



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CAROLINE BORGES DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES COM FIBROMIALGIA**

BARREIRAS

2019

CAROLINE BORGES DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES COM FIBROMIALGIA**

Artigo científico apresentada ao curso de nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia como requisito para aprovação no componente curricular CBS2037 – Trabalho de Conclusão de Curso II

ORIENTADOR (A): Profª Drª ADNA LUCIANA DE SOUZA

BARREIRAS
2019

CAROLINE BORGES DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES COM FIBROMIALGIA**

Artigo científico apresentado ao curso de nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia como requisito para aprovação no componente curricular CBS2037 – Trabalho de Conclusão de Curso II

DATA DE APROVAÇÃO:

BANCA EXAMINADORA:

Adna Luciana de Souza – Orientador

Bruno Klecius Andrade Teles – Membro

Marcela de Sá Barreto da Cunha – Membro

BARREIRAS

2019

RESUMO

Introdução: A fibromialgia é caracterizada como dor crônica e difusa de etiologia desconhecida, sendo mais prevalente em mulheres. Os sintomas da doença e o estado nutricional exercem impacto negativo sobre a qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Avaliar o perfil antropométrico e a qualidade de vida de mulheres com fibromialgia atendidas na Clínica Escola de Nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia. **Método:** Estudo transversal, observacional, descritivo e quantitativo. Os dados foram coletados através de um questionário autoaplicável que continha informações sociodemográficas, ocupação, estilo de vida, comorbidades, além do Questionário de Impacto da Fibromialgia e o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh. Para avaliação antropométrica utilizou-se o Índice de Massa Corporal. As análises descritivas e estatísticas foram realizadas através do software SPSS statistic® versão 20, considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram avaliadas 31 mulheres com idade média de $49,88 \pm 8,62$ anos. A prevalência de excesso de peso foi de 54,9%, sendo 32,3% obesidade e 22,6% sobrepeso. As comorbidades mais prevalentes foram depressão (67,7%), gastrite (54,8%), refluxo gastroesofágico (48,4%) e hipertensão arterial (19,4%). O score total do questionário de impacto da fibromialgia obteve média de $73,25 \pm 14$ indicando má QV. Todas as pacientes avaliadas apresentaram algum grau de comprometimento da qualidade do sono. **Conclusão:** Houve alta prevalência de excesso de peso, depressão e distúrbios do sono na população de estudo, fatores que podem influenciar a qualidade de vida. Assim, este estudo evidencia a necessidade da implementação de estratégias que promovam melhora da QV e atenuação dos sintomas da patologia.

Palavras-chave: Excesso de peso, Distúrbios do sono, Questionário de Impacto da Fibromialgia.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma doença de etiologia desconhecida, considerada uma das doenças reumatológicas mais frequentes¹. A prevalência da FM varia entre 0,6 e 6,6% na população em geral e entre 2,4 e 6,8% na população do sexo feminino². Os primeiros relatos da fibromialgia surgiram em meados de 1590, época em que se acreditava que a doença se tratava de um processo inflamatório no tecido conjuntivo, condição nomeada como fibrosite. Somente em 1981 foi proposta a expressão Fibromialgia^{1,3} e, após isso, vários critérios para diagnósticos foram desenvolvidos, mas sem consenso na prática clínica. Atualmente, para o diagnóstico da doença é considerado a presença de dor difusa e de pontos dolorosos, sendo estes avaliados em conjunto com os distúrbios do sono e de humor, alterações cognitivas e capacidade funcional, a fim de verificar a gravidade da doença¹.

A dor difusa e crônica é a manifestação mais comum da FM, atinge de forma generalizada o sistema musculoesquelético, e é considerada a principal causa de limitação nesses pacientes, principalmente nas mulheres^{4,5}. Outros sintomas da doença como fadiga intensa e exaustão, sono não reparador, ansiedade, depressão e alterações cognitivas também influenciam negativamente o desempenho das atividades de vida diária e, dessa forma, exercem um efeito negativo sobre a qualidade de vida (QV)⁶.

