

ARTIGO ORIGINAL

Efeito de um programa de reabilitação multidisciplinar para homens portadores de fibromialgia: estudo aleatorizado controlado

Effects of a multidisciplinary rehabilitation program for men with fibromyalgia: controlled randomized study

Liliana Lourenço Jorge¹, Luis Carlos Onoda Tomikawa¹, Sueli S H Jucá²

RESUMO

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma condição caracterizada por dor crônica generalizada, acompanhada de distúrbios do sono, fadiga e uma miríade de outros sintomas, com prevalência de 10% de homens. As diferenças de percepção de dor entre sexos e de apresentação da fibromialgia têm sido estudadas, suspeitando-se de influências genéticas, diferenças hormonais, metabólicas, cognitivo-comportamentais, emocionais. Fibromiálgicos possuem queixas menos objetivas, menos de distúrbio de sono, fadiga e dor generalizada. Há poucas evidências sobre características, prognóstico, método terapêutico e evolução da doença entre homens. **Objetivos:** Avaliar a eficácia de um programa multidisciplinar de reabilitação para pacientes do sexo masculino, em idade produtiva, portadores de fibromialgia e estudar as características desta doença em homens. **Método:** Vinte e cinco homens com diagnóstico de fibromialgia foram convidados. Dez foram utilizados e alocados aleatoriamente em um dos dois grupos definidos para o presente estudo. O grupo tratamento consistiu em orientação ambulatorial e um programa de reabilitação com duração de 2 meses, realizado por meio de aulas e terapias por: médico fisiatra, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeira, nutricionista e educador físico. O grupo controle realizou tratamento padrão focado na orientação ambulatorial e para realização de atividades físicas na comunidade. A ambos os grupos foi realizada prescrição de medicamentos preconizados para fibromialgia. As medidas de avaliação foram: Escala Visual Analógica de Dor, SF 36, FIQ. Além disso, um protocolo padronizado foi preenchido por autor cegado, verificando presença de distúrbios depressivos de memória e de sono e situação profissional. As coletas de dados foram realizadas em 3 momentos: antes da intervenção, após e 4 meses depois da anterior. Foi realizada a análise estatística com testes não paramétricos e descritivos. **Resultados:** O grupo Tratamento apresentou melhora da EVA após a intervenção, mas que não se manteve no seguimento posterior. Houve diferença estatisticamente significativa no domínio Dor da FIQ, domínios Dor, Saúde Mental e Vitalidade da SF 36, com melhora no grupo Tratamento à avaliação após. Não houve manutenção do benefício à avaliação final, 6 meses após a intervenção. As médias de idade foram 50,6 (Controle) e 44,2 (Tratamento), apresentaram alta taxa de afastamento no trabalho, depressão e distúrbio de sono, com valores constantes nas 3 avaliações. O número de pontos dolorosos não variou nos 3 momentos de avaliação. **Conclusões:** O programa de reabilitação tende a beneficiar homens portadores de fibromialgia a curto prazo, sendo que os efeitos sejam perdidos 6 meses após a intervenção. Tais achados são compatíveis com a literatura. São necessários novos estudos para verificar a efetividade do programa, avaliada por um seguimento mais prolongado e com amostragem adequada. A fibromialgia masculina e suas características específicas devem ser exploradas de modo aprofundado em outras pesquisas, especialmente verificando particularidades de apresentação clínica, comportamento evolutivo e aspectos sociais do paciente portador, já que tais elementos são fundamentais para a definição do programa ideal para homens. Recomendam-se estudos comparativos sobre reabilitação de homens e mulheres.

PALAVRAS-CHAVE

fibromialgia, dor, reabilitação, homens, qualidade de vida, equipe de assistência ao paciente

1 Médico, Centro de Reabilitação Umarizal / Divisão de Medicina de Reabilitação HC FMUSP.

2 Médica Fisiatra, Diretora Técnica do Centro de Reabilitação Umarizal / Divisão de Medicina de Reabilitação HC FMUSP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Centro de Reabilitação Umarizal / Divisão de Medicina de Reabilitação HC FMUSP

Rua Guaramembé, 589 – São Paulo/SP - Cep 05754-060

E-mail: lilianalj@gmail.com

Recebido em 24 de Maio de 2007, aceito em 06 de Julho de 2007.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic widespread syndrome associated to sleep disturbances, fatigue and a myriad of other symptoms. Ten percent of patients are males. Gender differences related to pain perception may be explained by influences of genetics, metabolism, cognition, behavior, and emotions. Men with FM have less objective complaints, except for sleep disturbances and widespread pain. There is little evidence on the presentation, outcomes, treatment approach and prognosis of fibromyalgia in men. **Objectives:** To assess the effectiveness of a multidisciplinary rehabilitation program for male adults of working age with FM and study FM characteristics in men. **Methods:** Twenty-five men with FM were enrolled. Ten men with diagnosed FM were randomly assigned to one of two groups. The Treatment group consisted of a 2-month multidisciplinary rehabilitation program that included classes and therapy, administered by a multidisciplinary team consisting of a physiatrist, a social worker, a psychologist, a physical therapist, an occupational therapist, a nurse, a nutritionist and a physical educator. The Control group received standard treatment focused on outpatient management and advice to practice physical exercises inside the community. Both groups received standard medical care and medication prescriptions. Outcome measures included the Visual Analog Scale, SF36, and FIQ; additionally, a standard protocol inquiring about sleep/ depression/ memory disturbances and work status was filled out by a blinded examiner. Outcomes were measured at the beginning and at the end of the intervention, as well as at 4-month follow-up. Statistical analysis included non-parametric and descriptive tests. **Results:** There was a statistically significant improvement in the Treatment group observed at the Pain domain of FIQ and Pain/ Vitality/ Mental Health domains of SF 36. No improvement was sustained during the follow-up (6 months after treatment). Age averages were 50.6 (controls) and 44.2 (treatment), and a high prevalence of sick leaves, depression and sleep disturbances were observed, with no changes in absolute numbers during the 3 measurements, as well as in the number of FM tender points. **Conclusions:** Men with FM are likely to benefit from a multidisciplinary rehabilitation only for a short span of time. The measurements' decrease to baseline values suggests the loss of improvement 6 months after the intervention, which is in agreement with previous researches. Studies with larger samples and longer follow-up periods are necessary to verify the effectiveness of the program. FM and its specific characteristics in men are not well understood and should be analyzed in further studies, particularly aiming at clinical specificities, evolution and social aspects, as such elements are the cornerstone to design and implement the ideal rehabilitation program for men with FM. Comparative studies aiming at men and women with fibromyalgia are recommended.

