

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS -  
NEUROCIÊNCIAS**

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A MANUTENÇÃO DA DOR EM  
PACIENTES COM SÍNDROME MIOFASCIAL:  
UM ESTUDO OBSERVACIONAL**

**LÚCIA MIRANDA MONTEIRO DOS SANTOS**

**Orientadora  
Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Biológicas - Neurociências do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Biológicas, com ênfase em Neurociências.

**Porto Alegre  
2001**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho e, em especial:

- à Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Beatriz Ferreira, pela excelente orientação e postura profissional exemplar.
- à Prof<sup>a</sup>. Mirian Marteleite, pelo seu apoio, permitindo que o trabalho fosse realizado no Serviço de Tratamento de Dor e medicina Paliativa do HCPA.
- à Dra. Martha B. Feichas Alves, pela sua inestimável colaboração na árdua tarefa de coleta dos dados.
- à Dra Valéria Soares Gularte, pela orientação na aplicação dos testes psicológicos.
- ao Dr. Wolnei Caumo, pelas suas sugestões na etapa de análise dos resultados.

## ÍNDICE

Agradecimentos	
Índice de tabelas	IV
Abreviaturas	V
RESUMO	VI
<i>ABSTRACT</i>	VIII
INTRODUÇÃO	01
Dor crônica	08
Síndrome miofascial	09
Manejo terapêutico	12
OBJETIVOS	15
Objetivos gerais	15
Objetivos específicos	15
MATERIAL E MÉTODOS	17
Modelo geral de investigação	17
Local de realização	17
Seleção da amostra	17
Tamanho da amostra	18
Instrumentos para coleta de dados	18
1. Escala análoga visual de dor (AV)	18
2. Escala de avaliação de ansiedade para adultos	19
3. <i>Self-reporting Questionnaire</i> (OMS)	21
4. Questionário sobre expectativa de futuro	21
5. Escala Montgomery-Asberg para sintomas depressivos	22
6. Questionário estruturado	22
7. Ficha de avaliação clínica	23
8. Avaliação de ganho	23
9. Ficha de avaliação aos 30 dias	23
Seqüência de procedimentos	24
Aspectos éticos	27
Análise estatística	27
RESULTADOS	29
1. Descrição da amostra	29
2. Avaliação da dor	34
3. Avaliação do desfecho clínico	35
4. Perfil da amostra de acordo com o desfecho clínico	38
5. Análise do tratamento realizado	41
DISCUSSÃO	47
CONCLUSÕES	65
PERSPECTIVAS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	77
Anexo 1. Escala análoga visual de dor (AV)	78

Anexo 2. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	79
Anexo 3. <i>Self-reporting Questionnaire</i> (OMS)	82
Anexo 4. Avaliação de expectativa de futuro	83
Anexo 5A. Escala de Montgomery-Asberg para sintomas depressivos	84
Anexo 5B. Avaliação dos itens da Escala de Montgomery-Asberg	86
Anexo 6. Questionário estruturado	88
Anexo 7. Ficha de avaliação clínica	91
Anexo 8. Consentimento informado	92
Anexo 9. Revisão dos 30 dias	93

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I.	Características demográficas da amostra	30
Tabela II.	Características clínicas da amostra, avaliados na primeira consulta	31
Tabela III.	Escores obtidos nos testes psicológicos avaliados na primeira consulta	32
Tabela IV	Frequência de pacientes em cada uma das categorias dos testes psicológicos avaliados na primeira consulta	34
Tabela V	Intensidade da dor avaliada na primeira consulta	35
Tabela VI	Número (%) de pacientes alocados nos grupos categorizados conforme a resposta terapêutica	35
Tabela VII	Número (%) de pacientes alocados segundo o desfecho clínico	36
Tabela VIII	Número (%) de pacientes em cada categoria de intensidade da dor relatada na primeira consulta, segundo o desfecho clínico	37
Tabela IX	Número (%) de pacientes em cada categoria de padrão de sono, afastamento do trabalho e prática de exercícios físicos, segundo os grupos de desfecho clínico	37
Tabela X	Número de pacientes em cada categoria das características demográficas, familiares, profissionais e clínicas dos pacientes com SMF, categorizados de acordo com o desfecho clínico	38
Tabela XI	Características psicológicas de pacientes com SMF categorizados segundo desfecho clínico	40
Tabela XII	Número (%) de pacientes em cada categoria das características do tratamento realizado	42
Tabela XIII	Avaliação da dose de antidepressivo relacionada com o desfecho clínico	42
Tabela XIV	Características do tratamento realizado de acordo com o desfecho clínico	43
Tabela XV	Associação do desfecho clínico com as diversas variáveis no estudo	44

## ABREVIATURAS

<i>AV</i>	Escala análoga visual de dor
M & M	Material e métodos
N	Número de indivíduos da amostra
SMF	Síndrome miofascial
OMS	Organização Mundial de Saúde
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Adultos

## RESUMO

### Justificativa para o estudo

A Síndrome Miofascial constitui, dentre os quadros de dor crônica, o que leva um número expressivo de pacientes a buscar atendimento médico nos Serviços de Tratamento de Dor. Caracteriza-se pela presença de pontos dolorosos localizados na musculatura, chamados de “pontos de gatilho”, e de espasmo muscular, podendo ocorrer limitação funcional e disfunção do sistema vegetativo (Sola & Bonica, 2001).

A dor e a limitação funcional decorrentes da Síndrome Miofascial constituem atualmente uma das grandes causas de falta ou afastamento do trabalho, o que acarreta graves problemas econômicos e sociais (Roth *et al.*, 1998; Sola & Bonica, 2001).

Seu tratamento pode ser demorado e requer participação ativa por parte do paciente. O índice de melhora dos pacientes portadores de Síndrome Miofascial parece sofrer influência de diversos fatores tais como sintomas depressivos, ansiedade, ganho com os sintomas, etc.

Os objetivos deste trabalho foram estabelecer a incidência de sucesso e insucesso da terapêutica proposta e verificar qual a relação daqueles fatores com o desfecho clínico estabelecido.

### Métodos

Efetou-se um estudo observacional. O delineamento experimental realizado foi um estudo de incidência.

Estudaram-se 62 pacientes adultos (mais de 18 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico de Síndrome Miofascial, que procuraram atendimento no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA.

Os instrumentos de aferição utilizados foram a Escala Análoga Visual de Dor (VAS), Escala de Ansiedade Traço- Estado (IDATE), Escala para Depressão de Montgomery-Åsberg, *Self-Reporting Questionnaire* (OMS), Questionário sobre Expectativa de Futuro e questionário estruturado.

Os testes psicológicos e de avaliação da dor foram aplicados em dois momentos, na primeira consulta e ao final do tratamento proposto.

Foi considerado como desfecho clínico o insucesso terapêutico, avaliado ao final do estudo.

### Resultados

Observaram-se incidência de 71% e 29%, respectivamente, para sucesso e insucesso terapêutico.

Os pacientes que estavam afastados do trabalho apresentaram aproximadamente 9 vezes mais chances de insucesso terapêutico. Aqueles que obtiveram ganho com os sintomas apresentaram em torno de 7 vezes mais chances de manutenção da dor ao final do tratamento.

Maior ansiedade-estado (razão de chances ou RC = 3,4), expectativa negativa de futuro (RC = 22), sintomas depressivos moderados a intensos (RC = 4,5) e presença de distúrbios psiquiátricos menores (RC = 3,6) associaram-se com maiores

chances de insucesso terapêutico.

Características demográficas, familiares, de ocupação e clínicas não se associaram ao desfecho clínico avaliado.

### **Conclusões**

Dos pacientes analisados, 29% permaneceram sem alívio da dor, com dificuldades para dormir e afastados de suas atividades, caracterizando o insucesso terapêutico.

Observou-se a associação entre insucesso e presença de distúrbios psiquiátricos menores, sintomas depressivos moderados a intensos, maior estado de ansiedade, ganho com os sintomas e afastamento do trabalho.

A abordagem multidisciplinar destes pacientes se faz necessária para elevar os índices de sucesso terapêutico no tratamento da SMF.



## Background

Among the cases of chronic pain, the Myofascial Pain Syndrome is likely to be the one that makes a great number of patients seek medical care at Centers for the Treatment of Pain. It is characterized by the presence of hypersensitive points, called *trigger points*, together with a syndrome of pain, muscle spasm, tenderness, limitation of motion, and occasionally autonomic dysfunction (Sola & Bonica, 2001).

The pain and functional impairment resulting from the Myofascial Pain Syndrome, have been described as the great causes of absenteeism or job quitting, which represent serious economic and social problems. (Roth et al, 1998; Sola & Bonica, 1990).

The treatment might be long and the active participation of the patient is demanded. The improvement rate of patients with Myofascial Pain Syndrome seems to be under the influence of several factors, such as depressive symptoms, anxiety, gain, etc.

The purposes of this study are to verify the incidence of therapeutic success/failure and the clinical outcome.

## Methods

An observational experiment was performed. The experimental design was a follow-up study.

Sixty-two adult patients (over 18 years old), male and female, with Myofascial Pain Syndrome diagnosis, who looked for help at the Center of Pain Treatment and Palliative Medicine of HCPA, were studied.

The measuring instruments were: Visual Analogue Scale of Pain (VAS), Trait-State Anxiety Inventory (IDATE), Montgomery and Asberg Depression Rating Scale, Self Reporting Questionnaire, Future Expectations Evaluation and structured questionnaire.

The psychological and pain assessment tests were applied at two different times: at the first evaluation and at the end of the proposed treatment.

Therapeutic failure was considered the clinical outcome, evaluated in the end of the study.

## Results

The incidences of therapeutic success and failure were 71% and 29%, respectively.

Patients who leave their activities presented approximately nine times more chance of failure treatment. Those who had gain with the symptoms presented about seven times more chance of pain maintenance.

High state-anxiety (odds ratio or OR = 3.4), negative expectative of future (OR = 22), moderate to intense depressive symptoms (OR = 4.5) and presence of psychiatric disorders (OR = 3.6) were associated with more chance of therapeutic failure.

Demographic, familiar, occupational, and clinical characteristics were not associated with the clinical outcome.

### **Conclusions**

Of the 62 patients evaluated, 29% stayed without relief of pain, with sleep disorders and job quitting, characterizing the therapeutic failure.

It was observed association between therapy failure and minor psychiatric disorders, moderate to intense depressive symptoms, high state of anxiety, gain with symptoms, and job quitting.

The multidisciplinary approach of these patients shall be necessary in order to increase the levels of therapeutic success in the treatment of SMF.

Dor é um sintoma comum a muitos quadros clínicos. É provavelmente a razão mais freqüente de procura de auxílio médico. Segundo estatísticas americanas, um terço da população experimenta dor que requer atenção médica e, em quase 50 milhões de pessoas, determina incapacitação total ou parcial (Baumann & Lehman, 1989).

A dor é um fenômeno difícil de ser definido, sendo geralmente apresentado por meio de exemplos de situações dolorosas. A Associação Internacional para o Estudo da Dor a conceitua “como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”(Merskey, 1979; Bonica, 1990a). A partir deste conceito, pode-se distinguir dois componentes: a sensação dolorosa propriamente dita, também denominada de componente perceptivo-discriminativo ou nociceção e a reatividade à dor.

O termo nociceção, derivado de *noci* (dano ou injúria em latim), é usado para descrever a resposta neural a estímulos traumáticos ou lesivos. Refere-se à atividade do sistema nervoso aferente induzida por estímulos nocivos, tanto exógenos (mecânicos, químicos, físicos e biológicos) quanto endógenos (inflamação, aumento de peristaltismo, isquemia tecidual). Compreende a recepção dos estímulos por estruturas periféricas específicas, condução até o sistema nervoso central, por meio de vias nervosas sensitivas, e integração dos impulsos nos níveis medular, talâmico e cortical (Morgan & Mikhail, 1996).

A reação à dor compreende uma série de comportamentos defensivos desde a retirada reflexa da área afetada, para longe do fator agressor, até respostas emocionais complexas, expressas por padrões de comportamento inatos ou

aprendidos e sensações subjetivas de desconforto e sofrimento. A resposta emocional corresponde a uma reação afetiva à dor, de caráter individual e influenciada por estados ou traços psicológicos, experiências prévias e características culturais, sociais e ambientais (Jones, 1993; Wall & Melzack, 1994; Richter, 1993). Esses fatores são capazes de filtrar, modular ou distorcer a sensação dolorosa, de modo que a resposta à dor pode variar marcadamente de um indivíduo para o outro, assim como em um mesmo indivíduo, em momentos diferentes, apesar da nocicepção ser igual (Melzack, 1982; Robson, 2001).

A dor é sempre uma manifestação subjetiva. Em experimentos com animais, fala-se em nocicepção. Em termos clínicos, a nocicepção produz dor, mas nem toda a dor resulta de nocicepção. Alguns pacientes apresentam aquele sintoma na ausência de estímulos nocivos (Morgan & Mikhail, 1996), como no caso dos pacientes com lesão medular.

A intensidade da dor não necessariamente corresponde à extensão da lesão. Há pessoas que suportam grandes lesões sem praticamente se queixarem de dor e há aqueles que reagem exageradamente mesmo a pequenos ferimentos. As circunstâncias em que a lesão ocorre e suas repercussões para o indivíduo acometido parecem influenciar significativamente a intensidade da dor relatada (Katz & Melzak, 1992).

Recentes avanços na pesquisa sobre plasticidade do sistema nervoso central têm tido marcadas repercussões no modo de abordar o fenômeno “dor”. Um dos desenvolvimentos mais interessantes nessa área é o reconhecimento do papel de alterações na excitabilidade de neurônios centrais sobre a geração da hipersensibilidade à dor (McQuay & Dickenson, 1990; Woolf, 1996; Woolf & Costigan, 1999). Até algum tempo atrás, assumia-se que as conexões sinápticas entre

neurônios eram estáveis e que o processo sensorial refletia padrões fixos de conexões anatômicas. Como consequência, esperava-se que a aplicação de um certo estímulo determinasse uma resposta previsível e que a topografia funcional dos neurônios (seus campos receptivos) fosse invariável (Woolf, 1996). No entanto, o modo de ver o sistema nervoso central (SNC) mudou. O conceito mais importante atualmente é o de que o SNC não é um sistema dividido em linhas de funcionamento rígido, sendo, na realidade, um sistema plástico, capaz de alterar estruturas e funções devido ao desenvolvimento orgânico normal e à influência da exposição a injúrias e a novas e velhas experiências (Woolf, 1996; McQuay & Dickenson, 1990).

As vias de geração e processamento do estímulo doloroso passaram a ser vistas como um sistema ativo e dinâmico de resposta a danos, o que contribui para a complexidade observada no sintoma “dor”. O dano tecidual produz profundas e complexas alterações em sistema nervoso central e sistema nervoso periférico: sensibilização tanto periférica como central, a ativação dos sistemas moduladores descendentes, a integração do estímulo nociceptivo no hipotálamo e no sistema límbico, que modulam as manifestações psíquicas da dor (sensório-discriminativa, afetivo-motivacional, cognitiva-avaliativa) (Craig, 1994; Fitzgald 1955; Katz & Melzack, 1992; Sosnowski *et al*, 1992).

A sensibilização periférica decorre do trauma tecidual e liberação de substâncias algogênicas pelos tecidos lesados, como também pelas terminações nervosas, originado hiperalgesia primária (no sítio da lesão) e hiperalgesia secundária (perilesional) (Sosnowski *et al*, 1992; Byers & Bonica, 2001).

Os estímulos nociceptivos sucessivos, originados pela reação inflamatória e estimulação das terminações nervosas, levam à sensibilização central. Estes

estímulos produzem modificações bioquímicas e cito-estruturais em neurônios do corno dorsal da medula espinhal, propiciando que os estímulos nociceptivos subseqüentes sejam conduzidos de forma facilitada para os centros superiores, levando à condição de hiperalgesia (Coderre, 1993; Cross, 1994; Dickenson, 1995; Sosnowski *et al* 1992; Terman & Bonica, 2001).

A integração do estímulo nociceptivo em nível supra-espinhal ocorre na substância reticular, substância cinzenta peri-aquedutal, colículo superior, tálamo, hipotálamo e sistema límbico, sendo que este último modula as manifestações psíquicas da dor (Chudler & Bonica, 2001).

A transmissão do estímulo nociceptivo pode ser modulada por vias descendentes, por meio da liberação de  $\beta$ -endorfina, encefalina, dinorfina, serotonina, norepinefrina e GABA em diversos níveis do SNC (Craig, 1994; Dickenson, 1995; Mungleoni & Hunt, 1995; Raj, 1996; Rang & Urban, 1995; Wall, 1995; Terman & Bonica, 2001).

Além dos substratos anatomo-fisiológicos, a ansiedade, a depressão e as experiências prévias podem influenciar a manifestação da dor (Egbert, 1964; Melzack & Wall, 1982; Irving & Wallace, 1997; Turner & Romano, 2001). Portanto, um modelo simplista de avaliação da dor não é eficiente para explicar aspectos neuroquímicos e comportamentais, que ocorrem tanto na dor aguda como na dor crônica (Coderre, 1993).

### **Desenvolvimento da percepção da dor**

O desenvolvimento da percepção da dor é artificialmente dividido em dois estágios: fisiológico e psicológico. O desenvolvimento fisiológico dos sistemas

relacionados com a dor ocorre durante os períodos neonatal e infância. O desenvolvimento dos aspectos psicológicos ocorre durante a infância e a adolescência e sofre a influência de situações de dor vivenciadas no decorrer da vida (Berde *et al*, 1989). Estes últimos aspectos, além de terem características individuais como base, também são determinados por fatores sociais, culturais e experiências prévias, que podem interferir na objetividade do relato e na intensidade da dor descrita. Estes fatores de interferência têm sido divididos em situacionais, emocionais e cognitivos (Jones, 1993; McGrath & Unruh, 1994).

### **1. Fatores situacionais**

Atitudes familiares podem influir no relato de dor feito pelo paciente. Esta influência familiar sobre a percepção e a interpretação da dor relaciona-se a uma série de fatores: estado civil, presença de filhos, relacionamento familiar, situação sócio-econômica, responsabilidade atribuída a cada membro do contexto familiar, prevalência de dor e doenças na família, aparecimento de quadros similares de dor entre os membros da família e presença de depressão (McGrath, 1994; McGrath & Craig, 1989; McGrath & Unruh, 1994; MacGraw, 1994).

### **Fatores emocionais e cognitivos**

A ansiedade é um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas que caracterizam a reação de medo (Graeff, 1990). Manifesta-se por apreensão ou tensão, hiperatividade do sistema vegetativo e aumento da tensão muscular (Gorestein, 1989; Stepke, 1990; Kojchen, 1990).

A ansiedade pode ser classificada em adaptativa e psicológica. A primeira é considerada como parte da variabilidade normal do comportamento humano e pode

ser categorizada como ansiedade-estado e ansiedade-traço (Spielberger et al, 1979).

Ansiedade-estado é uma condição emocional transitória, isto é, conseqüente a uma situação aguda, que não perdura além do episódio que a desencadeou. Este estado varia em intensidade e flutua ao longo do tempo (Yager & Giltlin, 1995). A ansiedade-traço, por fazer parte da personalidade do indivíduo, é relativamente estável (Cunha, 1993; Gorestein, 1989).

Os indivíduos com traço de ansiedade são geralmente hipersensíveis aos estímulos e psicologicamente mais reativos. Escores de ansiedade-estado maiores indicam níveis altos de ansiedade no momento da avaliação, enquanto escores maiores de ansiedade-traço indicam uma personalidade ansiosa (Spielberger, 1983).

O paciente ansioso pode apresentar reações de não-cooperação, aumento da demanda por analgésicos e relato de um menor nível de satisfação com o tratamento, o que torna o controle da dor mais difícil (Caumo et al, 2000; Maranets & Kain, 1999; Wells & Howard, 1986).

Já a ansiedade patológica, denominada de transtorno de ansiedade generalizada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10; f 41.1), independe de fator estressor, não constituindo uma situação transitória. O paciente apresenta sintomas para a maioria dos eventos ou atividades, na maioria dos dias, por um período não menor do que seis meses (Galera, 1990; CID-10, OMS, 1993).

