

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AUTOEFICÁCIA, CATASTROFIZAÇÃO DA DOR E QUALIDADE DE VIDA EM
INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA**

LAURA PRISCILA NAVARRETE DE TOLEDO

SÃO CARLOS – SP

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

LAURA PRISCILA NAVARRETE DE TOLEDO

**AUTOEFICÁCIA, CATASTROFIZAÇÃO DA DOR E QUALIDADE DE VIDA EM
INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA**

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Priscilla Hortense

SÃO CARLOS – SP

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

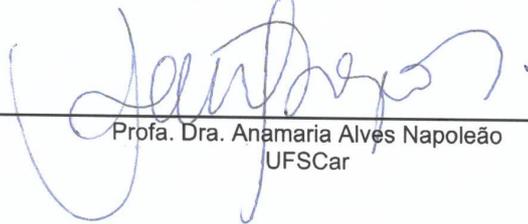
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Laura Priscila Navarrete de Toledo, realizada em 27/02/2015:



Profa. Dra. Priscilla Hortense
UFSCar



Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
UFSCar



Profa. Dra. Simone Saltareli
USP

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Carmen, pela torcida e orações, por querer minha vitória como se fosse a sua própria. Ao meu pai Jair, por me fazer gostar de estudar desde criança, por ter-me feito amante dos livros e por me fazer crer que o estudo é a coisa mais importante na vida.

Aos meus irmãos Ricardo, Matias e Livia, os quais tornaram possível este sonho e sempre se fizeram presentes durante toda a jornada.

Ao meu amor Márcio Pedro, por todo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis, pela paciência e companheirismo.

Aos amigos companheiros de graduação, mestrado, com as quais compartilhei momentos inesquecíveis e únicos, por toda ajuda e descontração.

Aos locais de coleta de dados que abriram as portas para que eu pudesse realizar este trabalho e aos indivíduos que participaram desta pesquisa por dividirem comigo aspectos pessoais e íntimo de suas vidas.

A Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro, por ter me dito as palavras certas na hora certa, por todo apoio e aprendizado.

A Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão, por ter me dado a oportunidade de estar aqui hoje, pela contribuição com seus ensinamentos e experiências.

Ao DENf e ao PPGEnf - UFSCar, e todos os seus integrantes, docentes, alunos e funcionários, que fizeram parte da minha formação e estiveram presentes cotidianamente na rotina de estudos.

Enfim, à minha orientadora Priscilla Hortense, por ter acreditado em mim, por todo ensinamento e dedicação, por todas as horas de aprendizado, por me fazer querer buscar sempre mais conhecimento e ir além. Por onde for, seguirei seu exemplo de professora e enfermeira.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Obrigada!

*“A mente que se abre a uma nova
ideia jamais voltará ao seu
tamanho original”*

(Albert Einstein)

NAVARRETE, L. P. T. Autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia [Dissertação]. São Carlos: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2015. 114 p.

A fibromialgia é definida como uma síndrome caracterizada por dor musculoesquelética crônica difusa com uma série de sintomas associados, entre os quais, distúrbios do sono, fadiga e disfunção afetiva são particularmente frequentes. Este estudo justifica-se na necessidade de um maior conhecimento na percepção da dor fibromiálgica em nosso contexto e sobre o seu impacto na vida diária, além de embasar a importância que a mensuração e a avaliação da dor têm para possibilitar o tratamento. Este estudo teve como objetivo geral avaliar a percepção de dor, as crenças de autoeficácia, a catastrofização da dor e o impacto da doença na qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia e objetivos específicos caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos; mensurar a intensidade de dor crônica percebida; caracterizar a dor fibromiálgica por meio de descritores de dor; identificar os níveis de crenças de autoeficácia, qualidade de vida e catastrofização da dor em pessoas com fibromialgia, de acordo com os domínios dos instrumentos utilizados; investigar as relações entre intensidade da dor, crenças de autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida em pessoas com fibromialgia e verificar a consistência interna dos instrumentos de coleta de dados utilizados. A amostra de conveniência foi constituída por pacientes atendidos ambulatorialmente em um hospital de grande porte, em uma Unidade de Saúde da Família de duas cidades do interior paulista, além do convite aberto a quem quisesse participar por meio de cartazes e folderes, sendo que todos apresentavam diagnóstico médico de fibromialgia. A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas estruturadas por meio dos seguintes instrumentos: Instrumento de coleta de dados sociodemográficos; Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (EAEDC) para avaliar o nível de crenças de autoeficácia; Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) para avaliar o nível de catastrofização da dor; Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) para

avaliar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos indivíduos e a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) para caracterização da dor crônica. Participaram do estudo 95 indivíduos, sendo que a média de crenças de autoeficácia foi 183,65 pontos, do índice de pensamentos catastróficos sobre dor foi de 2,20, do impacto na qualidade de vida foi de 67,20 e da intensidade de dor foi de 7,36 pontos. Houve associação alta e negativa entre crenças de autoeficácia e catastrofização da dor, além de associação moderada e negativa das crenças de autoeficácia com a intensidade da dor. Também foi detectada associação moderada, mas dessa vez positiva, de catastrofização da dor com a intensidade da dor. Os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como avaliativos. Estes achados apontam que, possivelmente as pessoas com fibromialgia têm outras dimensões afetadas pela dor que não somente o físico e, desta forma, os profissionais da saúde necessitam realizar uma ampla avaliação da percepção dolorosa a fim de propor o seu manejo adequado.

Palavras-chave: Fibromialgia, Autoeficácia, Catastrofização, Qualidade de vida.

NAVARRETE, L. P. T. Self-efficacy, catastrophizing of pain and quality of life in individuals with fibromyalgia [Dissertation]. São Carlos: Department of Nursing, Federal University of São Carlos; 2015. 114 p.

Fibromyalgia is defined as a syndrome characterized by chronic widespread musculoskeletal pain associated with a range of symptoms, including, sleep disturbances, fatigue, and emotional dysfunction are particularly frequent. This study is justified by the need for greater knowledge in the perception of fibromyalgia pain in our context and its impact on daily life, in addition to base the importance of measurement and evaluation of pain have to enable treatment. This study aimed to evaluate the perception of pain, self-efficacy beliefs, pain catastrophizing and the impact of the disease on quality of life of individuals with fibromyalgia and specific objectives characterize the sample in terms of sociodemographic, clinical and therapeutic data; measure the intensity of perceived chronic pain; characterize the fibromyalgia pain using pain descriptors; identifying the level of self-efficacy beliefs, quality of life and catastrophizing pain in people with fibromyalgia, according to the fields of instruments; investigate the relationship between pain intensity, self-efficacy beliefs, pain catastrophizing and quality of life in people with fibromyalgia and check the internal consistency of data collection instruments. The convenience sample consisted of patients as outpatients treated at a large hospital in a Family Health Unit of two cities in the interior, in addition to the open invitation to anyone who would participate through posters and brochures, all of which had medical diagnosis of fibromyalgia. Data collection was performed through structured interviews using the following instruments: collect sociodemographic data Instrument; Self-efficacy Scale for Chronic Pain (EAEDC) to assess the level of self-efficacy beliefs; Catastrophic Thoughts Scale of Pain (EPCD) to assess the level of pain catastrophizing; Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) to evaluate the impact of fibromyalgia on the quality of life of individuals and the Multidimensional Scale of Pain Assessment (EMADOR) for characterization of chronic pain. The study included 95

individuals, with an average of self-efficacy beliefs was 183.65 points, the index of catastrophic thoughts about pain was 2.20, the impact on quality of life was 67.20 and the intensity of pain was 7.36 points. There was high and negative association between beliefs of self-efficacy and pain catastrophizing, and moderate and negative association of self-efficacy beliefs with the intensity of pain. We also noticed a moderate association, but this positive turn of pain catastrophizing with pain intensity. The keywords that best described the pain so classified as evaluative. These findings indicate that possibly people with fibromyalgia have other dimensions affected by pain that not only the physical and, therefore, health professionals need to conduct a comprehensive assessment of pain perception in order to propose their appropriate management.

Keywords: Fibromyalgia, Self-efficacy, Catastrophizing, Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EAEDC: Escala de Autoeficácia para Dor Crônica

EPCD: Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

EMADOR: Escala Multidimensional de Avaliação da Dor

FM: Fibromialgia

IASP: *International Association for the Study of Pain*

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

CID: Classificação Internacional de Doenças

SNC: Sistema Nervoso Central

CAR: Colégio Americano de Reumatologia

LER: Lesão por esforço repetitivo

DORT: Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho

EVA: Escala Visual Analógica

ASES: *Scale of self-efficacy for arthritis*

TCCs: Terapias Cognitivo-Comportamentais

PBQ: *Pain Behavior Questionnaire*

CPAQ – *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life Assessment*

SF-MPQ: *Short-Form Questionnaire McGill of Pain*

SF-36: *Short-Form 36*

BDI: Inventário de Depressão de Beck

HAQ - *Health Assessment Questionnaire*

QV: Qualidade de Vida

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra de indivíduos com fibromialgia segundo as características sociodemográficas e clínicas. (n=95). São Carlos, 2015.

Tabela 2 – Distribuição dos valores da EAEDC obtidos na amostra de indivíduos fibromiálgicos segundo os diferentes domínios e o escore total. (n=95) São Carlos, 2015.

Tabela 3 – Distribuição dos valores de pensamentos catastróficos obtidos por meio da EPCD na amostra de indivíduos com fibromialgia (n=95). São Carlos, 2015.

Tabela 4 – Distribuição dos valores do QIF na amostra de indivíduos fibromiálgicos (n=95). São Carlos, 2015.

Tabela 5 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os escores totais dos questionários EAEDC, EPCD e QIF obtidos da amostra de indivíduos com fibromialgia (n=95). São Carlos, 2015.

Tabela 6 – Distribuição dos valores da percepção de dor (intensidade e linguagem da dor) obtidos por meio da EMADOR na amostra de indivíduos fibromiálgicos, em ordem decrescente (n=95). São Carlos, 2015.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	p.01
1.1 Fibromialgia: o problema.....	p.02
1.2 Fibromialgia e Autoeficácia.....	p.13
1.3 Fibromialgia e Catastrofização da Dor.....	p.23
1.4 Fibromialgia e Qualidade de vida.....	p.29
2. JUSTIFICATIVA.....	p.37
3. OBJETIVOS.....	p.39
3.1 Objetivo geral.....	p.40
3.2 Objetivos específicos.....	p.40
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	p.41
41 Autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia.....	p. 42
Resumo.....	p.42
Abstract.....	p.42
Introdução.....	p.43
Método.....	p.47
Resultados.....	p.51
Discussão.....	p.57
Considerações finais.....	p.66
Referências.....	p.67
42 Descritores de dor relacionada à autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida na fibromialgia.....	p.73
Resumo.....	p.73

Abstract.....	p.73
Introdução.....	p.74
Método.....	p.76
Resultados.....	p.78
Discussão.....	p.81
Considerações finais.....	p.84
Referências.....	p.85
<i>REFERÊNCIAS</i>	p.87
<i>APÊNDICES</i>	p.100
<i>ANEXOS</i>	p.104

1.1 Fibromialgia: o problema

A fibromialgia é uma condição dolorosa crônica difusa do sistema musculoesquelético, não articular, caracterizada pela presença de dor à palpação em locais predeterminados denominados *pontos dolorosos (tender points)*. É geralmente associada à fadiga persistente, rigidez, sono leve não reparador, estresse emocional, além de vários outros sintomas (KASIYAMA, et. al., 2009).

A *International Association for the Study of Pain (IASP)* também define fibromialgia como uma síndrome caracterizada por dor musculoesquelética crônica difusa com uma série de sintomas associados, entre os quais, distúrbios do sono, fadiga e disfunção afetiva são particularmente frequentes (IASP, 2010).

Outros sintomas incluem condição física reduzida, ansiedade, dificuldades cognitivas e reduzida capacidade de trabalho físico. Tais sintomas conduzem o sujeito ao uso constante dos centros de saúde. Associa-se, portanto, com alterações para a realização das atividades básicas da vida cotidiana como caminhar, levantar e transportar objetos ou trabalhar com os membros superiores em posições elevadas, médias ou baixas (VERBUNT, PERNOT, SMEETS, 2008).

A associação com outras síndromes de natureza funcional é uma constante. Entre elas pode-se citar a depressão, ansiedade, cefaleia crônica e a síndrome do cólon irritável. Essa sintomatologia altera-se em intensidade de acordo com algumas condições, ditos fatores moduladores. Entre eles, a literatura cita mais frequentemente as alterações climáticas, o grau de atividade física e o estresse emocional (MARTINEZ, et. al., 2009).

A fibromialgia (FM), por ser entendida como uma síndrome clínica dolorosa associada a outros sintomas recebe também a denominação de Síndrome da Fibromialgia. Neste estudo, utilizaremos o termo fibromialgia por ser utilizado na Classificação Internacional de Doenças (CID) (OMS, 2006).

A IASP (*International Association for the Study of Pain*, 2007) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Esse conceito sugere que, para entender a complexidade da percepção da dor, deve-se considerar tanto as influências fisiológicas, como as psíquicas, as sociológicas e as culturais.

A dor crônica pode ser definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de três meses; sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (TEIXEIRA, MARCON, ROCHA, 2001; SMITH, ELLIOTT, CHAMBERS, 2001).

Helman (2003) afirma que a dor crônica muitas vezes está relacionada a problemas sociais e psicológicos e diz também que as reações dolorosas são influenciadas pelos grupos sociais em que as pessoas estão inseridas. Aponta que as culturas influenciam diversos componentes de nossas vidas, inclusive a percepção de dor.

O fato de esta condição surgir também em contextos de trabalho exige um posicionamento do sistema de saúde e benefícios quanto à sua classificação, o que não tem acontecido. Em 1998, foi publicada uma Ordem de Serviço do INSS (BRASIL, 1998) para aprovar a Norma Técnica sobre as LER/DORT, dividida em duas seções. A primeira trata da atualização clínica das LER/DORT e, a segunda, da norma técnica de avaliação da incapacidade laborativa para esse diagnóstico. Na seção I, ao discorrer sobre o diagnóstico das LER/DORT, a fibromialgia foi incluída no item 6.3 nos seguintes termos:

As fibromialgias são predominantes em certos pacientes com LER, como os telefonistas. Nestes profissionais predominam as dores difusas, sem lesões específicas demonstráveis. [...] pode-se concluir que a fibromialgia é uma doença complexa que pode ter ou não um

componente ocupacional importante. Cabe ao médico avaliar a existência do componente.

Entretanto, na seção II do mesmo documento, a fibromialgia foi classificada no item 2.3.2.5 como uma “patologia não ocupacional”, revelando a ambiguidade com a qual o tema tem sido tratado pelos órgãos que deveriam, no entanto, orientar os profissionais de saúde (ÁLVARES, LIMA, 2010).

A teoria fisiopatológica com maior aceitação atualmente é que se trata de uma síndrome de amplificação dolorosa com alteração no processamento da nocicepção em nível de Sistema Nervoso Central (SNC). Associa-se também a uma resposta anormal aos estressores evidenciada por alterações no eixo hipotálamohipofisário - adrenal (STAUD, 2004). Desta forma, a fisiopatologia da FM inclui alterações na função autonômica, sistema endócrino, influência genética e exposição a fatores estressantes. Alterações no processamento central da parte sensorial e déficits na inibição endógena da dor podem contribuir para piora na sensibilidade dolorosa e persistência da dor difusa em pacientes com FM (BRADLEY, 2009). Portanto, pode-se considerar a FM como uma forma de resposta alterada ao estresse (MARTINEZ, et. al., 2009).

O início dos sintomas da fibromialgia muitas vezes é precedido ou concomitante a um episódio de estresse físico ou psicológico, dor localizada ou mesmo infecção severa (PRIDMORE, ROSA, 2002; PROVENZA et. al., 2004).

A FM ocorre em qualquer idade e é diagnosticada muito mais frequentemente no sexo feminino. Estudo realizado pelo Colégio Americano de Reumatologia encontrou uma prevalência de FM de 3,4% para as mulheres e 0,5% para os homens, com uma prevalência estimada de 2% para ambos os sexos (WOLFE, et. al., 1995).

Considerada o segundo distúrbio reumatológico mais comum nos Estados Unidos, superada apenas pela osteoartrite, visto que afeta aproximadamente quatro a seis milhões de

americanos. Essa população é composta, em sua maioria, de mulheres entre 30 e 60 anos, sendo acometidas 10 mulheres para cada homem (CARDOSO, et. al., 2011).

Na cidade do México foi realizado um estudo no qual se estimou a prevalência de doenças reumatológicas avaliando amostras estratificadas de adultos residentes na cidade, com um total de 1169 homens e 1331 mulheres. A prevalência de FM foi de 1,4%, perdendo somente para osteoartrite (2,3%) e lombalgia (6,3%) (CARDIEL, ROJAS-SERRANO, 2002).

Em um estudo realizado na Alemanha, estima-se que a fibromialgia acometa 2-5% da população, principalmente as mulheres (razão mulheres / homens, 9:1) e pode severamente afetar a qualidade de vida dessas pessoas, levando a custos econômicos substanciais (GLATTACKER, OPITZ, JACKEL, 2010).

Em outro estudo realizado, Topbas et. al. (2005) procuraram estimar a prevalência de FM entre as mulheres do distrito central de Trabzon, na Turquia. A amostra foi de 296 mulheres de 20 a 64 anos. Destas, 285 participaram do exame clínico, realizado por um reumatologista. Os autores identificaram 70 casos de FM e a prevalência estimada foi de 3,6%. A idade de maior prevalência foi entre 50 e 59 anos.

Na América Latina, Senna et. al. (2004) realizaram uma pesquisa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Para tal, foi realizado um estudo com 3038 pessoas, que responderam ao questionário e foram examinadas por um reumatologista. A FM foi a segunda desordem reumatológica mais frequente, com prevalência de 2,5%.

Mais estudos sobre prevalência de dor crônica e difusa devem ser estimulados, assim como os de prevalência de FM na população adulta, em crianças e jovens. Estes estudos podem auxiliar na estimativa do número de pessoas que possam estar sofrendo com a síndrome, além de estimular medidas de saúde pública para esta população (CAVALCANTE, et. al., 2006).

Apesar do bom prognóstico desta condição dolorosa, os pacientes com FM consomem quantias exorbitantes de recursos financeiros na área da saúde pública ou particular, tanto em tratamento como em investigação diagnóstica (HELFENSTEIN JÚNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2012).

A dimensão do impacto econômico e financeiro da FM para a sociedade pode ser evidenciada em estudo americano publicado em 2007, que encontrou um custo anual de 9.573 dólares por paciente, representando gastos três a cinco vezes maiores do que a população em geral (BERGER, et. al., 2007).

Supondo que a FM estivesse afetando 3% da população, conforme dados estatísticos, e usando os dados apresentados por estudos demográficos, essas estimativas podem ser traduzidas para os custos anuais incrementais de cerca de 12 bilhões de euros para uma população de 80 milhões, por exemplo, dos quais 960 milhões de euros (8%) representam os custos do tratamento farmacológico (SPAETH, 2009).

Embora seja reconhecida há muito tempo, a FM tem sido seriamente pesquisada há quatro décadas. A FM não era clinicamente bem definida até a década de 70, quando foram publicados os primeiros relatos sobre os distúrbios do sono. O conceito da FM foi introduzido em 1977 quando foram descritos sítios anatômicos com exagerada sensibilidade dolorosa, (tender points), nos portadores desta moléstia (MARTINEZ, et. al., 2009).

O diagnóstico de FM baseia-se numa anamnese detalhada, no exame físico do indivíduo incluindo identificação dos pontos dolorosos e eventualmente de exames complementares, com o intuito de afastar outros diagnósticos (IASP, 2008). Os exames laboratoriais convencionais são normais (KAZIYAMA, et. al., 2009).

Em 1990, um comitê do Colégio Americano de Reumatologia (CAR) definiu os critérios classificatórios da FM (WOLFE, et. al., 1990). Em 1999, Atallah-Haun e seus colaboradores validaram estes critérios para a população brasileira, sendo eles, a presença na

história clínica de dor generalizada, afetando o esqueleto axial e periférico acima e abaixo da cintura, com duração superior a três meses; o exame físico com dor à palpação com força aplicada de 4 kg/cm² em pelo menos 11 dos 18 *tender points*. Os pontos de sensibilidade dolorosa (tender points) são: 1- inserção dos músculos suboccipitais na nuca; 2- ligamentos dos processos transversos da quinta à sétima vértebra cervical; 3- borda rostral do trapézio; 4- origem do músculo supraespinhal; 5- junção do músculo peitoral com a articulação costochondral da segunda costela; 6- dois centímetros abaixo do epicôndilo lateral do cotovelo; 7- quadrante súpero-externo da região glútea, abaixo da espinha ilíaca; 8- inserções musculares no trocanter femoral; 9- coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho (WOLFE, et. al., 1990).

Esse grupo de critérios inclui apenas a dor difusa e a contagem dos pontos dolorosos, desconsiderando, portanto, os demais sintomas (WOLFE, et. al., 1990). Na prática clínica, a avaliação dos demais sintomas é fundamental para o estabelecimento da hipótese diagnóstica de FM (MARTINEZ, et. al., 2009).

Quando usados para diagnóstico, esses critérios provocam um grande número de falsos negativos e positivos, tendo havido um questionamento sobre sua validade na literatura internacional. Acredita-se que a questão da contagem dos pontos dolorosos deva ser analisada com cautela. Alguns autores associam o número total desses pontos ao estresse e não à gravidade da FM (WOLFE, 1997).

Uma das questões que se impõem é a arbitrariedade do estabelecimento pelo Colégio Americano de Reumatologia do número 11 como limite de pontos dolorosos para um determinado paciente ter ou não FM. Alguns autores discutem o bom senso em se excluir, do diagnóstico de FM, pacientes com quadro clínico semelhante apenas por não atingirem a contagem limite (MARTINEZ, et. al., 2009). A complexidade da FM não consegue ser

capturada apenas pela presença da dor e dos pontos dolorosos (CLAUW, CROFFORD, 2003).

Por outro lado, Harth & Nielson (2007) consideram que sugestões no sentido de ignorar ou abandonar a contagem de pontos dolorosos seria retornar a um estado de confusão anterior ao estabelecimento dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia.

A eficácia limitada dos tratamentos atuais para a fibromialgia pode decorrer, em parte, da negligência por parte dos profissionais acerca da regulação desta patologia pelo estresse psicológico. Os indivíduos com fibromialgia relatam experiências de vida de vitimização, incluindo traumas de infância, como violência física ou abuso sexual e eventos estressores na fase adulta, como por exemplo, discórdia conjugal ou conflitos de trabalho (VAN HOUDENHOVE, EGGLE, LUYTEN, 2005; VAN HOUDENHOVE, LUYTEN, 2006).

Os trabalhadores expostos ao assédio moral no trabalho tem um aumento da frequência de quatro vezes de desenvolvimento da fibromialgia (KIVIMÄKI, 2004).

Estudos sugerem que os indivíduos com fibromialgia têm mais relutância para expressar verbalmente seus sentimentos, principalmente a raiva. Estas limitações emocionais estão ligadas ao aumento da dor (SAYAR, GULEC, TOPBAS, 2004; FINAN, ZAUTRA, DAVIS, 2009).

Em função da importância da contribuição de pensamentos catastróficos para a incapacidade e estresse decorrente de dores crônicas, diversas medidas têm sido desenvolvidas para avaliar este construto (SARDÁ, et al. 2008).

O sinal de dor em pacientes fibromiálgicos apresenta vários componentes. Entre eles, destacam-se o biológico, o psicológico e o social. Isso caracteriza uma particularidade, pois os estímulos do sistema somatossensorial são percebidos no córtex por diversas áreas, pela conexão bidirecional com o sistema nervoso autoimune, com o sistema de regulação do sono e o sistema de regulação do estresse, o que justifica a grande complexidade da dor em

indivíduos com esse tipo de afecção (NIELSEN, HENRIKSSON, 2007). Assim, a intensidade, o impacto na qualidade de vida do paciente e as variações temporais ou de intervenções terapêuticas são subjetivos, difíceis e imprecisos (BUCKHARDT, CLARK, BENNETT, 1991), mas que devem ser avaliados pelos profissionais da saúde; na tentativa de identificar o impacto do manejo realizado na vida das pessoas acometidas por essa doença.