KEYWORDS

fibromyalgia, pain, rehabilitation, men, quality of life, patient care team

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma condição caracterizada por dor crônica generalizada, acompanhada de rigidez articular, distúrbios do sono, fadiga e uma miríade de outros sintomas que, apesar de frequentes, não são determinantes para o seu diagnóstico. Até o momento, este é realizado segundo diretrizes de 1990 do Colégio Americano de Reumatologia,¹ segundo as quais o indivíduo deve possuir dor generalizada crônica (associada ou não a outras doenças ou traumas) e dor em 11 de 18 pontos dolorosos padronizados (os chamados 'tender points').

A fibromialgia é uma condição frustrante sem causa definida e consensual, por se tratar em última análise de uma síndrome funcional, cujos sinais e sintomas são subjetivos ou oriundos de alterações orgânicas mínimas ou subdiagnosticadas. Sendo uma condição muitas vezes pobre em substratos lesionais, sua própria definição está sujeita à oscilação do pensamento médico vigente em si. Trata-se de uma situação altamente incapacitante, em que o paciente apresenta quadros de alodínea generalizada mediante estímulos mecânicos periféricos,² piorada por um estado de hipervigilância em relação à dor e distúrbios nos mecanismos supressores analgésicos endógenos.

A prevalência da fibromialgia na população geral é de 3 a 5%; destes, 10% são homens. Porém, deve-se destacar que dez por cento da população geral é ou será portadora de dor crônica generalizada musculoesquelética.³ O mais provável é que o baixo limiar da dor, próprio do indivíduo, devido a um estado generalizado de sensibilidade álgica de origem periférica/ central, leve a síndromes de dor crônica musculoesquelética e, dentre elas, a fibromialgia.

Trabalhos buscam elucidar a diferença de percepção de dor entre sexos, mas os resultados são contraditórios: um trabalho observou que neonatos do sexo feminino fazem mais caretas do que os do sexo masculino ao estímulo doloroso, provando a independência de fatores socioculturais da diferença e favorecendo fatores genéticos ou congênitos. Em outros estudos com crianças ou com adolescentes, não houve diferença de nocicepção entre gêneros.⁴ Entretanto, suspeitam-se que influências genéticas na probabilidade de desenvolvimento de síndromes de dor crônica generalizada são modestas, segundo uma pesquisa com 44897 indivíduos gêmeos.⁵

Dentre alguns fatores apontados para a variação de expressão de dor entre sexos estão: diferença de exposição a riscos no trabalho, diferença de força muscular entre gêneros, leis trabalhistas favorecendo o homem, influências hormonais, variação na apresentação de sintomas de doenças e diferenças de processamento nociceptivo/ metabólico segundo o gênero - por exemplo, sabe-se que a concentração de substância P é maior no espaço intrarticular de portadores de artrose do sexo feminino; há baixa concentração de CGRP no gânglio da raiz dorsal em mulheres. Enfim, aparentemente a mulher tem maior sensibilidade à dor que o homem, por experimentar condições dolorosas em maior frequência ao longo da vida e possuir um menor limiar de percepção nociceptiva.^{4,6,7}

Ademais, a mulher parece apresentar maior risco de dor diante de trabalhos monótonos e sobrecarga psíquica; o homem demonstra maior risco mediante atividades de sobrecarga física. A mulher tende a ser mais susceptível frente à pressão mecânica e isquemia (dentre outras modalidades nociceptivas experimentais como a térmica), mas o mesmo não ocorre nos homens.⁶

Em relação aos hormônios, sabe-se que seu papel fisiológico vai além das funções reprodutivas, agindo como modulador de processos cognitivos, de funções gliais, imunes, límbicas e de processamento do estímulo doloroso. Seus efeitos podem ser permanentes sobre o sistema nervoso central, ou transitórios,⁸ ocorrendo no controle motor fino, estados afetivos, excitabilidade neuronal e funções cognitivas. Por exemplo, sabe-se que o estrógeno induz a liberação GABA no hipocampo, modifica receptores

de NGF no gânglio da raiz dorsal e modula a concentração de neurotransmissores como serotonina, acetilcolina e dopamina em vários circuitos neurais descritos. Assim, a queda dos níveis da serotonina (por baixa concentração de estrógeno no climatério ou no período pré-menstrual) traz por consequência o aparecimento de certos tipos de dor, explicando a cefaléia nessas situações. Da mesma forma, sabe-se da presença significativa de receptores androgênicos nos cornos anterior e posterior da medula espinhal. Ao agirem em diferentes níveis do sistema nervoso, os hormônios geram diferenças de responsividade da dor entre sexos, ao mediar variações no comportamento e processos cognitivos.