A avaliação da ansiedade patológica na amostra estudada não foi estabelecida como objetivo do trabalho por envolver maiores dificuldades técnicas de determinação do diagnóstico e exigir o aporte de profissionais especializados na área.

Taenzer e colaboradores (1986), estudando pacientes adultos submetidos a



cirurgias eletivas de bexiga, avaliaram a influência de fatores psicológicos sobre a intensidade da dor pós-operatória e a necessidade de analgésicos, demonstrando que indivíduos com maior ansiedade pré-operatória, neurose ou depressão, referiam maiores escores de dor no período pós-operatório. Pacientes com maior grau de escolaridade relataram menores escores de dor pós-operatória. Sexo, idade e número de cirurgias prévias não tiveram relação com a intensidade da dor pós-operatória. Porém, indivíduos do sexo masculino ou idosos consumiram menos analgésicos. O estudo propôs que 46% das variações dos escores de dor são determinadas por depressão, ansiedade e variáveis cognitivas.

### **Instrumentos de aferição de dor**

Para a avaliação da dor em pacientes adultos, há métodos validados como as escalas de descrição verbal e análoga visual (AV) (Huskisson, 1974). Como a dor é uma sensação subjetiva e individual, considera-se o relato inicial do paciente quanto ao escore da escala análoga visual na primeira avaliação, e nas avaliações sucessivas a intensidade da dor referida pelo paciente será relacionada aos escores anteriores.

As escalas de auto-relato possibilitam a detecção da prevalência da dor, sua intensidade e os fatores capazes de precipitar ou minorar o episódio doloroso.

Intensidade, frequência, duração e qualidade da dor podem ser entendidas como dimensões da experiência dolorosa, orientando as estratégias de pesquisa e o manejo clínico (Fields, 1995; McGrath & Unruh, 1994).

A escala análoga visual foi empregada neste estudo por ser considerada o instrumento padrão para aferição de dor em adultos, pois é de fácil compreensão, rápida aplicação e aferição confiável (Huskisson, 1974). Estas características

permitem a quantificação do sintoma dor e avaliação de sua resposta à influência de diversas variáveis e à terapêutica empregada.

### **Dor crônica**

Dor crônica pode ser definida como tal quando persiste por um mês além do curso normal de evolução de uma patologia aguda ou se apresenta recorrente, a intervalos variáveis, por meses ou anos (Bonica, 1990b). O sintoma dor é causado por processos patológicos, em estruturas somáticas ou viscerais, ou por disfunções, muitas vezes permanentes, dos sistemas nervosos periférico ou central.

A dor crônica distingue-se pela marcada influência de mecanismos psicológicos e fatores ambientais (Morgan & Mikhail, 1996; Brose & Spiegel, 1992). É causa de grande sofrimento para o paciente, levando à queda de desempenho profissional e auto-estima e a dificuldades de relacionamento social e familiar, com aumento de custos sociais. Comumente acompanha-se de limitação funcional e distúrbios emocionais ligados a eventuais perdas de função e de imagem corporal. O estresse conseqüente à dor cria inicialmente um estado de ansiedade que pode se transformar em depressão à medida que o tempo passa sem haver melhoras evidentes. Observa-se uma relação freqüente entre dor crônica e distúrbios do sono, apetite e humor (depressão) (Morgan & Mikail, 1996). A resposta neuroendócrina ao estresse está atenuada ou ausente (Bonica, 1990b; Morgan & Mikail, 1996).

Vários são os fatores que causam, perpetuam ou exacerbam a dor crônica. Dentre eles, situa-se o fato do paciente saber-se portador de uma doença incurável, como câncer, artrite ou neuropatia diabética, por exemplo. Fatores neurais e

somáticos também concorrem para a perpetuação da dor, mesmo após a resolução da doença. Aí se incluem danos em nervos sensoriais e contratura muscular reflexa à dor. Finalmente, múltiplas condições psicológicas, tais como trauma emocional, abusos sexual ou físico, e consumo extra-médico de fármacos, podem exacerbar ou mesmo causar dor. (Turner & Romano, 2001).

As condições comumente associadas à dor crônica incluem alterações músculo-esqueléticas (artrite reumatóide, osteoartrite, lombalgia), viscerais crônicas (dores abdominal e pélvica), lesões de estruturas nervosas (incluindo causalgia, dor do membro fantasma e neuralgia pós-herpética), lesões do sistema nervoso central (lesões de medula espinhal, esclerose múltipla) e câncer. Estima-se que 10 a 20% da população adulta tenham dor crônica, sendo que destes cerca de 5% apresenta pouca resposta a tratamento, quadro debilitante, perda de trabalho, crise familiar, depressão e suicídio (Von Korff *et al*, 1990).

### **Síndrome miofascial**

A síndrome miofascial está incluída entre os quadros de dor crônica. Ela atinge a musculatura estriada, que apresenta sensibilidade aumentada nas áreas afetadas, com presença de nódulos miofasciais ativos, silentes ou satélites e bandas dolorosas de contratura muscular, acompanhados ou não de manifestações vegetativas e alterações de sensibilidade (áreas de disestesia ou hiperestesia) bem como alterações da coordenação motora como queixas de diminuição de força ou hiporreflexia (Bonica, 1990b). Os nódulos miofasciais ativos também são chamados de “pontos de gatilho”, apresentando dor espontânea em repouso ou dor irradiada

quando palpados ou em presença de estiramento do músculo envolvido. Os nódulos silentes não causam dor espontaneamente, mas podem ser diagnosticados por meio de uma pressão discreta sobre os mesmos, o que provoca dor localizada. Os nódulos satélites podem ocorrer nos músculos que correspondem à área de dor referida de um “ponto de gatilho” ativo, nos grupos musculares sinérgicos e em grupos musculares antagônicos ao ponto gatilho, e respondem a um processo de ativação secundário (Travell & Simons, 1983; Baldry, 1998; Sola & Bonica, 2001).

A formação dos “pontos de gatilho” está relacionada com lesão e estresse da musculatura, pois a contratura muscular prolongada leva à fadiga muscular e isquemia local no músculo afetado, e conseqüentemente ocorre a liberação de substâncias algênicas como histamina, cininas e prostaglandinas ( Sola & Bonica, 2001; Hong & Simons, 1998).

Miehlke *et al* estudaram o material obtido de diversas biópsias musculares onde utilizaram hematoxilina e eosina, além de cortes por congelação e preparação histoquímica para detectar gordura. As amostras foram divididas em três grupos: biópsias musculares obtidas em músculos não relacionados com o quadro algico; biópsias musculares em áreas de maior sensibilidade dolorosa, mas não relacionados com nódulos miofasciais; biópsias musculares realizadas em nódulos miofasciais ativos; biópsias musculares retiradas de nódulos miofasciais ativos responsáveis por sintomatologia algica severa. O primeiro grupo apresentou resultados compatíveis com músculo normal, no segundo grupo foi observado em alguns cortes a presença “fat dusting” e acúmulo de gotículas de gordura, o terceiro grupo apresentou “fat dusting” e evidências de alterações distróficas inespecíficas, o quarto grupo evidenciou alterações distróficas severas e degeneração de fibras musculares, com

substituição destas fibras por gordura e tecido conjuntivo nos casos mais graves (Travell & Simons, 1983).

A liberação de substâncias algogênicas sensibiliza as fibras sensitivas A-delta e C, com a transmissão dos impulsos ao SNC, podendo ter como resultado final uma dor persistente, mal localizada, dolente, e atingindo locais distantes do “ponto de gatilho” inicial (dor referida) (Travell & Simons, 1983; Baldry, 1998a; Hong & Simons, 1998).

Estas alterações locais podem levar ao aumento da atividade motora, vegetativa e manutenção da dor, estabelecendo um ciclo que tende à auto-sustentação (Sola & Bonica, 2001).

Na observação de 200 adultos jovens, assintomáticos, Sola e colaboradores (1990) encontraram nódulos miofasciais silentes nos músculos da cintura escapular em 54% das mulheres e 45% dos homens. Em uma observação de 1000 pacientes ambulatoriais, Sola (1990) encontrou nódulos miofasciais ativos, com quadro clássico de síndrome miofascial, em 32% dos casos. A prevalência foi de 36% entre as mulheres e de 26% entre os homens examinados. Também foi observada alta prevalência de síndrome miofascial em pacientes na faixa etária de 30 a 50 anos (Bonica, 1990; Travell & Simons 1983).

Os pacientes com síndrome miofascial geralmente apresentam dor contínua ou intermitente, debilitante e limitante, acompanhada, na maioria dos casos, de depressão, distúrbios do sono e fadiga matinal (Goldemberg & Aronoff, 1992; Sola & Bonica, 2001). Podem apresentar queixas de cefaléia, dor cervical, dor com diminuição de força e alterações de sensibilidade em membro superior (cervicobraquialgia), dor lombar com irradiação para membro inferior

(lombociatalgia) e dor articular, como na disfunção de articulação temporomandibular. (Travell & Simons, 1983; Sola & Bonica, 2001).

Os fatores de risco para essa síndrome parecem ser características genéticas, tipo de personalidade (paciente tenso), condições psicológicas (ansiedade/depressão), e estado físico (lesões prévias, estado nutricional, balanço hormonal) (Bonica, 1990b;

Travell & Simons, 1983).

Situações de estresse mecânico das estruturas miofasciais, como estiramento muscular ocasionado por exercício supramáximo, esforços repetidos, inadequação estrutural (defeitos anatômicos), estresse postural e contratura muscular sustentada, constituem os fatores mais freqüentemente associados ao aparecimento de nódulos miofasciais ativos, assim como também à perpetuação do quadro. (Travell & Simons, 1983).

### **Manejo terapêutico**

A abordagem terapêutica da síndrome miofascial deve ser multidisciplinar, com a interrupção do ciclo de dor por meio da desativação dos nódulos ativos. Para tal, são utilizadas várias técnicas, como injeção de anestésico local no nódulo ativo, uso de esfriamento local, agulhamento seco (acupuntura) e estimulação elétrica transcutânea (TENS) (Travell & Simons, 1983; Han & Harrison, 1997). As medidas físicas, como exercício físico continuado e técnicas de relaxamento, bem como posicionamento postural correto, são importantes para a manutenção da melhora do quadro álgico (Travell & Simons 1983; Wilensky, 1992). Acupuntura tem se mostrado eficaz nesses quadros, levando à resolução do quadro em 72% dos casos de lombalgia (Lorenz, 1992). A estimulação das terminações nervosas por meio da

acupuntura tem-se mostrado efetiva para desativar os pontos de gatilho. Isto se deve principalmente à estimulação das fibras aferentes A-delta, ocasionando bloqueio das fibras C responsáveis pela condução dos impulsos aferentes originados nos pontos gatilho, por meio da ativação dos mecanismos de modulação da dor localizados em SNC, a liberação de encefalinas em corno dorsal da medula espinhal, induzida pela estimulação das fibras A-delta, exerce ação inibitória sobre interneurônios situados em lâminas I e II de Rexed (Baldry, 1998; Han & Harrison, 1997).

Os antidepressivos tricíclicos, particularmente a amitriptilina, empregam-se em doses pequenas, que variam de 12,5 a 50 mg, para se obter alívio da dor e melhora do padrão de sono, o que pode ocorrer de forma independente da ação antidepressiva. É difícil distinguir os fatores causa/efeito em um ciclo de dor-insônia-depressão, mas, quando instalado o ciclo, este tende a perpetuar-se, necessitando de uma intervenção ativa (Bonica, 1990b). Vários autores demonstraram a eficácia dos antidepressivos em relação aos placebos no tratamento da dor crônica. (Goldemberg *et al*, 1986; McQuay *et al*, 1992; Max & Gilron, 2001), principalmente nos casos de neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética, fibromialgia e cefaléia tensional.

A ação analgésica dos antidepressivos tricíclicos esta relacionada ao bloqueio da recaptação de norepinefrina e serotonina, favorecendo a modulação da dor por meio do sistema monoaminérgico. Antidepressivos com ação inibitória pouco seletiva, que bloqueiam tanto a recaptação de norepinefrina, serotonina, quanto a de histamina (receptores H1) e acetilcolina, têm uma maior eficácia em relação aos antidepressivos com ação inibitória seletiva para a recaptação de serotonina. A fluoxetina, por exemplo, tem-se mostrado ineficaz no tratamento da dor em casos de

neuropatia diabética, e em casos de fibromialgia, foi observada melhora apenas em pacientes portadores de depressão (Max & Gilron, 2001).

A reeducação do paciente quanto a postura e utilização adequada da musculatura tem um papel extremamente importante no tratamento, assim como na manutenção da melhora obtida (Travell & Simons, 1983).

Em pacientes que apresentam alterações emocionais associadas ao quadro de dor (depressão, luto patológico, ansiedade), há necessidade de acompanhamento psicológico, paralelamente às medidas terapêuticas descritas (Gildenberg & DeVaul, 1985; Chapman & Turner, 1990).

No Serviço de Dor do Hospital de Clínicas/UFRGS, pacientes portadores de SMF são submetidos às seguintes abordagens terapêuticas: uso de antidepressivo tricíclico, incentivo à prática de exercícios físicos adequados à situação clínica, infiltração dos nódulos ativos com anestésico local, acupuntura (agulhamento seco) e, para pacientes com componente emocional associado, avaliação e manejo psiquiátricos. A abordagem multidisciplinar visa a reeducação do paciente e a retomada das atividades laborais, além do tratamento da dor.

Observa-se que uma porcentagem expressiva (aproximadamente 30%) de pacientes portadores de síndrome miofascial não apresentam melhora do quadro com as técnicas usuais de tratamento, mantendo-se incapacitados para o trabalho, assim como para o convívio social e familiar. Outros pacientes obtêm melhora significativa, retomando suas atividades, mas com recorrência dos sintomas poucos meses após a alta.

## **OBJETIVOS**



## **Objetivos gerais**

O objetivo deste trabalho foi avaliar que fatores estariam relacionados à manutenção do quadro álgico em pacientes com síndrome miofascial, expressa pelo insucesso da terapêutica proposta. Para se proceder a esta avaliação, estabeleceu-se o perfil geral destes pacientes (incluindo características sócio-demográficas, familiares, profissionais, clínicas e psicológicas) os fatores que poderiam ter influência sobre os escores da dor, assim como sobre o resultado final da terapêutica. Por meio dos dados obtidos, procurou-se estabelecer os índices de sucesso e insucesso terapêuticos do tratamento atualmente empregado no manejo dos pacientes portadores de SMF, no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS. Tal análise pode tornar possível acrescentar condutas terapêuticas e de reeducação do paciente ao protocolo já existente, visando obter um maior número de pacientes recuperados para os convívios social e familiar, como também para as atividades laborais.

## **Objetivos específicos**

1. Estabelecer a frequência de características demográficas, familiares, profissionais, clínicas e psicológicas em pacientes portadores de síndrome miofascial.
2. Estabelecer a frequência de sucesso e insucesso terapêuticos do protocolo para o manejo de pacientes com síndrome miofascial do Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS.
3. Avaliar a associação entre o desfecho clínico (sucesso/insucesso terapêuticos) e as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, filhos, ocupação,

padrão de sono, uso de fumo e bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, história prévia de dor miofascial e doenças concomitantes, satisfação com o trabalho, intensidade da dor relatada na primeira consulta, afastamento do trabalho, ansiedade traço-estado, sintomas depressão, expectativa de futuro, distúrbios psiquiátricos menores e ganho com os sintomas.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Modelo geral de investigação**

Foi feito um estudo observacional prospectivo. O delineamento foi um estudo de incidência.

### **Local de realização**

O presente estudo foi realizado no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil.

### **Seleção da amostra**

A amostra foi selecionada a partir de pacientes que compareceram ao Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa, com queixas de dor crônica, no período de abril de 1999 a dezembro de 2000. Participaram da amostra pacientes atendidos no Serviço de Tratamento de Dor do HCPA/UFRGS pela primeira vez, independentemente de terem apresentado ou não episódios prévios de dor miofascial pela história clínica, e que concordaram em participar do estudo.

#### **1. Critérios de inclusão**

Foram incluídos pacientes adultos (mais de 18 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico de síndrome miofascial. Este diagnóstico foi feito com base nos critérios estabelecidos pela literatura especializada (Travell & Simons, 1983; Baldry, 1998; Sola & Bonica, 2001): a) presença de nódulos miofasciais ativos (localizados por palpação) e bandas de contratura muscular dolorosas à palpação, com localização em

regiões cervical, cintura escapular e lombar; b) distúrbios do sono (dificuldade de conciliar o sono, despertar durante a noite diversas vezes por dor); c) incapacidade de manter as atividades habituais por dor.

## 2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes com idade inferior a 18 anos, que apresentavam dor miofascial secundária a processos tumorais, síndrome do túnel do carpo, hérnia de disco ou dor crônica de outras causas, aqueles que se recusaram a participar do estudo ou que não completaram o protocolo proposto, por não terem retornado às consultas de revisão.

### **Tamanho da amostra**

O cálculo foi efetuado em programa EPI-INFO 6.0, após estudo piloto com 30 pacientes.

Para determinar o tamanho da amostra, foi considerado como desfecho principal o insucesso da terapêutica, ou seja, relato de escores AV de dor igual ou superior a 5 ou com redução inferior a 50% em relação ao valor inicial, alteração do padrão de sono, e incapacidade para exercer as atividades habituais.

Foi calculado um mínimo de 58 pacientes para o estudo, prevendo-se um erro alfa de 5%, e um erro beta (poder estatístico) de 90%.

### **Instrumentos para coleta de dados**

## 1. Escala Análoga Visual de Dor (AV)

O material empregado foi uma folha onde estava desenhada uma linha de 10cm (Anexo 1), contendo em seu verso divisões com intervalos de 1 cm. Assim, a extremidade direita da escala associava-se com dor máxima, enquanto a extremidade esquerda estava associada à ausência de dor.

Para aplicação da escala, o entrevistador dizia para o paciente avaliar o grau da sua dor, utilizando o instrumento apresentado, de modo que zero representasse ausência de dor e 10 a pior dor possível. O paciente assinalava na linha o escore que representava o grau de sua dor.

O escore foi dado pelo valor encontrado no verso da escala, correspondendo ao local sinalizado pelo paciente. Foram utilizados os seguintes códigos para a classificação da intensidade da dor:

- escore zero (AV 0) = ausência de dor;
- escores de 1 a 3 (AV 1 a AV 3) = dor leve;
- escores de 4 a 6 (AV 4 a AV 6) = dor moderada;
- escores de 7 a 9 (AV 7 a AV 9) = dor intensa;
- escore de 10 (AV 10) = pior dor possível.

A aplicação da escala foi feita por dois pesquisadores previamente treinado para tal.

## 2. Escala de Avaliação de Ansiedade para Adultos (IDATE)

Para se aferir a ansiedade dos pacientes, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado para adultos (IDATE) (Spielberger *et al*, 1979), traduzido e validado para uso no Brasil por Biaggio (1979) e apresentado no Anexo 2.

A aplicação do IDATE foi realizada individualmente pelo paciente, na

presença do assistente devidamente treinado, conforme orientações dispostas em seus manuais de validação (Cunha, 1993; Biaggio, 1979; Spielberg et al, 1979). Foi preenchida pelo próprio paciente por ser uma escala auto-aplicável. Quando este era analfabeto, a escala foi respondida com auxílio do entrevistador.

A primeira parte da escala, referente à avaliação do estado de ansiedade do indivíduo no momento em que foi aplicada, era composta por 20 questões, com 4 possibilidades de resposta: absolutamente não (1), um pouco (2), bastante (3) e muitíssimo (4). A segunda parte do IDATE, relativa à avaliação da ansiedade como traço de personalidade, era composta de 20 proposições com 4 possibilidades de resposta: quase nunca (1), às vezes (2), freqüentemente (3) ou quase sempre (4).

Para a aferição da ansiedade-estado e ansiedade-traço, os valores marcados foram somados. Quanto maior o valor alcançado, maior era considerada a ansiedade.

