



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

ELIANA FERREIRA BENDER

EFEITOS DA APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE
INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTE COM
FIBROMIALGIA
ESTUDO DE CASO

PORTO ALEGRE

2021



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

ELIANA FERREIRA BENDER

**EFEITOS DA APLICAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO DE
INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTE COM
FIBROMIALGIA
ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Profa. Dra. Ananyr Porto Fajardo
Coorientadora: Profa. Dra. Evelise Rigoni de Faria

PORTO ALEGRE

2021



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

Banca Examinadora

Profa. Dra. Aline Ranzolin

Prof. Dr. Markus Bredemeier

Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

ATA DE APROVAÇÃO

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha família por me mostrar a importância da educação.

À minha orientadora e coorientadora por me estimularem nos momentos em que acreditava não ser capaz.

Aos colegas de Mestrado pela parceria e aos funcionários da Escola GHC pela atenção.

Dedico esta dissertação para o meu marido e meu filho, que abriram mão de muitos momentos de convívio familiar para que eu me dedicasse ao mestrado.

"Viver com fibromialgia é...
Sentir uma vontade de gritar,
fugir do nosso próprio corpo!!!!
É uma dor que nos desgasta o corpo e a
alma!!!!"

(Lili Lopes Hermenegildo)

RESUMO

O impacto negativo causado pela fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes tem sido relatado na literatura científica. Esta doença não tem cura e seu tratamento, quando bem orientado por uma abordagem multidisciplinar, pode levar a melhorias substanciais na qualidade de vida dos doentes. A falta de tolerância com o fibromiálgico faz com que o paciente seja tratado com descrédito, agravando ainda mais o seu quadro. O tratamento é um desafio para profissionais de saúde, e inclui técnicas medicamentosas e não medicamentosas. Não há um protocolo de tratamento padrão, mas as principais técnicas comportamentais no tratamento da dor crônica são: a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino assertivo, a resolução de problemas e o relaxamento muscular progressivo. Considerando-se o impacto na vida do paciente e a necessidade de produção de tecnologias que promovam seu bem-estar, essa dissertação teve por objetivo produzir uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental voltado à qualidade de vida em paciente com fibromialgia e avaliar os efeitos do processo de sua aplicação. Trata-se de um estudo de caso que contou com dois momentos: 1) produção da proposta de protocolo a partir de revisão da literatura e discussões com especialistas; e 2) sua aplicação a uma paciente com fibromialgia. Foi realizado com uma usuária que era acompanhada pelo Serviço de Reumatologia do Grupo Hospitalar Conceição desde 2013, quando recebeu o diagnóstico de fibromialgia. Não apresentava diagnósticos psiquiátricos nem quadros inflamatórios ou doenças reumatológicas concomitantes à fibromialgia. A proposta de protocolo prevê uma sequência semanal de 4 sessões, tendo cada atendimento a duração aproximada de 60 minutos. Esse estudo de caso sugeriu que a terapia cognitivo-comportamental pode contribuir na melhora da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia, sobretudo no que se refere ao aspecto psicológico, aumentando sua autoestima e o reconhecimento de sua doença.

Palavras-chave: Avaliação da tecnologia biomédica. Dor crônica. Fibromialgia. Indicadores de Qualidade de vida. Saúde coletiva.

ABSTRACT

The negative impact of fibromyalgia on patients' quality of life has been reported in the scientific literature. It consists of a disease that has no cure, whose treatment, when well guided by a multidisciplinary approach, may lead to substantial improvements in the quality of life of patients. The lack of tolerance with fibromyalgia causes the patient to be treated with discredit, further aggravating his/her condition. Treatment is a challenge for the health professional and combines pharmacological and non-pharmacological techniques. There is no standard protocol for the treatment; the main behavioral techniques in the treatment of chronic pain are: psychoeducation, cognitive restructuring, assertive training, problem solving, and progressive muscle relaxation. Considering the impact on the patients' life, and the need to produce technologies that promote their well-being, this case study aimed to produce and evaluate the effects of the process of applying a cognitive-behavioral intervention protocol aimed at quality of life in a patient with fibromyalgia. This is a case study that included two moments: 1) production of the protocol, based on literature review and discussions with specialists; and 2) application of the protocol to a patient with fibromyalgia. It was performed with a user who started follow-up at the Rheumatology Service in June 2013, when she was diagnosed with fibromyalgia. She did not have any psychiatric diagnoses or inflammatory conditions or rheumatological diseases concomitant with fibromyalgia. The protocol had a weekly sequence of 4 sessions, and each session lasted for approximately 60 minutes. This case study suggested that cognitive-behavioral therapy may contribute to improving the quality of life of patients with fibromyalgia, especially with regard to the psychological aspect, improving their self-esteem and recognition of their disease

Keywords: Technology assessment, biomedical. Chronic pain. Fibromyalgia. Quality of life indicators. Public health.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 INTRODUÇÃO	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	16
4.1 AS TECNOLOGIAS DO TRABALHO EM SAÚDE E O ÂMBITO HOSPITALAR	16
4.2 DOR CRÔNICA	19
4.3 FIBROMIALGIA	20
4.4 QUALIDADE DE VIDA	23
4.5 INTERVENÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE DE VIDA EM FIBROMIALGIA	24
4.6 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA	26
REFERÊNCIAS	29
5 ARTIGO	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
APÊNDICES E ANEXOS	37
APÊNDICE A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA	38
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
ANEXO A – ESCALA DE ENTREVISTA DE INTERVENÇÃO	42
ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	44
ANEXO C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	47
ANEXO D – INVENTÁRIO DE BECK PARA ANSIEDADE	52
ANEXO E – INVENTÁRIO DE BECK PARA DEPRESSÃO	53
ANEXO F – QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO DA FIBROMIALGIA REVISADO (FIQ-R)	55
ANEXO G – CARTILHA PARA PACIENTES COM FIBROMIALGIA	57
ANEXO H – RESPIRAÇÃO	67
ANEXO I – SIMPLEMENTE ESCUTAR	68
ANEXO J – TÉCNICA A-B-C	69
ANEXO K – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA	71

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação concerne a um estudo de caso decorrente do processo de elaboração e aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental em paciente com fibromialgia.

Trata-se da Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

A elaboração desta proposta teve seu início com um estudo na literatura sobre dor crônica e fibromialgia e do acompanhamento, pela pesquisadora principal, das consultas com os especialistas do serviço. Foram contatados especialistas em fibromialgia de serviços em outros estados do país de modo a verificar diferentes aspectos relacionados à patologia em contextos diferentes da Região Sul.

Essa dissertação teve como produto técnico uma proposta de protocolo de intervenção voltado para a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia e, como produto bibliográfico, um artigo científico.

No final dessa dissertação encontram-se os apêndices e anexos dos questionários e instrumentos necessários e utilizados para sua realização.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Produzir e avaliar os efeitos do processo de aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental voltado à qualidade de vida em paciente com fibromialgia.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental voltado à qualidade de vida em paciente com fibromialgia;
- Documentar os resultados obtidos através desta aplicação;
- Analisar os efeitos desta aplicação.

3 INTRODUÇÃO

O processo de produção de tecnologias potencializa a ideia do cuidado como um acontecimento regido pelo encontro de duas ou mais pessoas, no qual linguagem e comunicação são essenciais (RAMOS, 2014). Atualmente, é ampla a discussão sobre as tecnologias relacionadas ao setor da saúde. Entre as práticas profissionais, é comum a utilização de tecnologias, compreendidas em uma concepção de produto e processo. Na tecnologia como produto são abordadas a informatização, as informações e os artefatos; na tecnologia como processo, os recursos relacionados ao ensino e à aprendizagem do indivíduo (AQUINO, 2010).

As tecnologias podem ser consideradas como leves — a constituição de relações para implementação do cuidado (vínculo, gestão de serviços e acolhimento); leve-duras — a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, cuidado de enfermagem); e duras — a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHY; ONOCKO, 1997).

A junção entre os saberes e os fazeres que estão relacionados aos produtos e materiais que definem uma terapêutica e um processo de trabalho pode se configurar como instrumento para realização de ações de produção da saúde e pode, também, ser classificada como tecnologia (NIETSCHE, 2000).

As conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS) nos desafiam a desenvolver propostas de intervenção que favoreçam o seu aperfeiçoamento. Inovação significa adotar novas tecnologias e, conforme a lei federal nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, inovação é a introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços (BRASIL, 2004). Nesse contexto, a inovação se faz relevante no tratamento de doenças crônicas.

A partir da década de 1980, investigadores do mundo inteiro reforçaram o interesse pela temática da fibromialgia. Em 2004, a Sociedade Brasileira de Reumatologia publicou as primeiras diretrizes da fibromialgia, com o objetivo de direcionar o diagnóstico e o tratamento desta síndrome. Atualmente, a fibromialgia é definida como uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória de etiologia desconhecida, com manifestações no sistema musculoesquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas orgânicos. A principal característica é a dor há no mínimo três meses (GOLDSTEIN *et al.*, 2002). Podem estar presentes sinais como depressão, cefaleia, dor temporomandibular, parestesias e distúrbios intestinais

(CONSALTER; SANCHES; GUIMARÃES, 2010). Sua definição é controversa pela ausência de substratos anatômicos e fisiopatológicos confirmadores de sua existência, somando sintomatologia que se confunde com outras patologias. Na tentativa de facilitar diagnóstico e pesquisas, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR), em 1990, publicou critérios para classificação de fibromialgia (PROVENZA *et al.*, 2004), os chamados *Tender Points* (pontos dolorosos), os quais foram validados para a população brasileira (HAUN; FERRAZ; POLLAK, 1999). Estes critérios foram novamente reavaliados, pela ACR, em 2010 (HEYMANN *et al.*, 2017). A fibromialgia consiste em uma doença que não tem cura, mas cujo tratamento, quando bem orientado por uma abordagem multidisciplinar, pode levar a melhorias substanciais na qualidade de vida dos doentes. Como em qualquer doença crônica, é fundamental que a pessoa afetada e todos aqueles que a rodeiam aceitem e compreendam as suas limitações, que haja uma grande cumplicidade entre a equipe de saúde e o paciente e que este esteja disposto a colaborar, no sentido de, em conjunto, empreender estratégias de tratamento (HAUN; FERRAZ; POLLAK, 1999).

As doenças crônicas precisam ser analisadas em um contexto biopsicossocial, uma vez que não existe um processo biológico único em sua origem (GOLBERG, 2008). A medicina atual ainda não desenvolveu tratamento específico para a cura desta enfermidade, mas sim para aliviar o sofrimento. Dessa forma, promover a qualidade de vida torna-se central na terapêutica da fibromialgia (SILVA, 2016).

A qualidade nos serviços de saúde é quesito essencial, pois impacta seriamente a sociedade e os sistemas de saúde (FREIRE; BATISTA; MARTINEZ, 2016). Neste cenário, os hospitais têm investido em novos modelos assistenciais a fim de alcançar resultados capazes de otimizar recursos, promover cuidado humanizado, aprimorar os serviços e melhorar seus resultados. Segundo Provenza, Paiva e Heymann (2006), frequentemente na fibromialgia ocorre associação com outras comorbidades que contribuem para o sofrimento e a piora da qualidade de vida dos pacientes. Entre as comorbidades mais frequentes encontram-se a depressão, a ansiedade, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome miofascial, a síndrome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica. A fibromialgia é uma condição complexa e heterogênea caracterizada por um distúrbio no processamento da dor associado a outros sintomas secundários definidos e má qualidade de vida (HEYMANN *et al.*, 2010).

