



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 UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTE COM FIBROMIALGIA
ESTUDO DE CASO

PORTO ALEGRE

2020



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 UM 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: Prof^a Dr^a Ananyr Porto Fajardo
Coorientadora: Prof^a Dr^a Evelise Rigoni de Faria

PORTO ALEGRE

2020



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

Prof^(a). Dr(a) Aline Ranzolin

Prof. Dr Markus Bredmeier

Prof. Dr. Daniel Demetrio Faustino da Silva

ATA DE APROVAÇÃO
(versão final - após defesa)

AGRADECIMENTOS

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

A minha orientadora e co-orientadora por me estimularem nos momentos que acreditava não ser capaz.

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

DEDICATÓRIA

Dedico essa 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 em muitos trabalhos. 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. 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. 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. 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. Considerando-se o impacto da fibromialgia na vida do paciente, e a necessidade de produção de tecnologias que promovam seu bem-estar, essa dissertação teve por objetivo produzir e avaliar os efeitos do processo de aplicação de um 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 do protocolo, a partir de revisão da literatura e discussões com especialistas, 2) aplicação do protocolo a uma paciente com fibromialgia. O presente estudo foi realizado com uma paciente que iniciou acompanhamento no Serviço de Reumatologia em junho de 2013, quando recebeu o diagnóstico de fibromialgia. Não apresentava diagnósticos psiquiátricos nem quadros inflamatórios ou doenças reumatológicas concomitantes à fibromialgia. O protocolo realizado teve uma sequência semanal de 4 sessões, tendo cada atendimento a duração aproximada de 60 minutos. Esse estudo de caso demonstrou 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 em saúde. Dor crônica. Fibromialgia. Qualidade de vida. Saúde coletiva.

ABSTRACT

The negative impact of fibromyalgia on patients' quality of life has been reported in many studies. Fibromyalgia is a disease that has no cure, but whose treatment, when well guided by a multidisciplinary approach, can 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, thus aggravating his psychological condition even more. The treatment for fibromyalgia is a challenge for the health professional, being a mixture of medication techniques and not medications, with the aim of improving the patient's general condition. There is no standard treatment protocol, but the main techniques are psychoeducation, cognitive restructuring, assertive training, problem solving and progressive muscle relaxation. Considering the impact of fibromyalgia on the patient's life, and the need to produce technologies that promote their well-being, this dissertation 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. It is a case study that included two moments: 1) production of the protocol, based on literature review and discussions with specialists, 2) application of the protocol to a patient with fibromyalgia. The present study was carried out with a patient who started monitoring at the Rheumatology Service in June 2013, when she was diagnosed with fibromyalgia. He had no psychiatric diagnoses or inflammatory conditions or rheumatological diseases concomitant with fibromyalgia. The protocol carried out had a weekly sequence of 4 sessions, each session lasting approximately 60 minutes. This case study demonstrated that cognitive-behavioral therapy can 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: Health technology assessment. Chronic pain. Fibromyalgia. Quality of life. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

(Se houver)

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

(Se houver)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 OBJETIVOS	14
1.1 OBJETIVO GERAL.....	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2 INTRODUÇÃO	15
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
REFERÊNCIAS	
ARTIGO/ PRODUTO TECNICO	35
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
APÊNDICES E ANEXOS	53
A. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA	54
B. QUESTIONÁRIOS/FORMULÁRIOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
D. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA	73

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação concerne a um estudo de caso decorrente do processo de elaboração e aplicação de um 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 desse protocolo teve seu início com um estudo na literatura sobre dor crônica e fibromialgia e do acompanhamento 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 a patologia em contextos diferentes da Região Sul.

Essa Dissertação teve como produto técnico um protocolo de intervenção voltada para a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia e, como produto bibliográfico, a elaboração do artigo científico.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

O objetivo do estudo foi produzir e avaliar os efeitos do processo de aplicação de um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental voltado à qualidade de vida em paciente com fibromialgia.

1.2 Objetivos Específicos

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

2 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, estão 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; ONOKO, 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).