No IDATE os escores podiam variar de 20 a 80 para cada parte da escala.

A primeira parte da escala foi apresentada e o entrevistador dizia que se tratava de um questionário para avaliação de como o paciente estava se sentindo naquele momento, na consulta, não havendo respostas certas ou erradas. O entrevistador leu a primeira seqüência de proposições com o paciente e o orientou sobre a forma de marcar a resposta. Se o paciente tivesse dificuldades para ler, o entrevistador continuava o processo para as seqüências seguintes. Caso contrário, estas questões eram respondidas sem a interferência do entrevistador, por ser esta escala originalmente auto-aplicável. A segunda parte da escala foi, então, mostrada ao paciente. Foi-lhe dito que, nesta parte do questionário, deveria responder sobre como se sentia em geral, em casa, no trabalho, na rua, com os amigos, não havendo respostas certas ou erradas. A seqüência dos passos foi similar à descrita para a

primeira parte do questionário.

A aplicação da escala e a avaliação dos resultados foram feitas sob a supervisão de psicólogo, de forma a se obterem os escores de ansiedade traço-estado para cada paciente estudado.

A partir dos escores obtidos, os indivíduos foram classificados segundo ponto de corte em dois grupos: o de ansiedade maior e o de ansiedade menor. Considerou-se como os de ansiedade maior aqueles indivíduos com escores superiores à média e como os de ansiedade menor, aqueles com escores inferiores à média (Caumo *et al*, 2001).

### 3. *Self-reporting Questionnaire* - Organização Mundial da Saúde

Este questionário (Anexo 3), publicado pela Organização Mundial da Saúde e validado para a língua portuguesa (Mari & Williams, 1986), permite o rastreamento de doenças mentais. Apesar de não estabelecer diagnósticos definitivos, tem sido útil no levantamento de pacientes com possíveis distúrbios mentais em estudos populacionais. Na aplicação, o entrevistador, previamente treinado, perguntou ao paciente cada um dos 26 itens do questionário, pedindo para que ele respondesse sim ou não, se concordava ou discordava das afirmativas propostas. O escore final correspondeu ao número de afirmativas positivas (sim ou concordância).

### 4. Questionário sobre Expectativas de Futuro

Compreendeu 10 questões a respeito de como o paciente se via frente ao futuro, servindo de base para o estabelecimento do perfil depressivo ou não do mesmo (Anexo 4) (Kapczinski *et al*, 1996; Caumo *et al*, 2001).

O entrevistador deixou a escala em frente ao paciente e a leu lentamente.

Pediu ao paciente para assinalar as opções que correspondiam a como estava se sentindo naquele momento. Foi aplicado por pesquisador previamente treinado.

#### 5. Escala de Montgomery-Åsberg para Sintomas Depressivos

Foi empregada para avaliação da presença de sintomas depressivos (Anexo 5 A e B). Compreendeu 10 questões aplicadas por pesquisador previamente treinado.

Os pacientes que tiveram escores superiores à média foram considerados como tendo sintomas depressivos moderados a intensos, e aqueles que apresentaram escores inferiores à média, como tendo sintomas depressivo leves.

#### 6. Questionário estruturado

A avaliação dos dados sócio-demográficos e de história clínica foi realizada por meio de questionário estruturado para tal, contendo questões referentes a dados pessoais (idade, sexo, história prévia de dor, ocupação etc.) e outras informações que poderiam influenciar o quadro algico (Anexo 6). Foi aplicado pelo entrevistador na primeira consulta do paciente ao Serviço, visando obter dados da história do paciente que pudessem estabelecer seu perfil sócio-demográfico e clínico e que pudessem eventualmente influenciar os escores das distintas escalas empregadas neste estudo.

Quanto ao padrão de sono, procurou-se avaliar se o paciente apresentava dificuldades para dormir, e se estas eram devido à dor. Avaliou-se o fato do paciente ser fumante, ex-fumante ou nunca ter fumado, assim como o consumo de bebidas alcoólicas por meio do questionário de CAGE (Smart *et al*, 1991; Monteiro *et al*, 1991). O referido questionário é constituído por 4 perguntas, e o resultado é positivo



em presença de pelo menos 3 respostas afirmativas.

#### 7. Avaliação de ganho :

Os pacientes foram considerados como tendo ganho, quando detectada pelo menos uma das seguintes situações: vantagem financeira, estar confortável com o afastamento do trabalho, intenção de utilizar-se da situação para pleitear uma aposentadoria, utilização dos sintomas para obter a atenção dos familiares, eximir-se das responsabilidades familiares, profissionais (laborais) e sociais através do sintoma dor ( Aronoff & McAlary, 1992; Goldberg, 1992).

#### 8. Ficha de avaliação aos 30 dias

Foi utilizado instrumento específico (Anexo 9) para o levantamento dos dados de intensidade de dor, padrão de sono, retorno às atividades (habituais e laborais), prática de exercícios, coletados na última consulta.

### **Seqüência de procedimentos**

O paciente com queixa de dor que chegasse ao Serviço era avaliado em uma primeira consulta, em ambiente isolado, apenas na presença do pesquisador. Estabelecido o diagnóstico de síndrome miofascial, era convidado a participar do estudo, assinando um termo de consentimento informado (Anexo 8).

A seguir, era feita a avaliação das variáveis de interesse para o estudo, por meio de questionário estruturado para tal (Anexo 6), escalas de depressão, ansiedade, *Self-reporting* e expectativa de futuro (Anexos 2 a 5). A intensidade inicial da dor foi

avaliada por meio de escala análoga visual linear (AV) (Anexo 1).

Concomitantemente à coleta de dados, foi feito seu registro nas fichas padronizadas (em anexos). O tempo necessário para as aferições foi de aproximadamente 60 minutos na primeira consulta e de 30 minutos nos tratamentos com acupuntura e na consulta de revisão.

Cada paciente foi submetido a tratamento padronizado, constando das medidas descritas a seguir:

- (1) Orientação do paciente quanto a origem de sua dor e tratamento proposto.
- (2) Prescrição de amitriptilina, iniciando com uma dose de 12,5 mg, via oral, em uma tomada à noite; se tolerável, a dose foi aumentada até 25-50 mg, em tomada única à noite, até a obtenção da regularização do sono. Os critérios para prescrição de amitriptilina foram: dificuldade para iniciar o sono, despertar durante a noite, dor e sensação de fadiga ao acordar pela manhã. A amitriptilina não foi prescrita quando o paciente apresentava contra-indicação para a utilização deste fármaco (cardiopatia isquêmica) e em presença de intolerância à medicação.
- (3) 10 (dez) sessões de acupuntura, na frequência de duas por semana; os pontos definidos para tratamento foram correspondentes aos da localização da dor (acupuntura segmentar), utilizando a técnica de agulhamento seco, descrita por Travell (Travell & Simons, 1983).
- (4) Exercícios de alongamento diários de acordo com um programa estabelecido previamente em publicação do Serviço de Fisiatria do HCPA (Santos & Neri, 1994), e orientado pela equipe.
- (5) Prescrição de exercícios físicos do tipo caminhada (três vezes por semana),

iniciando com 20 min e, após 15 dias, chegando a 60 min, em caminho plano e com calçado adequado (tênis leve).

- (6) Infiltração dos nódulos ativos com anestésico local, quando indicado (para diagnóstico ou alívio imediato, em presença de dor incapacitante).
- (7) A avaliação psiquiátrica e acompanhamento dos pacientes com componente emocional associado.

Apesar do item 6 constar no protocolo para tratamento de SMF do Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS, estando previsto o uso de anestésico local (quando necessário) no planejamento deste estudo, nenhum dos pacientes foi submetido a esta técnica no decorrer do trabalho.

O paciente foi visto duas vezes por semana, a cada sessão de acupuntura.

Ao final do tratamento de acupuntura, foi mantida a prescrição de amitriptilina, nos pacientes que a estavam utilizando, e recomendou-se ao paciente que seguisse cumprindo as medidas dos itens 4 a 5 acima descritos, até a próxima consulta, em 30 dias.

Na consulta realizada após os 30 dias da última sessão de acupuntura, avaliaram-se (Anexo 9):

- (1) intensidade da dor naquele momento em relação à apresentada no último atendimento, por meio de escala AV;
- (2) padrão de sono;
- (3) retorno às atividades profissionais;
- (4) escores nas escalas de depressão, ansiedade, *Self-reporting* e expectativa de futuro, com aplicação similar à realizada na primeira consulta.

Os pacientes foram classificados em uma das quatro categorias:

- (1) assintomáticos – AV 0, padrão de sono normal, retorno às atividades profissionais;
- (2) melhora significativa – AV 1 a AV 4 ou redução do valor de escore AV em 50% do valor informado na primeira consulta, padrão de sono normal, retorno às atividades habituais e laborais;
- (3) melhora pobre – AV 5 a AV 7, com dor constante, dificuldade de retorno ao trabalho e para realizar suas tarefas habituais, padrão de sono normal ou alterado;
- (4) sem melhora – AV 8 a AV 10, sem condição de retorno ao trabalho, padrão de sono alterado.

Para fins de análise dos dados, essas categorias foram agrupadas, de modo que os pacientes assintomáticos e com melhora significativa foram classificados como grupos de sucesso terapêutico, enquanto os pacientes com melhora pobre e sem melhora, foram classificados como insucesso terapêutico.

Para os pacientes da categoria 1, suspendeu-se progressivamente a amitriptilina, com redução para a metade da dose por duas semanas e, mantido o padrão de sono normal, seguiu-se desta forma até a retirada total.

Para os pacientes da categoria 2, a amitriptilina foi mantida e o paciente foi orientado a persistir nos exercícios e nas medidas de correção de postura no trabalho, quando necessário. Foi novamente esclarecido quanto ao comportamento da patologia, para que se conscientizasse das medidas que deveria adotar para a manutenção da melhora.

Para os pacientes das categorias 3 e 4, além das recomendações descritas acima para a categoria 2, manteve-se a amitriptilina, e procedeu-se uma reavaliação do acompanhamento psiquiátrico.

### **Aspectos éticos**

O protocolo seguiu as condições estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após os pacientes terem sido informados da finalidade do estudo, consentiram por escrito na sua participação. O projeto foi submetido à aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa em Saúde do HCPA/UFRGS.

Cabe salientar que o estudo não interferiu com o manejo terapêutico atualmente empregado para pacientes com síndrome miofascial, respeitando as rotinas estabelecidas pelos profissionais do Serviço de Tratamento de Dor do HCPA/UFRGS.

### **Análise estatística**

Os resultados obtidos por meio dos instrumentos de aferição propostos foram codificados, revisados e digitados em banco de dados contruído em programa EPI-INFO 6.0, em microcomputador IBM-PC compatível. A seguir, os arquivos foram transcritos para o pacote estatístico “SPSS 8.0 for Windows”, em que foi feita a análise dos dados (SPSS Guide, 1998)

A distribuição das variáveis contínuas foi descrita como média e desvio-padrão. A distribuição das variáveis categóricas foi feita como frequência e/ ou porcentagem.

A relação entre as categorias de resposta ao tratamento (sucesso e insucesso terapêuticos) com as variáveis categorizadas estudadas foi analisada por meio dos testes de Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher por Simulação de Montecarlo. A

relação entre as categorias sucesso/insucesso terapêutico com as variáveis contínuas estudadas foi analisada por meio do Teste t de Student para amostras *pareadas* ou não, e dos testes não paramétricos de sinais de Wilcoxon e Mann-Whitney conforme a necessidade.

O teste t de Student *pareado* foi utilizado para avaliar o perfil no tempo de algumas variáveis medidas em dois momentos diferentes – escores da escala de Montgomery-Åsberg, Expectativa de Futuro, IDATE e *Self-Reporting Questionnaire*.

Para a avaliação dos escores de dor, foram utilizados os testes de Mann-Whitney para amostras independentes e de Wilcoxon para amostras *pareadas*.

Nas variáveis categóricas, com duas categorias, a razão de chance e o intervalo de confiança para a razão de chance foram calculados por meio das tabelas de contingência e a significância estatística foi determinada por meio do teste Qui-quadrado. Nas variáveis com mais de duas categorias a razão de chance e seu intervalo de confiança 95% foram calculados por meio da regressão logística ordinal, considerando sempre um valor de referência. As variáveis consideradas como significantes foram as que, por meio da regressão logística, explicavam o desfecho, influenciando em seu resultado

## RESULTADOS

Compareceram ao Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS setenta e dois pacientes elegíveis. Destes, dez não completaram o estudo, correspondendo a uma perda de 13,8%. Sessenta e dois pacientes foram avaliados, concluindo o estudo no tempo estipulado.

### 1. Descrição da amostra

Procurou-se estabelecer os perfis demográfico, familiar, profissional, psicológico e clínico dos pacientes portadores de Síndrome Miofascial que procuravam atendimento médico em Serviço especializado.

Dos 62 pacientes avaliados, com média de idade de 43,5 anos (desvio padrão=11,08), 55 eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino. A maior parte dos pacientes (61%) estudou até o primeiro grau completo.

Observou-se o predomínio de pacientes com história prévia sugestiva de Síndrome Miofascial (69%) e com dificuldades para dormir por dor (82%). Aproximadamente 53% mantinham-se em suas atividades laborais.

As características demográficas, familiares e profissionais da amostra estudada estão na tabela I. As características clínicas aparecem na tabela II.

Tabela I: Características demográficas da amostra

<i>Características</i>	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo	Masculino	07	11,3
	Feminino	55	88,7
Idade	18 a 34	08	12,9
	35 a 62	49	79,1
	mais de 62	05	08,0
Escolaridade	Analfabeto-1º grau	37	59,7
	2º grau-superior	25	40,3
Estado civil	Solteiro	16	25,8
	Casado	30	48,4
	Outros	16	25,8
Filhos	Sim	47	75,8
	Não	15	24,2
Ocupação	Dona de casa	09	14,5
	Outros	49	79,1
	Desempregado	04	06,4
Satisfação com emprego	Sim	41	66,1
	Não	15	24,2
	Desempregado	06	09,7

Tabela II : Características clínicas da amostra, avaliadas na primeira consulta

<i>Características</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
------------------------	-------------------	----------	----------



História prévia de SMF	Sim	43	69,4
	Não	19	30,6
Doenças concomitantes	Sim	25	40,3
	Não	37	59,7
Tabagismo	Sim	09	14,5
	Não	40	64,5
	Ex-fumante	13	21,0
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	17	27,4
	Não	45	72,6
Dificuldade para dormir	Sim	53	85,5
	Não	09	14,5
Dificuldade para dormir por dor	Sim	51	82,3
	Não	11	17,7
Prática de exercícios físicos	Freqüentemente	23	37,0
	Raramente	17	27,5
	Nunca	22	35,5
Afastamento do trabalho	Sim	29	46,8
	Não	33	53,2
Tempo de afastamento do trabalho	< que 1 mês	05	08,1
	1 mês a 1 ano	15	24,2
	>que 1 ano	10	16,1
	Não afastados	32	51,6

Na tabela III, observam-se os dados referentes aos escores obtidos nos testes psicológicos, avaliados na primeira e na última consultas. Comparando-se estes dois momentos, não houve alteração significativa dos escores das escalas de expectativa de futuro e ansiedade-traço (teste t de Student para amostras *pareadas*,  $P > 0,05$ ).

Por outro lado, houve redução significativa dos escores na escala para avaliação de sintomas depressivos (teste t de Student para amostras *pareadas*,  $P < 0,0001$ ), avaliação de estado de ansiedade (teste t de Student para amostras *pareadas*,

$P=0,018$ ) e *Self-reporting* (teste t de Student para amostras *pareadas*,  $P < 0,0001$ ), sugerindo que, no decorrer do tratamento houve redução dos sintomas depressivos e do estado de ansiedade.

Tabela III. Escores obtidos nos testes psicológicos avaliados na 1<sup>a</sup> consulta e na consulta de revisão

<i>Testes</i>	<i>Primeira consulta</i> <i>Média ± DP</i>	<i>Consulta de revisão</i> <i>Média ± DP</i>
IDATE Estado	42,26 ± 09,56	39,18 ± 10,32*
Traço	42,95 ± 13,11	41,24 ± 11,85
Expectativa de futuro	09,10 ± 06,00	09,42 ± 06,92
Montgomery-Asberg	11,58 ± 09,96	05,85 ± 08,16*
<i>Self-reporting</i>	07,42 ± 05,85	05,26 ± 04,63*

\* Diferença significativa entre os escores da primeira consulta e da consulta de revisão (teste t de Student para amostras *pareadas*,  $P \leq 0,018$ ).

Por meio da média dos escores da escala de ansiedade determinou-se o ponto de corte que caracterizou os pacientes como tendo alta ou baixa ansiedade. Os pacientes com escore superior à média foram classificados como tendo maior ansiedade, e os com escore inferior à média como tendo menor ansiedade.

A média dos escores também foi o ponto de corte utilizado para a escala de Montgomery-Asberg, avaliando a presença de sintomas de depressão. Pacientes com escores superiores à média foram classificados como apresentando sintomas depressivos moderados a intensos, e os que apresentaram escores abaixo da média, como tendo sintomas depressivos leves. (Dratcu & Ribeiro, 1987)

Para a avaliação dos resultados encontrados com a aplicação da escala de expectativa de futuro, o número zero foi considerado como ponto de corte, de modo que os pacientes com valores acima de zero foram classificados como tendo

expectativa de futuro positiva, e os com valores variando de zero a escores negativos foram classificados como tendo expectativa de futuro negativa (Caumo *et al*, 2001).

Na avaliação dos resultados obtidos com o *Self-Reporting Questionnaire*, o ponto de corte utilizado para os pacientes de sexo masculino foi um escore igual a 5 e para os pacientes do sexo feminino, escore igual a 7. Assim sendo, mulheres com escores maiores ou igual a 7 foram classificadas como tendo distúrbios psiquiátricos menores, o mesmo ocorrendo para homens com resultados maiores ou igual a 5. Valores abaixo de 7 para mulheres e abaixo de 5 para homens foram interpretados como ausência de transtornos psiquiátricos menores (Mari & Williams, 1986; Caumo *et al*, 2001).

A tabela IV apresenta a distribuição dos pacientes nas diferentes categorias dos testes psicológicos, quando foi feita sua avaliação na primeira consulta. Observou-se que metade dos pacientes que chegaram com diagnóstico de SMF ao Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS tiveram maior ansiedade-estado, e aproximadamente 50% tiveram maior ansiedade-traço. Houve predomínio de expectativa positiva de futuro (87%) e de sintomas depressivos leves (68%). Em torno de 40% dos pacientes obtiveram ganho com os sintomas e 55% apresentavam distúrbios psiquiátricos menores.

Tabela IV: Frequência de pacientes em cada uma das categorias dos testes

## psicológicos avaliados na primeira consulta

<i>Testes</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ansiedade-estado	Maior	31	(50,0)
	Menor	31	(50,0)
Ansiedade-traço	Maior	31	(50,0)
	Menor	31	(50,0)
Expectativa de futuro	Positiva	54	(87,1)
	Negativa	08	(12,9)
Sintomas depressivos	Leves	42	(67,7)
	Moderados a intensos	20	(32,3)
Distúrbios psiquiátricos menores	Sim	34	(54,8)
	Não	28	(45,2)
Ganho	Sim	25	(40,3)
	Não	37	(59,7)

**2.Avaliação da dor**

A tendência central (mediana) dos escores observados na primeira consulta e ao término do acompanhamento dos pacientes foi de 7 (percentil 25 = 4,75; percentil 75= 8) e de 3,5 (percentil 25 = 0; percentil 75 = 5), respectivamente.

Na tabela V são apresentados os dados sobre a intensidade da dor relatada na primeira e na última consultas.