A avaliação da qualidade de vida é relevante, sobretudo em pacientes com excesso de peso, visto que na presença desta condição a relação entre sintomas da fibromialgia e piora da qualidade de vida se intensifica⁷. Neste contexto, a avaliação do estado antropométrico torna-se relevante, já que por meio desta é possível identificar os indivíduos em risco nutricional⁸. Indivíduos com sobrepeso ou obesidade tendem a apresentar menor duração e qualidade de sono, maior sensibilidade à dor e menor nível de atividade física, quando comparado aos pacientes com FM com o peso adequado, colaborando assim, para uma piora na qualidade de vida^{9,10}. A prevalência de obesidade e sobrepeso em pacientes com fibromialgia varia entre 30 – 50% e 21-35% respectivamente⁷.

Desse modo, conhecer a relação entre estado nutricional, sintomas da fibromialgia e qualidade de vida contribui para o estabelecimento de tratamentos

mais eficazes e atenuação dos sintomas da patologia através de uma estratégia mais precisa¹¹.

Assim, o objetivou-se através desse estudo avaliar o perfil antropométrico e a qualidade de vida de mulheres com fibromialgia, bem como verificar a prevalência de excesso de peso nessas mulheres, presença de distúrbios psicológicos e de sono, investigar a capacidade funcional e sintomas físicos na população estudada.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, de caráter observacional, descritivo e quantitativo realizado com pacientes com diagnóstico de fibromialgia atendidas na Clínica Escola de Nutrição (CENUT) da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia (Nº 2.509.303), a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi respeitado em todas as etapas.

Foram incluídas na pesquisa mulheres com idade a partir de 18 anos, com diagnóstico prévio de fibromialgia e que aceitaram participar da pesquisa e foram excluídas da pesquisa gestantes. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2018, onde foi explicado e entregue às participantes um questionário elaborado auto preenchível, com questões relativas às características sociodemográficas, ocupação, estilo de vida e comorbidades, além do Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) e o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP).

A caracterização sociodemográfica foi realizada através da análise das variáveis idade, sexo, raça, escolaridade e renda familiar. A idade foi categorizada por décadas sendo: de 18 a 29, 30 a 40, 41 a 50, 51 a 59, e 60 a 70 anos. A cor da pele autodeclarada foi categorizada como: preta; branca; parda; amarela; indígena, considerando as opções de classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹². A escolaridade teve seis categorias, sendo elas: analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino

médio completo, ensino médio incompleto e ensino superior. A renda familiar, em salários mínimos foi agrupada em: <1; ≥1 e 2≤; >2 e 3≤; >3 e 4≤; ≥5. A ocupação foi categorizada em: empregada, desempregada/sem ocupação, autônoma e aposentada.

Para avaliar estilo vida foram consideradas práticas comportamentais como etilismo, tabagismo e prática de atividade física. Esses dados foram coletados considerando se a paciente realiza tal atividade, o tipo e a frequência. As comorbidades investigadas a partir do auto relato foram diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Doença Renal, Doenças Respiratórias, Refluxo Gastresofágico, Gastrite, Acidente Vascular Encefálico, Derrame, Cardiopatia, Depressão e Câncer.

Para avaliar a qualidade de vida (QV) foi utilizado o Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF), sendo validado e constituído por dezenove questões, sendo as dez primeiras relacionadas à capacidade de realização das atividades de vida diária e as últimas nove questões são específicas dos sintomas apresentados na semana anterior à avaliação¹⁰. Este instrumento tem pontuação variável entre 0 e 100 pontos, sendo proporcional ao impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia, resultados >50 pontos indicam má QV¹³ (Apêndice A).

Para quantificação do QIF, foi utilizada metodologia proposta por Azevedo et al¹⁴. Além da pontuação bruta, o impacto da fibromialgia na qualidade de vida foi categorizada em leve (≤ 39), moderado (≥39 e < 59) e grave (≥59), conforme proposto por Bennett et al¹⁵.

Para avaliação da qualidade do sono, utilizou-se o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh, considerado um instrumento capaz de avaliar a qualidade e perturbações do sono durante o período de um mês. O instrumento é constituído por 19 questões. As questões 1 a 4 são subjetivas não contribuindo para a pontuação final do questionário. As questões de 5 a 9 são avaliadas em uma escala de zero a três com o mesmo peso. Já os itens da questão 10 são somente para informação clínica. A soma dos valores atribuídos às questões 5 a 9 constitui o índice que pode variar de zero a vinte e um pontos. Um escore total entre 0 e 4

é indicador de boa qualidade do sono, entre 5 e 10 indica que o indivíduo está apresentando má qualidade do sono e acima de 10 indicam distúrbio do sono¹⁶.

