

Artigo original

Cláudia Maria da Silva Vieira¹
 Gabriela de Sousa Silva Rios²
 Débora Thaís Sampaio da Silva³
 Gilvo de Farias Júnior³
 Luís Carlos Nacul⁴
 Eliana Mattos Lacerda⁴
 Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo³

Diagnóstico de fadiga crônica em população coberta pela Estratégia Saúde da Família, na cidade de Teresina – Piauí

Diagnosis of chronic fatigue in a population covered by the Family Health Strategy in the city of Teresina - Piauí

ABSTRACT

Introduction: Chronic Fatigue is a clinical condition that reduces quality of life of subjects with the disease to the detriment of physical, cognitive and social complaints without organic justification Objective: The objective was to evaluate the prevalence of chronic fatigue according to sex in adults living in an area covered by the Family Health Strategy in Teresina-Piauí. Methods: Cross-sectional survey conducted with a sample of 6,595 adults of both sexes aged between 18 and 65 years in Teresina. The diagnosis of chronic fatigue was made using a validated instrument. To identify sociodemographic data, a second questionnaire was prepared by the authors. Results: The prevalence of chronic fatigue was 1.57% in the surveyed population. A higher prevalence was observed in females 69.3% compared to males 32.7% (p = 0.001). Conclusion: There is a prevalence of chronic fatigue in both sexes in the population covered by FHS in the city of Teresina, however, higher among women.

RESUMO

A Fadiga Crônica é uma condição clínica que reduz a qualidade de vida dos sujeitos portadores da doença em detrimento de queixas físicas, cognitivas e sociais, sem justificativa orgânica. Objetivou-se avaliar a prevalência de fadiga crônica, segundo o sexo, em adultos que residem em área coberta pela Estratégia Saúde da Família, em Teresina-Piauí. Utilizou-se a pesquisa transversal, realizada com amostra de 6.595 adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos, em Teresina. O diagnóstico da fadiga crônica foi efetuado por meio de um instrumento validado. Para identificação dos dados sociodemográficos, um segundo questionário foi elaborado pelos autores. O resultado mostra que a prevalência de fadiga crônica foi de 1,57% na população pesquisada. Maior prevalência foi observada no sexo feminino 69,3%, em comparação com o sexo masculino 32,7% (p=0,001). Inferiu-se que houve prevalência de fadiga crônica, em ambos os sexos, na população coberta pela ESF no município de Teresina, porém, sendo mais elevada entre as mulheres.

1. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão
2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
3. Universidade Federal do Piauí
4. London School of Hygiene & Tropical Medicine

KEYWORDS

Diagnosis; Fatigue; Primary Care; Family Health Strategy.

PALAVRAS-CHAVE

Diagnóstico; Fadiga; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Regilda Saraiva dos Reis Moreira-Araújo
 <regilda@ufpi.edu.br >
 Dpt. de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde,
 UFPI, Campus Ministro Petrônio Portella, Bairro
 Ininga, S/N. Bloco 13. CEP 64049-550. Teresina -
 PI – Brasil

INTRODUÇÃO

A Fadiga pode ser definida como a sensação de cansaço generalizado ou falta de energia que não está relacionada exclusivamente à exaustão (ROBERTS et al., 2016). A síndrome da fadiga crônica é uma doença caracterizada por ser persistente ou recidivante, de natureza debilitante, que está presente durante pelo menos seis meses, incluindo, sono não reparador, perda de memória, falta de concentração, dores articulares e inflamação nos gânglios (FUKUDA et al., 1994; LACERDA et al., 2018).

A característica principal da fadiga crônica é a sensação de mal-estar com agravamento dos sintomas, após o mínimo esforço físico ou mental, que pode persistir por horas, dias ou semanas e não é aliviada pelo descanso ou sono. Outros sintomas incluem fadiga patológica, comprometimento cognitivo, sono não reparador, dor e uma infinidade de sintomas imunes, neurológicos e autonômicos, geralmente seguindo um curso prolongado (NACUL et al., 2011; JOHNSTON et al., 2016).