A terapêutica é multimodal, consistindo no emprego de fármacos, como psicotrópicos, miorrelaxantes, analgésicos e não-fármacos, como medicina física, terapia cognitivo-comportamental, programa educativo e outros. Os sintomas da FM são prolongados, podem debilitar e em muitos pacientes, não se resolvem com o tempo (KAZIYAMA, et. al., 2009).

O tratamento farmacológico da FM, além do controle da dor, tem como objetivos induzir um sono de melhor qualidade e tratar os sintomas associados como, por exemplo, a depressão e a ansiedade (HELFENSTEIN, GOLDENFUM, SIENA, 2012). Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) não devem ser utilizados como medicação de primeira linha nos pacientes com FM (BUCKHARDT et. al., 2005). Apesar de não haver evidências da existência de inflamação, os AINEs usados na abordagem de queixas dolorosas mais proeminentes atuam satisfatoriamente em sintomas associados a FM como a cefaleia e a dor articular (LEVENTHAL, 1999).

No Brasil há dois dos três medicamentos aprovados pelo FDA (Food and Drug Administration) para o tratamento da FM, sendo eles a pregabalina e a duloxetina. A pregabalina é um modulador do canal de cálcio, que diminui a liberação de neurotransmissores excitatórios da dor nas terminações nervosas, particularmente a substância P e o glutamato. Os estudos demonstram alívio significativo da dor, fadiga, ansiedade e dos distúrbios do sono com este fármaco (CLARK, et. al., 2011). A duloxetina é um inibidor da recaptação da serotonina e da noradrenalina que também tem se mostrado eficaz na redução

da dor e na melhora da capacidade funcional na FM, independentemente da presença de depressão (ARNOLD, et. al., 2009).

Os antidepressivos tricíclicos, especialmente a amitriptilina e a ciclobenzaprina, tomados em dose única duas a três horas antes de deitar, podem ser eficazes na melhora da dor e da qualidade do sono, além de contribuírem para a capacidade funcional (TOFFERI, JACKSON, MALLEY, 2004 e NISHISHINYA, et. al., 2008).

A catástrofe da dor leva ao medo do movimento e da reincidência de lesão que, por sua vez, aumenta o comportamento evitador, resultando, ao longo do tempo, em desuso e incapacidade funcional (PICAVET, VLAEYEN, SCHOUTEN, 2002). A cinesiofobia é caracterizada pelo medo excessivo, irracional e debilitante do movimento e da atividade física, que resulta em sentimentos de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência da lesão (SIQUEIRA, TEIXEIRA-SALMELA, MAGALHÃES, 2007).

A dor, característica constante nas pessoas com FM, pode ser considerada como uma das principais causas de incapacidade, podendo comprometer a qualidade de vida destas pessoas (HOMANN, et. al., 2011). Além da dor, os sintomas de fadiga e fraqueza subjetiva causam perda da função levando à incapacidade para o trabalho e, conseqüentemente, à queda da renda familiar também refletindo na qualidade de vida dessas pessoas (SANTOS, et al., 2006).

Mulheres com FM apresentam diminuição no limiar anaeróbio, consumo de oxigênio e frequência cardíaca máxima (CARDOSO, et. al., 2011). A maioria das mulheres com FM tem redução na capacidade aeróbia, e, por causa da diminuição do sono, tem uma queda no nível de atividade física, que, por sua vez, leva a um efeito de destreinoamento progressivo. Isso pode, posteriormente, resultar em dor e fadiga muscular (BENNETT, et. al., 1989).

O impacto da dor muscular crônica nas atividades diárias é importante e a redução na força muscular poder contribuir para a diminuição na capacidade de realizar o trabalho.

Pessoas com FM têm redução na força voluntária máxima e a dor pode ser parcialmente a responsável por tal achado (OKUMUS, et. al., 2006).

Os aspectos psicológicos devem ser sempre avaliados e eventuais distúrbios identificados, objetivando um real suporte e, se necessária, uma ajuda especializada. Os distúrbios do sono também devem ser abordados e tratados (ROIZENBLATT, NETO, TUFIK, 2011).

A disfunção do sono, que afeta quase todos os pacientes com FM, pode desempenhar um papel central nos sintomas dos pacientes. A evidência dos estudos apoia a noção de que distúrbios do sono têm uma influência recíproca sobre a dor músculo-esquelética e fadiga (MACDONALD, et. al., 2010).

Estudos clínicos em FM têm demonstrado que a dor prevê sono subsequente mais pobre. Por outro lado, dificuldades para dormir uma noite também prevê o aumento da dor e fadiga no próximo dia (NICASSIO, et. al., 2002).

A clínica mostra cada vez mais pacientes fibromiálgicos com alguma queixa de sobrecarga ocupacional, mas os poucos estudos encontrados na literatura apontam somente para uma possível “evolução” de sintomas locais, típicos da LER/DORT, para sintomas generalizados, enfocando as possíveis alterações anátomo-fisiológicas envolvidas nesse processo. Esses estudos não abordam a situação de trabalho e nem seus impactos na saúde mental desses indivíduos, fatores de relevância, pois, como já mencionado por vários autores, o início dos sintomas pode estar relacionado a uma condição de estresse físico e/ ou psicológico (ÁLVARES, LIMA, 2010).

Um declínio na velocidade psicomotora pode influenciar a diminuição da função executiva e controle da atenção em pacientes com dor crônica. No entanto, o padrão preciso de comprometimento nestes aspectos da cognição em casos de dor crônica, não está totalmente esclarecido (OOSTERMAN, et. al., 2012).

Um estudo realizado na Holanda objetivou examinar diferentes aspectos da função executiva e controle de atenção na dor crônica. Para tanto, foram realizados testes neuropsicológicos em 34 participantes com dor crônica e 32 participantes de controle. Em comparação com os controles, os participantes com dor crônica levaram mais tempo para completar os testes, o que nos leva a crer que há uma desaceleração psicomotora em pacientes com dor crônica (OOSTERMAN, et. al., 2012).

Com relação à atividade ocupacional, mais de 30% dos pacientes com FM são forçados a reduzir a carga horária de trabalho ou trocar para um que tenha menor demanda física para conseguir manter-se empregados. Nos Estados Unidos, 15% dos pacientes com FM são aposentados por invalidez (IASP, 2008). Em vários países, o reconhecimento da gravidade do impacto social da FM ainda é insatisfatório, e o risco de marginalização desses indivíduos implica em um prejuízo ainda maior da qualidade de vida desses pacientes (VAN ABBEMA, et. al., 2011).

Uma alternativa de tratamento aos indivíduos fibromiálgicos, que vêm sendo amplamente empregada, são as intervenções baseadas na Internet, usando abordagens cognitivo-comportamentais, as quais podem ser eficazes na promoção da autogestão em condições de dor crônica. Programas baseados na Web via smartphones são cada vez mais utilizados para apoiar a autogestão de vários problemas de saúde, porém a pesquisa desta modalidade para pessoas com dor crônica é limitada (KRISTJÁNSDÓTTIR, et. al., 2013).

Esta intervenção via telefonia móvel foi desenvolvida em 2008 e disponibilizada com a primeira geração de smartphones. Pesquisas futuras poderão investigar se o feedback automático poderá ser efetivamente adaptado aos diários e integrado em um aplicativo único para reduzir o investimento em recursos humanos utilizados na intervenção (KRISTJÁNSDÓTTIR, et. al., 2013).

A complexidade dos fatores envolvidos, tanto na questão do diagnóstico da fibromialgia quanto na abordagem adequada pelos profissionais de saúde, mostra a necessidade de mais estudos que se proponham a ampliar o entendimento das temáticas vivenciadas por esses pacientes. Modelos conceituais e metodologias de pesquisa ainda não se encontram suficientemente desenvolvidos para investigar algumas condições subjetivas ligadas à dor na fibromialgia (MASI, WHITE, PILCHER, 2002).

Considerando a complexidade e a subjetividade do fenômeno doloroso, especialmente da fibromialgia, não podemos excluir do processo de avaliação da dor vários aspectos dessa multidimensionalidade, aspectos estes relacionados ao biológico, social, espiritual e psicológico. É neste contexto que inserimos os conceitos de autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida.

1.2 Fibromialgia e autoeficácia

A autoeficácia foi definida como sendo as crenças das pessoas sobre suas capacidades para produzir níveis designados de desempenho que exercem influências sobre os acontecimentos que afetam suas vidas (BANDURA, 1977, 1982, 1991, 1994). Os estudos de Bandura demonstraram que as pessoas com grau elevado de autoeficácia acreditam ser capazes de lidar com os diversos acontecimentos da vida. Essas pessoas acreditam serem capazes de vencer obstáculos, procurar desafios e manter um alto grau de confiança na sua capacidade de obter êxito e de controlar a própria vida. Constata-se que as crenças de positividade em relação ao problema, ajudam na transposição dos obstáculos que interferem nos níveis de dor crônica e na qualidade de vida.

As crenças de autoeficácia se baseiam nas crenças pessoais. O termo crenças se define como ideias que consideramos como verdade; são nossas noções sobre todos os aspectos da vida, seja sobre nós mesmos, seja sobre percepções, pensamentos e até fatores ambientais. O

conceito de autoeficácia estabelece a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou apresentar comportamentos para produzir um resultado desejável (SALVETTI, PIMENTA, 2007).

Um forte senso de autoeficácia aumenta a realização humana e o bem-estar pessoal de muitas maneiras. O senso de autoeficácia se relaciona com a resiliência, o quanto a pessoa consegue superar os obstáculos encontrados através de um esforço perseverante. Em situações em que a autoeficácia é diminuída, o inverso pode ser percebido, possibilitando baixa capacidade de resoluções dos problemas (BANDURA, 1977, 1982, 1991, 1994).

As crenças são reguladas pelas capacidades que a pessoa acredita ter. As crenças de autoeficácia determinam como as pessoas sentem, pensam, motivam-se e se comportam. Tais crenças produzem esses efeitos, por meio de quatro processos: cognitivos, os quais abordam as metas estabelecidas pessoalmente pelas pessoas que são influenciadas pela auto-avaliação das capacidades (possibilitando que a pessoa supere os problemas e chegue em sua meta); motivacionais, os quais abordam a motivação humana que é cognitivamente gerada (a autoeficácia desempenha um papel importante na regulação da motivação); afetivos, os quais propõem que o afeto influencia as pessoas e sua percepção de autoeficácia (as pessoas que acreditam poder exercer controle sobre as ameaças, evocam padrões de pensamentos positivos, evitando os pensamentos perturbadores, a angústia e o estresse que dificultam a superação dos obstáculos); e, por último, a seleção de processos, quando a pessoa decide estar em situações que pode controlar, evitando situações que podem fugir do controle (BANDURA, 1991; 1994).

A falta de autoeficácia faz com que as pessoas fiquem ansiosas, ampliando a gravidade das possíveis ameaças ao bem-estar. O fator determinante para melhorar a autoeficácia é o poder de autocontrole: o qual a pessoa apresenta a capacidade de gerenciar os fatores estressores. As pessoas com esse forte senso rapidamente se recuperam após falhas, pois

atribuem o fracasso a um esforço insuficiente ou baixo conhecimento. O senso de autoeficácia diminuído pode afetar fatores biológicos, alterando a capacidade do sistema imunológico de reagir em determinadas circunstâncias, por ser um sistema altamente interligado às reações emocionais (BANDURA, 1994).

Estudos apontam que a expectativa de autoeficácia determina quanto esforço as pessoas utilizarão e o quanto elas irão persistir em face dos obstáculos e das experiências adversas. Sugerem que valores de autoeficácia não são estáticos, mas bastante modificáveis (ASGHARI, NICHOLAS, 2001).

A autoeficácia se forma desde o nascimento até os últimos dias de vida. Inicia-se com o reconhecimento de si no mundo e passa pelas experiências familiares, escolares, descobertas da adolescência, passagem para vida adulta e velhice (BANDURA, 1994). O desenvolvimento de crenças de autoeficácia em indivíduos tem sido utilizado para o tratamento de diversas doenças crônicas, inclusive para o manejo da dor crônica.

Bandura (1977; 1982; 1994) considera quatro fontes de informações para alimentar a autoeficácia: experiência de maestria, a fonte que fornece maior influência, na qual a pessoa apresenta esforço perseverante para superar os obstáculos; experiência fornecida pelos modelos sociais (modelos vitoriosos trazem o exemplo de sucesso); persuasão social – as pessoas são convencidas verbalmente por outros de que possuem capacidade de dominar determinadas atividades e a redução de estresse (diminuindo emoções negativas e aumentando as positivas, o que aumenta a autoeficácia).

Os efeitos de autoeficácia em relação ao comportamento de dor são também fortemente influenciados por outras características apresentadas pelos sujeitos estudados, como idade, gênero, cronicidade da dor, severidade da dor, depressão, incapacidades físicas e personalidades neuróticas (ASGHARI, NICHOLAS, 2001).

Salvetti; Pimenta (2007) realizaram um estudo de revisão de literatura sobre a crença de autoeficácia relacionada à dor crônica e alguns métodos de avaliação. Os autores apontam que os estudos existentes exploram as seguintes temáticas: tolerância à dor e autoeficácia, relação entre crença de autoeficácia e diferentes tipos de comportamentos relacionados à dor crônica; dor crônica, autoeficácia, incapacidades e depressão; enfrentamento (coping) da dor e autoeficácia. Concluíram que a autoeficácia é uma crença importante na avaliação de dor crônica e que o seu inadequado senso relaciona-se à piora no controle da dor, à menor adesão ao tratamento e à piora da funcionalidade física e psíquica em sujeitos com dor crônica.

Asghari; Nicholas (2001) examinaram a relação entre dor, crença de autoeficácia e comportamento de dor em um estudo prospectivo em sujeitos da Austrália. Tais variáveis foram medidas pelo PBQ – Pain Behavior Questionnaire (Questionário de Comportamento de Dor). Participaram do estudo 145 sujeitos com dor crônica. Os resultados mostraram que a dor e a crença de autoeficácia apresentam-se com relação inversamente proporcional. Sugere que as crenças de autoeficácia são determinantes importantes do comportamento de dor e de incapacidades associadas. Um alto senso de autoeficácia na dor previne comportamentos destrutivos que implicam dificuldades para tratar a dor. Os autores concluíram que a baixa crença de autoeficácia foi o resultado de elevados níveis de comportamento de dor por longos períodos.

Tentando aprofundar essa relação de dor e autoeficácia, Salvetti et. al. (2007) pesquisaram as crenças de autoeficácia de indivíduos com dor crônica e sua relação com variáveis sociodemográficas, características da dor e sintomas depressivos. A amostra constitui-se de 132 indivíduos com dor crônica de etiologia variável. Os indivíduos que participaram responderam a um instrumento de identificação, à escala de autoeficácia para dor crônica e ao inventário de depressão de Beck. Concluiu-se nesse estudo que a autoeficácia das pessoas estudadas se comporta inversamente à intensidade da dor e à depressão. E, ainda,

observaram que a autoeficácia se relaciona positivamente com escolaridade. Observaram que os sujeitos com bom senso de autoeficácia tendem a apresentar menores índices de incapacidades, menores sintomas depressivos e maior resposta ao tratamento.

Uma avaliação adequada do indivíduo com dor crônica inclui conhecer suas potencialidades e suas fraquezas para a realização do auto-cuidado e o impacto que a dor provoca na qualidade de vida. Essa avaliação possibilitará que o profissional consiga direcionar seu plano de tratamento de acordo com essas informações. E para se chegar nessa finalidade os pesquisadores afirmam que o conceito de autoeficácia e suas crenças permitem que o indivíduo com dor crônica consiga controlá-la e até evitar incapacidades, melhorando consequentemente a qualidade de vida, conceito ímpar e de absoluta dependência quando pensamos nos sujeitos com dor crônica (ARNSTEN, 1999; TURNER, ERSEK, KEMP, 2005; JESSEP et al., 2009).

A saúde física e psicológica depende até certo grau da natureza dos incidentes de estresse e do próprio esforço individual empreendido para lidar com uma determinada situação. O elemento chave modulando a sensação de dor é a sua percepção e avaliação cognitiva. Ao analisar o curso dos processos psicológicos de lidar com a dor, a atenção deve ser elaborada para os fatores que podem apoiar um indivíduo em seus esforços para reduzir sensações ou obter controle sobre experiências estressantes. Um dos fatores é a convicção que um indivíduo tem sobre a capacidade de influenciar e mudar o curso dos acontecimentos (BARGIEL-MATUSIEWICZ, KRZYSZKOWSKA, 2009).

Além da sensação de controle, um importante papel na análise de mecanismos psicológicos de enfrentamento é atribuído ao senso de autoeficácia. Acredita-se que a autoeficácia influencia as decisões para empreender uma determinada atividade, a quantidade de esforço colocado na mesma, ou persistência em ação. Este tipo de avaliação interna de ação futura do indivíduo não constitui uma permanente disposição, mas sim refere-se a uma

situação específica no contexto. No entanto, se a autoeficácia em um indivíduo é baixa, ele geralmente age de forma ineficaz, embora ele saiba como deve agir. As pessoas que vivenciam dúvidas sobre as suas capacidades, reduzem esforços ou desistem diante de um problema (BARGIEL-MATUSIEWICZ, KRZYSZKOWSKA, 2009).

Na psicologia contemporânea, acredita-se que, se uma pessoa espera que suas ações trarão os resultados desejados, ela vai empreender esforços para alcançá-los, mesmo que o progresso seja lento e difícil de fazer (BARGIEL-MATUSIEWICZ, KRZYSZKOWSKA, 2009).

A construção de autoeficácia para o exercício é um componente essencial de qualquer programa de exercícios oferecidos a pessoas com FM. Se as pessoas não acreditam que podem fazer as rotinas de exercícios, ou não acreditam que o exercício vai produzir mudanças positivas em sua saúde, elas não são susceptíveis de começar as aulas de exercícios. Numa tentativa para superar o problema da motivação para o exercício em um novo estudo de exercícios e de drogas para as pessoas com FM, os autores estão usando conselheiros treinados para falar com os participantes por meio de entrevistas motivacionais (JONES, BURCKHARDT, BENNETT, 2004).

Recentemente, a entrevista motivacional vem sendo usada como uma estratégia de comunicação para ajudar os pacientes a trabalhar através de barreiras ao exercício em curso. A entrevista motivacional pode aumentar a autoeficácia, proporcionando a iniciação e manutenção de comportamentos que promovam a saúde, tais como o exercício regular (JONES, BURCKHARDT, BENNETT, 2004). A entrevista motivacional baseia-se em um método para encorajar pessoas com FM a começar a se exercitar e continuar frequentando aulas, mesmo quando tais barreiras como a dor podem representar um motivo para desistir (MILLER, ROLLNICK, 2002).

Entrevista motivacional é um método inovador, com aplicações potenciais para motivar as pessoas com FM para começar o programa de exercícios e continuar frequentando as aulas a longo prazo. A entrevista motivacional é diferente de muitas técnicas de ensino padrão, ele é uma grande promessa para responder a pergunta: "Como podemos levar as pessoas para o exercício?" (JONES, BURCKHARDT, BENNETT, 2004).

Um estudo conduzido em Londres, teve como amostra 354 pacientes encaminhados a uma clínica de dor crônica ao longo de cinco anos para identificar os fatores os quais afetavam as crenças de autoeficácia e intensidade da dor. Foram coletados dados sócio-demográficos e psicossociais, características da dor e tratamentos anteriores. Apesar de extensas investigações e tratamento anteriores, estes pacientes tinham baixa autoeficácia. A baixa autoeficácia e intensidade da dor maior foi mais claramente associada a sintomas depressivos e menor nível de escolaridade. Os resultados sugerem que fatores psicossociais são muito importantes na determinação dos resultados em pacientes com dor crônica (RAHMAN, et al., 2008).

Uma pesquisa realizada na Suécia identificou e descreveu os perfis de subgrupos com base em intensidade da dor, incapacidade, a autoeficácia, o medo do movimento / (re) lesão, e catastrofização em pacientes com dor músculo-esquelética. Duas amostras retiradas da atenção primária (n= 215 e n= 161) foram utilizadas. Os questionários foram aplicados no início do tratamento fisioterapêutico. Três subgrupos foram identificados na amostra 1 e replicado na amostra 2. Os resultados mostram a presença de subgrupos baseados na intensidade da dor, incapacidade, a autoeficácia, o medo do movimento / (re) lesão, e catastrofização. Os padrões de perfil sugerem que diferentes estratégias de gestão podem ser relevantes em cada subgrupo (DENISON, et. al, 2007).

Abordagens multidisciplinares de tratamento para a fibromialgia são defendidas para a melhora dos sintomas e das complicações enfrentados pelos pacientes. Exercício físico e

estratégias cognitivo-comportamentais, juntamente com a educação do paciente geralmente compreendem a abordagem multidisciplinar para o tratamento em ensaios clínicos. Uma revisão da literatura de pesquisa sugere que eles são eficazes para diminuir a dor e o impacto da fibromialgia, além de aumentar a autoeficácia e o funcionamento físico (BURCKHARDT, 2006).

Estudos de sucesso com tratamento cognitivo-comportamental realizaram 6 sessões semanais. Desenvolver um programa bem definido requer um financiamento contínuo e apoio de agências interessadas bem como a entrada de profissionais de saúde comportamental que entendam as questões mente-corpo nessas doenças enigmáticas (BRADY, et. al., 2003).

Imaginação guiada é um componente da Terapia Cognitivo Comportamental, que frequentemente tem sido usada. Imaginação tem sido definida pelos pesquisadores da área como um processo psicofisiológico dinâmico, no qual uma pessoa imagina experiências de uma realidade interna na ausência de estímulos externos, o que faz com que o indivíduo possa experimentar uma sensação afetiva e/ou comportamental (isto é, psicofisiológica). Este método, pode ser usado para auxiliar em um processo de auto-imagem, desempenho, ou comportamento (MENZIES, TAYLOR, 2004).

Um estudo transversal realizado nos Estados Unidos analisou os benefícios e problemas de um grupo de apoio a pacientes com fadiga crônica e fibromialgia. Foi feita uma comparação entre os membros ativos e inativos, além de serem colhidas informações sobre a percepção da experiência do grupo. Um total de 341 indivíduos diagnosticados com fadiga crônica e fibromialgia foram contatados para responder a um questionário contendo 26 itens, o qual foi desenvolvido em consulta com os líderes do grupo de apoio. O questionário obteve dados sobre demografia, severidade dos sintomas, classificação global da doença, autoeficácia, benefícios e problemas da rede de apoio e as razões para deixar a rede. Houve perda de 174 pacientes. Sendo assim, a amostra final foi constituída de 167 participantes,

sendo 32 membros ativos, 114 membros inativos e 21 ex - membros que desistiram de participar do grupo completaram o questionário. Os resultados deste estudo nos mostram que os membros ativos relataram melhora significativa dos sintomas e menor gravidade da doença em comparação com os membros inativos (FRIEDBERG, LEUNG, QUICK, 2005).

A descrição de emoções ou de experiências estressantes por escrito tem sido indicada para a melhoria do bem-estar psicológico e físico em populações saudáveis (FRATTAROLI, 2006; SMYTH, 1998). Neste sentido, um estudo foi realizado em Nova York, com 92 pacientes fibromiálgicos, os quais foram randomizados para o grupo que faria as redações e o grupo controle. Os participantes redatores completaram três sessões de escrita de 20 minutos em laboratório com instruções para se concentrar na expressão emocional e reavaliação cognitiva de um evento estressante importante. O Inventário Multidimensional de Dor (KERNS, TURK, RUDY, 1985) foi utilizado para avaliar os participantes. Podemos dizer que os pacientes com maior escolaridade apresentaram maior benefício psicológico, possivelmente porque eles estavam mais adeptos para expressar seus pensamentos e sentimentos por escrito. Expressar experiências estressantes por escrito pode ser um trunfo nas situações em que o indivíduo conta com baixa expressão interpessoal (JUNGHAENEL, SCHWARTZ, BRODERICK, 2008).