A prevalência de perturbações do humor na fibromialgia é cerca de três vezes maior do que na população em geral (RANZOLIN *et al.*, 2016). Segundo Kirchner *et al.*

(2017), a Terapia Cognitivo-Comportamental é a abordagem mais aceita no tratamento psicológico para dor crônica, sendo reconhecida nesta área desde a década de 1970 e, atualmente, aquela que apresenta maior evidência científica de efetividade. Na perspectiva cognitivo-comportamental, a dor é compreendida como um produto influenciado pela interação de comportamentos, sentimentos e pensamentos desadaptativos ao ambiente do indivíduo, que intensificam o quadro álgico como um sistema de retroalimentação. O tratamento auxilia o paciente a identificar este processo, reconhecer o seu impacto sobre a dor e modificá-lo, produzindo melhoras na dor e na sua saúde (BASTOS, 2007).

Conforme referido, a fibromialgia tende a impactar a qualidade de vida dos indivíduos que convivem com a doença. Qualidade de vida é a "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (PROVENZA *et al.*, 2004, p. 447). A qualidade de vida comumente é avaliada a partir de algumas dimensões, a saber: física, psicológica, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000). O domínio I avalia o Domínio Físico, considerando dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio II avalia o Domínio Psicológico, estimando sentimentos positivos, pensamentos, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio III avalia Relações Sociais, incluindo relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. O domínio IV avalia o Meio Ambiente, apreciando segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK *et al.*, 2000).

Apesar da fibromialgia não apresentar lesões anatomopatológicas ou evoluir para deformidades, ela produz, de modo geral, grande impacto negativo na qualidade de vida, interferindo na capacidade laboral, convívio social e familiar (MARTINEZ *et al.*, 1998; PROVENZA *et al.*, 2004).

Não há um protocolo de tratamento padrão para a fibromialgia, mas as principais técnicas são a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino assertivo, a resolução de problemas e o relaxamento muscular progressivo, que podem ser utilizados nas

modalidades de atendimentos individuais ou grupais. Ambas as modalidades de atendimento são efetivas, porém a Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada em grupo pode promover resultados ainda mais promissores, caso seja considerado o custo-benefício do tratamento (KIRCHNER et al., 2017).

Este estudo de caso aborda a fibromialgia, cuja estratégia de tratamento ideal requer uma abordagem multidisciplinar com a combinação de modalidades de tratamento não farmacológico e farmacológico (HEYMANN *et al.*, 2010). O objetivo do estudo consistiu em descrever o processo de produção e aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental voltado à qualidade de vida em paciente com fibromialgia.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Tendo em vista a área temática e os objetivos do presente trabalho, a fundamentação teórica abordou inicialmente aspectos sobre tecnologia em saúde, dor crônica, fibromialgia, sua associação com qualidade de vida e tratamento. Por fim, foram apresentados dados da literatura sobre intervenções cognitivo-comportamentais no contexto da fibromialgia.

4.1 As tecnologias do trabalho em saúde e o âmbito hospitalar

A área de avaliação de tecnologias em saúde começou a ser institucionalizada na década de 1970 em alguns países. Nos Estados Unidos da América, o *Office of Technology Assessment* (OTA) do Congresso americano se destacou nesse período, sendo destituído em 1995. Após diversas mudanças, apenas o programa de veteranos de guerra e outras entidades do setor privado empregavam Avaliação de Tecnologias em Saúde nas suas ações de cobertura de serviços. Na Europa, também na década de 1970, começaram iniciativas em diferentes países: Suécia, Reino Unido, França e Holanda. Destacaram-se a formalização do *Swedish Council on Technology Assessment in Health Care* (SBU), as agências da França e das comunidades autônomas da Espanha, na década de 1980 (O'DONNELL *et al.*, 2009).

Países como a Austrália também foram pioneiros por criarem, em 1992, uma comissão governamental estabelecendo processo oficial de utilização de análises clínicas e econômicas para analisar propostas da indústria e recomendar a introdução de medicamentos em uma lista nacional, a *Australian Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS) (O'DONNELL *et al.*, 2009).

No Reino Unido, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) estabeleceu um programa de avaliação de tecnologias que produziu relatórios para a decisão de cobertura para o sistema de saúde inglês com base em análises de custo-efetividade. Atuou com protocolos clínicos, diretrizes para agravos de saúde pública, relatórios sobre procedimentos e equipamentos, bem como banco de dados com indicadores de desempenho de serviços (DRUMMOND, 2009).

Ainda que possa ser considerado o avanço de maior impacto, o cenário tecnológico pós-moderno não consiste apenas no desenvolvimento de novos

equipamentos. A partir da década de 1990, os hospitais passaram a abrigar ações que surgiram e cresceram com o movimento da humanização.

Segundo Mehry e Feuerwerker (2009), o trabalho em saúde tem compromisso com necessidades sociais e de seu usuário direto, necessidade essa com valor fundamental, que é a de mantê-lo vivo e com autonomia. Para Mehry (2002), o trabalho em saúde não pode ser analisado somente pela lógica do trabalho morto (equipamentos e saberes tecnológicos estruturados), pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em tecnologias de relação. As relações que se estabelecem, as questões subjetivas envolvidas nesse encontro, que extrapolam os saberes tecnológicos estruturados, são classificadas como tecnologias leves (por exemplo, produção de vínculos, aconselhamento). Já as tecnologias leveduras são constituídas por saberes bem estruturados, que dirigem as intervenções em saúde, a exemplo da clínica, da epidemiologia e da economia em saúde.

Na oferta da atenção em saúde estão incluídos recursos humanos, instalações e equipamentos, formas de organização, de financiamento e de gerenciamento. Então, para o cuidado em saúde e o funcionamento dos serviços, as tecnologias desempenham um papel importante, pois estão em todos os componentes da atenção: i) instalações e equipamentos, que incluem infraestrutura e tecnologias para diagnóstico, tratamento e reabilitação; ii) gerenciamento e conforto das instalações para os usuários, que incluem formas de organizar o atendimento; iii) organização, que inclui aspectos relativos à forma como os profissionais prestam a atenção, incluindo rotinas de trabalho, protocolos clínicos e diretrizes assistenciais; e iv) insumos utilizados, produtos e medicamentos prescritos (STARFIELD, 2002).

Ao pensar sobre diferentes modos do agir humano no ato produtivo, Merhy (2002) utiliza uma definição ampla de tecnologia que lhe permite analisar diferentes configurações tecnológicas do trabalho (de cuidar, de gerir, de ensinar, de participar). Isto vai desde um processo que ele denomina trabalho morto centrado (por exemplo, a produção automatizada e cadenciada a partir de uma máquina numa metalúrgica) até um processo de trabalho vivo centrado (como a produção de uma aula ou de atos de cuidar em saúde). Ou seja, muito além das máquinas e das técnicas, sua história, suas habilidades, sua inteligência, sua capacidade inventiva podem compor saberes tecnológicos.

O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome o trabalho

morto, visando a produção do cuidado (MERHY, 1998). Essa é a forma como Merhy classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde; entretanto, para outros autores, a definição do cuidado “é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade” (LUZ, 1990 *apud* PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 53). Nesse sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção de conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que se reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais; todos atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de atenção de cuidado e atenção à saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política adotada (MACHADO *et al.*, 2007).

Ao se falar em inovação tecnológica, estamos nos referindo à introdução de novidades ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social da saúde que resultem em novos processos, produtos ou serviços, bem como um ganho de qualidade ou produtividade em produtos, processos ou serviços já existentes (ALGAYER, 2011).

No Brasil, gestores de todas as instâncias do SUS são pressionados para que novas tecnologias sejam incorporadas. Em 2003, iniciam-se os passos do governo para lidar com a incorporação de tecnologias no SUS, com o estabelecimento de um Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação no Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003; BANTA; ALMEIDA, 2009).

Uma Avaliação de Tecnologias em Saúde completa deve considerar os seguintes critérios: segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e considerações sobre equidade, impactos éticos, culturais e ambientais envolvidos na utilização das tecnologias de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) consiste na investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais do desenvolvimento, difusão e uso das tecnologias nos contextos do sistema e dos serviços de saúde (GOODMAN, 2019). É um campo multidisciplinar que utiliza evidências de revisões sistemáticas, avaliações econômicas, pesquisas clínicas e avaliação de programas e serviços para orientar decisões na saúde individual e coletiva (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009). Além disso, seu propósito principal é contribuir para melhorar o processo decisório, tanto nas políticas do SUS quanto dentro dos serviços de saúde e nas práticas de cuidado prestadas pelos profissionais.

4.2 Dor Crônica

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, *International Association for the Study of Pain*), conceitua a dor como "uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual atual, potencial, ou descrita em termos de tal lesão" (DESANTANA *et al.*, 2020). Já McCaffery (*apud* Marquez, 2011), em uma visão mais humanística, indica que "dor é o que o paciente diz ser, e existe quando ele diz existir", apontando uma ideia de experiência pessoal e peculiar a cada indivíduo. Marquez (2011) busca uma conceituação mais abrangente, referindo que dor é a consciência de uma sensação nociceptiva, induzida por estímulos químicos ou físicos, de origem exógena ou endógena, assim como por disfunções psicológicas, tendo como base um mecanismo biopsicossocial, causando emoções normalmente desagradáveis, com possibilidades de variáveis graus de comportamentos aversivos.

Enquanto a dor aguda por nocicepção é fundamental para a preservação da integridade do indivíduo por ser um sintoma que alerta para a ocorrência de lesões no organismo, a dor crônica não tem este valor biológico e é importante razão de incapacidade e de sofrimento (TEIXEIRA, 2001). Indivíduos com dores crônicas, em geral, possuem longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento laborativo e físico e descrença com o tratamento, por experiências anteriores nas quais os resultados foram insatisfatórios. Tais condições podem favorecer a não adesão, prolongar a dor e o sofrimento, ocasionar prejuízos na funcionalidade física e psíquica e deteriorar a qualidade de vida (KURITA; PIMENTA, 2003). Conforme estes autores, a qualidade e a intensidade da dor são individuais e dependem do entendimento da situação geradora da dor, experiência prévia com o desencadeador, da cultura, da atenção, ansiedade e capacidade da pessoa em se voltar sua atenção para outro estímulo e dos sentimentos de controle da dor. Para Teixeira (2001), a dor é subjetiva, pois cada indivíduo aprende a descrevê-la de maneira personalizada, baseando-se em suas experiências prévias.

Segundo Marquez (2011), não se deve limitar o entendimento da dor à sua expressão neurosensitiva, mas sim também como uma mensagem emocional, uma metáfora perceptiva. Pode ser uma sensação adaptativa, um alerta precoce para proteger o corpo de lesões teciduais, ou eventualmente uma má adaptação, refletindo um funcionamento patológico do sistema nervoso. Numerosos fatores individuais e ambientais, entre eles aspectos raciais, sociais, culturais, religiosos, filosóficos,

experiências progressas e o estado mental dos indivíduos, podem exercer efeito amplificador ou atenuador da expressão da dor. O estresse, o medo, a ansiedade e a duração da dor interferem no mecanismo de ativação do sistema opioide envolvido na modulação da analgesia (PIA, 1987).

Devido à dor crônica ser persistente, pode lentificar muitos dos sintomas dos processos de recuperação orgânica e funcional, prolongando os custos da assistência ao doente e, de forma geral, não corresponde às formas neurovegetativas presentes na dor aguda, devido à adaptação dos sistemas neurais. A dor crônica é, geralmente, causada por processos patológicos crônicos nas estruturas somáticas ou viscerais ou por disfunção prolongada dos componentes do Sistema Nervoso Periférico (SNP) e/ou do Sistema Nervoso Central (SNC). Algumas patologias que podem ser consideradas como dor crônica são cefaleia, hérnia de disco lombar, lombalgias, fibromialgia e outras.