Ao final do preenchimento do questionário, as medidas antropométricas foram aferidas e classificadas conforme protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁷. O peso e a altura foram utilizados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

A análise descritiva foi realizada por meio do cálculo das distribuições de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Para a análise da normalidade dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Diferenças entre médias foram analisadas através do teste *t*. Considerou-se o nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas através do software SPSS statistic® versão 20.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 31 mulheres, com idade média de 49,88±8,62 anos. A faixa etária mais prevalente foi de 41 a 59 anos, representando 77,4% da amostra (n=14). A maioria das participantes se declarou parda (45,2%). Em relação à escolaridade, 45,5% (n=14) das mulheres avaliadas possuem ensino médio completo, nenhuma declarou possuir ensino superior completo e não houve participantes analfabetas.

De acordo com a avaliação socioeconômica, 61,3% (n=19) das participantes declararam estar desempregada e sem ocupação e apenas 29% (n=9) estão no mercado de trabalho. A faixa de renda familiar mais prevalente foi de até dois salários mínimos, sendo declarada por 71% das mulheres (n=22). Nenhuma paciente possuía renda familiar maior que quatro salários mínimos.

Através da investigação dos hábitos de vida, foi observado que 96,8% (n=30) das pacientes relataram ser não fumantes e 83,9% (n=26) não fazem uso de bebida alcoólica. A prática de exercício físico foi relatada por 77,4% (n=24) das mulheres, sendo, na maioria dos casos, com frequência de até três vezes na

semana (45,8%) e duração entre 30 minutos à 1 hora (50%). As variáveis socioeconômicas e hábitos de vida estão descritos na tabela 1.

TABELA 1. Análise descritiva das características socioeconômicas e hábitos de vida

VARIÁVEL	n	%
IDADE (anos)		
30 a 40	3	9,7
41 a 50	13	41,9
51 a 59	11	35,5
60 A 70	4	12,9
RAÇA		
Preta	6	19,4
Parda	14	45,2
Branca	5	16,1
Indígena	2	6,5
Não declarada	4	12,9
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Incompleto	9	29
Ensino Fundamental Completo	1	3,2
Ensino Médio completo	14	45,2
Ensino Médio Incompleto	5	16,1
Ensino Superior Incompleto	2	6,5
OCUPAÇÃO		
Empregada	5	16,1
Autônoma	4	12,9
Aposentada	1	3,2
Desempregada/sem ocupação	19	61,3
Não informada	2	6,5
RENDA FAMILIAR (salários mínimos)		
<1	11	35,5
≥1 e 2≤	11	35,5
>2 e 3≤	1	3,2
>3 e 4≤	1	3,2
Não informado	7	22,6
TABAGISMO		
Sim	1	3,2
Não	30	96,8
ESTILISMO		
Sim	5	16,1

Não	26	83,9
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO		
Sim	24	77,4
Não	7	22,6
FREQUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO		
Ate 3 vezes na semana	11	45,8
4 a 6 vezes na semana	5	20,8
Diariamente	2	8,3
Esporadicamente	2	8,3
Não informado	4	16,7
DURAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO		
15 minutos 30 minutos	3	12,5
30 minutos a 1 hora	12	50
1 hora a 2 horas	8	33,3
Não informado	1	4,2

A prevalência das comorbidades é apresentada na tabela 2. A depressão foi a doença com maior prevalência, sendo referida por 67,7% (n=21) das participantes, seguida da gastrite e refluxo gastroesofágico com 54,8% (n=17) e 48,4% (n=15) respectivamente. A hipertensão arterial sistêmica foi relatada por 19,4% (n=6) das mulheres. As demais condições avaliadas apresentaram prevalência abaixo de 10% e não houve relatos de infarto.

