

Inês da Conceição Monteiro



**Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas  
pautadas pela dor**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023



Inês da Conceição Monteiro



**Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas  
pautadas pela dor**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

**Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas  
pautadas pela dor**

**Inês da Conceição Monteiro**

Assinatura \_\_\_\_\_

Dissertação apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa, como parte dos requisitos  
para obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação  
da Professora Doutora Zélia de Macedo  
Teixeira.

## **Resumo**

Para muitos definida por dor, para outros tantos definida por incapacitante. A Fibromialgia é caracterizada como a doença crónica de dor generalizada com maior prevalência. Define-se por ser uma doença de dor crónica generalizada e persistente, acompanhada por fadiga, alterações no sono, queixas cognitivas e sintomatologia ansiosa e depressiva. Apresenta uma grande complexidade diagnóstica e de tratamento e ainda se reveste de algum preconceito e possível estigmatização no domínio clínico e médico.

Desta forma, a presente investigação pretendeu dar voz às experiências de vida dos portadores de Fibromialgia, bem como compreender a forma como estes percebem e vivem a sua realidade em função da dor, a nível desenvolvimental e de relação com a doença. Para tal foi sustentada numa metodologia qualitativa com recurso a entrevistas semiestruturadas junto de portadores de Fibromialgia, posteriormente analisadas recorrendo à Teoria Sustentada nos Dados.

Os resultados espelhados nos discursos das participantes confirmam a existência de experiências pessoais centralmente (des)organizadas pela dor, sendo que dão nota de um processo sinuoso até à chegada ao diagnóstico, uma vez que nos casos recolhidos foi devolvido pelos clínicos com reduzida informação quanto às características da doença e quanto aos processos disponíveis para adaptação às condições que a Fibromialgia impõe. As estratégias propostas para lidar com a dor são predominantemente farmacológicas e as alternativas de procura de recursos para enfrentamento da doença são de iniciativa das participantes. Ressalta ainda a inexistência de um espaço para o acompanhamento psicológico individualmente ou integrado numa equipa multidisciplinar, o que remete para a necessidade de valorizar as competências dos profissionais da Psicologia

cumprindo as linhas de orientação para um acompanhamento integrado dos pacientes com Fibromialgia.

**Palavras-chave:** Fibromialgia; Dor; Teoria Sustentada nos Dados.

### **Abstract**

For many defined by pain, for many others defined as disabling, fibromyalgia is characterized as the chronic disease of generalized pain with the highest prevalence. It is defined as a disease of generalized and persistent chronic pain, accompanied by fatigue, changes in sleep, cognitive complaints and anxious and depressive symptomatology. It presents a great diagnostic and treatment complexity and still has some prejudice and possible stigmatization in the clinical and medical domain .

Thus, the present research aimed to give voice to the life experiences of Fibromyalgia patients, as well as to understand how they perceive and live their reality in function of pain, in the various areas of life and in the relationship with the disease. To this end, it was supported by a qualitative methodology using semi-structured interviews with Fibromyalgia patients, later analyzed using the Grounded Theory.

The results reflected in the discourses of the participants confirm the existence of personal experiences centrally (dis)organized by pain, give note of a meandering process until the arrival of the diagnosis, which in the cases collected was returned by the clinicians with little information about the characteristics of the disease, and about the processes available for adaptation to the conditions that Fibromyalgia imposed. The strategies proposed to deal with pain are predominantly pharmacological, and the alternatives for seeking resources to cope with the disease are the initiative of the participants. It also highlights the lack of a space for psychological monitoring individually or integrated in a multidisciplinary team, which refers to the need to value the skills of psychology professionals fulfilling the guidelines for an integrated monitoring of patients with fibromyalgia.

**Keywords:** Fibromyalgia; Pain; Grounded Theory

### **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradecer à minha querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Doutora Zélia Teixeira que fez o seu papel da forma que nunca imaginei. Levo todas as palavras amigas comigo e espero que este caminho que é o meu continue a ser aprimorado por ela.

À minha mãe, obrigada por todo o amor, apoio e confiança que sempre depositou a mim.

À minha irmã, por nunca me deixar cair e por me apoiar nos momentos mais frágeis.

Ao meu pai, por me permitir seguir o meu sonho.

Ao Bernardo, por estar sempre ao meu lado.

À Steph, à Sofia e à Carolina, por acompanharem todo meu percurso e me reconfortarem sempre.

Ao Zé, por apenas com a sua presença conseguir fazer com que eu acredite em mim.

À minha Hinata por existir.

E aos participantes, por me permitirem realizar um estudo e se mostrarem disponíveis para o mesmo.

A todos, o meu muito obrigada.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo I: Fibromialgia</b> .....	4
1. Evolução Histórica.....	4
2. A entidade clínica usualmente denominada Fibromialgia .....	10
2.1. Etiologia.....	10
2.2. Dificuldades de Diagnóstico .....	14
2.3. Critérios Clínicos Atuais .....	15
3. Tratamento.....	21
3.1. Tratamento Farmacológico .....	24
3.1.1. Antidepressivos Tricíclicos .....	25
3.1.2. Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina .....	25
3.1.3. Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina.....	25
3.1.4. Anticonvulsivantes.....	26
3.1.5. Analgésicos .....	26
3.2. Tratamento Não Farmacológico.....	27
3.2.1. Psicoeducação.....	28
3.2.2. Fisioterapia e Acupuntura .....	28
3.2.3. Exercício Físico .....	29
3.2.4. Terapia Cognitivo-Comportamental .....	30
3.2.5. Bio e Neurofeedback.....	31
4. A abordagem da Psicologia e o Papel do Psicólogo .....	33
4.1. Impacto psicológico da Fibromialgia .....	36
<b>Capítulo II: Estudo Empírico</b> .....	41
1. Método .....	41
1.1. Amostra .....	41
1.2. Instrumentos.....	42

1.2.1.	Assentimento Informado .....	42
1.2.2.	Questionário de Dados Sociodemográficos .....	43
1.2.3.	Guião de Entrevista Semiestruturada.....	43
1.3.	Procedimentos.....	44
1.3.1.	Recolha de Dados .....	44
1.3.2.	Metodologia de análise da recolha de informação .....	45
1.3.2.1.	Método Qualitativo .....	45
1.3.2.2.	<i>Grounded Theory/ Teoria Sustentada nos Dados</i> .....	47
2.	Apresentação dos Resultados .....	49
2.1.	Resultados das Entrevistas Semiestruturadas .....	49
2.1.1.	Resultados obtidos na questão 1 .....	50
2.1.2.	Resultados obtidos na questão 2.....	51
2.1.3.	Resultados obtidos na questão 3.....	52
2.1.4.	Resultados obtidos na questão 4.....	53
2.1.5.	Resultados obtidos na questão 5.....	54
2.1.6.	Resultados obtidos na questão 6.....	55
2.1.7.	Resultados obtidos na questão 7.....	56
2.1.8.	Resultados obtidos na questão 8.....	57
2.1.9.	Resultados obtidos na questão 9.....	58
2.1.10.	Resultados obtidos na questão 10.....	59
3.	Análise e Discussão dos Resultados .....	60
	<b>Conclusão</b> .....	80
	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	86
	<b>Anexos</b> .....	86

## **Índice de Figuras**

Figura 1 – História da Fibromialgia

Figura 2 – Visão posterior e anterior dos 18 *tender points* da Fibromialgia

Figura 3 – Algoritmo Clínico da Fibromialgia

Figura 4 – Processo de um Estudo Qualitativo

Figura 5 - Questão 1. *Sei que é portadora de uma patologia com características muito diversas entre si. Seria possível descrever de que forma começou a perceber que poderia ter um problema de saúde?*

Figura 6 - Questão 2. *Dadas as características da patologia, sabemos que pode ser de difícil diagnóstico médico. Qual foi o seu percurso (caminho) até chegar ao diagnóstico final de Fibromialgia?*

Figura 7 - Questão 3. *O que recorda acerca do momento em que lhe apresentaram este diagnóstico?*

Figura 8 - Questão 4. *O que se recorda sobre a sua reação ao diagnóstico?*

Figura 9 - Questão 5. *Todas as doenças crónicas pressupõem uma adaptação por parte do paciente. Como foi a sua adaptação ao diagnóstico da doença?*

Figura 10 - Questão 6. *Atualmente, quais são os sintomas que prevalecem?*

Figura 11 - Questão 7. *Quanto ao tratamento ou aos tratamentos dos sintomas, quais foram as suas experiências?*

Figura 12 - Questão 8: *Na sua opinião, e olhando para trás no que respeita às mudanças que a FM pode ter trazido para a sua vida, quais acha que foram os principais efeitos nas várias áreas da sua vida?*

Figura 13 - Questão 9. *Alguma vez sentiu necessidade de apoio psicológico dado o diagnóstico de FM? Tem/teve apoio psicológico?*

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - *Síntese dos fármacos utilizados com maior frequência por pacientes com fibromialgia*

Tabela 2 - *Síntese das estratégias não farmacológicas utilizadas com maior frequência por pacientes com fibromialgia*

Tabela 3 - *Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Participantes em Função do Género, Idade, Escolaridade, Profissão e Situação Profissional.*

### **Lista de Abreviaturas**

AAPT	<i>ACTION-APS Pain Taxonomy</i>
ADT	Antidepressivo Tricíclico
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAR	Colégio Americano de Reumatologia
CID	Classificação Internacional das Doenças
DGS	Direção Geral de Saúde
FIQR	Questionário de Impacto da Fibromialgia
FM	Fibromialgia
HPA	Hipotálamo-hipófise-adrenal
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IRSN	Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
SS	<i>Symptom Severity</i>
WPI	<i>Widespread Pain Index</i>

## **Introdução**

Nas doenças de dor crónica, a dor pode ser a principal e única queixa apresentada pelos pacientes. Sendo a dor crónica uma dor persistente, o tratamento aplicado deve ser realizado com o objetivo de minimizar a sintomatologia dolorosa, melhorar a qualidade de vida, bem como a capacidade funcional dos indivíduos (International Association for the Study of Pain, 2021).