4.3 Fibromialgia

A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica. Sua definição constitui motivo de controvérsia, basicamente pela ausência de substrato anatômico na sua fisiopatologia e por sintomas que se confundem com a depressão maior e a síndrome da fadiga crônica. Por estes motivos, alguns ainda a consideram uma síndrome de somatização. No entanto, desde 1980, um corpo crescente de conhecimento contribuiu para a fibromialgia ser caracterizada como uma síndrome de dor crônica, real, causada por um mecanismo de sensibilização do sistema nervoso central à dor. Na tentativa de homogeneizar as populações para estudos científicos, o Colégio Americano de Reumatologia publicou, em 1990, critérios de classificação da fibromialgia (WOLFE *et al.*, 1990). Além do quadro doloroso, estes pacientes costumam queixar-se de fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos.

É definida como uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória de etiologia desconhecida, com manifestações no sistema musculoesquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas orgânicos, cuja principal característica é a dor presente há, no mínimo, três meses (SILVA, 2016). É frequente a associação com outras comorbidades, o que contribui com o sofrimento e a piora da qualidade de vida destes pacientes. Dentre as comorbidades mais frequentes podemos citar a depressão,

a ansiedade, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome miofascial, a síndrome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica. (PROVENZA *et al.*, 2004). Os portadores da fibromialgia utilizam-se de mais terapias analgésicas e procuram os serviços médicos e de diagnóstico com maior frequência que a população normal. É uma doença comum com uma fisiopatologia complexa e ainda não completamente conhecida. Junto com a dor generalizada, a depressão está frequentemente presente no contexto da doença, com prevalência variando entre 28,6% e 70% (RANZOLIN *et al.*, 2016). O diagnóstico de fibromialgia pode ser feito sem o uso dos critérios ACR 1990, entretanto sua aplicação junto aos critérios de 2010 aumenta a acurácia diagnóstica (HEYMANN *et al.*, 2017).

Segundo Heymann *et al.* (2010), não é de se estranhar que nos Estados Unidos os custos de saúde anuais para seu tratamento cheguem a U\$ 9.573,00 por paciente, representando gastos 3 a 5 vezes maiores do que para a população em geral. Uma parcela considerável destes custos pode ser economizada quando o paciente tem seu diagnóstico realizado e é tratado corretamente, evitando exames complementares desnecessários e medicamentos inúteis para o seu tratamento. Embora seja uma doença reconhecida há muito tempo, a fibromialgia tem sido seriamente pesquisada somente há três décadas.

Heymann *et al.* (2010) indicam que, até o presente, não há tratamentos que sejam considerados muito eficazes. A fibromialgia é uma síndrome pesquisada e tratada por reumatologistas principalmente por envolver um quadro crônico de dor musculoesquelética, mas muitas vezes estes pacientes requerem um acompanhamento multidisciplinar com o objetivo de alcançar uma abordagem ampla e mais completa de seus sintomas e comorbidades. Não existe ainda uma causa definida, mas há algumas pistas de porque as pessoas têm fibromialgia. Conforme referem Heymann *et al.* (2010), os estudos mostram que os pacientes apresentam uma sensibilidade maior à dor do que pessoas sem fibromialgia. Seria como se o cérebro das pessoas com fibromialgia interpretasse de forma exagerada os estímulos, ativando todo o sistema nervoso para fazer a pessoa sentir mais dor. Também pode surgir depois de eventos sérios na vida de alguém, como um trauma físico, psicológico ou mesmo uma infecção grave. O mais comum é que o quadro comece com uma dor localizada crônica que progride para envolver todo o corpo. O motivo pelo qual algumas pessoas desenvolvem fibromialgia ainda é desconhecido. O que não se discute é se a dor do paciente é verdadeira. Hoje, com técnicas de pesquisa que permitem observar o cérebro em funcionamento em tempo real, descobriu-se que os pacientes realmente estão sentindo a dor que dizem

sentir. Mas é uma dor diferente, em que não há lesão no corpo e, mesmo assim, a pessoa sente dor. Apesar de não conhecer a causa exata, sabemos que algumas situações provocam piora das dores. Alguns exemplos são: excesso de esforço físico, estresse emocional, alguma infecção, exposição ao frio, má qualidade do sono ou trauma (HEYMANN *et al.*, 2017).

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004) publicou as primeiras diretrizes da fibromialgia, com o objetivo de direcionar o diagnóstico e o tratamento desta síndrome. Seu quadro clínico caracteriza-se por queixas de fadiga, rigidez muscular, distúrbios do sono, disfunção cognitiva, ansiedade e depressão. Trata-se de uma doença incapacitante, sendo comum a referência de agravamento pelo frio, umidade, mudança climática, tensão emocional ou por esforço físico (PROVENZA *et al.*, 2004).

O impacto negativo causado pela fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes tem sido relatado em muitos trabalhos. Em pesquisa realizada em Florianópolis, Berber, Kupek e Berber (2005) apontaram também 67,2% de prevalência da depressão (entre leve, moderada e severa) dos 70 pacientes com fibromialgia estudados. Relacionado a isso estaria o fato de a doença não ter ainda sua origem determinada nem cura plena, gerando sentimentos de desamparo e vulnerabilidade. A presença concomitante de distúrbios psíquicos provoca maiores limitações funcionais, afetando ainda mais negativamente a qualidade de vida das pessoas, tanto no aspecto físico como no intelectual e emocional, e reduzindo a capacidade da pessoa para o trabalho, a vida familiar e social. Em pesquisa realizada em São Paulo, Lima *et al.* (2008) concluíram que a qualidade de vida dos portadores de fibromialgia é bem inferior à dos indivíduos saudáveis. Os autores destacaram o comprometimento do domínio do aspecto físico, a questão da dor e a significativa queda da vitalidade e capacidade funcional.

A fibromialgia é uma condição complexa caracterizada por um distúrbio no processamento da dor associado a outros sintomas secundários definidos e má qualidade de vida. A prevalência de perturbações do humor na fibromialgia é de cerca de três vezes maior do que na população em geral (RANZOLIN *et al.*, 2016).

Segundo Macfarlane *et al.* (2016), em termos de princípios gerais, é recomendado, com base na opinião unânime de especialistas, que o diagnóstico seja imediato e que o tratamento inclua o fornecimento de informações ao paciente (incluindo material impresso) sobre a doença. Estes autores referem que deve ser feita uma avaliação abrangente da dor, função e contexto psicossocial. A gestão do caso deve assumir a forma de uma abordagem gradual com o objetivo de melhorar a qualidade de

vida relacionada à saúde. Deve focar primeiro nas modalidades não farmacológicas. Isto se baseia na disponibilidade, custo, questões de segurança e preferência do paciente.

Um estudo recente mostrou que a atitude mental do indivíduo pode influenciar no desprazer causado por estímulo doloroso padronizado devido a alterações no fluxo sanguíneo para a área do cingulo e, desta forma, afeta a atividade pré-cortical (pensamentos) (SILVA, 2016). A medicina ainda não desenvolveu tratamento específico para alcançar a cura para esta enfermidade e a terapêutica se baseia em medidas para aliviar o sofrimento e promover melhora da qualidade de vida (SILVA, 2016).

4.4 Qualidade de Vida

Segundo Provenza *et al.* (2004), qualidade de vida é a maneira como o indivíduo percebe sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Pode ser avaliada, por exemplo, pelo questionário WHOQOL da Organização Mundial da Saúde, validado no Brasil. Apesar da crescente importância da avaliação desse desfecho em diferentes áreas da medicina, não havia nenhum instrumento desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional. Assim, inicialmente foi desenvolvido um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100). O desenvolvimento do WHOQOL-100 seguiu metodologia descrita em outras publicações envolvendo a participação de vários países, representando diferentes culturas, tendo sido desenvolvida uma versão brasileira (FLECK, 2000). A avaliação da qualidade de vida ou do impacto das doenças pode ser feita através de outros questionários padronizados, nos quais são designados escores para as várias questões envolvidas. Esses instrumentos podem ser classificados em genéricos ou específicos. São questionários genéricos aqueles desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de população. São específicos aqueles capazes de avaliar de forma individual determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto específico em estudo. Sua principal característica é o potencial de ser sensível às alterações após determinada intervenção (CICONELLI, 2003).

Apesar da fibromialgia não apresentar lesões anatomopatológicas ou evoluir para deformidades, ela produz, de modo geral, grande impacto negativo na qualidade de vida,

interferindo na capacidade laboral, convívio social e familiar. Como critério avaliativo são usadas técnicas de autorrelato, como SF-36 (*Short Form*) e FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) (SILVA, 2016).

Comumente, o paciente com fibromialgia refere que não consegue ser abraçado ou mesmo acariciado. Além da dor, o cansaço é uma queixa frequente e, muitas vezes, é difícil diferenciá-lo da sonolência. As alterações do sono são extremamente comuns na fibromialgia, e as primeiras alterações objetivas desta doença foram detectadas no estudo do sono (polissonografia) destes pacientes. Muitas vezes, a pessoa até dorme um bom número de horas, mas acorda cansada – é o conhecido “sono não reparador” da fibromialgia. Também pode ocorrer insônia, sensação de pernas inquietas antes de dormir e movimentos dos membros inferiores durante o sono. Como é uma doença em que as sensações estão amplificadas, são comuns as queixas em outros lugares do corpo, como dor abdominal, queimações e formigamentos, problemas para urinar e dor de cabeça. Como outros pacientes que sofrem de dor crônica, existem também as queixas de falta de memória e dificuldades de concentração. Os distúrbios do humor como ansiedade e depressão são comuns e importantes (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUND, 2012).

Algo muito presente na síndrome da fibromialgia é a dor, que se articula como funcionamento psicológico do ser singular. Ao abordar o paciente, é importante considerar que é necessário usar a condição da empatia, colocar-se no lugar do outro, para buscar compreender o que a dor representa para ele; tentar perceber se o doente consegue ter algum ganho secundário com ela (SASDELLI; MIRANDA, 2001 *apud* LIMA; CARVALHO, 2008). Para Lima (2008), à medida que fala sobre a dor e suas representações, a pessoa passa a ter maior experiência e maior compreensão sobre ela, podendo sair da posição passiva da vivência e assumir uma postura de crescer na experiência. Há que se considerar, também, que a dor, em muitos casos, será uma eterna companheira da pessoa, a qual terá que se submeter a algumas restrições. É necessário dar uma significação ao processo de adoecer. Assim, a intensidade, o impacto na qualidade de vida do paciente e as variações temporais ou de intervenções terapêuticas são subjetivos, difíceis e imprecisos (LIMA, 2008).

4.5 Intervenções Voltadas à Qualidade de Vida em Fibromialgia

Segundo o Consenso Brasileiro do tratamento de fibromialgia (2010), a estratégia para o tratamento ideal da fibromialgia requer uma abordagem multidisciplinar, com a combinação de modalidades de tratamentos não farmacológico e farmacológico. A dor crônica é um estado de saúde persistente que modifica a vida e o objetivo do seu tratamento é o controle, não sua eliminação (HEYMANN *et al.*, 2010). O tratamento para a fibromialgia é um desafio para o profissional da saúde, sendo uma mescla de técnicas medicamentosas e não medicamentosas, com o objetivo de melhora no quadro geral do paciente. Deve-se levar em consideração a opinião do paciente, alertando-o para a inexistência de cura e possíveis efeitos indesejáveis do tratamento (SILVA, 2016).

A escolha dos instrumentos de medida para quantificar esses parâmetros clínicos deve ser cuidadosa, pois um critério evolutivo deve apresentar propriedades psicométricas adequadas. Para ser significativo, o instrumento deve ser sensível a mudanças e clinicamente mensurável, além de ter alta confiabilidade e validade. Outros aspectos desses instrumentos também são importantes, como aplicabilidade, praticidade e clareza (ALVES, 2012).