TABELA 2. Prevalência de comorbidades

VARIÁVEL	n	%
Depressão		
Sim	21	67,7
Não	10	32,3
Gastrite		
Sim	17	54,8
Não	14	45,2
Refluxo Gastroesofágico		
Sim	15	48,4
Não	16	51,6
Hipertensão Arterial		
Sim	6	19,4
Não	25	80,6
Câncer		

Sim	3	9,7
Não	28	90,3
Diabetes Mellitus		
Sim	3	9,7
Não	28	90,3
Doença Renal Crônica		
Sim	3	9,7
Não	28	90,3
Doença Respiratória		
Sim	3	9,7
Não	28	90,3
Cardiopatias		
Sim	2	6,5
Não	29	93,5
Dislipidemia		
Sim	2	6,5
Não	29	93,5
Já teve AVE		
Sim	2	6,5
Não	29	93,5
Artrose		
Sim	1	3,2
Não	30	96,7
Chagas		
Sim	1	3,2
Não	30	96,7
Lúpus		
Sim	1	3,2
Não	30	96,7

A avaliação antropométrica, realizada de acordo com o IMC, indicou que a maioria das mulheres estudadas apresenta excesso de peso (54,9%, n=17), sendo 22,6% (n=7) classificadas sobrepeso, 25,8% (n=8) obesidade grau I e 6,5% (n=2) obesidade grau II (tabela 3).

TABELA 3. Estado nutricional segundo o Índice de Massa corporal

CLASSIFICAÇÃO	n	%
Eutrofia	14	45,2
Desnutrição	1	3,2
Sobrepeso	7	22,6
Obesidade Grau I	8	25,8
Obesidade Grau II	2	6,5

A análise da qualidade de vida, realizada a partir do Questionário de Impacto da Fibromialgia, é apresentada na tabela 4. Este instrumento possui escore total que varia de 0 a 100 de acordo com o impacto da doença na qualidade de vida, sendo 73,25 (± 14) a média encontrada no estudo. O escore relativo à capacidade funcional onde a pontuação máxima final é 10 de acordo com o comprometimento de realização das atividades de vida diária, sendo observada no estudo a média de 3,27 ($\pm 1,9$). A média de dias da semana em que as pacientes relataram se sentir bem foi de 2,3 ($\pm 2,02$) e a média de faltas semanais ao trabalho devido à fibromialgia foi de 2,93 ($\pm 2,27$) dias.

O escore obtido para capacidade laboral foi 7,93 ($\pm 2,36$), dor 8,73 ($\pm 1,81$), fadiga 8,37 ($\pm 2,31$), cansaço matinal 8,50 ($\pm 2,27$), rigidez 8,47 ($\pm 2,68$), ansiedade 8,70 ($\pm 2,35$) e depressão 8,50 ($\pm 2,30$). A pontuação desses itens varia entre 0 e 10 de forma proporcional ao impacto da fibromialgia na qualidade de vida.

Além da avaliação do escore bruto, o resultado do QIF foi avaliado em categorias de intensidade de impacto da doença na qualidade de vida. Foi observado que para 90% das pacientes a fibromialgia tem impacto grave na qualidade de vida, 6,7% impacto moderado e 3,3% impacto leve.

Para investigar a relação entre qualidade de vida e estado nutricional na fibromialgia, o QIF foi avaliado de acordo com o IMC. Porém, não houve diferença na média do QIF entre os grupos com e sem excesso de peso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) (Tabela 4). Além disso, não foi encontrada associação entre o excesso de peso e as categorias de impacto leve/moderado e grave da doença na qualidade de vida (*Teste de Qui-quadrado*, $p=0,553$).

TABELA 4. Impacto da fibromialgia na qualidade de vida de acordo com o IMC

VARIÁVEL	Excesso de Peso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$)		Total	Min, max	Valor p*
	Com Média \pm DP	Sem Média \pm DP	Média \pm DP		
Questionário de impacto da fibromialgia					
Capacidade Funcional	3,64 $\pm 1,64$	2,81 $\pm 2,16$	3,27 $\pm 1,9$	0,33-7,00	0,253
Sentir-se bem	2,50 $\pm 2,55$	2,07 $\pm 1,20$	2,30 $\pm 2,02$	0-7	0,571

