

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Julia Dias do Rosário

**PSICOEDUCAÇÃO DE PESSOAS COM FIBROMIALGIA: UMA
EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR COM A FISIOTERAPIA**

TAUBATÉ – SP

2020

JULIA DIAS DO ROSÁRIO

**PSICOEDUCAÇÃO DE PESSOAS COM FIBROMIALGIA: UMA
EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR COM A FISIOTERAPIA**

Trabalho apresentado para obtenção do
Certificado de Graduação pelo Curso de
Psicologia do Departamento de Psicologia da
Universidade de Taubaté.

Área de concentração Biológicas.

Orientadores: Prof. Dr. Paulo Roberto
Grangeiro Rodrigues

Taubaté – SP

2020

Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU

R789p Rosário, Julia Dias do
Psicoeducação de pessoas com fibromialgia: uma experiência
interdisciplinar com a fisioterapia / Julia Dias do Rosário. -- 2020.
76 f. : il.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Roberto Grangeiro Rodrigues,
Departamento de Psicologia.

1. Fibromialgia. 2. Psicoeducação. 3. Interdisciplinaridade. 4.
Dor. 5. Fisioterapia. I. Universidade de Taubaté. Departamento de
Psicologia. Curso de Psicologia. II. Título.

CDD – 616.74

JULIA DIAS DO ROSÁRIO
PSICOEDUCAÇÃO DE PESSOAS COM FIBROMIALGIA: UMA
EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR COM A FISIOTERAPIA

TCC apresentado para obtenção do Certificado de Graduação pelo Curso de Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.
Área de concentração: Biociências.

Data: 17/11/2020

Resultado: 10 (Dez)

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Roberto Grangeiro Rodrigues

Assinatura 

Prof. Dra. Alex Sandra de Cerqueira Soares

Assinatura 

Prof. Dr. Armando Rocha Júnior

Assinatura 

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à todas as participantes da Pesquisa, por disponibilizar tempo e informações.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Paulo Roberto Grangeiro Rodrigues, por me guiar durante todo esse processo, principalmente, por me incentivar a realizar a pesquisa.

A Prof. Dra. Alex Sandra Cerqueira que me instigou na busca do conhecimento sobre dor crônica. Me apresentou o tema “fibromialgia”, assim, eu logo de início fui procurar as possíveis possibilidades para a intervenção da psicologia. Naquele momento senti a vontade de contribuir para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, e então, acredito que este será somente o início da minha trajetória.

Por fim, à minha querida amiga Débora Almeida pelo incentivo e companheirismo durante a faculdade.

RESUMO

A fibromialgia é definida como uma síndrome dolorosa crônica não inflamatória, frequentemente acometendo mulheres, podendo apresentar comorbidades, entre elas a depressão e a ansiedade. O Objetivo foi avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo associado ao tratamento fisioterápico para pessoas com fibromialgia. A pesquisa é de natureza quase-experimental e de natureza quali-quantitativa. A amostra foi composta por 11 mulheres com média de idade de 50 anos, com diagnóstico de fibromialgia. A avaliação constituiu pelos questionários: Inventário Breve de Dor (BPI), Inventário de Depressão e Inventário de Ansiedade aplicados em pré e pós psicoeducação. Os dados foram analisados com estatística descritiva, correlação de Pearson e Teste t. Como resultado encontrou-se correlação moderada entre dor e depressão ($R = 0,63$); fraca entre dor e ansiedade ($R = 0,49$) e alta entre depressão e ansiedade ($R = 0,90$). Indicaram que, a psicoeducação atuando interdisciplinarmente com a fisioterapia levaram a melhoras fortemente significativas da intensidade da dor ($p = 0,003$), nos sintomas de depressão ($p = 0,03$), já nos de ansiedade houve melhora significativa ($p = 0,14$). Conclui-se então que a psicoeducação atuando com a fisioterapia na modalidade online mostrou-se efetiva na diminuição da intensidade da dor, nos sintomas de depressão e ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE: Fibromialgia. Psicoeducação. Dor. Fisioterapia. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Fibromyalgia is defined as a chronic, noninflammatory painful syndrome, often affecting women, and may present comorbidities, including depression and anxiety. The objective was to evaluate a staff of a psychoeducational program associated with physical therapy for people with chronic fibromyalgia. The research is quasi-experimental and quali-quantitative. The sample consisted of 11 women diagnosed with fibromyalgia (50 years old). The evaluation was carried out by the questionnaires: Brief Inventory of Pain (BPI), Depression Inventory and Anxiety Inventory in pre and post psychoeducation. The data were deviated with descriptive statistics, Pearson's correlation and t-test. A moderate correlation was found between pain and depression ($R = 0.63$); weak, between pain and anxiety ($R = 0.49$) and high between depression and anxiety ($R = 0.90$). The results indicate that the interdisciplinary psychoeducation with physiotherapy led to a strong improvement in the intensity of pain ($p = 0.003$), in the symptoms of depression ($p = 0.03$), whereas in those of anxiety there was a significant improvement ($p = 0.14$). It is concluded then that interdisciplinary psychoeducation with physiotherapy in the online modality was effective in reducing the intensity of pain, in the symptoms of depression and anxiety.

KEYWORDS: Chronic fibromyalgia. Psychoeducation. Pain. Physiotherapy. Interdisciplinarity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Índice de Quadro

Quadro 01: Visão Geral do Programa de Controle da Dor Crônica 26

Quadro 02: Dados de identificação das participantes da pesquisa 27

Índice de Tabela

Tabela 01: Estatística descritiva dos escores de intensidade da dor (questões 3, 4, 5 e 6), de depressão e ansiedade antes e depois da psicoeducação 33

Tabela 02: Estatística descritiva do escore da questão 9 antes e depois da psicoeducação 35

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Medicamentos usados pelo grupo na questão 7 32

Gráfico 2 – Representação da média de dados comparativos pré e pós intervenção 34

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 OBJETIVOS	7
1.1.1 Objetivos Primários	7
1.1.2 Objetivos Secundários	7
1.2 JUSTIFICATIVA	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 DOR CRÔNICA.....	9
2.2 FIBROMIALGIA.....	12
2.2.1 Diagnóstico.....	13
2.2.2 Tratamento	15
2.3 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA	19
2.4 RELAÇÃO ENTRE FIBROMIALGIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	20
3 MÉTODO	22
3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA	22
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
3.3 INSTRUMENTOS	22
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	23
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS	24
3.6 CRONOGRAMA	25
4 RESULTADOS	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA.....	27
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA	28
4.2.1 Os encontros	28
4.2.2 Inventário Breve de Dor.....	31
4.3 ANÁLISE QUANTITATIVA	33
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE – A	45
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO A	47

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE A MENTE VENCENDO O HUMOR	
INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE A MENTE VENCENDO O HUMOR	
ANEXO C	49
INVENTÁRIO BREVE DE DOR	
ANEXO D	51
CARTILHA FIBROMIALGIA	

1 INTRODUÇÃO

As dores crônicas são consideradas um problema de saúde pública (CORDEIRO *et al.*, 2018; MELO, 2012; SOUZA, PERISSINOTTI, 2018), a fibromialgia (FM) é caracterizada pela presença de dor crônica associada a outros sintomas, sendo que alguns deles são: distúrbio do sono, fadiga, depressão, ansiedade e outros (CHAITOW, 2002). Acomete um número significativo de indivíduos, de acordo com Souza e Perissinotti (2018) no Brasil a prevalência da fibromialgia foi estimada em 2% da população. As pessoas mais acometidas são mulheres entre 30-50 anos (PROVENZA, 2004).

A vivência dolorosa na fibromialgia gera consequências de importância social, pois afeta a qualidade de vida e conseqüentemente a vida profissional, familiar e social, o que contribui para um sofrimento prolongado que permeiam sensação de incapacidade, incertezas, medos e preocupações (DIAS, 2007).

A dor crônica é avaliada pela perspectiva do modelo biopsicossocial que traz a visão de indivíduo como um todo, e a sensação dolorosa por outras perspectivas que englobam aspectos, além dos físicos, culturais e emocionais. Assumimos o pressuposto de que as crenças, as emoções e os comportamentos influenciam na percepção da dor, por isso busca-se modificar estes fatores para então se ter uma adesão em tratamentos futuros.

A percepção da dor é essencial para sobrevivência da espécie, mas a dor crônica é acompanhada por um desconhecimento por parte dos estudiosos. Embora o limiar de percepção à dor seja semelhante entre os indivíduos, a tolerância a ela está relacionada com outros fatores como: sensoriais, genéticos, emocionais, culturais e sociais (BUDÓ, 2007)

A fim de compreender a experiência frente à percepção da dor, há algumas técnicas apresentadas pela terapia cognitivo-comportamental (TCC), entre elas a psicoeducação. A função é de orientar o paciente a respeito das consequências de um comportamento, na construção de crenças, valores, sentimentos e como estes repercutem em sua vida e reflete nas pessoas que estão ao seu redor. O objetivo da TCC é auxiliar no desenvolvimento de pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo e como comportar-se diante de algumas situações, que sejam saudáveis para o indivíduo (BECK, 2007).

De acordo com os benefícios demonstrados no estudo a respeito da psicoeducação, desenvolveu-se uma intervenção em conjunto com a fisioterapia para que pudesse modificar as crenças disfuncionais, emoções e comportamentos com foco na diminuição da intensidade da dor, dos sintomas depressivos e de ansiedade.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivos Geral

Tendo em vista que a dor crônica será analisada pela perspectiva biopsicossocial, o objetivo geral deste trabalho é avaliar a eficácia da psicoeducação associada à fisioterapia no tratamento de paciente com fibromialgia.

1.1.2 Objetivos Específico

- Propor um protocolo de trabalho interdisciplinar para o tratamento da fibromialgia.
- Verificar se haverá a diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade após intervenção.

1.3 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa visa mostrar se houve uma melhora no quadro de dor, nos sintomas de ansiedade e de depressão dos participantes após a intervenção de psicoeducação. Como a fibromialgia é uma patologia que não tem cura, ressalta-se que a relevância desta pesquisa está na atuação multi e interdisciplinar para a melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Em relação ao tema fibromialgia a pesquisadora afirma ter sido escolhida e não ao contrário. A Fisioterapeuta e Professora Dra. Alex Sandra de Cerqueira Soares apresentou este tema, a partir disso, a pesquisadora começou a se interessar cada vez mais. O tema proporcionou conhecer pessoas de lugares distantes e melhorar de alguma forma a vida de cada uma.

A hipótese dessa pesquisa visa que os fibromialgicos a partir da diminuição da intensidade da dor, sintomas depressivos e da ansiedade consigam ter maior adesão a tratamentos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DOR CRÔNICA

Sabe-se que a dor é uma experiência pessoal que pode ser influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. A caracterização feita em 1979 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (2020) coloca-a como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA *et al.* 2020).

A dor crônica se refere a uma dor que persiste após a eliminação do que a causou, não correspondendo assim, como um sinal de alerta do organismo como é a dor aguda (MARQUEZ, 2011). A grande diferença, definida por Melo (2012) que permeia a dor aguda com a crônica referente à coluna vertebral é pelos aspectos biopsicossociais.

De acordo com Dias (2007):

É indiscutível a importância da dor no desenvolvimento do ser humano, sendo a sua função inicial informar sobre um perigo ou instabilidade do organismo. O problema surge quando a dor persiste após a eliminação do que a causou, não cumprindo seu papel à sobrevivência do indivíduo ou mesmo ao seu crescimento pessoal.

As dores crônicas permitem discussões conceituais da medicina clássica, havendo a necessidade de argumentações que fogem do modelo dito biomédico clássico, com implicações filosóficas, sociais e emocionais, daí o emprego do modelo biopsicossocial (MARQUEZ, 2011).

A Psicologia da Saúde traz uma integração do psicossocial às práticas de saúde e constrói o modelo biopsicossocial, trazendo uma visão do indivíduo como um todo que se contrapõem ao modelo biomédico que por muito tempo foi feito na sociedade (MARCO, 2006). Os conceitos sobre dor sofreram profundas modificações em torno das décadas de 50 e 60. Incluíram-se, no universo de facetas que configuram a sensação dolorosa, além dos aspectos físicos, os culturais e emocionais (PIMENTA, 1998).

O modelo biopsicossocial aborda a dor como sendo uma dimensão complexa e multidimensional, as diretrizes do SUS e ações do Ministério da Saúde cooperam como esse modelo de atenção à saúde mais humanizado. Porém, ainda há uma

fragmentação dualista e reducionista que começa desde a formação dos profissionais na área de saúde, fator que limita a atuação dos profissionais (CRUZ, 2001).

Os profissionais da área da saúde que aplicam o modelo biopsicossocial têm a necessidade de evoluir nos recursos técnico-instrumentais e na comunicação efetiva, ou seja, mostrar que compreende o problema do paciente fortalecendo assim, o vínculo entre eles, bem como a aderência no tratamento (MARCO, 2006).

Quando o paciente adere ao tratamento sem questionar ou se comporta de forma a coincidir com a prescrição médica significa um contexto de uma estrutura hierárquica de conhecimento e de relação, na qual o paciente se encaixa como passivo (REIS, 1999). Uma pesquisa feita em uma determinada população localizada no Rio Grande do Sul evidenciou que a cultura influencia nas reações e sentimentos frente à dor e quando foram analisar as respostas dos pacientes, a subcategoria que mais se destacou foi *a dor como uma questão física* que visa o modelo biomédico, onde o biológico é o fator central. (BUDÓ, 2007). Devido ao contexto histórico do modelo biomédico, as pessoas também adotam essa visão, acreditando que apenas com uso de medicamentos e procedimentos clínicos de curto prazo ocorrerá a remissão do quadro de dor (LODUCA, 2014).