Observam-se também diferenças de gênero no uso dos mecanismos de catastrofização (e por consequência responsividade à dor, explicadas pela tendência de o indivíduo se descrever como vulnerável).⁹ Assim, a mulher parece apresentar maior dor experimental que o homem, fato explicado por variáveis psicossociais, maior tendência a esta catastrofização da dor e diferenças de papéis entre os dois gêneros, por sua vez explicados por um maior estoicismo associado ao sexo masculino e uma maior vulnerabilidade emocional entre mulheres. Em relação ao efeito da dor sobre o nível funcional, tem-se que a incapacidade física é mais diretamente relacionada à dor entre homens, ao passo que entre mulheres, o efeito da incapacidade opera via presença de quadros depressivos.¹⁰

Como fatores afetivos são conhecidos por desempenhar um papel importante na experiência, desenvolvimento e manutenção dolorosa, ansiedade e dor compartilham descritores, concomitantes fisiológicos e manifestações somáticas. Entre pacientes portadores de fibromialgia este fato é relevante, devido à alta prevalência de distúrbios do humor e quadros ansiosos e maior susceptibilidade a eles, expressa na piora dos sintomas dolorosos e vice-versa.^{11,12}

A ansiedade é relacionada a baixos limiares diante de estímulo nociceptivo e maiores relatos de dor, ao mobilizar a atenção em direção à experiência nociceptiva. Entre os homens, a ansiedade parece contribuir para maior eficácia do tratamento analgésico, em parte talvez por efeito placebo e pelo próprio foco atencional sobre o processo doloroso. Entre mulheres, por outro lado, quanto menor ansiedade, maior alívio da dor pós tratamento, já que aqui a ansiedade é intimamente ligada a distorções cognitivas como a catastrofização e menor tolerância ao estresse psicológico. Há trabalho, porém, que sugere não haver diferença entre homens e mulheres no que se refere a status psicológico.¹³

Além da percepção da dor, os gêneros diferem na forma de manejo da condição dolorosa, como a criação de mecanismos psíquicos compensatórios e variabilidade da resposta às drogas analgésicas. Neste contexto, suspeita-se de que a mediação neuroquímica da analgesia possa ser influenciada por hormônios sexuais. Por exemplo, drogas kapa-opioides geram mais analgesia em mulheres; antiinflamatórios não esteróides como o ibuprofeno tendem a uma maior eficácia entre homens e menor efeito entre mulheres na fase lútea do ciclo menstrual.¹⁴ A diferença na farmacocinética pode ser explicada pela diferença na distribuição de tecido adiposo corporal, peso, variações teciduais, produtos genéticos, predisposição a determinadas doenças, e por sua vez, a resposta ao tratamento destas doenças.¹⁵

A fibromialgia expressa em mulheres é acompanhada de grande variedade de sintomas e maior número de pontos dolorosos, nem sempre observados nos homens portadores: cefaléia, migrânea, síndrome do intestino irritável, síndrome de fadiga crônica, disfunção temporomandibular. Os homens tendem a apresentar queixas mais relacionadas à autoestima, autopercepção e impacto nos papéis sociais.¹⁶ Mais especificamente, o paciente de fibromialgia homem tende a uma hiperatividade do sistema nervoso neurovegetativo simpático e baixo tônus parassimpático; mediante mudanças posturais, exibem uma resposta simpátovagal anormal, explicando hipotensão ortostática comum entre homens.¹⁷ Além de menor relato de sintomas, os homens apresentam menor piora da qualidade de vida e maior preservação do nível de funcionalidade¹⁸. Homens queixam-se menos de distúrbio de sono, fadiga e dor generalizada, o que aumenta o risco de diagnósticos falsos-negativos, uma vez que eles apresentam principalmente um quadro de dor pauciarticular de características menos subjetivas.¹⁹

Independentemente do gênero associado à fibromialgia, o tratamento da fibromialgia não é definitivo e puramente medicamentoso. A literatura sugere que farmacoterapias com antidepressivos tricíclicos (ADT) sejam eficazes para o alívio dos sintomas em apenas 30 a 50% dos casos, não recomendando o uso habitual de opióides ou antiinflamatórios. O uso de inibidores da recaptação da serotonina (ISRS), apesar de menos eficazes no controle da dor, são também preconizados no tratamento, seja de forma isolada ou associada aos tricíclicos. Apesar das inúmeras pesquisas em relação a novos fármacos, é consenso de que o tratamento da fibromialgia deva ser multimodal. Desta forma, há evidências de que programas educativos interdisciplinares que combinem atividades físicas e psicológicas/ comportamentais sejam benéficos, embora não haja até o momento opinião consensual acerca do melhor regime para tais programas.

A maioria dos estudos em relação à fibromialgia focaliza a população de pacientes do sexo feminino, havendo poucas evidências acerca das características, prognóstico, método terapêutico e evolução da doença entre homens. Como agravante, tem-se que os conteúdos discutidos nas dinâmicas reabilitacionais deveriam ser diferentes e adaptados ao gênero masculino em relação aos atuais (no tocante a papéis sociais, expectativas, aspectos específicos de cada gênero e sexualidade) – tais fatos constituem-se no principal fator de não inclusão de homens em programas de fibromialgia. Além disso, nas atividades de condicionamento físico, poderia haver constrangimento relacionado à exposição e contato corpóreo.

Como a maioria dos poucos trabalhos existentes sobre a influência do gênero na fibromialgia busca a compreensão das causas das diferenças encontradas na apresentação clínica e resposta ao tratamento, o presente projeto tem como alvo oferecer um novo foco nessa discussão, por meio da verificação dos resultados do tratamento multidisciplinar oferecido para pacientes do sexo masculino.

OBJETIVO

Estudar o efeito de um tratamento multidisciplinar entre homens portadores de fibromialgia. Determinar as características da fibro-

mialgia presentes em indivíduos do sexo masculino.