A Fibromialgia (FM) é a doença crónica de dor generalizada com maior prevalência. Estima-se que 2-8% da população mundial e 5-6% da população portuguesa sofrem desta doença. O sexo mais afetado é o feminino, sendo 80-90% dos casos de FM, mulheres (Clauw, 2014). Esta, é caracterizada por uma doença de dor generalizada contínua que apresenta sintomas como a fadiga, os distúrbios do sono, as alterações cognitivas e as alterações do humor (Direção Geral de Saúde, 2017).

Apesar de se conhecerem os sintomas que caracterizam a FM, o processo diagnóstico é muito complexo para os profissionais da área. Para além disso, e devido ao facto de não haverem exames laboratoriais que comprovem a FM, ainda existem profissionais que têm algum estigma em relação à doença. Posto isto, o diagnóstico de FM é realizado clinicamente, sendo muitas vezes um processo de exclusão de outras patologias até se chegar à FM (Galvez-Sánchez, 2020).

Relativamente ao tratamento, o mais eficaz é, de facto, a junção do farmacológico com o não farmacológico, a fim de amenizar a dor e a perceção que o doente tem da mesma. O tratamento farmacológico incide, essencialmente, nos antidepressivos e nos antiepiléticos. Já o tratamento não farmacológico, e de acordo com a taxa de maior eficácia, encontra-se a Terapia Cognitivo-Comportamental, que ajuda na diminuição da

depressão e no aumento da qualidade de vida, e o Exercício Físico, que ajuda no alívio da dor, na diminuição da rigidez muscular e na diminuição da fadiga (Souza *et al.*, 2022).

Esta doença apresenta repercussões em todas as componentes da vida de cada portador de Fibromialgia. De acordo com Marques (2004), há uma elevada percentagem de pacientes com queixa a nível do sono. Dormir mal, sono não reparador e acordar cansado são sintomas referidos com frequência. Ora, com a variável do sono afetada, o empenho na área laboral está diretamente comprometido, podendo os doentes apresentar dificuldade na execução do seu trabalho e, conseqüentemente, um aumento do risco de depressão. Deste modo, podemos concluir que a qualidade de vida de pacientes com FM vê-se reduzida aquando uma elevada intensidade de sintomas.

Esta investigação pretende dar voz às experiências dos portadores de FM, cuja vida é pautada e influenciada pela dor sentida, através da recolha de entrevistas que constatem os processos desenvolvimentais e de relação com a doença dos mesmos.

Para tal, selecionou-se o método *Grounded Theory*, que visa a utilização de recolhas de dados e a sua posterior análise, a fim de obter uma relação qualitativa relativamente às experiências dos participantes do estudo.

A presente dissertação encontra-se organizada em dois capítulos. O capítulo I refere-se à parte teórica da mesma, enquadrando a FM de acordo com a sua evolução histórica e as suas questões etiológicas envolventes. Nesta última, sabe-se que ainda não existe uma etiologia concreta que possa explicar a ocorrência de FM, sendo passíveis diferentes hipóteses de acordo com cada sujeito. De seguida, são apresentadas as dificuldades do processo diagnóstico, os critérios clínicos atuais, assim como os tratamentos disponíveis para a diminuição da sintomatologia da FM. Entre eles, o tratamento farmacológico, onde são incluídos diferentes fármacos e os seus efeitos, e o

tratamento não farmacológico, onde são descritas as estratégias utilizadas com maior frequência e melhores resultados nesta doença crónica. Para finalizar, neste capítulo é ainda apresentada a explicação aprofundada da abordagem da psicologia na FM, o papel que o psicólogo desempenha nestas situações e o impacto psicológico que a FM pode ter nos seus portadores.

O capítulo II, insere-se na parte prática da presente dissertação e tem como objetivo aceder às experiências de vida dos pacientes com diagnóstico de FM. Deste modo, pretende-se compreender todo o caminho feito pelos participantes, desde o primeiro sintoma ocorrido até ao tratamento no momento presente. Para além disso, e com enfoque no tema, anseia-se ainda compreender o modo como a psicologia auxilia no tratamento dos sintomas e o modo como os participantes são impactados pela doença, quer a nível pessoal, social ou laboral. Trata-se de uma investigação de metodologia qualitativa com recurso a uma entrevista semiestruturada, cujas questões se apresentam de forma aberta com o objetivo de aprofundar os variados temas. A população-alvo são indivíduos maiores de idade com diagnóstico de FM. De seguida, é apresentada a análise e a discussão dos resultados obtidos nas entrevistas, estando relacionadas com a parte teórica referida no capítulo I. Por fim, encontram-se as conclusões como modo de término da presente investigação.

## **Capítulo I: Fibromialgia**

### **1. Evolução Histórica**

A Fibromialgia (FM) é caracterizada por dor musculoesquelética generalizada e contínua como sintoma principal, acompanhada de sintomas funcionais. Estes incluem fadiga, insônia, déficit cognitivo, perturbações do humor e rigidez das articulações e dos músculos. Estes sintomas estão presentes a um nível semelhante há pelo menos 3 meses e não são melhor explicados por qualquer outro diagnóstico (Clauw, 2014; Galvez-Sánchez & Montoro, 2023)

Ao longo dos últimos anos, vários foram os termos utilizados para o que hoje é o conceito de FM. Existem, desde o século XVI, múltiplas queixas de dor músculo-esquelética por parte da população, sendo que Hipócrates atribuía o termo “reumatismo das histéricas” aos casos de mulheres com dor generalizada em relação ao comportamento psiquiátrico (Ellis, 2008).

Guillaume de Baillou (séc. XVI) foi um físico francês que começou a descrever as dores manifestadas a nível muscular e articular. Por volta do século XVIII, distinções entre reumatismo articular e distúrbios músculo-esqueléticos dolorosos – os chamados reumatismos musculares – foram feitos pelos médicos (Inanici & Yunus, 2004).

Em 1815, o cirurgião William Balfour declarou o aparecimento das estruturas duras (nódulos) como efeito da inflamação do tecido muscular, acabando por causar dor. Em 1827, Scudamore descreve o reumatismo como “dor do tipo peculiar, geralmente acompanhada com ações inflamatórias, afetando as texturas fibrosas brancas pertencentes aos músculos e articulações como tendões, aponeuroses e ligamentos” (Balfour, 1815; Inanici & Yunus, 2004).

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

Foi de seguida estabelecido por Valleix o termo “*pain/trigger point*”, sendo descritos pontos dolorosos em diferentes partes do corpo que pelo toque era sentida dor. Valleix concluiu ainda que esses pontos de dor se relacionavam com a rota de diferentes nervos (Inanici & Yunus, 2004).

Já em 1843, Froriep analisou pacientes que sofriam de “reumatismo”, descrevendo os seus músculos como estruturas duras, circunscritas e dolorosas (Smythe, 1989).

Beard, em 1880, referiu-se à fadiga, aos distúrbios psicológicos e, com especial focalização, às dores generalizadas com o conceito de neurastenia/mielastenia, dizendo que a causa para a síndrome e para os sintomas conseguintes era o *stress* de vida diário.

Em 1893, Graham afirmou que “o reumatismo muscular é provavelmente derivado do processo de coagulação da substância muscular contrátil semifluida e a adesão de fibrilas musculares”. Esta definição foi aprovada e defendida em 1920 por alguns médicos (Inanici & Yunus, 2004).

Sir William Gowers introduziu, pela primeira vez em 1904, o termo “*fibrositis*” – fibrosite – como sendo descritor de síndromes dolorosas musculares originadas pela inflamação dos tecidos fibrosos dos músculos (Gyorfi *et al.*, 2022).

