



## Global Year against musculoskeletal pain Fact Sheets

### Functional Disorders

Ano Global Contra a Dor Musculoesquelética

### Desordens Funcionais

#### Introdução

O termo "síndrome somática funcional" refere-se à sobreposição de diversas síndromes que se caracterizam, principalmente, por sintomas, sofrimento e incapacidade; e, menos, por anormalidades estruturais ou funcionais de doenças específicas. Podem estar presentes síndrome do cólon irritável (SCI), fibromialgia (SFM), síndrome da fadiga crônica (SFC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e síndrome das pernas inquietas (SPI), mas não se limitam a estas. Médicos de várias especialidades são frequentemente procurados por pacientes que apresentam sintomas somáticos, muitas vezes incapacitantes e angustiantes, e que requerem diagnósticos "rotulados" para sua doença. Muitas das síndromes somáticas funcionais têm grandes implicações socioculturais e econômicas.

#### Epidemiologia e Economia

A maioria dos pacientes com síndromes funcionais são mulheres (75–90%). Considerando que a SCI e a SFM ocorrem com frequência na população em geral (10% e 3%, respectivamente) <sup>[3,8]</sup>, estudos realizados na comunidade encontraram uma baixa prevalência de SFC entre os adultos (0.2% a 0.4%) <sup>[5]</sup>. As taxas de SFC são maiores nos grupos minoritários e em pessoas com menor nível educacional e profissional.

A prevalência de TEPT também é baixa na população geral (~ 0,5%), mas pode aumentar drasticamente (para mais de 10%) após catástrofes naturais e artificiais. Americanos veteranos de guerras estrangeiras têm mostrado aumento das taxas de TEPT (~ 3%), muitas vezes associado à SFC (~ 5%). A prevalência de TEPT aumenta significativamente com estresse relacionado a combates, enquanto que a prevalência da SFC sobe apenas na parte inferior do espectro de estresse. Estudos epidemiológicos sugerem que 7-10% da população em geral dos EUA e norte da Europa têm SPI.

O CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) estima que a SFC tem um impacto econômico de mais de 9 bilhões de dólares por ano nos EUA devido à perda de produtividade. Em contraste, o custo anual direto da SCI é maior que 40 bilhões de

dólares por ano. Assim, as disfunções funcionais custam somas enormes à sociedade a cada ano, com mais de metade relacionadas a serviços de saúde<sup>[4]</sup>.

### **Fisiopatologia**

Muitos estudos na população em geral indicam que as desordens funcionais têm sobreposição de fatores genéticos e ambientais<sup>[1]</sup>. Análises multivariadas têm revelado vias comuns de inúmeros traços latentes, incluindo dor, fadiga, sono não reparador, ansiedade e depressão, os quais são compartilhados nas desordens funcionais.

### **Alterações Clínicas**

As síndromes funcionais têm um elevado grau de similaridade e de co-ocorrência<sup>[1]</sup>. Muitas vezes, um mesmo indivíduo preencherá os critérios diagnósticos de várias síndromes somáticas funcionais. Uma forte sobreposição tem sido relatada entre SFM e SFC, bem como entre SFM e SCI. A rotulação de um diagnóstico dado a um determinado paciente pode não ser apenas fortemente influenciada pelos sintomas do paciente, mas também pela especialidade do médico. Quase todas as síndromes funcionais estão associadas a (1) dor / rigidez, (2) fadiga, (3) sono não reparador e (4) sofrimento emocional. Muitas vezes, uma hipersensibilidade generalizada a estímulos térmicos, mecânicos, químicos e elétricos está presente<sup>[6]</sup>.

### **Critérios Diagnósticos**

Para o diagnóstico de SFC, o paciente deve preencher os seguintes critérios do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*):

- Fadiga com duração de pelo menos 6 meses
- Fadiga de início recente ou definitivo
- A fadiga não é resultado de uma doença orgânica ou de esforço contínuo
- A fadiga não é aliviada pelo repouso
- A fadiga resulta em uma redução significativa nos níveis prévios de atividades profissionais, educacionais, sociais ou pessoais
- Quatro ou mais dos seguintes sintomas, presentes simultaneamente por mais de seis meses: prejuízo da memória ou da concentração, dor de garganta, linfonodos cervicais ou axilares dolorosos, dor muscular, poliartralgia, cefaléia com novo padrão de dor, sono não reparador ou aumento da dor e da fadiga após esforços.