MÉTODO

Foram convidados pacientes homens com diagnóstico de fibromialgia do Centro de Reabilitação Umarizal da Divisão de Medicina de Reabilitação (HCFMUSP) no período de 2004 a 2005 que passaram por avaliação psicológica, cardiológica e do serviço social e com indicação fisiatrica para realizar reabilitação. A seleção dos pacientes ocorreu de forma aleatória, já que todos os pacientes fibromiálgicos oriundos do serviço de triagem da instituição foram coletados. Os fatores de inclusão foram possuir diagnóstico de fibromialgia e estar clinicamente estável. Portanto, os critérios de exclusão do grupo de reabilitação foram:

- Inelegibilidade do paciente pela avaliação da psicologia e do serviço social, isto é, evidência quanto à incapacidade de acompanhar o grupo sob pontos de vista como: capacidade de comparecimento, perfil psíquico desfavorável às terapias em grupo ou atitude passiva;
- Doença psiquiátrica sem controle atual;
- Ausência de acompanhamento clínico em unidade básica de saúde;
- Baixo nível de compreensão e escolaridade impedindo o aproveitamento das aulas;
- Presença de comorbidades não controladas ou não tratadas.

Os pacientes foram alocados em dois grupos:

1) grupo tratamento, submetido à reabilitação multidisciplinar durante dois meses, duas vezes por semana. O programa consistiu de aulas teóricas de duração de 1 hora e mais 3 horas de práticas dos diversos serviços: fisioterapia, assistência social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição, condicionamento físico. O conteúdo programático foi o seguinte: aprendizado de automanejo da dor e estratégias de enfrentamento, técnicas de conservação de energia, educação em saúde, exercícios físicos no solo, massagem, relaxamento.

2) grupo controle, submetido a consulta médica e recomendação para realização de caminhadas. O grupo consistiu de indivíduos pareados para idade e nível educacional em relação ao grupo tratamento.

Todos os pacientes eram acompanhados por médico fisiatra no Ambulatório de Fibromialgia, garantindo que recebessem orientações básicas sobre a condição dolorosa e estratégias de ergonomia. Ambos os grupos mantiveram tratamento medicamentoso regular preconizado para fibromialgia, que incluiu uso de antidepressivos (ADT ou ISRS), analgésicos simples e os fármacos para doenças de base. Os pacientes tiveram protocolo preenchido pelo avaliador cego, contendo dados como: informações pessoais, situação trabalhista, uso de medicamentos, presença de distúrbio de sono, número de pontos dolorosos, além dos questionários Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), SF 36 e Escala Visual Analógica de dor. Esta escala (EVA) foi construída com variação de 0 a 10, na qual 0 equivale a ausência de dor e 10 o máximo possível de dor para o indivíduo.

A FIQ (QIF – Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia) é

um instrumento desenvolvido para avaliar o status global de saúde em mulheres com fibromialgia e inclui medidas de funcionamento físico, trabalho, depressão, ansiedade, sono, rigidez, fadiga e bem estar. É um dos mais utilizados em pesquisas em diversos países.²⁰ Previamente consagrado de forma empírica no Brasil,^{21,22} traduzido para o português de Portugal,²³ foi recentemente validado.²⁴

O SF36 (Short Form 36) constitui-se no questionário genérico de qualidade de vida mais empregado atualmente na literatura, e é validado em português.^{25,26}

A intervenção ocorreu por meio de equipe de reabilitação, cabendo a um autor a seleção e aleatorização dos pacientes. Outro autor, cego, foi responsável pela aplicação dos questionários – apesar na natureza autoaplicável dos questionários, estes foram preenchidos por um dos autores, devido à baixa escolaridade dos pacientes. O preenchimento ocorreu em três momentos: antes do tratamento, logo após e 4 meses após o último preenchimento (isto é, 6 meses após o tratamento). Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento esclarecido e o projeto foi enviado à Comissão de Ética da instituição. Os dados foram analisados por meio dos programas Braille e Prisma. Foi realizada a análise descritiva por meio do programa Excel. Dados qualitativos foram analisadas por Odds Ratio e ordinais por testes não paramétricos.

RESULTADOS

Vinte e cinco pacientes do sexo masculino foram encaminhados do serviço de triagem do Centro de Reabilitação Umarizal à equipe de Fibromialgia, por apresentarem dores generalizadas rebeldes a tratamentos da comunidade (em geral, terapias com anti-inflamatórios ou uso de meios físicos). Dos 25, doze foram eleitos pelo setor médico, psicologia e serviço social como aptos para participação no programa. Os demais não preencheram critérios de inclusão e foram encaminhados a outras equipes de reabilitação. Houve duas desistências. A adesão ao programa representou um máximo de duas faltas no total.

Os 10 pacientes remanescentes foram alocados aleatoriamente nos grupos Controle e Tratamento. Os dois grupos não diferiram em relação à idade (média de 50,60 e 44,20 respectivamente) e tempo de dor (6,6 anos e 10,40 anos respectivamente) segundo teste não-paramétrico (tabela 1). Todos os pacientes possuíam escolaridade nível fundamental incompleto e estavam sendo medicados com analgésicos, antidepressivos em baixas doses e outros fármacos para comorbidades. Foi observada alta taxa de indivíduos afastados recebendo auxílio, aposentado por invalidez ou desempregados: 80% no grupo controle e 100% no grupo tratamento.

Os grupos não diferiram tanto entre si quanto ao longo do seguimento nos 3 momentos estudados no que se refere à presença de quadro depressivo, distúrbio de memória e distúrbio de sono, observados segundo números absolutos, mediante contagem da presença ou não do distúrbio mencionado na folha de protocolo de avaliação. O paciente foi indagado quanto à presença ou não de sintomas (figura 1).