Refere ainda nessa altura, que o frio agudo e crónico e a sobretensão muscular provocam um agravamento de sintomas como dor espontânea, fadiga e distúrbios do sono. Ralph Stockman (1904), em sequência do proposto por Gowers, demonstrou a presença de alterações histológicas, espessamento dos nervos e das paredes dos vasos sanguíneos na realização de biópsias aos referentes nódulos. Contudo, esta teoria nunca foi comprovada, sendo que o conceito inicial proposto por Gowers, a fibrosite, foi utilizado durante 72 anos (Smith *et al.*, 2011).

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

Em 1909, Sir William Osler descreveu o reumatismo como a “neurologia dos nervos sensoriais dos músculos”. Contudo, e uma vez que os sinais físicos e as alterações histológicas eram incertas, o reconhecimento da fibrosite foi dificultada por parte dos médicos (Inanici &Yunus, 2004).

Llewelly e Jones (1913), descreveram a fibrosite como articular, neuronal, muscular, infecciosa, traumática ou reumática, sendo que os sintomas podiam ser agravados, segundo os autores, pelo excesso de esforço e o frio. Ainda no século XX, Travell e Rinzler escreveram sobre os pontos-gatilho miofasciais e sobre a síndrome de dor miofascial (Inanici &Yunus, 2004).

Contrariamente a Gowers e à sua denominação fibrosite, Halliday defendia que o reumatismo muscular era um sintoma menor do estado psiconeurótico crónico, sendo que sugeriu remover o nome fibrosite e atribuir um outro, síndrome de dor e rigidez – reumatismo psicogenético (Inanici &Yunus, 2004).

Graham (1950), descreveu estados agudos e crónicos de dor que envolvem músculos, tecidos subcutâneos, ligamentos ou tendões. A sua etiologia foi descrita tendo subjacentes vários fatores como infeções, traumas, fatores climáticos e distúrbios psicológicos. Deste modo, o termo fibrosite foi relacionado com a dor aguda ou crónica e apresentado com várias etiologias. Foram então apresentados, por este autor, os seguintes sintomas: sintomas não músculo-esqueléticos, fadiga física, sofrimento psicológico e dores de cabeça.

Um estudo relevante, e idêntico ao que nos dias de hoje sabemos ser verdade, foi o estudo realizado por Traut (1968). Este autor refere que era maioritariamente o género feminino que sofria de dor e rigidez generalizadas, fadiga, dores de cabeça e perturbações

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

do sono. Demonstrou os pontos dolorosos mais comuns e aprovou a importância da ligação mente-corpo na fibrosite (Inanici & Yunus, 2004; Traut, 1968).

Em 1975, Smythe descreveu os considerados primeiros sintomas - ou sintomas primários - sendo estes: dor generalizada, pontos dolorosos, fadiga, perturbações do sono, rigidez matinal, fatores agravantes e de alívio e sofrimento emocional. Explicou que as causas para tal acontecer seriam o sono não reparador, traumas e sofrimento emocional (Moldofsky et al., 1975; Smythe & Moldofsky, 1977).

Na sequência a este artigo e após vários estudos, Smythe e Moldofsky identificaram de forma mais precisa os pontos dolorosos e sugeriram um conjunto de critérios que incluíam a dor crónica, distúrbios de sono, rigidez matinal, fadiga e, como acrescento, a presença de 12 *tender points*\* entre 14 locais específicos. Acrescentaram ainda que: “a existência de sensibilidade exagerada em locais anatomicamente reprodutíveis é fundamental para a aceitação e reconhecimento da síndrome” (Inanici & Yunus, 2004; Smythe & Moldofsky, 1977).

Finalmente em 1981, Yunus e seus colaboradores, sugeriram o termo Fibromialgia – palavra derivada do latim *fibro* (referente ao tecido fibroso que está presente em tendões, fáscias e ligamentos) e do grego *mio* (tecido muscular), *algos* (dor) e *ia* (condição) (Wolfe et al., 1990).

Quanto às ligações entre esta síndrome e o sofrimento psicológico, em 1989, Hudson e Pope estudaram a relação entre diferentes síndromes médicas e diferentes perturbações psiquiátricas (depressão, perturbação de pânico, bulimia e perturbação obsessiva-compulsiva) onde concluíram que existe uma ligação direta. Yunus aceitou, posteriormente, esta ideia, sendo que adotou as condições médico-psiquiátricas que incluíam a depressão (Inanici & Yunus, 2004).

\**tender points*: pontos dolorosos

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

O estudo realizado pelo Colégio Americano de Reumatologia (CAR,1990) auxiliou na categorização dos critérios de diagnóstico da Fibromialgia, sendo que foi, na altura, uma mais valia na prática diagnóstica da síndrome. Estes critérios incluíam dor generalizada – no lado esquerdo ou direito, membros inferiores ou superiores – há mais de 3 meses e presença de 11 ou mais pontos dolorosos nos 18 locais definidos anatomicamente. O CAR acrescentava ainda a dor muscular, as perturbações do sono, a fadiga, as dores de cabeça (cefaleias), as dores nas articulações, o declínio da memória, dificuldade de concentração, câibras nas pernas e depressão (Wolfe, 1990)

Os primeiros estudos onde foram utilizados os critérios de CAR, demonstraram que a idade na qual a FM era mais prevalente era entre os 55 e 79 anos, sendo o sexo mais afetado o feminino. Para além disso, foi demonstrado que os homens apresentavam um menor número de sintomas, bem como menos *tender points*. A Organização Mundial de Saúde (OMS) acabou por adotar os critérios de diagnóstico propostos por CAR, em 1990, com o código M79.7, classificando a Fibromialgia como uma perturbação dos tecidos moles (DGS, 2017).

O instrumento *Fibromyalgia Impact Questionnaire* foi criado em 1991 por Burckhardt *et al.* Este questionário permite avaliar os sintomas físicos e psicológicos da Fibromialgia e já foi validado e adaptado em diferentes países.

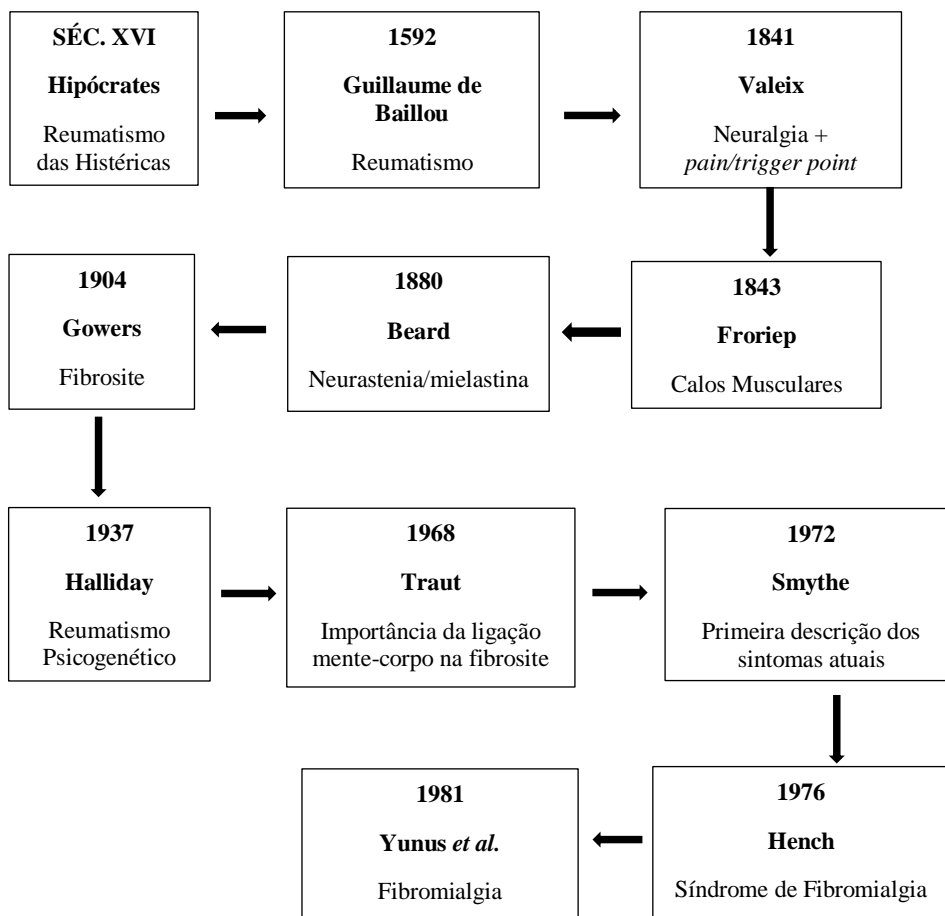
Devido às evoluções ocorridas na medicina desde 1990, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu a Classificação Internacional das Doenças (CID) que se encontra atualmente na sua décima primeira versão, a fim de existir uma maior facilidade para classificar e registar sintomas. Nesta estrutura classificativa foi aplicado um código diferente, MG 30.01, uma vez que a Fibromialgia passa a ser incluída no grupo de doenças referentes à dor crónica (World Health Organization, 2018).