O TEPT é caracterizado por:

- Lembranças de um evento estressante, seja em flashback e / ou sonhos
- Um sentido de re-experimentar o evento estressante
- Marcada prevenção das situações que desencadeiam lembranças do evento estressante
- Sintomas marcados de ansiedade e aumento da excitação
- Amnésia parcial em relação a alguns aspectos do evento estressante
- Sensação de dormência

Para o diagnóstico de SPI, os seguintes sintomas devem estar presentes:

- O desejo de movimentar os membros inferiores, muitas vezes associado à parestesia ou disestesia
- Os sintomas são exacerbados pelo repouso e aliviados por atividade
- Inquietação motora

- Agravamento noturno dos sintomas

Para o diagnóstico da SCI, é necessário dor ou desconforto abdominal recorrente, por pelo menos 3 dias por mês, nos últimos 3 meses, associado a dois ou mais dos seguintes fatores:

- Melhora com a defecação
- Início associado a uma mudança na frequência das evacuações
- Início associado a uma mudança na forma de fezes (aspecto).

Para os critérios de diagnóstico de SFM, consulte o texto sobre fibromialgia.

### **Diagnóstico e Tratamento**

Embora as desordens funcionais demonstrem uma sobreposição significativa de sintomas, seu diagnóstico depende principalmente da queixa e da disfunção predominante dos pacientes. Por exemplo, diarreia e constipação alternadas podem sugerir SCI, dor crônica generalizada sugere SFM e fadiga incapacitante sugere SFC.

A patogênese comum da maioria das desordens funcionais resulta em abordagens terapêuticas semelhantes, focadas na dor, fadiga, sono não reparador e afeto negativo <sup>[9]</sup>. Há uma boa evidência de tratamentos eficazes para desordens funcionais, particularmente, exercícios físicos graduativos e terapia cognitivo-comportamental que, novamente, enfatiza as similaridades entre as síndromes funcionais. Habitualmente, o raciocínio terapêutico destes tratamentos tem como objetivo melhorar a função global e o alívio dos sintomas específicos de cada doença. O efeito dos tratamentos farmacológicos que visam, primeiramente, anormalidades no processamento da dor periférica ou central nas desordens funcionais é variável nas diferentes síndromes funcionais, com os melhores efeitos vistos para SCI e SFM <sup>[2]</sup> e menor eficácia em outras desordens funcionais <sup>[7]</sup>. Em contraste, o tratamento com antidepressivos ou anticonvulsivantes parece ser geralmente eficaz para a maioria das síndromes funcionais. Além disso, os agonistas de dopamina podem desempenhar um papel importante no tratamento da SPI.

As evidências atuais parecem apoiar uma abordagem equilibrada do manejo das desordens funcionais, com tratamentos a órgãos específicos e tratamentos cognitivo-comportamentais, cada um com seus méritos no tratamento de síndromes isoladas. A eficácia clínica da abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento de síndromes de sobreposição ainda não foi estabelecida.

Tradução Dra. Fabiola Peixoto Minson  
e Dra. Liege Mentz

### **Referências**

1. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910–21.
2. Goldenberg DL. Pharmacological treatment of fibromyalgia and other chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:499–511.
3. Hungin AP, Chang L, Locke GR, Dennis EH, Barghout V. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1365–75.
4. Kalia M. Assessing the economic impact of stress: the modern day hidden epidemic. *Metabolism* 2002;51:49–53.
5. Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet* 2006;367:346–55.
6. Staud R, Rodriguez ME. Mechanisms of disease: pain in fibromyalgia syndrome. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006;2:90–8.
7. Winkelman JW, Allen RP, Tenzer P, Hening W. Restless legs syndrome: nonpharmacologic and pharmacologic treatments. *Geriatrics* 2007;62:13–6.
8. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19–28.
9. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008;37:339–52.