Um estudo longitudinal sobre imaginação guiada realizada no Estado da Virgínia, nos EUA, investigou os efeitos de uma intervenção de 6 semanas de imaginação guiada no nível de dor, funcionalidade e autoeficácia em pessoas com fibromialgia (FM). A amostra incluiu 48 pessoas com FM. Todos os participantes completaram o Short-Form Questionário McGill de Dor (SF-MPQ), Escala de autoeficácia para artrite (ASES) e Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ), no início do estudo, na sexta e na décima semanas. Este estudo demonstrou a eficácia da imaginação guiada em melhorar o estado funcional e o senso de autoeficácia para controlar a dor e outros sintomas da FM. No entanto, os relatos de dor dos

participantes não se alteraram. Como não há cura no horizonte para FM, é fundamental para os enfermeiros e outros profissionais de saúde maximizar a eficácia do poder de autogestão da dor (MENZIES, TAYLOR, BOURGUIGNON, 2006).

Em relação aos grupos de apoio de intervenções cognitivo-comportamentais, eles geralmente consistem em reuniões mensais regulares envolvendo um palestrante profissional ou algum paciente em destaque. Alternativamente, um grupo de apoio facilitador pode apresentar novas informações sobre a doença e incentivar perguntas e interações entre os participantes. Muitas dessas organizações de apoio também publicam boletins periódicos e patrocinam eventos especiais, tais como captação de recursos ou conferências anuais para pacientes e profissionais (FRIEDBERG, LEUNG, QUICK, 2005).

O número de aplicativos móveis para autogestão da dor crônica tem aumentado exponencialmente desde 2009. Em 2010, mais de 90 aplicativos que oferecem apoio na autogestão da dor crônica estavam disponíveis nas lojas virtuais. Há uma necessidade de pesquisa nesse campo, pois muitos destes parecem ter sido desenvolvidos sem a participação de um profissional de saúde e, até onde sabemos, nenhum deles foi testado em ensaios clínicos randomizados (ROSSER, ECCLESTON, 2011).

Um estudo transversal desenvolvido na Universidade de Granada na Espanha analisou o papel da disfunção do sono como um mediador do impacto da intensidade da dor, ansiedade, depressão e funcionamento diário, comparando-os com o papel mediador da autoeficácia. Uma amostra de 104 mulheres com FM e outra amostra de 86 mulheres saudáveis, as quais constituíram o grupo controle responderam a uma entrevista semi-estruturada de medidas de auto-relato de dor, qualidade do sono, ansiedade, depressão e funcionamento diário. Mulheres diagnosticadas com FM tiveram escores mais disfuncionais sobre as variáveis se comparadas às participantes controle e houve relações significativas entre todas as variáveis analisadas nos modelos de mediação para o grupo FM. Análise

sugere que a qualidade do sono e a autoeficácia tem papel mediador significativo na relação entre dor, sofrimento emocional e funcionamento. Disfunção do sono está intimamente relacionada aos sintomas de FM e merece mais atenção na pesquisa e prática clínica. Os nossos resultados sugerem que, para além do tratamento usual de FM, melhorar o sono pode otimizar a gestão corrente da síndrome (MIRÓ, et al, 2011).

O componente afetivo desempenha um importante papel na percepção da dor, na manutenção da dor e na sua resolução. Um estudo controlado, randomizado avaliou uma intervenção inovadora de autoconsciência afetiva, que foi projetado para reduzir a dor e melhorar a funcionalidade em indivíduos com fibromialgia. Um total de 45 mulheres com fibromialgia foram randomizados para o grupo de intervenção (n = 24) ou lista de espera (n = 21). A intervenção teve início com uma consulta médica seguida de 3 sessões semanais de 2 horas de duração. As sessões eram focadas em expressão emocional através da escrita. Os resultados em ambas as condições eram medidos por um avaliador cego no início do estudo e 6 meses após. A intervenção de auto-conhecimento representou melhoria dos sintomas por pelo menos 6 meses, em mulheres com fibromialgia em comparação com o grupo controle. Este estudo sugere o valor de intervenções visando o aspecto emocional de pessoas com fibromialgia (HSU, et. al., 2010).

Observa-se que a autoeficácia é um conceito de grande importância a se considerar no controle dos processos de dor crônica, visto que fortalece a pessoa e a encoraja para lidar com os processos dolorosos, diminuindo as consequências que a dor provoca e melhorando os níveis de qualidade de vida.

1.3 Fibromialgia e catastrofização da dor

O termo pensamento catastrófico permeia a literatura psicológica desde meados do século XX. Na década de 1970, o termo catastrofização foi usado para descrever pensamentos excessivamente negativos de indivíduos com depressão. Sabe-se que Beck, em 1976,

descreveu catastrofização como uma “distorção cognitiva” que poderia contribuir para o desenvolvimento ou exacerbação dos sintomas de depressão. O termo catastrofização também foi usado para descrever um conjunto de sintomas de indivíduos que sofrem de transtornos de ansiedade. É possível que as características essenciais da catastrofização em depressão e ansiedade sejam semelhantes ao de catastrofização em dor (TURNER, AARON, 2001).

Para alguns pesquisadores a catastrofização da dor tem sido conceituada como um comportamento de não enfrentamento da experiência dolorosa. Globalmente, a definição atual mais aceita é a de Sullivan et. al., (2001), cuja catastrofização é um conjunto de pensamentos negativos exagerados durante experiências dolorosas reais ou previstas. Estes indivíduos parecem ser mais propensos ao sofrimento emocional e a quadros prolongados de sintomas. A influência desta característica também se manifesta em indivíduos submetidos a intervenções cirúrgicas, altos escores de catastrofização influenciaram negativamente a reabilitação e se associaram a maiores níveis de dor pós-operatória (PICAVET et. al., 2002; WADDELL, et. al., 2003).

Pensamentos catastróficos influenciam a interação e manutenção dos estados hiperalgésicos. Mesmo em sujeitos hígidos os escores de catastrofização se associaram com reduções nos limiares de dor e intensidade de dor relatada após aplicação de testes termoalgésicos (EDWARDS, et. al., 2008). No entanto, a relação cortisol e catastrofismo é pouco conhecida. Da mesma forma, os níveis de cortisol flutuam nas condições de dor aguda tendo efeito analgésico, enquanto que nos quadros de dor crônica a incapacidade de flutuação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal frente às demandas está associada a um estado hiperalgésico (TORRES, et. al., 2001).

Pensamentos catastróficos podem ser definidos como processos mentais direcionados a uma orientação negativa exagerada com relação a uma experiência desagradável (JENSEN,

2003). A tendência a catastrofização durante a estimulação dolorosa contribui para uma experiência de dor intensa e aumento do desconforto emocional (SULLIVAN, et. al., 2001).

Os indivíduos fibromiálgicos são acometidos por uma doença crônica com nenhuma cura conhecida, em função disso, eles podem acreditar que a dor e as dificuldades do acompanhamento são incontroláveis (MENZIES, TAYLOR, BOURGUIGNON, 2006).

A dor na FM é diferente de qualquer outra impressão sensorial, já que caracteriza-se não somente pela dimensão sensório-discriminativa, mas também pelo importante componente afetivo-emocional, constituído pela dimensão afetivo-motivacional da dor (FERREIRA, et. al., 2002). Na FM, a atividade do sistema nervoso central é modulada por variáveis psicológicas, que contribuem para o estabelecimento de uma conduta anormal perante a dor, como distorções cognitivas, excessiva atenção a estímulos nocivos, atitudes inadequadas para enfrentamento da dor e labilidade emocional na recordação de experiências dolorosas (FERREIRA, et. al., 2002). O sistema nervoso autônomo simpático apresenta-se hiperativo durante todo o tempo, especialmente durante o sono, fase em que muitos neurotransmissores, hormônios e anticorpos são sintetizados ou regulados, como acontece com a serotonina, a substância P, o hormônio de crescimento, o cortisol entre outros.

Assim, alguns distúrbios metabólicos têm origem nas transições dos estágios do sono não REM, principalmente no estágio 4, que é o último estágio antes do sono REM, fase com grande atividade cerebral, caracterizada pela ocorrência de sonhos e pela consolidação da memória. Pacientes com FM não apresentam danos nos tecidos afetados pela dor, mas sofrem alterações metabólicas, como altas concentrações de substância P no líquido cefalorraquidiano, assim como concentrações reduzidas de neurotransmissores inibidores da dor, provocando alta sensibilidade (MONTROYA, et. al., 2006).

Um estudo realizado no Reino Unido explorou como a aceitação da dor crônica influenciou as relações entre catastrofização da dor e funcionalidade do paciente em 344

indivíduos com dor crônica. As análises indicaram que a aceitação da dor por parte do indivíduo, modulou os efeitos do pensamento catastrófico sobre a depressão, a ansiedade e o funcionamento físico e psicossocial, sugerindo que a catastrofização da dor foi significativamente reduzida com a inclusão da aceitação (VOWLES, McCRACKEN, ECCLESTON, 2008).

Um estudo realizado no Arizona, EUA, analisou um banco de dados existente contendo a medida da aceitação da dor e as relações de intensidade da dor. Os participantes eram 122 mulheres, sendo 36 com osteoartrite e 86 com fibromialgia, as quais completaram uma avaliação inicial para a demografia, catastrofização da dor e aceitação da dor. Os resultados nos mostram que a aceitação da dor foi relacionada a níveis menos elevados de intensidade da dor. Os autores concluem que os pacientes com dor com maior capacidade para aceitar a dor podem ser emocionalmente mais resistentes na gestão de sua condição (KRATZ, et. al., 2007).

Terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) constituem um tipo de prática complementar não farmacológica. O raciocínio clínico para a utilização desta alternativa é que alterando os padrões de pensamentos negativos e atitudes disfuncionais leva a mais pensamentos positivos, emoções e mudanças de comportamento, incluindo a melhora da autogestão. O pressuposto subjacente às intervenções comportamentais cognitivas é que as percepções e avaliações pessoais influenciam o seu estado emocional e as reações comportamentais às suas condições (MENZIES, TAYLOR, BORGUIGNON, 2006).

Em uma revisão de literatura conduzida na cidade de Baltimore nos EUA, sobre catastrofização e dor na artrite, fibromialgia e outras doenças reumáticas, os autores encontraram estudos transversais e prospectivos em diferentes desordens músculo - esqueléticas relacionando positivamente a catastrofização com a gravidade relatada de dor, a angústia, a sensibilidade muscular e articular, a incapacidade relacionada à dor, aos maus

resultados de tratamento, e, potencialmente, para a atividade inflamatória da doença. Há vários mecanismos pelos quais a catastrofização exerce seus efeitos nocivos, a partir de influências no ambiente social. Com base nestes resultados, os autores concluem que a catastrofização é uma variável extremamente importante para a compreensão da experiência da dor em distúrbios reumatológicos, bem como em outras condições de dor crônica. A catastrofização da dor pode ser um alvo importante tanto para o tratamento psicossocial quanto para o tratamento farmacológico da dor (EDWARDS, et. al., 2006).

Uma pesquisa experimental foi realizada na Alemanha a fim de averiguar se a antecipação da dor experimental influencia o processamento cerebral e quais as relações disso com a catastrofização. Um grupo de 12 participantes com fibromialgia e 14 controles saudáveis foram submetidos ao procedimento de ressonância magnética. Os pacientes com fibromialgia apresentam níveis mais elevados de catastrofização, maior atenção à dor e aumentado processamento da dor cerebral. Pacientes com fibromialgia mostraram maior ativação do córtex pré-frontal dorsolateral, substância cinzenta periaquedutal (PAG) e córtex parietal posterior, durante a antecipação da dor com ou sem a sinalização da intensidade desta. Sobre a importância da ativação dessas áreas no sistema de modulação da dor descendente, parece razoável supor que essas alterações funcionais relacionadas ao contexto de apresentação do estímulo podem contribuir para a sensibilização central na fibromialgia (BURGMER, et. al., 2011).

Em um estudo realizado na Noruega, objetivou-se avaliar a eficácia de uma intervenção de 4 semanas, via smartphone com diários escritos e terapeuta de feedback após um programa de reabilitação da dor crônica em regime de internação. Um total de 140 mulheres com dor crônica generalizada foram randomizadas em dois grupos: com ou sem a intervenção de smartphones. A intervenção consistiu em uma sessão presencial e 4 semanas de comunicação escrita através de um smartphone. Os diários registrados estavam

imediatamente disponíveis para um terapeuta que apresentou feedback escrito personalizado diariamente com base em princípios cognitivo-comportamentais. Os resultados desta pesquisa sugerem que a intervenção via smartphone com diários e feedback personalizado pode reduzir a catastrofização da dor e evitar o aumento dos níveis de incapacidade funcional em mulheres com dor crônica generalizada após reabilitação em regime de internamento (KRISTJÁNSDÓTTIR, et. al., 2013).

A intervenção foi baseada na Terapia Cognitivo Comportamental, um dos modelos mais utilizados na pesquisa de intervenção por meio da Internet (PROUDFOOT, et. al., 2011). A Terapia de Aceitação e Compromisso (do inglês *ACT Acceptance and Commitment Therapy*) relacionada com a Terapia Cognitivo Comportamental (do inglês *CBT Cognitive Behavioral Therapy*) não tem como objetivo mudar ou reconstruir o conteúdo dos pensamentos, mas sim mudar a forma como o pensamento influencia o comportamento. Ao fazer isso, a influência de pensamentos catastróficos deverá ser diminuída, mas por um processo diferente do descrito na Terapia Cognitivo Comportamental tradicional (KRISTJÁNSDÓTTIR, et. al., 2013).

Um estudo longitudinal conduzido nos EUA analisou a associação de catastrofização e fadiga também em indivíduos com fibromialgia (FM). A catastrofização da dor foi medida pela subescala de mesmo nome do Questionário de Estratégias de Enfrentamento. Um total de 30 mulheres foram classificadas como tendo alto índice de catastrofização (escore acima de 75%, n = 16) e baixo índice de catastrofização (escore abaixo de 25% , n = 14). Escores de fadiga noturna foram coletados durante 56 dias (8 semanas) e comparados entre os dois grupos, que mostraram que as mulheres no grupo com alto índice de catastrofização relataram significativamente maior nível de fadiga à noite do que as no grupo de baixa catastrofização. A regressão linear hierárquica mostrou que as mulheres no grupo catastrofização alta eram mais prováveis para relatar maior intensidade de dor pela manhã e foram associadas com

maiores aumentos em níveis de fadiga no final do dia do que o grupo catastrofização baixo (AARON, 1999).

1.4 Fibromialgia e Qualidade de vida

Minayo; Hartz; Buss (2000) apontam que qualidade de vida é um conceito aplicável eminentemente para o ser humano, com grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Abrange significados que refletem conhecimento, experiências e valores individuais e coletivos a que se referem em diferentes épocas.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1997) define qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Observa-se que a dor crônica ocasiona uma diminuição da qualidade de vida, visto que interfere em vários aspectos da vida, ocasiona dificuldades de realização de atividades diárias, do trabalho, alterações do humor, do sono e das relações interpessoais, levando ao sofrimento físico e psíquico (LAMÉ, et. al., 2005).

Loyland et. al. (2010) pesquisaram a relação entre a dor crônica e os componentes físico e mental da qualidade de vida em beneficiários da assistência social na Noruega. Os autores pesquisaram 455 pessoas, sendo 277 sem dor crônica e 178 com dor crônica. Estes dois grupos foram comparados e constatou-se que tanto o componente físico quanto o mental da qualidade de vida tiveram menores escores nas pessoas com dor crônica.

Moore et. al. (2010) pesquisaram 1858 pessoas com fibromialgia na Inglaterra, o objetivo do estudo foi investigar se a diminuição da intensidade de dor interfere nos níveis de qualidade de vida. Aplicaram instrumentos que avaliam a qualidade de vida (SF-36) e a intensidade de dor (Escala visual analógica). Investigaram a intensidade de dor e a qualidade

de vida antes e após a administração da droga Pregabalin para reduzir a intensidade de dor. Ofereceram diferentes doses da droga e placebo em um total de 7 grupos e realizaram os questionários. Ao final do estudo, os autores constataram que uma diminuição grande e moderada da dor pode proporcionar níveis de qualidade de vida melhores.

Wahl et. al. (2009) realizaram uma pesquisa na Noruega para verificar a relação entre a dor crônica e a qualidade de vida e identificar alguns mediadores psicológicos dessa relação. Os pesquisadores realizaram a coleta dos dados com a utilização dos seguintes instrumentos: The Quality of Life Scale (Escala de Qualidade de Vida) que avalia a qualidade de vida, The Fatigue Severity Scale (Escala de Severidade da Fadiga) avalia o nível da fadiga e The Posttraumatic Stress Scale (Escala de Estresse Pós-traumático), o qual avalia as reações psicológicas pós-eventos de trauma. Esses instrumentos foram enviados pelo correio para 4.000 pessoas, das quais apenas 1893 retornaram. Um total de 26,4% reportaram doenças que resultam em dor crônica, mas não especificaram as patologias. A pesquisa apontou que a relação entre dor crônica e qualidade de vida apresenta correlação negativa, ou seja, quanto maior a intensidade da dor menor o nível de qualidade de vida e que pode ser confundida e ou mediada por fatores sociodemográficos, doenças crônicas, sintomas relacionados ao estresse, fadiga e percepções subjetivas de saúde.

Alguns autores (MASON, et. al., 2008; ELANDER, et. al., 2009) estudaram o processo de aceitação da dor em pessoas com dor crônica, observaram que aceitar a dor está diretamente relacionado a uma melhor qualidade de vida. Mason et. al. (2008) exploraram a relação entre aceitação da dor em indivíduos com a dor crônica e qualidade de vida na Inglaterra por meio de instrumentos específicos como o CPAQ – Chronic Pain Acceptance Questionnaire (Questionário de Aceitação da Dor Crônica), que avalia o quanto que aceitar ou não a dor crônica pode afetar os indivíduos e o WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Assesment (Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização

Mundial da Saúde) que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde. Constataram que a aceitação da dor eleva as percepções positivas sobre a qualidade de vida.

Um estudo transversal foi conduzido na Espanha, com uma amostra de 328 pacientes com diagnóstico de FM, os quais foram divididos em 3 grupos com base no nível de cronicidade da doença, sendo Grupo A (6 meses a 2 anos, N = 46), Grupo B (2-4 anos, N = 59) e Grupo C (mais de 4 anos, N = 223). As três sub-escalas da Escala de Catastrofização da Dor (PCS), ruminação, ampliação e desamparo, foram utilizadas como preditores de disfunção. O Questionário de Impacto fibromialgia (FIQ) e o Questionário de Dor McGill também foram administrados. Os resultados fornecem evidências preliminares de que o estágio da cronicidade é um moderador importante de vulnerabilidade psicológica para o impacto da FM e deve ser levado em conta, adequando as intervenções psicológicas (RODERO, et. al., 2010).

Os achados sugerem que as intervenções devem considerar o estágio de cronicidade como um moderador de vulnerabilidade, o que pode render resultados mais positivos de abordagens padronizadas para a gestão da FM. As terapias cognitivas devem ser focadas em avaliações específicas (ameaça ou impotência), dependendo do contexto para otimizar o tratamento (RODERO, et. al., 2010).

Há uma grande importância na detecção precoce e no tratamento de pacientes que estejam em risco de desenvolvimento de FM e problemas relacionados. Intervir no início do curso de uma condição de dor pode ajudar a prevenir padrões adaptativos de enfrentamento da dor e comportamentos que sejam resistentes ao tratamento, e podem ter o potencial para reduzir ou evitar os impactos negativos de FM que, por sua vez, reduzirá os custos médicos e sociais com estes pacientes (KEEFE, et. al., 2004).

A cronicidade da doença afeta a qualidade de vida dos pacientes, bem como suas relações sociais, hábitos e rotinas, provocando aumento das anormalidades psicológicas

comuns à doença, especialmente em estados de depressão e alterações psiquiátricas (BERBER, et. al., 2005).

Ao pensarmos no manejo da dor crônica, podemos inferir sobre a necessidade de cuidados multidisciplinares. Tais cuidados podem ser avaliados ao utilizar-se medidas de indicadores de melhora das ações escolhidas, tais como qualidade de vida e auto-eficácia, dentre outros (WAHL, et. al., 2009).

Um estudo realizado na Turquia comparou a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), a funcionalidade e o estado psicológico em pacientes com artrite reumatoide (AR), fibromialgia (FM) e pacientes controles (a cada 30 indivíduos). As características demográficas, dor e perturbação do sono foram medidos pela Escala Visual Analógica, Inventário de Depressão de Beck (BDI), questionário de impacto da fibromialgia, FIQ e QVRS pelo SF-36. Os resultados deste estudo demonstram que a presença de depressão comórbida deve ser levada em conta no momento da avaliação da qualidade de vida em FM e AR. A presença dos sintomas de depressão tem influência importante na qualidade de vida destes pacientes (TANDER, et. al., 2008).

Em estudo brasileiro foi verificado a eficácia da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida de 20 pacientes fibromiálgicas com idade média de 44 anos. A amostra final foi constituída de 12 pacientes distribuídas aleatoriamente em dois grupos: A (GA, n=5), que recebeu acupuntura segundo a medicina tradicional chinesa; e B (GB, n=7), que teve a inserção de agulhas nos *tender points* base do occipital, trapézio, supraespinhoso e epicôndilo lateral. A dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA) e através de dolorimetria; o sono, pelo Inventário do Sono; e a qualidade de vida pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF). Os grupos receberam acupuntura uma vez por semana, durante oito semanas, com inserção de oito agulhas por 25 minutos. Os dados foram tratados estatisticamente, adotando-se nível de significância 5%. No GA, houve melhora

estatisticamente significativa do sono; e no GB, na dor, limiar de dor nos *tender points*, no sono e nos itens do QIF dor, cansaço matinal, ansiedade e depressão ($p < 0,05$). Os resultados sugerem que a acupuntura, especialmente com inserção de agulhas nos *tender points*, promove a diminuição da dor e melhora da qualidade de vida e do sono em indivíduos com fibromialgia (TAKIGUCHI, et al., 2008).

Uma pesquisa brasileira teve como principal objetivo avaliar a qualidade de vida (QV) em homens com fibromialgia (FM) em comparação com a qualidade de vida de pacientes com depressão. Os objetivos secundários foram descrever as características demográficas e clínicas de pacientes do sexo masculino com FM, avaliar os níveis basais do sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) e testosterona em ambos os grupos e investigar a relação entre dor, pontos dolorosos, ansiedade e depressão nestes pacientes. Cinquenta homens com FM e 20 homens deprimidos, pareados por idade e índice de massa corporal entraram no estudo. Todos os participantes responderam ao questionário SF- 36, o Inventário de Depressão de Beck e o Questionário de Ansiedade Traço-Estado. Os escores foram significativamente menores em todos os domínios do SF-36 em pacientes com FM, em comparação com os controles depressivos. Não foram observadas diferenças significativas entre pacientes e controles na concentração média de DHEAS ou testosterona (YOSHIKAWA, et. al., 2010).

A razão para o estudo de DHEAS e testosterona total nos homens foi a alta prevalência de FM no sexo feminino, sugerindo que as hormônios sexuais podem estar envolvidos na fisiopatogênese de FM e pode ter um papel na expressão da doença (NEECK, 2002; GLADMAN et. al., 1997; WOLFE, MICHAUD, 2004). Há relatos sobre o fato de que glândulas adrenais e testículos diminuem a produtividade durante o estresse prolongado, privação de sono e depressão (NEECK, 2002; SCHLENK, et. al., 1998).

Um estudo descritivo transversal analisou o impacto da fibromialgia (FM) na capacidade funcional dos pacientes que sofrem desta síndrome e os fatores que estão associados a um maior impacto da doença. Foi feito um levantamento de todos os pacientes diagnosticados com fibromialgia no ano de 2003 em um hospital universitário na Espanha. O impacto da doença foi medida por meio do FIQ (do inglês *Fibromyalgia Impact Questionnaire*). A pontuação média do FIQ para a amostra foi de 63,6. Ter um maior número de filhos, estar cansado e estar deprimido foram os sintomas que mais afetaram as atividades de vida diária. Os resultados sugerem que a identificação de fatores que determinam a extensão do impacto da fibromialgia permite a elaboração de estratégias terapêuticas mais eficazes (LINARES, et. al., 2008).