Tabela V : Intensidade da dor avaliada na primeira e na última consulta

<i>Intensidade de dor</i>	<i>Primeira consulta</i>		<i>Última consulta</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ausente	00	00,0	18	29,1
Leve	06	09,7	13	20,9
Moderada	15	24,2	22	35,5
Severa	34	54,8	07	11,3
Insuportável	07	11,3	02	03,2

Pode-se observar que ocorreu uma redução significativa na intensidade da dor, ao se compararem os dois momentos de avaliação (teste Qui-quadrado  $P < 0,0001$ ). Na primeira consulta, aproximadamente 70% dos pacientes referiam dor de intensidade moderada a insuportável. Ao término do período de observação, esta frequência diminuiu para 50%.

### 3. Avaliação do desfecho clínico

Os pacientes, na consulta de revisão realizada 30 dias após o término do tratamento, foram divididos em quatro grupos, de acordo com a resposta terapêutica: assintomático, melhora significativa, melhora pobre e melhora ausente, conforme está representado na tabela VI.

Tabela VI . Número (%) de pacientes alocados nos grupos categorizados conforme a resposta terapêutica.

<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Assintomático	09	14,5
Melhora significativa	33	53,2
Melhora pobre	15	24,2
Melhora ausente	05	08,1

Para fins de análise dos dados, a variável resposta terapêutica foi dividida em dois grupos de interesse, de forma que os pacientes previamente categorizados

assintomáticos e com melhora significativa constituíram o grupo sucesso, e os pacientes previamente categorizados como de melhora pobre ou ausente constituíram o grupo insucesso. Criou-se assim uma nova variável de análise denominada de desfecho clínico, categorizada em grupo “sucesso terapêutico” e grupo “insucesso terapêutico”.

A distribuição dos pacientes em cada um destes grupos está apresentada na tabela VII.

Tabela VII. Número (%) de pacientes alocados segundo desfecho clínico

<i>Grupos</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Sucesso	42	67,7
Insucesso	20	32,3

Os escores AV, assim como o padrão de sono, a prática de exercícios físicos e atividades exercidas mensurados na primeira consulta, foram avaliados segundo o desfecho clínico. O objetivo foi verificar, ao iniciar-se o estudo, se o perfil dos pacientes que obtiveram sucesso terapêutico era diferente daquele observado nos pacientes em que não se obteve sucesso.

Os dados são apresentados nas tabelas VIII e IX. Observou-se que, tanto no grupo “sucesso terapêutico”, quanto no “insucesso terapêutico”, predominaram na primeira consulta escores de dor intensa (AV 7 a 9), dificuldade para dormir, prática de exercícios físicos. A manutenção das atividades laborais foi significativamente maior no grupo em que se obteve sucesso terapêutico (teste Qui-quadrado,  $P < 0,0001$ ).

Comparando-se a frequência de pacientes com dificuldade para dormir na primeira consulta, que foi de 53 (85,5%), com aquela obtida na consulta de

revisão, que foi de 14 (22,6%), observou-se melhora significativa do padrão de sono ao longo do tratamento (teste Qui-quadrado,  $P < 0,0001$ ).

Comparando-se a frequência de pacientes que se mantiveram trabalhando relatada na primeira consulta, 32 casos (51,6%), com aquela obtida na última consulta, 42 casos (67,7%), observa-se diferença significativa desta variável ao longo do estudo (teste Qui-quadrado,  $P = 0,005$ ).

Tabela VIII. Número (%) de pacientes em cada categoria de intensidade da dor relatada na primeira consulta, segundo o desfecho clínico.

<i>Intensidade da dor</i>	<i>Sucesso</i>	<i>Insucesso</i>
Leve	03 (07,1%)	03 (15,0%)
Moderada	13 (31,0%)	02 (10,0%)
Severa	22 (54,0%)	12 (60,0%)
Insuportável	04 (09,0%)	03 (15,0%)

Teste exato de Fisher por simulação de Monte Carlo,  $P=0,251$ .

Tabela IX. Número (%) de pacientes em cada categoria de padrão de sono, afastamento do trabalho e prática de exercícios físicos, segundo os grupos de desfecho clínico.

<i>Características</i>	<i>Categorias</i>	<i>Desfecho</i>		<i>P</i>
		<i>Sucesso</i> <i>n (%)</i>	<i>Insucesso</i> <i>n (%)</i>	
Dificuldade para dormir	Sim	35 (83,3)	19 (95,0)	0,269a
	Não	07 (16,7)	01 (05,5)	
Afastamento do trabalho	Sim	13 (31,1)	16 (80,0)	<0,0001a
	Não	29 (69,0)	04 (20,0)	
Prática de exercício físico	Freqüentemente	15 (35,7)	08 (40,0)	0,960b
	Raramente	11 (26,1)	06 (30,0)	
	Nunca	16 (38,1)	06 (30,0)	

a Teste Qui-quadrado

b Teste exato de Fisher

#### 4. Perfil da amostra de acordo com o desfecho clínico

Foram avaliadas as características demográficas, familiares, profissionais,

psicológicas e clínicas dos pacientes com síndrome miofascial que obtiveram sucesso terapêutico e daqueles em que não se obteve sucesso. Os resultados estão nas tabelas X e XI.

Tabela X. Número (%) de pacientes em cada categoria das características demográficas, familiares, profissionais e clínicas dos pacientes com SMF, categorizados de acordo com o desfecho clínico.

Características	Categorias	Desfecho				P
		Sucesso		Insucesso		
		n	(%)	n	(%)	
Sexo	Feminino	37	(88,1)	18	(90,0)	0,520a
	Masculino	05	(11,9)	02	(10,0)	
Idade	18 – 34	03	(07,1)	05	(25,0)	0,8628a
	35 – 62	37	(88,1)	12	(60,0)	
	> 62	02	(04,8)	03	(15,0)	
Escolaridade	Analfabeto-1º grau	22	(50,0)	15	(83,3)	0,680a
	2º grau- superior	22	(50,0)	03	(16,7)	
Estado civil	Solteiro	21	(50,0)	10	(50,0)	0,7195a
	Casado	10	(23,8)	06	(30,0)	
	Outros	11	(26,2)	04	(20,0)	
Filhos	Sim	34	(81,0)	13	(65,0)	0,170b
	Não	08	(19,0)	07	(35,0)	
Ocupação	Desempregado	01	(02,4)	03	(15,0)	0,054a
	Dona de casa	07	(16,7)	02	(10,0)	
	Outros	34	(80,9)	15	(75,0)	
Satisfação com o emprego	Sim	31	(73,8)	10	(50,0)	0,090a
	Não	09	(21,4)	08	(40,0)	
	Desempregado	02	(04,8)	02	(10,0)	
História prévia de SMF	Sim	29	(69,0)	14	(70,0)	0,940a
	Não	13	(31,0)	06	(30,0)	
Doenças concomitantes	Sim	16	(38,1)	08	(40,0)	0,886a
	Não	26	(61,9)	12	(60,0)	
Características	Categorias	Desfecho				P
		Sucesso		Insucesso		
		n	%	n	%	
Afastamento do trabalho	Sim	13	(31,0)	16	(80,0)	< 0,0001b
	Não	29	(69,0)	04	(20,0)	



Tempo de afastamento	< 1 mês a 1 ano	18	(54,8)	10	(50,0)	0,808b
	Mais de 1 ano	12	(28,6)	06	(30,0)	
	Não afastado	12	(28,6)	04	(20,0)	
Dificuldade para dormir	Sim	33	(78,6)	18	(90,0)	0,27a
	Não	09	(21,4)	02	(10,0)	
Tabagismo	Sim	06	(13,3)	03	(16,7)	0,85a
	Ex-fumante	10	(22,8)	03	(16,7)	
	Não	26	(63,6)	14	(66,6)	
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	13	(31,0)	04	(20,0)	0,37a
	Não	29	(69,0)	16	(80,0)	

a Teste de Qui-quadrado

b Teste exato de Fisher com simulação de Monte Carlo

Conforme a tabela X, observou-se que os grupos “sucesso” e “insucesso terapêutico” não diferem significativamente quanto a sexo, idade, escolaridade, estado civil, filhos, ocupação, satisfação com o emprego, história prévia de SMF, doenças concomitantes, dificuldade para dormir, consumo de fumo e bebidas alcoólicas. Observou-se, no entanto, que o não-afastamento do trabalho predominou no grupo “sucesso terapêutico”. Já no grupo “insucesso”, a maior parte dos pacientes (80%) estava afastada de suas atividades profissionais, conforme as informações obtidas por meio do questionário estruturado aplicado na primeira consulta.

Na tabela XI, são apresentados os resultados dos testes psicológicos, incluindo a variável ganho, obtidos por meio da aplicação das respectivas escalas no momento da primeira consulta.

Tabela XI. Características psicológicas de pacientes com SMF categorizadas segundo o desfecho clínico

<i>Características</i>	<i>Categorias</i>	<i>Sucesso</i>	<i>Insucesso</i>	<i>P</i>
------------------------	-------------------	----------------	------------------	----------

Estado de ansiedade	Maior	26	(61,9%)	14	(70,0%)	0,030a
Estado de ansiedade	Menor	16	(38,1%)	06	(30,0%)	
Traço de ansiedade	Maior	26	(61,9%)	05	(25,0%)	0,070b
Traço de ansiedade	Menor	16	(38,1%)	15	(75,0%)	
Sintomas depressivos	Leves	33	(78,6%)	09	(45,0%)	0,080 <sup>a</sup>
Sintomas depressivos	Moderados intensos	09	(21,4%)	11	(55,0%)	
Expectativa de futuro	Positiva	41	(97,6%)	13	(65,0%)	0,020b
Expectativa de futuro	Negativa	01	(02,4%)	07	(35,0%)	
Ganho	Sim	11	(26,2%)	14	(70,0%)	0,001a
Ganho	Não	31	(73,8%)	06	(30,0%)	
Distúrbios psiquiátricos menores	Sim	19	(45,2%)	15	(75,0%)	0028a
Distúrbios psiquiátricos menores	Não	23	(54,8%)	05	(25,0%)	

a Teste Qui-quadrado

b Teste exato de Fisher com simulação de Monte Carlo

Observou-se diferença significativa entre o número de pacientes com maior e menor ansiedade-estado, em relação ao desfecho ( teste de Qui-quadrado,  $P= 0,03$ ). Uma freqüência mais expressiva de pacientes com maior ansiedade-estado esteve associada com sucesso terapêutico. Por outro lado, não houve diferença significativa entre a freqüência de maior e menor ansiedade traço nos grupos sucesso e insucesso terapêutico (teste de Qui-quadrado,  $P=0,07$ ).

Quanto à escala de expectativa de futuro, observou-se que o número de pacientes com expectativa de futuro positiva é maior tanto no grupo sucesso (97%) quanto no grupo insucesso (65%). Porém, ao se compararem estes dois grupos, observou-se um padrão de resposta significativamente diferente entre eles, de modo que a expectativa positiva predominou no grupo sucesso e a expectativa negativa no grupo insucesso (teste Qui-quadrado,  $P=0,02$ ).

A avaliação do *Self-reporting Questionnaire* demonstrou que o número de

pacientes que não apresentavam distúrbios psiquiátricos menores foi significativamente maior no desfecho sucesso (55%), enquanto a frequência de pacientes com tais distúrbios foi maior no grupo insucesso (75%) (teste Qui-quadrado,  $P=0,028$ ).

Observou-se uma maior frequência de pacientes com sintomas depressivos leves, de acordo com os resultados da escala de Montgomery-Åsberg, no grupo com sucesso terapêutico, a diferença foi estatisticamente significativa (teste de Qui-quadrado,  $P=0,008$ ).

O número de pacientes que não obtiveram ganho, segundo os critérios empregados neste estudo, foi maior no grupo em que o desfecho foi de sucesso terapêutico (73,8%). Para o desfecho insucesso, houve predomínio de ganho com os sintomas (70%) (teste de Qui-quadrado  $P=0,001$ ).

## **5. Análise do tratamento realizado**

Acupuntura, exercícios físicos e orientações pertinentes à síndrome miofascial foram medidas empregadas para todos os pacientes. O uso de antidepressivo não foi uniforme para todos os pacientes. Alguns pacientes não utilizaram antidepressivo e, aqueles que o fizeram, tomaram esta medicação em doses diversas. O acompanhamento psicológico não foi indicado a todos os pacientes.

Nas tabelas XII, XIII e XIV são apresentados os dados obtidos quanto a estas variáveis, tanto na amostra como um todo (tabela XII), quanto nos grupos categorizados segundo desfecho clínico (tabelas XIII e XIV).

Tabela XII. Número (%) de pacientes em cada categoria das características do tratamento realizado.

<i>Características</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Dose de amitriptilina	00,0	08	12,90
	12,5 mg a 24,0 mg	17	27,40
	25,0 mg a 49,0 mg	21	33,90
	50,0 mg a 75,0 mg	16	25,83
Acompanhamento psicológico	Sim	21	33,90
	Não	41	66,10
Prática de exercícios	Sempre	60	96,80
	Raramente	02	03,20
	Nunca	00	00,00

A dose média de amitriptilina utilizada no tratamento foi de 25,20 mg, com desvio padrão de 17,89 mg. Não foi observada relação entre a dose do antidepressivo e o desfecho clínico (Teste Qui-quadrado,  $P=0,359$ ), como pode ser verificado na tabela XIII.

Tabela XIII. Avaliação da dose de antidepressivo relacionada com o desfecho clínico

<i>Dose de amitriptilina</i>	<i>Sucesso</i>	<i>Insucesso</i>
Zero	06 (14,3%)	02 (10,0%)
12,5 mg a 24 mg	13 (31,0%)	04 (20,0%)
25 mg a 49 mg	15 (35,7%)	06 (30,0%)
50 mg a 75 mg	08 (19,0%)	08 (40,0%)

Qui-quadrado  $P= 0,359$

Tabela XIV. Características do tratamento realizado de acordo com o desfecho

clínico				
<i>Características</i>	<i>Categorias</i>	<i>Sucesso</i>	<i>Insucesso</i>	<i>P</i>
Uso de amitriptilina	Sim	36 (85,7%)	18 (90,0%)	0,638a
	Não	06 (14,3%)	02 (10,0%)	
Acompanhamento psicológico	Sim	34 (81,1%)	07 (35,0%)	< 0,001a
	Não	08 (19,0%)	13 (65,0%)	
Prática de exercícios físicos	Sempre	42 (100,0%)	18 (90,0%)	0,10b
	Raramente	00	02 (10,0%)	

a Teste de Qui-quadrado b Teste exato de Fisher

Conforme a tabela XIV, observou-se uma diferença significativa ( $P < 0,001$ ) entre os grupos de desfecho clínico quanto ao acompanhamento psicológico. Já o uso de antidepressivo e a prática de exercícios físicos não apresentaram diferença significativa em relação ao desfecho.

## 6. Associação do desfecho clínico com as diversas variáveis analisadas no estudo

Analisou-se o desfecho clínico de interesse (grupos sucesso e insucesso), de acordo com fatores de risco ou proteção potenciais, por meio das razões dos produtos cruzados (tabela XV), resultantes do modelo de regressão logística.

Os dados que estão apresentados na tabela XV foram obtidos no momento da primeira consulta.

Tabela XV. Associação do desfecho clínico com as diversas variáveis analisadas no estudo

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>Sucesso</i>	<i>Insucesso</i>	<i>RC</i>	<i>IC 95%</i>	<i>P</i>
Idade (anos)	18 a 34	03 (07,1%)	05 (25,0%)	1,00		
	35 a 62	37 (88,1%)	12 (60,0%)	0,19	[0,03; 1,14]	0,862a
	Mais de 62	02 (04,8%)	03 (15,0%)	0,90	[0,05; 15,33]	0,050a

Sexo	Feminino	38 (90,5%)	17 (85,0%)	1,00		
	Masculino	04 (09,1%)	03 (15,0%)	0,98	[0,12; 6,68]	0,67b
Estado civil	Solteiro	21 (50,0%)	10 (50,0%)	1,00		
	Casado	10 (23,8%)	06 (30,0%)	1,26	[0,30; 5,31]	0,719a
	Outros	11 (26,2%)	04 (20,0%)	0,76	[0,16; 35,9]	0,699a
Escolaridade	Analfabeto a 1º grau	22 (50,0%)	15 (83,3%)	1,00		
	2º grau a superior	22 (50,0%)	03 (16,6%)	0,20	[0,04; 0,89]	0,851a
Filhos	Não	08 (19,0%)	07 (35,0%)	1,00		
	Sim	34 (81,0%)	13 (65,0%)	0,44	[0,13; 1,45]	0,170b
Afastamento do trabalho	Não	29 (69,0%)	04 (20,0%)	1,00		
	Sim	13 (31,0%)	16 (80,0%)	8,9	[2,28;42,36]	< 0,0001b
Tempo de afastamento	<1 mês a 1 ano	18 (54,8%)	10 (50,0%)	1,00		
	Mais de 1 ano	12 (28,6%)	06 (30,0%)	0,90	[0,21;3,67]	0,808b
	Não se aplica	12 (28,6%)	04 (20,0%)	0,67	[0,11;3,73]	0,876b
Dificuldade para dormir	Não	07 (16,7%)	01 (05,0%)	1,00		
	Sim	35 (83,3%)	19 (95,0%)	3,8	[0,41; 88,58]	0,22b
Dificuldade para dormir por dor	Sim	09 (21,4%)	02 (10,0%)	1,00		
	Não	33 (78,6%)	18 (90,0%)	2,45	[0,42; 18,51]	0,271b
Ocupação	Desempregado	01 (02,4%)	03 (15,0%)	1,00		
	Dona de casa	07 (16,7%)	02 (10,0%)	0,10	[0,01;2,30]	0,054b
	Outros	34 (80,9%)	14 (75,0%)	1,54	[0,24;12,26]	0,52b
Acompanhamento psicológico	Sim	34 (81,1%)	07 (35,0%)	1,00		
	Não	08 (19,0%)	13 (65,0%)	7,89	[2,06;31,17]	< 0,001b
Uso de amitriptilina	Sim	36 (85,7%)	18 (90,0%)	1,00		
	Não	06 (14,3%)	02 (10,0%)	0,67	[0,06;4,26]	0,638b
Intensidade da dor	Leve	03 (07,1%)	03 (15,0%)	1,00		
	Moderada	13 (31,0%)	02 (10,0%)	0,15	[0,01; 1,98]	0,123a
	Intensa/insuportável	26 (62,0%)	15 (75,0%)	0,58	[0,08; 4,23]	0,495a
Ansiedade Traço	Menor	26 (61,9%)	05 (25,0%)	1,00		
	Maior	16 (38,1%)	15 (75,0%)	4,88	[1,49; 16,0]	0,07b
Ansiedade Estado	Menor	25 (59,5%)	06 (30,0%)	1,00		
	Maior	17 (40,5%)	14 (70,0%)	3,43	[1,10; 10,70]	0,030b
<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>Sucesso</i>	<i>Insucesso</i>	<i>RC</i>	<i>IC 95%</i>	<i>P</i>
Sintomas depressivos	Ausentes a leves	33 (78,6%)	09 (45,0%)	1,00		
	Moderados a severos	09 (21,4%)	11 (55,0%)	4,48	[1,42; 14,13]	0,008b
Expectativa de futuro	Positiva	41 (97,6%)	13 (65,0%)	1,00		
	Negativa	01 (02,4%)	07 (35,0%)	22,08	[2,30; 524,4]	0,020b
Distúrbios psiquiátricos	Ausência	23 (54,8%)	05 (25,0%)	1,00		
	Presença	19 (45,2%)	15 (75,0%)	3,63	[1,12; 11,8]	0,028b

menores Tabagismo	Não/ex-fumante	36 (85,7%)	17 (85,0%)	1,00		
	Sim	06 (14,3%)	03 (15,0%)	1,06	[0,23; 4,75]	0,941b
Consumo de álcool	Não	29 (69,0%)	16 (80,0%)	1,00		
	Sim	13 (31,0%)	04 (20,0%)	0,56	[0,16;2,0]	0,366b
História prévia de SMF	Não	13 (31,0%)	06 (30,0%)	1,00		
	Sim	29 (69,0%)	14 (70,0%)	1,05	[0,33; 3,33]	0,939b
Doenças concomitantes	Não	26 (61,9%)	12 (60,0%)	1,00		
	Sim	16 (38,1%)	08 (40,0%)	1,08	[0,36; 3,22]	0,886b
Ganho	Não	31 (73,8%)	06 (30,0%)	1,00		
	Sim	11 (26,2%)	14 (70,0%)	6,58	[2,02; 21,36]	0,001b
Satisfeito com o emprego	Sim	31 (73,8%)	10 (50,0%)	1,00		
	Não	09 (21,4%)	06 (30,0%)	2,07	[0,58; 8,65]	0,278a
	Desempregado	02 (04,8%)	04 (20,0%)	6,20	[0,78; 58,99]	0,0521
Prática de exercícios	Sempre	15 (37,5%)	08 (40,0%)	1,00		
	Às vezes	11 (23,2%)	07 (35,0%)	1,71	[0,46; 6,39]	0,427a
	Nunca	16 (38,1%)	05 (25,0%)	2,04	[0,51; 8,10]	0,312

a Regressão Logística    b Teste Qui-quadrado

A análise dos dados obtidos permitiu observar que os pacientes com maior estado de ansiedade apresentaram 3 vezes mais chance de insucesso. Pacientes com sintomas depressivos moderados ou intensos apresentaram 4,5 vezes mais chance de insucesso.