Faltas ao trabalho	2,75 ±2,23	3,14 ±2,38	2,93±2,27	0-7	0,645
Capacidade Laboral	7,88 ±2,47	8,00 ±2,32	7,93±2,36	2-10	0,888
Dor	8,63 ±2,12	8,86 ±1,46	8,73±1,81	2-10	0,734
Fadiga	8,44 ±2,30	8,29 ±2,40	8,37±2,31	1-10	0,861
Cansaço Matinal	8,50 ±2,30	8,50 ±2,31	8,50±2,27	1-10	1,000
Rigidez	8,63 ±2,84	8,29 ±2,58	8,47±2,68	1-10	0,737
Ansiedade	9,19 ±2,00	8,14 ±2,65	8,70±2,35	1-10	0,231
Depressão	8,94 ±1,84	8,00 ±2,71	8,50±2,30	1-10	0,273
Resultado QIF	73,92 ±14,23	72,48 ±14,23	73,25±14,00	29,34- 93,25	0,784
Índice de qualidade de sono de Pittsburgh					
IQSP	13,13 ±3,24	15,09 ±3,48	14,07±3,45	6,33- 20,33	0,128

**teste t de Student*

De acordo com a avaliação do sono, realizada através do Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), 100% (n=29) das mulheres apresentaram algum grau de interferência na qualidade do sono, sendo que 13,79% (n= 4) apresentaram má qualidade do sono, com média de 8,66 ($\pm 1,19$), e 86,2% (n=25) apresentaram distúrbio do sono com média de 15,03 ($\pm 2,60$). Não houve associação entre excesso de peso e o IQSP (tabela 4).

DISCUSSÃO

A fibromialgia é uma doença mais prevalente em mulheres do que em homens, especialmente na faixa etária entre 35 e 60 anos¹⁸. No presente estudo, foi identificado maior prevalência da doença nas mulheres com idade entre 41 e

59 anos, resultado que se assemelha ao obtido por Lorena et al¹⁹, onde a média de idade foi 46,15 anos, e os estudos de Oliveira et al²⁰ e Mejía et al²¹, em que a média foram de 47,28 e 47,4 anos respectivamente.

Segundo Vasconcelos²² a faixa etária com maior capacidade de trabalho é a de adultos entre 19 e 59 anos. No presente estudo, a maior parte das participantes se encontrava na faixa etária ativa, entretanto, a prevalência de pessoas desocupadas foi de 61,3%. Um fator que influencia a taxa de ocupação é a escolaridade, sendo observado na amostra estudada que apenas 45,5% possuíam ensino médio completo. A alta prevalência de mulheres fora do mercado de trabalho também pode ser explicada pelo fato dos sintomas da doença apresentarem grande influência na capacidade de trabalho⁶, como foi visto no estudo de Siena et al²³, onde 80% dos participantes da pesquisa relataram que a fibromialgia interferiu na competência para execução do trabalho.

Costa et al²⁴ e Silva et al²⁵ identificaram em seu estudo com mulheres com fibromialgia que a maioria das pacientes avaliadas apresentaram baixa condição socioeconômica, resultado próximo ao encontrado neste estudo, em que a renda familiar de grande parte das participantes não ultrapassava a dois salários mínimos. Isso pode ser explicado pela baixa prevalência de mulheres inseridas no mercado de trabalho nessa pesquisa.

A prevalência do tabagismo encontrado no estudo foi de apenas 3,2%, resultado inferior ao encontrado por Costa et al²⁴ e Zanetti et al²⁶, que relataram prevalência de 14,2% e 25% respectivamente. A prática de tabagismo está relacionada ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e, além disso, pode agravar ou mesmo predispor a fibromialgia^{23, 25}. Já a prevalência de etilismo nessa pesquisa foi de 16,1%, sendo próxima ao que foi encontrado no estudo de Narciso²⁷, que encontrou uma prevalência de 18,5%. O consumo de bebida alcoólica por pacientes com fibromialgia pode favorecer o aparecimento ou a manutenção e aumento da dor²⁸, desse modo, é necessário a realização de mais estudos que investiguem melhor a relação entre o uso de bebidas alcoólicas e a fibromialgia.