Um estudo brasileiro teve como principal objetivo estabelecer se há correlação entre o número de pontos dolorosos e a intensidade da percepção de aspectos centrais da síndrome (dor, fadiga, ansiedade, depressão) e do seu impacto na capacidade funcional. Para tanto, avaliaram-se quarenta e um prontuários de pacientes que preenchem os critérios de classificação para Fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia, considerando as seguintes variáveis: percepção da intensidade de dor, fadiga, qualidade de vida global, depressão, ansiedade e contagem de pontos dolorosos. A avaliação da capacidade funcional foi realizada através do Questionário de Avaliação de Saúde simplificado (do inglês *Health Assessment Questionnaire-HAQ*). Observou-se correlação entre a contagem de pontos dolorosos e a intensidade da dor e a capacidade funcional. A correlação entre o número de pontos dolorosos e a intensidade da dor foi mais forte que com o HAQ. Há correlação entre contagem dos pontos dolorosos e intensidade da dor e capacidade funcional. A correlação entre os pontos dolorosos e a intensidade da dor é mais importante do que com a capacidade funcional medida pelo HAQ. Não há correlação com as demais variáveis estudadas (MARTINEZ, et al., 2009).

Uma pesquisa realizada na Itália teve como objetivo avaliar a prevalência e os correlatos clínicos de depressão em pacientes fibromiálgicos e investigar o seu impacto na percepção da dor e qualidade de vida. Um total de 30 pacientes ambulatoriais entre 18 e 75 anos com diagnóstico de fibromialgia foi recrutado. Os sintomas depressivos estão associados com maior percepção de dor, pior qualidade de vida e os eventos de vida mais graves. A comorbidade psiquiátrica diminui o limiar de dor e piora a qualidade de vida dos nossos pacientes. Futuros estudos devem ser realizados a fim de identificar os fatores individuais por exemplo processos de estresse ou inflamatórias, que impulsionam o associação entre depressão e maior gravidade da síndrome da fibromialgia (AGUGLIA, et al., 2011).

Um estudo paranaense comparou os sintomas depressivos e a percepção de estresse entre pacientes com FM e controles saudáveis e investigou as relações entre essas características e a funcionalidade e o impacto na qualidade de vida no grupo de pacientes. Participaram do estudo 20 mulheres diagnosticadas com FM e 20 sem o diagnóstico da doença. Foram aplicados os seguintes questionários: Inventário de Depressão de Beck, Escala de Percepção de Estresse-10, *Health Assessment Questionnaire*, *Fibromyalgia Impact Questionnaire* e Escala Visual Analógica de dor (0–10 cm). Mulheres com FM apresentaram maior intensidade dos sintomas depressivos e maior percepção de estresse em comparação às controles. Verificou-se maior incidência dos sintomas depressivos no grupo de pacientes (75%), em comparação ao grupo-controle (25%). A relação entre estresse, depressão e funcionalidade parece fazer parte de um complexo mecanismo que pode interferir na qualidade de vida de pacientes com FM (HOMANN, et al., 2012).

Vários estudos realizados principalmente na América do Norte revelaram altas taxas de transtornos de humor, ansiedade e distúrbios do sono em pacientes com fibromialgia (FM), enquanto que estas informações em outros países são escassas. Por isso, este estudo conduzido na Itália teve como objetivo investigar a prevalência e o impacto da fibromialgia

na qualidade de saúde de vida (QV) em uma amostra de 167 mulheres que sofrem de FM. Os diagnósticos psiquiátricos foram feitas por meio de critérios do DSM -IV. A QVRS e da gravidade da dor foi medida por meio do Medical Outcomes Study 36- Item Short –Form Health Survey (MOS- SF-36) e do Questionário de Impacto FM (FIQ). Os pacientes com distúrbios do sono relataram uma QVRS menor do que aqueles com um sono normal, e especificamente aqueles com dificuldade em pegar no sono apresentaram maior gravidade da dor. A comorbidade psiquiátrica, em particular os transtornos do humor, provoca uma deterioração significativa da QVRS e maior gravidade da dor em pacientes com FM (CONSOLI, et. al., 2012).

Diante do exposto e ao refletirmos sobre a realidade de indivíduos que convivem diariamente com a dor crônica ocasionada pela fibromialgia, devemos levar em consideração a complexidade dos fatores físicos e também dos fatores emocionais envolvidos. Observa-se o impacto negativo na qualidade de vida ocasionado pela dor crônica, e assim, é necessária a avaliação desta variável e de outras variáveis subjetivas como parâmetros para o conhecimento das características da doença e para a escolha das estratégias terapêuticas em busca do sucesso do manejo.

Neste contexto, é evidenciado na literatura atual que a qualidade de vida, a autoeficácia e a catastrofização da dor tem se tornado assunto de ampla discussão e que constitui um objeto de estudo de várias disciplinas relacionadas às ciências médicas, humanas e sociais. As variáveis autoeficácia e catastrofização da dor tem sido pouco estudadas no Brasil no que se refere à fibromialgia, o que justifica a realização deste estudo para obtermos dados de uma amostra nacional.

O Colégio Americano de Reumatologia, em seus critérios diagnósticos provisórios recentes, reconheceu a importância da inclusão de fatores não miálgicos nos critérios diagnósticos para a FM (WOLFE, et. al., 2010). A inclusão de fatores não miálgicos e fatores psicológicos, requer que os investigadores tentem identificar os fatores psicológicos mais relevantes na fibromialgia com maior precisão, ou seja, os fatores que contribuem para o aumento da experiência de dor e, portanto, representam os alvos mais promissores para a intervenção (LIEW, et. al., 2013).

Diante de tais fatos, a justificativa para a realização deste estudo está pautada na necessidade de maior conhecimento sobre as variáveis psicossociais (autoeficácia e catastrofização da dor) envolvidas na percepção da dor na fibromialgia e na sua relação com a qualidade de vida e intensidade da dor. O conhecimento de tais aspectos poderá contribuir para a melhora da assistência em saúde dos acometidos por fibromialgia.

3.1. Objetivo geral

3.1.1 Avaliar a percepção de dor, as crenças de autoeficácia, a catastrofização da dor e o impacto da doença na qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1 Caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos;

3.2.2 Mensurar a intensidade de dor crônica percebida;

3.2.3 Caracterizar a dor fibromiálgica por meio de descritores de dor;

3.2.4 Identificar os níveis de crenças de autoeficácia, qualidade de vida e catastrofização da dor em pessoas com fibromialgia, de acordo com os domínios dos instrumentos utilizados;

3.2.5 Investigar as relações entre intensidade da dor, crenças de autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida em pessoas com fibromialgia;

3.2.6 Verificar a consistência interna dos instrumentos de coleta de dados utilizados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo e a sua discussão encontram-se subdivididos na forma de capítulos, os quais correspondem aos artigos científicos listados abaixo, que já se encontram submetidos para publicação.

4.1 Autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia

Laura Priscila Navarrete de Toledo¹; Anamaria Alves Napoleão¹; Simone Saltareli²; Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa²; Priscilla Hortense¹.

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. Brasil.

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. Brasil.

Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção de dor, as crenças de autoeficácia, a catastrofização da dor e o impacto da doença na qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia. Método: Estudo descritivo, correlacional e observacional de delineamento transversal. Utilizou-se um Instrumento de coleta de dados sociodemográficos, a Escala de Autoeficácia para Dor Crônica, a Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor e o Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF). Realizou-se análise exploratória e coeficiente de correlação de Spearman. Resultados: 95 participantes, sendo que a média de autoeficácia foi de 183,65; do índice de pensamentos catastróficos sobre dor foi de 2,20 e do impacto a qualidade de vida foi de 67,20 pontos. A média da intensidade de dor foi de 7,36 pontos. Considerações finais: A amostra de indivíduos com fibromialgia estudada apresenta impacto moderado na qualidade de vida. Houve associação forte e negativa entre autoeficácia e catastrofização da dor.

Descritores: Fibromialgia, autoeficácia, catastrofização, qualidade de vida.

Abstract

Goals: To evaluate the perception of pain, self-efficacy beliefs, catastrophizing the pain and the impact of disease on quality of life of individuals with fibromyalgia. Method: A descriptive study, correlational and observational cross-sectional design. We used a sociodemographic data collection instrument, the Self-efficacy Scale for Chronic Pain, the Catastrophic Thoughts Scale of Pain for pain catastrophizing and the Fibromyalgia Impact

Questionnaire (FIQ) to assess the impact of fibromyalgia on quality life. Held exploratory and Spearman correlation coefficient analysis. Results: 95 participants, with an average of self-efficacy was 183,65; index catastrophic thoughts about pain was 2,20; and impact the quality of life was 67,20 points. The average pain intensity was 7.36 points. The sample of individuals with fibromyalgia study presents average level of impact on quality of life. There was strong negative association between self-efficacy and pain catastrophizing.

Descriptors: Fibromyalgia, self-efficacy, catastrophization, quality of life.

1. Introdução

A *International Association for the Study of Pain (IASP)* define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Esse conceito sugere que, para entender a complexidade da percepção da dor, deve-se considerar tanto as influências fisiológicas, como as psíquicas, as sociológicas e as culturais (IASP, 2007).

A fibromialgia (FM) é uma condição dolorosa crônica difusa do sistema musculoesquelético, não articular, caracterizada pela presença de dor à palpação em locais predeterminados denominados *pontos dolorosos (tender points)*. É geralmente associada à fadiga persistente, rigidez, sono leve não reparador, estresse emocional, além de vários outros sintomas (KASIYAMA, et al., 2009).

A IASP também define fibromialgia como uma síndrome caracterizada por dor musculoesquelética crônica difusa com uma série de sintomas associados, entre os quais, distúrbios do sono, fadiga e disfunção afetiva são particularmente frequentes (IASP, 2010).

A fibromialgia é considerada o segundo distúrbio reumatológico mais comum nos Estados Unidos, superada apenas pela osteoartrite, visto que afeta aproximadamente quatro a seis milhões de americanos. Essa população é composta, em sua maioria, de mulheres entre 30 e 60 anos, sendo acometidas 10 mulheres para cada homem (CARDOSO, et al., 2011).

No Brasil, Senna et al. (2004) estimaram a prevalência de doenças reumáticas em Montes Claros, Minas Gerais. Para tal, foi realizado um estudo com 3038 pessoas, que responderam ao questionário e foram examinadas por um reumatologista. A FM foi a segunda desordem reumatológica mais frequente, com prevalência de 2,5%.

Apesar do bom prognóstico desta condição dolorosa, os pacientes com FM consomem quantias exorbitantes de recursos financeiros na área da saúde pública ou particular, tanto em tratamento como em investigação diagnóstica (HELFENSTEIN JÚNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2012). No entanto, não são bem conhecidas as quantias indiretas associadas à FM, como faltas ao trabalho, licenças médicas, afastamentos por doença, além dos gastos pessoais e familiares.

Uma das questões que se impõem é a arbitrariedade do estabelecimento pelo Colégio Americano de Reumatologia do número 11 como limite de pontos dolorosos para um determinado paciente ter ou não FM. Alguns autores discutem o bom senso em se excluir, do diagnóstico de FM, pacientes com quadro clínico semelhante apenas por não atingirem a contagem limite (MARTINEZ, et al., 2009). A complexidade da FM não consegue ser capturada apenas pela presença da dor e dos pontos dolorosos (CLAUW, CROFFORD, 2003).

Considerando a complexidade e a subjetividade do fenômeno doloroso, especialmente da fibromialgia, não podemos excluir do processo de avaliação da dor vários aspectos dessa multidimensionalidade, aspectos estes relacionados ao biológico, social, espiritual e psicológico. É neste contexto que devemos inserir as variáveis autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida na avaliação e no manejo da dor em indivíduos com fibromialgia.

A autoeficácia foi definida como sendo um conjunto de crenças das pessoas sobre suas capacidades para produzir níveis designados de desempenho que exercem influências sobre os acontecimentos que afetam suas vidas. Os estudos de Bandura demonstraram que as pessoas

com grau elevado de autoeficácia acreditam ser capazes de lidar com os diversos acontecimentos da vida. Essas pessoas acreditam serem capazes de vencer obstáculos, procurar desafios e manter um alto grau de confiança na sua capacidade de obter êxito e de controlar a própria vida (BANDURA, 1994). Constata-se que as crenças de positividade em relação ao problema, ajudam na transposição dos obstáculos que interferem nos níveis de dor crônica e na qualidade de vida.

Globalmente, a definição atual mais aceita é a de Sullivan et al., (2001), cuja catastrofização é um conjunto de pensamentos negativos exagerados durante experiências dolorosas reais ou previstas. Estes indivíduos parecem ser mais propensos ao sofrimento emocional e a quadros prolongados de sintomas.

Pensamentos catastróficos influenciam a interação e manutenção dos estados hiperalgésicos. Mesmo em sujeitos hígidos os escores de catastrofização se associaram com reduções nos limiares de dor e intensidade de dor relatada após aplicação de testes termoalgésicos (EDWARDS, et al., 2008).

A dor na FM é diferente de qualquer outra impressão sensorial, já que caracteriza-se não somente pela dimensão sensório-discriminativa, mas também pelo importante componente afetivo-emocional, constituído pela dimensão afetivo-motivacional da dor. Na FM, a atividade do sistema nervoso central é modulada por variáveis psicológicas, que contribuem para o estabelecimento de uma conduta anormal perante a dor, como distorções cognitivas, excessiva atenção a estímulos nocivos, atitudes inadequadas para enfrentamento da dor e labilidade emocional na recordação de experiências dolorosas (FERREIRA, et al., 2002).

Baixos índices de autoeficácia e altos níveis de catastrofização da dor podem estar intimamente relacionados com a qualidade de vida no contexto da dor crônica, tais aspectos merecem ser estudados em maior profundidade.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1997) define qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Observa-se que a dor crônica ocasiona uma diminuição da qualidade de vida, visto que interfere em vários aspectos da vida, ocasiona dificuldades de realização de atividades diárias, do trabalho, alterações do humor, do sono e das relações interpessoais, levando ao sofrimento físico e psíquico (LAMÉ, et al., 2005).

O Colégio Americano de Reumatologia, em seus critérios diagnósticos provisórios recentes, reconheceu a importância da inclusão de fatores não miálgicos nos critérios diagnósticos para a FM (WOLFE, et al., 2010). A inclusão de fatores não miálgicos e fatores psicológicos, requer que os investigadores tentem identificar os fatores psicológicos mais relevantes na fibromialgia com maior precisão, ou seja, os fatores que contribuem para o aumento da experiência de dor e, portanto, representam os alvos mais promissores para a intervenção (LIEW, et al., 2013).

Neste contexto, é evidenciado na literatura atual que a qualidade de vida, a autoeficácia e a catastrofização da dor tem se tornado assunto de ampla discussão e que constitui um objeto de estudo de várias disciplinas relacionadas às ciências médicas, humanas e sociais. As variáveis autoeficácia e catastrofização da dor tem sido poucas estudadas no Brasil no que se refere à fibromialgia, o que justifica a realização deste estudo para obtermos dados de uma amostra nacional.

Diante de tais fatos, a justificativa para a realização deste estudo está pautada na necessidade de maior conhecimento sobre as variáveis psicossociais (autoeficácia e catastrofização da dor) envolvidas na percepção da dor na fibromialgia e na sua relação com a

qualidade de vida e intensidade da dor. O conhecimento de tais aspectos poderá contribuir para a melhora da assistência em saúde dos acometidos por fibromialgia.

Os objetivos deste estudo são avaliar a percepção de dor (intensidade da dor), as crenças de autoeficácia, a catastrofização da dor e o impacto da doença na qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia, assim como, caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos; investigar as relações entre as variáveis intensidade da dor, crenças de autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida em pessoas com fibromialgia e verificar a consistência interna dos instrumentos de coleta de dados utilizados.

2. Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e observacional de delineamento transversal. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e aprovado conforme parecer nº 369.204/2013.

Participantes e local do estudo

A amostra de conveniência foi constituída por indivíduos atendidos ambulatorialmente em um Hospital de grande porte da rede pública, além de pacientes cadastrados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e de convite aberto a quem quisesse participar por meio de cartazes e folderes. A coleta de dados aconteceu em duas cidades do interior do estado de São Paulo.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2013 a setembro de 2014. Para compor a amostra foram utilizados os critérios de inclusão, apresentar idade igual ou maior de 18 anos, de ambos os sexos e possuir diagnóstico médico de fibromialgia e os critérios de exclusão, não apresentar condições físicas e de compreensão suficientes para executar as tarefas solicitadas na pesquisa.

Material

Para coleta de dados foram utilizados os instrumentos e caneta. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: 1) Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica; 2) Escala de Autoeficácia para Dor Crônica – EAEDC (SALVETTI, PIMENTA, 2005); 3) Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor – EPCD (SARDÁ et al., 2008); 4) Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia – QIF. (MARQUES et al., 2006); 5) Escala Numérica de Dor. Para processamento e análise dos dados foram utilizados computador e o *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 19.0.

Procedimentos

Os participantes foram entrevistados durante a espera da consulta médica no ambulatório em questão ou na sua própria residência ou nas instalações da Universidade Federal de São Carlos.

O instrumento para analisar as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas foi elaborado pela pesquisadora e orientadora baseado em literaturas da área e experiência clínica.

Na etapa de caracterização sociodemográfica e econômica foram coletados dados como a data de nascimento (para posterior cálculo da idade), estado civil, escolaridade, situação profissional, renda mensal familiar. Para a caracterização clínica dos pacientes foram coletados dados referentes à data (ano) do diagnóstico de fibromialgia, tratamentos não farmacológicos para o manejo da dor, se realiza atividade física periodicamente e frequência, se é tabagista e quantos cigarros fuma/dia.

A Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (EAEDC) foi desenvolvida originalmente por Anderson et al. (1995) para avaliar as crenças de autoeficácia para lidar com a dor crônica.

Neste estudo, utilizaremos a Escala de Autoeficácia para Dor Crônica validada para a língua portuguesa por Salvetti, Pimenta (2005). A população do estudo foi composta de 132 indivíduos com dor crônica não oncológica de etiologias variadas. A fidedignidade foi avaliada pela consistência interna estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach para fator/domínio. A validade foi avaliada por meio do construto e da convergência. A versão em português compreende 22 perguntas que perpassam pelos seguintes domínios: autoeficácia para controle da dor (aborda como o paciente controla sintomas físicos como a fadiga e a dor), autoeficácia para funcionalidade (aborda o controle da dor para a realização de algumas atividades diárias) e autoeficácia para lidar com outros sintomas (aborda a maneira como a dor afeta o indivíduo).

Os dados da Escala de Autoeficácia de Dor Crônica são avaliados por meio da soma dos escores de cada domínio. A pontuação máxima para cada domínio é 100 e a mínima 10. A pontuação total máxima obtida para análise da escala é de 300 e a mínima de 30, sendo que quanto maior a pontuação, maior o senso de autoeficácia do indivíduo.

Para a avaliação da catastrofização da dor foi utilizada a Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD), a qual foi desenvolvida originalmente por Flor, Behle, Birbaumer em 1993. No Brasil, Sardá et al. (2008) realizaram a validação da escala para a língua portuguesa, seguida de aplicação do instrumento em 311 sujeitos entre 18 e 80 anos de idade que experimentavam dor crônica não oncológica. A escala teve sua validade e fidedignidade confirmada e esta foi bem aceita por todos os pacientes que a preencheram sem dificuldades.

O coeficiente de correlação alfa de Cronbach foi 0,89 indicando adequada consistência interna. A Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) é composta por nove itens, escalonados em uma escala tipo Likert que varia de 0 (quase nunca) a 5 pontos (quase sempre). O escore total é a soma dos itens, dividida pelo número de itens respondidos, com

escore variando de 0 a 5. Não há pontos de corte. Escores mais elevados indicam maior presença de pensamentos catastróficos (SARDÁ et al., 2008).

O Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF) foi produzido e testado para avaliação da qualidade de vida especificamente para pessoas acometidas pela Fibromialgia. É composto por questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos (BURCKHARDT et al., 1991).

O desenvolvimento de uma versão brasileira do QIF, além da avaliação da sua confiabilidade e validade para ser usado em pacientes brasileiros com FM foi proposta por Marques et al. (2006). Para fins de análise estatística, os dez itens do QIF foram normalizados de forma a variarem em uma escala de 0 a 100, obtendo-se o escore total. Quanto maior o escore, maior é o impacto da fibromialgia na qualidade de vida. (MARQUES *et. al.*, 2006). Para a avaliação da intensidade de dor foi utilizada a Escala Numérica de Dor com variação de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor imaginável, os escores intermediários, de 1 a 9, são usados para indicar níveis intermediários de dor.

Processamento e Análise dos Dados

Para a análise e caracterização das variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos sujeitos, bem como a descrição dos escores dos domínios e escalas dos questionários utilizados, foram adotados métodos estatísticos descritivos, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). As variáveis categóricas estão apresentadas sob a forma de tabelas, com as frequências absolutas e porcentagens e as variáveis discretas (idade, renda, tempo de diagnóstico) estão caracterizadas utilizando-se média, mediana e desvio-padrão.

Para testar a confiabilidade dos questionários selecionados, foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach* para a avaliação da consistência interna das escalas e domínios. O teste *Shapiro - Wilk* foi utilizado com o intuito de avaliar o padrão de normalidade na distribuição

entre os dados. Para avaliar a existência de correlações e a sua magnitude entre as variáveis intensidade de dor, autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida, optou-se pelo teste não paramétrico, coeficiente de correlação de *Spearman*. O nível de significância estatística adotado para os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

3. Resultados

Caracterização da amostra segundo aspectos sociodemográficos e clínicos

Participaram do estudo 95 indivíduos com diagnóstico médico de fibromialgia, sendo a grande maioria do sexo feminino. A idade média encontrada nesta amostra é de 57,7 anos, sendo que as idades dos indivíduos variaram entre 32 e 81 anos. Grande parte da amostra encontra-se com sobrepeso (50%) e obesidade (35%). A média do tempo do diagnóstico médico é de 11,12 anos, variando entre 1 e 30 anos. Estes e outros dados podem ser consultados na Tabela 1.

A média de intensidade de dor foi de 7,36 pontos.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de indivíduos com fibromialgia segundo as características sociodemográficas e clínicas. (n=95). São Carlos, 2015.

Características	Categorias	f	%
Sexo	Masculino	03	3,16%
	Feminino	92	96,84%
IMC*	Baixo Peso (<18,5)	01	1%
	Peso Normal (18,6 a 24,9)	13	14%
	Sobrepeso (25 a 29,9)	48	50%
	Obesidade (>30)	33	35%
Cor da Pele	Branco	57	60%
	Negra	28	30%
	Parda	8	8%
	Amarela	2	2%
Estado Civil	Casado	48	50%
	Separado	19	20%
	Solteiro	09	10%
	Viúvo	19	20%
Escolaridade	Fundamental Incompleto	41	43%
	Fundamental Completo	19	20%
	Médio Incompleto	06	7%
	Médio Completo	24	25%
	Superior Incompleto	02	2%
	Superior Completo	03	3%

Ocupação Profissional	Aposentado	39	41,05%
	Serviços domésticos	29	30,52%
	Serviços prestados	04	4,21%
	Outros	10	10,52%
	Saúde	04	4,21%
	Alimentação	01	1,05%
	Atividades administrativas	01	1,05%
	Desempregado	07	7,36%
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	05	5%
	1 a 2	28	30%
	2 a 4	50	52%
	4 a 6	09	10%
	6 a 8	02	2%
	Mais que 8	01	1%
Terapia não medicamentosa	Acupuntura	09	10%
	Fisioterapia	28	30%
	Hidroterapia	05	5%
	Outros	05	5%
	Não adere	48	50%
Atividade Física	Sim	51	54%
	Não	44	46%
Uso de tabaco	Sim	08	8,42%
	Não	87	91,58%

*Valor do salário mínimo vigente: R\$ 724,00 (Lei nº 12.382 de 25 de fevereiro de 2011)/ *f*= frequência absoluta; %= frequência em porcentagem.

* Índice de Massa Corporal segundo World Health Organization (2008).

Caracterização da amostra segundo as Crenças de Autoeficácia

Na tabela 2 são apresentadas as medidas descritivas da Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (EAEDC) obtidos na amostra estudada segundo os domínios Controle da Dor, Funcionalidade e Lidar com outros sintomas.

Tabela 2 – Distribuição dos valores da EAEDC obtidos na amostra de indivíduos fibromiálgicos segundo os diferentes domínios e o escore total. (n=95) São Carlos, 2015.

Autoeficácia	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Controle da Dor (AED)	60,44	60	25,91	10	100
Funcionalidade (AEF)	62,54	65,5	20,56	10	100
Lidar com outros sintomas (AES)	60,80	65	24,73	10	100
Total= AED+AEF+AES	183,65	192,15	59,73	47,70	278,60

Os valores de cada domínio foram valores muito próximos entre si, indicando que não há domínios mais ou menos prejudicados nesta amostra.