A dor crônica apresenta uma temática preocupante na atualidade de relevância à saúde pública no Brasil (CORDEIRO *et al.*, 2018). Um estudo epidemiológico feito no ano de 1999-2000 em Londrina pelos autores Kreling, Cruz e Pimenta (2006) identificou em trabalhadores não vinculados a serviços de saúde que houve a prevalência de dor crônica não específica no sexo feminino. Os mesmos autores acrescentam ainda que esses estudos epidemiológicos precisam ser rigorosamente aplicados, além disso, são necessários para conseguir analisar a população e promover ações nos serviços de saúde como ações preventivas.

O DSM-V (2014) exemplifica que as culturas podem influenciar nos fatores psicológicos e seus efeitos nas condições médicas, algumas práticas locais podem ainda interferir para complementar e ajudar intervenções baseadas em evidências. Complementando com a perspectiva de Budó (2007) que nos diz que a cultura exerce grande influência nos aspectos da vida das pessoas, inclusive no efeito na tolerância ou não à dor, podendo ser constatado em situações nas quais estímulos, que produzem dor insuportável em uma pessoa podem ser toleráveis por outra.

Raja *et al* (2020) acrescentou na revisão da Associação Internacional para o Estudo da dor (2020) notas que se referem a importância de tratar a dor como uma

experiência individual, sendo assim, necessário respeitar o relato de experiência de dor de cada do indivíduo.

De acordo com o DSM-V (2014) para ocorrer o diagnóstico de que existem fatores psicológicos e/ou comportamentais interferindo nas condições médicas são necessárias evidências clinicamente significativas. Por isso, a necessidade de uma abordagem biopsicossocial ou então de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar.

Na atuação multi e interdisciplinar é necessário que os profissionais saibam identificar em qual estágio o paciente está para trabalhar com a motivação e adesão ao tratamento. Foram definidos por Loduca (2014) cinco estágios dos pacientes que apresentam quadros algícos crônicos: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

No estágio de pré-contemplação o paciente tem uma postura passiva em relação ao tratamento e acredita que sua dor pode ser resolvida pelo médico, não pensa na atuação de uma equipe e muito menos que precisa realizar mudanças comportamentais. O estágio de contemplação mostra o reconhecimento que o paciente tem frente à equipe, mas ainda não sabe o que fazer para ter resultado. O estágio de preparação demonstra que o paciente já reconhece sua participação e engaja com a equipe em busca de novas aprendizagens (LODUCA, 20014).

Dando continuidade no estágio de preparação, verifica-se que, nesta fase que o indivíduo se torna mais ativo, porque não acredita mais em remédio mágico. O estágio de ação significa que ele aprendeu e agora realiza as mudanças comportamentais. E, por fim, o estágio de manutenção onde o paciente se adapta ao novo estilo de vida, e mesmo tendo recaída, o importante é voltar com a motivação, e a manutenção da atuação dos profissionais devem ser mantidas (LODUCA, 2014).

O estado emocional e psicológico influencia cronicamente no processo neurofisiológico da dor e nas atitudes comportamentais dos pacientes, acarretando-lhes prejuízo na qualidade de vida, interferindo em sua produtividade. Estes fatores contribuem para os altos custos e filas do tratamento da fibromialgia (HEYMANN, 2006).

Em concordância com o autor anterior, Cruz (2001) se estende ainda mais, abordando que a dor crônica influencia em problemas psicossociais que envolvem também os familiares dos doentes, devido a despesas com as prestações dos serviços de Saúde e medicamentos; ausência do local de trabalho e perdas de horas de trabalho; falta de produtividade entre outros citados.

2.2 FIBROMIALGIA

Dentre as doenças crônicas se encontra a Fibromialgia, autores se referem como sendo uma condição antiga (MARQUES, ASSUMÇÃO, MATSUTANI, 2015; CHAITOW, 2002). Esse passado histórico da fibromialgia durante vários séculos apresentou diversas formas de reconhecimento, o termo fibrosite elaborado por William Gowers foi substituído pelo termo fibromialgia após estudos de Yunus e col. em seus estudos “Primary Fibromyalgia (Fibrositis) Clinical Study of 50 Patients with Matched Controls” (1981, citado por CHAITOW, 2002).

Alguns profissionais ainda consideram a fibromialgia como síndrome de somatização devido alguns sintomas se confundirem com a depressão maior e a síndrome da fadiga crônica, o que é erroneamente feito, pois desde 1980 demonstrou-se que a fibromialgia é uma síndrome de dor crônica, real, causada por um mecanismo de sensibilização do sistema nervoso central à dor (PROVENZA *et al.*, 2004). Corroborando com essa ideia o Ministério da Saúde (2017) aponta que, embora a fibromialgia não possua causa definida, existem várias hipóteses que são exploradas, mas hoje sabe-se que os fibromiálgicos apresentam alterações no sistema nervoso para o controle da dor.

De acordo com o DSM-V (2014) a fibromialgia é uma condição que envolve fatores psicológicos e comportamentais que afetam essa condição, por vezes, causando a exacerbação dos sintomas, a demora da recuperação, a má adesão ao tratamento, enfrentando e se comportando de forma mal adaptativa ou negando os sintomas.

Há um consenso que a etiologia da fibromialgia é desconhecida e motivo de investigação (CHAITOW, 2002; PROVENZA *et al.*, 2004; HEYMAN *et al.*, 2010). A hipótese atual é a que demonstra alteração no mecanismo de processamento da dor tanto no sistema nervoso central como no periférico (MARQUES, ASSUMÇÃO, MATSUTANI, 2015). A hipótese neurossomática de Goldstein (1996) citada por Chaitow (2002) identifica uma série de eventos que desencadeiam a extensa gama de desordens da fibromialgia e uma hipótese de evolução, que começa a partir de trauma físico ou psicológico, tópicos de desenvolvimento, infecção viral e ou efeitos cumulativos de estressores múltiplos (bioquímicos, biomecânicos e/ou psicossociais).

Se o indivíduo tiver uma suscetibilidade genética grave, moderada ou suave existirá o desenvolvimento de sintomas neurossomáticos, se a genética for fraca outros fatores serão necessários para explicar. A hipervigilância se for desenvolvida

no período entre nascimento e puberdade pode desencadear uma má interpretação dos impulsos sensoriais associados com níveis aumentados de substância P tendo em vista que o cortisol também está elevado, unindo ainda a baixa regulamentação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Devido à redução da plasticidade neural faz com que o indivíduo seja mais suscetível a estressores. Além disso, infecções virais também podem ser considerados capazes de alterar a produção de neurotransmissores (CHAITOW, 2002).

O autor Chaitow (2002) reúne em seu livro outros autores que exploram as possíveis causas da fibromialgia além da hipótese de Goldstein. A Cartilha elaborada pelo Sociedade Brasileira de Reumatologia verifica que a fibromialgia também surge de eventos graves como, trauma físico, psicológico ou infecção grave.

Considera-se que a fibromialgia, mesmo não sendo bem definida até a década de 70, é uma patologia antiga e somente em 2004 foi incluída no Catálogo Internacional de Doenças sob o código CID 10 M79.7 como sendo uma doença multifatorial, de causa ainda desconhecida. Segundo Provenza et al. (2004) a fibromialgia é extremamente comum, no que se refere a prevalência, cerca de 2% de toda população mundial tem essa patologia, onde a maioria afetada são mulheres entre 30-50 anos. Dois anos depois o autor Heymann (2006) mostra que entre 10% da população mundial que sofre de dor crônica difusa, 3% a 5% são casos de fibromialgia.

Um estudo realizado pela EpiFibro com 500 mulheres com diagnóstico de fibromialgia, mostrou como um dos resultados, que os principais sintomas associados são distúrbio de sono, fadiga, ansiedade, parestesias e cefaleia. Todos os sintomas associados a fibromialgia têm um impacto negativo em diversos âmbito da vida das pacientes, incluindo o de desempenho, a motivação e qualidade de vida (REZENDE, 2013).

2.2.1 Diagnóstico

O autor Martinez (2006, p.1) relata que “No início da história da fibromialgia observava-se escassez de diagnósticos. Atualmente, temos o contrário, uma abundância de diagnósticos, com muitos falsos positivos.” Neste ponto entramos na questão do diagnóstico.

Em 1987 a fibromialgia foi reconhecida, mas em 1990 foi definida pelo Colégio Americano de Reumatologista sendo necessário para o diagnóstico ocorrer que a história de dor esteja presente pelo menos há 3 meses, os sintomas devem estar

presentes: dor no lado esquerdo do corpo, no lado direito do corpo, abaixo da cintura e acima da cintura. Além disso, também deve haver dor axial. Completam ainda que o paciente precisa relatar dor e não sensibilidade em 11 de 18 pontos sensíveis quando submetidos a pressão digital (CHAITOW, 2002). Uma documentação apresentada em um consenso sobre fibromialgia acrescentou sintomas como, fadiga persistente, rigidez matinal generalizada e sono não reparador (CHAITOW, 2002). Outros sintomas frequentemente achados são relatados pelo autor WEIDEBACH (2002, p. 291):

Os estados depressivos, ansiedade, sintomas compatíveis com síndrome do pânico, fadiga (em especial pela manhã), déficit de memória, desatenção, obstipação ou diarreia (sintomas compatíveis com síndrome do cólon irritável), distúrbios funcionais da articulação temporomandibular (ATM) secundários ao bruxismo, boca seca, cefaléia tensional ou enxaqueca.

Os autores Cohen e Quinternet (1993 *apud* QUARTILHO, 2004 p.114) apontam que “os pontos dolorosos (*tender points*) não devem caracterizar o diagnóstico, apenas confirmam um estado de hiperalgesia ou vigilância somática.” O que corrobora com essa questão dois anos depois é Martinez (2006) que reconhece o avanço da definição do Colégio Americano de Reumatologia, porém ainda é necessário a exploração da descrição do diagnóstico, pois os pontos dolorosos não parecem ser determinantes para o diagnóstico de fibromialgia. De fato, os pacientes que não atenderem de onze a dezoito pontos dolorosos, em termos clínicos, receberá a devida atenção, investigação e acompanhamento de profissionais (CHAITOW, 2020).

Não há um exame que identifique a fibromialgia, dessa forma, o diagnóstico da fibromialgia é totalmente clínico, baseado na investigação minuciosa que envolvem observação e anamnese (HEYMANN *et al.*, 2010). Nessa investigação, os profissionais devem considerar os fatores históricos como, no que se refere a dor, qual a região e se é generalizada ou localizada, como essa dor começou, da onde ela surge e qual a duração dela. O paciente terá que relatar como a dor interferiu no cotidiano, se fez algum tratamento prévio e, além disso, qual o entendimento que ele tem à respeito da sua condição, neste caso o profissional deve se atentar nos fatores psicológicos e quais as metas do paciente (PELLEGRINO, 2002).

A avaliação da intensidade da dor é fundamental para que o profissional possa verificar o grau de incômodo que interfere no cotidiano e na vida desse paciente e também verificar a eficácia terapêutica adotada (TOYOSHIMA, 2009).

Quanto aos fatores do exame físico, os profissionais devem considerar os padrões de 11 a 18 tender points e às variáveis desses pontos, agregando outras características clínicas como palpar a área muscular e sentir eventuais irregularidades. Não se deve ter anormalidades tais como fraqueza neurológica verdadeira, perda de reflexos, inchaços nas articulações, calor ou inflamação, atrofia ou afinamento muscular ou tônus muscular anormal, caso haja será considerada como uma condição adicional à fibromialgia ou diagnóstico diferencial (PELLEGRINO, 2002).

O uso de exames laboratoriais não é usado para diagnóstico da fibromialgia, mas podem ser usados como diagnóstico diferencial. Devido as dores musculoesqueléticas difusa e crônica o profissional que pesquisa e trata são reumatologistas, porém sabe-se que a atuação multidisciplinar tem o objetivo de abordar amplamente os sintomas e comorbidades (HEYMANN *et al.*, 2010).

Embora seja uma das principais doenças comumente observadas nas clínicas de reumatismo, a fibromialgia ainda não recebeu a devida atenção destes profissionais. Há uma falta de experiência e interesse que causam diagnósticos errados de fibromialgia, geralmente ignoram a existência de outras doenças e prolongam o sofrimento desses pacientes e, em alguns casos, colocam vidas em risco (HEYMANN, 2006).

O diagnóstico diferencial é um fator para o profissional se atentar, pois alguns dos sintomas da fibromialgia pode ser confundido com outras patologias como é o caso do hipotireoidismo, síndrome da fadiga crônica, síndrome miofascial, paraneoplásica, a polimialgia reumática, polimiosite, entre outras miosites (JUNIOR, FOLDENFUM, SIENA, 2012).

Conclui-se que a fibromialgia é motivo de investigação por vários profissionais da área da saúde devido a sua ampla complexidade, mas o que é real é a dor do paciente e as consequências para a vida desse sujeito. Uma pesquisa feita por Milani *et al.* (2012) verificou que a trajetória de vida dos pacientes com fibromialgia gera sofrimento psíquico, começando desde a dificuldade do diagnóstico quanto as perdas que vem com a doença. Mesmo essa patologia não tendo aparência ou etiologia incerta, o sofrimento de quem a sente é real e abala o emocional.

2.2.2 Tratamento

A fibromialgia não tem cura por ser uma doença crônica, mas sabe-se que a conciliação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos possibilitam a

diminuição dos pontos dolorosos, da dor e melhoram significativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Até o momento não existe um tratamento isolado suficiente para melhorar aspectos da fibromialgia (WEIDEBACH, 2002; JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2012; BRESSAN *et al.*, 2007).