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 presente há no mínimo três meses (GOLDSTEIN *et al.*, 2002). Podem estar presentes sinais como depressão, cefaléia, 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. Cogita-se a possibilidade de ser decorrente de infecções virais prévias, lúpus ou origem genética. 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). 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 inflamatórias 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 na sociedade e nos 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 com 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.

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, 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 em geral.

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 um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental voltado à qualidade de vida em paciente com fibromialgia.

3 REVISÃO DA 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.

3.1 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 nasceram 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 levaduras 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 (produção automatizada e cadenciada a partir de uma máquina numa metalúrgica) até um processo de trabalho vivo centrado (produção de uma aula ou 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).

Segundo Brasil. Ministério da Saúde (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.

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.

3.2 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, em Marquez (2011) em uma visão mais humanística, diz que "dor é o que o paciente diz ser, e existe quando ele diz existir", colocando uma ideia de uma experiência pessoal e peculiar a cada indivíduo. Marquez (2011), procura 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 (MARQUEZ, 2011, p. 28-32).

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. A mesma pode ser uma sensação adaptativa, um alerta precoce para proteger o corpo de lesões teciduais, ou eventualmente ser uma má adaptação, refletindo um funcionamento patológico do sistema nervoso. Numerosos fatores

individuais e ambientais, entre eles aspectos raciais, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, experiências pregressas 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 opióide 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). Pode também decorrer de fatores ambientais ou psicopatológicos. Em sua forma crônica, a dor não possui a função biológica do alerta (TEIXEIRA *et al.*, 2001). Algumas patologias que podem ser consideradas como dor crônica são cefaléia, hérnia de disco lombar, lombalgias, reumatismo, fibromialgia e outras.

3.3 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, em 1990, publicou 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.

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, 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).

Segundo Heymann *et al.* (2010), não é de se estranhar que nos Estados Unidos seus custos de saúde anuais 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.

Até o momento Heymann *et al.* (2010), não existem 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 refere Heymann *et al.* (2010), 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. 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 real. 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.

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 (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 e heterogênea 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).

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 obter cura para esta enfermidade e a terapêutica se baseia em medidas para aliviar o sofrimento e promover melhora da qualidade de vida (SILVA, 2016).

3.4 Qualidade de vida

Segundo Provenza *et al.*, (2004, p 443-449), 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". 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 detectar melhora ou piora do aspecto específico em estudo. Sua principal característica é seu potencial de ser sensível às alterações após uma 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 auto-relato, como SF-36 (*Short Form*) e FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) (SILVA, 2016).

Comumente, o paciente com fibromialgia refere que não pode 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 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 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 (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM, 2012).

Algo muito presente na síndrome da fibromialgia é a questão da dor. Para Sasdelli e Miranda (LIMA; CARVALHO, 2008), a dor articula-se como funcionamento psicológico do ser singular e, 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 (LIMA, 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.

3.5 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 decorrente 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 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).

3.6 Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Fibromialgia

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) dá 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 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% a 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 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 internacional desadaptativo, reconhecer o seu impacto sobre a dor e modificá-lo, produzindo melhoras na dor e na sua saúde em geral.

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).

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 um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental em paciente com fibromialgia.

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, Adriana Martins Barros et al. Avaliação de instrumentos de medida usados em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 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.

BERBER, Joana de Souza Santos; KUPEK, Emil; BERBER, Saulo Caíres. 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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 mar. 2020.

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, Marcelo et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-brief". **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.

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, Milton; GOLDENFUM, Marco Aurélio; SIENA, César Augusto Fávaro. **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.

KIRCHNER, Luziane de Fátima. **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, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. 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.

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

LIMA, Mônica Angelim Gomes de. Dor crônica: objeto insubordinado. **História Ciência Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 117-133, mar. 2008.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *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.

MARQUEZ, Jaime Olavo. 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.; ONOKO, 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, Emerson Elias *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**, p. 103-20, 1998.

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, Josiane. **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, Aline *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, Emanuella Barros dos *et al.* Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 590-596, June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300009>.

SILVA, Janaína Lopes. **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-caracterizaao-e-tratamento>. Acesso em: 28 jan. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: 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, Frederick *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.

.