É interessante notar que tais pessoas, mesmo na presença da dor, persistem em realizar suas atividades diárias, como uma forma de não se sentirem incapazes e inúteis para os afazeres do dia-a-dia. Muitas relataram durante as entrevistas, que não deixam de fazer suas atividades, mas que tais atividades são realizadas com muito sofrimento por causa da dor.

O valor total médio da amostra é um valor de moderado a alto de autoeficácia, estando acima da média.

Em relação à consistência interna, esta apresentou-se adequada com uma alfa de Cronbach de 0,88 para a escala em geral.

Caracterização da amostra segundo os Pensamentos Catastróficos sobre Dor

Na tabela 3 são apresentadas as medidas obtidas relacionadas a cada questão e ao valor geral da Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) na amostra de indivíduos com fibromialgia.

Tabela 3 – Distribuição dos valores de pensamentos catastróficos obtidos por meio da EPCD na amostra de indivíduos com fibromialgia (n=95). São Carlos, 2015.

Questão	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Questão 1	1,78	0	2,11	0	5
Questão 2	2,5	2	2,32	0	5
Questão 3	4,36	5	2,29	0	5
Questão 4	3,16	5	2,14	0	5
Questão 5	1,29	0	2,22	0	5
Questão 6	1,61	0	2	0	5
Questão 7	1,98	1	1,74	0	5
Questão 8	0,86	0	1,44	0	5
Questão 9	2,36	2	2,25	0	5
Geral	2,20	2	1,33	0	5

Na amostra estudada o valor médio total de Pensamentos Catastróficos foi de 2,20 pontos, indicando um índice baixo de pensamentos catastróficos. Pela tabela é possível verificar que as maiores médias encontradas são nas questões 3 (4,36) e 4 (3,16). Isso indica que as frases “Preciso tomar remédios para dor” e “Isso nunca vai acabar” são muito frequentes entre os participantes quando estes sentem dor. Já na questão 8, encontra-se a

menor média (0,86), indicando que a frase “Eu não consigo mais continuar” não é um pensamento muito frequente entre os participantes.

Em relação à consistência interna, esta apresentou-se adequada com um alfa de Cronbach de 0,82.

Caracterização da amostra segundo o Impacto na Qualidade de Vida

Na tabela 4 são apresentados os valores relacionados ao impacto na qualidade de vida obtidos por meio do Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF) na amostra de indivíduos fibromiálgicos.

Tabela 4 – Distribuição dos valores do QIF na amostra de indivíduos fibromiálgicos (n=95). São Carlos, 2015

Questão	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Questão 1 – a	0,58	0	1,06	0	3
Questão 1 – b	0,51	0	1,04	0	3
Questão 1 – c	0,3	0	0,81	0	3
Questão 1 – d	0,31	0	0,77	0	3
Questão 1 – e	0,67	0	1,09	0	3
Questão 1 – f	0,49	0	0,93	0	3
Questão 1 – g	1,08	0	1,2	0	3
Questão 1 – h	1,84	2	1,29	0	3
Questão 1 – i	1,64	2	1,23	0	3
Questão 1 – j	0,5	0	0,92	0	3
Questão 2	1,42	0	2,41	0	7
Questão 3	1,95	0	2,7	0	7
Questão 4	7,61	8	2,52	0,3	10
Questão 5	8,99	9,7	1,36	4,1	10
Questão 6	7,74	9,1	3,07	0	10
Questão 7	5,68	7,1	3,92	0	10
Questão 8	6,27	7,8	3,60	0	10
Questão 9	6,93	8,5	3,48	0	10
Questão 10	6,26	7,4	3,64	0	10
Total	67,20	71,21	13,91	24,90	96,01

Na amostra em questão, o valor médio total do impacto na qualidade de vida foi de 67,20. Na questão 1 a média foi baixa para quase todas as alternativas, indicando que no geral, os entrevistados conseguem realizar todas as tarefas indicadas no questionário com frequência. Já nas outras questões, a maior média encontrada foi na questão 5 (8,99), indicando que em geral, os entrevistados sentem muita dor e a menor média foi de 5,68 na

questão 7, indicando que em geral os indivíduos sentem-se descansados ao levantar de manhã. Analisando ainda as questões de 4 a 10, os entrevistados indicam que a dor atrapalhou muito, sentiram muita dor, fadiga, rigidez no corpo, sintomas depressivos e de ansiedade.

Em relação à consistência interna, esta apresentou-se adequada com um alfa de Cronbach de 0,73.

Relações entre Autoeficácia, Catastrofização da Dor e Qualidade de Vida

Na tabela 5 observam-se as correlações entre os valores totais dos instrumentos Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (EAEDC), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) e Questionário sobre o Impacto na Qualidade de Vida (QIF).

Tabela 5 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os escores totais dos questionários EAEDC, seus três domínios (AED, AEF, AES), EPCD, QIF e Intensidade de dor obtidos da amostra de indivíduos com fibromialgia (n=95). São Carlos, 2015.

Variáveis	Correlação	
	(r)	Interpretação
AEDC / Intensidade De dor	- 0.41	Negativa e moderada
AED / Intensidade De dor	- 0.29	Negativa e fraca
AEF / Intensidade De dor	-0.33	Negativa e fraca
AES / Intensidade De dor	-0.36	Negativa e fraca
EPCD / Intensidade De dor	0.35	Positiva e fraca
QIF / Intensidade De dor	0.47	Positiva e moderada
QIF e EPCD	0,38	Positiva e moderada
EAEDC e QIF	-0,39	Negativa e moderada
EAEDC e EPCD	-0,82	Negativa e alta

Relações entre Intensidade de dor, Autoeficácia, Catastrofização da Dor e Qualidade de Vida

Na tabela 5 observam-se as correlações entre os valores médios dos instrumentos Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (EAEDC), seus três domínios (AED, AEF e AES), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD), Questionário sobre o Impacto na Qualidade de Vida (QIF) e Intensidade de dor.

Foi detectada correlação estatisticamente significativa e negativa de crenças de autoeficácia, bem como de seus três domínios, com a intensidade da dor. Uma correlação negativa indica que, quanto maior a intensidade da dor, menor os valores de crenças de autoeficácia e de seus domínios, e vice-versa.

Também foi detectada correlação estatisticamente significativa, mas dessa vez positiva, de catastrofização da dor com a intensidade da dor. A correlação positiva encontrada indica que, quanto maior a intensidade da dor, maior a catastrofização da dor, e vice-versa.

Por sua vez, foi detectada correlação moderada e positiva, do Impacto na qualidade de vida com a intensidade de dor. A correlação positiva encontrada indica que, quanto maior a intensidade de dor, maior o impacto na qualidade de vida, e o contrário também pode ser verdadeiro, visto que nesta análise não buscamos entender qual a variável acontece primeiro.

Observa-se que as correlações entre impacto na qualidade de vida e catastrofização da dor e entre impacto na qualidade de vida e autoeficácia possuem correlação moderada, sendo que entre impacto na qualidade de vida e autoeficácia é negativa, mostrando que à medida que a autoeficácia é maior o impacto na qualidade de vida é menor e o contrário também é verdadeiro; já entre impacto na qualidade de vida e catastrofização da dor ocorre o inverso, ou seja, o impacto na qualidade de vida é maior quando a catastrofização da dor está elevada e vice-versa.

A correlação entre autoeficácia e catastrofização da dor é alta e negativa, ou seja, inversamente proporcionais, o que demonstra que quando a autoeficácia está elevada, a catastrofização da dor é diminuída e vice-versa.

4. Discussão

No presente estudo predominou-se o sexo feminino, sendo que 96,84% da amostra são mulheres. A idade média encontrada nesta amostra é de 57,7 anos. Observa-se que grande parte da amostra se autodeclararam como brancos (60%) e há predomínio de pessoas casadas (50%).

Em relação ao IMC, 50% da amostra apresentaram sobrepeso, seguido de 35% com obesidade. Sá et al. (2008) apontaram que é possível que o peso acima do normal exerça uma sobrecarga nos tecidos moles e articulações, desempenhando assim um papel importante para a causa da dor, pois o peso aumentado pode levar ao estresse mecânico e conseqüente dano às estruturas corporais. Além disso, a incapacidade física e os distúrbios circulatórios podem estar associados com a obesidade e podem influenciar a presença de dor.

O nível sócio econômico (renda familiar) se fixou em 2 a 4 salários mínimos (52%). O presente estudo realizou a coleta de dados somente em pessoas atendidas em serviços públicos de saúde, o que dificulta tecer comparações. Além disso, comparar estes dados com dados internacionais pode induzir a erros, considerando que analisamos o salário mínimo no Brasil.

A média do tempo de diagnóstico médico é de 11,12 anos, sendo que o tempo mínimo foi de 1 ano e o tempo máximo de 30 anos. O estágio da cronicidade é um moderador importante de vulnerabilidade psicológica para o impacto da FM e deve ser levado em conta, adequando as intervenções psicológicas (RODERO, et al., 2010).

Na fibromialgia, ocorre uma hiperexcitabilidade generalizada, possivelmente devido a um distúrbio na serotonina e noradrenalina causando alterações psicológicas. Estes sintomas podem ocasionar um efeito sobre o controle inibitório da dor (descendente do tronco cerebral

para a medula espinhal), o que pode explicar a associação entre alterações psicológicas e dor na fibromialgia (GORMSEN et al., 2010). Em vista disso, discutiremos a seguir as variáveis psicossociais analisadas no presente estudo, crenças de autoeficácia, catastrofização da dor e impacto na qualidade de vida.

Com relação à variável autoeficácia, o presente trabalho trouxe como resultado a pontuação de 183,65 pontos (30-300). Sanchez et al. (2011), em pesquisa realizada na Espanha com indivíduos com fibromialgia, utilizaram a mesma escala de autoeficácia utilizada neste estudo e encontraram uma média geral de 88,56, bem abaixo da encontrada na presente pesquisa. Esta diferença de valores pode ser explicada pelas diferenças culturais dos países em estudo. No entanto, se observarmos o domínio mais prejudicado no estudo de Sanchez et al. (2011) foi o de Controle da Dor, semelhante ao presente estudo, o que demonstra que controlar a própria dor é muito difícil para o ser humano, entretanto, não há como deixar de considerar que ambas as amostras se referem a culturas ocidentais.

Os valores de cada domínio foram valores muito próximos entre si, indicando que não há domínios mais ou menos prejudicados nesta amostra. No entanto, a maior pontuação entre os domínios da EAEDC foi encontrada no item Autoeficácia e Funcionalidade, isto é, esta amostra de pessoas apresentou maiores crenças para conseguir/continuar a realizar suas atividades diárias mesmo na presença da dor. O domínio da escala que explora a funcionalidade deseja conhecer a autoconfiança dos indivíduos que sofrem de dor crônica para realizar algumas atividades diárias como caminhar, levantar peso, cuidados da casa, atividades social, entre outras. É interessante notar que tais pessoas, mesmo na presença da dor, persistem em realizar suas atividades diárias, como uma forma de não se sentirem incapazes e inúteis para os afazeres do dia-a-dia. Muitas relataram durante as entrevistas, que não deixam de fazer suas atividades, mas que tais atividades são realizadas com muito sofrimento por causa da dor.

Os efeitos de autoeficácia em relação ao comportamento de dor são também fortemente influenciados por outras características apresentadas pelos sujeitos estudados, como idade, gênero, cronicidade da dor, severidade da dor, depressão, incapacidades físicas e personalidades neuróticas (ASGHARI, NICHOLAS, 2001).

O objetivo de um estudo longitudinal realizado nos EUA foi examinar as relações entre depressão, autoeficácia, intensidade de dor e funcionalidade física em uma amostra de 462 pacientes com FM, sendo 441 mulheres. Os resultados sugerem que a autoeficácia foi correlacionada a baixos índices de depressão, baixa intensidade de dor e altos níveis de funcionalidade, por isso deve ser trabalhada e isto trará amplos benefícios aos pacientes. Assim, os achados deste estudo revelam importantes implicações para as intervenções de saúde. Os indivíduos que acreditam que são menos aptos a manejar seus sintomas ficam mais depressivos, sentem mais dor e menor capacidade funcional (LIEW, et. al., 2013).

A autoeficácia pode configurar um fator altamente explicativo para sintomas físicos e psicológicos na FM, devendo constituir um dos primeiros alvos a serem trabalhados nas intervenções com indivíduos fibromiálgicos, a fim de reduzir os níveis de depressão, de dor e melhorar a funcionalidade na FM. Desta forma, a combinação de exercício físico e psicoterapia pode ajudar os pacientes com fibromialgia a controlarem melhor seus sintomas, além de aumentar as crenças de autoeficácia, o que certamente trará benefícios mais duradouros para os indivíduos fibromiálgicos (LIEW, et al., 2013).

Um estudo transversal desenvolvido na Universidade de Granada na Espanha analisou o papel da disfunção do sono como um mediador da intensidade da dor, ansiedade, depressão e funcionamento diário, comparando-o com o papel mediador da autoeficácia. Participaram do estudo, 104 mulheres com FM e 86 mulheres saudáveis, as quais constituíram o grupo controle. As participantes responderam a uma entrevista semi-estruturada de medidas de auto-relato de dor, qualidade do sono, ansiedade, depressão e funcionamento diário. Mulheres

diagnosticadas com FM tiveram escores mais disfuncionais sobre as variáveis se comparadas às participantes saudáveis e houve relações significativas entre todas as variáveis analisadas nos modelos de mediação para o grupo FM. A análise sugere que a qualidade do sono e a autoeficácia tem papel mediador significativo na relação entre dor, sofrimento emocional e funcionamento físico (MIRÓ, et al., 2011).

Maughan; Lewis (2010) reforçaram a importância de se trabalhar a autoeficácia para se obter resultados positivos no manejo das dores crônicas. O trabalho sugere que a pesquisa das crenças de autoeficácia pode ser utilizada como um instrumento de triagem para determinar a confiança dos pacientes em realizar atividades normais apesar da dor e também como uma ferramenta para avaliar e medir os resultados após o tratamento da dor crônica.

Salvetti; Pimenta (2007) realizaram um estudo de revisão de literatura sobre a crença de autoeficácia relacionada à dor crônica e alguns métodos de avaliação. Concluíram que a autoeficácia é uma crença importante na avaliação de dor crônica e que o seu inadequado senso relaciona-se à piora no controle da dor, à menor adesão ao tratamento e à piora da funcionalidade física e psíquica em sujeitos com dor crônica.

No presente estudo, a média total do índice de pensamentos catastróficos foi de 2,20 pontos (0-5). Uma pesquisa foi realizada na Alemanha a fim de averiguar se a antecipação da dor experimental influencia o processamento cerebral e quais as relações disso com a catastrofização. Um grupo de 12 participantes com fibromialgia e 14 controles saudáveis foram submetidos ao procedimento de ressonância magnética. Foram utilizados os instrumentos Questionário de Estratégias de Enfrentamento (*do inglês Coping Strategies Questionnaire – CSQ*), a Escala de Medida da Ansiedade e Depressão Hospitalar (*do inglês Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*), além do Questionário de Hannover sobre Capacidade Funcional (*do inglês Hannover Functional Capacity Questionnaire*). Os pacientes

com fibromialgia apresentaram níveis mais elevados de catastrofização, maior atenção à dor e aumentado processamento da dor cerebral (BURGMER, et al., 2011).

Um estudo conduzido nos EUA utilizou uma amostra de 106 mulheres com osteoartrite, 53 mulheres com fibromialgia e 101 mulheres com ambas as patologias, com média de idade de 58 anos, com o objetivo de avaliar os efeitos da catastrofização da dor e de eventos interpessoais negativos e positivos, por um período de 30 dias, sobre a intensidade de dor. O nível diário de catastrofização foi avaliado segundo o registro feito pelas pacientes por meio da resposta a duas questões retiradas do Questionário de Estratégias de Enfrentamento (*do inglês Coping Strategies Questionnaire – CSQ*), no qual elas avaliaram qual seu nível de concordância com cada afirmação para esse dia: “Eu me preocupo se a minha dor irá ter um fim” e “Minha dor é tão ruim que eu não posso mais aguentar”. Avaliações foram feitas em uma escala de 1 a 5, sendo que 1 representa “Discordo totalmente” e 5 “Concordo totalmente” (STURGEON, ZAUTRA, AREWASIKPORN, 2014).

Os participantes, os quais referiram níveis mais elevados de catastrofização tenderam a relatar mais eventos interpessoais negativos e menos eventos interpessoais positivos. Houve contribuições significativas da catastrofização da dor em relação a não aceitação da dor e ao desajuste emocional. Os achados deste estudo esclarecem a dinâmica da adaptação afetiva à dor, visto que esta tem um papel chave na desregulação emocional em indivíduos com osteoartrite e fibromialgia. Considerando a natureza multidimensional da experiência de dor, o estudo destaca o valor de examinar simultaneamente vários mecanismos, os quais podem estar envolvidos no enfrentamento à dor crônica (STURGEON, ZAUTRA, AREWASIKPORN, 2014).

Estudo desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte, EUA, lançou mão da neuroimagem para avaliar a ativação do cérebro em pacientes fibromiálgicos. Os autores constataram sensibilidade aumentada para pressão dolorosa e a associação deste aumento com

variáveis, tais como a depressão e a catastrofização. Dado o impacto da catastrofização em ambos os resultados imediatos e a longo prazo, estes resultados fornecem diretrizes sobre os mecanismos cognitivos que sustentam e mantêm este estado emocional, para fins de melhorar a eficácia do tratamento. A modificação de comportamento que busca medir a atenção, antecipação ou resposta emocional à dor, pode melhorar os resultados do tratamento e, mais importante, pode impedir a transição da dor aguda para crônica em indivíduos vulneráveis (GRACEY, AMBROSE, 2011).

Estudos mostram que a catastrofização é uma variável criticamente importante na compreensão da experiência de dor em doenças reumatológicas e em outras condições de dor crônica. Assim, este processo de pensamento pode ser um alvo importante para o tratamento psicossocial e farmacológico da dor (GARCÍA-CAMPAYO et al., 2009).

Em relação ao impacto na qualidade de vida, os resultados do presente estudo apontam que a amostra apresentou média de pontuação geral de 67,20 (0 a 100). Schaefer et al. (2011) avaliaram o impacto da fibromialgia na qualidade de vida e produtividade dos americanos. Encontraram que a fibromialgia afeta negativamente a qualidade de vida, prejudicando as funções diárias dos acometidos. Os autores enfatizam que a carga desta doença no dia a dia do sujeito acometido ocasiona prejuízos principalmente para a qualidade de vida.

Moore et al. (2010) pesquisaram 1858 pessoas com fibromialgia na Inglaterra, o objetivo do estudo foi investigar se a diminuição da intensidade de dor interfere nos níveis de qualidade de vida. Aplicaram instrumentos que avaliam a qualidade de vida (SF-36) e a intensidade de dor (Escala visual analógica). Investigaram a intensidade de dor e a qualidade de vida antes e após a administração da droga Pregabalina em diferentes dosagens para 7 grupos, sendo um grupo placebo. Ao final do estudo, os autores constataram que uma diminuição grande e moderada da dor pode proporcionar níveis de qualidade de vida melhores.

Analisando as relações entre catastrofização da dor e fibromialgia, os estudos nos mostram que, quando há aceitação do indivíduo sobre sua condição, não no sentido de conformismo e vitimização do indivíduo, mas sim na perspectiva de assimilar o momento de vida e a doença experienciada, fica mais fácil enfrentá-la e estabelecer metas para o seu controle, impedindo que isto atrapalhe as atividades cotidianas de trabalho, estudo, lazer, relações sociais e/ou familiares.

Ao correlacionar os domínios da Escala de Autoeficácia para Dor Crônica e Pensamentos Catastróficos sobre Dor observa-se relação forte e negativa entre as variáveis, o que nos leva a crer que quanto maior são as crenças de autoeficácia, menor são os índices de pensamentos catastróficos.

Borsbo; Gerdle; Peolsson (2010) em pesquisa realizada na Suécia sobre o impacto da interação entre autoeficácia, catastrofização da dor, incapacidades e qualidade de vida em sujeitos com dor crônica, concluíram que a presença de autoeficácia influencia na redução da intensidade de dor, possibilitando maior mobilidade e realização de atividades, e ainda, relataram que as crenças de autoeficácia protegem contra efeitos negativos psicossociais. Observaram também que a autoeficácia influencia no aumento da qualidade de vida, na redução das incapacidades e intensidade de dor e que tem um impacto positivo nos sentimentos de catastrofização, depressão e ansiedade.

Um estudo realizado na Espanha analisou as relações e a capacidade preditiva da autoeficácia, catastrofismo e medo do movimento sobre a experiência dolorosa na FM. Um total de 61 pacientes da Unidade de Atenção Integral à Fibromialgia completaram diferentes questionários para avaliar as variáveis deste estudo. A percepção do impacto global da FM e do estresse apresentaram relações significativas tanto com a catastrofização quanto com a autoeficácia. O estudo concluiu que a autoeficácia aparece como a variável mais relevante na

explicação da experiência de dor, constituindo um alvo terapêutico imprescindível (ZAFRA-POLO, 2014).

Cusen et al. (2010) estudaram métodos de controle da dor por meio do fortalecimento das crenças de autoeficácia com ações educativas sobre a respiração como fonte de controle das sensações dolorosas. A pesquisa se desenvolveu com sujeitos que receberam o treinamento para realizar os exercícios de respiração e posteriormente verificou-se se houve alguma mudança em relação à dor referida. Como resultado obteve-se mudanças positivas nos efeitos que as sensações dolorosas provocavam, tais como depressão, desesperança e catastrofização. Com isso, constatou-se a importância de programas que aumentam a possibilidade de os pacientes com dor crônica se sentirem aptos a controlar suas dores.

Abordagens multidisciplinares de tratamento para a fibromialgia são defendidas para a melhora dos sintomas e das complicações enfrentados pelos pacientes. Exercício físico e estratégias cognitivo-comportamentais, juntamente com a educação do paciente geralmente compreendem a abordagem multidisciplinar para o tratamento em ensaios clínicos. Uma revisão da literatura de pesquisa sugere que eles são eficazes para diminuir a dor e o impacto da fibromialgia, além de aumentar a autoeficácia e o funcionamento físico (BURCKHARDT, 2006).

O componente afetivo desempenha um importante papel na percepção da dor, na manutenção da dor e na sua resolução. Um estudo controlado, randomizado avaliou uma intervenção inovadora de autoconsciência afetiva, que foi projetado para reduzir a dor e melhorar a funcionalidade em indivíduos com fibromialgia. Um total de 45 mulheres com fibromialgia foram randomizados para o grupo de intervenção (n = 24) ou lista de espera (n = 21). A intervenção teve início com uma consulta médica seguida de 3 sessões semanais de 2 horas de duração. As sessões eram focadas em expressão emocional através da escrita. Os resultados em ambas as condições eram medidos por um avaliador cego no início do estudo e

6 meses após. A intervenção de auto-conhecimento representou melhoria dos sintomas por pelo menos 6 meses, em mulheres com fibromialgia em comparação com o grupo controle. Este estudo sugere o valor de intervenções visando o aspecto emocional de pessoas com fibromialgia (HSU, et al., 2010).

Embora o exercício físico seja atualmente defendido como uma das estratégias de gestão mais eficazes para o tratamento da fibromialgia, a implementação do exercício no cotidiano de indivíduos fibromiálgicos é dificultada pela baixa adesão destes. A premissa de que catastrofização da dor é um indicador-chave da baixa adesão, justifica considerar que identificar e tratar esta variável é de extrema importância no manejo da FM (MORRIS, et al., 2011).

Um estudo desenvolvido na África do Sul teve como objetivo propor e testar um protocolo de desenvolvimento de uma terapia de exposição à realidade virtual (do inglês *virtual reality exposure therapy – VRET*), além de apurar se mudanças neuropsicológicas ocorrem nas áreas funcionais do cérebro associadas com a catastrofização, quando os pacientes fibromiálgicos são expostos à exibição de atividades físicas. A terapia de exposição à realidade virtual é um tipo de tratamento que vem sendo amplamente utilizada no tratamento da catastrofização. Nela, o usuário é imerso em um ambiente gerado pelo computador e exposto ao estímulo de uma situação específica de medo. Um total de 20 sujeitos foi randomizado para o grupo da intervenção e grupo controle. A melhora clínica da catastrofização foi medida através de ressonância magnética (objetivo) e pela Escala de Catastrofização da Dor (subjetivo). Os achados sugerem que esta exposição gradual e contínua possa diminuir os níveis de catastrofização e conseqüentemente diminuir o medo do movimento, melhorando a adesão aos programas de exercício entre pacientes com fibromialgia e sua qualidade de vida (MORRIS, et al., 2011).