Há diferentes estimativas para essa condição e, em algumas pesquisas, é possível encontrar prevalências que oscilam de 0,1% a 6,41%, considerando que os primeiros estudos foram realizados nos Estados Unidos e na Europa, posteriormente, estendendo-se para a Ásia, e, mais recentemente, para outros países (ROBERTS et al., 2016; JOHNSTON et al., 2016; YANCEY, THOMAS, 2012).

Prevalências mais elevadas são encontradas no sexo feminino. As mulheres são, pelo menos, duas vezes mais propensas a desenvolver fadiga crônica quando comparadas aos homens, sendo mais comum em pessoas com mais de 40 anos de idade (REVEES (2007) e ZORZANELLI (2010)).

A síndrome da fadiga crônica foi, por muito tempo, considerada uma doença física, sem uma justificativa orgânica e sem uma demonstração de lesão na estrutura do organismo, e nas alterações bioquímicas estabelecidas; porém, pesquisas mais recentes, investigam a relação desta com outras causas (KINGDON et al., 2018; ZORZANELLI, 2010).

Muitos estudos utilizam as nomenclaturas encefalomielite miálgica/síndrome da fadiga crônica ou fadiga crônica (LACERDA, et al., 2018); Johnston e outros, (2016); Nacul e outros (2011); no entanto, para os fins desta pesquisa, será adotado este último. Visto à carência de estudos sobre essa temática no Brasil, esta pesquisa objetivou identificar a prevalência de fadiga crônica, segundo o sexo, em população coberta pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Teresina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de corte transversal, realizado no município de Teresina- Piauí, tendo como universo amostral a população que reside em áreas que contam com cobertura em atenção básica pela Estratégia Saúde da Família.

A amostra inicial deste estudo foi estipulada para 8.000 indivíduos, a qual foi calculada com um nível de confiança de 95%. Para esse cálculo, considerou-se a prevalência de FC de 0,2%, na população de referência, aceitando-se 0,1% como pior resultado. Optou-se por usar a menor frequência de fadiga crônica esperada, variando de acordo com a literatura disponível, de 0,2 a 0,4%, o que ainda nos permitiu contar com efeito de possíveis perdas (ROBERTS et al., 2016; JOHNSTON et al., 2016; YANCEY, THOMAS,

2012). Pereira (2001) foi utilizado como referência para o cálculo amostral. Utilizou-se a fórmula $n = pq/E^2$. Sendo “p” a proporção da população diagnosticada com fadiga crônica; “q” a proporção da população livre da fadiga crônica; e “n” o número total da amostra. A amostra final do estudo contou com um número total de 6.595 indivíduos, em virtude de perdas de informações (questionário com dados incompletos), recusas à participação, bem como pelo difícil acesso a determinadas áreas por se tratar de local de alta periculosidade.

A coleta de dados foi realizada, utilizando-se o método combinado de randomização simples por conglomerados, procedendo da seguinte forma: primeiramente, foi realizado o cálculo proporcional de famílias por conglomerados (áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família), previamente selecionados por sorteio simples. Procedendo-se, a princípio, com o sorteio simples da área (bairro) e, em seguida, das ruas do referido bairro. Para cada domicílio visitado, os dois domicílios subsequentes não o foram; sendo visitado o terceiro, seguindo-se este método até o término do número de domicílios da área selecionada (área com cobertura na atenção básica à saúde pela Estratégia Saúde da Família - ESF).

Participaram da pesquisa indivíduos adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 65 anos de idade. Para definição de caso, foram incluídos indivíduos que não apresentavam condição clínica sem tratamento que explicasse os sintomas de fadiga crônica, tais como: hipotireoidismo, apneia do sono, efeitos colaterais de uso crônico de medicamentos, episódios de depressão maior com traços psicóticos, esquizofrenia, anorexia ou bulimia nervosa, alcoolismo ou dependência de drogas, até dois anos antes do início dos sintomas de fadiga crônica e/ou obesidade mórbida (ICM=>45).

A primeira etapa da coleta de dados constou da visitação às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do conglomerado sorteado para esclarecimento, junto ao gestor responsável, sobre os procedimentos que seriam realizados e os objetivos do estudo. Na segunda etapa, procedeu-se à visita aos domicílios, no qual os indivíduos, após serem abordados pela equipe e receberem esclarecimentos pertinentes à pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e responderam às questões estabelecidas para o objetivo do estudo.

