetti G, Giacomelli C, Rossi A, Bombardieri S, Dell'Osso L. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Compr Psychiatry* 2012 Oct; 53(7):962-7
72. Gadalla T. Association of comorbid mood disorders and chronic illness with disability and quality of life in Ontario, Canada. *Chronic Dis Can*. 2008;28(4):148-54.
73. Homann D, Stefanello JM, Góes SM, Breda CA, Paiva Edos S, Leite N. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol*. 2012 May-Jun; 52 (3):319-30
74. Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*. 2006 Sep;124(1-2):117-25

75. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed* 2007 Aug;78(2):88-95.
76. Buskila D, Cohen H. Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. *Curr Pain Headache Rep* 2007 Oct;11(5):333-8.
77. Job Accommodation Network – Accommodation and Compliance Series – Employees with Fibromyalgia. (documento na Internet) 2013. Disponível em <http://askjan.org/media/downloads/FibromyalgiaA&CSeries.pdf>
78. Jansen GB, Linder J, Ekholm KS, Ekholm J. Differences in symptoms, functioning, and quality of life between women on long-term sick-leave with musculoskeletal pain with and without concomitant depression. *J. Multidisciplinary Healthc.* 2011; 4: 281-92.
79. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J.* 2004 Nov; 122(6):252-8.
80. Pinto-Meza A, Haro JM, Palacín C, Torres JV, Ochoa S *et al.* Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(Suppl.2):12-20
81. Lotze M, Moseley GL (2007) Role of distorted body image in pain. *Curr Rheumatol Rep* 2007 Dec; 9(6):488–96

82. Boyington JE, DeVellis R, Shreffler J, Schoster B, Callahan LF. Factor structure of the arthritis body experience scale (ABES) in a U.S. population of people with osteoarthritis (OA), rheumatoid Arthritis (RA), fibromyalgia (FM) and other rheumatic conditions. *Open Rheumatol J* 2008Dec; 2:64–70
83. Akkaya N, Akkaya S, Atalay NS, Balci CS, Sahin F. Relationship between the body image and level of pain, functional status, severity of depression, and quality of life in patients with fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol*. 2012 Jun; 31(6):983-8
84. Börso B, Gerdle B, Peolsson M. Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophising on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disabil Rehabil*. 2010;32(17):1387-96.
85. Faregh N, Ste-Marie P, Fitzcharles M-A. Emotional Pain and Catastrophizing Influence Quality of Life in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2012 Nov;64 Suppl 10 :1865
86. Van Wilgen CP, van Ittersum MW, Kaptein AA, van Wijhe M. Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheum*. 2008 Nov;58(11):3618-26
87. Henriksson C, Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia *J Rheumatol*. 2000 May;27(5):1271-6

88. McDonald M, DiBonaventura Md, Ullman S. Musculoskeletal pain in the workforce: the effects of back, arthritis, and fibromyalgia pain on quality of life and work productivity. *J Occup Environ Med.* 2011 Jul;53(7):765-70
89. Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B: Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2005 Jun, 27(12):685-95
90. Reisine S, Fifield J, Walsh SJ, Feinn R. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia?. *J Rheumatol.* 2003 Sep;30(9):2045-53
91. Reisine S, Fifield J, Walsh S, Dauser D. Employment and quality of life outcomes among women with fibromyalgia compared to healthy controls. *Women Health.*2004;39(4):1-19
92. Reisine S, Fifield J, Walsh S, Dauser D. Employment and Health Status Changes among Women with Fibromyalgia: A Five-Year Study. *Arthritis Rheum.* 2008 Dec 15;59(12):1735-41
93. Palstam A, Bjersing JL, Mannerkorpi K. Which aspects of health differ between working and nonworking women with fibromyalgia? A cross-sectional study of work status and health. *BMC Public Health* 2012 Dec;12:1076
94. Löfgren M, Ekholm J, Ohman A 'A constant struggle': successful strategies of women in work despite fibromyalgia. *Disabil Rehabil.* 2006 Apr;28(7):447-55