Uma alternativa de tratamento aos indivíduos fibromiálgicos, que vêm sendo amplamente empregada, são as intervenções baseadas na Internet, usando abordagens cognitivo-comportamentais, as quais podem ser eficazes na promoção da autogestão em condições de dor crônica. Programas baseados na Web via smartphones são cada vez mais utilizados para apoiar a auto-gestão de vários problemas de saúde (KRISTJÁNSDÓTTIR, et al., 2013).

O presente trabalho possibilitou a discussão da Fibromialgia e dos fatores não-miálgicos os quais tem sido amplamente estudados principalmente em estudos internacionais. Ressalta-se que os achados do presente estudo se mostram consistentes com os resultados de outras pesquisas, indicando que as crenças de autoeficácia e os pensamentos catastróficos podem influenciar a percepção de dor e conseqüentemente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela Fibromialgia. Sendo assim, autoeficácia, catastrofização da dor e qualidade de vida são variáveis que devem ser consideradas no manejo da dor na Fibromialgia.

Podemos considerar como limitações do estudo a lacuna deixada pelos elementos qualitativos da pesquisa. Quando tratamos de fatores psicossociais, torna-se insuficiente estudá-los somente de maneira quantitativa. As recentes pesquisas têm demonstrado que sempre que viável, é interessante pesquisar de forma mista, ou seja, quanti e quali, abarcando assim diferentes dimensões do objeto de estudo.

5. Considerações Finais

A correlação entre Impacto na Qualidade de Vida e Pensamentos Catastróficos é positiva e moderada, possibilitando considerar a hipótese de que à medida que o escore de um sobe ou desce o outro terá o mesmo comportamento.

Já as correlações das variáveis Impacto na Qualidade de Vida e Autoeficácia, para todos os domínios, são negativas e moderadas, ou seja, são inversamente proporcionais,

quando um aumenta o outro decresce, porém sendo elas classificadas como moderadas, não há muitas evidências para tal afirmação de que ocorra sempre isso.

Ao correlacionar os domínios da Escala de Autoeficácia e Pensamentos Catastróficos observa-se relação forte e negativa entre as variáveis, o que nos leva a crer que quanto maior são as crenças de autoeficácia, menores são os índices de pensamentos catastróficos.

Foi detectada correlação estatisticamente significativa e negativa das crenças de autoeficácia com a intensidade da dor. Uma correlação negativa indica que, quanto maior a intensidade da dor, menores são os valores de crenças de autoeficácia, e vice-versa.

Também foi detectada correlação estatisticamente significativa, mas dessa vez positiva, de catastrofização da dor com a intensidade da dor. A correlação positiva encontrada indica que, quanto maior a intensidade da dor, maior a catastrofização da dor, e vice-versa.

Por sua vez, foi detectada correlação moderada e positiva, de Impacto na qualidade de vida com a intensidade de dor. A correlação positiva encontrada indica que, quanto maior a intensidade de dor, maior o impacto na qualidade de vida, e vice-versa.

Referências

ANDERSON, K. O. et al. Development and validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. **Pain**. Amsterdã, v.3, p.77-84, 1995.

ASGHARI, A.; NICHOLAS, M. K. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior: A prospect study. **Pain**, Amsterdã, v.94, p.85-100, 2001.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, p. 191-215, 1977. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1977PR.pdf>> Acesso em: 15/07/2013.

BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, v. 37, p. 122-147, 1982. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1982AP.pdf>> Acesso em: 15/07/2013.

- BANDURA, A. **Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, p. 248-287, 1991. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1991OBHDP.pdf>> Acesso em: 15/07/2013.
- BANDURA, A. **A auto-eficácia**. In: RAMACHAUDRAN, V. S. Enciclopédia do comportamento humano. V. 4, New York: Ed Academic Press, p. 71-81, 1994.
- BORSBO, B., GERDLE, B., PEOLSSON, M. Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophizing on disability, quality of life and health in chronic pain patients. **Disability and rehabilitation**. Linköping, v.32, n.17, p.1387-1396, 2010.
- BUCKHARDT, C. S.; CLARK, S. R.; BENNETT, R. M. The Fibromyalgia Impact questionnaire: development and validation. **Journal of Rheumatology**; v.18, p.728-33, 1991.
- BURCKHARDT, C. S. Multidisciplinary Approaches for Management of Fibromyalgia, **Current Pharmaceutical Design**, v.12, p.59-66, 2006.
- BURGMER, M; PETZKE, F; GIESECKE, T; GAUBITZ, M; HEUFT, G; PFLEIDERER, B. Cerebral Activation and Catastrophizing During Pain Anticipation in Patients With Fibromyalgia. **Psychosomatic Medicine**, v.73, p.751-759, 2011.
- CARDOSO, F. S.; CURTOLO, M.; NATOUR, J.; LOMBARDI JUNIOR, I. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 51, nº 04, p. 338-50, 2011.
- CLAUW, D. J.; CROFFORD, L. J. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 17, p.685-701. 2003.
- CUSEN, B. et al. Evaluation of the Breathworks Mindfulness – Based Pain Management Programme: Effects on Well-Being and Multiple Measures of Mindfulness. **Clinical Psychology and Psychotherapy**. Malden, v.17, p.63-78, 2010.
- EDWARDS, R.R.; KRONFLI, T.; HAYTHORNTHWAITE, J.A.; SMITH, M. T.; MCGUIRE, L.; PAGE, G. G. Associations of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. **Pain**, v.140, p. 135-144, 2008.
- FERREIRA, E. A. G.; MARQUES, A. P.; MATSUTANI, L. A.; VASCONCELLOS, E. G.; MENDONÇA, L. F. Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**; v. 42, nº 02, p.104-10. 2002.
- FLOR, H; BEHLE, D. J; BIRBAUMER, N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. **Behav Res Ther**. vº 31, nº 01, p.63-73, 1993.
- GARCÍA-CAMPAYO, J; SERRANO-BLANCO, A; RODERO, B; MAGALLÓN, R; ALDA, M; ANDRÉS, E; LUCIANO, J. V; DEL HOYO, Y. L: Effectiveness of the psychological and

pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials*. 10:24, 2009.

GORMSEN, L. et. al., Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v.14, p.127-e1 127 e-8, 2010.

GRACELY, AMBROSE. Neuroimaging of fibromyalgia. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, 2011.

HELFFENSTEIN JÚNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista Associação Médica Brasileira**; v. 58, nº 03, p. 358-365, 2012.

HELMAN, C. Dor e cultura. In: **Cultura, Saúde e Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Ed. ArtMed, p.170-179, 2003.

HOMANN, D.; GOES, S. M.; TIMOSSI, L. S.; LEITE, N. Avaliação da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia: métodos diretos e autorrelatados. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano**, v. 13, nº 04, p. 292-298, 2011.

HSU, M. C; SCHUBINER, H; LUMLEY, M. A; STRACKS, J. S; CLAUW, D, J; WILLIAMS, D. A. Sustained Pain Reduction Through Affective Self-awareness in Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. **J Gen Intern Med**, v. 25, nº 10, p.1064–70, 2010.

IASP. International Association for the Study of Pain. **Definições de termos**. Seattle, 2007. Disponível: http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain. Acesso em 13 Ago. 2014

IASP. International Association for the Study of Pain. **Global year against musculoskeletal pain**. Seattle, 2010. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&SECTION=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=9282>> Acesso em: 04/Ago. 2013.

KAZIYAMA, H. H. S.; TEIXEIRA, M. J.; YENG, L. T.; OKADA, M. (Org.). Síndrome Fibromiálgica. Cap. 39, p. 454-485. In: **Dor. Princípios e Prática**. Onofre Alves Neto (Org)... [et. al.]; Adriana Machado Issy... [et. al.]. Porto Alegre, Artmed, 1440p, 2009.

KRISTJÁNSDÓTTIR, O. B; FORS, E. A; EIDE, E; FINSET, A; STENSRUD, T. L; VAN DULMEN, S; WIGERS, S. H; EIDE, H. A Smartphone-Based Intervention With Diaries and Therapist-Feedback to Reduce Catastrophizing and Increase Functioning in Women With

- Chronic Widespread Pain: Randomized Controlled Trial. **J Med Internet Res.** v. 15, nº 1, 2013.
- LAMÉ, I. E et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain than with pain intensity. **European Journal of Pain.** Amsterdã, v. 9, p. 15-24, 2005.
- LIEW, C. V; BROWN, K. C; CRONAN, T. A; BIGATTI, S. M; KOTHARI, D. J. Predictors of pain and functioning over time in Fibromyalgia Syndrome: An autoregressive path analysis. **Arthritis Care & Research.** v. 65, nº 02, p.251-256, 2013.
- MARQUES, A. P.; SANTOS, A. M. B.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L. A.; LAGE, L. V.; PEREIRA, C. A. B.; Validação da versão brasileira do *Fibromyalgia Impact Questionnaire*.(FIQ). **Rev Bras Reumatol**, v. 46, n. 1, p. 24-31, jan/fev, 2006.
- MARTINEZ, J. E.; FUJISAWA, R. M.; CARVALHO, T. C.; GIANINI, R. J.; Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 49, nº 01, p. 32-8, 2009.
- MAUGHAN, E. F., LEWIS, J. S. Outcome measures in chronic low back pain. **Europe Spine Journal.** Heidelberg, v.19, p.1484-1494, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, nº 01, p. 7-18, 2000.
- MIRÓ, E; MARTÍNEZ, M. P; SANCHÉZ, A. I; PRADOS, G; MEDINA, A. When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. **British Journal of Health Psychology** , 16, p.799–814, 2011.
- MOORE, R. A. et al. Fibromyalgia: Moderate and substantial pain intensity reduction predicts improvement in other outcomes and substantial quality of life gain. **Pain.** Amsterdã, v.149, p. 360-364, 2010.
- MORRIS, et. al., Virtual reality exposure therapy as treatment for pain catastrophizing in fibromyalgia patients: proof-of-concept study (Study Protocol). **BMC Musculoskeletal Disorders**, vº 12, nº 85, 2011.
- PICAVET, H. S.; VLAEYEN, J. W.; SCHOUTEN, J. S. Pain ctastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. **Am. J. Epidemiol.**, v.156, p. 1028-34, 2002.
- RAHMAN, A; REED, E; UNDERWOOD, M; SHIPLEY, M. E; OMAR, R. Z. Factors affecting self-efficacy and pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain seen in a specialist rheumatology pain clinic. **Rheumatology**, 47, p.1803–1808, 2008.

- RODERO, B; CASANUEVA, B; GARCÍA-CAMPAYO, J; ROCA, M; MAGALLÓN, R; HOYO, Y. L. Stages of chronicity in fibromyalgia and pain catastrophising: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 11, nº251, 2010.
- SÁ, K. N., et al. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. **Pain**, Amsterdã, v.139, p.498-506, 2008.
- SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M.; Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 32, nº 04, p. 202-210, 2005.
- SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M.; Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, nº 1, p.135-40, 2007.
- SANCHEZ, A. I. et al. Predictors of the pain perception and self-efficacy for pain control in patients with fibromyalgia. **The Spanish journal of psychology**. Madrid, v. 14, n.1, p.366-373, 2011.
- SARDÁ JUNIOR, J.; NICHOLAS, M. K.; PEREIRA, I. A.; PIMENTA, C. A. M.; ASGHARI, A.; CRUZ, R. M. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. **Acta Fisiátr**, v. 15 nº 01, p.31-6, 2008.
- SCHAEFER, C. et al. The comparative burden of mild, moderate and severe fibromyalgia: results from a cross-sectional survey in the United States. **Health and quality on Life Outcome**. Londres, v.9, n.71, 2011.
- SENNA, E. R.; BARROS, A. L. P.; SILVA, E. O.; COSTA, I. F.; PEREIRA, L. V. B.; PEREIRA, L. V. B.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **J Rheumatology**. v.31, nº 3, 594-597, 2004.
- STURGEON, J. A., ZAUTRA, A. J., AREWASIKPORN, A. A multilevel structural equation modeling analysis of vulnerabilities and resilience resources influencing affective adaptation to chronic pain. **Pain**, vº 155, p. 292-298, 2014.
- SULLIVAN, M. J.; THORN, B.; HAYTHORNTHWAITE, J. A.; KEEFE, F.; MARTIN, M.; BRANDLEY, L. A.; LEFEBVRE, J. C. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. **Clin. J Pain**, v. 17, p. 52-64, 2001.
- ZAFRA-POLO, MIRA, ROIG, Autoeficácia, catastrofismo, miedo al movimiento y resultados de salud en la fibromialgia. **Anales de Psicología**, 2014.
- WADDELL, G.; BURTON, A.K.; MAIN, C. J. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work. London UK: **Royal Society of Medicine Press**, 2003.

WOLFE F; CLAUW D. J; FITZCHARLES M. A; GOLDENBERG D. L; KATZ R. S; MEASE P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis Care Res (Hoboken)**; v. 62, p. 600–10, 2010.

World Health Organization (WHO). WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: **WHO**, 1997. [citado 2013 Ago 05].

Available from: <<http://www.who.int/mental health/media/68.pdf>>

4.2 Avaliação multidimensional da percepção de dor na fibromialgia: intensidade e linguagem da dor

Laura Priscila Navarrete de Toledo¹; Priscilla Hortense¹.

¹Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. Brasil.

Resumo

Objetivo: Mensurar a intensidade de dor e caracterizá-la por meio de descritores de dor em indivíduos com fibromialgia. Método: Estudo descritivo de delineamento transversal. Utilizou-se o Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) para caracterização da dor fibromiálgica. Realizou-se a análise exploratória e descritiva dos dados. Resultados: A intensidade média de dor na amostra estudada foi de 7,36 pontos em uma escala de 0 a 10. Os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como *avaliativos*, sendo eles Desconfortável, Prejudicial, Intensa e Persistente. Conclusão: O presente estudo aponta que as pessoas com fibromialgia têm outras dimensões afetadas pela dor, que não somente o físico. Além disso, revela os principais descritores citados pelos indivíduos com fibromialgia. Desta forma, os profissionais da saúde necessitam realizar uma ampla avaliação da percepção dolorosa a fim de propor seu manejo adequado.

Palavras-chave: Fibromialgia, medição da dor, descritores de dor.

Abstract

Goal: To measure pain intensity and characterize it through pain descriptors in individuals with fibromyalgia. Method: A descriptive cross-sectional study. We used the Sociodemographic data collection instrument and the Multidimensional Scale Evaluation of Pain (EMADOR) for characterization of fibromyalgia pain. We conducted exploratory and descriptive data analysis. Results: The mean pain intensity in the sample was 7,36 points on a scale of 0 to 10. The descriptors that best described the pain were classified as evaluation, namely Uncomfortable, Harmful, Intense and Persistent. Conclusion: This study shows that people with fibromyalgia have other dimensions affected by pain, not only physical. Moreover, it shows the main descriptors cited by individuals with fibromyalgia. Thus, health professionals need to conduct a comprehensive assessment of pain perception in order to propose appropriate management.

Descriptors: Fibromyalgia, pain measurement, pain descriptors.

1. Introdução

A IASP (*International Association for the Study of Pain*) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Esse conceito sugere que, para entender a complexidade da percepção da dor, deve-se considerar tanto as influências fisiológicas, como as psíquicas, as sociológicas e as culturais (IASP, 2007).

A dor crônica pode ser definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de três meses; sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (TEIXEIRA, MARCON, ROCHA, 2001; SMITH, ELLIOTT, CHAMBERS, 2001).

Nesse contexto, merece destaque a fibromialgia, uma doença cujo principal sintoma é a dor crônica, considerada o segundo distúrbio reumatológico mais comum nos Estados Unidos, superada apenas pela osteoartrite, visto que afeta aproximadamente quatro a seis milhões de americanos. Essa população é composta, em sua maioria, de mulheres entre 30 e 60 anos, sendo acometidas 10 mulheres para cada homem (CARDOSO, et. al., 2011).

A fibromialgia é uma condição dolorosa crônica difusa do sistema musculoesquelético, não articular, caracterizada pela presença de dor à palpação em locais predeterminados denominados *pontos dolorosos (tender points)*. É geralmente associada à fadiga persistente, rigidez, sono leve não reparador, estresse emocional, além de vários outros sintomas (KASIYAMA, et. al., 2009).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) também define fibromialgia como uma síndrome caracterizada por dor musculoesquelética crônica difusa com uma série

de sintomas associados, entre os quais, distúrbios do sono, fadiga e disfunção afetiva são particularmente frequentes (IASP, 2010).

Para Goldenberg (2000), na realização de investigações de fenômenos complexos, a aplicação de técnicas metodológicas múltiplas possibilita melhor avaliação e compreensão deles. Assim, com variadas formas de coleta de dados, alcança-se acesso mais amplo a complexidade do fenômeno.

Um grande número de estudos acerca da dor e da analgesia, no passado e também atualmente, considera a dor como uma dimensão unitária, variando apenas em magnitude de intensidade. Porém, os resultados de um estudo sobre a dor podem depender da dimensão da dor que está sendo avaliada e o uso de uma simples medida da sensação dolorosa pode introduzir significativa variabilidade nos estudos sobre os mecanismos e sobre o tratamento eficiente da dor (SOUSA, SILVA, 2004).

Com uma mensuração da dor apropriada torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite escolher qual é o melhor e o mais seguro entre diferentes tipos de condutas terapêuticas. Além disso, pode-se fazer um melhor acompanhamento e análise dos mecanismos de ação de diferentes drogas farmacológicas, pois considerar apenas as características sensoriais da dor, e ignorar suas propriedades, afetiva e emocional, é olhar apenas parte do problema, e talvez, nem mesmo a parte mais importante dele (SOUSA, SILVA, 2004).

Para que haja manejo adequado da dor é necessário que haja avaliação multidimensional da dor, desta forma, ressalta-se a importância do trabalho multidisciplinar, nos serviços de saúde a fim de se obter um efeito sinérgico de todos os campos do conhecimento em prol do alívio da dor.

Para que isso aconteça se faz necessária a adequada avaliação deste fenômeno tão complexo e subjetivo. A avaliação e a mensuração da dor em seres humanos são essenciais

para o estudo dos seus mecanismos e para a avaliação de métodos de controle (FALEIROS SOUSA, PEREIRA, HORTENSE, 2009).

O presente estudo justifica-se no fato de que avaliar a linguagem utilizada pelos indivíduos que percebem a dor na fibromialgia é de extrema importância como uma forma de compreender a multidimensionalidade do fenômeno doloroso ao investigar todas as dimensões envolvidas na percepção de dor da fibromialgia, a fim de propor o manejo mais adequado para cada situação. Desta forma, os objetivos deste trabalho foram mensurar a intensidade de dor em pacientes com fibromialgia e caracterizá-la por meio de descritores de dor.

2. Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e observacional de delineamento transversal. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e aprovado conforme parecer nº 369.204/2013.

Participantes e local de estudo

A amostra de conveniência foi constituída por indivíduos atendidos ambulatorialmente em um Hospital de grande porte da rede pública, pacientes cadastrados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), além de convite aberto a quem quisesse participar por meio de cartazes e folderes; a coleta de dados aconteceu em duas cidades do interior do estado de São Paulo.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2013 a setembro de 2014. Para compor a amostra foram utilizados os critérios de inclusão, apresentar idade igual ou maior de 18 anos, de ambos os sexos e possuir diagnóstico médico de fibromialgia e os critérios de exclusão, não apresentar condições físicas e de compreensão suficientes para executar as tarefas solicitadas na pesquisa.

Material

Para coleta de dados foram utilizados os instrumentos e caneta. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: 1) Instrumento de coleta de dados sociodemográficos; e 2) Escala Multidimensional de Avaliação da Dor - EMADOR. Para processamento e análise dos dados foram utilizados computador e o *Software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 19.0.

Procedimentos

Os participantes foram entrevistados durante a espera da consulta médica no ambulatório em questão ou na sua própria residência ou nas instalações da Universidade Federal de São Carlos.

O instrumento para analisar as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas foi elaborado pela pesquisadora e orientadora baseado em literaturas da área e experiência clínica.

Na etapa de caracterização sociodemográfica e econômica foram coletados dados como a data de nascimento (para posterior cálculo da idade), estado civil, escolaridade, situação profissional, renda mensal familiar. Para a caracterização clínica dos pacientes foram coletados dados referentes à data (ano) do diagnóstico de fibromialgia, tratamentos não farmacológicos para o manejo da dor, se realiza atividade física periodicamente e frequência, se é tabagista e quantos cigarros fuma/dia.

Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR)

Para a avaliação da percepção da dor (intensidade e linguagem da dor), foi utilizada a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). Esta escala foi elaborada para a língua portuguesa e validada de forma subjetiva e estatística por Sousa et al., 2010. O instrumento consta do Diagrama Corporal para localização da dor, de uma Escala de Intensidade Numérica de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 refere-se a “pior dor imaginável”, além dos descritores de dor para a caracterização da dor aguda e dor crônica.

A avaliação da dor neste instrumento origina-se do que o cliente relata, complementada pela avaliação física (SOUSA et al., 2010). Para este estudo, utilizaremos apenas a Escala de Intensidade Numérica de 0 a 10 e os descritores de dor crônica.

O instrumento consta de uma lista com 100 descritores para dor crônica e suas respectivas definições. Abaixo de cada definição contém uma escala de categorias de 11 pontos, contendo alternativas que variavam de 0 a 10, as quais os participantes devem emparelhar a julgamentos, atribuindo escores que representem o quanto, em sua percepção, tal descritor sua dor (SOUSA et al., 2010). No entanto, para este estudo utilizaremos os 10 descritores mais utilizados para dor crônica do EMADOR.

Processamento e Análise dos Dados

Para a análise e caracterização das variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos sujeitos, bem como a descrição da percepção de dor (intensidade e linguagem), foram adotados métodos estatísticos descritivos, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Em seguida, foi estabelecido um *ranking*, no qual foram dispostos os descritores de maior atribuição e os de menor atribuição.

As variáveis categóricas estão apresentadas sob a forma de tabelas, com as frequências absolutas e porcentagens e as variáveis discretas serão caracterizadas, utilizando-se média, mediana e desvio-padrão.

3. Resultados

A amostra foi composta de 95 indivíduos diagnosticados com fibromialgia. Encontrou-se predominância do sexo feminino (96,84%), e média de idade de 57,7 anos, sendo que as idades variaram entre 32 a 81 anos. Já quanto ao nível de escolaridade, 43% da amostra apresentaram ensino fundamental incompleto. Quanto à renda familiar, o estudo revelou que 50% da amostra recebem entre 2 a 4 salários mínimos mensais. Quanto ao IMC,

observou-se que cerca de 50% da amostra apresentaram sobrepeso, seguido de 35% com algum grau de obesidade. A média do tempo de diagnóstico médico de fibromialgia foi de 11,12 anos.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas e clínicas. (n=95). São Carlos, 2015.

Características	Categorias	f	%
Sexo	Masculino	03	3,16%
	Feminino	92	96,84%
IMC*	Baixo Peso (<18,5)	01	1%
	Peso Normal (18,6 a 24,9)	13	14%
	Sobrepeso (25 a 29,9)	48	50%
	Obesidade (>30)	33	35%
Cor da Pele	Branco	57	60%
	Negra	28	30%
	Parda	8	8%
	Amarela	2	2%
Estado Civil	Casado	48	50%
	Separado	19	20%
	Solteiro	09	10%
	Viúvo	19	20%
Escolaridade	Fundamental Incompleto	41	43%
	Fundamental Completo	19	20%
	Médio Incompleto	06	7%
	Médio Completo	24	25%
	Superior Incompleto	02	2%
	Superior Completo	03	3%
Ocupação Profissional	Aposentado	39	41,05%
	Serviços domésticos	29	30,52%
	Serviços prestados	04	4,21%
	Outros	10	10,52%
	Saúde	04	4,21%
	Alimentação	01	1,05%
	Atividades administrativas	01	1,05%
	Desempregado	07	7,36%
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	05	5%
	1 a 2	28	30%
	2 a 4	50	52%
	4 a 6	09	10%
	6 a 8	02	2%
	Mais que 8	01	1%
Terapia não medicamentosa	Acupuntura	09	10%
	Fisioterapia	28	30%
	Hidroterapia	05	5%
	Outros	05	5%
	Não adere	48	50%

Atividade Física	Sim	51	54%
	Não	44	46%
Uso de tabaco	Sim	08	8,42%
	Não	87	91,58%

*Valor do salário mínimo vigente: R\$ 724,00 (Lei nº 12.382 de 25 de fevereiro de 2011)/ *f*= frequência absoluta; %= frequência em porcentagem.