ARTIGO

Efeitos da Aplicação de um Protocolo de Intervenção Cognitivo-Comportamental em Paciente com fibromialgia Estudo de Caso

**Eliaana Ferreira Bender
Evelise Rigoni de Faria
Ananyr Porto Fajardo**

RESUMO

O impacto negativo causado pela fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes tem sido relatado em muitos trabalhos. A fibromialgia é uma doença que não tem cura, cujo tratamento bem orientado por uma abordagem multidisciplinar, pode levar a melhorias na qualidade de vida dos doentes. 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. Considerando-se o impacto da fibromialgia na vida do paciente, e a necessidade de produção de tecnologias que promovam seu bem-estar, essa dissertação teve por objetivo produzir e avaliar os efeitos do processo de aplicação de um 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 do protocolo, a partir de revisão da literatura e discussões com especialistas, 2) aplicação do protocolo a uma paciente com fibromialgia. O presente 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. O protocolo realizado teve uma sequência semanal de 4 sessões, tendo cada atendimento a duração aproximada de 60 minutos. Esse estudo de caso demonstrou 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 em saúde. Dor crônica. Fibromialgia. Qualidade de vida. Saúde coletiva.

Introdução

A partir da década de 1980, investigadores do mundo todo têm renovado o interesse pela temática da fibromialgia. Neste momento, a fibromialgia é uma doença que não tem cura, mas tem tratamento que, 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 o doente e todos aqueles que o rodeiam aceitem e compreendam as suas limitações, que haja uma grande "cumplicidade" entre a equipe de saúde e o doente e que este esteja disposto a colaborar, no sentido de, em conjunto, empreender estratégias de tratamento¹. Em 2004, a Sociedade Brasileira de Reumatologia² publicou as primeiras diretrizes da fibromialgia com o objetivo de direcionar o diagnóstico e o tratamento desta síndrome. 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, onde a principal característica é a dor presente a no mínimo três meses³. Podem estar presentes sinais como depressão, cefaléia, dor temporomandibular, parestesias, e distúrbios intestinais⁴.

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 fibromialgia⁵.

Provenza, Paiva e Heymann⁶ identificaram que frequentemente na fibromialgia ocorre a associação a outras comorbidades que contribuem 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. 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.

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, apresenta maior evidência científica de efetividade⁷. 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 desadaptativo, reconhecer o seu impacto sobre a dor, e modificá-lo produzindo melhoras na dor e na sua saúde em geral.

Conforme referido, a fibromialgia tende a impactar a qualidade de vida dos indivíduos que convivem com a doença. Qualidade de vida é a "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”⁵. A qualidade de vida comumente é avaliada a partir de algumas dimensões, a saber: física, psicológica, relações sociais e meio ambiente⁸.

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 transporte⁸.

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^{9,5}.

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 tratamento⁷.

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 farmacológico¹⁰. O objetivo do presente estudo consistiu em descrever o processo de aplicação de um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental, voltado à qualidade de vida, em paciente com fibromialgia através de um estudo de caso.

Material e Métodos

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com delineamento de estudo de caso único¹¹. O estudo de caso envolveu os processos de produção e de aplicação de um protocolo de intervenção cognitivo comportamental em uma paciente com fibromialgia.

Cenário

O Ambulatório de Reumatologia onde o estudo foi conduzido pertence a um hospital geral público que atende exclusivamente usuários do SUS na região sul do Brasil. A equipe do serviço de reumatologia é formada por médicos reumatologistas e dermatologista, médicos residentes, profissionais da enfermagem, psicólogo e profissionais da área administrativa. São atendidos cerca de 250 pacientes por mês (SAME/GHC/2019).

Critérios de inclusão:

- Pacientes atendidos há ≥ 1 ano no Ambulatório de Reumatologia do GHC;
- Atendimento a Critérios de Fibromialgia conforme o *American College of Rheumatology* de 1990 (ACR1990) e o *American College of Rheumatology* de 2010 (ACR2010)².
- Idade igual ou maior a 18 anos.

Critérios de exclusão:

- Pacientes com doenças difusas do tecido conjuntivo, espondiloartrites (quadros inflamatórios) e com quadros psiquiátricos agudos com indicação de internação;
- Pacientes com doenças reumatológicas concomitantes à fibromialgia.