O autor Pellegrino (2002) relata que as intervenções usadas por ele são: educação, medicamentos, estratégias nutricionais, terapias e estratégias psicológicas. Acrescenta ainda, a importância de uma equipe multidisciplinar e do tratamento individualizado onde o protagonista é o paciente.

O tratamento da FM deve ser multidisciplinar, individualizado, contar com a participação ativa do paciente e basear-se na combinação de métodos não farmacológicos e farmacológicos, que devem ser formulados de acordo com a intensidade e as características dos sintomas. É importante considerar também as questões psicológicas relacionadas à doença. Como parte inicial do tratamento, os pacientes devem receber informações básicas sobre a FM e as opções de tratamentos disponíveis, e orientá-los nos procedimentos de controle da dor e autocontrole (JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2012).

No que se refere a tratamentos farmacológicos podemos citar alguns medicamentos indicado pelo Consenso Brasileiro do Tratamento da Fibromialgia (2010) como, antidepressivos tricíclicos como, amitriplina e o similar ciclobenzaprina, bloqueadores seletivos de recaptção de serotonina, principalmente a fluoxetina, benzodiazepínicos, analgésicos, entre outros (HEYMANN, 2010). O tratamento medicamentoso tem o objetivo de controlar a dor e induzir uma melhora na qualidade do sono e de sintomas associados (JUNIOR, GOLDENFUM, SIENA, 2012).

Já os tratamentos não farmacológicos, citados pelo mesmo Consenso Brasileiro, mostra evidências científicas para utilização de exercícios musculoesqueléticos, programa individualizado de exercícios aeróbicos e de alongamentos, reabilitação, atuação da fisioterapia e relaxamentos. A literatura também aponta que hábitos alimentares também influenciam nos sintomas dolorosos da fibromialgia (BATISTA *et al.*, 2016; MARTINEZ, BEVILACQUA, SACOMAN, 2015).

Quando falamos de tratamentos não farmacológicos entramos na concepção de mudança de hábitos. No momento que a pessoa recebe o diagnóstico precisa se adaptar à nova realidade e deve se preparar para o momento de transição (ARAÚJO, DOS SANTOS TERRA, BERARDINELLI, 2019). Nesse sentido, encontra-se a importância do autocuidado para que possam adquirir habilidades, conhecimentos e

ser capazes de identificar possíveis causas da dor compreendendo assim, seus próprios sinais (OLIVEIRAA *et al.*, 2019).

Um estudo de revisão da literatura realizado por Steffens *et al.* (2011) selecionou as principais estratégias de intervenção para adesão do exercício físico, dentre elas estão, a educação de pacientes sobre a importância dos exercícios físicos na melhora da fibromialgia; a necessidade de atendimento por uma equipe multidisciplinar; ter um bom vínculo terapeuta-paciente; prescrição do exercício deve ser por escrito e individualizada; entrevista motivacional realizada através de ligações telefônicas aos participantes; e treino supervisionado pelo menos uma vez na semana.

A relação médico-paciente pode ser usada para beneficiar as práticas não farmacológicas, inclusive o médico pode prescrever a prática de exercício físico, assim como os medicamentos, dessa forma, contribui para adesão a tratamentos futuros com fisioterapeutas e educadores físicos (VALIM, 2006). O que pode acrescentar ainda mais a adesão do paciente é que o profissional deixe claro que entende e acredita na dor que ele está sentindo (STEFFENS *et al.* 2011).

Para a Sociedade Brasileira de Reumatologia atividades físicas de baixo impacto são mais recomendadas por contribuir para o relaxamento e fortalecimento muscular, redução da dor e melhora a qualidade do sono. O que vai de encontro com Provenza *et al.* (2004) que acrescenta ainda que as atividades consideradas mais adequadas são a natação, dança e hidroginástica.

O alongamento promove benefícios diferentes do exercício aeróbico. Segundo Valim (2006) verifica-se que os benefícios dos exercícios aeróbicos promovem alteração nos aspectos emocionais e psicológicos, a autora supõe que seja por conta da produção de mudanças neuroendócrina que melhora o humor. Já o alongamento não promove essas alterações. Acrescenta ainda o autor Pellegrino (2002, p.118) sobre os benefícios dos exercícios “diminuição da dor, a melhora da flexibilidade, a melhora da força, mais energia, sono melhor, controle de peso mais eficiente, melhora da condição cardiovascular, melhora da autoestima e melhora da sensação de bem-estar.”

Em contrapartida uma pesquisa de Bressan *et al.* (2007) verificou nas mulheres estudadas com fibromialgia que o grupo que realizou alongamento demonstrou melhora nos aspectos de sono e rigidez no Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ). Nos resultados não houve diferença estatisticamente significativa no grupo de alongamento e no grupo de exercício físico. Porém, podemos verificar de acordo com

Valim (2006) que os benefícios do alongamento ocorrem em dez semanas e depois se estabiliza, já os benefícios dos exercícios aeróbicos continuam aumentando até vinte semanas.

Existem estudos que confirmam a eficácia de técnicas de relaxamento como forma de gerenciar a dor, pois apesar de sentirem fadiga pessoas com fibromialgia tendem a não conseguirem relaxar (PELLEGRINO, 2002).

Um estudo realizado por Fagundes *et al.* (2010) verificou a eficácia de um programa de relaxamento muscular progressivo que teve duração de quarenta minutos realizado três vezes por semana em dias alternados durante seis meses, os resultados demonstraram benefícios para aspectos da vitalidade e saúde mental, mas os aspectos emocionais, sociais e de estado de saúde em geral não apresentaram mudanças significativas.

Como muitos pacientes com fibromialgia apresentam problemas psicológicos como baixa autoestima, depressão, ansiedade, tensão interpessoal e alterações no mecanismo de enfrentamento, os benefícios da assistência do psicólogo no tratamento da fibromialgia se tornam cada vez mais evidentes (CHAITOW, 2002). O Consenso Brasileiro do tratamento da fibromialgia demonstrou como sendo benéfico para alguns pacientes a terapia cognitivo comportamental, bem como o suporte psicoterápico (HEYMANN, 2010).

De acordo com Provenza *et al.* (2004, p. 446):

Entre 25% a 50% destes pacientes apresentam distúrbios psiquiátricos concomitantes, que dificultam a abordagem e a melhora clínica destes, 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 conduz, com certeza, à melhor qualidade de vida.

Em psicoterapia é importante a conduta empática do terapeuta tendo em vista que uma das causas de sofrimentos dessas pessoas é como sentem dores diariamente e não pode confirmar isso em nenhum exame. Em uma análise simbólica feita pelo autor refere-se a fibromialgia como uma forma de comunicar o estresse e a pressão social, principalmente sob a mulher que são as mais afetadas. Seria uma forma que o psiquismo encontrou para comunicar o descontentamento, ressentimentos e tristezas (DE SOUZA, FORGIONE, ALVES, 2002).

2.3 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron Beck por volta de 1960 e consiste em ser breve e estruturada. Trata-se de questões relacionadas à mudança de pensamentos que podem melhorar o humor e o comportamento, o que conseqüentemente provoca mudanças duradouras nas crenças consideradas disfuncionais. Um dos princípios que norteiam essa abordagem é educar os pacientes para que se tornem seus próprios terapeutas e previnam as recorrências, ou seja, além de estabelecer metas, os próprios pacientes podem identificar e avaliar pensamentos, crenças e planejar mudanças de comportamento. (BECK, 2007).

A terapia cognitivo comportamental abrange o reconhecimento das respostas comportamentais à doença influenciadas por reforço positivo e negativo como também questões afetivas e cognitivas (CHAITOW, 2002). O psicólogo irá trabalhar a respeito dos pensamentos, atitudes e regras que possam estar interferindo em aspecto psicológicos, no humor, nas relações e nos comportamentos (CASTRO, 2014).

As técnicas dessa abordagem podem ensinar aos indivíduos mais controle para reagir ao estresse, lidar com conflitos ou dificuldades diversas. A TCC também aborda a reestruturação cognitiva porque pode trabalhar com pensamentos irracionais e distorções cognitivas que podem impedir a adesão ao tratamento. Esses pensamentos são os catastróficos que tem efeito na intensidade da dor no fim do tratamento (VANDENBERGHE, 2005).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Lemes e Neto (2017) verifica que a psicoeducação desempenha um papel importante na prevenção, promoção e educação em saúde que envolve no âmbito da saúde interdisciplinaridade. Além disso, é uma ferramenta de fácil entendimento e compreende tanto os aspectos psicológicos quanto pedagógicos. De acordo com Wood, Brendro, Fecser, & Nichols, 1999 (apud Lemes e Neto, 2017) o uso da psicoeducação, como recurso terapêutico, pode ser realizado via internet.

A psicoeducação também pode abarcar os membros da família, ensinando sobre características e particularidades da dor crônica. Quando o paciente sabe da sua própria condição, as informações a respeito fortalecem o senso de responsabilidade pela própria saúde (OLIVEIRAA *et al.*, 2019). Quando há uma mudança cognitiva no paciente e este consegue adotar um posicionamento mais ativo,

assumindo um controle sobre sua vida, tende a perceber menos a intensidade da dor, pois tem recursos para o enfrentamento mais adaptativo. Não é o mesmo que ocorre com quem se vê como fragilizado e indefeso (CASTRO, 2014).

2.4 RELAÇÃO ENTRE FIBROMIALGIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Na visão do paciente ele se encontra com uma patologia incurável, de etiologia desconhecida e, por vezes, não tem a compreensão do meio social, devido a todo esse contexto inicialmente ele passa por um enlutamento da perda da própria saúde, esse processo é necessário para desencadear a adaptação à nova realidade (COELHO, 2016).

Segundo o ministério da saúde (2017) existe uma correlação entre a fibromialgia e a depressão, pois a dor crônica leva à depressão e, como em um círculo vicioso, a depressão leva à mais dores crônicas. A proximidade da depressão e da fibromialgia ainda é motivo de muitos estudos, não se sabe se existe uma relação causal. O que podemos verificar é a proximidade da sintomatologia de ambos, padrões de comorbidades similares e por pacientes com fibromialgia e pacientes com depressão apresentarem respostas similares a testes psicológicos com altas taxas de alteração de humor (CHAITOW 2002).

Berber, Kupek, Berber (2005) verificaram que os sintomas de depressão e de ansiedade afetam a qualidade de vida promovendo um sofrimento muito maior nesse indivíduo. De acordo com a pesquisa as áreas mais afetadas foram o condicionamento físico, funcionalidade física, social e emocional, percepção da dor, saúde mental e percepção da saúde em geral.

Os tratamentos dos transtornos de ansiedade e de depressão acabam sendo compatíveis com a fibromialgia, são usados recursos farmacológicos e não farmacológicos, principalmente medicação antidepressiva para tratamento da fibromialgia (CHAITOW, 2002).

Quando a dor está presente pode provocar sentimento de desconhecimento e insegurança, o que desencadeia o surgimento da ansiedade, tendo em vista que a frequência de um estado ansioso pode desenvolver um perfil ansioso (SANTOS et al 2012). A princípio cabe aos profissionais da saúde e a percepção do indivíduo verificar quando esses sintomas de ansiedade e depressão estão interferindo na adesão ao tratamento para encaminhar para outros profissionais a fim de obter o diagnóstico desses distúrbios psicológicos. Chaitow (2002) demonstra que a ansiedade desencadeia hiperventilação que compromete as estruturas musculoesqueléticas.

Um estudo feito por Coelho (2016) concluiu que a psicologia deve trabalhar com outros profissionais para melhorar a qualidade de vida e as atividades diárias do paciente com fibromialgia na perspectiva de avaliação, intervenção e psicoeducação. Além disso, apresentou que a pessoa com fibromialgia tende a um ciclo que começa desde a descoberta do diagnóstico até consequências no plano conjugal.

3 MÉTODO

3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

O método quase-experimental utilizado na presente pesquisa, é definido como uma avaliação das variáveis dependentes pré-intervenção e pós intervenção de um único grupo. Esse grupo será exposto a uma intervenção (variável independente) arranjada pelo pesquisador. Ocorrerá a comparação intra-grupo das avaliações pré e pós-intervenção (CAMPBELL E SAANLEY, 1979). A variável dependente é a intensidade da dor, sintomas de depressão e ansiedade. Já a variável independente na qual os participantes serão expostos consiste em psicoeducação.

Será correlacionado a intensidade da dor, a depressão e a ansiedade através da correlação linear de Pearson que de acordo com Ayres *et al.* (2007, p. 85) “O coeficiente de Pearson – r – pode variar de -1 a $+1$ e quanto mais próximo desses valores, mais forte a associação das variáveis”. Como uma forma de organizar os dados usou-se primeiramente estatística descritiva e, a partir disso, calculados as médias das três variáveis.

Com as médias calculadas no pré e pós intervenção aplicou-se o Teste t. O Teste t de Student tem o objetivo de comparar as médias das amostras para verificar se houve ou não diferença significativa dos valores (AYRES *et al.*, 2007).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Inicialmente 24 pessoas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após fazer a seleção apenas 18 iniciaram os encontros. Dentre elas, 7 mulheres não tiveram o comparecimento em 25% dos encontros, sendo assim, 11 mulheres com diagnóstico de fibromialgia participaram efetivamente da pesquisa. As participantes foram convocadas online devido a insuficiência de pessoas cadastradas na fila de espera da Clínica de Fisioterapia da UNITAU. Como critérios para a inclusão das participantes na pesquisa era necessário o diagnóstico de fibromialgia e ter dores locais contínuas ou recorrentes há pelo menos 3 meses, ter idade entre 18 e 60 anos e ter disponibilidade na data e horário dos encontros.