* Índice de Massa Corporal segundo World Health Organization (2008).

Caracterização da amostra segundo a percepção de dor (intensidade e linguagem)

Na tabela 2 são apresentados os valores relacionados à percepção de dor (intensidade e linguagem) obtidos por meio do instrumento Escala de Avaliação Multidimensional da Dor (EMADOR) na amostra de indivíduos fibromiálgicos.

Tabela 2 – Distribuição dos valores da percepção de dor (intensidade e linguagem da dor) obtidos por meio da EMADOR na amostra de indivíduos fibromiálgicos, em ordem decrescente (n=95). São Carlos, 2015.

Questões	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Intensidade da dor	7,36	8	2,25	0	10
Desconfortável	8,83	10	1,93	1	10
Prejudicial	8,56	10	1,93	3	10
Desastrosa	8,45	10	2,08	0	10
Persistente	8,24	9	2,17	1	10
Cruel	7,98	10	3,08	0	10
Dolorosa	7,72	8	2,17	0	10
Insuportável	7,42	8	2,55	0	10
Angustiante	7,37	8	2,9	0	10
Deprimente	7,17	8	3,11	0	10
Assustadora	6,17	7	3,98	0	10

A média da intensidade de dor na amostra estudada foi de 7,36 pontos, em uma escala de 0 para nenhuma dor e 10 para a pior dor imaginável.

Os descritores Desconfortável, Prejudicial, Desastrosa e Persistente foram os descritores que melhor caracterizaram a dor nesta amostra de indivíduos com fibromialgia, embora todos os descritores tivessem sido altamente pontuados (média para cada descritor acima de 6,0). O descritor Assustadora é o que mais aparece em pequena escala.

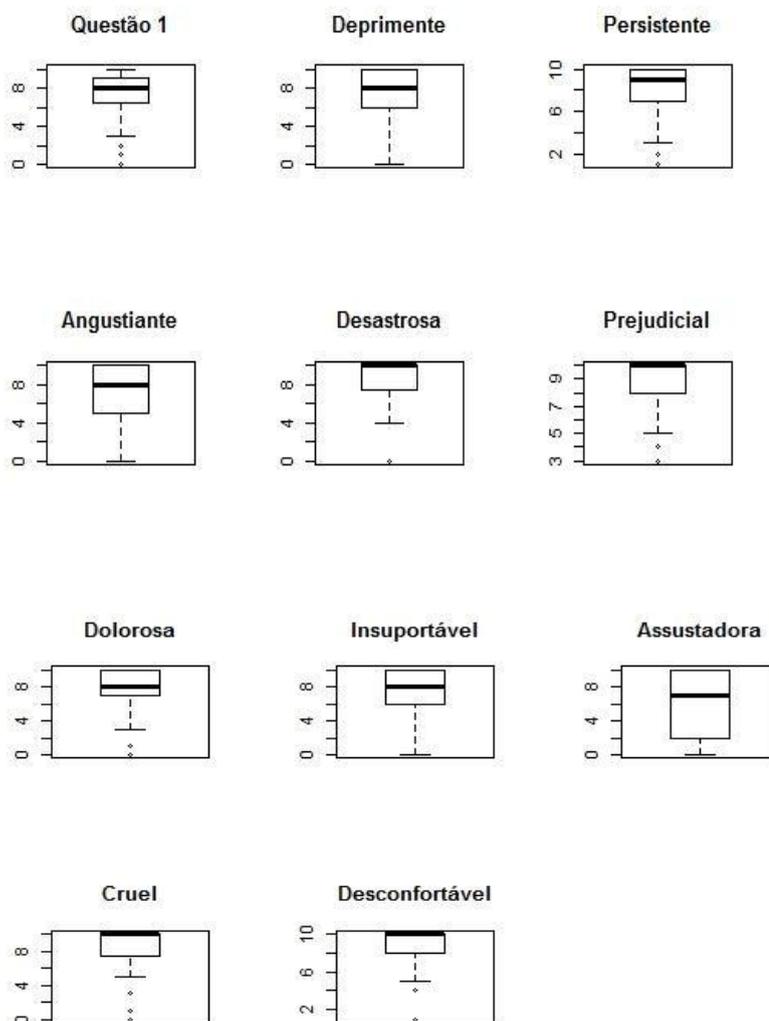


Figura 1 - Gráficos de box-plot do questionário EMADOR

Na análise do gráfico box-plot do questionário EMADOR, vale ressaltar a aparição de muitos pontos discrepantes, o que sugere que os diferentes participantes não tem o mesmo entendimento sobre as questões, pois cada ser é único, respondendo de maneira diferente a cada questão. Sendo assim, cada descritor tem uma representação diferente para cada indivíduo.

4. Discussão

A média do tempo de diagnóstico médico de fibromialgia foi de 11,12 anos. Também observa-se que o tempo mínimo foi de 1 ano e o tempo máximo de 30 anos.

As intervenções devem considerar o estágio de cronicidade como um moderador de vulnerabilidade, o que pode render resultados mais positivos de abordagens padronizadas para a gestão da FM. As terapias cognitivas devem ser focadas em avaliações específicas, ou seja, tendo em vista o contexto em que o indivíduo está inserido a fim de otimizar o tratamento (RODERO, et al., 2010).

O nível sócio econômico (renda familiar) se fixou em 2 a 4 salários mínimos (52%). O presente estudo realizou a coleta de dados somente em serviços públicos de saúde, o que dificulta tecer comparações. Além disso, comparar estes dados com dados internacionais pode induzir a erros, considerando que analisamos o salário mínimo no Brasil.

A média da intensidade de dor na amostra estudada foi de 7,36 pontos, em uma escala de 0 para nenhuma dor e 10 para a pior dor imaginável. A dor constitui-se numa experiência subjetiva, pessoal e multidimensional que envolve dimensões psicológicas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sensoriais. Por ser um fenômeno multifacetado, ela é também afetada pela experiência passada e pela cultura. Assim, medir a intensidade de dor é de suma importância para os pesquisadores e para os clínicos, pois a sua mensuração é essencial para avaliação dos métodos que a controlam (SOUSA, SILVA, 2004).

Martins et al. (2011) objetivaram verificar o poder discriminativo dos instrumentos para avaliação da multidimensionalidade do fibromiálgico a fim de identificar indicadores que permitam expressar a autoavaliação e o autoconhecimento. Um grupo-teste (T), com diagnóstico de FM (n = 63) e um grupo-controle (C), (n = 75) responderam aos instrumentos Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF), Escala Visual Analógica (EVA), Questionário de Dor McGill e o Protocolo Pós-Sono (PSI). Em relação aos valores da EVA, o grupo T apresentou maiores escores. No questionário McGill, o índice de dor é obtido pela soma dos valores de intensidade dos descritores escolhidos, e pode ser obtido para o total e para cada um dos quatro componentes do questionário: sensorial, afetivo, avaliativo e

miscelânea (mista). No resultado do questionário McGill, verificou-se que as quatro categorias (sensorial, afetiva, avaliativa e mista) estavam descritas com maior intensidade no grupo T que no grupo C, prevalecendo a categoria sensorial.

Assim, devido à natureza multifatorial da FM, faz-se necessária uma ampla avaliação dos fatores objetivos e subjetivos, auxiliando o diagnóstico e o tratamento dessa síndrome. Estudos atuais preconizam que o tratamento deve abordar o farmacológico, o psicoterápico, programas educativos, controle da dor e fadiga, melhora do padrão do sono, controle de humor, melhora da funcionalidade e reintegração psicossocial, com interação assistencial interdisciplinar (MARTINS et al., 2011).

Ressalta-se a fragilidade desta escala de 11 pontos, considerando que se trata de uma escala ordinal. A fragilidade das escalas de categorias para a mensuração da dor pode ser explicada, primeiro, porque o número de categorias com as quais os estímulos são julgados é fixo, o método introduz sérios vieses no que se refere à amplitude das categorias e ao constrangimento causado ao examinando pela imposição de uma âncora (limite superior) no fim do contínuo de dor (SOUSA, SILVA, 2005).

Sabe-se que a dor apresenta-se como um fenômeno complexo derivado de estímulos sensoriais ou de lesões neurológicas que podem ser modificados pela memória, pelas expectativas e pelas emoções dos indivíduos. Também pode ser influenciada por uma variedade de outros fatores, incluindo as habilidades para manejá-la e controlá-la, os sinais vitais, a história médica e cirúrgica, as condições socioeconômicas, o contexto cultural, o sexo e as habilidades intelectuais (SOUSA, SILVA, 2005).

A análise da linguagem do fenômeno doloroso por meio dos descritores apresentou que os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como avaliativos (desconfortável, prejudicial, intensa e persistente). No entanto, os descritores deprimente e assustadora (dimensão afetiva) também tiveram altos índices na pontuação. Assim, o

indivíduo com fibromialgia apresenta respostas diversas à experiência dolorosa e faz avaliação da sua experiência global com o fenômeno doloroso.

Interessante notarmos que as palavras utilizadas pelos participantes para descreverem sua dor são palavras que podem dizer muito sobre o dia-a-dia dessas pessoas. Dizer que a dor é desconfortável, prejudicial, desastrosa, persistente, cruel, dolorosa, insuportável, angustiante e deprimente, é dizer como a dor impacta na sua vida. Com isso, avaliar a percepção da dor por meio da linguagem, utilizando-se de descritores, possibilita conhecer outros aspectos da dor, que não só a intensidade.

Saltareli et al. (2008) buscaram avaliar, por meio de uma técnica metodológica quantitativa e uma qualitativa, a percepção da dor em tratamento para fibromialgia. Foi aplicado o Instrumento de Descritores de Dor, o qual é constituído por 50 descritores de dor, visto que para cada um deles existe uma definição específica dada ao paciente no momento da aplicação do instrumento. As palavras utilizadas estão dispostas aleatoriamente e pertencem aos grupos sensoriais, avaliativos, afetivos e mistos, contemplando a multidimensionalidade do fenômeno doloroso.

A análise do Instrumento de Descritores de Dor revelou que os descritores de maior atribuição na caracterização da dor foram: incômoda, que espalha, latejante, desconfortável e persistente. Sendo estes os cinco primeiros descritores utilizados pelas pacientes na caracterização da dor, o aspecto sensitivo ganha destaque na percepção que essas pacientes tem de sua própria dor (SALTARELI, et al. 2008).

6. Considerações Finais

A análise da linguagem do fenômeno doloroso por meio dos descritores apresentou que os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como *avaliativos* (desconfortável, prejudicial, intensa e persistente) e o descritor que pior descreve a dor foi classificado como afetivo (assustadora). Esses achados apontam que, as pessoas com

fibromialgia têm outras dimensões afetadas pela dor, que não somente o físico. Desta forma, os profissionais da saúde necessitam realizar uma ampla avaliação da percepção dolorosa, tanto qualitativamente quanto quantitativamente a fim de propor condutas mais eficazes de tratamento.

Referências

- CARDOSO, F. S.; CURTOLO, M.; NATOUR, J.; LOMBARDI JUNIOR, I. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 51, nº 04, p. 338-50, 2011.
- FALEIROS SOUSA, F. A. E, PEREIRA, L. V. HORTENSE, P. Avaliação e mensuração da percepção da dor. In: NETO, O. A. et al. **Dor – Princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, p.370-381, 2009.
- GOLDENBERG M., A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 4.ed. Rio de Janeiro - São Paulo, Record, 2000.
- IASP. International Association for the Study of Pain. **Definições de termos**. Seattle, 2007. Disponível: http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain. Acesso em 13 Ago. 2014
- IASP. International Association for the Study of Pain. **Global year against musculoskeletal pain**. Seattle, 2010. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&SECTION=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=9282>> Acesso em: 04/Ago. 2013.
- KAZIYAMA, H. H. S.; TEIXEIRA, M. J.; YENG, L. T.; OKADA, M. (Org.). Síndrome Fibromiálgica. Cap. 39, p. 454-485. In: **Dor. Princípios e Prática**. Onofre Alves Neto (Org)... [et. al.]; Adriana Machado Issy... [et. al.]. Porto Alegre, Artmed, 1440p, 2009.
- MARTINS, M. R. I., POLVERO, L. O., ROCHA, C. E., FOSS, M. H., SANTOS, R. J. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. **Rev Bras Reumatol**. vº 52, nº (1), p.16-26, 2011.
- RODERO, B; CASANUEVA, B; GARCÍA-CAMPAYO, J; ROCA, M; MAGALLÓN, R; HOYO, Y. L. Stages of chronicity in fibromyalgia and pain catastrophising: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 11, nº 251, 2010.

SALTARELI, S., PEDROSA, D. F. A., HORTENSE, P., SOUSA, F. A. E. F. Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**, v. 48, n.3, p. 151-156, 2008.

SMITH B. H, ELLIOTT A. M, CHAMBERS W. A. The impact of chronic pain in the community. **Fam Pract.** 18:292-9. 2001.

SOUSA, F. F.; PEREIRA, L. V.; CARDOSO, R.; HORTENSE, P. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, nº 01, 9pgs, 2010.

SOUSA, F. A. E. F. SILVA, J. A. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista DOR**, v.5, nº 4, p.408-429, 2004.

SOUSA, F. A. E. F; SILVA, J. A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista da Sociedade Brasileira para estudo da Dor*. São Paulo, v.6, n. 1, p.469-513, 2005.

TEIXEIRA, M. J, MARCON, R. M, ROCHA, R. O. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Moreira Júnior, p.1-7. 2001.

AARON, L. A. The moderating effects of catastrophizing as a response to daily pain among patients with fibromyalgia. US: **ProQuest Information & Learning**; p. 3761. 1999.

AGUGLIA A; SALVI , V; MAINA, G; ROSSETTO, I; AGUGLIA, E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. **Journal of Affective Disorders**, v.128, p.262–266, 2011.

ÁLVARES, T. T.; LIMA, M. E. A. Fibromialgia – Interface com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, nº 03, p. 803-812, 2010.

ARNOLD, L. M.; HUDSON, J. I.; WANG, F.; WOHLREICH, M. M.; PRAKASH, A.; KAJDASZ, D. K. Comparisons of the efficacy and safety of duloxetine for the treatment of fibromyalgia in patients with versus without major depressive disorder. **Clin J Pain**. v. 25, p.461-8, 2009.

ARNSTEN, P. Self Efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain. **Pain**, Amsterdã, v.80, p.483-491, 1999.

ASGHARI, A.; NICHOLAS, M. K. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior: A prospect study. **Pain**, Amsterdã, v.94, p.85-100, 2001.

ATALLAH-HAUN, M. V, FERRAZ, M. B, POLLAK, D. F. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 39, p. 221-30. 1999.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, p. 191-215, 1977. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1977PR.pdf>> Acesso em: 15/07/2013.

BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, v. 37, p. 122-147, 1982. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1982AP.pdf>> Acesso em: 15/07/2013.

BANDURA, A. **Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, p. 248-287, 1991. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1991OBHDP.pdf>> Acesso em: 15/07/2013.

- BANDURA, A. **A auto-eficácia.** In: RAMACHAUDRAN, V. S. Enciclopédia do comportamento humano. V. 4, New York: Ed Academic Press, p. 71-81, 1994.
- BARGIEL-MATUSIEWICZ, K; KRZYSZKOWSKA, A. Dispositional optimism and coping with pain. **Eur J Med Res**, v.14(Suppl. IV), p. 271-274, 2009.
- BENNETT, R. M.; CLARK, S. R.; GOLDBERG, L.; NELSON, D.; BONAFEDE, R. P. PORTER, J. Aerobic fitness in patients with fibrositis: A controlled study of respiratory gas exchange and 133 xenon clearance from exercising muscle. **Arthritis Rheum**, v. 32, nº 04, p.454-60, 1989.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Rev Bras Reumatol** , v.45, nº 02, p. 47–54. 2005.
- BERGER, A.; DUKES, E.; MARTIN, S.; EDELSBERG, J.; OSTER, G. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. **Int J Clin Pract**, v. 61, nº09, p. 1498-1508. 2007.
- BRADLEY, L. A. Pathophysiology of fibromyalgia. **Am Journal Med**; 122(12 Suppl), p.22-30. 2009.
- BRADY T. J; KRUGER J; HELMICK C. G; CALLAHAN L. F; BOUTAUGH M. L. Intervention programs for arthritis and other rheumatic diseases. **Health Ed Behav**, v. 30, p.44-63. 2003.
- BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Ordem de Serviço INSS/DSS nº 606, de 5 de agosto de 1998. Aprova Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT. *Diário Oficial da União*; 19 ago, 1998.
- BUCKHARDT, C. S.; GOLDENBERG, D.; CROFFORD, L.; GERWIN, R.; GOWANS, S.; KUGEL, P. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. **APS Clinical Practice Guidelines Series**, n. 4. Glenview: American Pain Society; 2005.
- BURCKHARDT, C. S. Multidisciplinary Approaches for Management of Fibromyalgia, **Current Pharmaceutical Design**, v.12, p.59-66, 2006.

BURGMER, M; PETZKE, F; GIESECKE, T; GAUBITZ, M; HEUFT, G; PFLEIDERER, B. Cerebral Activation and Catastrophizing During Pain Anticipation in Patients With Fibromyalgia. **Psychosomatic Medicine**, v.73, p.751-759, 2011.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization**. 5th ed. St Louis: Elsevier; 2005.

CARDIEL, M. H., ROJAS-SERRANO, J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. **Clin Exp Rheumatol**, v. 20, p. 617-24, 2002.

CARDOSO, F. S.; CURTOLO, M.; NATOUR, J.; LOMBARDI JUNIOR, I. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 51, nº 04, p. 338-50, 2011.

CAVALCANTE, A. B; SAUER, J. F; CHALOT, S. D; AASUMPÇÃO, A; LAGE, L. V; MATSUTANI, L. A; MARQUES, A. P. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. **Rev Bras Reumatol**, v. 46, n. 1, p. 40-48, jan/fev, 2006.

CLAUW, D. J.; CROFFORD, L. J. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 17, p.685-701. 2003.

CONSOLI, G; MARAZZITI, D; CIAPPARELLI, A; BAZZICHI, L; MASSIMETTI, G; GIACOMELLI, C; ROSSI, A; BOMBARDIERI, A; DELL'OSSO, L. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. **Comprehensive Psychiatry**, v.53, p.962-967, 2012.

DENISON, E; ASENLOF, P; SANDBORGH, M; LINDBERG, P. Musculoskeletal Pain in Primary Health Care: Subgroups Based on Pain Intensity, Disability, Self-Efficacy, and Fear-Avoidance Variables. **The Journal of Pain**, v. 8, nº 1, p. 67-74, 2007.

EDWARDS, R. R; BINGHAM, C. O; BATHON, J; HAYTHORNTHWAITE, J. A. Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases. **Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)**. v. 55, nº. 2, p. 325-332, 2006.

EDWARDS, R.R.; KRONFLI, T.; HAYTHORNTHWAITE, J.A.; SMITH, M. T.; MCGUIRE, L.; PAGE, G. G. Associations of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain. **Pain**, v.140, p. 135-144, 2008.

- ELANDER, J. et al. Assessment of the relative influence of pain coping, negative thoughts about pain, and pain acceptance on health-related quality of life among people with hemophilia. **Pain**, Amsterdã, v.145, p.169-175, 2009.
- FERREIRA, E. A. G.; MARQUES, A. P.; MATSUTANI, L. A.; VASCONCELLOS, E. G.; MENDONÇA, L. F. Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**; v. 42, nº 02, p.104–10. 2002.
- FINAN P. H; ZAUTRA A. J; DAVIS M. C. Daily affect relations in fibromyalgia patients reveal positive affective disturbance. **Psychosom Med**. v. 71, p.474–82. 2009.
- FRATTAROLI, J. Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 132, p. 823–865, 2006.
- FRIEDBERG, F; LEUNG, D. W; QUICK, J. Do support group help people with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia? A comparison of active and inactive members. **The Journal of Rheumatology**, v. 32, nº 12, 2005.
- GLADMAN D. D; UROWITZ M. B; GOUGH J; MACKINNON A. Fibromyalgia is a major contributor to quality of life in lupus. **J Rheumatol**, v.24, p.2145–2148, 1997.
- GLATTACKER, M; OPITZ, U; JACKEL, W. H. Illness representations in women with fibromyalgia. **British Journal of Health Psychology**, v.15, p.367–387. 2010.
- HARTH, M.; NIELSON, W. R. The fibromyalgia tender points: use them or lose them? A brief review of the controversy. **J Rheumatol**, v. 35, p. 915-21. 2007.
- HELFENSTEIN JÚNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista Associação Médica Brasileira**; v. 58, nº 03, p. 358-365, 2012.
- HELMAN, C. Dor e cultura. In: **Cultura, Saúde e Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Ed. ArtMed, p.170-179, 2003.
- HOMANN, D.; GOES, S. M.; TIMOSSI, L. S.; LEITE, N. Avaliação da capacidade funcional de mulheres com fibromialgia: métodos diretos e autorrelatados. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano**, v. 13, nº 04, p. 292-298, 2011.

HOMANN, D; STEFANELLO, J. M. F; GÓES, S. M; BREDA, C. A; PAIVA, E. S; LEITE, N. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**;52(3):319-330, 2012.

HSU, M. C; SCHUBINER, H; LUMLEY, M. A; STRACKS, J. S; CLAUW, D, J; WILLIAMS, D. A. Sustained Pain Reduction Through Affective Self-awareness in Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. **J Gen Intern Med**, v. 25, nº 10, p.1064–70, 2010.

IASP. International Association for the Study of Pain. **Definições de termos**. Seattle, 2007. Disponível:http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain. Acesso em 13 Ago. 2014

IASP. International Association for the Study of Pain. **Update on Fibromyalgia Syndrome**. International Association for the Study of Pain , 16(4), 1-6. 2008.

IASP. International Association for the Study of Pain. **Global year against musculoskeletal pain**. Seattle, 2010. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&SECTION=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=9282>> Acesso em: 04/Ago. 2013.

JENSEN, M.; P. Questionnaire validation: a brief guide of readers of the research literature. **Clin J Pain**, v. 19, nº 06, p. 345-52, 2003.

JESSEP, S. A. et al. Long-term clinical benefits and costs of an integrated rehabilitation programme compared with outpatient physiotherapy for chronic knee pain. **Physiotherapy**. Amsterdã, v.95, p. 94-102, 2009.

JONES, K. D; BURCKHARDT, C. S; BENNETT, J. A. Motivational Interviewing May Encourage Exercise in Persons With Fibromyalgia by Enhancing Self Efficacy. **Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)**. v. 51, nº 5, p.864–867, 2004.

JUNGHAEDEL, D. U; SCHWARTZ, J. E; BRODERICK, J. E. Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients. **British Journal of Health Psychology**, v.13, p. 57–60, 2008.