Em 2012, o CAR acrescentou novos critérios de diagnóstico de Fibromialgia, onde os pontos dolorosos deixaram de ser o aspeto fulcral de diagnóstico. Foi então criado o *Widespread Pain Index* (WPI) – instrumento que permite a avaliação da dor – e a *Symptom Severity* (SS) – escala que permite avaliar a gravidade dos sintomas. Tanto o WPI como a SS, baseiam-se em sintomas como a dor, a fadiga, o sono, a cognição e os sintomas somáticos. Concluiu-se que esta nova vertente diagnóstica apresenta uma maior taxa de eficácia aquando comparada com a de CAR criada em 1990.

De seguida, é apresentada uma figura em forma de resumo relativa às terminações que foram sendo atribuídas ao conceito atual de Fibromialgia.

**Figura 1** – História da Fibromialgia

### História da Fibromialgia



## **2. A entidade clínica usualmente denominada Fibromialgia**

### **2.1. Etiologia**

A FM é um distúrbio complexo de dor crónica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Embora a causa exata da FM ainda não seja totalmente compreendida, pesquisas recentes sugerem que pode haver uma conexão entre a FM e alterações na função cerebral. A exploração da produção científica sobre esta temática sustenta este ponto.

Os vários sistemas de classificação de acordo com a medicina da dor (CID 11; APA), psiquiatria e neurologia (doença da dor, perturbação da dor somatoforme persistente, depressão mascarada, perturbação do sono) evidenciam apenas alguns componentes deste distúrbio complexo e heterogéneo (Häuser & Fitzcharles, 2018).

Assim, a FM é uma doença que ainda não apresenta cura e onde as dores intensas a nível músculo-esquelético são acompanhadas por sintomas psicológicos de elevado interesse clínico (Almeida *et al.*, 2019).

A FM e outros estados de dor "centralizados" são muito melhor compreendidos agora do que nunca. Esta patologia tem sido alvo de crescente investigação nos últimos anos, pelo que os profissionais da área continuam a explorar o conhecimento da génese, das causas, e da evolução que a Fibromialgia pode exibir (Häuser & Fitzcharles, 2018).

As alterações ocorridas no indivíduo que podem originar a doença crónica FM ocorrem a diferentes níveis.

É reconhecido que os pacientes com FM têm sensibilidade aumentada a uma variedade de estímulos, incluindo pressão mecânica e isquémica, calor e frio. Todavia, os mecanismos fisiopatológicos exatos por trás da FM permanecem indefinidos, embora

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

sejam provavelmente de origem multifatorial, incluindo processamento cortical anormal, reduções nos mecanismos moduladores da dor inibitória e alterações moleculares na via da dor, entre outros (Gyorfi *et al.*, 2022).

Os distúrbios no processamento da dor apresentam uma elevada função de causalidade, uma vez que a percepção que um indivíduo tem da mesma manifesta-se de forma bidirecional, abrangendo os processos relacionados com as vias ascendentes e descendentes. Isto porque, as vias ascendentes têm como função transmitir ao cérebro a dor sentida, e as vias descendentes têm como função a alteração da dor, utilizando como recurso hormonas como a serotonina e noradrenalina (Mense, 2000).

Assim, no processo etiológico que pode estar relacionado com a presença da patologia em questão destaca-se a disfunção a nível da libertação de neurotransmissores, respetivamente, a via da serotonina. A serotonina apresenta funções no sistema nervoso responsáveis pelas alterações a nível do comportamento e do humor, do sono, da fadiga, da ansiedade, da depressão, da agressividade e do apetite (Parvez *et al.*, 2022).

Contudo, é reconhecido que um paciente portador de FM apresenta níveis de serotonina e noradrenalina alterados, o que provoca efeitos negativos ao nível da inibição da dor – sensibilização central e hiperexcitabilidade das vias transmissoras da dor (Gomes *et al.*, 2022).

Por conseguinte, o sono, o humor e todos os aspetos referidos que são controlados pela serotonina, ficam, por sua vez, lesados (Chinn, 2016; Wierwille, 2012)

Para haver uma regulação destes comprometimentos, existem os recetores de serotonina que apresentam um papel importante no processo de inibição ou ativação. Estes recetores são vários, sendo que se subdividem em recetores responsáveis pela inibição da dor, pela regulação do sono, do comportamento e do humor (Hawkins, 2013).

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), apresenta um papel significativo no controlo da depressão, do *stress* e da regulação do sono, sendo que, é também neste eixo que é estabelecida a produção do cortisol (Tomas *et al.*, 2013).

O hipocortisolismo – níveis baixos de cortisol – tem sido frequentemente associado a características clínicas da fibromialgia, uma vez que esta condição provoca sintomas como fadiga e humor deprimido (Tanriverdi *et al.*, 2007; Úbeda-D'Ocasar, 2020).

Mais recentemente Pinto e colaboradores (2023) propuseram como modelo explicativo na génese da FM existência de um desequilíbrio na regulação emocional, refletido por um sistema de "ameaça" hiperativo e um sistema "calmante" subativo, que poderá manter a "rede de saliência" (também conhecida como rede midcingulo-insular) em modo de alerta contínuo, e esta hiperativação, em conjunto com outros mecanismos, contribui para a FM.

Deste modo, podemos concluir que ao haver uma disfunção a nível do sistema nervoso central e do sistema nervoso autónomo, ocorrem alterações no processamento da dor e da sensibilidade (Clauw, 2015).

Uma outra vertente etiológica da FM é a componente genética e ambiental. A nível genético, havendo um indivíduo portador de FM, a probabilidade de familiares diretos padecerem de FM é relativamente superior em relação ao resto da população. Diversos estudos suportam a ideia que a FM é desenvolvida por genéticos ou por fatores ambientais (Park & Lee, 2017).

Segundo Kato *et al.* (2006), os fatores que predisõem o desenvolvimento de uma patologia como a FM, são os fatores genéticos e ambientais. Este autor diz-nos que 50%

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

do risco de desenvolver FM é de caráter genético e que os outros 50% são de caráter ambiental – ambiente e história de vida do indivíduo.

Os potenciais genes encontrados associados à FM são *SLC64A4*, *TRPV2*, *MYT1L* e *NRXN3*. Além disso, uma interação genético-ambiental tem sido proposta como mecanismo desencadeante, através de alterações epigenéticas em particular. A FM parece ser caracterizada por um padrão de DNA hipometilado, em genes implicados na resposta ao *stress*, reparação do DNA, resposta do sistema nervoso autónomo e anormalidades neuronais subcorticais (D’Agnelli *et al.*, 2019).

Os fatores psicossociais também podem estar envolvidos na etiologia da FM. Podem ser classificados em fatores predisponentes, desencadeantes e estabilizadores/"cronificadores" (Eich *et al.*, 2000; Lourenço *et al.*, 2015).

Abusos na infância, traços depressivos e/ou ansiosos, falta de energia, desânimo, etc., são alguns dos fatores psicossociais que podem despoletar a FM (Goulart, 2016).

O mesmo se aplica ao domínio das características da personalidade, alvo de estudos como o de Seto e colaboradores (2019) dedicado ao levantamento dos traços de personalidade como mediadores do impacto da FM em termos de resultados na saúde.

A catastrofização da dor é um fator que tem surgido como relevante na manutenção/ agravamento dos sintomas (Montoro & Galvez-Sánchez, 2022; Paschali *et al.*, 2021).

## **2.2. Dificuldades de Diagnóstico**

A doença crónica é considerada, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), um problema de saúde pública. A Fibromialgia, por sua vez, é a doença crónica de dor generalizada com maior prevalência. Esta patologia apresenta um elevado grau de complexidade por tudo o que acarreta – sintomas físicos, psicológicos e dificuldade de diagnóstico (Branco, 2005; OMS, 2010).

Na FM, muitos são os domínios que, ainda hoje, são controversos nomeadamente no que diz respeito ao processo de diagnóstico. A identificação dos sintomas e os rótulos que os profissionais colocam segundo essa identificação, acabam por desviar muitas vezes o clínico e o paciente do diagnóstico correto. Isto deve-se, em parte, ao facto de não existir conhecimento generalizado e conciso acerca da fisiopatologia da fibromialgia e, consequentemente, poder haver um diagnóstico incorreto aos pacientes (Branco, 2005).

A FM é uma doença crónica caracterizada por dor generalizada e outros sintomas clínicos e emocionais. A falta de marcadores objetivos da doença tem sido um problema persistente na pesquisa da FM, na gestão clínica e no reconhecimento social da doença. Acresce-se que não existem testes de diagnóstico no que concerne à parte laboratorial, implicando, por sua vez, a inexistência de testes diagnósticos definitivos (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020; Kumbhare *et al.*, 2018).