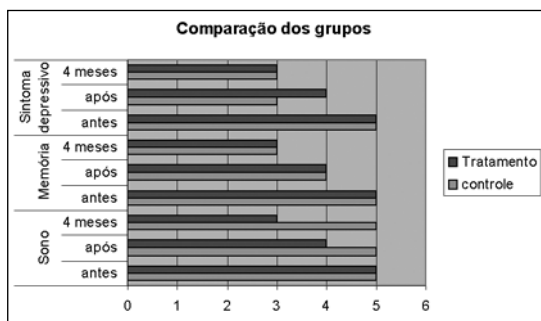


Figura 1

Grupos tratamento e controle comparados em relação a dados nominais. Números absolutos oriundos da folha de protocolo, mencionada por cada paciente.

Em relação aos valores da EVA, o grupo tratamento apresentou melhora após a intervenção, mas que não se manteve no seguimento posterior (tabela 2)

Tabela 1

Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana dos valores de idade e tempos de dor, segundo o grupo de estudo.

Variável	Grupo	n	Média	dp	p*
Idade	Controle	5	50,60	11,26	0,310
	Tratamento	5	44,20	7,76	
Tempo dor	Controle	5	6,60	4,39	0,151
	Tratamento	5	10,40	4,16	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 2

Análise da EVA - Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana dos valores de EVA nos três momentos avaliados, segundo o grupo de estudo.

Grupo	Momento	n	Média	dp	p*
Controle	Antes	5	7,70	1,79	0,097
	Após	5	7,00	2,24	
	4 meses	5	7,60	1,82	
Tratamento	Antes	5	6,70	1,48	0,039
	Após	5	3,90	2,70	
	4 meses	5	4,70	1,79	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Friedman.

Os pacientes de ambos os grupos apresentaram alta prevalência de depressão, distúrbio de sono e distúrbio de memória (dados obtidos a partir dos protocolos de preenchimento). Não houve mudança estatisticamente significativa dos valores ao longo do seguimento, tampouco ocorreu melhora com a intervenção (tabela 3).

Em relação a FIQ (figuras 2 e 3), os domínios Ansiedade, Rigidez, Bem Estar, Faltas ao Trabalho, Capacidade Física, Depressão, Fadiga, Capacidade de Trabalhar e Cansaço (necessidade de repouso) não apresentaram diferença estatística entre os dois grupos nos três momentos estudados, tampouco dentro de cada grupo, em relação a cada momento de medida.

Tabela 3
Características gerais dos grupos para significância $p < \alpha = 0,05$, relativos aos dados mencionados na figura 1

Características gerais dos grupos		
Distúrbio de Sono	Controle	Tratamento
Antes	5	5
Após	5	4
4 meses	5	3
Teste exato de Fisher		0,44
Distúrbio de Memória	Controle	Tratamento
Antes	5	5
Após	4	4
4 meses	3	3
Teste exato de Fisher		1
Depressão	Controle	Tratamento
Antes	5	5
Após	3	4
4 meses	3	3
Teste exato de Fisher		1

No domínio Dor, observou-se melhora progressiva tanto no grupo Controle quanto no grupo Tratamento ($p=0,021$ e $p = 0,034$, Friedman, respectivamente), no qual houve melhora significativa após o tratamento, sem que esta tenha se sustentado a longo prazo na avaliação de 4 meses. É necessário mencionar de que os autores optaram pela apresentação dos domínios desmembrados de FIQ, sem resumi-los em dois índices (um relativo a capacidade funcional e outro relativo aos demais). Apesar de esta forma de menção não encontrar respaldo na literatura, a descrição em separado se fez diante do fato de se tratar de amostra pequena e estudo piloto, e de haver o intuito de estudar o comportamento de cada aspecto, mesmo sem haver diferença estatística.

Em relação ao SF 36 (figuras 4 e 5), nos dois grupos, os domínios Atividade Física, Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais não se diferiram entre si nem mostraram mudanças durante os três momentos aferidos.

O domínio Dor demonstrou melhora significativa ($p= 0,07$, Friedman) à avaliação no momento após do grupo Tratamento; porém, os valores do momento antes reapareceram à avaliação de 4 meses. O mesmo ocorreu nos domínios Saúde Mental ($p = 0,022$) e Vitalidade ($p = 0,036$), corroborando mais uma vez na ausência de efeitos em longo prazo dos resultados obtidos após a intervenção. Em contrapartida, o domínio Aspectos Emocionais expressou melhora somente à avaliação de 4 meses ($p = 0,023$). O domínio Capacidade Funcional mostrou resultados contraditórios, ao demonstrar melhora global estatisticamente significativa do grupo Controle em relação ao grupo Tratamento, que piorou.

O número de pontos dolorosos não mostrou variação ao longo da intervenção nos três momentos de avaliação (tabela 4).

Tabela 4

Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana dos valores de número de pontos de dor nos três momentos avaliados, segundo o grupo de estudo.

Grupo	Momento	n	Média	dp	p*
Controle	Antes	5	13,00	2,83	0,607
	Após	5	12,80	2,95	
	4 meses	5	12,80	2,95	
Tratamento	Antes	5	8,00	5,52	0,135
	Após	5	7,60	5,03	
	4 meses	5	7,60	5,03	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Friedman.

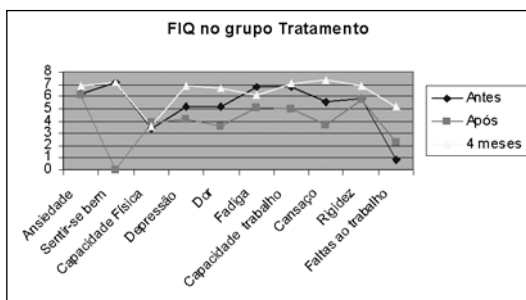


Figura 2

Valores de FIQ no grupo tratamento ao longo de 3 momentos: antes, após e 4 meses.