95. Rakovski C, Zettel-Watson L, Rutledge D. Association of employment and working conditions with physical and mental health symptoms for people with fibromyalgia. *Disabil Rehabil.* 2012;34(15):1277-83
96. Katz, R.S., Bond, H, Polyak, J., Kwan, L.: How FMS Patients Become Workaholics. *Arthritis and Rheumatism* 2012 Oct; 1565 (10):S669.
97. Bossema ER, Kool MB, Cornet D, Vermaas P, de Jong M, van Middendorp H, Geenen R. Characteristics of suitable work from the perspective of patients with fibromyalgia *Rheumatology (Oxford).* 2012 Feb;51(2):311-8
98. The European League Against Rheumatism. Questions and answers on rheumatic diseases (documento na Internet). 2009 Brussels. Disponível em <http://www.eular.org/myUploadData/files/Q&A%20on%20RD.pdf>
99. Palacio A, Uribe C, Li H, Hanna J, Deminski M, Alvir J et al. Financial and Clinical Characteristics of Fibromyalgia: A Case-Control Comparison published online: May 28, 2010. *Am J Manag Care.* 2010 May;16(5 Suppl):S118-25
100. Sicras-Mainar, Javier Rejas, Ruth Navarro, Milagrosa Blanca, Ángela Morcillo, Raquel Larios, *et al.* Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Res Ther* 2009, 11(2):R54.

101. Penrod, JR, Sasha Bernatsky, S., Adam, V; Baron, M; Dayan, N; Dobkin, PL. Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 2004 Jul; 31(7):1391-8
102. White LA, Birnbaum HG, Kaltenboeck A, Tang J, Mallett D, Robinson RL. Employees With Fibromyalgia: Medical Comorbidity, Healthcare Costs, and Work Loss. *Occup Environ Med* 2008 Jan; 50(1):13-24
103. Chandran A, Schaefer C, Ryan K, Baik R, McNett M, Zlateva G. The comparative economic burden of mild, moderate, and severe fibromyalgia: results from a retrospective chart review and cross-sectional survey of working-age U.S. adults. *J Manag Care Pharm.* 2012 Jul-Aug;18(6):415-26.
104. Kim SK, Kim SH, Lee CK, Lee HS, Lee SH, Park YB, et al. Effect of fibromyalgia syndrome on the health-related quality of life and economic burden in Korea. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 Feb;52(2):311-20
105. Winkelmann A, Perrot S, Schaefer C, Ryan K, Chandran A, Sadosky A *et al.* Impact of fibromyalgia severity on health economic costs: results from a European cross-sectional study. *Appl Health Econ Health Policy* 2011 Mar; 9(2):125-36
106. Perrot S, Schaefer C, Knight T, Hufstader M, Chandran AB, Zlateva G. Societal and individual burden of illness among fibromyalgia patients in France: association between disease severity and OMERACT core domains. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012 Feb 17;13:22

107. Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Wolfe F: Depression and fibromyalgia: treatment and cost when diagnosed separately or concurrently. *J Rheumatol* 2004 Aug;31(8):1621-29.
108. Annemans L, Wessely S, Spaepen E, Caekelbergh K, Caubère JP, Le Lay K *et al.* Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 2008 Mar;58(3):895-902.
109. Hughes G, Martinez C, Myon E, Taieb C, Wessely S: The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum* 2006 Jan;54(1):177-83.
110. Palacio A, Uribe CL, Li H, Hanna J, Deminski M, Alvir J *et al.* Financial and Clinical Characteristics of Fibromyalgia: A Case-Control Comparison.. *Am J Manag Care* 2010 May;16(5 Suppl):S118-25.
111. Chandran A, Schaefer C, Ryan K, Baik R, McNett M, Zlateva G. The comparative economic burden of mild, moderate, and severe fibromyalgia: results from a retrospective chart review and cross-sectional survey of working-age U.S. adults. *J Manag Care Pharm.* 2012 Jul-Aug;18(6):415-26.
112. Albrecht PJ, Hou Q, Argoff CE, Storey JR, Wymer JP, Rice FL. Excessive Peptidergic Sensory Innervation of Cutaneous Arteriole-Venule Shunts (AVS) in the Palmar Glabrous Skin of Fibromyalgia Patients: Implications for Widespread Deep Tissue Pain and Fatigue. *Pain Medicine* 2013 May; 14: 895-915