A expectativa de futuro negativa aumentou em 22 vezes o risco de insucesso terapêutico.

Os pacientes com distúrbios psiquiátricos menores tiveram 3,6 vezes mais chance de insucesso. O afastamento do trabalho elevou para 9 vezes a chance de insucesso.

Nos pacientes onde foi detectado ganho com a sintomatologia, observou-se seis vezes mais chance de insucesso.

As variáveis idade, sexo, escolaridade, estado civil, filhos, dificuldade para dormir, dificuldade para dormir por dor, intensidade da dor, ansiedade-traço,

tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, satisfação com o emprego, prática de exercícios físicos, história prévia de SMF e doenças concomitantes não apresentaram associação significativa com o desfecho.

## **DISCUSSÃO**

### **1. Justificativa para o estudo**

O tratamento e a reabilitação dos pacientes portadores de Síndrome Miofascial (SMF) têm-se mostrado um desafio para a clínica médica ( Sola &



Bonica, 2001). Embora sendo adotada uma abordagem terapêutica ampla, como a proposta neste estudo, os índices de insucesso são preocupantes, e tal situação pode estar associada à presença de fatores de perpetuação do quadro álgico (Sola & Bonica, 2001; Travell & Simons, 1983; Goldenberg & Aronoff, 1992).

No Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS tem-se observado empiricamente que em torno de 30% dos pacientes permanecem sintomáticos após o tratamento. Estes números estão de acordo com os dados da literatura em relação aos Centros Multidisciplinares de Tratamento de Dor crônica (Turk, 1996; Rosomoff & Rosomoff, 1996).

Face a este índice de insucesso, procurou-se estruturar um trabalho de pesquisa que estabelecesse a real taxa de resposta à terapêutica e que avaliasse o papel dos fatores que poderiam estar influenciando a referida resposta, tais como: sexo, idade, situação econômica e profissional, estrutura familiar, aspectos psicológicos. A identificação dos fatores que interferem com o sucesso do tratamento pode permitir o aprimoramento das técnicas terapêuticas empregadas, reduzir o sofrimento do paciente por meio de abordagens mais eficazes e abrir campos de pesquisa que levem ao melhor entendimento da fisiopatogenia da doença e de quadros de dor crônica.

## **2. Perfil dos pacientes portadores de síndrome miofascial**

Os pacientes incluídos no estudo estavam consultando pela primeira vez no Serviço, possibilitando assim um estudo prospectivo com coleta de dados não influenciada por consultas anteriores. Foram orientados sobre o trabalho e aceitaram

participar do estudo com consentimento informado por escrito. A seguir, deu-se início à coleta de dados, por meio dos instrumentos descritos em material e métodos e ao tratamento proposto.

Dos 72 pacientes com diagnóstico de síndrome miofascial (SMF), elegíveis na primeira consulta, 10 não cumpriram totalmente o protocolo por não retornarem às consultas de revisão. A taxa de perda de 13% é aceitável para estudos de seguimento com seres humanos (Fletcher et al, 1996). Foram avaliados, assim, os 62 pacientes que completaram o protocolo proposto.

Na amostra estudada, o número de pacientes do sexo masculino foi expressivamente menor (11%) que os do sexo feminino (89%) (tabela I), o que está de acordo com dados da literatura (Sola & Bonica, 2001; Travell & Simons, 1983; Goldenberg & Aronoff, 1992). Provavelmente este fato explique a ausência de significância na associação da variável sexo com o desfecho clínico (tabela XIII).

A maior parte dos pacientes da amostra tinha idade entre 35 e 62 anos (79% dos casos), o que também concorda com dados da literatura que mostram uma maior prevalência na faixa dos 30 aos 50 anos (Bonica, 1990b; Travell & Simons, 1983).

Em termos de escolaridade, 61% dos pacientes da amostra cursou até o primeiro grau completo (tabela I). Estudo realizado em pacientes oriundos deste mesmo Hospital (Caumo et al, 2001) também revelou predomínio de pacientes de menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo).

Na avaliação da estrutura familiar, em que se incluíram dados como estado civil e ter filhos, verificou-se que a maioria dos pacientes com síndrome miofascial, atendidos no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS, é casada (48%) e têm filhos (76%). Quanto às variáveis relacionadas com o trabalho,

observou-se que 90% tinham ocupação e 52% mantinham-se em suas atividades (tabelas I e II). Dos que estavam afastados de suas atividades, 40% estavam afastados há mais de 1 mês (tabela II). Na amostra estudada, 14,5% eram donas de casa. A maior parte dos indivíduos (66%) declarou-se satisfeita com a ocupação que exercia (tabela I).

Com estes resultados, pôde-se perceber que o perfil dos pacientes com SMF que procuraram atendimento no HCPA foi de mulheres com 35 a 62 anos, casadas, com filhos, de menor escolaridade, com suas atividades laborais mantidas e satisfeitas com seu trabalho, no momento em que compareceram para a primeira consulta.

A avaliação da dor apresentada pelos pacientes foi feita por meio da escala análoga visual de dor (AV), descrita inicialmente por Huskisson (1974). Este instrumento foi escolhido por ser considerado o padrão ouro na medida da intensidade de dor em pacientes adultos (Huskisson, 1974).

Quanto ao relato de dor na primeira consulta (tabela V), observou-se que 10% dos pacientes procuraram o Serviço com dor miofascial de leve intensidade e 90% com dor moderada a insuportável. Não houve qualquer paciente que relatasse escore zero na escala análoga visual de dor, como seria esperado.

Tais dados sugerem a importância da intensidade da dor como motivação para a busca de atendimento médico. No entanto, com o estabelecimento das condutas de rotina do Serviço para o manejo de pacientes com SMF, houve uma redução da intensidade da dor relatada pelos pacientes, o que foi expresso nos resultados obtidos na última consulta (tabela V), ou seja, 29% dos pacientes estavam sem dor (AV 0), 56,5% com dor leve a moderada (AV 1 a 6) e 14,5% com dor

intensa ou insuportável (AV 7 a 10). Tendo em vista estudos prévios sobre a eficácia das medidas terapêuticas adotadas (Han *et al*, 1997; Esenyel *et at*, 2000; Sola & Bonica,2001), estes resultados sugerem que as condutas adotadas pelo Serviço são efetivas, aliviando consideravelmente a dor relatada pelos pacientes (Turk, 1996), como é corroborado pela redução observada por meio da comparação dos escores entre a primeira e a última consultas (teste de Qui-quadrado,  $P < 0,0001$ ). No entanto, conclusões sobre a eficácia das medidas terapêuticas propostas são limitadas pelo delineamento experimental empregado, ou seja, é um estudo observacional que não visa primariamente a avaliação da eficácia do tratamento.

Para avaliação da ansiedade dos pacientes com SMF, foi escolhida a escala de ansiedade traço-estado para adultos (IDATE), por ser um instrumento de aferição amplamente utilizado na literatura e já empregado em pacientes do nosso meio com queixas de dor (Caumo *et al*, 2001).

Na primeira consulta observou-se uma frequência similar de maior e menor ansiedade-estado entre os pacientes que chegaram ao Serviço com diagnóstico de SMF. Por outro lado, houve um predomínio de maior ansiedade-traço entre estes mesmos pacientes (tabela IV). Poder-se-ia supor que pacientes com dor importante apresentassem maior ansiedade. No entanto, este perfil psicológico não foi observado neste estudo, em que havia iguais porcentagens de pacientes com maior e menor ansiedade, tanto traço quanto estado.

Apesar de ansiedade ser um fenômeno descrito na literatura como prevalente em pacientes com dor (Travell & Simons, 1983; Weisberg & Clavel, 1999; Turner & Romano, 2001), não havia ainda na literatura dados sobre a frequência de maior ansiedade em vigência de síndrome miofascial.

Por meio da comparação dos escores de ansiedade da primeira para a última consulta (tabela III), observou-se a manutenção dos níveis de ansiedade-traço, como seria esperado, e redução dos níveis de ansiedade-estado (teste t de Student para amostras *pareadas*,  $P < 0,018$ ), o que levanta a suposição de que os índices de maior ansiedade estado observados no início do tratamento podem ser decorrentes da dor que o paciente apresenta neste momento e que com a melhora obtida por meio do tratamento, há redução do valor dos escores. A manutenção dos escores de ansiedade-traço sugere que o indivíduo apresenta a ansiedade como traço de personalidade (Spilberger, 1983) e, desta forma, embora tenha apresentado melhora da dor, permanecerá sendo portador de uma personalidade ansiosa.

Para avaliação dos sintomas depressivos, foi empregada a escala de Montgomery-Åsberg por ser um instrumento de aferição já validado para a língua portuguesa e empregado por outros autores para a detecção de sintomas depressivos em uma população (Dratcu & Ribeiro, 1987; Caumo *et al*, 2001).

Na primeira consulta, houve predomínio de sintomas depressivos leves ou ausentes (68%) (tabela IV). A frequência de pacientes com sintomas depressivos moderados e intensos (32 %) é semelhante à descrita por outros autores tanto em pacientes com dor crônica miofascial quanto em pacientes a serem submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos (Weisberg & Clavel, 1999; Esenyel *et al* 2000; Caumo *et al*, 2001). Analisando os dados da última consulta, observou-se que houve redução dos escores em relação à consulta inicial (tabela III), sugerindo que no transcorrer do tratamento, com a melhora da dor e da limitação, os pacientes passaram a apresentar menos sintomas depressivos. Os pacientes que, ao iniciarem o tratamento, apresentavam sintomas depressivos de intensidade maior aparentemente

tenderam a mantê-los, causando prejuízo ao sucesso da terapêutica (tabela XV). Já os pacientes sem sintomas depressivos ou com sintomas depressivos leves predominaram no grupo em que se obteve o desfecho “sucesso”, estando de acordo com a literatura (Travell & Simons, 1983; Goldemberg, 1992; Esenyl *et al*, 2000; Sola & Bonica, 2001).

A avaliação de expectativa de futuro foi realizada com a utilização de um questionário constituído por dez perguntas de escolha simples sobre a percepção do paciente em relação ao seu futuro. Os escores para cada pergunta variaram de -2 a +2, e a soma dos valores obtidos constituíram o escore final. O ponto de corte foi o escore 0, sendo que os escores finais negativos corresponderam à baixa expectativa de futuro, seguindo a metodologia empregada em outros artigos da área (Kapczinski *et al*, 1996; Caumo *et al*, 2001). Na primeira consulta houve predomínio de pacientes com expectativa de futuro positiva (87%) (tabela IV). Poder-se-ia supor que pacientes com dor, especialmente de moderada a intensa, se apresentassem ao atendimento médico com uma expectativa de futuro negativa. Tal idéia não se confirmou neste estudo, não tendo sido encontrados dados prévios sobre este parâmetro psicológico na literatura com relação à síndrome miofascial.

Na comparação entre os escores obtidos na primeira consulta com os da última consulta, observou-se que foram muito semelhantes (tabela III). Observou-se uma maior proporção de pacientes com expectativa de futuro positiva associada com o sucesso da terapêutica (tabela XV). Este resultado nos permite supor que os pacientes que têm planos para o futuro e expectativas de realizá-los tendem a responder mais favoravelmente ao tratamento, talvez até por terem maiores cuidados consigo mesmos e maior adesão às recomendações médicas. Este é um aspecto

importante a ser explorado em estudos posteriores e a ser considerado em futuros estudos de eficácia de novos tratamentos.

Para avaliação geral da presença de doenças mentais, empregou-se o questionário utilizado pela Organização Mundial de Saúde, o *Self-reporting Questionnaire* (Fagundes, 1981; Mari & Williams, 1986; Iacoponi & Mari, 1988; Caumo *et al*, 2001). Na primeira consulta houve predomínio de pacientes com escores positivos para doenças mentais (55%). Esta prevalência assemelha-se àquela descrita para pacientes atendidos em unidades de cuidados médicos primários no Brasil, que varia de 47% a 56% (Mari, 1987; Almeida Filho *et al*, 1997). Comparando-se os dados da primeira consulta com os da última, observou-se diminuição significativa do valor dos escores (teste t de Student,  $P < 0.001$ ). Apesar de ser esperada a manutenção do padrão de doenças psiquiátricas menores ao longo do tempo de avaliação deste estudo, que foi relativamente curto, a redução dos escores observada poderia refletir a influência da modificação da intensidade da dor sobre parâmetros psicológicos avaliados pelo *Self-reporting Questionnaire*.

Na avaliação de “ganho”, procurou-se detectar a procura de vantagens financeiras, ganho afetivo, afastamento de responsabilidades familiares e profissionais em função dos sintomas. Observou-se que 40% dos pacientes foram classificados como tendo ganho com os sintomas (tabela IV). Este se constitui um fator importante de não-recuperação do paciente, talvez porque a melhora significaria a perda das vantagens obtidas com a “doença” (Aronoff & McAlary, 1992; Aronoff & Rutrick, 1992; Krens, 1996; Weisberg & Clavel, 1999). Verificou-se, assim, que os pacientes que não apresentavam padrão de ganho com os sintomas predominaram no grupo que obteve sucesso com o tratamento (tabela XV).

Os pacientes que permaneciam trabalhando tiveram melhor resposta ao tratamento, apresentando aproximadamente sete vezes mais chances de sucesso do que aqueles afastados do trabalho. A avaliação do tempo de afastamento do trabalho em associação com o desfecho, levando-se em conta as categorias “um mês”, “um ano” e “mais de um ano”, não apresentou diferença significativa, permitindo supor que o afastamento do trabalho como tal, pode constituir um fator que contribua para o insucesso do tratamento. A manutenção dos pacientes nas atividades que fazem parte de sua rotina pode diminuir a sensação de limitação e doença, favorecendo a reabilitação dos mesmos.

Observou-se, portanto, que o perfil psicológico predominante dos pacientes portadores de SMF, ao chegarem para atendimento médico no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS, foi de expectativa de futuro positiva, com sintomas depressivos leves ou ausentes e sem ganho com a doença. A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores foi similar à da população em geral, e não se observou um maior nível de ansiedade.

Já a avaliação do perfil clínico destes mesmos pacientes compreendeu a verificação de dados da história clínica (padrão de sono, história de episódios anteriores de dor miofascial, consumo de bebidas alcoólicas e fumo, presença de doenças concomitantes, prática de exercícios físicos) e da repercussão da sintomatologia sobre as atividades laborais (necessidade de afastamento do trabalho, tempo de afastamento e ganho) (tabela II). Na primeira consulta, foi detectado que a maioria dos pacientes não tinha doenças concomitantes, mas apresentava dificuldade para dormir, predominantemente por dor. Tal achado é compatível com o relato de dor moderada a insuportável por 90% dos pacientes na primeira consulta (tabela V).



Paralelamente, as dificuldades em torno do sono também poderiam se associar ao aparecimento e/ou à manutenção de sintomas de ansiedade. Como houve melhora significativa do padrão de sono ao longo do tratamento e redução significativa dos escores de ansiedade-estado, poderíamos propor que, além do alívio da dor, a menor ansiedade poderia estar contribuindo para a menor dificuldade para dormir. Por outro lado, o fato de estar conseguindo uma melhor noite de sono, por não ter dor, poderia reduzir a ansiedade relatada pelo paciente. Assim teríamos o estabelecimento de um complexo sistema de influência mútua entre fatores, constituído por dor, ansiedade e padrão de sono. Tal influência poderia se dar tanto em um nível chamado psicológico, quanto em nível fisiológico. Dor, ansiedade e os estados de sono/vigília utilizam mecanismos neurotransmissores comuns (como GABAérgicos, benzodiazepínicos, opióides e serotoninérgicos) que podem atuar de forma a relacionar aqueles três fenômenos. Desta forma a dor intensa ativa mecanismos relacionados à resposta ao estresse, que eleva o nível da ansiedade. Dor, estresse e ansiedade ativam, por sua vez, mecanismos envolvidos com o padrão de sono/vigília, deixando o indivíduo mais alerta (Weisberg & Clavel, 1999; Sullivan & Turk, 2001). A redução da dor e da resposta ao estresse levaria, por sua vez, a uma menor ativação central, com diminuição do estado de alerta e retorno ao padrão normal do ciclo sono/vigília.

Na primeira consulta, observou-se que a maioria dos pacientes era não-fumante e apresentava resposta negativa ao questionário do CAGE sobre uso de bebidas alcoólicas (tabela II). A prevalência de tabagismo e uso de álcool foi similar à relatada por Caumo e colaboradores (2001) em amostra obtida no mesmo ambiente hospitalar.

Em torno de 69% dos pacientes já haviam apresentado pelo menos um episódio prévio de dor miofascial (tabela II), O que está de acordo com dados da literatura (Sola & Bonica, 2001). Em torno de 52%, mantinham-se em suas atividades laborais. Entre aqueles que estavam afastados do trabalho, a maior parte não exercia sua ocupação há mais de um mês (tabela II).

### **3. Características associadas ao insucesso terapêutico**

Após a avaliação do perfil dos pacientes com SMF que foram atendidos na consulta inicial, foi iniciado o tratamento proposto pela pesquisa. O final do período de observação foi estabelecido como sendo o 30º dia após a última sessão de acupuntura, por ser um espaço de tempo não tão longo que favorecesse o abandono do tratamento, mas prolongado o suficiente para avaliar as condições de manutenção da melhora obtida. Nas últimas consultas os pacientes foram divididos então em quatro grupos de acordo com a resposta terapêutica. Tal categorização tem significância clínica, pois reflete os graus de eficácia do tratamento que está sendo proposto aos pacientes. Destes, 14,5% apresentaram-se assintomáticos na última consulta da pesquisa, ou seja, com escore AV igual a zero, com padrão de sono normal e retorno às atividades. A maior parte (56 %) apresentou melhora significativa do quadro com diminuição do escore AV em pelo menos 50% em relação ao valor inicial, padrão de sono normal e retorno às atividades habituais e laborais. Observou-se que 21% dos pacientes apresentaram melhora pobre, permanecendo com dor moderada a intensa ou apresentando redução de escore AV inferior a 50% em relação ao valor inicial, além de retorno parcial às atividades. Em

8% dos pacientes não se observou melhora (tabela VI).

Para fins de análise dos fatores associados à melhor ou pior resposta à terapêutica, foi criada uma nova variável, denominada de desfecho clínico. Esta foi categorizada em 2 grupos: o grupo “sucesso terapêutico” englobou os pacientes previamente classificados como assintomáticos e com melhora significativa; o grupo “insucesso terapêutico” englobou os pacientes previamente classificados como tendo melhora pobre ou ausente.

Os resultados terapêuticos obtidos com o estudo sugerem que o índice de sucesso obtido com as técnicas terapêuticas empregadas pelo Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS, no tratamento da SMF (aproximadamente 71%), é semelhante ao índice de melhora no tratamento da dor crônica apontado por Dennis C. Turk (1996), em um trabalho de revisão da literatura sobre os resultados apresentados pelas Clínicas Multidisciplinares de Tratamento de Dor. Porém alerta para a necessidade de ampliar a pesquisa na área, visando aliviar o sofrimento e a dor dos 29% de pacientes que corresponderam ao grupo de insucesso terapêutico.