A falta de tolerância com o fibromiálgico faz com que o paciente seja tratado com descrédito, agravando, desta maneira, ainda mais o seu quadro psicológico. As técnicas de tratamento encontradas são uma mescla de terapias, mas o fator principal para a obtenção de melhora, com a redução do quadro de dor, é a aceitação dos sintomas pelo paciente e a conscientização de que é portador de algo ainda dito incurável, mas, que diante de sua postura mental, poderá alcançar um grande alívio de sinais e sintomas (SILVA, 2016).

Ensaio clínicos envolvendo pacientes com fibromialgia apresentam grande dificuldade na escolha de critérios evolutivos adequados decorrentes da subjetividade e da heterogeneidade dos sintomas. Além disso, existe a necessidade de investigação de variáveis de cunho fisiológico, cognitivo-verbal e comportamental (ALVES, 2012).

A terapia cognitivo-comportamental é benéfica para alguns pacientes com fibromialgia. O suporte psicoterápico também pode ser utilizado no tratamento da fibromialgia, dependendo das necessidades de cada paciente (HEYMANN *et al.*, 2010).

Conforme Alves (2012), ainda não está estabelecido um consenso sobre o padrão ouro adequado para avaliar a melhora clínica resultante das diferentes intervenções terapêuticas usadas na fibromialgia, sobretudo na população brasileira. Utilizam-se medidas subjetivas na falta de medidas objetivas que identifiquem a melhora do paciente, incluindo questionários que avaliam a qualidade de vida, o impacto da doença

e escalas de dor. Ao tratar-se de sintomas subjetivos, a ótica do paciente é de grande importância, pois implica a avaliação complexa de múltiplos domínios que afetam a integridade biopsicossocial do indivíduo.

Na fibromialgia, a terapia cognitivo-comportamental poderia auxiliar o paciente a entender e interpretar melhor suas atitudes frente à dor e demais sintomas do problema para enfrentá-los de forma mais eficaz (SILVA, 2016).

4.6 Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento da Fibromialgia

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) concede uma grande ênfase aos pensamentos do paciente e à forma como interpreta o mundo, sendo que seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias (SILVA, 2016). Não há um protocolo de tratamento padrão, mas as principais técnicas são a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino assertivo, a resolução de problemas e o relaxamento muscular progressivo, que podem ser utilizadas nas modalidades de atendimentos individuais ou grupais. Ambas as modalidades de atendimento são efetivas, porém a Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada em grupo pode promover resultados ainda mais promissores, caso seja considerado o custo-benefício do tratamento (KIRCHNER, 2017).

A prevalência de anormalidades psiquiátricas, particularmente a depressão, é elevada entre pacientes com fibromialgia, variando entre 49% e 80% (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005). A depressão pode desencadear ou agravar os sintomas característicos da fibromialgia, implicando em funcionalidade reduzida, maior percepção de estresse e maior intensidade dos sintomas depressivos do que em indivíduos saudáveis (HEYMANN *et al.*, 2010). Ansiedade, alteração do humor e do comportamento, irritabilidade ou outros distúrbios psicológicos acompanham cerca de um terço destes pacientes, embora o modelo psicopatológico não justifique a presença da fibromialgia. (PROVENZA *et al.*, 2004).

Entre 25% e 50% destes pacientes apresentam distúrbios psiquiátricos concomitantes que dificultam a abordagem e a melhora clínica, necessitando muitas vezes de um suporte psicológico profissional. A abordagem cognitivo-comportamental também é efetiva, desde que combinada com técnicas de relaxamento ou exercícios aeróbicos, alongamentos e educação familiar. Esta última é extremamente importante, em especial por se tratar de uma enfermidade de longa duração, com queixas

persistentes. Por outro lado, o apoio psicológico dos familiares pode conduzir à melhor qualidade de vida (PROVENZA *et al.*, 2004). A associação entre dor crônica e transtornos mentais, como por exemplo a depressão e a ansiedade, é bastante referida na literatura médica. Do ponto de vista psiquiátrico, tal associação pode ocorrer quando o transtorno mental: (1) provoca o aparecimento de condições físicas que causam dor; (2) piora a condição dolorosa, evento comum nos quadros de depressão; (3) é secundário ao aparecimento de dor física, propiciando condições para que o transtorno psiquiátrico aflore; ou (4) pode apresentar como queixa a dor (PINHEIRO *et al.*, 2014).

Segundo Kirchner (2017), a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a abordagem mais aceita no tratamento psicológico para dor crônica, sendo reconhecida nesta área desde a década de 1970, e a que atualmente apresenta maior evidência científica de efetividade. Na perspectiva cognitivo-comportamental, a dor é compreendida como um produto influenciado pela interação de comportamentos, sentimentos e pensamentos desadaptativos ao ambiente do indivíduo e que intensificam o quadro álgico como um sistema de retroalimentação. O tratamento auxilia o paciente a identificar este processo desadaptativo, reconhecer o seu impacto sobre a dor e modificá-lo, produzindo melhoras na dor e na sua saúde em geral (KIRCHNER, 2017).

Devido ao impacto que a depressão pode ocasionar na apresentação da doença, seja através da intensificação dos sintomas pré-existentes ou da produção de sintomas adicionais, é de extrema importância haver uma abordagem multidisciplinar dos sintomas depressivos tanto na avaliação quanto no tratamento nos pacientes com fibromialgia (Santos *et al.*, 2012).

A proposta de protocolo apresentada neste estudo e no artigo foi criada a partir dos seguintes instrumentos: Entrevista de Avaliação da Intervenção (ANEXO A); Questionário Sociodemográfico (ANEXO B); Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (*The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref*) (ANEXO C); Inventário de Beck para Ansiedade (ANEXO D); Inventário de Beck para Depressão (ANEXO E); Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia revisado (FIQ-R) (ANEXO F). Foi trabalhado com a participante o seguinte material: Cartilha para Pacientes com Fibromialgia (ANEXO G); Respiração (ANEXO H); Simplesmente Escutar (ANEXO I); e, Técnica A-B-C (ANEXO J).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC) (APÊNDICE A). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é apresentado no Apêndice B.

Diante da relevância e atualidade do tema, a elaboração de um artigo se justifica de modo a proporcionar uma reflexão sobre condutas e diretrizes no que tange a uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental em paciente com fibromialgia. A submissão do artigo será proposta, inicialmente, à Revista da Dor – Pesquisa, Clínica e Terapêutica (Anexo K).

REFERÊNCIAS

- ALGAYER, C. J. (org.). **Gestão e saúde**: temas contemporâneos abordados por especialistas do setor. Porto Alegre: Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2011.
- ALVES, A. M. B. *et al.* Avaliação de instrumentos de medida usados em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 52, n. 4, p. 501-506, 2012.
- AQINO, P. S. *et al.* Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 690-696, set./out. 2010.
- BANTA, D.; ALMEIDA, R. T. The development of health technology assessment in Brazil. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, Cambridge, v. 25, p. 255-259, 2009. Supl. 1. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4EAF690A7E73383E5AB9827082385991/S0266462309090722a.pdf/development_of_health_technology_assessment_in_brazil.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.
- BASTOS, D. F. *et al.* Dor. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-96, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2021.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 45, n. 2, p. 47-54, abr. 2005.
- BIRTANE, M. *et al.* The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. **Clinical Rheumatology**, Brussels, v. 26, n. 5, p. 679-684, May 2007.
- BRASIL. Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 3 dez. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.418, de 24 de julho de 2003. Institui o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2690, de 05 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 61, 6 nov. 2009.

CARVALHO, F. T. *et al.* Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: uma revisão da literatura. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 157-163, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193814403013>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 43, p. IX-XIII, 2003.

CONSALTER, E.; SANCHES, M. L.; GUIMARÃES, A. S. Correlação entre disfunção temporomandibular e fibromialgia. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 237-241, 2010.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DRUMMOND, M. F. **What are the HTA processes in the UK?** [S. l.]: Hayward Group, 2009.

FLECK, M. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FREIRE, E. M. R.; BATISTA, R. C. R.; MARTINEZ, M. R. Gerenciamento de projetos para acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Enfermagem Online**, Brasília, DF, v. 15, n. 1, p. 96-108, abr. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303383408_Gerenciamento_de_projetos_volta_do_para_acreditacao_hospitalar_estudo_de_caso. Acesso em: 18 maio 2020.

GERMER, C. K.; SIEGEL, R. D.; FULTON, P. R. **Mindfulness e psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GOODMAN, C. S. **HTA 101 introdução à avaliação de tecnologia em saúde**. Bethesda: National Library of Medicine, 2019. Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10103.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

GOLDBERG, E. **O coração sente o corpo dói: como reconhecer e tratar a fibromialgia**. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

GOLDSTEIN, S. *et al.* Dysautonomias: clinical disorders of the autonomic nervous system (NIH Conference). **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 137, n. 9, p. 753-763, 2002.

HAUN, M. V. A.; FERRAZ, M. B.; POLLAK, D. F. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da FM em uma população brasileira. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 4, p. 221-230, 1999.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 358-365, jun. 2012.

HEYMANN, R. E. *et al.* Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010.

HEYMANN, R. E. *et al.* Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 57, p. 467-476, 2017. Supl. 2.

KIRCHNER, L. F. **Intervenção comportamental para mulheres com fibromialgia e má qualidade do sono ou insônia**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2B, p. 416-425, jun. 2003.

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva**: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LIMA, C. P.; CARVALHO, Cristina Vilela de. Fibromialgia: uma abordagem psicológica. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 146-158, dez. 2008.

LIMA, M. A. G. Dor crônica: objeto insubordinado. **História Ciência Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 117-133, mar. 2008.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007.

MACFARLANE, G. J. *et al.* EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 76, n. 2, p. 318-328, Feb. 2017.

MARQUEZ, J. O. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 28-32, abr. 2011.

MARTINEZ, J. E. *et al.* Análise crítica de parâmetro de qualidade de vida em fibromialgia. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 116-120, 1998.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: EDUFBA, 2009. p. 29-56.

MERHY, E. E. *et al.* A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MEHRY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.

O'DONNELL, J. C. *et al.* Health technology assessment: lessons learned from around the world – an overview. **Value in Health**, New York, v. 12, p. S1-S5, 2009. Suppl. 2.

PAWLOWSKI, J. **Instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN**: evidências de validade de construto e de validade incremental à avaliação neurológica. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PIA, H. W. Introduction. **Acta Neurochirurgica**, Wien, v. 38, p. 99-100, 1987. Supl. 1.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. I. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; MS/UERJ, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R. C. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 213-219, 2014.

PROVENZA, J. R. *et al.* Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 44, n. 6, p. 443-449, dez. 2004.

PROVENZA, J. R.; PAIVA, E.; HEYMANN, R. E. Manifestações clínicas. *In*: HEYMANN, R. E. (coord.). **Fibromialgia e síndrome miofascial**. São Paulo: Legnar, 2006. p. 31-42.

RAMOS, P. E. Vivendo uma nova era: a tecnologia e o homem: ambos integrantes de uma sociedade que progride rumo ao desenvolvimento. **Escola Estadual Maria Eduarda Pereira Soldeira**, Cuiabá, 2014. Disponível em: <http://www2.seduc.mt.gov.br/-/vivendo-uma-nova-era-a-tecnologia-e-o-homem-ambos-integrantes-de-uma-sociedade-que-progride-rumo-ao-desenvolvimen-1>. Acesso em: 18 maio 2020.

RANZOLIN, A. *et al.* Evaluation of cytokines, oxidative stress markers and brain-derived neurotrophic factor in patients with fibromyalgia: – A controlled cross-sectional study. **Cytokine**, San Diego, v. 84, p. 25-28, 2016.