Participantes

O presente estudo foi realizado com uma paciente que iniciou acompanhamento no Serviço de Reumatologia em junho de 2013, quando recebeu o diagnóstico de fibromialgia. Tinha 47 anos de idade na época, não apresentava diagnósticos psiquiátricos nem quadros inflamatórios ou doenças reumatológicas concomitantes à

fibromialgia. No percurso da aplicação do protocolo, a paciente recebeu o diagnóstico de sorologia positiva para o HIV.

Produção do Protocolo

A elaboração desse protocolo iniciou com um estudo aprofundado na literatura sobre dor crônica e fibromialgia e do acompanhamento das consultas com os especialistas do serviço. Foram contatados especialistas em fibromialgia de serviços em outros estados do país de modo a verificar diferenças com relação a patologia em contextos diferentes da Região Sul.

Instrumentos de Coleta

1 - Questionário sócio-demográfico - Pesquisa de Levantamento de Dados¹². Questionário com questões sobre: escolaridade, estado civil, renda, classe econômica e grau de instrução do chefe de família.

2 - *The World Health Organization Quality of Life* - WHOQOL-brief⁸. Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

3- Instrumento *Beck Anxiety Inventory* - BAI¹³. A Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (**BAI**), criada pelo Dr. Aaron Beck é um questionário de auto-relato com 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo.

4- Instrumento *Beck Depression Inventory* - BDI¹³. É um instrumento de autoaplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão a partir dos 13 anos até a terceira idade.

5- Instrumento *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire* - FIQR¹⁴. O Questionário de Impacto na Fibromialgia (FIQ) avalia capacidade funcional, status de trabalho, distúrbios psicológicos, sintomas físicos e dolorosos do paciente; quanto maior o impacto da doença, maior será o escore encontrado.

6- Entrevista de Avaliação da Intervenção - Entrevista estruturada, baseada no trabalho de Carvalho *et al.*¹⁵, envolvendo questões sobre percepções de efeitos da intervenção sobre a saúde física, emocional, relação com as pessoas e aprendizados com relação a fibromialgia.

Procedimentos do estudo e aplicação do protocolo

O convite aos pacientes para participação na intervenção foi realizado pelos reumatologistas do serviço durante suas consultas, no período de outubro de 2019 a dezembro de 2019. Ao longo de três meses, os médicos reumatologistas do serviço convidaram os pacientes que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão para participarem da pesquisa. Muitos vieram com a expectativa de ter um espaço de escuta, mas maioria se mostrou desmotivada pela questão da frequência de encontros semanais. Muitos não quiseram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os que o fizeram se dispuseram a retornar, mas não deram continuidade aos

encontros. Quando contatados por telefone, justificaram sua desistência por dor ou questões financeiras. Uma paciente aceitou o convite e participou de todas as etapas previstas. Após o aceite para participar do estudo, foi agendado o primeiro encontro com a participante, no qual foram apresentados os objetivos do estudo e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste primeiro encontro também foram aplicados os instrumentos, exceto a Entrevista de Avaliação da Intervenção. Após, foi iniciado o protocolo de intervenção.

O protocolo realizado teve uma sequência semanal de 4 sessões, tendo cada atendimento a duração aproximada de 60 minutos. Esta intervenção foi construída a partir de outras intervenções com base na literatura^{7,17,7}.

A aplicação dos instrumentos e a execução do protocolo foram realizados pela psicóloga do serviço e pesquisadora deste estudo. Após o último encontro previsto, os instrumentos foram reaplicados, com a inclusão da Entrevista de Avaliação da Intervenção, que foi realizada pela enfermeira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etapa de produção do protocolo resultou na elaboração de um protocolo de intervenção composto de 4 encontros, que se sucederam da seguinte maneira:

1º Encontro

- Apresentação da intervenção para o paciente;
- Levantamento de expectativas;
- Psicoeducação, identificação do conhecimento prévio do paciente acerca da fibromialgia e fornecimento de informações sobre a condição.

2º Encontro

- Fortalecimento da autoestima do participante. Ensino de técnicas para lidar com episódios de dor, como reestruturação cognitiva e estratégias de enfrentamento da dor.

3º Encontro

- Técnica de *mindfulness*, visando trabalhar consciência do corpo e relaxamento.