Considera-se que o exercício físico é uma intervenção não farmacológica significativa e com diversos benefícios para pacientes com fibromialgia, sendo sua falta relacionada à maior limitação funcional^{29,30}. Em nosso estudo constatou-se que a maioria das participantes (74,4%) referiu realizar exercício físico, embora outros estudos mostrem prevalências mais baixas, como no estudo de Araújo et al³¹ Martinez et al³² em que a prevalência de pacientes com fibromialgia ativos foi de 45,5% e 57% respectivamente. Uma hipótese para a alta prevalência encontrada no presente estudo pode ser devido à presença de educador físico e fisioterapeuta no grupo multidisciplinar de tratamento da Fibromialgia, que incentivam a prática de exercício físico para atenuar os sintomas da doença e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia³ a depressão acomete cerca de 50% dos pacientes com fibromialgia e possui grande influência na qualidade de vida, além de contribuir para redução do sono, aumento da fadiga, menor disposição para praticar atividade física e maior sensibilidade corporal. Dentre as comorbidades investigadas, a depressão foi a que obteve maior prevalência, sendo referida por 67,7% das participantes, como também foi verificado no estudo de Berber et al³³ onde a prevalência foi de 67,2% e no estudo de Brandt et al³⁴, em que 70,7% das pacientes relataram ter depressão.

Indivíduos acometidos pela fibromialgia apresentam em sua maioria, sobrepeso ou obesidade, quando comparado à população em geral³⁵. Segundo estudo de Aparício et al¹⁰ pacientes obesos tendem a reduzir a capacidade funcional conforme a elevação do IMC, ser mais sensível a dor e ao impacto da fibromialgia e possuir maior inquietação e menor duração do sono quando comparado aos pacientes com FM com o peso adequado.

No presente estudo a maioria das participantes apresentaram excesso de peso (54,9%), assim como no estudo de Lobo et al³⁶, no qual 53,9% dos pacientes estavam acima do peso e no estudo de Siena e Marrone²³ onde 66% dos participantes estavam com excesso de peso de acordo com o critério de classificação do Índice de Massa Corporal. A redução de um grau no IMC já exerce efeito positivo na atenuação da dor, além de contribuir para redução da pressão nas articulações, diminuição da demanda de energia para execução de

atividades, melhora da fadiga e da disposição, ocasionando melhora na qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia³⁷. Apesar da relação entre excesso de peso e qualidade de vida na fibromialgia ser relatada em outros estudos^{8,30}, nessa pesquisa essa associação não foi vista ($p=0,784$). Isso pode ser explicado em parte pelo baixo número de participantes do estudo.

A fibromialgia exerce um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos acometidos com a doença⁶. Esta relação também foi demonstrada no presente estudo, onde a pontuação média do QIF (73,25) revela que a grande parte das participantes apresenta má qualidade de vida. Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Martinez et al³² e Lorena et al¹⁹ que encontrou uma média de 70,30 e 75,9 respectivamente.

As questões do QIF que se referem ao número de dias que se sentiam bem na semana, à dificuldade em trabalhar (mesmo em ambiente doméstico), à intensidade da dor, fadiga, ao cansaço matinal, à rigidez, ansiedade e à depressão, tratam-se de questões subjetivas e foi visto que a maioria das pacientes mencionou forte impacto nesse sentido. Os resultados obtidos por meio do QIF demonstram que a doença exerce grande influencia na vida dessas pacientes, de modo a privá-las e/ou limitá-las de exercerem as atividades diárias.

De acordo com Heymann et al¹, a fibromialgia está associada a menor qualidade do sono, avaliada através do IQSP. No presente estudo 100% das mulheres avaliadas por meio do IQSP tiveram resultados >5, evidenciando algum grau de interferência na qualidade do sono. Esses resultados são reforçados pelos estudos de Della et al³⁹, Theadom et al⁴⁰ e Ferro et al⁴¹, onde 100%, 99% e 98% dos pacientes tinham interferência na qualidade do sono respectivamente.

A prevalência de distúrbio do sono encontrada neste estudo foi de 86,2%, resultado próximo aos estudos de Oliveira et al²⁰ e Souza et al⁴², que demonstram prevalência de distúrbio de sono em pacientes com fibromialgia de 82,3% e 90% respectivamente. A fibromialgia é uma síndrome que provoca dor generalizada e rigidez, desse modo, o paciente encontra dificuldades para adormecer, bem como a privação do sono agrava os sintomas presentes na doença. Indivíduos com fibromialgia e distúrbios do sono apresentam maior contagem de pontos

dolorosos quando comparado a indivíduos sem interferências na qualidade sono¹. A má qualidade do sono gera complicações importantes para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença, desse modo, intervenções com o objetivo de melhorar o sono podem amenizar outros sintomas que estão presentes na fibromialgia, de modo a favorecer o estado de saúde desses pacientes.