A equipe de coleta de dados utilizou como instrumento um questionário simplificado para triagem e recrutamento de possíveis casos de fadiga crônica, validado conforme a literatura (NACUL et al., 2011; JOHNSTON et al., 2016).

Os dados sociodemográficos como: nome, data de nascimento, sexo e endereço foram obtidos por meio de um questionário elaborado pelos autores da pesquisa. Depois de coletados, os dados foram digitados, conferidos, anonimizados e armazenados em banco de dados.

Para a análise dos dados, foi utilizado o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.2 (SPSS, 2014). Para testar diferenças entre as variáveis, foram utilizados os testes estatísticos t de Student, a fim de analisar diferenças entre as médias de idade em relação ao sexo; e o teste qui-quadrado, para as variáveis nominais. O erro aceitável foi equivalente a 5% ($p < 0,05$), com o nível de significância de 95%, respectivamente (HIBE, 2013).

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e da

Resolução de Helsinque, para a realização de pesquisa em seres humanos: participação voluntária, assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº 47860815.1.0000.5214; Parecer nº 1.872.440); além da Autorização Institucional junto a um representante da Fundação Municipal de Saúde - FMS (CNS-Brasil, 2012), (WMA, 2008).

RESULTADOS

Esta pesquisa contou com uma amostra total de 6.595 indivíduos, com idade entre 18 e 65 anos, verificando-se que a média de idade dos indivíduos acometidos pela doença foi de 40,1 anos. A população masculina obteve média e desvio padrão igual a 39,0 ± 9,8 anos, enquanto que, no sexo feminino, a média e desvio padrão foram respectivamente 40,7 ± 10,4 anos ($p=0,876$) (Tabela 1).

Sexo	Média de idade	Desvio padrão
Masculino	39,0	9,8
Feminino	40,7	10,4
Média geral	40,1	10,9

Tabela 1. Média de idade segundo o sexo da população diagnosticada com fadiga crônica em população coberta pela ESF, Teresina, PI.

Dentre a amostra total de 6.595 residentes em áreas que contam com cobertura em atenção básica em saúde pela Estratégia Saúde da Família (ESF), 1,57% (104 indivíduos) foram diagnosticados como portadores de fadiga crônica (Tabela 2).

População total	População diagnosticada com FC	Porcentagem de Diagnosticados com FC (%)
6.595	104	1,57

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa da população total e diagnosticada com fadiga crônica em área coberta pela ESF, Teresina, PI.

A prevalência de fadiga crônica se mostrou mais elevada nas mulheres, correspondendo a 69,3% ($n=70$), quando comparado aos homens com 32,7% ($n=34$), havendo diferença significativa ($p=0,001$) entre as proporções (Figura 1).

DISCUSSÃO

Esses resultados estão em consonância com outros estudos que comprovam haver maior prevalência de fadiga crônica na população do sexo feminino (JOHNSTON et al., 2016; BAKKEN et al., 2014).

Há diferentes estimativas para a prevalência de fadiga crônica, podendo variar de acordo com os critérios utilizados, área geográfica, etc., porém, em algumas pesquisas, é possível encontrar prevalências que oscilam de 0,1% a 6,41%. A prevalência encontrada na população do município de Teresina se assemelha àquelas demonstradas

por autores que aplicaram instrumento idêntico em diferentes países como: Canadá, Austrália e Estados Unidos, Inglaterra (JOHNSTON et al., 2013; VINCENT et al., 2012; ROBERTS et al., 2016). No Brasil, a prevalência encontrada previamente foi de 1,6%, em São Paulo, de acordo com Cho et al., (2009), valor muito semelhante ao encontrado neste estudo.