Fatores como idade, sexo, escolaridade, estado civil, ter filhos, história prévia de dor miofascial e doenças concomitantes, prática de exercícios, consumo de bebidas alcoólicas e fumo não influenciaram o desfecho clínico. Apesar de predominarem maiores níveis de intensidade de dor e dificuldades para dormir, especialmente por dor, na primeira consulta, tais variáveis não se associaram com uma maior chance de insucesso terapêutico (tabela XV). Logo, a manutenção do quadro algico ao final do estudo provavelmente não decorreu do fato dos pacientes terem um quadro inicial considerado mais grave, o que poderia dificultar o

tratamento.

O tipo de ocupação e a satisfação obtida com a atividade laboral realizada também não se associaram significativamente ao desfecho clínico (tabela XV).

O uso de antidepressivo tricíclico (tabela XIV), a dose empregada de amitriptilina (tabela XIII) e a prática de exercícios físicos prescritos pela equipe médica participante do estudo (tabela XIV) não aumentaram as chances de sucesso terapêutico.

O estudo mostrou que as principais variáveis associadas com o desfecho clínico proposto foram aquelas relacionadas ao perfil psicológico do paciente.

O sofrimento determinado por dor e a incapacitação/limitação em atividades do dia a dia e profissionais são fatores que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão. A extensão de tais manifestações pode ser mais grave nos pacientes que são portadores de doenças psiquiátricas, tais como depressão maior, ansiedade generalizada e distúrbios psiquiátricos menores (Clark *et al*, 1998; Jorgensen *et al*, 1987; Caumo *et al*, 2001), criando um quadro complexo em que vários fatores atuam e se reforçam mutuamente. Assim, neste estudo, maior ansiedade-estado, presença de sintomas depressivos, expectativa de futuro negativa e distúrbios psiquiátricos menores associaram-se com manutenção do quadro de dor miofascial.

Apesar de não haver predomínio de maior ansiedade entre os pacientes que chegaram ao Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS com SMF e haver redução dos escores com o tempo, aqueles indivíduos que apresentavam maior nível de ansiedade-estado tiveram um risco 3 vezes maior de insucesso terapêutico. O mesmo ocorreu com os sintomas depressivos. Sintomas

ausentes ou leves prevaleceram nos pacientes com SMF e houve redução de valores, comparando-se o início com o final do estudo. No entanto, a presença de sintomas de intensidade moderada e intensa associou-se com chance 4,5 vezes maior de insucesso terapêutico. Já a presença de maior ansiedade-traço não apresentou associação significativa com o desfecho clínico.

A ansiedade produz reações que podem resultar no aumento do sofrimento experimentado pelo paciente e tornam o manejo da dor mais difícil (Thomas *et al*, 1995). Além disso, há extensas evidências de que a exposição a situações de estresse, tanto em animais, quanto em seres humanos induz alterações na resposta nociceptiva/analgésica (Gamaro *et al*, 1998; Rochford *et al*, 1993; Pavlovic & Bodnar, 1993; Quintero *et al*, 2000; Torres *et al*, 2001). Experimentos em ratos têm demonstrado que estresse crônico (por imobilização ou variável) é capaz de determinar uma resposta hiperalgésica, que persiste por pelo menos 14 dias após a suspensão do estresse e que possivelmente se relaciona a uma menor atividade de sistemas opióides (Gamaro *et al*, 1998; Torres *et al*, 2001; Chudler & Bonica, 2001).

Ao contrário da analgesia induzida por estresse, os mecanismos envolvidos na hiperalgésia induzida por exposição ao estresse são menos conhecidos (Quintero *et al*, 2000). Substância P e peptídeo relacionado ao gene da calcitonina parecem ser necessários, pelo menos em nível espinhal, para a indução de hiperalgésia por estresse prolongado (Sato *et al*, 1992; Terman & Bonica, 2001).

Estresse crônico também produz alterações bioquímicas e funcionais em eixo límbico-hipotalâmico-hipofisiário que são bastante similares àquelas observadas durante a depressão grave (Akil & Morano, 1995). A sensibilidade à dor está aumentada em indivíduos com depressão, tanto menor quanto maior (Merskey, 1965;

Piñerua-Shuhaibar *et al*, 1999; Sullivan & Turk, 2001). Indivíduos deprimidos relatam uma maior prevalência de problemas clínicos de dor ( Jaffe *et al*, 1994; von Konorring *et al*, 1983).

A maior chance de insucesso em pacientes com sintomas depressivos moderados a intensos permite supor que a depressão constitui um fator que favorece a manutenção do quadro de dor e imobilidade, com uma resposta pobre ao tratamento (Travell & Simons, 1983; Esenyl *et al*, 2001; Sullivan & Turk, 2001).

A maior ansiedade-estado e a presença de sintomas depressivos de maior relevância, observados nos pacientes deste estudo, poderiam não só produzir alterações comportamentais que reduziriam a eficácia do tratamento, como poderiam alterar o limiar de dor, dificultando o seu alívio, pelos mecanismos previamente expostos.

Expectativa de futuro positiva prevaleceu nos pacientes que chegaram ao Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS avaliados neste trabalho, e os escores de expectativa de futuro não mudaram com o decorrer do estudo. No entanto, aqueles pacientes que relataram expectativa negativa de futuro apresentaram aumento significativo da chance de manutenção da dor ao final do tratamento. Os pacientes com baixa expectativa de futuro apresentaram 22 vezes mais chance de insucesso com o tratamento (tabela XV), o que pode indicar que a falta de planos, assim como a falta de perspectiva de progresso e melhora de vida, mantêm o indivíduo mais facilmente em uma condição de imobilidade e “doença”, favorecendo a manutenção dos sintomas. Entretanto poder-se-ia interpretar este resultado de dois modos: (1) a expectativa negativa de futuro estaria contribuindo de alguma forma para a manutenção da dor ao final do tratamento ou (2) a permanência

do quadro álgico , apesar do tratamento realizado, reforçaria as idéias de desesperança, contribuindo para a negatividade observada. Pela avaliação do *Self-reporting Questionnaire*, houve predomínio da presença de distúrbios psiquiátricos menores na amostra avaliada, refletindo não um padrão específico da doença, mas a prevalência observada na população brasileira (Mari, 1987; Almeida-Filho *et al*, 1997) e tal predomínio associou-se com manutenção do quadro álgico. Pacientes com distúrbios psiquiátricos menores apresentaram uma chance aproximadamente 4 vezes maior de insucesso terapêutico. As razões propostas para tal achado assemelham-se àquelas descritas para ansiedade-estado e sintomas depressivos.

O ganho do paciente com a sintomatologia congrega vários aspectos, podendo o paciente ter vantagens financeiras, ganho afetivo ou eximir-se de responsabilidades familiares e profissionais. Com os resultados obtidos, verificou-se que o não-ganho com os sintomas predominou entre os pacientes com SMF, mas sua presença associou-se com insucesso terapêutico (tabela XV). Os pacientes que obtiveram ganho com os sintomas apresentaram aproximadamente sete vezes mais chances de manutenção da dor ao final do tratamento. Estes dados estão de acordo com a literatura (Aronoff & McAlary, 1992; Mello, 1992; Weisber & Clavel, 1999). A manutenção dos sintomas é provavelmente a forma encontrada por estes pacientes para se relacionarem com a família, com seu meio social e com a estrutura de trabalho, pois o fato de apresentarem dor os exime de várias obrigações familiares e sociais. Além disso fornece uma desculpa plausível para eventuais fracassos profissionais. Adicionalmente há a possibilidade de ganho pecuniário com uma possível aposentadoria ou situações de litígio (Goldemberg, 1992; Strang, 1992; Turk, 1996; Weisberg & Clavel, 1999).

As queixas de dor e de incapacidade podem estar encobrendo os motivos reais da manutenção do quadro clínico (desgosto com o trabalho, fuga de responsabilidades sociais e familiares, incapacidade em lidar com suas frustrações, ganho de atenção e afeto) e, se estes não forem identificados adequadamente, a tendência será de pouca ou nenhuma resposta às terapêuticas empregadas. Para o tratamento adequado destes pacientes, uma vez identificados os fatores que constituem o ganho, se faz necessária a abordagem do problema com o paciente e seus familiares, em busca da melhor solução, em conjunto com as demais técnicas terapêuticas propostas.

Estas observações trazem um alerta para a valorização de abordagens direcionadas aos problemas emocionais do paciente, ao mesmo tempo em que se utilizam métodos para o alívio da dor e a reabilitação do mesmo. Uma abordagem terapêutica multidisciplinar pode provavelmente, assim proporcionar um índice maior de sucesso (Weisberg & Clavel, 1999). Reforçando esta idéia, observou-se que o encaminhamento dos pacientes para acompanhamento psicológico elevou a chance de sucesso terapêutico (tabela XV), com uma razão de chance de 7,8 (tabela XV).

Os dados aqui apresentados não permitem o estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre a dor miofascial e as alterações psicológicas observadas, já que o estudo não foi delineado com este fim. No entanto, seus resultados vão de encontro aos achados previamente descritos na literatura, abrindo a possibilidade de novos estudos em fisiopatogenia e tratamento da síndrome miofascial (Kerns, 1996; Weisberg & Clavel, 1999).

Por fim, a manutenção do paciente em suas atividades laborais pode ter um



resultado favorável, sobre o quadro álgico e principalmente no que se refere à reabilitação do paciente. Observou-se que os pacientes afastados do trabalho apresentaram pior resposta ao tratamento, apresentando aproximadamente nove vezes mais chances de insucesso na terapêutica que aqueles que se mantiveram trabalhando. A avaliação do tempo de afastamento do trabalho em relação ao desfecho, levando-se em conta as categorias “um mês”, “entre um mês e um ano” e “mais de um ano”, não apresentou diferença significativa (tabela XV), permitindo supor que o afastamento do trabalho como tal, independentemente do tempo decorrido, é o fator que contribui para o insucesso do tratamento. A manutenção dos pacientes nas atividades que fazem parte de sua rotina pode diminuir a sensação de limitação e doença, favorecendo a reabilitação dos mesmos. Esta parece constituir uma importante conduta no manejo de pacientes com SMF, contribuindo para a melhora do quadro álgico. No entanto, a retomada das atividades laborais após o afastamento pode ser afetada por fatores como a insatisfação do paciente em relação ao emprego, as condições de trabalho inadequadas que favorecem o reaparecimento dos sintomas ou uma nova lesão, e o medo de serem demitidos após reassumirem as atividades laborais (Sanders, 1996).

A sensibilidade dos empregadores em oferecer condições de trabalho adequadas aos seus empregados, visando minimizar o risco de lesões por mau uso da musculatura e postura inadequada ao realizar as tarefas laborais, pode favorecer a reabilitação desses pacientes para o trabalho. O retorno às atividades de rotina constitui um índice importante de melhora do paciente, assim como é fundamental para a manutenção da melhora obtida a longo prazo (Turk, 1996).

## CONCLUSÕES

Com base nos resultados desse trabalho, concluiu-se que:

1. houve predomínio de mulheres (88,7%), com 35 a 62 anos (78,8%), casadas (48,%) , com filhos (75,8%), entre os pacientes portadores de SMF atendidos no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS;
2. houve predomínio de indivíduos empregados (75,8%), satisfeitos com o emprego (66,%) e mantendo-se em atividade laboral no momento da primeira consulta (52%); dos 48% afastados do trabalho, 24% estavam afastados por um período que variou de 1 mês a 1 ano;
3. houve predomínio de pacientes com história prévia de SMF (69%) sem doenças concomitantes (60%), não-fumantes ou ex-fumantes (85%) e com resposta negativa ao questionário CAGE (73%);
4. houve predomínio de dor de maior intensidade (moderada a insuportável ) em 90% dos casos e da dificuldade para dormir (85 %), especialmente por dor (82%);
5. houve predomínio de indivíduos com maior ansiedade-traço (60%) com sintomas depressivos leves ou ausentes (67,7%), expectativa de futuro positiva (87%), com distúrbios psiquiátricos menores (54,8%) e sem ganho com os sintomas (59,7%);
6. não houve predomínio de maior ou menor ansiedade traço-estado (50%/50%) entre os pacientes atendidos no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina

Paliativa do HCPA/UFRGS;

7. houve uma frequência de 67,7% de sucesso terapêutico e de 32,3% de insucesso para o protocolo padrão de manejo de pacientes com SMF atendidos no Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa do HCPA/UFRGS;
8. houve redução significativa dos escores de ansiedade-estado, sintomas depressivos e da presença de distúrbios psiquiátricos menores, comparando-se o início e o final do tratamento proposto.
9. houve redução dos escores e dos níveis de intensidade de dor da primeira para a última consultas do estudo;
10. não houve associação entre insucesso terapêutico e as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, filhos, dificuldade para dormir, intensidade de dor na primeira consulta, uso de fumo e bebidas alcoólicas, história prévia de dor miofascial e doenças concomitantes, satisfação com o trabalho e prática de exercícios físicos;
11. houve associação entre insucesso terapêutico e afastamento do trabalho, com razão de chance igual a 8,9;
12. houve associação entre insucesso terapêutico e maior ansiedade-estado, com uma razão de chances igual a 3,4;
13. houve associação entre insucesso terapêutico e sintomas depressivos com uma razão de chances igual a 4,8;
14. houve associação entre insucesso terapêutico e expectativa de futuro negativa, com uma razão de chances igual a 22;
15. houve associação entre insucesso terapêutico e distúrbios psiquiátricos menores, com uma razão de chances igual a 3,6;

16. não houve associação entre insucesso na terapêutica e ansiedade-traço;
17. houve associação entre insucesso terapêutico e ganho com os sintomas, com com uma razão de chances igual a 6,58;
18. houve associação entre insucesso terapêutico e não-acompanhamento psicológico, com uma razão de chances igual a 7,89;
19. não houve associação entre insucesso terapêutico e as seguintes variáveis relacionadas ao tratamento proposto: uso de antidepressivo tricíclico, dose de amiriptilina empregada e prática dos exercícios físicos prescritos.

## **PERSPECTIVAS**

A associação entre insucesso na terapêutica e presença de sintomas depressivos moderados e severos, maior estado de ansiedade, expectativa de futuro negativa e ganho com os sintomas demonstra a necessidade de uma avaliação criteriosa dos aspectos psicológicos, familiares e sociais dos pacientes e de uma abordagem terapêutica multidisciplinar, onde os aspectos emocionais sejam trabalhados juntamente com as demais medidas terapêuticas.

A manutenção dos pacientes nas suas atividades habituais e laborais deve ser considerada para auxiliar no rompimento do ciclo doença-limitação-invalidéz, assim como para minimizar as dificuldades que muitos pacientes apresentam ao serem reconduzidos às atividades laborais, após um período de afastamento. A sensibilização dos empregadores para o fato de que a adequação das condições de trabalho, de modo que os indivíduos mantenham uma postura correta e façam períodos de pausa para descanso da musculatura (casos de esforço repetitivo), além de mudança de função, quando esta se fizer necessária, para que não se desencadeie ou agrave o quadro algico são medidas fundamentais para a recuperação dos pacientes, assim como, para a prevenção de novas crises.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKIL, H.A.; MORANO, M.I. Stress. *In: BLOOM, F.E.; KUPFER, D.J.(eds.). Psychopharmacology: the fourth generation of progress.* New York: Raven Press, p.773-785, 1995.
- ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S.B. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br. J. Psychiatry.* 171: 524-529,1997.
- ANDERSON E. A.; MANSUR, T.T. Psychological preparation for invasive medical and dental procedures. *J. Behav. Med.*, 6: 1- 40, 1983.
- ARONOFF, G.M.; MCALARY, P.W. Pain Centers: treatment of intractable suffering and disability resulting from chronic pain. *In: ARONOFF, G.M. (ed). Evaluation and treatment of chronic pain.* 2 ed., Williams & Wilkins. Baltimore, p.416-429, 1992.
- ARONOFF, G.M.; RUTRICK, D. Psychodynamics and psychotherapy of the chronic pain syndrome. *In: ARONOFF, G.M. (ed). Evaluation and treatment of chronic pain.* 2 ed., Williams & Wilkins. Baltimore, p. 394-398, 1992.
- BALDRY, P.E. Trigger points. *In: BALDRY, P.E. (ed.)Acupuncture, trigger points and musculoskeletal pain.* Churchill Livingstone, p.75 – 90, 1998a.
- BALDRY, P.E. The deactivation of trigger points. *In: BALDRY, P.E. (ed.) Acupuncture, trigger points and musculoskeletal pain.*Churchill Livingstone, p.91 – 110, 1998b.
- BERDE, C. B.; ANAND, K. S.; SETHNA, N. F. Pediatric pain management. *In: GREGORY, G.A. (ed.) Pediatric Anesthesia.* Churchill Livingstone, New York, p. 679-727, 1989.
- BAUMANN, T.J., LEHMAN, M.E. Pain management. *In: DIPIRO, J.T., TALBERT, L., HAYES, P.E., YEE, G.C.; POSEY, L.M. (eds.). Pharmacotherapy. A pathophysiologic approach.* Elsevier, New York, p. 642-659, 1989.
- BIAGGIO, A.M.B. Manual do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
- BONICA, J.J. Definitons and taxonomy of pain. *In: BONICA, J.J.(ed.). The*

- management of pain*. 2 ed. Lea & Febiger, Philadelphia, p. 19-27, 1990a.
- BONICA, J.J. General considerations of chronic pain. *In: BONICA, J.J. (ed.) The management of pain*. 2 ed. Lea & Febiger, Philadelphia, p. 180-195, 1990b.
- BROSE, W. G.; SPIEGEL, D. Neuropsychiatric aspects of pain management. *In: YUDOFKY, S. C.; HALES, R. E. (eds.) Textbook of neuropsychiatry*. 2 ed. American Psychiatric Press. p. 245-275, 1992.
- BYERS, M.R.; BONICA, J.J. Peripheral pain mechanisms and nociceptor plasticity. *In: LOESER (ed.) Bonica's Management of Pain*. 2. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, p. 26-72, 2001.
- CAUMO, W., BROENSTRUB, J C, FIALHO, L., et al . Risk factors for postoperative anxiety in children. *Acta. Anaesthesiol. Scand.*, 44: 782-789, 2000.
- CAUMO, W.; SCHMIDT, A. P.; SCHNEIDER, C. N.; BERGMAN, J.; IWAMOTO, C.W.; BANDEIRA, D.; FERREIRA, M.B.C. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta. Anaesthesiol. Scand.*, 45: p 298 – 307, 2001.
- CHAPMAN, C.R.; TURNER, J.A. Psychologic and psychosocial aspects of acute pain. *In: BONICA, J.J. (ed.) The management of pain*. 2 ed. Lea & Febiger, Philadelphia, p. 122-132, 1990.
- CLARK, M.R. The role of psychiatry in the Treatment of chronic pain.(1996). *In: COHEN, M.J.M.; CAMPBELL, J.N. (ed.) Pain Treatment Centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal*. IASP, Seattle, p. 59-68.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10, O.M.S, 1993.
- CHUDLER, E.R.; BONICA, J.J. Supraspinal mechanisms and their modulation. *In: LOESER (ed.) Bonica's Management of Pain*. 2. ed. Lippincott Williams & Wilkins, p. 153-179, 2001.
- CODERRE, T. J. Physiologic consequences of tissue injury and acute pain. *Anesth Clin. North. Am.*, 10: 247-269, 1993.
- CRAIG, K.D. Emotional Aspects of Pain. *In: WALL, P.D.; MELZACK, R. (ed.) Textbook of Pain*. 3 ed. Edinburg: Churchill Livingstone, p. 261-274, 1994.
- CUNHA, J.A. IDATE. *In: VAN KOLCK (ed.) O.L.Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis: Vozes, p. 162-164, 1993.
- CROSS, S.A. Pathophysiology of pain. *Mayo Clin. Proc.*, 69:4:375-383, 1994.