Posto isto, é de realçar que os exames feitos segundo queixas músculo-esqueléticas, em pacientes com FM, não demonstram qualquer tipo de inflamação existente nos locais onde a dor é referida (OMS, 2022).

Além disso, havendo uma melhoria nos sintomas presentes num indivíduo, os critérios de diagnóstico a nível clínico podem não ser satisfeitos para a conclusão da FM (Wolfe *et al.*, 2010).

Geralmente, o diagnóstico da FM pode levar anos para ser concluído, levando os pacientes a fazer várias consultas com diferentes médicos especialistas nesse período. Neste contexto, o desenvolvimento de critérios diagnósticos objetivos e confiáveis é de fundamental importância para melhorar a pesquisa da FM e a compreensão da doença (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020).

A pouca informação e investigação na área também tem sido um dos motivos que provoca a demora no diagnóstico da doença. Assim sendo, é segundo uma avaliação clínica e uma identificação dos sintomas que o diagnóstico é realizado, sendo que o profissional responsável pelo processo, necessita de confiar no que o paciente diz ser verdade (Nampiarampil & Shmerling, 2004).

É ainda de realçar que, mais uma vez, por não haver um exame laboratorial que comprove a existência de FM, os sintomas do indivíduo são muitas vezes alvo de invalidação por parte do médico, o que provoca também um maior atraso no diagnóstico (Arnold *et al.*, 2011).

A falta de conhecimento patológico entre os profissionais não contribui para um rápido diagnóstico de um paciente, sendo que muitos deles não apresentam atendimento relativo ao tema e aos critérios necessários para diagnosticar a doença (Choy *et al.*, 2010).

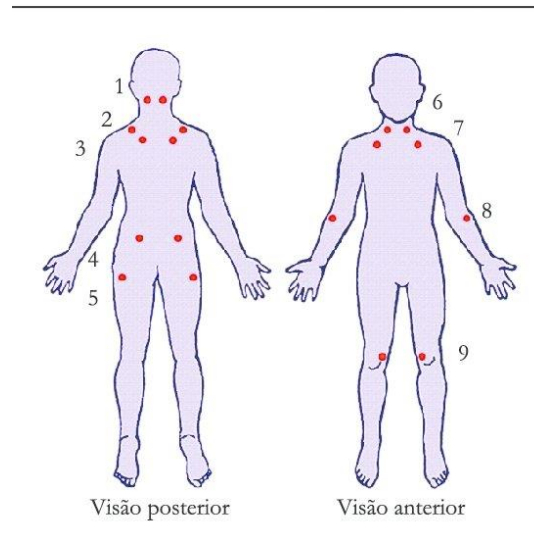
### **2.3. Critérios Clínicos Atuais**

A FM é uma patologia que já sofreu diversas nomeações e, conseqüentemente, diversos modelos de critérios de diagnóstico. Segundo Wolfe *et al.* (1990), e de acordo com os critérios propostos pelo CAR, para um indivíduo padecer desta doença precisa de apresentar os seguintes sintomas:

- (a) Dor generalizada com duração mínima de 3 meses, sendo: dor do lado esquerdo e/ou direito do corpo; dor acima e/ou abaixo da cintura e dor axial esquelética;

- (b) Presença de 11 a 18 *tender points* sensíveis à palpação digital quando o equivalente de uma força for de 4 kg/cm, sendo apresentada de seguida uma imagem que caracteriza de forma localizada os 18 *tender points* da Fibromialgia.

**Figura 2** - Visão posterior e anterior dos 18 *tender points* da fibromialgia



(Adaptado de Silva *et al.* 2012)

Em 1990, o CAR definiu critérios de classificação que exigiam múltiplos *tender points* (áreas de sensibilidade que ocorrem nos músculos e junções músculo-tendinosas) e dor generalizada crónica.

Contudo, este conjunto de critérios não abrangia e deixava escapar alguns dos sintomas que hoje sabemos serem os mais característicos da FM, o que levou a uma alteração dos mesmos. Em 2010, os critérios diagnósticos preliminares do CAR excluíram *tender points*, permitiram evidências de dor menos extensa e confiaram em sintomas somáticos relatados pelo paciente e dificuldades cognitivas (Häuser *et al.*, 2015).

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

Deste modo, a CAR (2010) estabeleceu critérios que vão de encontro às queixas sentidas por pacientes fibromiálgicos, uma vez que são incluídos não só sintomas físicos como também sintomas referentes à fadiga, ao sono e aos efeitos cognitivos da doença.

Após outras duas revisões internacionais (2011 e 2016) estes critérios foram adaptados, e em Portugal a Direção Geral de Saúde criou uma norma, em 2016, que visa promover os critérios propostos pelo CAR, que se encontram em anexo (DGS, 2017).

De acordo com Galvez-Sánchez e Reyes del Paso (2020), apesar dos novos critérios diagnósticos oficiais da FM de 2010 e das propostas diagnósticas de 2011 e 2016, as queixas de profissionais de saúde e pacientes sobre a forma como a doença é diagnosticada continuam e uma proporção significativa de pacientes que não preenchem os critérios é gravemente afetada. Além disso, em muitos casos, o diagnóstico da FM baseia-se fundamentalmente na exclusão de outras doenças semelhantes, apesar dessa prática não ser recomendada devido à sua imprecisão e à alta possibilidade de diagnósticos equivocados.

Além disso, os critérios diagnósticos atuais não levam suficientemente em conta fatores psicológicos, ambientais e socioculturais, ainda que desempenham um papel importante no início, manutenção, diagnóstico e tratamento da FM. Há também uma taxa consideravelmente alta de erros de diagnóstico entre a população em geral. Essa situação, aliada ao viés clínico em relação ao sexo e à prevalência dos pacientes, parece ser responsável pelo erro diagnóstico (Wolfe *et al.*, 2018).

Assim, e como já foi referido, a FM é uma doença que apresenta múltiplos obstáculos ao diagnóstico. Isto porque, este último é realizado apenas de forma clínica, uma vez que não existem exames físicos e laboratoriais que comprovem a presença de FM (Nampiaparampil & Shmerling, 2004; Wolfe *et al.*, 2018).

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

O diagnóstico da FM, por não haver um “teste padrão” que indique a existência da patologia, começa por ser um processo de exclusão de hipóteses de outras doenças de dor muscular e/ou articular crónica. Deste modo, inicia-se a avaliação com a recolha de uma anamnese completa e detalhada que permita estabelecer todos os dados e sintomas que o indivíduo apresenta. De seguida, deve ser realizado o exame físico do paciente que consiste na indicação dos seus *tender points*. E, por fim, deve ser executado o protocolo de análises laboratoriais que incluam:

- (a) VS (Velocidade de Sedimentação) e/ou PCR (Proteína C Reativa) doseada;
- (b) CPK (Creatinina Fosfoquinase);
- (c) Eletroforese das proteínas;
- (d) Cálcio Sérico;
- (e) TSH (Hormona estimulante da tiróide).

(Cardoso *et al.*, 2005)

Posto isto, e após os resultados dos exames darem negativo para outros possíveis diagnósticos que justifiquem os sintomas e assim concluído o diagnóstico de FM, deve-se ter em atenção os seguintes pontos:

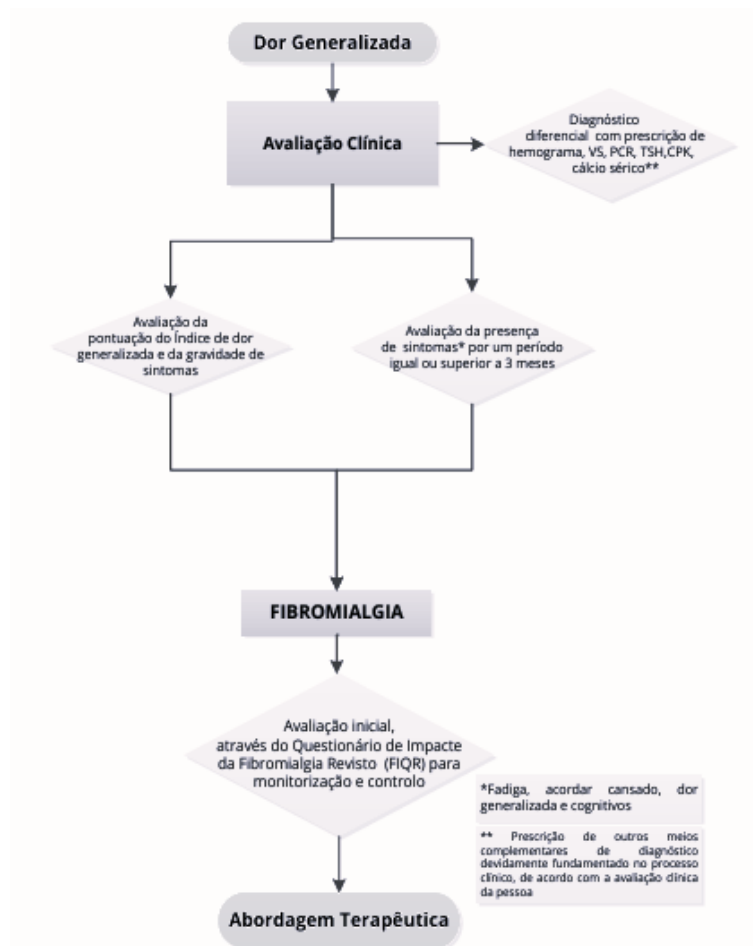
- (1) Avaliar os sintomas funcionais adicionais referentes às alterações do sono, da fadiga, do cólon irritável e das cefaleias;
- (2) Avaliar os sintomas psicológicos, como a depressão e a ansiedade;
- (3) Avaliar possíveis situações que prejudicam os sintomas – família, trabalho, situação económica;
- (4) Avaliar consequências da patologia e possíveis efeitos da utilização do tratamento farmacológico.