4º Encontro

– Trabalhar a distinção entre Pensamentos e Fatos, com o objetivo geral de reduzir a incapacidade, fortalecer a resiliência e aumentar os comportamentos considerados saudáveis.

Após elaboração do protocolo, procedeu-se à aplicação da intervenção com a paciente que será referida com o nome fictício de Ana. Aos 47 anos, era oriunda de uma família de nível socioeconômico baixo e cursou até a 6ª série, pois teve que parar os estudos para trabalhar para ajudar sua família. Quando muito jovem, teve um companheiro com quem teve um casal de filhos, mas se separaram eram crianças. Sua filha casou e morava com o marido e a filha do casal. O filho teve um relacionamento com quem teve um filho com diagnóstico de autismo; na separação do casal, a mãe foi embora e o neto e o filho foram morar com Ana. Morava também nessa casa, o segundo relacionamento de Ana. Segundo ela, *"no início foi bom. Depois virou meu segundo filho"*. Embora separados, *"cada um no seu quarto"*, mantinham algumas relações sexuais.

Ana demonstrava uma cultura superior ao seu grau de instrução. Sentia-se responsável por todos, o que fez com que assumisse o papel de cuidadora ao longo de sua vida: de seus irmãos, seus companheiros, seu filho e seu neto. Nessa dinâmica, cuida dos outros e refere não ter ninguém que cuide dela, esse aspecto faz com que esteja se sentindo desanimada e cansada. Também verbaliza que não se sente bem no local onde mora. Trabalhava como auxiliar de cozinha em uma empresa de maneira informal, mas a fibromialgia impossibilitou que continuasse trabalhando. Atualmente, faz salgados em casa e vende para pequenos eventos. A paciente comparecia pontualmente em todos os encontros e, apesar da dificuldade financeira, não solicitou ajuda financeira para o transporte: *"eu dou um jeito, sei que isso vai ser importante para outras pessoas"*. No último encontro, Ana estava visivelmente abatida e contou que no dia anterior pegou o resultado de sua sorologia para HIV e o mesmo deu positivo.

O Quadro 1 apresenta os resultados obtidos pela paciente antes e depois da aplicação do protocolo, nos instrumentos analisados.

Quadro 1. Resultados dos instrumentos antes e depois da intervenção

Aplicação Instrumento	Antes da Intervenção	Após a Intervenção
BDI	Nível moderado de Depressão Escore = 30	Nível moderado de Depressão Escore= 25
BAI	Nível grave de Ansiedade Escore= 33	Nível moderado de Ansiedade Escore= 30
WHOQOL-brief	↓ Meio ambiente = 23 ↓ Emocional = 13	↑ = Meio ambiente= 23 ↑ Emocional = 18
FIQ-R	Afecção Vital Grave Escore= 78,17	Afecção Vital Moderada Escore = 75

Fonte: Cunha (2011), Fleck (2000), Cicconelli (2003)

No uso de BDI, verificou-se inicialmente desânimo com relação ao futuro, forte sentimento de culpa diante das suas falhas e a percepção de punição por algo. Esses aspectos se mantiveram após a aplicação da intervenção. Berber¹⁶ demonstra uma correlação entre alguns aspectos da qualidade de vida e depressão em pacientes com fibromialgia entre elas: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

No Inventário para Ansiedade (BAI), o medo de perder o controle foi percebido como algo difícil de suportar; após a aplicação da intervenção, passou a ser percebido como desagradável, porém suportável. Isso sugere, conforme mencionado por Brasio¹⁷, a permanência do uso técnicas de relaxamento e reestruturação cognitiva como técnicas de intervenção psicológica para o tratamento da fibromialgia. No WHOQOL-brief, que avalia a qualidade de vida, não houve alteração no domínio que envolve a saúde física

ou o domínio relacionado ao meio ambiente, porém, houve alterações indicando uma melhoria no domínio relacionado à saúde psicológica e relações sociais.