- DRACU, L.; RIBEIRO, L.C. Depression assessment in Brazil – The first application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Br. J. Psychiat.*, 150: 797 – 800, 1987.
- DICKENSON, A H. Spinal cord pharmacology of pain. *Br. J. Anaesth.*, 75: 193-200, 1995.
- ESENYL, M.; CAGLAR, N.; ALDEMIR, T. Treatment of myofascial pain. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.*, 79: 48-52, 2001.
- EGBERT, L.D. et al. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New Engl. J. Med.*, 270: 825-827, 1964.
- FAGUNDES, S.M.S. Estudo de um instrumento de triagem de doenças mentais em adultos elaborado pela OMS, em vila da periferia da Capital. Porto Alegre. *Arq. Clin. Pintel*, 7: 18-24, 1981.
- FIELDS, H.L.(ed.) Core Curriculum for professional education in pain. 2 ed. Seattle: *International Association for the Study of Pain*, 123 p., 1995.
- FITZGERALD, M. Developmental biology of inflammatory pain. *Br. J. Anaesth.*, 75: 177-185, 1995.
- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. Epidemiologia clínica : elementos essenciais. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 281 p., 1996.
- GAMARO, G.A.; XAVIER, M.H.; DENARDIN, J.D.; PILGER, J.A.; ELY, D.R.; FERREIRA, M.B.C. The effects of acute and repeat restraint stress on the nociceptive response in rats. *Physiol. Behav.*, 63: 693-697, 1998.
- GALERA, A.G. Neurobiologia de la ansiedad. In: SILVA, H.J.; CARVAJAL, C.A (ed.). *Progresos en psiquiatria biológica*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile, 271 p 41 – 51, 1990.
- GILDENBERG, P.L.; DEVAUL, R.A. O paciente de dor crônica, avaliação e tratamento. 1 ed. Colina editora. Rio de Janeiro, p. 108-110, 1985.
- GOLDENBERG, D.L.; FELSON, D.T.; DINERMAN, H.A. A randomized controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.*, 29: 1371-1377, 1986.
- GOLDENBERG, D.L. Controversies in fibromyalgia and myofascial pain syndrome. In: ARONOFF, G.M. (ed). *Evaluation and treatment of chronic pain*. 2 ed., Williams & Wilkins. Baltimore, p.165-174, 1992.
- GOLDBERG, P. J. The social worker, family systems, and the chronic pain family.



- In: ARONOFF, G.M. (ed). *Evaluation and treatment of chronic pain*. 2 ed., Williams & Wilkins. Baltimore, p. 465-474, 1992.
- GORESTEIN, C. (1989). Aspectos gerais das escalas para avaliação de ansiedade. In: Escola Paulista de Medicina. Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. (coord.) *Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina. 191, p. 39-46, 1992.
- GRAEFF, F. G. Drogas psicotrópicas e seu modo de ação. In : *Ansiedade*. São Paulo; Editora Pedagógica e Universitária, p 61-83, 1990.
- HAN, S.C.; HARRISON, P. Myofascial pain syndrome and trigger-point management. *Reg. Anesth.*, 22: 89-101, 1997.
- HONG, C.Z.; SIMONS, D.G. Pathophysiologic and electrophysiologic mechanisms of myofascial trigger points. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 79: 863-872, 1998.
- HUSKISSON, E.C. Measurement of pain. *Lancet*, 2: 1127 – 1131, 1974.
- IACOPONI, E.; MARI, J.J. Reability and factors struture of portuguese version of self-reporting questionnaire. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 35:213 – 222, 1988.
- IRVING, G. A.; WALLACE, M. S. Pain management for the practicing physician. In: *Pain, anatomy and psysiol.*, Churchill Livingsstone, New York, cap. 1, p. 9-16, 1997.
- JAFFE, A.; FROOM, J.; GALMBOS, N. Minor depression and functional impairment. *Arch. Fam. Med.*, 3: 1081-1086, 1994.
- JONES, S.E. Effect of psychological processes on chronic pain. *Br. J. Nurs.*, 2: 463-467, 1993.
- JORGENSEN, P.; AAGARD, J.; JESPERSEN, H.J.; MORTENSEN, L. Non-specific psychological distress, psychological stressores and psychiatrically symptoms free surgical controls. *Acta Psychiatr. Scand.*, 75: 190-194, 1987.
- KAPCZINSKI, F.; MINTEGUI, M.A.; BRONDARDI, R.; CHAVES, M.L.F. Mild depression levels alter self-perceptions of future but not the recall of verbal information in elderly inpatients. *Baz. J. Med. Biol. Res.*, 25: 259-265, 1996.
- KATZ ,J.; MELZACK, R. Measurement of pain. *Anesth. Clin. North. Am.* 10: 229-246, 1992.
- KERNS, R.D. Psychosocial factors: primary or secondary outcomes? In: COHEN, M.J.M.; CAMPBELL, J.N. (ed.). *Pain Treatment Centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal*. IASP, Seattle, p. 183-192, 1996.
- KOJCHEN, S.G. Epidemiología de la ansiedad. In: SILVA, H. J.; CARVAJAL, C.

- A.(eds.). *Progresos em psiquiatria biológica*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile, p. 67 – 78, 1990.
- LORENZ, K.Y.; KATIMS, J.J.; LEE, M.H. M. Acupuncture: a neuromodulation technique for pain control. *In: ARONOFF, G. M. (ed.). Evaluation and treatment of chronic pain*. 2 ed. Williams & Wilkins. Baltimore, p. 291-296, 1992.
- MAX, M.B.; GILRON, I.H. Antidepressants, muscle relaxants, and N-metil-D-aspartato receptor antagonists. *In: LOESER (ed). Bonica's Management of Pain*. Lippincott Williams & Wilkins. p. 1710 – 1726, 2001.
- MARI, J.J.; WILLIAMS, P.A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br. J. Psychiatry*, 148: p 23 – 26, 1986.
- MARI, J.J. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc. Psychiatry*. 22: 129-138, 1987.
- MACGRAW, T. Preparing children for operating room: psychological issues. *Can. J. Anaesth.*,41: 1094-1103, 1994.
- MARANETS, I.; KAIN, Z.N. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth. Analg.*, 89: 1346 – 1351, 1999.
- MCGRATH, P. J.; CRAIG, K.D. Developmental and psychological factors in children's pain. *Pediatr. Clin. North. Am.* 36: 823-835, 1989.
- MCGRATH, P. J.; UNRUH, A M. Measurement and assessment of paediatric pain. *In: WALL, P.D.; MELZACK, R. (ed.) Textbook of Pain*. 3 ed. Endinburgh: Churchill Livingstone. p. 303-313, 1994.
- MCQUAY, H. J., DICKENSON A.H. Implications of nervous system plasticity for pain management. *Anaesthesia*, 45: 101-102, 1990.
- MCQUAY, H.J.; CARROLL, D.; GLYNN, C.J. Low dose amitriptyline in the treatment of chronic pain. *Anaesthesia*, 47: 646-652, 1992.
- MELLO, J. Neurose de Compensação. *In: MELLO, J.(ed.) Psicossomática hoje*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, p.175, 1992.
- MELZACK, R.; WALL, P. Psicologia da dor. *In: MELZACK, R.; WALL, P. (eds.). O desafio da dor*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, p.27-50, 1982.
- MERSKEY, H. Pain terms; a list with definitions and notes on usage: recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6: 249-252, 1979.
- MONTEGOMERY, S.; ASBERG, M.A. New depression scale designed to be

- sensitive to change. *Br. J. Psychiatry*, 134: 382-389, 1979.
- MONTEIRO, M.G.; MONTEIRO, M. ; SANTOS, B. R. Detecção do alcoolismo na população geral através do questionário CAGE: o que mudou em 5 anos? *Ver. ABP-APAL*. 12: 45 – 48, 1991.
- MORGAN, G.E.; MIKHAIL, M.S. Pain management. *In: MORGAN, G.E.; MIKHAIL, M. S. (eds.). Clinical Anesthesiology*, 2 ed., Appleton & Lange, Stamford, p. 274-316, 1996.
- MUNGLANI, R.; HUNT, S. P. Molecular biology of pain. *Br. J. Anaesth.*, 75: 186 – 192, 1995.
- PAVLOVIC, Z.; BODNAR, R.J. Antinociceptive and hypothermic crosstolerance between continous and intermittent cold-water swims in rats. *Physiol. Behav.*, 54: 1081-1084, 1993.
- PIÑERUA-SHUHAIBAR, L.; PRIETO- RINCON, D.; FERRER, A.; BONILLA, E.; MAIXNER, H.; SUAREZ-ROCA, H. Reduced tolerance and cardiovascular response to ischemic pain in minor depression. *J. Affective Dis.*, 56: 119-126, 1999.
- QUINTERO, L.; MORENO, M.; AVILA, C.; ARCAYA, J.; MAIXNER, W.; SUAREZ-ROCA, H. Long-lasting delayed hyperalgesia after subchronic swim stress. *Pharmacol., Biochemi. Behav.*, 67: 449-458, 2000.
- RAJ, P.P. Pain Medicine: a comprehensive review. *In: History of Pain Medicine*. St. Louis: Mosby, p. 3-11, 1996.
- RANG, H.P.; URBAN, L. New molecules in analgesia. *Br. J. Anaesth.*, 75: 145-156, 1995.
- RICHTER, F.M.; GROSSMANN, E.; AGUIAR, R.W. Avaliação e manejo psicoterápico do paciente com dor crônica. *In: CORDIOLI, A.V. (ed.) Porto Alegre, Editora Artes Médicas*, p. 348 – 358, 1993.
- ROBSON, J.P. Evaluation of function and disability. *In: LOESER (ed). Bonica's Management of Pain*. Lippincott Williams & Wilkins, p. 363-368, 2001.
- ROCHFORD, J.; DAWES, P.; STEWART, J. Novelty potentiation of novelty-induced hypoalgesia characterization of the alpha-noradrenergic receptor subtype. *Pharmacol., Biochemi. Behav.*, 44: 381-386, 1993.
- ROSOMOFF, H.L.; ROSOMOFF, R.S. A rehabilitation physical medicine perspective. *In: COHEN, M.J.M.; CAMPBELL, J.N. (eds.). Pain Treatment Centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal*. IASP, Seattle, p. 47-58, 1996.

- ROTH, R.S.; HOROWITZ, K.; BAUCHMAN, J.E. Chronic myofascial Pain: knowledge of diagnosis and satisfaction with treatment. *Arch. Phys. Rehabil.*, 79: 966-970, 1998.
- SANDERS, S.H. Why do most patients with chronic pain not return to work? In: COHEN, M.J.M.; CAMPBELL, J.N. (eds.). *Pain Treatment Centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal*. IASP, Seattle, p. 193-202, 1996.
- SANTOS A. C.; NERY R. M. Cuida da tua coluna! HCPA-Serviço de Fisiatria, 15 p. , 1994.
- SATOH, M.; KURAISHI, Y.; KAWAMURA, M. Effects of intrathecal antibodies to substance P, calcitonin gene-related peptide and galanin on repeated cold stress-induced hyperalgesia: comparison with carrageenan-induced hyperalgesia. *Pain*, 49: 273-278, 1992.
- SMART, R.G.; ADALF, E. M.; KNOKE D. Use the CAGE scale in a population survey of drinking. *J. Stud. Alcohol*. 52 : 593 -596, 1991.
- STRANG, J.P. Chronic low-back pain and disability. In: Aronoff G.M. (ed.). *Evaluation and treatment of chronic pain*. 2 ed., Williams & Wilkins. Baltimore. p. 484-498, 1992.
- SOLA, A.E.; BONICA, J. J. Myofascial pain syndromes. In: BONICA, J. J. (ed.) *The management of pain*. 2 ed. Lea & Febiger, Philadelphia. p. 352-366, 1990.
- SOLA, A.E.; BONICA, J. J. Myofascial Pain Syndromes. In: LOESER (ed.). *Bonica's Management of Pain*. 2. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, p. 26-72, 2001.
- SOSNOWSKI, M.; LEBRUN, P.; FODDERIE, L. Receptions, neuropathways and mechanisms. *Anesth. Clin. North Am.*, 10: 211-228, 1992.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. Inventário de ansiedade traço-estado : IDATE. Rio de Janeiro: Centro Editor de psicologia Aplicada. 58 p., 1979.
- SPIELBERGER, C.D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI: form Y). Palo Alto, CA: Consulting psychologists, 1983.
- SPSS® Base 8.0 for Windows® User's Guide. USA: SPSS Inc, 700 p., 1998.
- STEPKE, F.L. Psicofisiologia de la ansiedad. In: SILVA, H. J.; CARVAJAL, C. A. (eds.). *Progresos en psiquiatría biológica*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile, p. 55 – 64, 1990.

- SULLIVAN, M.D.; TURK, C.D. Psychiatric illness, depression, and psychogenic pain. *In: LOESER, J.D. (ed.). Bonica's management of pain.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p. 483- 500, 2001.
- TAENZER, P.; MELZACK, R.; JEANS, M.E. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain*, 24: 331–342,1986.
- THOMAS, V.; HEATH, M.; ROSE, D.; FLORY P. Psychological characteristics and effectiveness of patient- controled analgesic. *Br. J. Anaesth.*, 74: 271 – 276, 1995.
- TERMAN, G. W.; BONICA , J. J. Spinal mechanisms and their modulation. *In: LOESER (ed.). Bonica's Management of Pain .* Lippincott Williams & Wilkins, p. 73 – 152, 2001.
- TORRES, I.L.S.; VASCONCELLOS, A.P.; CUCCO, S.N.S.; DALMAZ, C. Effect of repeated stress on novelty-induced antinociception in rats. *Bras. J. Med. Biol. Res.*, 34: 241-244, 2001.
- TRAVELL, J. G.; SIMONS, D. G. Background and principles. *In: Myofascial pain and dysfunction.* 1 ed. Williams & Wilkins. Baltimore , p. 5-37, 1983.
- TURK, D.C. Efficacy of Multidisciplinary Pain Centers in the treatment of chronic pain. *In: MITCHELL, J.M. COHEN and JAMES N. CAMPBELL (ed.). Pain treatment centers at a crossroads: a pratical and conceptual reappraisal.* IASP. Seattle, p. 257-274, 1996.
- TURNER, J. A.; ROMANO, J. M. Psychological and psychosocial evaluation. *In: LOESER (ed.). Bonica's Management of Pain.* 3. ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philalphia. p. 329-341, 2001.
- VON KORFF, M.; DWORKIN, S.F.; LE RESCHE, L. Graded chronic pain states: an epidemiological evaluation. *Pain*, 40: p. 279-291, 1990.
- VON KORRING, L.; PERRIS, C.; EISEMANN, M. et al. Pain as a symptom in depressive disorders. I. Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology. *Pain*, 15: 19-26,1998.
- WALL, P. D. Inflammatory and neurogenic pain: new molecules, new mechanisms. *Br. J. Anaesth.*, 75: 575-585, 1995.
- WALL, P. D.; MELZACK, R. Textbook of Pain. 3 ed. Endinburg: Churchill Livingstone, p. 303-313, 1994.
- WEISBERG, M. B.; CLAVEL Jr, A. L. Why is chronic pain so difficult to treat?

- Psychological considerations from simple to complex care. *Postgrad. Med.*, 106: 141 – 164, 1999.
- WELLS, J.K.; HOWARD, G.S. Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: effects of a stress inoculation procedure. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 54: 831-835, 1986.
- WILENSKY, J. Physiatriac approach to chronic pain. *In: ARONOFF, G. M. (ed.). Evaluation and treatment of chronic pain. 2 ed. Williams & Wilkins. Baltimore, p. 176-198, 1992.*
- WOOLF, C. J. Wind-up and central sensibilization are not equivalent. *Pain*, 66: 105-108, 1996.
- WOOLF, C.J.; COSTIGAN, M. Transcriptional and posttranslational plasticity and generation of inflammatory pain. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 96: 7723-7730, 1999.
- YAGER, J.; GILTILIN, M. Clinical manifestations of psychiatric disorders. *In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (eds.). Comprehensive Textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, p.637-669, 1995.*

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

**ESCALA ANÁLOGO-VISUAL DE DOR (AV)**

Nome do paciente : \_\_\_\_\_

Avaliação primeira consulta ( )  
acupuntura - sessão n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ - pré-procedimento ( )  
- pós-procedimento ( )  
retorno após término da acupuntura ( )

**Instruções** - Avalie o grau da sua dor. Para marcar, considere a linha como se fosse um termômetro, cujo o zero representa ausência de dor e o 10 a pior dor possível. Marque claramente a linha com um traço vertical ou uma cruzinha, lembrando que o grau da sua dor pode variar de zero a 10.

Gostaria que o(a) senhor(a) me respondesse como é a sua dor nesse momento. Para isso, gostaria que o(a) senhor(a) assinalasse na linha a dor que está sentindo, lembrando que, neste canto (extremo esquerdo), não tem qualquer dor e que, no outro canto (extremo direito), tem muita dor.

**0** \_\_\_\_\_ **10**



**ANEXO 2**

ESCALA DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)

## ANEXO 3

**SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**

Nome do paciente : \_\_\_\_\_

Entrevistador : \_\_\_\_\_

Na aplicação, o entrevistador perguntará ao paciente cada um dos itens do questionário e marcará a resposta com um “X”. “Vou fazer algumas perguntas e gostaria que o(a) senhor(a) respondesse sim ou não, se concorda ou discorda.”

	Sim	Não
1. Você tem dores de cabeça com frequência ?		
2. Tem falta de apetite ?		
3. Dorme mal ?		
4. Fica com medo com facilidade ?		
5. Suas mãos tremem ?		
6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado ?		
7. Tem problema digestivo ?		
8. <b>Não</b> consegue pensar com clareza ?	Concorda	Discordo
9. Sente-se infeliz ?		
10. Chora mais que o comum ?		
11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias ?		
12. Acha difícil tomar decisões ?		
13. Seu trabalho diário é um sofrimento ? (tormento)		
14. <b>Não</b> é capaz de ter um papel útil na vida ?	Concorda	Discordo
15. Perdeu interesse pelas coisas ?		
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada ?		
18. Sente-se cansado o tempo todo ?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago ?		
20. Fica cansado com facilidade ?		
21. Acha que alguém tem tentado prejudicá-lo de alguma forma ?		
22. É uma pessoa muito mais importante do que a maioria das pessoas acha ?		
23. Notou qualquer interferência ou qualquer coisa diferente com o seu pensamento?		
24. Já ouviu vozes sem saber de onde vêm ou que outras pessoas não ouvem ?		
25. Já teve quaisquer ataques, convulsões ou quedas no chão com movimentos das mãos e pernas, mordendo a língua ou perda de consciência ?		
26. Tem-se passado na bebida com frequência ?		

## ANEXO 4

### AValiação DE EXPECTATIVA DE FUTURO

O entrevistador deixa a escala em frente ao paciente e a lê lentamente. O avaliador dirá ao paciente “assinale a opção que corresponde a como o(a) senhor(a) está se sentindo agora”.