SANTOS, E. B. *et al.* Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 590-596, jun. 2012.

SILVA, J. L. **Fibromialgia**: caracterização e tratamento. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Farmácia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <https://silo.tips/download/fibromialgia-caracterizaa-e-tratamento>. Acesso em: 28 jan. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2017.

TEIXEIRA, M. J. Mecanismos de ocorrência de dor. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 80, n. ed. esp., pt.1, p. 22-62, 2001.

TEIXEIRA, M. J. *et al.* Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 80, n. ed. esp., pt.1, p. 1-21, 2001.

WOLFE, F. *et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Relatório do Comitê de Critérios de Multicentro. **Arthritis & Rheumatology**, Atlanta, v. 33, n. 2, p. 160-172, 1990.

5 ARTIGO

Efeitos da Aplicação de uma Proposta de Protocolo de Intervenção Cognitivo-Comportamental em Paciente com fibromialgia

Estudo de Caso

Eliana Ferreira Bender

Evelise Rigoni de Faria

Ananyr Porto Fajardo

RESUMO

A fibromialgia é uma doença que não tem cura, mas cujo tratamento bem orientado por uma abordagem multidisciplinar pode levar a melhoria na qualidade de vida dos doentes. A literatura científica refere o impacto negativo causado pela fibromialgia na qualidade de vida. Não há um protocolo de tratamento padrão para este problema, mas as principais técnicas comportamentais para dor crônica são a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino assertivo, a resolução de problemas e o relaxamento muscular progressivo. Considerando-se o impacto da fibromialgia na vida do paciente e a necessidade de produção de tecnologias que promovam seu bem-estar, esse estudo teve por objetivo produzir e avaliar os efeitos do processo de aplicação de uma proposta de protocolo de intervenção cognitivo-comportamental voltado à qualidade de vida em paciente com fibromialgia. Trata-se de um estudo de caso que contou com dois momentos: 1) produção da proposta de protocolo, a partir de revisão da literatura e de discussões com especialistas; e, 2) sua aplicação a uma paciente com fibromialgia. O estudo foi realizado com uma paciente que iniciou acompanhamento no Serviço de Reumatologia em junho de 2013. Não apresentava diagnósticos psiquiátricos nem quadros inflamatórios ou doenças reumatológicas concomitantes à fibromialgia. A proposta de protocolo prevê uma sequência semanal de 4 sessões, com duração aproximada de 60 minutos cada. Esse estudo de caso sugere que a terapia cognitivo-comportamental pode contribuir na melhora da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia, sobretudo no que se refere ao aspecto psicológico, melhorando sua autoestima e reconhecimento de sua doença.

Palavras-chave: Avaliação de tecnologia biomédica. Dor crônica. Fibromialgia. Qualidade de vida. Saúde coletiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso demonstrou que a terapia cognitivo-comportamental, considerada uma tecnologia leve-dura, pode contribuir na melhoria da qualidade de vida do paciente com fibromialgia, sobretudo no que se refere ao aspecto psicológico, permitindo reavaliar certos conceitos e relacionamentos sociais, uma vez que o conhecimento sobre sua patologia proporciona empoderamento sobre as relações que o paciente estabelece. A abordagem proposta está de acordo com os principais protocolos de atendimento utilizados pela terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor crônica. Brasio (2012) utiliza técnicas de relaxamento e reestruturação cognitiva como técnicas de intervenção psicológica para o tratamento da fibromialgia: mudança de pensamento e, conseqüentemente de comportamento, identificação de crenças disfuncionais e técnicas de relaxamento.

O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade.

A implementação da proposta de protocolo de Intervenção Cognitivo-Comportamental em Paciente com Fibromialgia pode indicar uma possibilidade de intervenção à distância para pacientes fibromiálgicos, tendo em vista que a maior resistência foi com relação à exigência de participação presencial com frequência semanal.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Pesquisador: Título da Pesquisa: Instituição Proponente: Versão: CAAE: EFEITOS DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO COGNITIVO COMPORTAMENTAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM Ananyr Porto Fajardo HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA 2 18387019.3.0000.5530 Área Temática: DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Número do Parecer: 3.649.661 DADOS DO PARECER Vide parecer anterior. Apresentação do Projeto: Vide parecer anterior. Objetivo da Pesquisa: Vide parecer anterior. Avaliação dos Riscos e Benefícios: Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações. Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Vide parecer anterior. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações. Recomendações: Todas as pendências foram atendidas. Projeto aprovado de acordo com as normativas éticas em pesquisa e Resolução CNS/466-12. Caso o estudo tenha TCLE, uma versão assinada e carimbada pelo CEP-GHC será enviada por email Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Patrocinador Principal: Financiamento Próprio 91.350-200 (51)3357-2805 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Francisco Trein, 326 – Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC CRISTO REDENTOR UF: RS Município: PORTO ALEGRE Página 01 de 03 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO Continuação do Parecer: 3.649.661 ao pesquisador. Essa versão é que deve ser utilizada na pesquisa. Considerações Finais a critério do CEP: Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados: Tipo Documento Arquivo Postagem Autor Situação Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1379158.pdf 11/10/2019 10:16:36 Aceito Outros CartaResposta.doc 11/10/2019 10:15:10 Eliana Ferreira Bender Aceito Projeto Detalhado / Brochura Investigador projetodetalhado3.doc 11/10/2019 10:07:55 Eliana Ferreira Bender Aceito TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência TCLE.doc 11/10/2019 10:01:52 Eliana Ferreira Bender Aceito Projeto Detalhado / Brochura Investigador projetodetalhado2.doc 26/08/2019 10:42:44 Eliana Ferreira Bender Aceito Outros LattesEliana.docx 02/08/2019 08:31:51 Eliana Ferreira Bender Aceito Outros LattesEvelise.docx 02/08/2019 08:30:53 Eliana Ferreira Bender Aceito Outros

LattesAnanyr.docx 02/08/2019 08:30:28 Eliana Ferreira Bender Aceito Outros
termodecompromisso.pdf 14/07/2019 19:11:28 Eliana Ferreira Bender Aceito Outros
termodeanuencia.pdf 14/07/2019 19:10:24 Eliana Ferreira Bender Aceito Outros
integrantes.pdf 14/07/2019 19:04:47 Eliana Ferreira Bender Aceito Folha de Rosto
folhaderosto.pdf 14/07/2019 18:05:17 Eliana Ferreira Bender Aceito Situação do
Parecer: Aprovado Necessita Apreciação da CONEP: Não 91.350-200 (51)3357-2805 E-
mail: cep-ghc@ghc.com.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Francisco Trein, 326 –
Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC CRISTO
REDENTOR UF: RS Município: PORTO ALEGRE Página 02 de 03 HOSPITAL NOSSA
SENHORA DA CONCEIÇÃO – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO Continuação do
Parecer: 3.649.661 PORTO ALEGRE, 18 de Outubro de 2019 Daniela Montano
Wilhelms (Coordenador(a) Assinado por: 91.350-200 (51)3357-2805 E-mail: cep-
ghc@ghc.com.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Francisco Trein, 326 – Centro de
Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC CRISTO REDENTOR UF:
RS Município: PORTO ALEGRE Página 03

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho (acadêmico, institucional) do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, intitulada: "**PROCESSO DE ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTE COM FIBROMIALGIA**" que tem como objetivo principal avaliar o efeito de um protocolo de atendimento específico para Fibromialgia, utilizando o referencial da Terapia Cognitivo-Comportamental, sobre a qualidade de vida dos pacientes do Serviço de Reumatologia desta unidade hospitalar.

O tema escolhido se justifica pela importância na certificação do atendimento prestado aos pacientes, qualificando o atendimento realizado no Serviço de Reumatologia dessa unidade hospitalar. O trabalho está sendo realizado por Eliana Ferreira Bender, Psicóloga do Serviço de Reumatologia do HNSC e sob a supervisão e orientação de Ananyr Porto Fajardo, Odontóloga, Mestre em Odontologia, Doutora em Educação Docente Permanente – Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS (MP ATSUS GHC) Facilitadora do Currículo Integrado – Residência Multiprofissional em Saúde e Evelise Rigoni de Faria, Psicóloga (Saúde Comunitária/GHC) e Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS).

Para alcançar os objetivos do estudo serão realizados sete encontros individuais, com duração aproximada de 45 minutos (tempo estimado), na qual você irá responder a algumas perguntas e participar de intervenções com técnicas de relaxamento.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo (a) pesquisador (a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento na instituição ou o atendimento prestado pela Psicóloga;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Eliana Ferreira Bender, telefone 3357-2493, e-mail: ebender@ghc.com.br e endereço: Av. Francisco Trein número 596, Ambulatório, 3º andar – Porto Alegre;
- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, Centro Administrativo, 1º andar – Gerência de Ensino e Pesquisa, das 08h às 12h e das 14h:30min às 15:30h; Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 2019.

Para _____ que não sabe ler e escrever, este formulário foi lido em ____/____/2019, por Eliana Ferreira Bender, enquanto eu estava presente.

ANEXO A – ESCALA DE ENTREVISTA DE INTERVENÇÃO (CARVALHO et al., 2009)

1. Eu gostaria que tu me falasses o que tu achaste dos encontros.

(Caso não seja mencionado). Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como te sentistes durante os encontros?
- Tu consideras que os encontros te ajudaram?
- (Se sim):* Em que te ajudaram?
- (Se não):* Tu esperavas mais dos encontros?
- Teve alguma coisa que tu não gostaste nos encontros?

2. Eu gostaria que tu me falasses sobre o que tu aprendeste nestes encontros.

(Caso não seja mencionado). Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que mais te chamou atenção e o que tu não sabias?
- Considerando o que tu aprendeste de novo, alguma coisa mudou na tua vida?
- Em relação a fibromialgia? E as dores? E a forma como tu te sente?
- O que tu gostarias de ter aprendido durante os encontros?

2.1. Eu gostaria que tu me falasses o quanto ficastes satisfeito, em relação às informações que recebestes:

Muito satisfeito Satisfeito Nem satisfeito, nem insatisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

3. Eu gostaria que tu me falasses sobre como tu estás te sentindo depois destes encontros.

(Caso não seja mencionado). Tu poderias falar um pouco mais sobre...

- Alguma coisa mudou nos teus sentimentos com relação à fibromialgia?
- E com relação à ansiedade? E a depressão?
- Tu esperavas alguma outra mudança?
- O que tu achas que poderia ter sido diferente nos encontros?

3.1 Como tu dirias que te sentes após os nossos encontros?

Muito melhor Melhor Nem melhor, nem pior Muito pior

4. Eu gostaria que tu me falasses sobre como tu estás cuidando da tua saúde depois dos encontros.

(Caso não seja mencionado). Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Alguma coisa mudou quanto aos cuidados com tua saúde após os encontros? O quê?
- Os encontros mudaram de alguma forma o teu jeito de lidar com a fibromialgia?
- E para o teu tratamento, o quanto os encontros te ajudaram?
- Tu esperavas alguma outra mudança?
- O que tu achas que poderia ter sido diferente nos encontros?

5. Eu gostaria que tu me falasses sobre como está tua relação com outras pessoas depois dos encontros.

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre....

- Alguma coisa mudou na tua relação com as outras pessoas? O quê? Como te sentes agora?
- E na tua, pessoal, tu achas que mudou alguma coisa? O que mudou?
- Tu esperavas alguma outra mudança?

- O que tu achas que poderia ter sido diferente nos encontros?