3.3 INSTRUMENTOS

Realizou-se a coleta de dados pela aplicação de três instrumentos antes da intervenção e reaplicadas pós intervenção. Foram aplicados online o inventário breve de dor (IBD), o inventário de depressão e de ansiedade.

O Inventário Breve de Dor (IBD) é um recurso para avaliar a intensidade e a localização do impacto na qualidade de vida, na própria dor e na intervenção. É um instrumento multidimensional, sendo simples e fácil de entender (GABRIEL *et al.*, 2015).

Os questionários aplicados referentes a depressão e ansiedade são dos autores Greenberger & Padesky do livro “A mente vencendo o humor” (1999). O inventário de depressão e o inventário de ansiedade (apêndices A e B) do livro supracitado, são questões que avaliaram o quanto a pessoa experimentou cada sintoma durante a semana da data de resposta.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética, uma vez que envolve participantes, para que fosse averiguado se atendia aos critérios estabelecidos. Assim que aprovado (CAAE: 4.133.217) prosseguiu para obter contato com os pacientes da lista de espera da Clínica de Fisioterapia da UNITAU e da Clínica de Psicologia da UNITAU.

Inicialmente, contatou-se a Clínica de Fisioterapia da Unitau, para verificar a lista de espera dos pacientes com diagnóstico de fibromialgia. Posteriormente, ao verificar que as vagas não foram preenchidas devido a pandemia do COVID-19, foram disponibilizadas vagas online para os interessados.

No primeiro contato com as participantes, utilizou-se alguns minutos do primeiro encontro para conhecer cada integrante e verificar se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. Posteriormente, apresentou o tema e o objetivo da pesquisa, bem como o link para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi enviado online via Google Forms e concordado pelos participantes. Para finalizar, neste mesmo encontro, foram aplicados o Inventário Breve de Dor e depois os Inventários de Depressão e de Ansiedade.

Realizou-se oito encontros ao todo, em cada um deles foram abordados temas pertinentes a psicoeducação. O embasamento teórico foi a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e, no que se refere a abordagem da Fisioterapia, se deu por

meio da exposição gradual ao movimento realizada pela Dra. Alex Sandra Oliveira de Cerqueira Soares (CREFITO 3/27348-F).

O programa foi composto pela hierarquização das situações e movimentos evitados pelos pacientes, ou seja, aqueles movimentos que os mesmos relatam que têm medo de sua realização ou dor durante a sua execução. O relato realizado nas sessões de psicoeducação serviram como embasamento para planejamento dos exercícios a serem executados.

Foi iniciado com os movimentos que causam menos dor ou medo, evoluindo para aqueles que o grupo refere maior dor e medo. Foi utilizada a abordagem de exposição gradual ao movimento, ou seja, o protocolo de exercícios utilizado seguirá a exposição gradual ao movimento, abordagem que relaciona os temas e a fisioterapia que serão orientados pela Professora Supervisora da Clínica da Unitau.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente o procedimento de análise de dados começou pela aplicação do método de correlação de Pearson (r) para medir a correlação entre as variáveis que são a intensidade da dor, os sintomas de depressão e os sintomas de ansiedade. Foi correlacionado a intensidade da dor x ansiedade, intensidade da dor x depressão e, por último, a correlação entre depressão x ansiedade.

Referente ao Inventário de Depressão e Ansiedade foram calculados os escores do grupo no pré e pós intervenção. Depois através de estatística descritiva calculou-se a média dos resultados do grupo. E, a partir disso, foi feito o teste t nos resultados do pré e pós intervenção com o objetivo de comparar se houve melhora estatisticamente significativa ou não dos sintomas de depressão e ansiedade do grupo.

No Inventário Breve de dor, foi feita uma análise qualitativa das respostas das perguntas 1, 2, 7 e 8, bem como o feedback dado pelas integrantes do grupo no último encontro. As análises quantitativas foram feitas nas questões 3, 4, 5, 6 e 9. As questões 3, 4, 5 e 6 após somadas e realizada a média via estatística descritiva definiram a intensidade da dor do grupo. Foi aplicado o Teste t nos resultados da média.

Na questão 9 realizou-se o mesmo procedimento, após somadas e realizada a média do grupo, aplicado o Teste t para verificar se houve estatisticamente melhora significativa em como a dor interferia no cotidiano e nas atividades em geral, humor,

habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e na habilidade para apreciar a vida.

3.6 CRONOGRAMA

O cronograma proposto foi realizado durante oito encontros com a abordagem psicoeducativa com enfoque cognitivo-comportamental e exposição gradual ao movimento. Os temas abordados nos encontros foram: neurofisiologia da dor, técnica de relaxamento muscular progressivo, elaborado vídeos sobre alongamentos, foram passados exercícios de mobilidade para membros superiores e inferiores, importância da atividade física no controle da dor e a importância da psicoterapia no controle da dor.

Realizou-se um acolhimento com essas mulheres promovendo que o grupo fosse um espaço de fala sem julgamentos e sem críticas. Os temas foram: papo sobre os sofrimentos da vida, papo sobre como sua mente está influenciando a dor, autocuidado na fibromialgia e por fim, apresentado uma cartilha sobre tudo que foi abordado nos encontros como plano de ação. A Tabela 1 apresenta, a seguir, uma visão geral do conteúdo.

Quadro 01 – Visão Geral do Programa De Controle Da Dor Crônica

Programa de Controle da Dor Crônica								
Encontros semanais	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
	20/08	27/08	03/09	10/09	17/09	24/09	01/10	08/10
Apresentação do programa e aplicação dos questionários	X							
Neurofisiologia da dor		x						
Técnica de relaxamento muscular progressivo					x	X		
Vídeos sobre alongamentos				x	x	X	x	
Exercícios de mobilidade para membros superiores e inferiores			x					
Identificar pensamento e sentimentos		x						
Importância da atividade física no controle da dor			x					
Importância da psicoterapia no controle da dor				x				
Papo sobre os sofrimentos da vida					x			
Papo sobre como sua mente está influenciando a dor						X		
Autocuidado na fibromialgia							x	
Plano de ação e aplicação dos questionários								x

Fonte: Dados da Pesquisa.

4. RESULTADOS

Primeiramente apresenta-se a caracterização da amostra pesquisada e depois será apresentado os resultados divididos em análise qualitativa das respostas por escrito e análise quantitativa dos três inventários: IBD, inventário de depressão e inventário de ansiedade.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA PESQUISADA

A amostra do estudo é composta somente por mulheres, em um total de onze participantes com idade média de 50 ± 8 anos. Para melhor visualização, apresenta-se a seguir um quadro contendo os dados de identificação das participantes, tais como sexo, idade, Estado, nível de escolaridade e se trabalha atualmente.

Quadro 02 – Dados de identificação das participantes da pesquisa.

Participantes	Sexo	Idade	Estado	Nível de escolaridade	Trabalha atualmente
P1	F	39 anos	Pernambuco	Ensino Médio	Afastada
P2	F	58 anos	Piauí	Ensino Superior	Em benefício a 5 anos
P3	F	49 anos	Piauí	Ensino Superior	Não
P4	F	43 anos	Pernambuco	Ensino Médio	Não
P5	F	47 anos	Sergipe	Ensino Médio	Aposentada por invalidez
P6	F	51 anos	São Paulo	Ensino Médio	Sim
P7	F	38 anos	Paraíba	Ensino Médio	Sim
P8	F	61 anos	São Paulo	Ensino Médio	Não
P9	F	54 anos	Bahia	Ensino Superior	Sim
P10	F	57 anos	Sergipe	Ensino Superior	Não
P11	F	52 anos	Bahia	Ensino Superior	Sim

Fonte: Dados da Pesquisa.

Como mostra o quadro 1, a amostra foi composta por onze mulheres com diagnóstico de fibromialgia, sendo duas de Pernambuco, duas do Piauí, duas de Sergipe, duas de São Paulo, duas da Bahia e uma da Paraíba. No que diz respeito ao

nível de escolaridade cinco participantes tem o Ensino Médio e as outras seis participantes tem o nível de Ensino Superior.

Relacionado ao trabalho, quatro trabalham atualmente, quatro não trabalham atualmente, uma está afastada do emprego, uma em benefício e uma aposentada por invalidez. Vale ressaltar que as mulheres que trabalham atualmente não estão exercendo o mesmo trabalho que executavam antes do diagnóstico de fibromialgia.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

4.2.1 Os Encontros

O primeiro encontro destinou-se a apresentar a pesquisa e também a conhecer mais sobre as participantes. Após apresentação existiu um momento de acolhimento e escuta. Verificamos que algumas participantes se emocionaram ao relatarem momentos negativos do cotidiano e história de vida. Verificamos que nesse primeiro momento não se referiram uma as outras. Existiu uma concordância do grupo após uma das participantes relatar que, quem sofre de fibromialgia se preocupa muito com o outro, além disso, geralmente são perfeccionistas e detalhistas.

Achados na literatura vão de encontro com esse perfil psicológico citado pelas participantes, pois pessoas com fibromialgia tem um nível de exigência muito alto, principalmente consigo, geralmente são perfeccionistas desencadeando muitas vezes transtorno-compulsivo (OLIVEIRAA *et al.*, 2019; WEIDEBACH, 2002).

Em todo momento convidamos as participantes para abrirem as câmeras, mas poucas fizeram. Do primeiro até o terceiro encontro foram utilizados slides como método de apresentação do conteúdo do dia, mas verificamos o pouco comprometimento e engajamento do grupo. No segundo encontro apresentou-se o tema neurofisiologia da dor. No terceiro obtive pouca quantidade de participantes devido à acontecimentos externos e particulares. Após este encontro foi enviado um vídeo de alongamentos para serem feitos em casa.

O tema do quinto encontro tratou-se do tema “Um papo sobre os sofrimentos da vida” e, a partir dele houve uma aproximação de todo o grupo devido ao compartilhamento da vida pessoal de cada uma, inclusive houve elogios entre as participantes. Acredita-se que essa mudança de método estimulou o fortalecimento do grupo. No que se refere a Fisioterapia, houve aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo o que teve uma aceitação grande pelo grupo. Após esse

encontro, verbalizaram ter gostado do relaxamento e também de estarem ansiosas para os próximos encontros.

Percebeu-se no sexto encontro o quanto estava sendo benéfico o grupo, pois começaram a conversar entre si antes de entrar no tema programado para o dia. Ficou claro o estabelecimento de vínculo entre elas. Nesse encontro pedimos a participação de alguém que se sentisse confortável em contar a respeito de como se deu o processo da descoberta do diagnóstico. Duas participantes se manifestaram para dar seu relato e percebeu-se um ponto em comum e um ponto diferente. O comum foi que as duas se doavam muito ao trabalho, por vezes, tendo mais de dois empregos. Novamente surgiu a demanda de serem perfeccionistas e terem muitas responsabilidades. Uma delas contou que saía de casa para trabalhar cedo e só voltava a noite, o que a fez perder momentos importantes da vida de sua filha pequena.

A partir do diagnóstico, se sentiu de certa forma aliviada. Já a outra mulher, sentiu desespero, pois se afastou do que a motivava que era o trabalho. Por outro lado, esta mesma mulher conseguia tirar algo bom, pois vivenciou o crescimento da filha e se continuasse na mesma rotina não iria ter essa oportunidade.

Silva e Júnior (2007) conseguem traçar um perfil de mulheres com fibromialgia, os resultados apresentados foram que existe um passado com vivências dolorosas devido à perdas de alguém querido, apresentam dificuldade de relacionamento, exige muito das pessoas que as cercam e de si mesmas, pensam muito no amanhã e esquecem de aproveitar o hoje acreditando que o futuro reservam coisas negativas e não conseguem ver o lado bom das situações. Essas características foram observadas nas participantes do grupo.

O ponto divergente foi como lidaram com o diagnóstico, enquanto uma definiu como “alívio” a outra definiu como “desespero”. Uma delas disse que sofreu por muitos anos dores que não sabia dar nome, fez vários exames, passou por consultas médicas, fez uso de medicamentos e isso só causava mais sofrimento, pois ainda não tinha um diagnóstico.

O sétimo encontro abordou o tema “Papo sobre como sua mente está influenciando a dor” juntamente com a aplicação de uma atividade. A atividade consistiu em ser uma forma alternativa para se expressarem frente a Fibromialgia. Em um papel foi orientado para que as participantes escrevessem o nome da patologia, depois que elas pensassem na fibromialgia como uma sombra, ou seja, como algo

externo ao corpo. Naquele papel colocasse tudo que tivesse vontade de falar para essa sombra. Após isso, teria que compartilhar com o grupo.

Cada uma do grupo relatou como ficou seu papel, algumas fizeram em formato de texto, outras separaram em pontos positivos e pontos negativos e outras em palavras soltas. Na maioria do grupo a palavra “fibromialgia” foi usada como título do texto, apenas uma das participantes escreveu na margem.

Algumas frases e palavras marcaram muitos papéis e histórias de vida. Apareceram várias vezes para definir o que é a fibromialgia e o que ela trouxe: “tristeza”, “dor”, “tirou minha paz”, “invalidez”, “tirou minha vontade de viver”, “me limita”, “maltrata nosso corpo” e “quero que saia do meu corpo”. As participantes que tiveram mais dificuldade em continuar lendo por ter se emocionado ou apenas colocado coisas negativas, o grupo se manifestava com alguma palavra de apoio.

Isso ficou ainda mais evidente quando a P5 verbalizou que não conseguia falar e, neste momento de fala não queria nem aparecer no vídeo. Houve uma manifestação de 3 ou 4 participantes respondendo que “ela era forte e guerreira”, “precisava mais cor na vida”, “olhar para as coisas boas” e “percebeu o que ela construiu”.