<p><b>1. Comparando com a minha juventude, a maneira com que encaro o futuro hoje é:</b></p> <p>a) muito pior b) pior c) igual d) melhor e) muito melhor</p> <p><b>2. Quanto aos meus planos para o futuro:</b></p> <p>a) tenho muitos b) tenho vários c) tenho alguns d) tenho poucos e) não tenho</p> <p><b>3. Quanto à minha esperança de melhorar, acho que:</b></p> <p>a) não irei melhorar b) tenho pouca esperança de melhorar c) tenho alguma esperança de melhorar d) tenho muita esperança de melhorar e) tenho certeza que irei melhorar</p> <p><b>4. A situação da minha vida quando eu tiver alta estará:</b></p> <p>a) muito boa b) boa c) razoável d) ruim e) péssima</p> <p><b>5. Amanhã, provavelmente estarei me sentindo:</b></p> <p>a) péssimo b) mal c) razoável d) bem e) muito bem</p>	<p><b>6. A minha vida tende a ser:</b></p> <p>a) muito boa b) boa c) razoável d) ruim e) péssima</p> <p><b>7. Quando penso no futuro me sinto:</b></p> <p>a) em pânico b) com medo c) razoável d) bem e) muito bem</p> <p><b>8. Quando faço planos, tenho a impressão que eles</b></p> <p>a) serão realidade b) talvez se tornem realidade c) dificilmente poderão se realizar d) acho que não darão certo e) não darão certo</p> <p><b>9. Quando penso no futuro das pessoas que gosto, me sinto:</b></p> <p>a) muito mal b) preocupado c) razoável d) me sinto bem e) fico contente</p> <p><b>10. Encaro o meu futuro com:</b></p> <p>a) muito otimismo b) algum otimismo c) incerteza d) medo e) tristeza</p>	
<b>EScore FINAL</b>		

**ANEXO 5-A**  
**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO**

**ESCALA DE MONTGOMERY-ASBERG PARA SINTOMAS DEPRESSIVOS**  
**\* APLICADA PELO ENTREVISTADOR**

Caso (número): \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**1. TRISTEZA APARENTE**

- \* Ele parece abatido ? (para o entrevistador)
- \* Se anima com alguma coisa ? (para o entrevistador)
- 0 - Ele não aparenta tristeza.
- 2 - Parece abatido.
- 4 - Parece triste e infeliz o tempo todo.
- 6 - Parece triste e desanimado de forma persistente e extrema.

**2. TRISTEZA RELATADA**

- \* Você tem se sentido triste ?
- \* Quando ?
- 0 - Acontece só de vez em quando ?
- 2 - Acontece seguido ? Em alguma vez se anima ?
- 4 - É muito comum ? Algo de fora modifica sua tristeza ?
- 6 - É muito comum ? É um desânimo forte demais ?

**3. TENSÃO INTERIOR**

- \* Você tem se sentido nervoso ?
- \* Como é seu nervosismo ?
- 0 - Você se sente tranqüilo ?
- 2 - É uma irritação, um desconforto ?
- 4 - É uma tensão por dentro ou chega a ser uma sensação de desespero ?
- 6 - É uma angústia que não tem melhora ou um desespero sem controle ?

**4. ALTERAÇÃO DE SONO**

- \* Como você dorme ?
- 0 - Dorme como sempre ?
- \* Como é seu problema com o sono ?
- 2 - Você dorme com alguma dificuldade ou seu sono está um pouco diminuído ou atrapalhado ?
- 4 - Você está com seu sono diminuído ou atrapalhado por pelo menos 2 horas ?
- 6 - Você tem tido menos de 2 ou 3 horas de sono ?

**5. DIMINUIÇÃO DO APETITE**

- \* Como está seu apetite ?
- 0 - Seu apetite está normal ou aumentado ?
- 2 - Seu apetite está um pouco diminuído ?
- 4 - Você está sem apetite ? A comida não tem gosto ? Precisa fazer força para comer ?
- 6 - Você precisa ser forçado a comer ? Não aceita comer ?

**6. DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO**

- \* Você tem sentido dificuldade de se concentrar / prestar atenção ou organizar seu pensamento ?
- 0 - Não
- 2 - As suas dificuldades de organizar o próprio pensamento são pouco comuns ?
- 4 - As suas dificuldades de concentração e de pensamento dificultam a sua leitura ou a conversa com as pessoas ?
- 6 - Você acha que sua falta de concentração não deixa você fazer nada ?

### 7. INIBIÇÃO MOTORA

\* Você vem se sentindo lento /meio devagar para começar ou fazer suas atividades diárias ?  
(ex.: escovar dentes, pentear os cabelos, ...)

0 - Daria para dizer que é raro você ter problemas para começar e não é lento ?

2 - Tem problemas para começar as atividades ?

4 - Tem problemas para começar as atividades e suas tarefas comuns exigem muito esforço ?

6 - Não consegue sair do lugar ? Não é capaz de começar qualquer atividade sem ajuda ?

### 8. INCAPACIDADE DE SENTIR

\* Como está o seu interesse e as suas reações em relação ao que está a sua volta ?

0 - O seu interesse é normal pelo que está a sua volta e pelas pessoas ?

2 - Você tem gostado menos do que sempre lhe interessava ? A sua capacidade de sentir raiva diminuiu ?

4 - O seu interesse pelo que estava a sua volta diminuiu ? Perdeu os seus sentimentos pelos amigos ou conhecidos ?

6 - Sente-se emocionalmente paralisado ? Não é capaz de sentir raiva ou tristeza e tem falta de sentimentos por parentes próximos e amigos ?

### 9. PENSAMENTOS PESSIMISTAS

\* Você tem tido pensamentos pessimistas / negativos / ruins ?

\* (Ler): culpa, inferioridade, pecado, auto-reprovação, remorso

0 - Não

2 - Você tem tido idéias de que falhou ? Tem acusado ou reprovado a si mesmo ?

4 - Você tem acusado a si mesmo com muita frequência ? Tem idéias de culpa ou pecado (ainda racionais?) **(para o entrevistador)** \_\_\_\_\_

6 - Você tem idéias de que tudo está acabado, que não tem conserto (delírio de ruína) ? Sente remorso e pecado que não têm solução ? Fica se auto-acusando de forma absurda ? **(para o entrevistador)** \_\_\_\_\_

### 10. PENSAMENTOS SUICIDAS

0 - Você tem gostado da vida como ela é ?

2 - Você se sente cansado da vida ? Alguma vez lhe apareceu a idéia de se matar ?

4 - Você acha que seria melhor que você morresse ? Tem pensado com frequência em se matar ? Você acha que se matar seria uma solução ? (sem planos específicos)

6 - Você fez um plano para se matar para quando houver o momento certo ? Você prepara ou organiza seu suicídio ?

OBS.: Os escores variam de 0 a 6 em cada questão. Os escores 1, 3 e 5 são atribuídos quando o sintoma ou sinal encontra-se entre as opções apresentadas.

## **ANEXO 5 - B**

### **AValiaÇÃO DOS ITENS DA ESCALA MONTEGOMERY-ASBERG**

#### **1 . TRISTEZA APARENTE**

Representa desânimo, tristeza e desespero (mais que um simples abatimento transitório), refletidos em fala, expressão facial e postura. Avaliar pela profundidade e incapacidade de sentir.

- 0 - nenhuma tristeza;
- 2 - aparentemente abatido mas se anima ocasionalmente;
- 4 - parece triste e infeliz o tempo todo;
- 6 - tristeza e desânimo extremos e persistentes.

#### **2. TRISTEZA RELATADA**

Representa o humor vivenciado subjetivamente, sem considerar se o mesmo se reflete na aparência ou não. Inclui humor deprimido, desânimo, tristeza e o sentimento de desamparo e desesperança. Avalia-se de acordo com a intensidade, a duração e a extensão com as quais o humor é influenciado pelos eventos.

Exaltação do humor é avaliada como zero neste item.

- 0 - tristeza ocasional pode ocorrer em determinadas circunstâncias;
- 2 - sentimento predominante de tristeza, mas anima-se em certas ocasiões;
- 4 - sentimentos persistentes de tristeza ou desesperança; o humor é ainda influenciado por circunstâncias externas;
- 6 - experiência persistente de miséria ou desânimo extremo;

#### **3. TENSÃO INTERIOR**

Representa sentimentos de desconforto indefinido, irritabilidade, confusão interna, tensão mental próxima ao pânico, apreensão e angústia. Avalia-se de acordo com a intensidade, a frequência, a duração e a extensão da necessidade de apoio pelo entrevistador. Deve-se distinguir de tristeza (1, 2), preocupação (a) e tensão muscular

- 0 - tranqüilo; tensão interior somente fugaz;
- 2 - sentimentos ocasionais de irritação e desconforto indefinidos;
- 4 - sentimentos persistentes de tensão interior ou pânico intermitente que o paciente somente consegue controlar com alguma dificuldade;
- 6 - apreensão ou angústia insuperáveis; pânico incontrolável.

#### **4. ALTERAÇÃO DO SONO**

Representa a experiência subjetiva de redução ou profundidade do sono em comparação com o padrão pessoal do próprio paciente em condições sadias.

- 0 - dorme como sempre o fez;
- 2 - dificuldade leve em conciliar o sono ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido;
- 4 - sono reduzido ou interrompido, pelo menos por duas horas;
- 6 - menos que duas ou três horas de sono.

#### **5. DIMINUIÇÃO DO APETITE**

Representa o sentimento de perda do apetite em comparação com o período em que estava bem.

- 0 - apetite normal ou aumentado;
- 2 - apetite discretamente reduzido;
- 4 - nenhum apetite; a comida não tem sabor; precisa esforçar-se para comer;
- 6 - precisa ser forçado a comer; recusa a alimentação.

## **6. DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO**

Representa dificuldade em organizar o pensamento, chegando a uma falta de concentração incapacitante.

Avalia-se de acordo com a intensidade, a frequência e o grau da incapacidade resultante. Deve-se distinguir de falhas de memória (c) e distúrbios formais do pensamento (d).

0 - nenhuma dificuldade para se concentrar;

2 - dificuldades de concentração e articulação dos pensamentos que interferem com leitura ou conversação;

6 - falta de concentração incapacitante.

## **7. INIBIÇÃO MOTORA**

Representa dificuldade ou lentidão para iniciar ou desempenhar atividades cotidianas. Deve-se distinguir de indecisão (e) e fadigabilidade (f).

0 - raramente tem alguma dificuldade para iniciar atividades; nenhuma lentificação;

2 - dificuldade para iniciar atividades rotineiras simples que são somente desempenhadas com muito esforço;

6 - inércia completa; incapaz de iniciar qualquer atividade sem auxílio.

## **8. INCAPACIDADE DE SENTIR**

Representa a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou pelas atividades que normalmente dão prazer. A capacidade de reagir com emoção adequada às circunstâncias ou pessoas está reduzida. Deve-se distinguir da inibição motora (7).

0 - interesse normal pelo ambiente ou pelas pessoas;

2 - capacidade reduzida em apreciar seus interesses habituais; capacidade reduzida para sentir raiva;

4 - perda de interesse pelo ambiente; perda dos sentimentos pelos amigos ou conhecidos;

6 - experiência de estar emocionalmente paralisado, incapacidade de sentir raiva ou pesar e uma completa ou mesmo dolorosa falta de sentimentos por parentes próximos e amigos.

## **9. PENSAMENTOS PESSIMISTAS**

Representa pensamentos de culpa, inferioridade, pecado, auto-reprovação, remorso e ruína.

0 - nenhum pensamento pessimista;

2 - idéias flutuantes de falha, auto-reprovação ou auto-depreciação;

4 - auto-acusações persistentes ou idéias definidas, porém ainda racionais, de culpa ou pecado;

6 - delírios de ruína, remorso e pecado irredimível; auto-acusações absurdas.

## **10. PENSAMENTOS SUICIDAS**

Representa o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida, que uma morte natural seria bem-vinda, com pensamentos suicidas e preparativos para o suicídio. Tentativas de suicídio não deverão por si mesmas influenciar a avaliação.

0 - aprecia a vida ou a aceita como ela é;

2 - cansado da vida; pensamentos suicidas transitórios;

4 - muito melhor seria se morresse; pensamentos suicidas são freqüentes e o suicídio é considerado como uma possível solução, mas sem planos específicos ou intenções;

6 - planos explícitos de suicídio, quando houver uma oportunidade; prepara-se

## **ANEXO 6**

## QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N<sup>o</sup> de registro no estudo: \_\_\_\_

Nome do paciente:

\_\_\_\_\_  
Número do prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço residencial (incluir

CEP): \_\_\_\_\_

Telefone :

\_\_\_\_\_  
Endereço comercial (incluir CEP):

\_\_\_\_\_  
Telefone :

1. Sexo: (1) feminino (2) masculino

2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Em que o(a) senhor(a) trabalha atualmente (ocupação) ?

(1) Desempregado (2) Dona de casa (3) Estudante

(4) Outro: \_\_\_\_\_

4. Até que ano o(a) senhor(a) estudou (última série concluída) ?

\_\_\_\_\_  
5. Qual é seu estado civil ? (1) Casado (2) Solteiro (3) Divorciado (4) Viúvo (5)

Outro: \_\_\_\_

6. O(A) senhor(a) tem filhos ? (1) Não (2) Sim. Se sim:

6.1. Quantos filhos o(a) senhor(a) tem ?

\_\_\_\_\_  
6.2. Quantos filhos moram com o(a) senhor(a) ?

\_\_\_\_\_  
6.2. Todos os seus filhos estão vivos (ou algum já faleceu) ?

(1) Sim, todos vivos. (2) Não.

7. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o(a) senhor(a) ?

(1) Mora sozinho (2) Mora só com o(a) companheiro(a)

(3) Paciente e outras pessoas moram na mesma casa (número total): \_\_\_\_

8. O(A) senhor(a) gosta de ficar em casa com a família ?

(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não se aplica

9. O(A) senhor(a) conversa com seu(sua) esposo(a)/namorado(a) sobre seu dia ?

(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não se aplica

10. O(A) senhor(a) conversa com os filhos sobre seus problemas ?

(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não se aplica

11. Data de início dos sintomas atuais : \_\_\_\_\_

12. Já apresentou essa mesma sintomatologia antes ? (1) Não (2) Sim.

12.1. Se sim, há quanto tempo atrás teve o último episódio ?

(1) No último mês (2) Nos últimos 6 meses (3) No último ano (4) Há mais



de 1 ano.

12.2. Fez tratamento anteriormente ? (1) Não (2) Sim.

12.2.1. Se sim, há quanto tempo ?

(1) No último mês (2) Nos últimos 6 meses (3) No último ano (4) Há mais

de 1 ano.

13. Está afastado(a) do trabalho? (1) Não (2) Sim.

13.1 Se sim, há quanto tempo ? \_\_\_\_\_

14. O(A) senhor(a) tem alguma dificuldade para dormir ? (1) Sim (2) Não.

14.1. Se sim, tem dificuldade para dormir devido à dor que tem agora ?

(1) Sim (2) Não, já apresentava dificuldade para dormir anteriormente.

(3) Não, a dificuldade está associada a outro evento (qual ?): \_\_\_\_\_

14.2. Qual é a sua dificuldade para dormir ?

14.2.1. Tem dificuldade para iniciar o sono ? (1) Sim (2) Não

14.2.2. Acorda durante a noite várias vezes ? (1) Sim (2) Não

14.2.3. A dor o acorda ? (1) Sim (2) Não

15. Está usando alguma medicação no momento para essa dor ?

(1) Não (2) Sim. Se sim, qual (is) ? \_\_\_\_\_

16. O(A) senhor (a) tem alguma doença ?

(1) Não (2) Sim. Se sim, qual (is) ? \_\_\_\_\_

17. Está usando alguma medicação no momento para essas doenças ?

(1) Não (2) Sim. Se sim, qual (is) ? \_\_\_\_\_

18. O(A) senhor (a) fuma ? (1) Nunca fumou (2) Ex-fumante (Há quanto tempo ? \_\_\_\_\_)

(3) É fumante - \_\_\_\_\_ cigarros por dia em média.

19. O(A) senhor (a) consome bebida alcóolica ? (1) Não (2) Sim.

(se resposta positiva, prosseguir com as perguntas 19.1 a 19.4)

19.1 Alguma vez o senhor sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida?

(1) sim (2) não

19.2 As pessoas o aborrecem(iam) porque criticam(vam) o seu modo de beber?

(1) sim (2) não

19.3 O(A) senhor(a) costuma(va) beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

(1) sim (2) não

19.4 O(A) senhor(a) se sente(ia) culpado(a) pela maneira com que costuma(va) beber ?

(1) sim (2) não

20. O(A) senhor(a) usa remédios para os nervos ou para dormir ?

(1) Não (2) Sim.

20.1. Se sim, qual (is)?

21. O(A) senhor(a) está satisfeito com o emprego que tem atualmente ?

(1) Não (2) Sim (3) Desempregado.

22. O(A) senhor(a) gostaria de mudar de profissão ?

(1) Não (2) Sim (3) Não se aplica.

23. O(A) senhor(a) pratica exercícios físicos ?

(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não se aplica

23.1. Se sim, quais ?

---

24. O(A) paciente tem segundo ganho ? (1) Não (2) Sim.

**ANEXO 7**  
**FICHA DE COLETA DE DADOS**

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de registro no estudo: \_\_\_\_\_  
 prontuário: \_\_\_\_\_

Número do

Nome do paciente:

Etapa da avaliação:

***Primeira Consulta***

1. Locais com presença de nódulos ativos:

(a) Região cervical                      (b) Cintura escapular

(c) Região lombar      (d) Outros:

2. Bandas de contratura muscular :

(1) Não (2) Sim      Localização: \_\_\_\_\_

Nódulos:

Áreas de dor:

Bandas de contratura: \_\_\_\_\_

2. Escore de dor : AV \_\_\_\_\_

3. Limitação funcional por dor:

(1) Não (2) Sim      Qual ? \_\_\_\_\_

4. Padrão de sono: (1) Normal (2) Acorda por dor (3) insônia

5. Terapêutica proposta:

5.1. Amitriptilina - dose:

5.2. Realização de infiltração com anestésico local: (1) Não              (2) Sim.

Se sim: Anestésico local empregado:

Dose total administrada :

Data (s) em que foi realizado : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ,  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5.3. Acupuntura : (1) Não (2) Sim

5.4. Indicação de acompanhamento psiquiátrico: (1) Não (2) Sim.

Se sim: Data em que foi iniciado : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recomendações/prescrição feitas pelo  
 psiquiatra: \_\_\_\_\_

**ANEXO 8**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### *Fatores que contribuem para a manutenção da dor em pacientes com síndrome miofascial: um estudo observacional*

O presente estudo tem por objetivo realizar um levantamento de quantos pacientes melhoram (ou não) com os tratamentos atualmente empregados no Serviço de Tratamento de Dor do HCPA. Esses tratamentos seguem as recomendações da literatura para o manejo de sintomas como os que o(a) senhor(a) apresenta. Assim, o tratamento a que o(a) senhor(a) será submetido(a) é o mesmo utilizado para os demais pacientes do Serviço.

Por meio dos dados obtidos, será possível acrescentar ou modificar condutas terapêuticas e recomendações para reeducação dos pacientes, procurando melhorar suas condições de convívio social e familiar e para as atividades físicas de lazer e de trabalho.

O tratamento terá duração de 45 dias, utilizando o esquema terapêutico de rotina para os pacientes do Serviço. Após esse período, será feita uma reavaliação em 30 dias. O(a) senhor(a) deverá responder a questionários para avaliação de depressão, ansiedade e expectativa de futuro, em dois momentos - ao início e ao término do estudo. Durante o período de 45 dias, o(a) senhor(a) deverá comparecer ao hospital duas vezes por semana.

O(a) senhor(a) terá a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou de obter esclarecimento a qualquer dúvida quanto aos riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o tratamento.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado dos objetivos específicos acima, de forma clara e detalhada, assim como dos riscos e benefícios do tratamento.

Todas as minhas perguntas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

**ANEXO 9**  
**REVISÃO APÓS 30 DIAS**

Nome: \_\_\_\_\_  
estudo: \_\_\_\_\_  
Número do prontuário: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Número do registro no

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Modificação da medicação : (1) Não (2) Sim - Qual? \_\_\_\_\_

Escore de dor : AV \_\_\_\_\_

O(A) senhor (a) tem tido alguma dificuldade para dormir ?

(1) Não (2) Sim

Se sim, é devido à dor? (1) Não (1) Sim

O(A) senhor(a) tem conseguido realizar os exercícios que lhe foram recomendados?

(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca  
(6) Não se aplica

O(A) senhor(a) tem feito as caminhadas conforme lhe foi recomendado?

(1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca  
(6) Não se aplica

O(A) senhor(a) já conseguiu retornar às suas atividades habituais (profissionais)?

(1) Totalmente (2) Em grande parte (3) para algumas atividades (4) Para  
(5) poucas atividades (6) Para nenhuma atividadeClassificação do paciente: (1) Assintomático (2) Melhora significativa (3) Melhora  
pobre (4) sem melhora.