(Adaptado de Cardoso *et al.* 2005)

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2016) estabeleceu, para além dos critérios de diagnóstico já mencionados, um diagrama onde consta o algoritmo clínico da FM a seguir apresentado.

**Figura 3** - Algoritmo Clínico Fibromialgia (Adaptado DGS, 2016)



Para terminar o processo de diagnosticar a doença crónica que é a FM, deve ser realizada uma avaliação recorrendo ao Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQR) a fim de recolhermos os dados e os sintomas sentidos por cada indivíduo nos últimos 7 dias.

Contudo, mais recentemente, foi feita uma proposta nomeada como *ACTION-APS Pain Taxonomy* (AAPT) desenvolvida pela *The Analgesic, Anesthetic, and Addiction*

*Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks* (Arnold *et al.*, 2019), uma parceria público-privada com a *Food and Drug Administration* (FDA) dos EUA e a *American Pain Society* (APS) no caso da FM, a AAPT estabeleceu um grupo de trabalho internacional de clínicos e pesquisadores com experiência na doença, para desenvolver novos critérios diagnósticos. Essa nova proposta diagnóstica baseia-se na conceptualização da FM como uma síndrome multidimensional que inclui cinco dimensões:

- 1) *Core Diagnostic Criteria*, definida como a presença de dor em seis ou mais locais corporais de um total de nove localizações possíveis, distúrbio do sono e fadiga;
- 2) Características comuns, como sensibilidade, alterações cognitivas (por exemplo, dificuldade de concentração, esquecimento e pensamento desorganizado ou lento), rigidez musculoesquelética e sensibilidade ou hipervigilância ambiental;
- 3) Comorbidades médicas e psiquiátricas comuns como síndrome da fadiga crônica, síndrome do intestino irritável, dor pélvica crônica, cistite intersticial, condições orofaciais, cefaleias crônicas, depressão, transtornos de ansiedade, apneia central do sono, síndrome das pernas inquietas, etc.;
- 4) Consequências Neurobiológicas, Psicossociais e Funcionais, que incluem desfecho geral, incapacidade funcional, custo médico e social da FM, morbidade e mortalidade;
- 5) Mecanismos Neurobiológicos e Psicossociais, Fatores de Risco e Fatores Protetores que enfocam fatores de risco, comorbidades e aspetos fisiopatológicos.

O ponto forte desta proposta é a inclusão de fatores de risco, curso, prognóstico e fisiopatologia nos critérios de diagnóstico da FM. Contudo, estes novos critérios ainda não foram validados e não existem dados disponíveis sobre a sua precisão diagnóstica. Ainda assim, há sugestões de que o uso desses critérios podem resultar no aumento da

prevalência da FM e na proporção de falsos negativos. Deste modo, são necessários mais estudos para avaliar a viabilidade, confiabilidade e validade desses novos critérios de diagnóstico propostos para a FM (Arnold *et al.*, 2019).

Para finalizar este ponto achamos importante sumarizar a sistematização realizada por Rahman *et al.* (2014):

- 1) A fibromialgia não é um diagnóstico de exclusão e geralmente ocorre em pacientes com outras condições, como artrite inflamatória e osteoartrite;
- 2) Nenhum mecanismo fisiopatológico claro para a fibromialgia foi ainda estabelecido, mas evidências sugerem que há uma anormalidade no processamento central da dor;
- 3) O diagnóstico da fibromialgia pode permitir que o sofrimento polissintomático do paciente seja explicado, reduzindo assim o medo e a dúvida;
- 4) A fibromialgia não tem cura, mas uma gama de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos pode reduzir os sintomas e seu impacto na vida do paciente
- 5) Evidências de ensaios clínicos para todas as formas de tratamento na fibromialgia geralmente mostram apenas efeitos médios pequenos a moderados.

### **3. Tratamento**

Sendo a FM uma doença crônica incurável, e tendo em linha de conta o acabado de referir, o seu tratamento continua a ser um domínio bastante complexo para os profissionais de saúde da área.

No entanto, embora o diagnóstico tenha melhorado com a evolução de critérios diagnósticos mais precisos, uma proporção considerável de médicos ainda não reconhece a síndrome. Muitos fatores contribuem para o desenvolvimento da FM, tais como predisposição genética, experiências pessoais, fatores emocionais-cognitivos, relação

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

mente-corpo e capacidade biopsicológica de lidar com o *stress*. Os múltiplos componentes da patogênese e a manutenção da condição requerem uma abordagem de tratamento multimodal. O tratamento individualizado é uma consideração importante, tendo em conta que existem diferentes subgrupos de FM com características clínicas distintas (Sarzi-Puttini *et al.*, 2020).

Consequentemente, embora uma abordagem baseada em evidências para o tratamento da fibromialgia seja sempre desejável, a abordagem dos clínicos é inevitavelmente empírica e deve ter o objetivo de criar uma forte aliança com o paciente e formular metas de tratamento compartilhadas e realistas. A formulação do tratamento deve ter em conta os sintomas que cada indivíduo padece com a FM, ou seja, as estratégias terapêuticas devem ser adaptadas e individualizadas a fim de um melhor resultado terapêutico (Choy, 2015; Sarzi-Puttini *et al.*, 2020).

O tratamento deve ser multimodal e construído sobre quatro pilares (educação do paciente, exercício físico, farmacoterapia e psicoterapia). A abordagem deve ser individualizada, baseada em sintomas e escalonada, estabelecendo metas compartilhadas com o paciente. Este tratamento integra intervenções que consistem em proporcionar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos e dos que os rodeiam (Lavin, 2014, Sarzi-Puttini *et al.*, 2020).

Os objetivos do tratamento da FM passam por aliviar a dor sentida, melhorar a qualidade do sono, melhorar ou manter a condição física e amenizar a fadiga (Provenza *et al.*, 2004).

Já para Oliveira Júnior e Almeida (2018) o objetivo da intervenção é a redução do sofrimento dos pacientes, o aumento da sua funcionalidade e, idealmente, o incremento da autonomia pessoal e da qualidade de vida. Para estes autores a maioria das propostas

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

e recomendações possuem muito em comum e denotam dinamismo e investimento num assunto sobre o qual o consenso ainda está muito longe de ocorrer.

Deste modo, é imprescindível o recurso ao tratamento multidisciplinar a fim de auxiliar os pacientes a todos os níveis – físico, emocional e comorbilidades associadas à doença (Lavin, 2014).

É importante que os profissionais de saúde envolvidos disponham de conhecimentos a respeito da vivência de indivíduos com FM, da complexidade no diagnóstico e nas repercussões que este último pode trazer.

O tratamento mais eficaz para a atenuação dos sintomas incide na junção do tratamento farmacológico com o tratamento não farmacológico. Com esta ligação, existe uma maior probabilidade de amenizar a dor e diminuir a percepção que o doente tem da mesma.

O tratamento farmacológico da FM pode ser aplicado em monoterapia ou em combinação, nomeadamente antidepressivos, relaxantes musculares, anticonvulsivantes, canabinoides, opioides, entre outros (Oliveira & Almeida, 2018)

Os tratamentos classificados como não farmacológicos incluem a acupuntura, intervenções comportamentais (ou psicocomportamentais), psicológicas (ou psicoterápicas), programas de atividade física, oxigenoterapia hiperbárica, ozonioterapia, estimulação magnética transcraniana, relaxamento muscular com baixas doses de curare por via venosa associado a alongamento e realongamento, entre outros (Oliveira & Almeida, 2018).