Com relação aos relatos obtidos durante os encontros e na Entrevista de Avaliação da Intervenção, no que se refere a cada domínio da qualidade de vida, foi possível considerar que:

Domínio I - Saúde Física - Não houve alteração antes ou após a intervenção. Ana permaneceu sentindo dor, fadiga e falta de energia. O que modificou foi o fato de dormir melhor, o que lhe permitiu uma sensação "maior de energia". Mesmo com dores, realizava as AVDs e fazia seus *salgados*: *"Não posso parar de fazer as coisas, mesmo com dor. Sou eu quem sustenta a casa, meu neto precisa de remédios e alguns o posto não dá."*

Domínio II - Psicológico - Ana tinha uma autoestima baixa, mas reconhecia, através do cuidado com os filhos e o neto, que conseguiu sustentá-los e dar afeto. Não estava insatisfeita com sua aparência, referiu que engordou após o uso das medicações. Antes das sessões do protocolo de intervenção, tinha uma postura mais pessimista, estava reavaliando suas crenças pessoais. Com a intervenção, Ana verbalizou: *"(...) o que chamou minha atenção é que tenho que melhorar os pensamentos e relaxar para não sentir tanta dor... mudou meu jeito de ver a fibromialgia e que tenho que cuidar mais de mim*. Entretanto, no último encontro Ana recebeu o resultado positivo para HIV e isso a desestabilizou emocionalmente, a pergunta que ela fazia *"E agora?"*

Domínio III - Relacionamento Social - Esse domínio teve uma alteração não pela mudança externa, mas por uma mudança de postura da participante. Passou a reconhecer que não tinha que resolver tudo, tinha que dar espaço para os outros aprenderem a resolver seus problemas e que poderia pedir ajuda. É o que ela fez quando chegou ao último atendimento e pediu para falar sobre o resultado de sua sorologia: *"(...) eu estou mais tranquila, menos ansiosa, talvez não tentando resolver tudo", e também quando ela diz "precisamos nos conhecer para poder lidar com a fibro e precisamos de ajuda profissional.... porque é difícil conseguir sozinha."*

Domínio IV - Ambiente - Ana não gostava do local onde morava, achava muito barulhento, mas percebia que o momento, muito em função da questão financeira, não permitia fazer alterações. *"Agora, como estou sem emprego, não tenho como mudar, quando fui morar lá não passava tanto caminhar."* O fato de ter um espaço que a acolheu não interferiu com a questão do meio ambiente, mas trouxe consequências em outras áreas. Ana havia sido encaminhada, inicialmente, para fazer seu tratamento em

Infectologia , o que a desagradava por conhecer muitas pessoas e por seu ex-companheiro já estar fazendo o tratamento lá. Ana foi encaminhada para realizar o tratamento na unidade hospitalar onde realizava o tratamento reumatológico, o que lhe trouxe um sentimento de proteção e a manifestação de gratidão por esse fato: "Lá eu não ia me sentir bem, os meus vizinhos iam me ver indo lá e tem dia para esse atendimento, aqui eu me sinto mais segura".

No questionário sobre o impacto da fibromialgia na Qualidade de Vida (FIQ-r), não houve alteração relacionada à intensidade da dor ou sintomas físicos; houve alteração para menos na intensidade da qualidade do sono, grau de depressão/tristeza e grau de ansiedade, o que caracteriza uma melhora nesses aspectos. Em nenhum momento a paciente referiu problemas de memória.

A qualidade de vida é consideravelmente afetada em pessoas com este agravo, principalmente em áreas de atividade intelectual, de função física, estado emocional e qualidade do sono, o que influencia de forma determinante na capacidade de trabalhar, assim como na atividade sócio-familiar¹⁸. Um número significativo apresenta uma síndrome dolorosa crônica incapacitante com intensa afecção da qualidade de vida, o que leva à perda parcial ou completa da atividade laboral em uma percentagem aproximada de 25-50% dos pacientes, segundo diversos estudos realizados em diferentes países¹⁹. A fibromialgia não encurta a expectativa de vida, mas pode afetar de forma importante a capacidade funcional e limitar as atividades de vida diária, ainda que essa perda possa não ser progressiva e irreversível em todos os pacientes.

Em seu artigo "Terapia Cognitivo-Comportamental para dor e insônia em adultos: revisão de ensaios clínicos" tem como objetivo identificar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental para insônia e para dor aplicada a adultos com dor crônica e insônia, a partir do levantamento de estudos publicados entre 2005 e 2015⁷.