6. Tu recomendarias este tipo de atendimento para outra pessoa com fibromialgia?
(Se sim) Por quê? (Se não) Por quê?

7. Tu terias alguma sugestão ou crítica em relação a este tipo de atendimento, para que seja possível melhorá-lo?

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PESQUISA DE LEVANTAMENTO DE ITENS (PAWLOWSKI, 2011)

Entrevistador: _____

Participante: _____

Data de nasc.: _____ Idade: _____

Local de nasc. (Cidade): _____ Estado: _____

Cidade onde mora: _____ Estado: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Telefones: (____) _____ (____) _____

Escolaridade:

- nenhuma
 ensino fundamental incompl.
 ensino fundamental compl.
 ensino médio incompl.
 ensino médio compl.
 curso técnico incompl.
 curso técnico compl.
 curso superior incompl.
 curso superior compl.
 pós-graduação
 outro: _____

Quantos anos de escolaridade? _____ Houve repetências? _____ Quantas? _____

Estado civil:

- casado(a) separado(a) solteiro(a) divorciado (a) viúvo(a)
 outro: _____

Sua renda provém de:

- pensão salário ajuda de terceiros aposentadoria outro: _____
 Profissão: _____

Avaliação da classe econômica (Critério Brasil)

Posse de Ítems	Tem Quantidade				
	Não tem	1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2

Videocassete elou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	4	4	4
Freezer (ap. indep. ou parte geladeira Duplex)	0	2	2	2	2

Classe	Pontos
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga		Nomenclatura Atual
Analfabeto/Primário Incompleto	0	Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental
Primário Completo/ Ginásial Incompleto	1	Até 4ª série Fundamental
Ginásial Completo/ Colegial Incompleto	2	Fundamental Completo
Colegial Completo/ Superior Incompleto	4	Médio Completo
Superior Completo	8	Superior Completo

ANEXO C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref (FLECK, 2000)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua	1	2	3	4	5

	qualidade de vida?					
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	o seu meio de transporte?					
--	---------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D – INVENTÁRIO DE BECK PARA ANSIEDADE (CUNHA, 2011)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

**Casa do
Psicólogo®**

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO E – INVENTÁRIO DE BECK PARA DEPRESSÃO (CUNHA, 2011)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

**Casa do
Psicólogo®**

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

**ANEXO F – QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO DA FIBROMIALGIA
REVISADO (FIQ-R) (CICONELLI, 2003)**

Marque o quanto a sua fibromialgia dificultou para executar as atividades abaixo relacionadas, nos últimos 7 dias.

Se não for algo que não faça normalmente, simplesmente não responda à pergunta.

Qual o grau de dificuldade para:	Sem dificuldade ----- Muito difícil											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Escovar ou pentear os cabelos												
Caminhar por 20 minutos sem parar												
Preparar uma refeição caseira												
Passar aspirador de pó, esfregar ou varrer o												
Levantar e carregar uma sacola de mercado												
Subir um lance de escadas												
Trocar a roupa de cama												
Ficar sentada(o) continuamente por 45												
Sair para compras de comida ou de roupas												
1. SOMA DOS ESCORES = / 3 (pontuação máxima é 30)												

Marque como a sua fibromialgia afetou sua capacidade funcional e bem-estar nos últimos 7 dias:

	Nunca ----- Sempre											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fui impedida(o) de finalizar a maioria de minhas tarefas e objetivos da semana												
Senti-me totalmente dominada(o) pelos meus sintomas da fibromialgia												
2. SOMA SIMPLES DOS ESCORES (pontuação máxima é 20)												

Para cada uma das 10 questões abaixo, marque o grau de intensidade dos seus sintomas de fibromialgia, nos últimos 7 dias:

INTENSIDADE DA DOR	Sem dor ----- Dor insuportável											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu nível de dor												
GRAU DE DISPOSIÇÃO	Disposta(o) ----- Indisposta(o)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu grau de disposição												
RIGIDEZ	Nenhuma ----- Intensa											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Avalie de 0 a 10 a rigidez do seu corpo												
QUALIDADE DO SONO	Acorda descansada(o) ----- Acorda muito cansada(o)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 o seu sono												
GRAU DE DEPRESSÃO / TRISTEZA	Nenhuma ----- Muito deprimido / triste											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu nível de depressão (tristeza)												
PROBLEMAS DE MEMÓRIA	Boa ----- Fraca											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu nível de memória												
GRAU DE ANSIEDADE	Nenhuma ----- Muita ansiedade											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu nível de ansiedade												
GRAU DE DOLORIMENTO À PALPAÇÃO	Nenhum ----- Muito dolorida(o)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu nível de sensibilidade à dor												
PROBLEMAS DE EQUILÍBRIO	Com equilíbrio ----- Sem equilíbrio											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu nível de equilíbrio												
SENSIBILIDADE AO AMBIENTE EXTERNO	Nenhuma ----- Muito sensível											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Avalie de 0 a 10 seu nível de sensibilidade, levando em consideração ruídos altos, luzes fortes, cheiros ou o frio												
3. SOMA DOS ESCORES = / 2 (pontuação máxima é 50)												

SOMA DOS ESCORES 1 + 2 + 3 =

NOME: _____

FM _____ DATA _____

ANEXO G – CARTILHA PARA PACIENTES COM FIBROMIALGIA
(SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, (<http://www.reumatologia.com.br/>))



Fibromialgia

Cartilha para pacientes



Índice

O que é Fibromialgia?.....	4
Qual é a causa da Fibromialgia?	4
Que grupo de pessoas é mais afetada pela síndrome?	5
Quais são os sintomas da Fibromialgia?.....	5
Por que algumas pessoas não acreditam na Fibromialgia?.....	7
Por que se fala tanto de depressão quando se toca no assunto Fibromialgia?	8
Por que a Fibromialgia piora quando ficamos tristes ou deprimidos?.....	8
Como é feito o diagnóstico da Fibromialgia?	9
Existe algum exame que faça o diagnóstico da Fibromialgia?	10
Existe cura para a Fibromialgia? A Fibromialgia vai me deixar aleijado ou deformado?.....	10
Devo fazer algum tipo de atividade física?	12
Será que eu não vou piorar se fizer atividade física? Como devo fazê-la?	13
A acupuntura pode melhorar meus sintomas?	14
O que é terapia cognitiva comportamental? Como ela pode me ajudar?.....	14
Por que os anti-inflamatórios ou outros remédios para dor não me ajudam?	15
Por que somos tratados com medicamentos para depressão e convulsão se não sofremos disso?	16

1. O que é Fibromialgia?

A Fibromialgia é uma síndrome clínica que se manifesta, principalmente, com dor no corpo todo. Muitas vezes fica difícil definir se a dor é nos músculos ou nas articulações. Os pacientes costumam dizer que não há nenhum lugar do corpo que não doa. Junto com a dor, surgem sintomas como fadiga (cansaço), sono não reparador (a pessoa acorda cansada, com a sensação de que não dormiu) e outras alterações como problemas de memória e concentração, ansiedade, formigamentos/dormências, depressão, dores de cabeça, tontura e alterações intestinais. Uma característica da pessoa com Fibromialgia é a grande sensibilidade ao toque e à compressão de pontos nos corpos.

2. Qual é a causa da Fibromialgia?

Não existe ainda uma causa definida, mas há algumas pistas de porque as pessoas têm Fibromialgia. Os estudos mostram que os pacientes apresentam uma sensibilidade maior à dor do que pessoas sem Fibromialgia. Na verdade, seria como se o cérebro das pessoas com Fibromialgia interpretasse de forma exagerada os estímulos, ativando todo o sistema nervoso para fazer a pessoa sentir mais dor. A Fibromialgia também pode aparecer depois de eventos graves na vida de uma pessoa, como um trauma físico, psicológico ou mesmo uma infecção grave. O mais comum é que o quadro comece com uma dor localizada crônica, que

progride para envolver todo o corpo. O motivo pelo qual algumas pessoas desenvolvem Fibromialgia e outras não ainda é desconhecido. O que não se discute é se a dor do paciente é real. Hoje, com técnicas de pesquisa que permitem ver o cérebro em funcionamento em tempo real, descobriu-se que pacientes com Fibromialgia realmente estão sentindo a dor que dizem sentir. Mas é uma dor diferente, em que não há lesão no corpo, e, mesmo assim, a pessoa sente dor. Mesmo não sabendo a causa exata, sabemos que algumas situações provocam piora das dores em quem tem Fibromialgia. Alguns exemplos são: excesso de esforço físico, estresse emocional, alguma infecção, exposição ao frio, sono ruim ou trauma.

3. Que grupo de pessoas é mais afetada pela síndrome?

A Fibromialgia é bastante frequente. No Brasil está presente em cerca de 2% a 3% das pessoas. Acomete mais mulheres que homens e costuma surgir entre os 30 e 55 anos. Porém, existem casos em pessoas mais velhas e também em crianças e adolescentes.

4. Quais são os sintomas da Fibromialgia?

O principal sintoma da Fibromialgia é a dor generalizada (dor no corpo todo), percebida

especialmente nos músculos. É muito comum que o paciente sinta dificuldade de definir onde está a dor, e muitos referem-na como sendo “nos ossos”, nas “juntas” ou “nas carnes”. Como os músculos estão presentes por todo o corpo, este é o motivo da confusão. Importante notar que não só o paciente refere dor espontânea, mas também bastante dolorimento ao toque. Comumente o paciente com Fibromialgia refere que não pode ser abraçado ou mesmo acariciado. Além da dor, o cansaço é uma queixa frequente na Fibromialgia. Muitas vezes é difícil diferenciar este cansaço da sonolência. As alterações do sono são extremamente comuns na Fibromialgia, e as primeiras alterações objetivas desta doença foram detectadas no estudo do sono (polissonografia) destes pacientes. Muitas vezes o paciente até dorme um bom número de horas, mas acorda cansado – é o famoso “sono não reparador” da Fibromialgia. Também pode ocorrer insônia, sensação de pernas inquietas antes de dormir e movimentos da perna durante o sono. Como a Fibromialgia é uma doença em que as sensações estão amplificadas, são comuns as queixas em outros lugares do corpo, como dor abdominal, queimações e formigamentos, problemas para urinar e dor de cabeça. Como outros pacientes que sofrem de dor crônica, existem também as queixas de falta de memória e dificuldades na concentração. Os distúrbios do humor como ansiedade e depressão são comuns e importantes, como será visto a seguir.

5. Por que algumas pessoas não acreditam na Fibromialgia?

A Fibromialgia é uma doença em que não existe uma lesão dos tecidos – não há inflamação ou degeneração. Com estudos mais modernos, verificou-se que a dor na Fibromialgia é causada por uma amplificação dos impulsos dolorosos, como se a pessoa tivesse um “controle de volume” desregulado. Isso só é visto em exames muito específicos, em pesquisas científicas. Na prática clínica, não há como provar que a pessoa está sentindo dor crônica – a reação corporal é muito diferente do que na dor aguda. O paciente não está agitado, suando frio, gritando como acontece em um infarto ou uma cólica renal. Na dor crônica, na maioria das vezes a pessoa comunica-se bem e parece calma. A reação à dor nota-se na presença de depressão, afastamento social, alteração do sono e cansaço. Tudo isso leva algumas pessoas, até mesmo profissionais de saúde, a terem dúvidas se os sintomas são reais ou não. Mas a experiência acumulada de anos, as histórias de dor muscular e outros sintomas sendo descritos da mesma maneira em vários locais do mundo, e mais recentemente a visualização do cérebro do paciente com Fibromialgia em funcionamento, permitem uma classificação bastante adequada dos pacientes como tendo esta condição.