Destaca-se, e de acordo com a taxa de maior eficácia, a Terapia Cognitivo-Comportamental, dirigida para a diminuição dos níveis de frustração, diminuição da depressão e aumento da qualidade de vida – e o Exercício Físico – alívio da dor,

diminuição da rigidez muscular e diminuição da fadiga (Araújo & DeSantana, 2019; Souza *et al.*, 2022).

### **3.1. Tratamento Farmacológico**

A FM é uma doença crónica que apresenta múltiplos sintomas, quer de carácter físico quer de carácter psicológico. Por não apresentar cura, o tratamento é realizado com o objetivo de amenizar a sintomatologia provocada pela doença, bem como aumentar a qualidade de vida de cada paciente (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019).

O Tratamento Farmacológico para a FM resume-se na administração de fármacos que atuem na atenuação dos sintomas – redução da dor, melhoria do sono, da fadiga, da ansiedade e da depressão (Júnior & Ramos, 2019; Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019).

Este tratamento deve ser utilizado logo que apareçam os primeiros sintomas, uma vez que a adesão terapêutica verifica-se ser superior. Porém, não deve ser utilizado de forma individual, sendo que o tratamento não farmacológico deve estar na linhagem terapêutica (Clauw, 2014).

O tratamento farmacológico deve ainda ser selecionado com base nos sintomas que mais prevalecem e carece de uma aplicação de tratamento individualizado. Ou seja, é necessário adequar o tratamento de acordo com as particularidades de cada paciente (Theoharides *et al.*, 2015).

Os fármacos que apresentam maior eficácia no tratamento da FM são os antidepressivos tricíclicos (ADT), os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), os Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN), os anticonvulsivantes e os analgésicos (Oliveira & Almeida, 2018).

### **3.1.1. Antidepressivos Tricíclicos**

Os antidepressivos tricíclicos (ADT) são os fármacos com maior eficácia terapêutica na FM. Estes, permitem o bloqueio da recaptação da serotonina e da noradrenalina, provocando o aumento da concentração destes neurotransmissores e, por conseguinte, a diminuição da sensibilidade à dor. Os ADT promovem ainda a analgesia periférica e central e a melhoria e diminuição das alterações de humor (Moraczewski & Aedma, 2022; Oliveira & Almeida, 2018).

Dentro dos ADT, é de realçar a amitriptilina e a ciclobenzaprina. A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico que apresenta efeito sedativo que provoca a diminuição da dor, da fadiga e a melhoria na qualidade do sono dos pacientes com Fibromialgia. Já a ciclobenzaprina, não apresenta tanto um efeito de antidepressivo, mas sim de relaxante muscular. Deste modo, a sintomatologia destes pacientes vê-se reduzida, no que diz respeito à melhoria da capacidade de funcionamento do paciente e da sua qualidade de sono (Farias *et al.*, 2020; Júnior & Ramos, 2018; Moore *et al.*, 2019).

### **3.1.2. Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina**

Quanto aos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), a fluoxetina é o fármaco com maior recorrência dos pacientes com FM. Este antidepressivo permite controlar a sintomatologia a nível da fadiga, das oscilações de humor e do bem-estar. A conjugação deste ISRS com um ADT apresenta evidências positivas no que concerne à atenuação das queixas dolorosas, ao sono e ao bem-estar dos indivíduos (Almeida *et al.*, 2010; Demarchi *et al.*, 2020; Goldenberg *et al.*, 1996).

### **3.1.3. Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina**

No que diz respeito aos IRSN (Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina), são apresentados dois fármacos: a duloxetina e o milnaciprano. A

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

duloxetine é um fármaco utilizado para combater não só perturbações do foro mental – depressivas e/ou de ansiedade – como também a dor neuropática e a fibromialgia. Este, apresenta efeitos positivos no controlo da dor de pacientes fibromiálgicos (Arnold *et al.*, 2005; Bair & Krebs, 2020).

O milnaciprano, segundo Almeida *et al.* (2010), é um IRSN que apresenta melhorias a nível da dor sentida pelos pacientes. Contudo, é de referir que a administração deve ser feita frequentemente para obter o efeito desejado.

#### **3.1.4. Anticonvulsivantes**

Já os Anticonvulsivantes, como é o caso da pregabalina, atuam no alívio da dor, da fadiga e no restabelecimento do sono (Tawadros *et al.*, 2013).

#### **3.1.5. Analgésicos**

Relativamente aos Analgésicos, são apresentados dois fármacos com evidências farmacológicas – o paracetamol e o tramadol. O paracetamol é um fármaco pertencente à classe dos analgésicos e dos antipiréticos e, por isso, a sua administração apresenta diminuição da dor provocada pelo efeito analgésico que este fármaco apresenta. Já o tramadol, é um opióide com efeito analgésico, de diminuição da dor, que pode ser utilizado por pacientes com dor crónica – como é o caso da fibromialgia – sendo que, apresenta a vantagem de poder ser administrada por longos períodos de tempo (Bair & Krebs, 2020; Guimarães *et al.*, 2006).

Por fim, a junção do paracetamol com o tramadol tem-se demonstrado mais eficaz do que a utilização de apenas um dos dois fármacos, devido ao facto de haver uma contribuição na redução da dor dos pacientes com FM (Guimarães *et al.*, 2006).

De seguida é apresentada uma tabela síntese do tratamento farmacológico da fibromialgia, baseada em toda a informação explicada neste capítulo.

**Tabela 1**

*Síntese dos fármacos utilizados com maior frequência por pacientes com fibromialgia*

<b>Fármaco</b>	<b>Efeitos</b>
<b>Antidepressivos Tricíclicos</b>	
(a) Amitriptilina	Efeito sedativo; diminuição da dor, fadiga e melhoria da qualidade do sono
(b) Ciclobenzaprina	Relaxante muscular; melhoria no funcionamento global e na qualidade do sono
<b>ISRS</b>	
(a) Fluoxetina	Diminuição da dor, melhoria do bem-estar e das oscilações de humor
<b>IRSN</b>	
(a) Duloxetina	Efeitos positivos de controlo da dor
(b) Milnaciprano	Diminuição da dor
<b>Anticonvulsivantes</b>	
(a) Pregabalina	Alívio da dor, da fadiga e restabelecimento do sono
<b>Analgésicos</b>	
(a) Paracetamol	Analgésico e antipirético; diminuição da dor
(b) Tramadol	Opióide com efeito analgésico; diminuição da dor

### **3.2. Tratamento Não Farmacológico**

O tratamento ideal para amenizar a sintomatologia característica da FM é a associação do tratamento farmacológico com o tratamento não farmacológico. O tratamento farmacológico, como referido anteriormente, atua no sentido de diminuir os sintomas físicos como a dor, a fadiga e/ou as perturbações do sono (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019).

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

O tratamento não farmacológico consiste na promoção e recuperação da saúde do paciente fibromiálgico, sendo que tem como principal objetivo a redução dos sintomas. Este tratamento é constituído por diferentes estratégias terapêuticas, sendo exemplos delas a psicoeducação, a fisioterapia, a acupuntura, o exercício físico e a Terapia Cognitivo-Comportamental (Braz *et al.*, 2011, Oliveira & Almeida, 2018).

### **3.2.1. Psicoeducação**

A psicoeducação – ou programas de educação – refere-se à passagem, do profissional para o paciente, de informação e conhecimento relativo à condição que este último apresenta por padecer de FM. Começar pela psicoeducação da doença, permite que o paciente reconheça os seus sintomas e as suas limitações e que compreenda o que é de facto a FM, para que assim consiga eliminar o estigma que se encontra frequentemente associado a esta doença (Ferreira *et al.*, 2021; Hasset & Gevirtz, 2009).

Esta estratégia terapêutica incide ainda nas possibilidades e expectativas do paciente face ao tratamento – quer farmacológico quer não farmacológico – assim como na tamanha importância que é aderir ativamente ao processo terapêutico (Castro *et al.*, 2022; Ferreira *et al.*, 2021).

Para tal, deve ser explicado tudo o que a FM envolve e implica, reforçando a ideia que não é uma patologia que apresenta risco de vida, diminuindo, por conseguinte, a ansiedade e frustração comumente existente aquando o diagnóstico (Choy, 2015; Hawkins, 2013).

### **3.2.2. Fisioterapia e Acupuntura**

A fisioterapia apresenta um papel importante no tratamento da FM, sendo que permite aos pacientes uma maior capacidade no controlo da dor e na execução de atividades do quotidiano (Marques *et al.*, 2015; Muniz & Ferreira, 2022).

Os diferentes serviços prestados pela área da fisioterapia promovem a regeneração de funções que possam ter sido diminuídas, assim como a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Cunha *et al.*, 2020).

Ainda na fisioterapia, o paciente deve ser ativo nas tarefas propostas pelo terapeuta, sendo que os dois devem, em concordância, estabelecer objetivos e metas no começo do tratamento. Se tal acontecer, o prognóstico do grau de independência é positivo. Ou seja, os pacientes podem ser mais independentes dos cuidados de saúde e, ainda, desfrutar de um estilo de vida mais adequado e com boa capacidade física (Marques *et al.*, 2015).