Uma das participantes descreveu “eu não gosto da fibromialgia e eu quero que ela saia do meu corpo”. Verificou-se que esse relato apresentou o padrão de repulsa frente a dor que é descrito pela autora Loduca (2014) como “a dor representa uma ameaça à identidade do indivíduo e ele mobiliza quaisquer recursos para combatê-la, estabelecendo, assim, uma atitude de repulsa ao quadro algico”. Pacientes com esse padrão verbalizam a vontade de se ver livre da dor como se fosse algum corpo estranho e nega a qualquer curso a presença da dor, o que desencadeia raiva, medo e ansiedade. O que torna um ciclo vicioso onde a pessoa não admite a dor, quer se livrar do desconforto e não consegue, gera emoções negativas o que abala autoestima, intensidade da dor e também um ritmo acelerado de vida.

Ao concluir a atividade uma das participantes finalizou dizendo *“Por mais que a fibromialgia tire nossa alegria, nos limita, que nos traga medo e dor, por meio desse grupo e lives que estão tendo, podemos aprender e mudar nossos comportamentos. Por mais que a fibromialgia nos leve para o fundo do poço, ela não vai conseguir por que agora eu vou ter conhecimento para que ela fique lado a lado comigo e não tome conta da minha vida. Ela está comigo, mas ela vai andar do meu lado, sem me derrubar tanto. Botar um sorriso no rosto e aprender cada dia mais.”* Acrescentou que

“Eu não tinha noção do quanto a alimentação é importante, do quanto a atividade é importante e do quanto o conhecimento é importante por que sem ter o conhecimento fica difícil da gente nos ajudar, é necessário buscar esse conhecimento para que a gente possa ter vida saudável e alegre.”

O objetivo desta atividade era que as participantes percebessem que a fibromialgia é uma patologia, mas não define quem elas são. Todos os dias elas relataram ter dores, seria uma nova forma de olhar para essa situação.

Como resultado, elas relataram no último encontro que o grupo tratou-se de algo importante por proporcionar a escuta de outras pessoas, por mais que a patologia seja uma só, cada uma experienciava e lidava de formas diferentes. Segundo o autor Pellegrino (2002, p. 115) relata que grupos de apoio “pode ser um meio valioso para a educação e o tratamento em fibromialgia”. Ter a oportunidade de compartilhar experiências com outras pessoas que possuem a mesma condição pode ser uma ferramenta terapêutica poderosa.” Uma das participantes relatou sobre os encontros *“foi a vivência de uma experiência maravilhosa de bem estar, de socialização e humanização, não apenas extraiu de nós o que era a princípio o objetivo, mas nos proporcionou uma interação maior, nos aproximou, nos ampliou o cuidado com o outro, e mais ainda o autocuidado, assim como uma forma diferente de olhar para o que vai nos acompanhar a vida toda (a dor). Foi uma experiência muito proveitosa, harmoniosa e muito mais muito prazerosa manifestada através dos diálogos de igual para igual. Deixando claro que é possível criarmos alternativas simples que facilitam a nossa convivência com a fibromialgia.”*

4.2.2 Inventário Breve De Dor

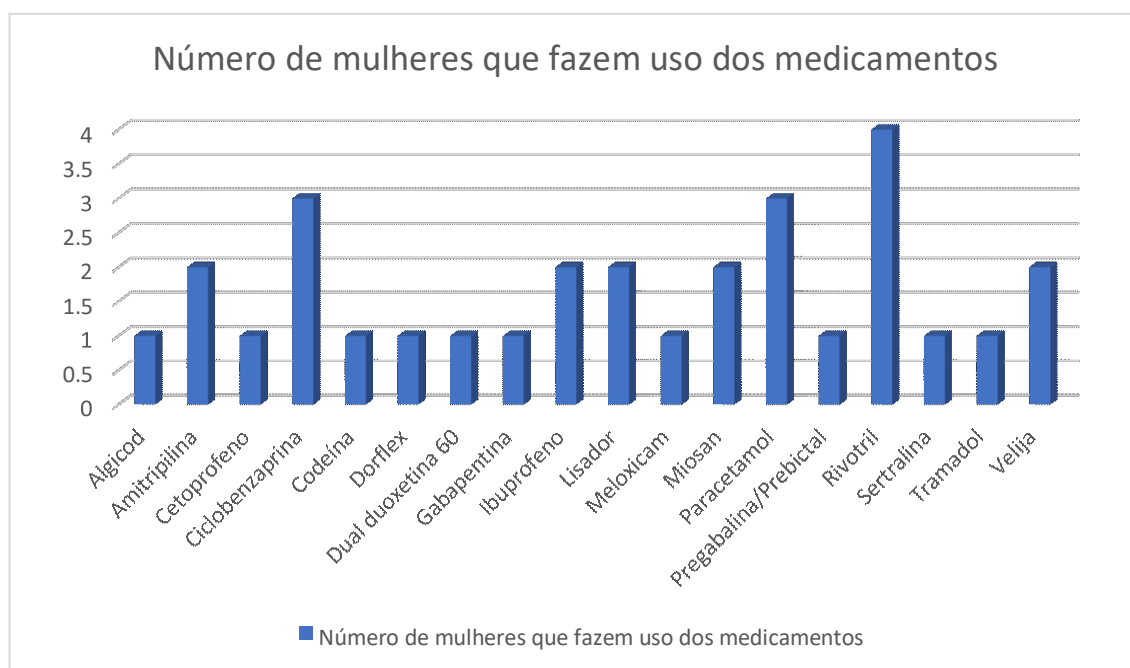
No Inventário Breve de dor, fez-se análise qualitativa das respostas das perguntas 1, 2, 7 e 8, bem como o feedback dado pelas integrantes do grupo no último encontro.

A questão 1 corresponde a identificar se as participantes tiveram dor diferente dos habituais como, dor de cabeça, dor de dente, etc. Antes da intervenção todas responderam que tiveram. No pós intervenção apenas uma respondeu que não, mas as demais mantiveram as respostas.

Os resultados no que se refere a questão 2 do número de locais acometidos por dor, a média das participantes pré intervenção foram 19 locais acometidos e pós intervenção foram 18 locais acometidos.

A questão 7 se refere as medicações ou tratamentos feitos por conta da dor. Todas as onze participantes fazem algum tipo de tratamento seja farmacológico ou não. Podemos verificar que não houve alteração nos tratamentos e/ou medicações usadas pelo grupo.

Gráfico 01 – Medicamentos usados pelo grupo na questão 7



Fonte: Dados da Pesquisa.

Alguns medicamentos para o tratamento da fibromialgia foram citados pelo Consenso Brasileiro (2010), onde a gestão da Sociedade Brasileira de Reumatologia consultou especialistas de outras áreas médicas para elaborarem esse artigo. Os medicamentos benéficos citados que vão de acordo com o que foi coletado das pesquisadas foram: os antidepressivos amitriptilina e o similar que é o ciclobenzaprina e a sertralina, analgésicos simples como dorflex, também podem ser considerados como o tramadol associado ao paracetamol e a pregabalina.

Existem outros medicamentos citados no estudo, mas o grupo não fazia uso. O medicamento não recomendado pelo consenso foi o clonazepam. Os autores Chaitow e Morrison (2002) confirmam que alguns antidepressivos auxiliam no alívio dos sintomas como, sono e dor, de muitos pacientes com fibromialgia. Os tratamentos não farmacológicos foram citados unicamente: ozonioterapia, caminhadas, psicoterapia, massoterapia e pilates.

A questão 8 se refere ao quanto nas últimas 24 horas, a intensidade da dor melhorou proporcionada pelos tratamentos ou medicalizações. Mesmo não tendo nenhuma alteração nos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos após a intervenção, a média ficou maior do que na pré intervenção. Então a média de melhora de 6 foi para 7. Conclui-se que mesmo não alterando os tratamentos e medicamentos houve uma melhora na pós intervenção.

4.3 ANÁLISE QUANTITATIVA

Ao realizar a correlação de Pearson os resultados mostraram uma correlação fraca entre dor e ansiedade ($R= 0,49$), moderada entre dor e depressão ($R= 0,59$), por fim, correlação alta entre depressão e ansiedade ($R=0,90$).

Elaborou-se uma tabela para melhor visualização das médias das variáveis intensidade da dor, depressão e ansiedade, usando para comparação o Teste t antes e depois da intervenção.

Tabela 01 - Estatística descritiva dos escores de intensidade da dor (questões 3, 4, 5 e 6), de depressão e ansiedade antes e depois da Psicoeducação.

Variável	Antes da intervenção (n=11)	Depois da intervenção (n=11)	Valor de p
	Média	Média	
Intensidade da dor (0 a 10)	7	6	0,003
Depressão (0 a 57)	26	19	0,03
Ansiedade (0 a 72)	34	30	0,14

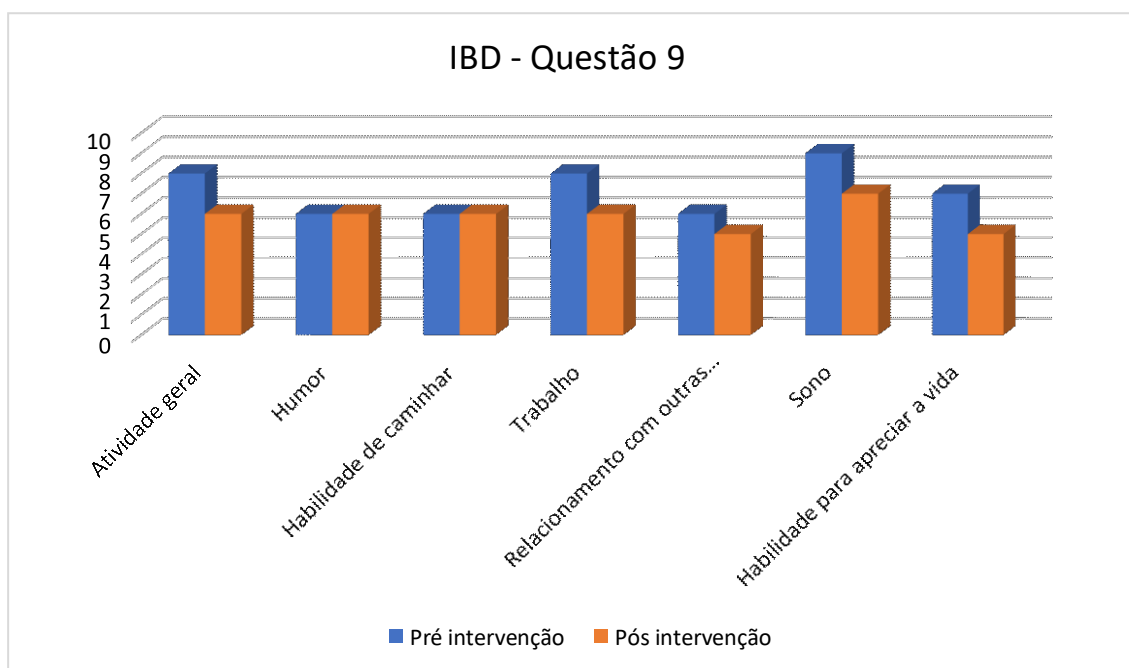
Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados das onze participantes mostram que a intensidade da dor no pré intervenção obteve a média 7, sendo assim, a dor foi considerada alta visto que todas fazem algum tipo de tratamento, seja medicamentoso ou não. De acordo com os dados obtidos no pós intervenção a média de dor ficou 6. Ao realizar o Teste t observou que houve uma melhora fortemente significativa na intensidade da dor.

No que se refere a depressão pré intervenção obteve-se média 26, no pós intervenção 19. Com a aplicação do Teste t podemos verificar estatisticamente que houve uma melhora fortemente significativa. Há uma correlação forte entre dor e depressão, dessa forma, quando há diminuição em um, conseqüentemente há alívio do outro também.

Em relação a ansiedade pré intervenção obteve-se média 34 e no pós intervenção 30. Após aplicação do Teste t antes e depois da intervenção possibilitou verificar estatisticamente uma melhora marginalmente significativa.

Gráfico 02 – Representação da média de dados comparativos pré e pós intervenção.



Fonte: Dados da pesquisa.

A questão 9 do IBD avalia o quanto nas últimas 24 horas a dor interferiu nas questões do cotidiano como, atividade geral, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e habilidade para apreciar a vida. Na aplicação inicial da atividade em geral obteve-se o valor da média de 8 que se alterou

para 6, quanto ao trabalho do valor da média 8 passou para 6, o relacionamento com outras pessoas passou de 6 para 5 e em habilidade para apreciar a vida de 7 foi para 5. Não houve alteração no valor do humor e na habilidade de caminhar. O valor da média 6 e se manteve pós intervenção. Nota-se através da média do IBD que, a maior dificuldade das pacientes se apresenta no item sono que inicialmente com valor 9, passou para 7.

Tabela 02 - Estatística descritiva do escore da questão 9 antes e depois da Psicoeducação.

Variável	Antes da intervenção (n=11)	Depois da intervenção (n=11)	Valor de p
	Média	Média	
Questão 9	7	6	0,057

Fonte: Dados da Pesquisa.

A tabela 4 mostra a média total da questão 9 antes e depois da intervenção, bem como o valor do Teste t antes e depois ($p= 0,057$) o que corresponde a uma melhora marginalmente significativa.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve algumas limitações que devem ser apontadas. Em primeiro lugar, impossibilitou de generalizar os resultados devido a amostra pequena. Ocorreram eventos externos não controlados, mas significativos que alteraram nos resultados. No Inventário Breve de Dor na questão 2 que se refere aos números de locais acometidos pela dor foi impactado por esses eventos, pois ao realizar a média no pós intervenção uma das participantes pontuou o número máximo de locais que são 53.