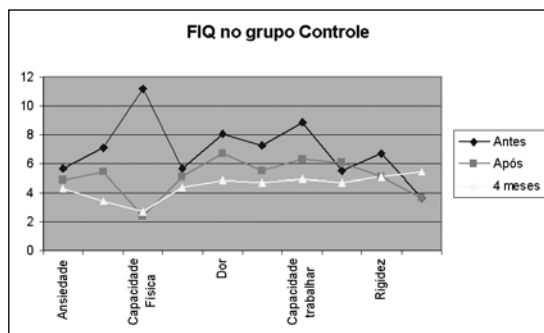


Figura 3

Valores de FIQ no grupo controle ao longo de 3 momentos: antes, após e 4 meses.

DISCUSSÃO

O presente estudo consistiu numa série de casos estudada sob forma de ensaio clínico quase-cego e aleatório. Apesar de evidências estatisticamente significantes, os dados devem ser interpretados com cautela. Futuros estudos devem ser realizados com maior tamanho amostral para confirmação das tendências aqui observadas.

É consenso na literatura recente de que um tratamento efetivo da fibromialgia deva ser baseado num programa de reabilitação multidisciplinar. Ainda não há unanimidade acerca do modelo ideal de programa no que se refere à duração e frequência. Existem inúmeros formatos de grupos, com custo variável e eficácia razoável a longo prazo, segundo trabalhos com acompanhamentos de 1 mês a 2 anos após tratamento. Em geral, os programas sugerem bons resultados

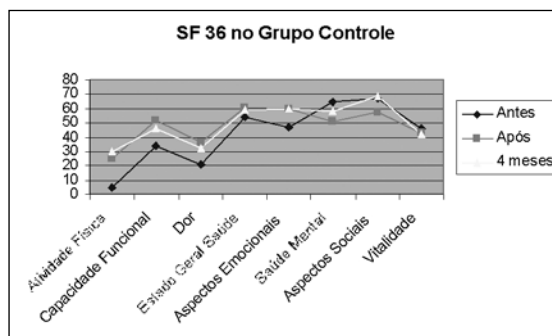


Figura 4

Valores de SF 36 no grupo tratamento ao longo de 3 momentos: antes, após e 4 meses.

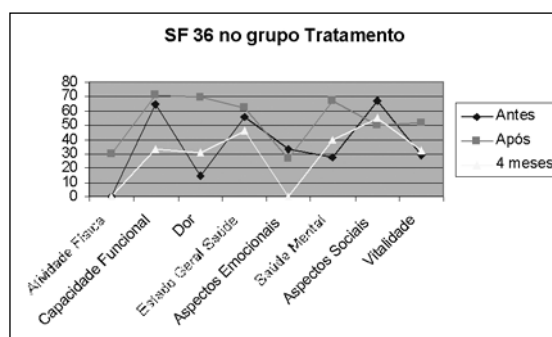


Figura 5

Valores de SF 36 no grupo tratamento ao longo de 3 momentos: antes, após e 4 meses.

em modelos baseados na comunidade, com aulas, discussão entre os participantes, demonstrações de atividades físicas adaptadas à condição dolorosa e medidas de conservação de energia. As medidas de seguimento buscam avaliar funcionalidade, qualidade de vida, autopercepção de dor, escala visual analógica, medidas de distúrbios de humor.^{27,28} Incluem trabalho aeróbico, exercícios de fortalecimento, relaxamento e orientações ergonômicas. Possuem como objetivo a melhora da saúde global, ganhos de atitudes positivas e de automanejo da dor crônica. Preconizam, portanto sessões em grupo baseadas em princípios de terapia cognitivo-comportamental, conteúdo ajustado às necessidades das pacientes e oferta de informação baseada nas questões das pacientes acerca de definições, estratégias de alívio e conseqüências da dor. Um estudo sueco testou quatro regimes de programa fibromialgia, com duração de 5 dias a 6 meses, custos de 1 a 10 vezes o valor básico e recursos humanos variáveis,²⁹ utilizando uma média de 45 pacientes por grupo. A partir de um seguimento de até um ano utilizando-se de escalas funcionais, de depressão, de qualidade de vida, de 'coping' e de dor, além de diários e questionários socioeconômicos, os autores concluíram que não há diferença de eficácia de um programa em relação ao outro. Há a sugestão de que o tratamento deva ser individualizado e desenhado segundo as características psicofísicas específicas de cada portador de fibromialgia, uma vez que há considerável heterogeneidade entre os pacientes. Independentemente do formato e duração do programa, o paciente sente-se satisfeito, desde que haja oferta de informação focadas na dor e nas atitudes a serem tomadas. Os autores recomendam ainda programas mais curtos (pois são

mais baratos e igualmente benéficos), de forma a serem repetidos de forma intermitente. Há estudos que recomendam programas brevíssimos³⁰ de 1,5 dia de orientações, ocorrendo muitas vezes contradição em relação a qual programa seria ideal. A maioria dos estudos publicados sobre programas educativos em fibromialgia diz respeito a uma população culturalmente diversa da estudada no presente trabalho. Geralmente os estudos mencionam mulheres com ensino médio e poder aquisitivo maior, dados que impedem uma comparação adequada com esta casuística. Por outro lado, acreditamos que tais programas de reabilitação de duração de 1,5 dia (bem aceitos por alguns autores) também não sejam adequados a presente população, mediante profundas diferenças sociais entre os clientes da DMR e de clínicas particulares dos EUA.³⁰

Uma melhora imediata após o programa de reabilitação visando a mudanças do estilo de vida não poderia ser esperada de fato, pois é necessário permitir aos participantes tempo para colocar em prática os novos conhecimentos e utilizá-los para ganho de capacidade de 'coping'. Para tal, seria necessário um intervalo de seguimento dos pacientes maior do que o que realizado neste estudo, como o de Henriksson et al,²⁹ no qual os pacientes evidenciaram melhora dessas medidas após um ano de programa.