É importante ressaltar que estes dados se referem à prevalência de fadiga crônica, que se assemelha a de síndrome de fadiga crônica como definida pelo critério de Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC-1996), previamente referida como “CFS-like syndrome”. Isso leva em consideração o fato que os indivíduos selecionados como “casos” não foram revistos clinicamente. Como o exame clínico complementar, associado a exames laboratoriais de rotina, usualmente levam à reclassificação de casos com outros diagnósticos, que não o da síndrome da fadiga crônica, considerou-se que as estimativas encontradas, neste estudo, superestimam a real prevalência de síndrome da fadiga crônica, que tem sido considerada internacionalmente, como próxima a 0,4%, ou seja, quatro vezes menor do que a encontrada. Esses achados enfatizam não só a importância de estudos de prevalência em comunidade, mas também a necessidade de seguir os casos clinicamente para definição de quais destes se apresentam como fadiga crônica, e quais são genuinamente casos da síndrome da fadiga crônica. De qualquer modo, os resultados sugerem fortemente que tanto a fadiga crônica e a síndrome da fadiga crônica não são raras, e que as prevalências em Teresina são semelhantes às prevalências em outras regiões do Brasil e internacionalmente.

A prevalência de fadiga crônica na população que conta com cobertura da Estratégia Saúde da Família, em Teresina, mostrou-se mais elevada no sexo feminino (69,3%) ($p=0,001$). Estudos comprovam maiores prevalências de fadiga crônica no sexo feminino. Pesquisa realizada em Minnesota por Vincent et al., (2012), com 151 pacientes identificados com fadiga crônica, demonstrou que a maioria, 83%, pertencia ao sexo feminino. Estudo desenvolvido na Austrália, com população de 535 pacientes diagnosticados com síndrome da fadiga crônica, em cuidados primários, obteve maior porcentagem de casos no sexo feminino (78,61%) (YANCEY, THOMAS, 2012).

Além disso, epidemiológica desenvolvida por Cho e outros (2009), em atenção primária, comparou a prevalência de síndrome da fadiga crônica entre a população brasileira e a inglesa. O estudo consistiu em uma amostra 3.914 brasileiros e 2.459 ingleses do Reino Unido, pacientes de cuidados primários, com idades entre 18 e 45 anos. O sexo feminino prevaleceu tanto no Brasil (79,7%), quanto no Reino Unido (71,5%), certificando que as mulheres são mais propensas a desenvolver fadiga crônica.

Com relação à idade mais propensa a desenvolver fadiga crônica, os estudos mostram que a faixa etária de risco para a doença é por volta dos 40 anos. Este fato pode ser corroborado em diversos estudos que se utilizaram do mesmo instrumento (BAKKEN et al., 2014; JOHNSTON et al., 2013; VINCENT et al., 2012).

Esse resultado é de grande relevância para a comunidade acadêmica, bem como para os gestores e servidores da atenção primária em saúde, visto que a Estratégia Saúde da Família tem como meta promover a melhoria na qualidade de vida da população.

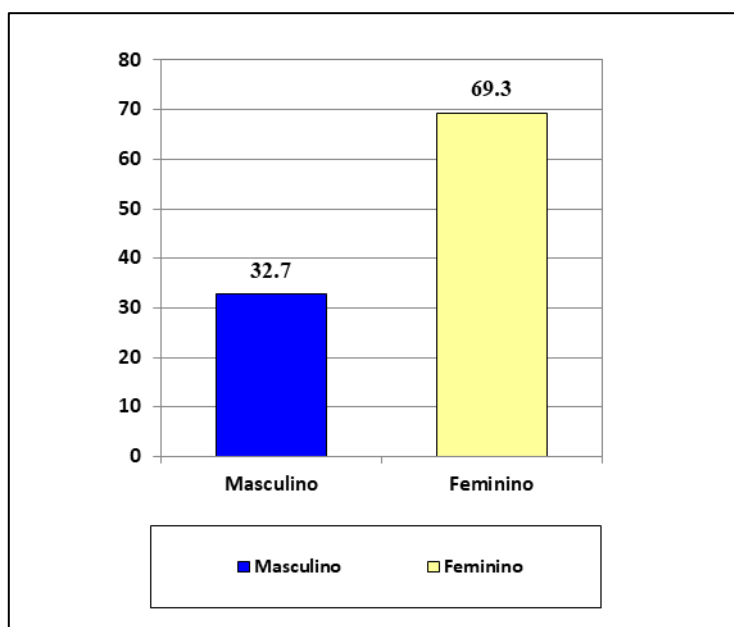


Figura 1. Frequência relativa dos indivíduos diagnosticados com fadiga crônica segundo o sexo. Teresina, PI.