Uma das participantes contraiu o vírus do COVID-19, o que ocasionou nos resultados de pós intervenção um aumento nos sintomas de ansiedade e depressão, que impactou nos resultados finais da pesquisa.

Outra variável que interferiu nos resultados, foi a frequência da realização das atividades propostas as participantes. Tendo em consideração que nos encontros foram ensinados exercícios de mobilidades para membros superiores e inferiores, relaxamento progressivo muscular e alongamentos. E, os vídeos disponibilizados como apoio de exercícios de mobilidade e alongamentos para realizarem ao longo da semana em casa.

Os medicamentos ministrados pelas participantes não foram alterados durante o tempo da realização desta pesquisa, contribuindo no fortalecimento da eficácia dos resultados obtidos pela prática da psicoedução. Os tratamentos existentes atualmente sejam eles medicamentosos ou não, promovem a melhoria na qualidade de vida e não a cura.

Alguns autores como Martins *et al.*, (2014), Chaitow (2002) entre outros, chamam a atenção para uma atuação interdisciplinar com fibromiálgicos. A interdisciplinaridade da psicologia com a fisioterapia se mostrou eficaz atingindo os objetivos desta pesquisa, mesmo com curta duração e modalidade online, ainda assim, promoveu benefícios.

O presente estudo não levou em consideração o diagnóstico de depressão e de ansiedade, apenas a presença dos sintomas.

O resultado da questão 9 do Inventário Breve de Dor apresentou melhoras após a intervenção nos itens de: realização de atividades em geral, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e habilidade para apreciar a vida. Já os itens humor e habilidade de caminhar não tiveram alterações.

O item sono destacou-se nos resultados positivos obtidos nesta pesquisa. Tendo em vista que o sono não reparador é um dos fatores incapacitantes para os fibromiálgicos, verificou-se que a intervenção interdisciplinar proporcionou avanços qualitativos. Góes *et al* (2017) realizou um estudo que foi possível verificar em um grupo de mulheres com fibromialgia que as que apresentaram maiores proporções de sintomas de depressão e ansiedade foram as que possuíam sono não reparador.

6. CONCLUSÃO

O impacto da atuação da psicologia e da fisioterapia juntas, indicaram não somente a diminuição da intensidade da dor, dos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com fibromialgia, mas também em como a dor interferiu no cotidiano dessas pessoas, promovendo inclusive, melhora no sono, nas atividades em geral e na habilidade de apreciar a vida.

Nesse contexto de atuação conclui-se com esta pesquisa que, se houvesse a presença de mais profissionais da área da saúde tais como, nutricionista, reumatologista, médicos, enfermeiros e outros, a psicoeducação teria impacto maior na qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, abordar a fibromialgia pela perspectiva de cada profissional, além de beneficiar os pacientes, os ganhos na área científica seriam de grande relevância.

O conhecimento dos resultados do presente estudo, contribui ainda para elaboração de um protocolo interdisciplinar com encontros online para pessoas com fibromialgia, devido ao COVID-19 e as circunstâncias da necessidade de reclusão social que o país vive hoje.

Uma das dificuldades iniciais desta Pesquisa deu-se na adesão de participantes, pois o impacto da reclusão social corroborou para tanto. Com os encontros sendo realizados online nos deparamos com algumas dificuldades, principalmente para manter a presença dos participantes. O reforçador para a participação das integrantes foi a criação de um grupo no WhatsApp, com mensagens enviadas no decorrer da semana, conseqüentemente, a interação entre o grupo foram aumentando fortalecendo o vínculo. Considerando que os benefícios alcançados em oito encontros realizados semanalmente foram significativos, conclui-se que havendo a possibilidade de mais encontros na semana, os benefícios para o grupo teriam sido melhores.

Foram disponibilizados ao longo dos encontros alguns vídeos e no encerramento uma cartilha para que as participantes possam consultar e realizar a manutenção dos comportamentos aprendidos na psicoeducação.

Corroboram para a conclusão desta pesquisa o autor NOGUEIRA *et al.* (2017), explicando os benefícios da psicoeducação para tratamento individual e para intervenções em grupo e SALVETTI *et al.* (2012) elucidando um programa interventivo de psicoeducação em pacientes com dor crônica que demonstra o efeito na

diminuição significativa da intensidade da dor e nos sintomas depressivos e de ansiedade.

Podemos concluir que esta pesquisa se baseia na psicoeducação interdisciplinar como um tratamento não farmacológico e eficaz na contribuição para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com fibromialgia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV**: Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: *Artmed*, 2002, 4a. ed.

ARAUJO, Anna Brunet Monteiro; DOS SANTOS TERRA, Barbara; BERARDINELLI, Lina Marcia Migueis. Fibromialgia, hábitos de vida e gerenciamento da dor: Uma reflexão antropológica para a enfermagem. **Saúde Coletiva (Barueri)**, n. 50, p. 1702-1707, 2019.

AYRES, Manuel et al. BioEstat: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas. **Instituto Mamirauá, Belém**, v. 364, 2007.

BATISTA, Emmanuelle Dias et al. Avaliação da ingestão alimentar e qualidade de vida de mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 2, p. 105-110, 2016.

BECK, Judith. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Artmed, 2007.

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**, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.

BERLINCK, Manoel Tosta. A dor. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v.2, n.3, p.46-58, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **Fibromialgia**: os desafios de uma doença invisível, 2017 [acesso em 29 Out 2020]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/52386-fibromialgia-os-desafios-de-uma-doenca-invisivel>

BRESSAN, L. R. et al. Efeitos do alongamento muscular e condicionamento físico no tratamento fisioterápico de pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 2, p. 88-93, 2008.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.1, p.36-43, 2007.

BUENO, Roberta Chiden et al. Exercício físico e fibromialgia. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 20, n. 2, 2012.

CAMPBELL, Donald Thomas, STANLEY, Julian Cecil. **Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa**. São Paulo: E.P.U/EDUSP, 1979.

CASTRO, Martha Moreira C. Dor e Sofrimento | Eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo. In PORTINOI, André G. **A psicologia da dor**. Guanabara Kogan. Cap. 15. 2014.

CHAITOW, Leon. A história e a definição da fibromialgia. In: CHAITOW, Leon. **Síndrome de fibromialgia: um guia para o tratamento**. Editora Manole. 2002. Cap. 1, p. 1-15.

CHAITOW, Leon. Causas da fibromialgia: várias hipóteses exploradas. In: CHAITOW, Leon. **Síndrome de fibromialgia: um guia para o tratamento**. Editora Manole. 2002. Cap. 4, p. 55-64.

CHAITOW, Leon. Condições associadas com a fibromialgia. In: CHAITOW, Leon. **Síndrome de fibromialgia: um guia para o tratamento**. Editora Manole. 2002. Cap. 3, p. 29-54.

COELHO, Charlotte. Ansiedade e Depressão na Fibromialgia. **Psicologia. PT**, p. 1-16, 2016.

CORDEIRO, Vanessa Nazário et al. A dor crônica: experiência de pacientes em tratamento de fibromialgia. 2018. **Psicossomática na saúde coletiva: um enfoque biopsicossocial**. 2001.

DA SILVA CAMPOS, Isolda de Marilak; PAPALÉO, Regina. Ter bom humor apesar da fibromialgia. **REVISTA LATINO-AMERICANA DE PSICOLOGIA CORPORAL**, v. 1, n. 8, p. 115-127, 2019.

DE SOUZA, Luiz Paulo Marques; FORGIONE, Maria Cristina Rizzi; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crônica e fibromialgia. **Acta fisiátrica**, v. 7, n. 2, p. 56-60, 2000.

DIAS, A. Dor crônica—Um problema de saúde pública. **Psicologia**, p. 1-8, 2007.

FAGUNDES, Felipe Ribeiro Cabral et al. Efeitos do relaxamento muscular progressivo em pacientes fibromiálgicos. **Revista Terapia Manual**, p. 568-572, 2010.

GÓES, Suelen Meira et al. Sono não-reparador e comorbidades associadas em mulheres com fibromialgia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 3, 2017.

GREENBERGER, Dennis, PADESKY, Christine. **A mente vencendo o humor**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

HEYMANN, Roberto E. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 50, n.1, p.56-66, 2010.

HEYMANN, Roberto E. O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 1-1, 2006.

JOSÉ, Roberto. et al. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.44, n.6, p.443-449, 2004.

JUNIOR, Milton Helfenstein; GOLDENFUM, Marco Aurélio; SIENA, César Augusto Fávoro. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

LEMES, Carina Belomé, NETO, Jorge Ondere. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, v.25, n.1, p.17-28, 2017.

LODUCA, Adrianna. A Adesão ao Tratamento Interdisciplinar na Dor Crônica. In: PORTINOI, André G. **A psicologia da dor**. Guanabara Kogan. 2014.

MARCO, Mário Alfredo de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2006.

MARQUES, Amélia P.; ASSUMPÇÃO, Ana; MATSUTANI, Luciana A. **Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2. ed. rev. e atual. Editora Manole, 2015.

MARQUEZ, Jaime Olavo. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Cienc. Culto**. São Paulo, v.63, n.2, p.28-32, Abril de 2011. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200010&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 de novembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>

MARTINEZ, José Eduardo. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 2-2, 2006.

MARTINEZ, José Eduardo. Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar? **Acta Fisiátrica**, v.4, n.2, p.99-102, 1997.

MARTINEZ, José Eduardo; BEVILACQUA, Juliana Morini; SACOMAN, Débora Laena Barroso. Influência do tipo de alimentação na evolução dos sintomas apresentados em pacientes com fibromialgia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 2, p. 69-72, 2015.

MELO, Samara Alencar. **Dor cervical: um estudo de prevalência**. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

MILANI, Rute Grossi et al. A dor psíquica na trajetória de vida do paciente fibromiálgico. **Aletheia**, n. 38-39, p. 55-66, 2012.

NETO, Onofre Alves. **Dor: princípios e prática**. Artmed Editora, 2009, p.386.

NOGUEIRA, Carlos André et al. A Importância Da Psicoeducação Na Terapia Cognitivo-Comportamental: Uma Revisão Sistemática. **HÍGIA-REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E SOCIAIS APLICADAS DO OESTE BAIANO**, v. 2, n. 1, 2017.

OLIVEIRAA, Julianna Pereira Ramos et al. O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, p. e20180411, 2019.

PELLEGRINO, Mark. Medicina física e uma abordagem de reabilitação para tratar a fibromialgia. In: CHAITOW, Leon. **Síndrome de fibromialgia: um guia para o tratamento**. Editora Manole. 2002. Cap. 9, p. 111-120.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.32, n.2, p.179-186, agosto, 1998.

PROVENZA, José Roberto et al. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, n. 6, p. 443-449, 2004.

QUARTILHO, M. Fibromialgia: Consenso e controvérsia. **Acta Reumatológica Portuguesa**. 29. p,111-129, 2004.

RAJA, Srinivasa N. et al. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da dor: conceito, desafios e compromissos. **Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da dor**. 2020. Disponível em <https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf>

REIS, Joaquim. Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 415-433, set. 1999. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311999000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2020.

REZENDE, Marcelo C. et al. EpiFibro-um banco de dados nacional sobre a síndrome da fibromialgia: análise inicial de 500 mulheres. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 5, p. 382-387, 2013.

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

SILVA, Solange N., JÚNIOR, Armando Rocha. Características psicológicas presentes em mulheres portadoras de fibromialgia. **Revista Educação-UNG-Ser**, v. 2, n. 1, p. 55-64, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA- SBR, **Fibromialgia: Cartilha para pacientes**; São Paulo, 2011. Disponível em:<<http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20fibromialgia.pdf>>. Acesso em: 12 set 2016.

SOUZA, Juliana Barcellos de; PERISSINOTTI, Dirce Maria Navas. The prevalence of fibromyalgia in Brazil—a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. **BrJP**, v. 1, n. 4, p. 345-348, 2018.

STEFFENS, Ricardo de Azevedo Klumb et al. Fatores associados à adesão e desistência ao exercício físico de pacientes com fibromialgia: uma revisão. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, p. 353-357, 2011.

TOYOSHIMA, Marcos Tadashi K. Dor. **MedicinaNet**. 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1215/dor.htm>

VALIM, Valéria. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 49-55, 2006.

WEIDEBACH, Wagner Felipe de Souza. Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 291, Dec. 2002. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400028&lng=en&nrm=iso. access on 07 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000400028>.

APÊNDICE A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Professor Robison Baroni



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “Psicoeducação de pessoas com fibromialgia: uma experiência interdisciplinar com a fisioterapia”, sob a responsabilidade do pesquisador Dr. Paulo Roberto Grangeiro Rodrigues. Nesta pesquisa pretendemos avaliar o impacto de um programa psicoeducativo associado com tratamento fisioterápico de oito semanas na intensidade da dor, nos sintomas depressivos e de ansiedade por meio de um instrumento para avaliação multidimensional da dor, uma escala de depressão e outra de ansiedade. Serão feitos oito encontros com duração de 1 hora e 30 minutos sendo uma vez por semana. Após a intervenção estes instrumentos serão novamente aplicados para verificar se os objetivos foram atendidos.

Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Os benefícios consistem em melhora dos sintomas da fibromialgia, com possível remissão. Há o risco de haver algum desconforto com os itens dos questionários, mas fica assegurada a recusa a responder e a desistência em qualquer momento do processo. Entretanto, para quaisquer danos físicos ou psicológicos ocorridos, o(a) Sr.(a). poderá ser atendido nas respectivas Clínicas de Fisioterapia e de Psicologia (CEPA) da UNITAU.