A participante do estudo retratou essa condição ao referir que trabalhava informalmente em uma empresa: *"não tinha carteira assinada, mas quando as dores começaram a dificultar que eu fosse trabalhar todos os dias, eles me mandaram embora"*. Essa situação interferiu diretamente na condição financeira da família, pois era ela quem tinha o papel de provedora o ex-companheiro, o filho e o neto.

O fator social e as diferentes capacidades econômicas que rodeiam os doentes fibromiálgicos, suas possibilidades ou não de uma profunda alteração de toda uma postura profissional e/ou familiar podem provocar uma evolução positiva ou negativa da doença, contribuindo ou não para a melhoria da qualidade de vida de cada um⁵.

A fibromialgia é uma doença mal compreendida, inclusive pela comunidade científica que procura respostas para ela e outras doenças inflamatórias crônicas. No entanto, a sensibilização da sociedade em geral para a doença já começa a ser realidade, nomeadamente pela sua divulgação nos meios de comunicação social, o que poderá vir a facilitar que muitos dos constrangimentos com os quais os doentes se deparam atualmente sejam gradualmente ultrapassados. Apesar da dor, sofrimento e desespero, é possível lidar com a situação de modo eficaz, de forma a verificar-se uma melhoria na qualidade de vida dos doentes e daqueles que os rodeiam²⁰.

Os pacientes controlados em consultas apresentam uma síndrome dolorosa continuada durante anos, com flutuações nos sintomas, que raramente remitem. Outra fala da paciente é que *"precisamos nos conhecer para poder lidar com a 'fibro' e precisamos de ajuda profissional. Me ajudou a ver que tenho que me disciplinar e preciso do apoio. Tenho que melhorar os pensamentos e relaxar para não sentir tanta dor"*.

É prematuro afirmar que não exista uma "personalidade fibromiálgica", mas a experiência clínica e alguns estudos mostram-nos que são frequentes alguns traços que parecem predispor, iniciar e/ou perpetuar os sintomas típicos de fadiga crônica ou fibromialgia²². Na literatura, é possível avaliar que existe uma elevada propensão para a ação, ao estilo de vida hiperativo, aos traços de perfeccionismo e inflexibilidade adaptativa, à incapacidade aparente de recusar fatores de pressão ou exigência externa que caracteriza o comportamento destes pacientes. Este caso vem a reafirmar, através da conduta da participante, que esse paradigma deva ser considerado. *"Estou mais tranquila, menos ansiosa, talvez não tentando resolver tudo"*.

Considerações Finais

Esse estudo de caso demonstrou 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, permitindo reavaliar certos conceitos e relacionamentos sociais, uma vez que, estando com autoestima mais elevada, a paciente estabeleceu limites para as relações abusivas. O protocolo produzido está de acordo com os principais protocolos de atendimento utilizados pela terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor crônica, a saber: mudança no pensamento, e

consequentemente no comportamento, identificação de crenças disfuncionais e técnicas de relaxamento.

A implementação do 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.

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 paciente referiu ter se beneficiado com todo esse processo; por ser o alicerce de sua família, considerava que não tinha espaço para falar de suas inquietações: *"mudou o meu jeito de ver a fibromialgia e que tenho que cuidar mais de mim. Não fazia isso e espero continuar"*.

Sugere-se a aplicação do protocolo em um grupo maior de pacientes, podendo ser realizada individualmente ou em grupos, de modo a proporcionar maior visão e impacto. Considerando a resistência dos pacientes ao comparecimento para a realização dos encontros, propõe-se que possa se aliar a esse protocolo uma tecnologia que permita sua aplicabilidade à distância.

Assim, mesmo que ainda não haja cura absoluta, a síndrome pode ser tratada, permitindo que essas pessoas alcancem uma vida útil e funcional apesar desta condição.

Referências

1. Martins R, Henriques A, Andrade A, et al. Impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos doentes. *Servir*. 2016; 59(3):44-9.
2. Heymann, Roberto Ezequiel et al. Brazilian consensus on the treatment of fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010.
3. Goldstein S, Robertson D, Esler M, et al. Dysautonomias: clinical disorders of the autonomic nervous system (NIH Conference). *Ann Intern Med*. 2002 Nov; 137(9): 753-63.
4. Consalter E, Sanches ML, Guimarães AS. Correlação entre disfunção temporomandibular e fibromialgia. *Rev Dor*. 2010; 11(3):237-41.

5. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, et al. Fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2004 Nov/Dez; 44(6):433-9.
6. Provenza JR, Paiva E, Heymann RE. Manifestações clínicas. In: Heymann RE, coordenador. Fibromialgia e síndrome miofascial. São Paulo: Legnar; 2006. p. 31-42.
7. Kirchner LF. Intervenção comportamental para mulheres com fibromialgia e má qualidade do sono ou insônia [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2017.
8. Fleck M, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-brief". Rev Saúde Pública. 2000 Abr.; 34(2):178-83.
9. Martinez JE, Baruana Filho IS, Kubokawa K, et al. Análise crítica de parâmetro de qualidade de vida em fibromialgia. Acta Fisiátrica. 1998; 5(2):116-20.
10. Heymann RE, Paiva ES, Helfeinsten Jr M, et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2010; 50(1):56-66.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5.ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
12. Pawlowski J. Instrumento de avaliação neuropsicológica breve NEUPSILIN: evidências de validade de construto e de validade incremental à avaliação neurológica [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
13. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
14. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol. 2003; (43):IX-XIII.
15. Carvalho FT, Faria ER, Gonçalves TR, et al. Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: uma revisão da literatura. Psicol teor prá. [Internet]. 2009 [acesso em 2019 abr 22]; 11(3):157-63. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193814403013>.
16. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2005 abr; 45(2):47-54.
17. Brasio KM, Laloni DT, Fernandes QP, et al. Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle de stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. Rev Ciênc Méd. 2012; 12(4):307-318.

18. Crofford LJ, Rowbothan MC, Mease PJ, et al. Pregabalin for the Treatment of Fibromyalgia Syndrome Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arthritis Rheum.* 2005. 52(4):1264-73.
19. Birtane M, Uzunca K, Tastekin N, et al. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clin Rheumatol.* 2007 May; 26(5):679-84.
20. Rocha ASRM. Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crónica [Tese]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.
21. Helfenstein Jr M, Goldenfum M, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Rev Assoc Med Bras.* 2012 Jun; 58(3):358-65.

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTE COM FIBROMIALGIA

1º Encontro

- Apresentação da intervenção para o paciente;
- Levantamento de expectativas;
- Psicoeducação, identificação do conhecimento prévio do paciente acerca da fibromialgia e fornecimento de informações sobre a condição.

2º Encontro

- Fortalecimento da autoestima do participante. Ensino de técnicas para lidar com episódios de dor, como reestruturação cognitiva e estratégias de enfrentamento da dor.

3º Encontro

- Técnica de *mindfulness*, visando trabalhar consciência do corpo e relaxamento.

4º Encontro

- Trabalhar a distinção entre Pensamentos e Fatos, com o objetivo geral de reduzir a incapacidade, fortalecer a resiliência e aumentar os comportamentos considerados saudáveis.

CONCLUSÕES E 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, se permitindo reavaliar certos conceitos e no que tange aos relacionamentos sociais, uma vez que o conhecimento sobre sua patologia proporciona empoderamento sobre as relações que estabelece. A abordagem proposta está de acordo com os principais protocolos de atendimento utilizados pela terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor crônica, a saber: 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.

A implementação do 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.

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.

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_P
ROJETO_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 1 - 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 2 - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS — 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 da 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 3 - 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 qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		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) você está com sua capacidade	1	2	3	4	5

	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 o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência 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 4 - TÍTULO – (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.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me inco- modou muito	Moderada- mente Foi muito desagra- dável 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 5 - TÍTULO – (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.**

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. 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. 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. 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. 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. 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. 7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.	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. 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. 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. 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 irrito mais com coisas que costumavam me irritar. 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. 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.
---	---

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.

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

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

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

SOMA DOS ESCORES 1

NOME: _____

FM _____ DATA _____

ANEXO 7 Normas para publicação na revista



ISSN 1806-0013 versão impressa

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [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/ictcp/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 Ensaios Clínicos 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