6. Por que se fala tanto de depressão quando se toca no assunto Fibromialgia?

Tanto a ansiedade quanto a depressão

influenciam negativamente a Fibromialgia, de forma semelhante ao que ocorre em outras doenças. A depressão é muito frequente na Fibromialgia, estando presente em até 50% dos pacientes. Desta forma, frequentemente observamos pacientes com Fibromialgia e depressão. Ambas as condições atuam como um círculo vicioso, piorando o quadro. O paciente deprimido também apresenta distúrbio do sono e fadiga, sintomas comuns na Fibromialgia. É importante ressaltar, no entanto, que uma parcela considerável de pacientes com Fibromialgia não apresenta depressão, de forma que ambas, depressão e Fibromialgia, são condições clínicas diferentes. Da mesma forma, vários estudos confirmaram que a dor sentida pelo paciente com Fibromialgia é real, e não imaginária ou “psicológica” como alguns supunham. Quando presentes em um mesmo paciente, tanto a depressão quanto a Fibromialgia devem ser adequadamente tratadas.

7. Por que a Fibromialgia piora quando ficamos tristes ou deprimidos?

A interpretação da dor no cérebro sofre varias influências, dentre elas das emoções. As emoções positivas, como alegria e felicidade, podem diminuir o desconforto da dor e as negativas, como tristeza e infelicidade, podem aumentar este desconforto. Em parte isto é explicado pelos neurotransmissores (substâncias químicas cerebrais que conectam as células nervosas), como a serotonina e a noradrenalina, que têm papel importante na interpretação da

dor e na depressão. Desta forma, pacientes com Fibromialgia que não estejam bem tratados do quadro depressivo terão níveis mais elevados de dor. É importante ressaltar que a piora observada no quadro doloroso é real e não é “psicológica”.

8. Como é feito o diagnóstico da Fibromialgia?

O diagnóstico da Fibromialgia é essencialmente clínico. O médico durante a consulta obtém algumas informações que são essenciais. Os sintomas mais importantes são dor generalizada, dificuldades para dormir ou acordar cansado e sensação de cansaço ou fadiga durante todo o dia. Alguns outros problemas podem acompanhar a Fibromialgia como depressão, ansiedade, alterações intestinais ou urinárias, dor de cabeça frequente, entre outros. Ao examinar, o médico pode observar uma grande sensibilidade em pontos específicos dos músculos. Estes pontos são conhecidos como pontos dolorosos. Hoje não se valoriza muito a quantidade de pontos que estão dolorosos, mas a sua presença ajuda nesse diagnóstico. Uma organização médica americana chamada Colégio Americano de Reumatologia criou alguns critérios para ajudar esse diagnóstico. Eles incluem dor difusa e os pontos dolorosos já citados. Esses critérios são muito utilizados para realizar pesquisas sobre Fibromialgia, mas no dia a dia o principal é a avaliação médica. Ainda na consulta podem ser utilizados alguns questionários que ajudam tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento dos pacientes. Entre esses

questionários eu citaria o Índice de Dor Generalizada, o Índice de Severidade dos Sintomas e o Questionário de Impacto da Fibromialgia.

9. Existe algum exame que faça o diagnóstico da Fibromialgia?

Em relação ao diagnóstico, não existem exames para Fibromialgia. O diagnóstico é totalmente clínico e feito através dos sintomas e sinais. O seu médico pode pedir exames para excluir doenças que se apresentam de forma semelhante à Fibromialgia ou ainda para detectar outros problemas que podem ocorrer junto e influenciar na sua evolução.

10. Existe cura para a Fibromialgia? A Fibromialgia vai me deixar aleijado ou deformado?

A Fibromialgia é uma condição médica crônica, significando que dura por muito tempo, possivelmente por toda a vida. Entretanto, pode ser confortador saber que, embora não exista cura, a Fibromialgia não é uma doença progressiva. Ela nunca é fatal e não causa danos às articulações, aos músculos, ou órgãos internos. Embora ainda não tenha sido descoberta a cura para Fibromialgia, em muitas pessoas ela melhora com o tempo, e há casos nos quais os sintomas retrocedem quase totalmente. A Fibromialgia não deve ser encarada como uma doença que necessita de tratamento,

mas sim como uma condição clínica que requer controle. Isso porque, na pessoa predisposta, suas manifestações ocorrem ao longo da vida, na dependência de uma gama de fatores físicos e emocionais. Nesse contexto, as manifestações devem ser tratadas na direta proporção de sua gravidade. Porém, com o tratamento atual da Fibromialgia é possível a pessoa experimentar ficar sem dor ou com a dor em um nível muito baixo. Os outros sintomas como a fadiga, a alteração do sono e a depressão também podem ser tratadas adequadamente. Mais do que em outros problemas, o tratamento da Fibromialgia depende muito do paciente. O médico deve atuar mais como um guia do que somente uma pessoa que fornece remédios. É muito importante que a pessoa com Fibromialgia entenda que a atividade física regular terá que ser mantida para o resto da vida, pelo risco de a Fibromialgia voltar se esta atividade for interrompida. Diferentemente de outras enfermidades reumatológicas, como a Artrite Reumatoide e Artrose, a Fibromialgia não causa deformidades ou incapacidades físicas graves. Entretanto, podemos observar, em um número significativo de pacientes, uma queda importante da qualidade de vida, com reflexos nos aspectos social, profissional e afetivo destes pacientes. Uma questão central para os fibromiálgicos é a dificuldade para a execução de tarefas, profissionais ou do cotidiano. Os pacientes mostram-se extremamente inseguros quanto ao desempenho pessoal, gerando um estado crônico de revolta em relação a sua saúde. Queixam-se frequentemente da redução da qualidade do seu trabalho, com conseqüente influência em sua vida profissional e mesmo na renda familiar. Comuns também são relatos de indiferença por

parte de amigos e familiares, problemas conjugais e diminuição da frequência de atividades de lazer e mesmo religiosas. Cerca de 70% dos pacientes com Fibromialgia referem que a doença afeta negativamente a sua vida sexual, na mesma proporção para o(a) companheiro(a). Os familiares também sofrem neste convívio com os portadores de fibromialgia, devido ao intenso estresse psicológico. É importante salientar, que a gravidade da Fibromialgia pode estar também relacionada com as diversas outras doenças crônicas como a Artrite Reumatoide, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Artrose, Tendinites, entre outras que afetam o aparelho osteoarticular. Da mesma forma, torna-se mais grave quando associada aos distúrbios psiquiátricos como a depressão e ansiedade.

11. Devo fazer algum tipo de atividade física?

Sim. Além dos muitos benefícios à saúde, a atividade física é reconhecidamente um método não medicamentoso de grande impacto na melhora da dor, do humor e da qualidade de vida dos pacientes com Fibromialgia. Constitui-se, assim, uma intervenção fundamental, aliada às medidas medicamentosas, para o tratamento da Fibromialgia.

12. Será que eu não vou piorar se fizer atividade

física? Como devo fazê-la?

Os exercícios físicos são seguros. Antes de iniciá-los, no entanto, é importante realizar uma avaliação funcional e de riscos potenciais inerentes aos sistemas cardiovascular, respiratório e locomotor, bem como dos medicamentos em uso. A atividade física deve, portanto, ser individualizada e prescrita pelo médico e, se for necessário, acompanhada por profissional especializado na área. Os exercícios são classificados em aeróbicos, de fortalecimento e de alongamento. Dentre esses, os aeróbicos no solo (caminhadas) ou na piscina (hidroginástica) são os mais bem estudados e de valor definido como determinantes da melhora de vários parâmetros clínicos da fibromialgia (dor, distúrbios do sono, fadiga, depressão e ansiedade). Os exercícios de fortalecimento e de alongamento também têm seu valor cada vez mais reconhecido e podem ser prescritos como forma segura e eficaz para o tratamento não-medicamentoso da Fibromialgia. Quanto à adaptação e aos resultados de um determinado programa de atividade física, deve-se salientar que os parâmetros de melhora podem demorar algumas semanas para serem reconhecidos, e, dado o condicionamento prévio de cada indivíduo, pode até ocorrer uma piora da dor nas primeiras semanas da realização dos exercícios. Dessa maneira, a atividade física deve ser sempre iniciada de forma gradual, com incrementos progressivos ao longo do programa. O ideal é que seja realizada de três a cinco vezes por semana, durante 30 a 60 minutos. Por último, a prática de exercícios físicos deve ser prazerosa e parte do estilo de vida de cada um. Discuta com seu médico suas preferências. É importante considerar o tipo

de exercício, o local e o horário para praticá-lo. O importante é realizá-lo com regularidade.

13. A acupuntura pode melhorar meus sintomas?

A acupuntura tem sido utilizada para tratamento de dores há séculos, porém sem evidências científicas fortes. Vários trabalhos realizados apresentam resultados contraditórios, de forma que não há consenso em recomendá-la para pacientes com Fibromialgia. Mesmo os trabalhos de autores orientais, adeptos da prática, em que o resultado é de uma eficácia maior, afirmam que há necessidade de pesquisas mais aprofundadas, com maior número de pacientes. Ou seja, ainda não há um consenso sobre sua utilidade e ação terapêutica na Fibromialgia.

14. O que é terapia cognitiva-comportamental? Como ela pode me ajudar?

A psicoterapia cognitiva-comportamental (TCC) leva principalmente em conta a forma como cada um age perante os acontecimentos do dia a dia, para tentar entender e modificar suas emoções e seu modo de agir. Desta forma, a TCC dá uma grande ênfase aos pensamentos do cliente e à forma como este interpreta o mundo, sendo que seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de

forma a promover mudanças necessárias. Na Fibromialgia, a TCC poderia auxiliar o paciente a entender e interpretar melhor suas atitudes frente à dor e demais sintomas da Fibromialgia para enfrentá-los de forma mais eficaz. Em Fibromialgia, os resultados são conflitantes, com trabalhos demonstrando resultados variáveis com melhora na dor, depressão e capacidade funcional em curto prazo; outros somente se associados à farmacoterapia, mas não mantêm os efeitos após um ano.

15. Por que os anti-inflamatórios ou outros remédios para dor não me ajudam?

Os anti-inflamatórios e os analgésicos simples são excelentes medicamentos para tratar as dores associadas a dano tecidual. Como exemplo, citamos a dor causada por uma contusão muscular. Nesta situação temos um dano no tecido muscular que origina a dor e o anti-inflamatório atuará para tratá-la e sanar a inflamação muscular. Na Fibromialgia não sabemos ainda a causa exata da dor. Não identificamos nenhum dano tecidual. O que ocorre é que nos pacientes com Fibromialgia há uma sensibilidade maior à dor comparada a pessoas sem Fibromialgia. Isso acontece porque o cérebro das pessoas com Fibromialgia interpreta exageradamente os estímulos nervosos. Os analgésicos e anti-inflamatórios não são eficazes na Fibromialgia, pois não conseguem regular o

cérebro para diminuir a sensação exagerada de dor que é sentida pelos pacientes.

16. Por que somos tratados com medicamentos para depressão e convulsão se não sofremos disso?

Como temos citado aqui, na Fibromialgia há toda uma falta de regulação da dor por parte do cérebro. Isto ocorre em parte por alterações dos níveis de neurotransmissores no cérebro. Os neurotransmissores são substâncias químicas produzidas pelos neurônios, as células nervosas. Estas células enviam informações a outras células por meio de neurotransmissores. Existem neurotransmissores que agem diminuindo a dor e outros que a intensificam. Os antidepressivos e neuromoduladores atuam aumentando a quantidade de neurotransmissores que diminuem a dor, sendo por isso eficazes e utilizados no tratamento da Fibromialgia.

www.fibrosocial.com.br

Fibromialgia
conhecimento
também é tratamento.