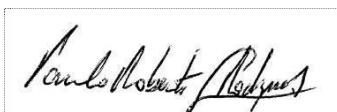
Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. O(A) Sr.(a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(à) senhor(a). Para qualquer outra informação o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador por telefone (12) 3937-6114 - inclusive ligações a cobrar ou pelo e-mail paulo.grangeiro@unitau.br.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br.

O pesquisador responsável declara que a pesquisa segue a Resolução CNS 466/12.

Rubricas:



Paulo Roberto Grangeiro Rodrigues

ANEXO – A

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE A MENTE VENCENDO O HUMOR

→ Circule o número, em cada item, que melhor descreve o quanto você experimentou cada sintoma durante a última semana

	Nem um Pouco	Às Vezes	Frequentemente	A Maior Parte do Tempo
1. Humor triste ou deprimido	0	1	2	3
2. Sentimentos de culpa	0	1	2	3
3. Humor irritado	0	1	2	3
4. Menos interesse ou prazer em atividades costumeiras	0	1	2	3
5. Afastado ou evitando as pessoas	0	1	2	3
6. Achando mais difícil fazer as coisas do que de costume	0	1	2	3
7. Vendo a mim mesmo como inútil	0	1	2	3
8. Dificuldade de concentração	0	1	2	3
9. Dificuldade de tomar decisões	0	1	2	3
10. Pensamentos suicidas	0	1	2	3
11. Pensamentos recorrentes de morte	0	1	2	3
12. Pensando em um plano suicida	0	1	2	3
13. Baixa autoestima	0	1	2	3
14. Vendo o futuro sem esperança	0	1	2	3
15. Pensamentos de autocrítica	0	1	2	3
16. Cansaço ou perda de energia	0	1	2	3
17. Perda de peso significativa ou diminuição do apetite (não inclui perda de peso com um plano de dieta)	0	1	2	3
18. Alteração no padrão de sono – dificuldade para dormir ou dormindo mais ou menos do que de costume	0	1	2	3
19. Diminuição do desejo sexual	0	1	2	3

Escore (somatório dos números circulados)

ANEXO – B

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE A MENTE VENCENDO O HUMOR

→ Circule o número, em cada item, que melhor descreve o quanto você experimentou cada sintoma durante a última semana

	Nem um Pouco	Às Vezes	Frequentemente	A Maior Parte do Tempo
1. Nervosismo	0	1	2	3
2. Preocupação Frequente	0	1	2	3
3. Tremores, espasmos musculares	0	1	2	3
4. Tensão muscular, dores musculares	0	1	2	3
5. Inquietação	0	1	2	3
6. Cansaço fácil	0	1	2	3
7. Respiração superficial	0	1	2	3
8. Batimento cardíaco acelerado	0	1	2	3
9. Transpiração não devido ao calor	0	1	2	3
10. Boca seca	0	1	2	3
11. Tonteira, vertigem	0	1	2	3
12. Náusea, diarreia ou problemas estomacais	0	1	2	3
13. Urinação frequente	0	1	2	3
14. Rubores (calores) ou calafrios	0	1	2	3
15. Dificuldade de engolir ou bola na garganta	0	1	2	3
16. Sentindo-se tenso ou excitado	0	1	2	3
17. Facilmente assustado	0	1	2	3
18. Dificuldade de concentração	0	1	2	3
19. Dificuldade de pegar no sono ou dormir	0	1	2	3
20. Irritabilidade	0	1	2	3
21. Evitando lugares onde possa ficar ansioso	0	1	2	3
22. Pensamentos frequentes de perigo	0	1	2	3
23. Vendo-se incapaz de lidar com as dificuldades	0	1	2	3
24. Pensamentos frequentes de que algo terrível irá acontecer	0	1	2	3

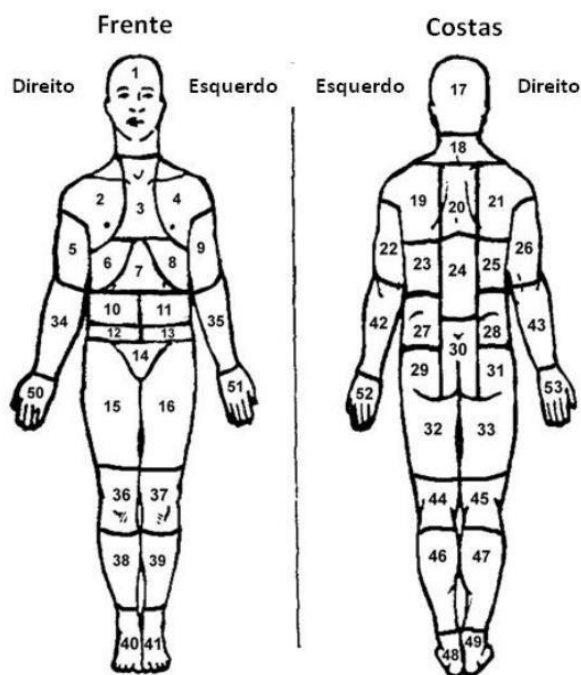
Escore (somatório dos números circutados)

ANEXO – C
INVENTÁRIO BREVE DE DOR
INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1. Sim 2. Não

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?		
Nome	Dose/ Frequência	Data de Início
8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando? Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.		
Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% alívio completo		
9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:		
Atividade geral		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Humor		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Habilidade de caminhar		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Trabalho		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Relacionamento com outras pessoas		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Sono		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Habilidade para apreciar a vida		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente

ANEXO – D

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE A MENTE VENCENDO O HUMOR

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

**VAMOS FALAR DE
FIBROMIALGIA?**

CARTILHA EDUCATIVA





UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:

ALUNAS DA PSICOLOGIA

JULIA DIAS DO ROSÁRIO

LARISSA COELHO PIRES

MARIA EDUARDA ZIMMERMANN

ALUNA DA FISIOTERAPIA

ANA GABRIELA DA SILVA

COORDENADOR RESPONSÁVEL

PROF. DR. ARMANDO ROCHA JUNIOR

CRP: 18.473

COORDENADORA DO PROJETO DE EXTENSÃO

INFORMADOR

PROF. DRA. ALEX SANDRA DE OLIVEIRA DE

CERQUEIRA SOARES

CREFITO 3/27348-F



SUMÁRIO

O QUE É FIBROMIALGIA?.....	4
IMPACTO DO DIAGNÓSTICO.....	4
O APOIO FAMILIAR.....	5
O QUE É AUTOCUIDADO?.....	6
QUAL O PRIMEIRO PASSO PARA VOCÊ APRENDER A SE CUIDAR?.....	6
COMO A PSICOLOGIA PODE AJUDAR?.....	7
ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA FIBROMIALGIA.....	9
DESCOBRINDO ATIVIDADES PRAZEROSAS.....	10
PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA.....	10
COMO A FISIOTERAPIA PODE AJUDAR?.....	11
ALONGAMENTOS.....	11
AUTOMASSAGEM COM AS MÃOS.....	16
O QUE É RELAXAMENTO PROGRESSIVO?.....	19
SERÁ QUE SOMENTE EU TENHO FIBROMIALGIA?...	20
EXISTEM LEIS?.....	21
LINKS SOBRE FIBROMIALGIA	
DOR DIMINUÍDA É DOR COMPARTILHADA	

4**O QUE É FIBROMIALGIA?**

A fibromialgia (FM) é caracterizada pela presença de dor crônica e generalizada associada a outros sintomas, como distúrbio do sono, fadiga, depressão, ansiedade e outros. A vivência dolorosa na fibromialgia gera consequências de importância social, pois afetam a qualidade de vida e, conseqüentemente, a vida profissional, familiar e social, o que contribui para um sofrimento prolongado, com incertezas, medos, preocupações e sensação de incapacidade. Avaliando pela perspectiva do modelo biopsicossocial que traz a visão de indivíduo como um todo e a sensação dolorosa por outras perspectivas que englobam aspectos, além dos físicos, os culturais e emocionais.

IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

Para um diagnóstico de fibromialgia é necessário que seja feito um exame físico, pois os exames de ressonância magnética são ineficazes já que essa patologia não tem ponto físico.

Juntando a dificuldade do diagnóstico e intensas dores em diversas partes do corpo, um grande sofrimento é gerado no indivíduo, impactando negativamente sua qualidade de vida .

5

A fibromialgia é uma doença crônica, ou seja, que não tem cura, por conta disso, é necessário a postura ativa do paciente, pois fatores psicológicos e comportamental afetam ainda mais essa condição causando a exacerbação ou a demora da recuperação, a má adesão ao tratamento, enfrentando e se comportando de forma mal adaptativa ou negando os sintomas.

APOIO FAMILIAR

O apoio familiar é imprescindível nesse processo de descoberta da doença, pois é um momento de muita perda para o paciente, por isso, a pessoa passa por um processo de enlutamento, o luto pela perda da saúde. Como a pessoa reage frente a descoberta e vivência da fibromialgia é particular, depende da história de vida, da cultura, da personalidade e da estrutura emocional.



6**O QUE É AUTOCUIDADO?**

O auto cuidado é o prestar atenção em si mesmo, baseado na percepção que a pessoa tem sobre sua condição de vida e seus problemas, garantindo a preservação de autonomia

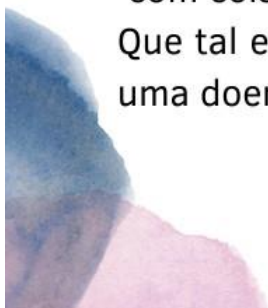
"A dor me acompanha a todo momento, mas quando ela extrapola eu sei que é o hora de eu voltar a atenção para o meu corpo, meus pensamentos e emoções."

no processo do cuidado para a melhoria da própria qualidade de vida. É necessário que tenha a aceitação da fibromialgia primeiramente, modificando assim, seus comportamentos e sentimentos para lidar com a patologia. Sendo assim, é necessário desenvolver o senso de responsabilidade pela própria saúde.

QUAL O PRIMEIRO PASSO PARA SE CUIDAR?

O ponta pé inicial para começar a cuidar de si é focar no que está no seu controle e evitar se preocupar com coisas que não estão no seu controle.

Que tal então, em vez de pensar que a fibromialgia é uma doença grade e crônica, mudar o foco do seu





7

pensamento para "O que eu posso fazer para viver melhor hoje?" ou então "O que está ao seu alcance hoje?". É necessário também que compreendam a necessidade de mudança e buscar profissionais capacitados à orientar corretamente sobre o assunto.

COMO A PSICOLOGIA PODE AJUDAR ?

O estudos frente a importância dos procedimentos da psicologia no tratamento de pessoas com doenças crônicas aumentam cada vez mais e se mostram eficazes. Existem várias intervenções que a psicologia pode propor para esses pacientes bem como, técnicas de relaxamento e respiração, treino de controle de estresse, reestruturação cognitiva, psicoeducação, entre outros. Costumamos dizer que a psicologia se faz de psicologias, pois existem algumas abordagens que compreendem os seres humanos por perspectivas diferentes, dessa forma, cada profissional dependendo de sua abordagem e com a necessidade do paciente irá aplicar procedimentos diferentes.

"Preciso fazer psicoterapia então?" Não necessariamente. Por vezes, as pessoas enxergam a psicologia somente associando a psicoterapia, o que é incorreto. A psicoterapia é um dos processos mais longo e

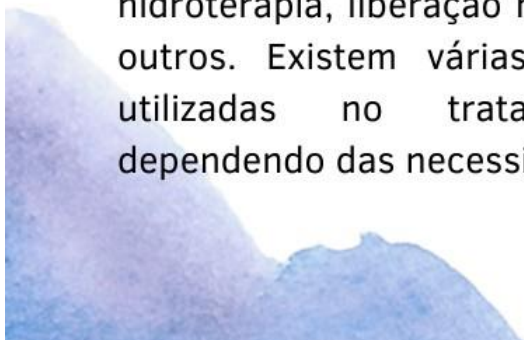
8

individual, mas existem também o aconselhamento psicológico, psicoterapia em grupo, psicoterapia breve, entre outros. Fica claro em estudos a importância de um profissional da psicologia atuando com pessoas com doenças crônicas em conjunto com a atuação de outros profissionais.

A pessoa que tem fibromialgia vivencia a dor fisicamente, pois convive com a dor diariamente e também na psicologicamente devido a exclusão social e limitações. O impacto é ainda mais negativo quando o fibromialgia convive com pessoas que julgam como "frescura", associam que por conta da doença precisam estar com aspecto de doente. Essa situação desenvolve ainda mais sofrimento para os fibromiálgicos. Por conta dessas situações e muitas outras, é necessário o cuidado da parte emocional, o processo de enfrentamento da fibromialgia e o grau de aceitação.

**Por conta de conviver com a fibromialgia
diariamente....**

Algumas pessoas tentam outras terapias, como relaxamento progressivo, massagem terapêutica, hidroterapia, liberação miofascial, acupuntura, entre outros. Existem várias técnicas que podem ser utilizadas no tratamento da fibromialgia, dependendo das necessidades de cada paciente.





ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA FIBROMIALGIA

A depressão e ansiedade são comorbidades da fibromialgia, ou seja, frequentemente estão relacionadas.

Para investigação é necessário uma avaliação psicológica com um profissional, sendo psicólogo ou psiquiatra. Pessoas que possuem fibromialgia não necessariamente terão ansiedade/ou depressão, ou vice-versa. O quadro em doenças crônicas sofre uma piora nos sintomas quando há a presença da ansiedade e/ou depressão, porém, elas podem ser superadas com terapia ou, se necessário, com o auxílio de medicamentos.