Os achados do presente estudo corroboram com os encontrados na literatura, como a alta prevalência de excesso de peso, depressão e distúrbios do sono em pacientes com fibromialgia, evidenciando a complexidade da doença e seu impacto na qualidade de vida.

Faz-se necessário a elaboração de estudos com maior número de pacientes com a doença para que seja possível aprofundar o conhecimento sobre a relação entre sintomas da fibromialgia, qualidade de vida e estado nutricional, de modo a contribuir para o estabelecimento de tratamentos mais eficazes e atenuação das manifestações da patologia.

REFERÊNCIAS

1. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Junior MH, Rezende MC, Provnza JR, et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. Rev Bras Reumatol 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000800006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. [Acessado em 09 de janeiro, 2019].
2. Marques AP, Santo ASE, Berssaneti AS, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalência de Fibromialgia: atualização da revisão de literatura. Rev Bras Reumatol 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000400356&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. [Acessado em 09 de janeiro, 2019].
3. Sociedade Brasileira De Reumatologia. Fibromialgia – Definição, Sintomas e Porque Acontece. São Paulo; 2011.
4. Hayar MASP. Envelhecimento e dor crônica: um estudo sobre mulheres com fibromialgia. Instituto de Medicina Física e Reabilitação. 2014; 21 (3).

5. Martins R, et al. Impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos doentes. *Servir*. 2016; 59(3): 44-49
6. Homann D, Goes SM, Timossi LS, Leite Nmarques: métodos diretos e autorrelatados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2011; 13(4): 292-8.
7. Dias DNG, Marques MAA, Bettini SC, Paiva ES. Prevalência de fibromialgia em pacientes acompanhados no ambulatório de cirurgia bariátrica do Hospital de Clínicas do Paraná - Curitiba. *Rev. Bras. Reumatol* 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500417300402>. [Acessado em 09 de janeiro, 2019].
8. Sampaio LR, Figueiredo VDC. Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. *Rev. Nutr.* 2005; 18(1):53-61.
9. Ruthes EMP, Ripka WL, Vesco KD, Matos O. Análise dos distúrbios do sono, da composição corporal e da qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. *Rev. bras. Qual. Vida* 2017. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/6990>. [Acessado em 09 de janeiro, 2019].
10. Aparício VA, Segura-Jiménez V, Álvarez-Gallardo IC, Estévez-López F, Camiletti-Moirón D, Latorre PA, et al. Are there differences in quality of life, symptomatology and functional capacity among different obesity classes in women with fibromyalgia? The al-Ándalus project. *Rheumatol Int* 2014; 34:811–821p.
11. Nesello LAN, Wachholz LB. Impacto da educação nutricional no tratamento da síndrome de fibromialgia. *Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta* 2018; 10(1):155-166.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conceitos. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>. [Acessado em 09 de janeiro, 2019].
13. Martins R, Henriques A, Andrade A, Moreira H, Albuquerque C, Cunha M. Impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos doentes. *Servir* 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4446/3/Impacto%20da%20Fibromialgia%20na%20Qualidade%20de%20vida%20dos%20Doentes.pdf>. [Acessado em 09 de janeiro, 2019].
14. Azevedo VF, Paiva ES, Favretto LG, Machado DM, Felipe LRH, Scussel F, et al. FIQ score em pacientes fibromiálgicos com e sem espondilite anquilosante: análise comparativa. *Revista do Médico*

Residente 2011. Disponível em:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40187828/FIQ_score_em_pacientes_fibromilgicos_com20151119-22830-ccw8wb.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1547066209&Signature=IshZnXB9SWE%2Fqys1WXOasctxb1w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFIQ_score_em_pacientes_fibromialgicos_co.pdf. [Acessado em 09 de janeiro, 2019].