CONCLUSÃO

Houve prevalência de fadiga crônica na população que conta com cobertura da atenção básica pela Estratégia Saúde da Família, na cidade de Teresina, em ambos os sexos, especialmente, na faixa etária que compreende a meia idade. Constatou-se prevalência de fadiga crônica mais elevada na população feminina.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí pela autorização para realização da pesquisa, na pessoa da Dra. Amariles Borba

REFERÊNCIAS

BAKKEN, I.J.; TVEITO, K.; GUNNES, N.; GHADERI, S. STOLTENBERG, C.; TROGSTAD, L. et al. Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008–2012. **BMC Medicine**, 2014.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, **Resolução** nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

CHARLES, S., ABHIJIT, C., **ME/CFS/PVFS: an exploration of the key clinical issues**. 10. ed. Peterborough, UK, MEA and Print Solutions, 2018.

CHO, H.J., MENEZES, P.R., HOTOPF, M., BHUGRA, D., WESSELY, S. Comparative epidemiology of chronic fatigue syndrome in Brazilian and British primary care: prevalence and recognition. **The British Journal of Psychiatry**, v. 194, p. 117–122, 2009.

FUKUDA, K., STRAUS, S.E., HICKIE, I., SHARPE, M.C., DOBBINS, J.G., KOMAROFF, A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. **Ann Intern Med.**, v.121, n.12, p. 953-959, 1994.

HIBE, J. **Method's statistical model estimation**. Chapman & Hall/CRC Press, Boca Rato. 2013..

JOHNSTON, S., BRENU, E.W., STAINES, D., MARSHALL-GRADISNIK, S. The prevalence of chronic fatigue syndrome/

myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis. **Clinical Epidemiology**, v. 5, 2013.

JOHNSTON, S., BRENU, E.W., STAINES, D., MARSHALL-GRADISNIK S. Epidemiological characteristics of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in Australian patients. **Clinical Epidemiology**, v. 8: 97-107, 2016.

KINGDON, C.C., BOWMAN. E.W., CURRAN, H., NACUL, L.C., LACERDA, E.M. Functional Status and Well-Being in People with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Compared with People with Multiple Sclerosis and Healthy Controls. **Pharmaco Economics Open**, v. 2, p.381–392, 2018.

LACERDA, E.M., McDERMOTT, C., KINGDON, C.C., BUTTERWORTH, J., CLIFF, J.M., NACUL, L. Hope, disappointment and perseverance: Reflections of people with Myalgic encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) and Multiple Sclerosis participating in biomedical research. A qualitative focus group study. **Health Expectations**, v.1, n. 12, 2018.

NACUL, L.C., LACERDA, E.M., PHEBY, D., CAMPION, P., MOLOKHIA, M., FAYYAZ, S. et al. Prevalence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) in three regions of England: a repeated cross-sectional study in primary care. **BMC Medicine**, v. 9, n. 91, 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REEVES, W.C. Prevalence of chronic fatigue syndrome in metropolitan, urban, and rural Georgia. **Population Health Metrics**, v. 5, n.5, 2007.

ROBERTS, E., WESSELY, S., CHALDER, T., CHANG, C-K., HOTOPF, M. Mortality of people with chronic fatigue syndrome: a retrospective cohort study in England and Wales from the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLaM BRC) **Clinical Record Interactive Search (CRIS)** v. 387, n.16, 2016.

STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES (SPSS), 2014, version 21.2; 2014.

VINCENT, A., BRIMMER, D.J., WHIPPLE, M.O., JONES, J.F., BONEVA, R., LAHR, B.D. et al. Prevalence, Incidence, and

Classification of Chronic Fatigue Syndrome in Olmsted County, Minnesota, as Estimated Using the Rochester Epidemiology Project. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 87, n. 12, p. 1145-1152, 2012.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. 2008; **Declaration of Helsinki**.

YANCEY, J.R., THOMAS, S.M. Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Treatment. **American Family Physician**, v. 86, n. 8, 2012.

ZORZANELLI, R.T. A síndrome da fadiga crônica: apresentação e controvérsias. **Revista Psicologia em Estudo**, v.15, n. 1, p. 65-71, Maringá, 2010.