ANSIEDADE

Envolve aceleração das reações físicas; evitação a mudança de comportamento; pensamento catastrófico; preocupações com eventos futuros e preocupação generalizada; e geralmente focam o presente e o futuro.

DEPRESSÃO

Envolvem lentificação; encontram dificuldades em fazer as coisas; pensamento deprimido que tende a ser negativo, desesperançado e autocrítico; e se concentram no passado e no presente.

10**DESCOBRINDO NOVAS ATIVIDADES
PRAZEROSAS**

Algo importante a ser feito é descobrir atividades prazerosas para se distrair da dor e melhorar o seu humor. Sugestões:

Ligar ou mandar
mensagem para amigos.

Escrever.

Cantar.

Dançar.

Fazer artesanato.

Assistir a um filme.

Ler um livro novo.

Ir a praia.

Ouvir música.

Cozinhar.

Costurar.

PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA**ATIVIDADE FÍSICA**

Qualquer movimento que seja resultado de contração muscular voluntária que leve a um gasto energético acima do repouso. Ex. Andar até a padaria.

EXERCÍCIO FÍSICO

Consiste em movimentos corporais programados, estruturados e sistematicamente repetitivos que têm como objetivo melhorar o condicionamento físico.



11

A prescrição de exercícios aeróbicos, de fortalecimento e alongamento de músculos e tendões são os mais indicados. Exemplo: correr, nadar, pedalar, danças, etc.

Muitas pessoas acreditam erroneamente que pessoas com fibromialgia devem evitar exercícios físicos, por falta de informação podem gerar o medo de realizar movimentos nestas pessoas, além disso, começam a evitar atividades sociais e profissionais.

COMO A FISIOTERAPIA PODE AJUDAR ?

Os programas de fisioterapia promovem os maiores ganhos na diminuição do impacto da dor da fibromialgia na vida dos pacientes, daí a importância do trabalho multidisciplinar e educativo no qual o fisioterapeuta, participa informando e instruindo corretamente os pacientes a realizarem exercícios musculoesqueléticos pelo menos duas vezes por semana.

ALONGAMENTOS

Alongamentos ou fortalecimento muscular também podem ser benéficos para pacientes com fibromialgia.



12

Preparação: Fique de pé com boa postura, pés separados na largura dos ombros.

Execução: Curve-se para a frente e toque o dedo do pé com a mão oposta. Levante-se e repita do outro lado. Tente manter os joelhos retos.



Preparação: Ajoelhe-se ao lado de uma cadeira robusta (ou da cama) com a mão apoiada no assento/ cama.

Execução: Incline-se para trás, deixando os joelhos dobrarem, mas mantendo os quadris retos, até sentir um alongamento definitivo, mas não doloroso, na parte frontal das coxas.

13

Preparação: Deite de costas.

Execução: Dobre os joelhos e coloque as mãos nos pés. Segure seus pés e endireite os joelhos. Sinta um alongamento na parte de trás das pernas.



Preparação: Fique de frente para a parede, coloque as duas mãos na parede. Dê um passo de bom tamanho para a frente com uma perna e dê um passo para trás com a outra perna.

Execução: Mantenha as costas, quadril e joelho retos. Flexione o joelho para a frente enquanto desloca o peso do corpo para a frente (em direção à parede) até sentir um alongamento na perna.

14

Preparação: Lance uma perna à sua frente e abra os quadris. O pé da frente está voltado para a frente, e o pé de trás perpendicular ao pé da frente.

Execução: Dobre a perna da frente e alongue a perna de trás, alcance o braço para cima e por cima da cabeça.



Preparação: Comece com quatro apoios.

Execução: Alcance com um braço para trás para segurar o pé oposto atrás de suas costas.

15

Execução: Sentado com os pés no chão. Traga uma perna para cima e cruze-a sobre a outra. Alcance o braço oposto ao redor da perna. Torça na parte superior das costas.



Preparação: Deite-se de bruços com os braços perto dos ombros.

Execução: Pressione o peito para cima, mantendo os músculos do tronco e as pernas relaxados.

16**AUTOMASSAGEM COM AS MÃOS****CABEÇA**

Execução: Coloque os polegares no alto das maçãs do rosto, junto aos ouvidos. Aplique suavemente a pressão em movimentos circulares com as pontas dos dedos nas têmporas. Continue fazendo círculos enquanto se move ao longo da linha do cabelo, até que as pontas dos dedos se encontrem no meio da testa.

**PESCOÇO**

Execução: 1. Coloque duas ou três pontas dos dedos na parte de trás do pescoço, no encontro com os ombros. 2. Aplique pressão firme e segure no local. 3. Solte quando o músculo estiver mais relaxado. 4. Role os ombros para frente e para trás lentamente. 5. Repita três vezes.

17**OMBROS**

Execução: 1. Posicione os dedos da mão direita sobre o ombro direito (o trapézio superior ficará embaixo da palma da mão). 2. Aperte o trapézio superior três vezes e depois role os dedos sobre o músculo, começando do lado de fora e movendo-se em direção à base do pescoço. 3. Repita no seu lado esquerdo.

**DÊ UM ABRAÇO EM SI MESMO PARA RELAXAR A TENSÃO NOS OMBROS**

Execução: Cruze os braços sobre o peito e agarre um ombro com cada mão. Aperte e solte cada ombro três vezes. Então, deslize as mãos para os braços, apertando e relaxando até chegar aos pulsos.

18**MÃOS**

1. Comece colocando os dedos sobre o pulso, como se estivesse medindo a pulsação, e aplique uma pressão de um lado para o outro no pulso. 2. Mova-se para a parte de baixo da palma das mãos e comece a aplicar pressão em um pequeno movimento circular, trabalhando do lado do dedo mindinho e indo para o lado do polegar. 3. Em seguida, segure a pele que conecta o polegar ao resto dos dedos e mova-o suavemente para cima e para baixo. 4. Depois aplique pressão usando um pequeno movimento circular nos músculos na base dos dedos. 5. Em seguida, suba pelos dedos usando pequenos movimentos circulares. Depois de alcançar a ponta do dedo, puxe-o suavemente para esticar a articulação. Executar em ambos os lados.

19**O QUE É RELAXAMENTO PROGRESSIVO?**

O Relaxamento muscular progressivo é uma técnica efetiva para ajudar no tratamento de pessoas com ansiedade crônica e dores musculares. Quando praticado com frequência, esse treino permite um ganho de controle sobre a tensão do corpo e também pode ajudar pessoas com insônia à dormir mais rapidamente. Esse relaxamento, trata-se de um guia em que a pessoa precisa focar a atenção em músculos específicos para sentir a diferença de sensação entre os estados de relaxamento e de contração muscular.

Esteja em algum local tranquilo e se possível com os olhos fechados. Sentado em algum lugar confortável ou deitado de barriga para cima. Respirando devagar.

Alertamos que não se deve realizar pausas na respiração, mesmo durante as contrações. Durante o treino, a pessoa será orientado a realizar uma série de contrações e, em seguida, deverá receber o comando para perceber a sensação de relaxamento que acontece logo após o movimento. As contrações devem ser com intensidade leve a moderada.



SERÁ QUE SOMENTE EU TENHO FIBROMIALGIA?

A fibromialgia é mais comum do que você imagina. É uma doença que, do ponto de vista acomete do ponto de vista epidemiológico, acomete um predomínio do sexo feminino, com prevalência entre 30-50 anos, podendo ocorrer também na infância e na terceira idade.


EXISTEM LEIS?

A representante da Associação Nacional de Fibromiálgicos e Doenças Correlacionadas, Tatiana Sílvia Magri, apresentou em 2019, em São Carlos, a proposta da lei



19.136/2019, que proporciona às pessoas portadoras de fibromialgia, a retirada do cartão preferencial nas unidades do Sistema Integrado do Município (SIM) para utilizarem as vagas de estacionamento destinadas a portadores de necessidades especiais. O objetivo da entidade é aprovar legislação semelhante em todos os municípios brasileiros. A Lei 19.136/2019 também obriga órgãos públicos e o setor privado (bancos, lotéricas, por exemplo) a conceder preferência no atendimento aos portadores de fibromialgia.

21




"Tenho fibromialgia, INSS. Logo, você pode sim pedir seu auxílio-doença?"

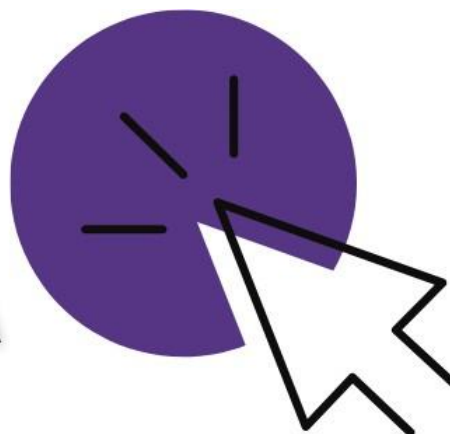
A fibromialgia pode afastar pelo INSS. Logo, você pode sim pedir seu auxílio-doença. Os portadores de Fibromialgia que estiver afastado do trabalho por mais de 15 dias, poderá

requerer diretamente ao INSS o benefício de auxílio-doença, conforme os artigos 59 ao 64 da Lei nº 8.123/1991. Para isso é preciso passar por uma "Autarquia Previdenciária", que nada mais é do que a avaliação que um médico.

Cabe lembrar que o tempo mínimo que alguém precisa estar contribuindo ao INSS para poder usufruir do benefício do auxílio doença, é de 12 mensalidades. Mesmo se o trabalhador, portador de fibromialgia for autônomo poderá requerer tal benefício, desde que este contribua para com o INSS. Caso seja detectado a incapacidade total e permanente do portador da doença em questão para o trabalho e suas atividade habituais, deverá ser concedida a aposentadoria por invalidez, conforme artigos 42 e 62 da Lei nº 8.213/1991. Se o portador/segurado tiver seu benefício negado, este poderá recorrer ao Poder Judiciário, a fim de ver seu direito reconhecido, onde este passará novamente por uma nova perícia, porém, tal avaliação será efetuada pelo médico perito de confiança do juiz.



LINKS SOBRE FIBROMIALGIA



[HTTP://WWW.BLOG.SAUDE.GOV.BR/INDEX.PHP/PROMOCAO-DA-SAUDE/52386-FIBROMIALGIA-OS-DESAFIOS-DE-UMA-DOENCA-INVISIVEL](http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52386-fibromialgia-os-desafios-de-uma-doenca-invisivel)

Blog da Saúde - Ministério da Saúde
"Fibromialgia: os desafios de uma doença invisível"

[HTTP://PESQUISAEMDOR.COM.BR/?PAGE_ID=64](http://pesquisaemdor.com.br/?PAGE_ID=64)

Pesquisa em dor - Entendendo a Dor
Alguns passos que podem trazer grandes mudanças na vida.



DOR COMPARTILHADA É DOR DIMINUÍDA

**DICA DE INSTAGRAM PARA SEGUIR
@FIBROMIALGIANORDESTE**

Organização sem fins lucrativos que promove o conhecimento da fibromialgia via profissionais da saúde com lives. Além disso, disponibilizam grupos via whatsapp.



REFERÊNCIAS

BATISTA, Juliana Secchi; BORGES, Aline Morás; WIBELINGER, Lia Mara. Tratamento fisioterapêutico na síndrome da dor miofascial e fibromialgia. *Revista Dor*, v. 13, n. 2, p. 170-174, 2012.

BECK, Judith. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artmed, Cap.1, 2007.

DE SOUZA, Luiz Paulo Marques; FORGIONE, Maria Cristina Rizzi; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crônica e fibromialgia. *Acta fisiátrica*, v. 7, n. 2, p. 56-60, 2000.

DIAS, Ana Rita. Dor crônica–Um problema de saúde pública. *Psicologia*, 2007.

FAGUNDES, Felipe Ribeiro Cabral et al. Efeitos do relaxamento muscular progressivo em pacientes fibromiálgicos. *Revista Terapia Manual*, p. 568-572, 2010.

FERREIRA, Gabriele; MARTINHO, Ulisses Guimarães; TAVARES, Maria da Consolação Gomes CF. Fibromialgia e atividade física: reflexão a partir de uma revisão bibliográfica. *Salusvita*, v. 33, n. 3, p. 433-446, 2014.

GREENBERGER, Dennis; PADESKY, Christine A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa.** Artmed Editora, Cap.1, 2017.

HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010.

Lei que garante preferência a portadores de fibromialgia é regulamentada. **ACidadeON**, São Carlos, 29 de julho de 2020. Disponível em <<https://www.acidadeon.com/saocarlos/cotidiano/coronavirus/NOT,0,0,1534790,lei+que+garante+preferencia+a+portadores+de+fibromialgia+e+regulamentada.aspx>> Acesso em 20 de outubro 2020.

MARQUEZ, Jaime Olavo. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Cienc. Culto.** , São Paulo, v. 63, n. 2, p. 28-32, abril de 2011. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200010&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 de outubro de 2020.

MARTINEZ, José Eduardo. Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar? *Acta Fisiátrica*, v.4, n.2, p.99-102,1997.

MARTINS, Marilene de A.; VANDENBERGHE, L. Psicoterapia no tratamento da fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. *Sobre comportamento e cognição*, v. 18, p. 238-248, 2006.

MELO, Samara Alencar. **Dor cervical: um estudo de prevalência**. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

MILANI, Rute Grossi et al. A dor psíquica na trajetória de vida do paciente fibromiálgico. *Aletheia*, n. 38-39, p. 55-66, 2012.

OLIVEIRA, Julianna Pereira Ramos et al. O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 40, p. e20180411, 2019.