15. Bennett RM, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Zlateva G, Sadosky AB. Minimal Clinically Important Difference in the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *The Journal of Rheumatology*; April 2009.
16. Konrad LM. Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia [monografia]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC; 2005.,
17. Ministério da Saúde (BR). Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
18. Cavalcante AB, et al. The prevalence of fibromyalgia: a literature review. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2006; 46(1), 40-48.
19. Lorena SBD, Pimentel EADS, Fernandes VM, Pedrosa MB, Ranzolin A, & Duarte, ALBP. Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Rev. Dor*. 2016; 17(1), 8-11.
20. Oliveira SM, Paula TMH, Castro MS, Paludo RH, Souza A. Alteração no padrão de sono em mulheres com fibromialgia. SEFIC 2018.
21. Mejía FM, Gallo EC, Vera ILD. Danza terapéutica y ejercicio físico. Efecto sobre la fibromialgia. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2019; 24(1), 17-27. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00017.pdf>. [Acessado em 22 de janeiro, 2019].
22. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012; 21(4), 539-548.
23. Siena LR, Marrone L. A influência da alimentação na redução ou no agravamento dos sintomas apresentados em pacientes portadores de fibromialgia. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*. 2018; 25 (48-49),13-19.
24. Costa SMRD et al. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador-BA, Brasil. *Revista brasileira de Reumatologia*. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbr/v45n2/v45n2a03.pdf>. [Acessado em 23 de janeiro, 2019].

25. Silva JS, Spósito AFS, Silva CP. A Hidroterapia no Tratamento de Indivíduos com Fibromialgia. *Revista de Psicologia*. 2018; 12(42), 198-210. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1429/2041>. [Acessado em 23 de janeiro, 2019].
26. Zanetti HR, de Paula FT, Júnior RF, Haddad EG, Lopes LTP, Gonçalves A. Fatores de risco cardiovasculares em pacientes com fibromialgia. *Acta fisiátrica*. 2015; 22(4), 172-175.
27. Narciso MA. Perfil clínico de pacientes com fibromialgia. [Monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná –UFP; 2006.
28. Araújo BNJ, Souza MA, Campos KD, Passos JR. Comprometimento da integridade . intestinal na fibromialgia e síndrome dolorosa miofascial: uma revisão. *Rev. Ci. med. biol*. 2011; 10(3), 246-253.
29. Franchini CDFM. Tratamento não-farmacológico de pacientes com fibromialgia. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2013; 4(4), 32-37.
30. Aparicio VA, Ortega FB, Heredia JM, Carbonell-Baeza A, Sjöström M, Delgado-Fernandez M. Handgrip strength test as a complementary tool in the assessment of fibromyalgia severity in women. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2011; 92(1), 83-88.
31. Araújo MON, Rocha SV, Mendes JM, Santos CA, Carneiro LRV. Nível de atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres com fibromialgia. *Rev.Saúde.Com*. 2015; 11(1): 48-58.
32. Martinez A, Martinez JE, Lanza L. Há correlação entre classe social e a prática de atividade física? 2011;18(1): 27-1. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/actafisiatrica/article/view/103496>. [Acessado em 23 de janeiro, 2019].
33. Berber JDSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2005; 45(2), 47-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n2/v45n2a01>. . [Acessado em 23 de janeiro, 2019].
34. Brandt R, Fonseca ABP, Oliveira LGAD, Steffens RDAK, Viana MDS, Andrade A. Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(3): 216-20.
35. Nesello LAN, Fernandes MFR, Cipriani C, Wachholz LB, Stuhler GD, Oliveira AL. Perfil nutricional de mulheres com síndrome de fibromialgia participantes de um programa de assistência interdisciplinar. *Cataventos-Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta*. 2016; 8(1).

36. Lobo MMT, Paiva EDS, Andretta A, Schieferdecker MEM. Body composition by dual-energy x-ray absorptiometry in women with fibromyalgia. *Revista brasileira de reumatologia*. 2014; 54(4), 273-278.
37. Silva AF, Schieferdecker MEM. Recomendações nutricionais para o tratamento da fibromialgia. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*. 2017; 12(3); 751-765.
38. Martinez JE, Bologna SCB, El-Kadre JMR. Há correlação entre o grau de resiliência e o impacto da fibromialgia na qualidade de vida? *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2017; 19(1), 6-9.
39. Della PL, et al. Efeito da caminhada no sono de pacientes portadores de síndrome da fibromialgia. *Com Scientia e Saúde*. 2012; 11(4).
40. Theadom A, Cropley M, & Humphrey KL. Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*. 2007; 62(2), 145-151.
41. Ferro CV, Ide MR, Streit MV. Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia. *Fisioter. Mov*. 2008; 21(1), 33-38.
42. Sousa BSM, et al. Efeito dos tratamentos de hidroterapia, cinesioterapia e hidrocrioesioterapia sobre qualidade do sono, capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos. *Life Style*. 2017; 4(2), 35-53.