Apesar da impossibilidade de extrapolação e reprodutibilidade dos dados devido ao tamanho amostral, o presente estudo foi consoante com alguns trabalhos prévios, ao sugerir que de fato ocorrem melhoras objetivas em algumas medidas de avaliação, mas que não se mantêm a longo prazo. Assim, o fenômeno observado no seguimento de 4 meses após o tratamento foi semelhante a um acompanhamento de um ano num grupo espanhol.³¹ Cabe ressaltar, porém, que não foi localizado qualquer estudo verificando a eficácia reabilitacional entre homens fibromiálgicos.

Não foi avaliada especificamente a evolução da capacidade física mediante o programa educativo, embora outros programas com mulheres tenham constatado que a melhora da capacidade física não se relacione ao alívio dos sintomas.³¹ Programas educativos para fibromialgia parecem demonstrar resultados variáveis nas medidas de avaliação, pois em alguns estudos ocorre melhora dos valores de FIQ²⁸ ou não há qualquer evolução em FIQ e SF 36³². Dentre todos os domínios de FIQ neste estudo, somente Dor foi relevante, ao expressar melhora após o programa sem manutenção no seguimento – o mesmo se deu nos domínios Dor, Vitalidade e Saúde Mental no SF 36. Estes dados sugerem maior necessidade de serem considerados outros formatos de intervenção, como por exemplo, programas mais longos ou curtos com repetições periódicas para essa população, sejam pelo perfil sociocultural dos pacientes, gravidade ou cronicidade dos sintomas.

É importante lembrar que os instrumentos habituais nos trabalhos para dor crônica generalizada, como o FIQ e os de qualidade de vida, apesar de acessarem variações funcionais, não são capazes de captar mudanças de atitude, dos hábitos diários e do sentimento de autocontrole.²⁹ Logo, conclui-se que certas melhorias apontadas pelos pacientes podem não ter transparecido pelos instrumentos de medida escolhidos, classicamente utilizados na pesquisa. Apesar de as intervenções para fibromialgia não terem gerado resultados impactantes, medidos pela intensidade de dor ou aumento de função

(dor em FIQ, dor/ vitalidade e saúde mental em SF 36, EVA após tratamento), outros ganhos poderiam ser obtidos, como satisfação subjetiva do indivíduo e esforço a adaptações quotidianas. Também apesar de mencionar presença ou não de quadros depressivos, este estudo não se aprofundou no diagnóstico e por isso pode não ter captado variação mais fidedigna dos transtornos do humor: este problema poderia ter sido sanado com o uso de escalas mais específicas como a de Beck, assim como escalas para verificação de satisfação subjetiva tipo Likert e de 'coping'.

Uma redução do número de pontos dolorosos em algumas pessoas pode ser uma indicação de menos ansiedade e maior sensação de autocontrole, evidenciada também em outras variáveis, como atitudes mais positivas. Isto concorda com achados de um trabalho que evidenciou a correlação entre pontos dolorosos e nível de estresse psicológico.³³ Devido ao baixo número amostral e à baixa frequência de quadros depressivos (3 no grupo controle e 1 no tratamento), não foi possível explorar tal evidência por não se realizar o cruzamento entre os números de pontos dolorosos e depressão. Em relação a esses pontos, sua aferição neste trabalho não foi realizada com o dolorímetro, por este não ter sido demonstrado superior ao método convencional de pressão manual.³⁴ Ocorreu a tendência de haver menor número médio de pontos dolorosos, especialmente no grupo controle, corroborando com a literatura em relação à observação de que homens tendem a um número de 'tender points' mais baixo que mulheres, muitas vezes com valores abaixo da linha diagnóstica para fibromialgia de 11 em 18.

Em relação ao perfil populacional do estudo, sabe-se que mulheres tendem a usar mais os serviços de saúde do que homens, o que pode gerar um viés em relação à prevalência de síndromes dolorosas crônicas no centro de reabilitação. Como consequência, as populações de pacientes fibromiálgicos tratados no nosso serviço pode não espelhar a distribuição real da doença, sendo isto mais evidente entre homens. Indivíduos do sexo masculino tendem portanto a chegar ao centro de reabilitação num estágio mais avançado da condição dolorosa, resultado da atitude relutante em buscarem ajuda em fase iniciais ou na subnotificação diagnóstica realizada em unidades primárias. Um trabalho qualitativo baseado em entrevistas narrativas detectou longo tempo de espera antes do tratamento especializado entre homens com fibromialgia. Ademais, estes pacientes não mantêm continuidade no tratamento.³⁵ Apesar de não ter sido o objetivo deste estudo, o estado empregatício poderia ter sido explorado, uma vez que há alta prevalência de afastamentos no trabalho nesta população; como os perfis sociais dos dois gêneros diferem, seria de se esperar da mesma forma uma variação nos aspectos previdenciários.

Os resultados deste estudo sugerem que os homens fibromiálgicos estão na faixa de idade economicamente ativa, estão afastados do trabalho, e possuem alta frequência de depressão e distúrbio de sono, corroborando com recente estudo destacando a importância que o estado empregatício e benefício previdenciário exercem na manutenção dos sintomas e incapacidade e desvantagem para o trabalho.³⁶

Diante dos resultados transitórios do tratamento e variabilidade nos efeitos observados mesmo em outros estudos, depende-se

que enfim, o objetivo final dos programas educativos compostos por terapias físicas e cognitivo-comportamentais passa a ser a obtenção de novas informações e estratégias para o automanejo da dor e mudanças de crenças prévias, muito mais do que a redução da dor em si.