- .KAZIYAMA, H. H. S.; TEIXEIRA, M. J.; YENG, L. T.; OKADA, M. (Org.). Síndrome Fibromiálgica. Cap. 39, p. 454-485. In: **Dor. Princípios e Prática**. Onofre Alves Neto (Org)... [et. al.]; Adriana Machado Issy... [et. al.]. Porto Alegre, Artmed, 2009. 1440p.
- KEEFE F. J; RUMBLE M. E; SCIPIO C. D; GIORDANO L. A; PERRI L. M. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. **J Pain**, v. 5, p.195-211. 2004.
- KERNS R. D; TURK D. C; RUDY T. E. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). **Pain**, v. 23, p345-56. 1985.
- KIVIMÄKI M, LEINO-ARJAS P, VIRTANEN M, et al. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study. **J Psychosom Res**. v. 57, p.417–22. 2004.
- KRATZ, A. L; MARY, M. A; DAVIS, C; ZAUTRA, A. J. Pain Acceptance Moderates the Relation Between Pain and Negative Affect in Female Osteoarthritis and Fibromyalgia Patients. **Ann Behav Med**, v. 33, n° 3, p.291–301, 2007.
- KRISTJÁNSDÓTTIR, O. B; FORS, E. A; EIDE, E; FINSET, A; STENSRUD, T. L; VAN DULMEN, S; WIGERS, S. H; EIDE, H. A Smartphone-Based Intervention With Diaries and Therapist-Feedback to Reduce Catastrophizing and Increase Functioning in Women With Chronic Widespread Pain: Randomized Controlled Trial. **J Med Internet Res**. v. 15, n° 1, 2013.
- LAMÉ, I. E et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain than with pain intensity. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 9, p. 15-24, 2005.
- LEVENTHAL, L. J.; Management of fibromyalgia. **Ann Intern Med**, v. 131, p. 850-8; 1999.
- LIEW, C. V; BROWN, K. C; CRONAN, T. A; BIGATTI, S. M; KOTHARI, D. J. Predictors of pain and functioning over time in Fibromyalgia Syndrome: An autoregressive path analysis. **Arthritis Care & Research**. v. 65, n° 02, p.251-256, 2013.
- LINARES, M. C. U; PÉREZ, I. R; PÉREZ, M. J. B; LABRY-LIMA, A. O; TORRES, E. H; CASTAÑO, J. P. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. **Clin Rheumatol**, v.27, p.613–619, 2008.
- LOYLAND, B. et al. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. **Quality Life Research**. Denver, v. 19, p.1457-1465, 2010.

MACDONALD, S., LINTON, S. J., JANSSON, F., OJMARK, M. Cognitive vulnerability in the development of concomitant pain and sleep disturbances. **British Journal of Health Psychology**, v. 15, p. 417–434. 2010.

MARTINEZ, J. E.; FUJISAWA, R. M.; CARVALHO, T. C.; GIANINI, R. J.; Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira Reumatologia**, v. 49, nº 01, p. 32-8, 2009.

MASI, A. T.; WHITE, K. P.; PILCHER, J. J. Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: Justification from biopsychosocial perspectives in populations. **Seminars in Arthritis Rheum**, v. 32, nº 02, p. 71-93, 2002.

MASON, V. L. et al. Accepting Low Back Pain: Is It Related to a Good Quality of Life? **Clinic J Pain**. Washington, v.24, p. 22-29, 2008.

MENZIES V; TAYLOR A. G. The idea of imagination: A concept analysis of imagery. **J Mind-Body Med**, v. 20, p.4–10, 2004.

MENZIES, V; TAYLOR, A. G; BOURGUIGNON, C. Effects of Guided Imagery on Outcomes of Pain, Functional Status, and Self-Efficacy in Persons Diagnosed with Fibromyalgia. **The journal of alternative and complementary medicine**. V. 12, nº 1, p. 23–30, 2006.

MILLER WR, ROLLNICK S. Motivational interviewing, second edition: preparing people for change. New York: **Guilford Press**; 2002.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, nº 01, p. 7-18, 2000.

MIRÓ, E; MARTÍNEZ, M. P; SANCHÉZ, A. I; PRADOS, G; MEDINA, A. When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. **British Journal of Health Psychology** , 16, p.799–814, 2011.

MONTOYA, P.; STIGES, C.; GARCÍA-HERRERA, M.; IZQUIERDO, R.; TRUYOLS, M.; COLLADO, D. Consideraciones acerca de las alteraciones de la actividad cerebral en pacientes con fibromialgia. **Reumatol Clin**, v. 2, nº 05, p. 251–60. 2006.

- MOORE, R. A. et al. Fibromyalgia: Moderate and substantial pain intensity reduction predicts improvement in other outcomes and substantial quality of life gain. **Pain**. Amsterdã, v.149, p. 360-364, 2010.
- NEECK G. Pathogenic mechanisms of fibromyalgia. **Ageing Res Rev**, v.1, p.243–255, 2002.
- NICASSIO, P. M., MOXHAM, E. G., SCHUMAN, C. E., & GEVIRTZ, R. N. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. **Pain**, v. 100,p. 271–279. 2002.
- NIELSEN, L.A.; HENRIKSSON, K. G. Pathophysiological mechanism in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): the role of central an peripheral sensitization and pain disinhibition. **Best Practice & Research Clin Rheumatol**, v. 21, nº 03, p. 465-80. 2007.
- NISHISHINYA, B.; URRÚTIA, G.; WALITT, B.; RODRIGUEZ, A.; BONFILL, X.; ALEGRE, C. Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. **Rheumatology**, v.47, p. 1741-6, 2008.
- OKUMUS, M.; GOKOGLU, F.; KOCAOGLU, S.; CECELI, E.; YORGANCIOGLU, Z. R. Muscle performance in patients with fibromyalgia. **Singapore Med J** ; v. 47, nº 09, p.752-6. 2006.
- OOSTERMAN, J. M; DERKSEN, L. C; VAN WIJCK, A. J. M; KESSELS, R. P. C; VELDHUIJZEN, D. S. Executive and attentional functions in chronic pain: Does performance decrease with increasing task load? **Pain Res Manage**, v.17, nº 3, p.159-165. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde**. Novembro de 2006. 10ª Edição.
- PICAVET, H. S.; VLAEYEN, J. W.; SCHOUTEN, J. S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. **Am. J. Epidemiol.**, v.156, p. 1028-34, 2002.
- PRIDMORE, S.; ROSA, M. A. Fibromialgia para o psiquiatra. **Rev Psiq Clin** ; v. 29, nº 01, p. 33-41.2002.

- PROUDFOOT J, KLEIN B, BARAK A, CARLBRING P, CUIJPERS P, LANGE A, RITTERBAND L, ANDERSSON G. Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. **Cognitive Behaviour Therapy**. v. 40, nº 02, p.82–97, 2011.
- PROVENZA, J. R.; POLLAK, D. F, SOUZA, E. J. R.; PAIVA, E. S, MATOS, J. M. C.; HELFENSTEIN, M.; HEYMANN, R. E. Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento da Fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**; v. 44, nº 01, p. 49-59, 2004.
- RAHMAN, A; REED, E; UNDERWOOD, M; SHIPLEY, M. E; OMAR, R. Z. Factors affecting self-efficacy and pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain seen in a specialist rheumatology pain clinic. **Rheumatology**, 47, p.1803–1808, 2008.
- RODERO, B; CASANUEVA, B; GARCÍA-CAMPAYO, J; ROCA, M; MAGALLÓN, R; HOYO, Y. L. Stages of chronicity in fibromyalgia and pain catastrophising: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 11, nº251, 2010.
- ROIZENBLATT, S.; NETO, N. S.; TUFIK, S. Sleep disorders and fibromyalgia. **Curr Pain Headache Rep**, v. 15; p. 347-57, 2011.
- ROSSER B. A, ECCLESTON C. Smartphone applications for pain management. **J Telemed Telecare**. v. 17, nº 6, p. 308–12. 2011.
- SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M.; Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, nº 1, p.135-40, 2007.
- SALVETTI, M. G. et al. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.34, nº 3, p.111-117, 2007.
- SANTOS, A. M. B.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L. A.; PEREIRA, C. A. B.; LAGE, L. V.; MARQUES, A. P. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, nº 3, p. 317-324, jul./set. 2006.
- SAYAR K; GULEC H; TOPBAS M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. **Clin Rheumatol**. v. 23, p.441–8. 2004.
- SCHLENK E. A; ERLÉN J. A; DUNBAR-JACOB J. et al. Health related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. **Qual Life Res**, v.7, p.57–65, 1998.

SENN, E. R.; BARROS, A. L. P.; SILVA, E. O.; COSTA, I. F.; PEREIRA, L. V. B.; PEREIRA, L. V. B.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **J Rheumatology**. v.31, nº 3, 594-597, 2004.

SIQUEIRA F. B, TEIXEIRA-SALMELA L. F, MAGALHÃES L. D. Escala de tampa de cinesiofobia-brasil. **Acta Ortop Bras**. 15(1):19-24. 2007.

SMITH B. H, ELLIOTT A. M, CHAMBERS W. A. The impact of chronic pain in the community. **Fam Pract**. 18:292-9. 2001.

SMYTH, J. M. Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 66, p. 174–184. 1998.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n. 3, 2007.

SOUSA, F. A. E. F.; PEREIRA, L. V.; HORTENSE, P. **Avaliação e mensuração da percepção da dor**. In: Alves O. Neto, Costa C. M. C.; Siqueira J. T. T.; Teixeira M. J, et al Dor: Princípios e prática. Porto Alegre (RS): Artmed; p. 370-81. 2009.

SPAETH, M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. **Arthritis Res Ther**, v. 11, p.117-21, 2009.

STAUD, R. Fibromyalgia Pain: do we know the source? **Current Opinion Rheumatol**, v. 16, p. 157-63, 2004.

SULLIVAN, M. J.; THORN, B.; HAYTHORNTHWAITE, J. A.; KEEFE, F.; MARTIN, M.; BRANDLEY, L. A.; LEFEBVRE, J. C. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. **Clin. J Pain**, v. 17, p. 52-64, 2001.

TAKIGUCHI, R. S., FUKUHARA, V. S., SAUER, J. F., ASSUMPÇÃO, A., MARQUES, A. P. Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar. **Fisioterapia e Pesquisa**. v.15, nº 03, p.280-284, 2008.

TANDER, B.; CENGIZ, K; ALAYLI, G; ÃLHANLI, A; CANBAZ, S; CANTURK, F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. **Rheumatol Int**, v.28, p.859–865, 2008.

TEIXEIRA, M. J, MARCON, R. M, ROCHA, R. O. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento.** São Paulo: Moreira Júnior, p.1-7. 2001.

TOFFERI, J. K.; JACKSON, J. L.; O'MALLEY P. G. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. **Arthritis Care Res**, v.51, p. 9-13. 2004.

TOPBAS, M.; et al: The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. **Scand J Rheumatol.** 34: 140-44, 2005.

TORRES, I. L.S. et al. Effect of acute and repeated restraint stress on glucose oxidation to CO₂ in hippocampal and cerebral cortex slices. **Bras J. Med. Biol. Res.** v.34, p.111-116, 2001.

TURNER, J. A.; AARON, L. A. Pain-related catastrophizing: What is it? **Clin. J. Pain**, v.17, p.65-71, 2001.

TURNER, J. A.; ERSEK, M.; KEMP, C. Self-Efficacy for managing pain s associated with disability, depression and pain coping among retirement community residents with chronic pain. **The Journal of Pain.** Amsterdã, v. 6, n. 7, p. 471-479, 2005.

VAN ABBEMA R, VAN WILGEN CP, VAN DER SCHANS C.P, VAN ITTERSUM M.W. Patients with more severe symptoms benefit the most from an intensive multimodal programme in patients with fibromyalgia. **Disabil Rehabil.** 33(9):743-50. 2011.

VAN HOUDENHOVE B, EGGLE U, LUYTEN P. The role of life stress in fibromyalgia. **Curr Rheumatol Rep.** v.7, p.365–70. 2005.

VAN HOUDENHOVE B, LUYTEN P. Stress, depression and fibromyalgia. **Acta Neurol Belg.** v. 106, p.149–56. 2006.

VERBUNT, J. A.; PERNOT, D. H.; SMEETS, R. J. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. **Health Qual Life Outcomes.** v. 6, n.8, 2008.

VOWLES, K. E; MCCRACKEN, L. M; ECCLESTON, C. Patient Functioning and Catastrophizing in Chronic Pain: The Mediating Effects of Acceptance. **Health Psychology,** v. 27, nº 2(Suppl.), p.136–143, 2008.

YOSHIKAWA, G. T.; HEYMANN, R. E; HELFENSTEIN JR. M; POLLAK, D F. A comparison of quality of life, demographic and clinical characteristics of Brazilian men with fibromyalgia syndrome with male patients with depression. **Rheumatol Int**, v.30, p.473–478, 2010.

WADDELL, G.; BURTON, A.K.; MAIN, C. J. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work. London UK: **Royal Society of Medicine Press**, 2003.

WAHL, A. K. et al. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life of general Norwegian population. **Qual Life Res**. Frankfurt, v.18, p.971-980, 2009.

WALKER, W. The strengths and weaknesses of research designs involving quantitative measures. **J Res Nurs**, v. 10, n.5, p.:571-82, 2005. Disponível em:<<http://jrn.sagepub.com/content/10/5/571.short>>. Acesso em: 20 abr 2014.

WOLFE F, BRÄHLER E, HINZ A, HÄUSER W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res* . 65(5):777-85. 2013.

WOLFE F; CLAUW D. J; FITZCHARLES M. A; GOLDENBERG D. L; KATZ R. S; MEASE P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. **Arthritis Care Res (Hoboken)**; v. 62, p. 600–10, 2010.

WOLFE F, MICHAUD K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize RA patients with fibromyalgia. **J Rheumatol**, v. 31, p.659–700, 2004.

WOLFE, F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. **Annals Rheumatic Dis**, 56:268-71, 1997.

WOLFE, F.; ROSS, K.; ANDERSON, J.; RUSSELL, I. J.; HERBERT, I. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. **Arthritis Rheum**. 38:19, 1995.

WOLFE, F.; SMYTHE H. A.; YUNUS, M. B.; BENNETT, R. M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG, D. L. The American College of Rheumatology. Criteria for the

classification of fibromyalgia. Report of the multicenter Criteria Committee. **Arthritis Rheum** ;33:160-72, 1990.

World Health Organization (WHO). WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: **WHO**, 1997. [citado 2013 Ago 05]. Available from: <<http://www.who.int/mental health/media/68.pdf>>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Auto-Eficácia, Catastrofização da dor e Qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia” entre pacientes com fibromialgia.
2. Você foi selecionado por apresentar diagnóstico médico de fibromialgia e por estar aguardando consulta ambulatorial nesta Instituição. Sua participação não é obrigatória. Poderá desistir a qualquer momento em participar sem ocasionar alterações na conduta durante seu atendimento.
3. O objetivo geral deste estudo é: Avaliar a percepção de dor, as crenças de auto-eficácia, a catastrofização da dor e o impacto da doença na qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia.
4. Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar as tarefas solicitadas para atingir aos objetivos, para isso deverá responder Instrumentos de Coleta de Dados, o qual consta de perguntas objetivas a respeito de características sócio-demográficas, crenças de auto-eficácia, catastrofização da dor, qualidade de vida e caracterização da percepção de dor.
5. Você levará aproximadamente 20 minutos para responder às perguntas solicitadas, mas estará em ambiente confortável, sentado e em companhia do pesquisador. Poderá correr o risco de cansar-se com a entrevista e de apresentar desconforto emocional por ter que pensar sobre aspectos da sua vida e de sua condição crônica de saúde, no entanto, poderá interromper no momento em que achar necessário. Irá contribuir para conhecermos um pouco mais sobre sua doença.
6. A abordagem para a sua participação na pesquisa será o melhor horário que estiver disponível. Você poderá sentir-se cansado ao responder aos instrumentos, no entanto, assim que sentir-se cansado, você poderá interromper sua participação decidindo continuar em outro momento ou não. Para minimizar o cansaço poderá posicionar-se da maneira que achar mais confortável.
7. A responsável por executar a pesquisa é a aluna de mestrado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Laura Priscila Navarrete de Toledo, tendo como participante da equipe de pesquisa a aluna de graduação em Enfermagem Mikaelly Rayanne Moraes Sousa, a qual é bolsista de Iniciação Científica CNPq e a professora responsável é a Profa. Dra. Priscilla Hortense, deste mesmo departamento.
8. A qualquer momento da realização da pesquisa (antes, durante ou após), você poderá solicitar explicações relacionadas aos procedimentos realizados.

9. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para o seu tratamento, em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
10. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os instrumentos de coleta de dados conterão somente as iniciais do participante e sem maiores informações que o identifiquem.
11. Você não terá gastos financeiros ao participar desta pesquisa.
12. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Laura Priscila Navarrete de Toledo

Pesquisador Responsável

Universidade Federal de São Carlos

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km 235,
SP- 310. São Carlos SP, Fone: (17) 98118-6407.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, de 2014.

Sujeito de pesquisa

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Iniciais do nome: Ocupação:.....Sexo: () F () M

Data de nascimento: Peso: Altura: IMC:

Cor da pele: () negro () mulato () pardo () amarelo () branco

Estado civil: () solteiro () amasiado () casado () separado () viúvo

Tempo do diagnóstico médico:.....Possui outras doenças associadas?Quais?.....

Uso de medicamentos? Quais?

Terapia não medicamentosa? Qual?

Escolaridade:

- () Ensino fundamental incompleto;
- () Ensino fundamental completo;
- () Ensino médio incompleto;
- () Ensino médio completo;
- () Ensino superior incompleto;
- () Ensino superior completo;
- () Pós-Graduação.

Quantas pessoas moram com você?

Quantas pessoas da casa trabalham?

Renda familiar:

- () Até um salário mínimo (R\$ 724,00);
- () De um a dois salários mínimos (R\$ 724,00 a R\$ 1.448, 00)
- () De dois a quatro salários mínimos (R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00)
- () De quatro a seis salários mínimos (R\$ 2.896,00 a R\$ 4.344,00)
- () De seis a oito salários mínimos (R\$ 4.344,00 a R\$ 5.792,00)
- () Mais que oito salários mínimos (R\$ 5.792,00).

Realiza atividades físicas periodicamente?

() Sim: () semanalmente () 2 vezes semanais () 3 ou + vezes semanais () Não

É tabagista? () Sim Quantos maços por dia? () Não

ANEXO A - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA DOR CRÔNICA (EAEDC)

Nome: _____ Data: _____

AutoEficácia para controle da dor (AED)

Gostaríamos de saber de que maneira sua dor afeta você. Para cada pergunta circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir um pouco sua dor?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira no seu sono?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

4. Quanta certeza você tem de que consegue promover uma redução pequena ou moderada na sua dor?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma grande redução na sua dor?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

Autoeficácia para funcionalidade (AEF)

Gostaríamos de conhecer sua autoconfiança para realizar algumas atividades diárias. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas, sem ajuda de outras pessoas. Por favor considere aquilo que pode fazer no dia-a-dia, não atividades isoladas que exijam um esforço extraordinário.

1. Caminhar 800 metros em terreno plano?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

4. Realizar os trabalhos de cuidados da casa?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

5. Fazer compras no supermercado ou de roupas?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

6. Participar de atividades sociais?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

8. Participar de atividades familiares?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica? (Para donas de casa, favor considerar as tarefas da casa como as tarefas do trabalho)

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

Autoeficácia para lidar com outros sintomas (AES)

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como a fadiga e a dor. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de que atualmente pode realizar as atividades ou tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode controlar sua fadiga?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos com o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor leve ou moderada?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Muita incerteza moderada certeza muita certeza

ANEXO B - ESCALA DE PENSAMENTOS CATASTRÓFICOS SOBRE DOR - EPCD

Na maior parte do tempo, nos dizemos coisas. Por exemplo: nos encorajamos a fazer coisas, nos culpamos quando cometemos um erro ou nos recompensamos por algo que fizemos com sucesso. Quando estamos com dor, frequentemente também nos dizemos coisas que são diferentes das coisas que nos dizemos quando estamos nos sentindo bem. Abaixo existe uma lista de pensamentos típicos de pessoas que estão com dor. Por favor, leia cada uma dessas frases e marque com que frequência você tem estes pensamentos quando sua dor esta forte. Por favor, circule o número que melhor descreve a sua situação utilizando esta escala: 0 = quase nunca até 5 = quase sempre.

	Quase nunca		Quase sempre			
	0	1	2	3	4	5
1. Não posso mais suportar esta dor.						
2. Não importa o que fizer minhas dores não mudarão.						
3. Preciso tomar remédios para dor.						
4. Isso nunca vai acabar.						
5. Sou um caso sem esperança.						
6. Quando ficarei pior novamente?						
7. Essa dor está me matando.						
8. Eu não consigo mais continuar.						
9. Essa dor está me deixando maluco.						

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DA FIBROMIALGIA (QIF)

QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO
DA FIBROMIALGIA (QIF)

ANOS DE ESTUDO:

1- Com que frequência você consegue:	Sempre	Quase sempre	De vez em quando	Nunca
a) Fazer compras	0	1	2	3
b) Lavar roupa	0	1	2	3
c) Cozinhar	0	1	2	3
d) Lavar louça	0	1	2	3
e) Limpar a casa (varrer, passar pano etc.)	0	1	2	3
f) Arrumar a cama	0	1	2	3
g) Andar vários quarteirões	0	1	2	3
h) Visitar parentes ou amigos	0	1	2	3
i) Cuidar do quintal ou jardim	0	1	2	3
j) Dirigir carro ou andar de ônibus	0	1	2	3

Nos últimos sete dias:

2- Nos últimos sete dias, em quantos dias você se sentiu bem?

0 1 2 3 4 5 6 7

3- Por causa da fibromialgia, quantos dias você faltou ao trabalho (ou deixou de trabalhar, se você trabalha em casa)?

0 1 2 3 4 5 6 7

4- Quanto a fibromialgia interferiu na capacidade de fazer seu serviço:



Não interferiu

Atrapalhou muito

5- Quanta dor você sentiu?



Nenhuma

Muita dor

6- Você sentiu cansaço?



Não

Sim, muito

7- Como você se sentiu ao se levantar de manhã?



Descansado/a

Muito cansado/a

8- Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?



Não



Sim, muita

9- Você se sentiu nervoso/a ou ansioso/a?



Não, nem um pouco



Sim, muito

10- Você se sentiu deprimido/a ou desanimado/a?



Não, nem um pouco



Sim, muito

**ANEXO D - ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DE DOR
(EMADOR)**

1. Julgue a intensidade de dor utilizando os valores de 0 a 10 na escala abaixo, na qual 0 indica “sem dor”, 10 “dor máxima” e os outros escores de 1 a 9, deverão ser utilizados para indicar níveis intermediários de dor sentida.

Escala de intensidade numérica de dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Você também deverá assinalar um número para cada descritor que corresponda a quanto aquele descritor caracteriza a dor percebida

a) **Deprimente:** Que deprime; depressiva; depressora.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

b) **Persistente:** Que é constante; que continua; prossegue; insiste, que permanece; que se mantém; que persevera.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

c) **Angustiante:** Que angustia; angustiosa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d) **Desastrosa:** Em que há ou que produz acontecimento calamitoso; especialmente o que ocorre de súbito, ocasionando grande dano ou prejuízo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

e) **Prejudicial:** Que prejudica; nociva; lesiva.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

f) **Dolorosa:** Que produz dor; dolorífica; dorida.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

g) **Insuportável:** Não suportável; intolerável; incômoda; molesta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

h) **Assustadora:** Que assusta; assustosa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

i) **Cruel:** Dura; insensível; cruenta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

j) **Desconfortável:** Não confortável; inconfortável.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSCAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Auto-Eficácia, Catastrofização da dor e Qualidade de Vida em Indivíduos com Fibromialgia".

Pesquisador: Laura Priscila Navarrete de Toledo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20604113.8.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 369.204

Data da Relatoria: 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal quanti e qualitativo, onde pacientes portadores de fibromialgia de dois municípios do estado de São Paulo (São Carlos e São José do Rio Preto) serão submetidos a entrevistas com questionários relacionados à sua doença.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora aponta como objetivo primário: avaliar a percepção de dor, as crenças de auto-eficácia, a catastrofização da dor e o impacto da doença na qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia. E como objetivos secundários: caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos e a dor fibromiálgica por meio de descritores de dor; mensurar a intensidade de dor crônica percebida; identificar os níveis de crenças de auto-eficácia em pessoas com fibromialgia e o impacto desta na sua qualidade de vida. Correlacionar as variáveis crenças de auto-eficácia, catastrofização da dor, qualidade de vida e intensidade de dor em pessoas com fibromialgia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa como riscos o cansaço com a entrevista e eventual desconforto emocional por ter que pensar sobre aspectos da sua vida e sobre sua condição crônica de saúde.

Quanto aos benefícios, a pesquisadora afirma que a pesquisa contribuirá para se conhecer um

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

pouco mais sobre a Fibromialgia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O assunto apresentado possui relevância à área em questão. O cronograma apresentado encontra-se adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação|obrigatória:

A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida e está assinada. Foram apresentados documentos de concordância com a realização do projeto pelos dois locais aonde a pesquisa será realizada. Foi apresentado o TCLE, que contém todas as informações necessárias.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto encontra-se de acordo com a resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

SAO CARLOS, 22 de Agosto de 2013

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br