Sociedade Brasileira de Reumatologia
www.reumatologia.org.br
Av. Brigadeiro Luis Antonio, 2.466 gr. 93-94
CEP 01402-000 – São Paulo – SP
Fone/fax: 55 11 3289 7165

ANEXO H – RESPIRAÇÃO (GERMER *ET AL.*, P.146, 2015)

- Comece sentando-se de maneira confortável, encontrando uma postura que seja relaxada e ereta. Se quiser, você pode fechar os olhos ou mantê-los parcialmente abertos, localizando-se suavemente em um ponto no chão a poucos centímetros a sua frente.
- Sinta sua respiração natural. Não há necessidade de prender, alterar ou controlá-la.
- Perceba as sensações enquanto você inspira e, então delicadamente, perceba as sensações enquanto você inspira.
- Sinta a próxima inspiração completa, bem como a próxima inspiração completa. Se a mente se desviar, não se preocupe, isso é o que todas as mentes fazem; apenas traga sua atenção de volta sem julgamento ou crítica.
- Concentre sua atenção na terceira e última respiração, percebendo as sensações da inspiração natural e as sensações da expiração natural.

Duração: 3 respirações

ANEXO I – SIMPLEMENTE ESCUTAR (GERMER *ET AL.*, P.144, 2015)

- Mantenha-se sentada confortavelmente, encontrando uma postura relaxada que você possa manter por alguns minutos. Os olhos podem estar abertos ou suavemente fechados. Enquanto você se acomoda na cadeira, veja se consegue entrar em contato com o que está dentro de si.
- Permita-se ficar na sala, sinta a cadeira em que você está sentado e permita-se escutar os sons à sua volta. Não se preocupe em nomeá-los ou julgá-los, apenas escute.
- Permita-se escutar com todo o seu ser. Abra-se para os sons à sua frente, atrás de você, sobre você e abaixo de você. Não é necessário criar uma história sobre eles – deixe que venham até você. Apenas perceba os sons.
- Permita que os sons surjam e passem. Não é necessário entender – deixe-os vir e deixe-os ir. Se sua mente se desviar, não se preocupe, apenas retorne aos sons no momento presente.

Duração: de 3 a 5 minutos

ANEXO J – TÉCNICA A-B-C (LEAHY,P.44, 2018)

“Evento ativador” refere-se a um evento que precede seu pensamento ou crença. Por exemplo, convém reconhecer que “A prova é amanhã” é o evento ativador que precede o pensamento “Não estou preparado”, que poderia levar à “consequência: sentimento” de ansiedade e preocupação e à “consequência: comportamento” de estudar com empenho para a prova.

O mesmo evento ativador pode levar a diferentes pensamentos, sentimentos e comportamentos. Digamos que seu chefe faz uma crítica ao seu trabalho (evento ativador). Em uma situação, você poderia pensar “Ele está tendo um mau dia e isso já aconteceu com todos aqui”. Assim, você se sentiria um pouco frustrado (sentimento), mas não particularmente ansioso, e simplesmente continuaria seu trabalho (comportamento). Ou então, você pode pensar “Ele vai me demitir!”. Esse pensamento poderia levar a intensa ansiedade (sentimentos) e à sua decisão de ficar em casa no dia seguinte, pois está muito perturbado (comportamento). Assim, o mesmo evento ativador pode levar a diferentes pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Na Coluna A, escreva um evento que tenha acontecido recentemente e provocado fortes sentimentos em você. Na Coluna B, expresse brevemente a crença ou pensamento que surgiu quando o evento ocorreu. Na terceira coluna, anote os sentimentos que você teve em consequência desse pensamento ou crença e, na última coluna, indique qual foi seu comportamento em consequência desses pensamentos e sentimentos.

ANEXO K – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA DOR - PESQUISA CLÍNICA E TERAPÊUTICA (dor@dor.org.br)

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1806-0013 *versão impressa*

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Política editorial da revista – Divulgar artigos originais, artigos de revisão e relatos de casos sobre o estudo da fisiopatologia e da terapêutica da dor aguda ou crônica em seres humanos e em animais, de autores nacionais e estrangeiros sócios ou não da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

Especificação das áreas de interesse da publicação – Dor aguda, Dor crônica, Ética e dor, Dor em seres humanos, Dor em animais.

Tipos de artigos – Artigos originais, Artigos de revisão, Relatos de casos, Cartas ao editor.

Outros assuntos que publica – Apenas publica artigos relacionados à fisiopatologia e da terapêutica da dor aguda ou crônica em seres humanos e em animais.

Relato dos procedimentos de avaliação por pares – *peer review* – da revista: Todos os trabalhos submetidos são revisados. Os artigos recebidos são enviados para 2-4 revisores, que são solicitados a devolver a avaliação em 15 dias. Após o recebimento dos pareceres os autores têm 15 dias de prazo para responderem à revisão. Artigos sem resposta no prazo de seis meses deverão ser re-submetidos.

Especificação do público da revista – Profissionais da área da saúde – dentistas, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, farmacologistas, fisiologistas, fisioterapeutas, médicos, médicos veterinários, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc., sócios ou não da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

Forma e preparação de manuscritos

ARTIGOS ORIGINAIS

Esta sessão deve ser escrita do ponto de vista dos pesquisadores sem conhecimento de especialista na área e deve claramente oferecer – e, se possível, ilustrar – a base para a pesquisa e seus objetivos. Relatos de pesquisa clínica devem, sempre que apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura para indicar porque o estudo foi necessário e o que o estudo visa contribuir para o campo. Esta sessão

deve terminar com uma breve declaração do que está sendo relatado no artigo.

Método – deve incluir o desenho do estudo, o cenário, o tipo de participantes ou materiais envolvidos, a clara descrição das intervenções e comparações, e o tipo de análise usado, incluindo o poder de cálculo, se apropriados.

Resultados – Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, riscos relativo e absoluto ou reduções de risco, e intervalos de confiança.

Discussão – Essa seção pode ser dividida em subtítulos com leituras curtas e informativas.

Conclusão – Deve discorrer claramente as conclusões principais da pesquisa e fornecer uma clara explicação da sua importância e relevância.

Referências – Não deve exceder a 15 referências.

Gráficos, Figuras e Tabelas: devem ser enviadas separadas do texto principal do artigo.

RELATOS DE CASOS

Relatos de casos clínicos referentes ao estudo e terapêutica da dor devem ser estruturados da seguinte forma:

Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências.

ARTIGOS DE REVISÃO

É um artigo de síntese, de assuntos bem estabelecidos, com análise crítica das referências consultadas e conclusões, revisões sistemáticas referentes ao estudo e terapêutica da dor. Devem conter não mais que 2000 palavras.

Deve ser estruturado da seguinte forma:

Introdução, Conteúdo, Conclusão e Referências. Não deve exceder a 40 referências.

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES DE CARTAS

Damos boas-vindas a comentários em qualquer artigo publicado na revista. Elas usualmente não são revisadas, mas, ocasionalmente, podem-se convidar respostas às cartas para publicação no mesmo número da revista. Preferem-se cartas com menos de 400 palavras e que contenham cinco ou menos referências (a primeira delas a ser

referida deve ser o artigo da Revista Dor ao qual a carta se refere). Os autores devem também providenciar seus dados e endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail). Todas as cartas são editadas e enviadas para os autores antes da publicação.

Referências: Não deve exceder a 30 referências.

Abreviações: Por favor, lembre que, apesar de muitos de nossos leitores serem especialistas, eles podem não ser especialistas na sua área e, assim é necessário explicar toda a terminologia e acrônimos a primeira vez que eles são usados. Por favor, providencie uma lista alfabética de todas as abreviações.

REFERÊNCIAS

A Revista Dor adota as "Normas de Vancouver", disponível em <http://www.icmje.org>, como referência para a veiculação de seus trabalhos.

Use as abreviações de revistas encontradas no Index Medicus/MedLine.

Elas devem ser dispostas no texto em ordem sequencial numérica, sendo obrigatória a sua citação (sobrescritas, sem parêntesis). Evitar a citação do nome do autor em destaque. Não se recomenda a citação de trabalho não publicado ou apresentado em Eventos Médicos. As referências com mais de cinco anos, de livros texto e resumo de congressos, devem limitar-se às que são fundamentais. Incluir referências acessíveis aos leitores. Quando a citação for de artigo já aceito para publicação, incluir "em processo de publicação", indicando a revista e o ano. Comunicações pessoais não são aceitas.

Devem ser citados até três autores e, a seguir, et al. O título do periódico deverá ter seu nome abreviado.

Ilustrações:

É obrigatória a sua citação no texto. Enumerar gráficos, figuras, tabelas e quadros em algarismos arábicos, elas deverão conter título e legenda. Indicar no texto, o local preferencial de entrada de cada ilustração (Entra Figura x, por exemplo). Usar fotos em branco e preto. As fotos só devem ser usadas se forem essenciais para o bom entendimento do texto e o seu número não deve exceder a três. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos utilizados nas tabelas ou gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé. Gráficos, Figuras e Tabelas devem ser enviadas separadas do texto principal do artigo.

Uso de Recursos Digitais:

Texto em formato DOC (padrão Winword); gráficos em barras ou linhas deverão ser encaminhados em Excel (extensão XLS) (gráfico 1, por exemplo). Fotos ou outras figuras deverão ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI, em formato JPEG. Não inserir ilustrações no corpo do texto, cada ilustração deve ter arquivo

individual. O nome do arquivo deve expressar o tipo e a numeração da ilustração (Gráfico 1, Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Títulos e legendas das ilustrações, devidamente numerados, devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da Editora ou do Autor do artigo de origem.

Ética:

Ao relatar experimentos com seres humanos, indique se os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos do Comitê responsável pela experimentação humana (institucional ou regional) e com a Declaração de Helsinque de 1975, tal como revista em 1983.

Registro de Ensaio Clínico:

Ensaio clínico deverão ser registrados de acordo com orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) no endereço www.who.int/ictrp/en/. A OMS considera ensaios clínicos inclusive ensaios preliminares (fase I), qualquer estudo que recrute prospectivamente sujeitos de pesquisa para serem submetidos a intervenções relacionadas à saúde (fármacos, procedimentos cirúrgicos, aparelhos, tratamentos comportamentais, dietas, modificações nos cuidados de saúde) com finalidade de avaliar os efeitos sobre desfechos clínicos (qualquer variável biomédica ou relacionada à saúde, inclusive medidas farmacocinéticas e efeitos adversos). A Rev Dor tem o direito de não publicar estudos clínicos que não estejam de acordo com estes e outros padrões éticos determinados por diretrizes internacionais.

Uso de Abreviações:

O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas devem ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a sua primeira menção no texto. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações inferidas em tabelas e figuras deverão conter o seu significado no rodapé.

Envio de manuscritos

Título: O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um subtítulo. Deve ser enviado em português e inglês.

Autor(es): O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e seus títulos e filiações à Sociedade ou Instituições, endereço, fone, fax e endereço eletrônico. Indicar a instituição onde o estudo foi realizado. Agradecimentos a outros colaboradores poderão ser citados no final, antes das referências.

Resumo: Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada.

Para artigos de Pesquisa e Ensaio Clínico destacar: Justificativa e

Objetivos, Método, Resultados e Conclusão.

Para os relatos de casos destacar: Justificativa e Objetivos, Relato do Caso e Conclusão.

Para artigos de revisão destacar: Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusão.

Descritores: Para todos os artigos, indicar os Descritores. Recomenda-se a utilização do DECS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

Summary: A versão do resumo para o inglês será feita por tradutor especializado da Revista Dor.

Texto: Iniciar o texto de acordo com o tipo de artigo. Em artigos originais deve-se informar o nº do processo do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Av. Conselheiro Rodrigues Alves, 937
Conj. 2 – Vila Mariana
04014-012 – São Paulo – SP
Brasil
Tel.: 11- 5904-3959
Fax: 11- 5904-2881

dor@dor.org.br