CONCLUSÕES

O tratamento de reabilitação multidisciplinar para homens fibromiálgicos parece ser benéfico a curto prazo, fato evidenciado por FIQ, SF 36 e EVA.

Novos ensaios clínicos aleatórios cegados com grandes amostras são necessários para a comprovação das evidências estatísticas observadas neste piloto. Esses estudos poderiam comparar amostras de homens x mulheres, para aprofundar a análise das diferenças entre gêneros em relação a características psicossociais e resposta à reabilitação.

Medidas suplementares de avaliação devem ser levadas em consideração diante de estudos da síndrome fibromiálgica (subjetivas e escalas específicas como as de depressão, ansiedade e outras), de modo a se obter maior sensibilidade mediante mudanças que possam ocorrer com as intervenções sobre a apresentação clínica, o impacto funcional, etc.

Além disso, outras modalidades de programas de reabilitação para fibromialgia devem ser estudadas em relação a formato, técnicas terapêuticas e tempo de seguimento após intervenção.

REFERÊNCIAS

- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.
- Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E, Baumgartner E, Finckh A, Cohen P, et al. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2003;48(5):1420-9.
- Lindell L, Bergman S, Petersson IF, Jacobsson LT, Herrström P. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care.* 2000;18(3):149-53.
- Rollman GB, Lautenbacher S. Sex differences in musculoskeletal pain. *Clin J Pain.* 2001;17(1):20-4.
- Kato K, Sullivan PF, Evengård B, Pedersen NL. Importance of genetic influences on chronic widespread pain. *Arthritis Rheum.* 2006;54(5):1682-6.
- Edwards R, Augustson E, Fillingim R. Differential relationships between anxiety and treatment-associated pain reduction among male and female chronic pain patients. *Clin J Pain.* 2003;19(4):208-16.
- Gran JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003;17(4):547-61.
- Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain.* 1996;65(2-3):123-67.
- Thorn BE, Clements KL, Ward LC, Dixon KE, Kersh BC, Boothby JL, et al. Personality factors in the explanation of sex differences in pain catastrophizing and response to experimental pain. *Clin J Pain.* 2004;20(5):275-82.
- Hirsh AT, Waxenberg LB, Atchison JW, Gremillion HA, Robinson ME. Evidence for sex differences in the relationships of pain, mood, and disability. *J Pain.* 2006;7(8):592-601.
- Croff P, Schollum J, Silman A. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ.* 1994;309(6956):696-9.
- Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics.* 1999;40(1):57-63.
- Yunus MB, Celiker R, Aldag JC. Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *J Rheumatol.* 2004;31(12):2464-7.
- Giles BE, Walker JS. Gender differences in pain. *Curr Opin Anaesthesiol.* 1999;12(5):591-5.
- Slavkin HC. Distinguishing Mars from Venus: emergence of gender biology differences in oral health and systemic disease. *Compend Contin Educ Dent.* 2002;23(10 Suppl):29-31.
- Yunus MB. Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. *J Gen Specif Med.* 2002;5(2):42-7.
- Cohen H, Neumann L, Alhoshshle A, Kotler M, Abu-Shakra M, Buskila D. Abnormal sympathovagal balance in men with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2001;28(3):581-9.
- Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. *Semin Arthritis Rheum.* 2000;30(1):47-51.
- Yunus MB, Inanici F, Aldag JC, Mangold RF. Fibromyalgia in men: comparison of clinical features with women. *J Rheumatol.* 2000;27(2):485-90.
- Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol.* 1991;18(5):728-33.
- Martinez JE, Baraúna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevasco G. Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Acta Fisiatr.* 1998;5(2):116-20.
- Martinez JE, Baraúna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevasco G. Comparação clínica e funcional de pacientes com fibromialgia e dor miofascial. *Acta Fisiatr.* 1998;5(3):159-63.
- Rosado ML, Pereira JP, da Fonseca JP, Branco JC. Cultural adaptation and validation of the "Fibromyalgia Impact Questionnaire": Portuguese version. *Acta Reumatol Port.* 2006;31(2):157-165.
- Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):24-31.
- Ware JE. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
- Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clin J Pain.* 2005;21(2):166-74.
- Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *J Rheumatol.* 1996;23(3):521-8.
- Henriksson C, Carlberg U, Kjällman M, Lundberg G, Henriksson KG. Evaluation of four outpatient educational programmes for patients with longstanding fibromyalgia. *J Rehabil Med.* 2004;36(5):211-9.
- Worrel LM, Krahn LE, Sletten CD, Pond GR. Treating fibromyalgia with a brief interdisciplinary program: initial outcomes and predictors of response. *Mayo Clin Proc.* 2001;76(4):384-90.
- Redondo JR, Justo CM, Moraleda FV, Velayos YG, Puche JJ, Zubero JR, et al. Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis Rheum.* 2004;51(2):184-92.
- Valim V, Oliveira L, Suda A, Silva L, de Assis M, Barros Neto T, et al. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2003;30(5):1060-9.
- Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis.* 1997;56(4):268-71.
- Cohen ML, Quintner JL. Fibromyalgia syndrome, a problem of tautology. *Lancet.* 1993;342(8876):906-9.
- Paulson M, Norberg A, Danielson E. Men living with fibromyalgia-type pain: experiences as patients in the Swedish health care system. *J Adv Nurs.* 2002;40(1):87-95.
- Riberto M. Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não traumática [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2004.