A acupuntura é outra estratégia terapêutica comumente utilizada no tratamento da FM. Esta, consiste em inserir agulhas metálicas em sítios específicos do corpo, provocando um efeito analgésico pela libertação de neurotransmissores com ação analgésica, antidepressiva, anti-inflamatória, etc. (Pereira *et al.*, 2021; Urruela & Almazor, 2012).

Esta técnica tem apresentado resultados promissores no tratamento da patologia em questão, uma vez que é referida a diminuição da sintomatologia a nível dos pontos dolorosos. Contudo, não existem estudos suficientes para concluir se há ou não melhorias a longo prazo com a utilização da acupuntura (Ju *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2021).

### **3.2.3. Exercício Físico**

O exercício físico é das estratégias terapêuticas mais recorridas pelos portadores de FM. Esta estratégia potencia o bem-estar físico e emocional do paciente, uma vez que a sintomatologia do paciente é reprimida (Arantes *et al.*, 2022; Merriwether *et al.*, 2018).

Segundo um estudo de Beltrán-Carrillo *et al.* (2013), sessões de exercícios que continham aquecimento, exercício aeróbico, exercício de fortalecimento muscular e de

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

flexibilidade, apresentaram resultados positivos no controlo dos sintomas de FM, dado que os participantes relataram menor intensidade de dor, menor fadiga e menor rigidez muscular.

É de realçar que o exercício deve ser feito de forma contínua e assídua para que os seus efeitos possam surgir. Os planos de treino devem, ainda, ser criados de forma individual, uma vez que cada pessoa tem as suas capacidades e peculiaridades, sendo esta estratégia mediada pelas mesmas (Busch *et al.*, 2011; Choy, 2015).

Os exercícios que são prescritos com maior frequência aos pacientes com FM são os exercícios aeróbicos. Estes, provocam a diminuição das queixas dolorosas e da fadiga (Araújo & DeSantana, 2019; Busch *et al.*, 2011).

Já o aquecimento, segundo Bueno *et al.* (2012), é importante na redução da rigidez muscular provocada pela doença, assim como na promoção de capacidades na execução dos exercícios.

A hidroterapia é também muitas vezes recomendada, uma vez que apresenta consequências positivas no alívio da dor, no sono e no controlo da sintomatologia ansiosa e depressiva (Choy, 2015; Ribeiro *et al.*, 2022).

Deste modo, o exercício físico melhora o estado emocional e físico do indivíduo, diminuindo a dor, a fadiga e a rigidez muscular que a doença provoca, a fim de restaurar e/ou manter as funções comprometidas (Arantes *et al.*, 2022).

#### **3.2.4. Terapia Cognitivo-Comportamental**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), baseia-se no construto de que as cognições são as principais variáveis que influenciam as emoções e os comportamentos,

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

e no construto de que a forma como os indivíduos agem pode afetar abruptamente os pensamentos e as emoções (Beck *et al.*, 1979).

A TCC é importante no tratamento da Fibromialgia, uma vez que permite ao paciente reestruturar as suas crenças entre a dor e o seu funcionamento. Nas sessões são realizados programas de educação, técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, entre outros. Posto isto, o objetivo da TCC é permitir aos pacientes o controlo da sintomatologia da doença como a diminuição da dor, da fadiga, da depressão e da ansiedade (Busch *et al.*, 2011).

A técnica de relaxamento mais eficaz é o relaxamento muscular progressivo, dado que permite ao paciente diminuir a tensão sentida através da respiração (Hassett & Gevirtz, 2009).

A reestruturação cognitiva permite alterar as cognições disfuncionais do paciente, que permite, por sua vez, a diminuição do *stress* e a melhora do bem-estar físico e emocional do mesmo (Busch *et al.*, 2011).

Deste modo, a TCC possibilita aos pacientes a identificação de cognições disfuncionais relacionadas à dor, assim como a capacidade de controlar os processos cognitivos relacionados com as queixas dolorosas (Beck, 1997; Bennett & Nelson, 2006).

### **3.2.5. Bio e Neurofeedback**

Por fim, os últimos dois tratamentos não farmacológicos a serem mencionados são o biofeedback e o neurofeedback. O biofeedback é um recurso alternativo ao tratamento da FM que permite aos pacientes aprender a autorregulação das funções fisiológicas pela captação visual ou sonora – luzes ou sons – dos valores detetados (Gilbert & Moss, 2003; Ferlito *et al.*, 2023).

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

Por outras palavras, o biofeedback é uma ferramenta que permite o registo e a posterior comunicação ao paciente, do feedback sensorial das suas funções fisiológicas como a tensão muscular, o ritmo cardíaco e a temperatura da pele, a fim de melhorar os sintomas típicos de FM - a dor, a tensão muscular, o sono e a diminuição do *stress* (Mehra *et al.*, 2019).

O neurofeedback é um tipo de biofeedback que permite aos indivíduos aprender a controlar as próprias funções cerebrais. Em concordância com a primeira técnica apresentada, o neurofeedback transmite as suas informações através de áudio ou vídeo. Essas informações apresentam feedback positivo ou negativo dependendo de a atividade cerebral ser desejável ou indesejável, respetivamente (Marzbani *et al.*, 2016).

Assim, esta técnica permite aos pacientes com FM a melhoria da dor, da intensidade da sintomatologia ansiosa e depressiva e da situação global da sua saúde (Barbosa & Cubo, 2021; Torres *et al.*, 2023)

De seguida é apresentada uma tabela síntese do tratamento não farmacológico da FM, baseada em toda a informação explicada neste capítulo.

**Tabela 2**

*Síntese das estratégias não farmacológicas utilizadas com maior frequência por pacientes com fibromialgia*

<b>Estratégia</b>	<b>Efeitos</b>
<b>Psicoeducação</b>	Reconhecimento dos sintomas; conhecimento das implicações da doença
<b>Fisioterapia</b>	Maior capacidade no controlo da dor; maior capacidade na execução de tarefas; melhor qualidade de vida
<b>Acupuntura</b>	Diminuição dos pontos dolorosos
<b>Exercício Físico</b>	Aumento do bem-estar físico e emocional; diminuição da dor, da fadiga e da rigidez muscular
<b>Terapia Cognitivo-Comportamental</b>	Controlo das crenças disfuncionais da dor; diminuição da dor, da fadiga, da depressão e da ansiedade
<b>Bio e Neurofeedback</b>	Diminuição da dor, <i>stress</i> , depressão e ansiedade

**4. A abordagem da Psicologia e o Papel do Psicólogo**

A qualidade de vida dos pacientes com FM apresenta-se bastante impactada. Sintomas como a depressão, ansiedade, fadiga e alterações do sono são, como já vimos, frequentemente mencionados e, deste modo, o tratamento da FM deve ser feito de forma multidisciplinar (Lavin, 2014).

O modelo cognitivo-comportamental quando aplicado nas doenças crónicas, realça o importante papel que as funções cognitivas e comportamentais apresentam na ativação e manutenção da dor crónica (Hassett & Williams, 2011; Souza & Schlösser, 2022).

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a abordagem da psicologia mais utilizada em pacientes com Fibromialgia. O objetivo desta terapia, nestes casos, é a redução da dor e a inclusão de comportamentos e hábitos saudáveis (Heller *et al.*, 2021).

Os portadores de FM apresentam níveis de *stress* e de ansiedade superiores à restante população. Assim, o papel do psicólogo nestas situações é, inicialmente, o de esclarecer ao paciente e à família todas as questões que estes apresentem, assim como explicar as complicações e limitações que a doença provoca (Oliveira & Camões, 2003; Salvetti *et al.*, 2012).

Para além disso, é função do psicólogo auxiliar na compreensão das consequências que a FM pode provocar a nível psicológico, assim como explicar todo o processo que a toma de fármacos acarreta, a nível da sua atuação e dos seus efeitos (Carvalho *et al.*, 2019).

A criação de uma relação terapêutica coesa, forte e estruturada entre o psicólogo e o paciente é imprescindível, sendo que toda a atuação do psicólogo deve ser realizada de forma empática, a fim de compreender o que a dor representa para o paciente e de que forma pode alterar isso (Bueno *et al.*, 2021).

Nos casos de FM é comum observar-se o chamado fenómeno de catastrofização. A catastrofização da dor é um processo representado por cognições ou emoções disfuncionais que ocorrem devido a pensamentos e/ou sentimentos exagerados da dor real ou antecipada. Isto é, o paciente sente que não tem capacidade para lidar com a dor devido ao facto de apresentar pensamentos exageradamente negativos aquando uma situação de dor real ou antecipada (Montoro & Galvez-Sánchez, 2022; Varallo *et al.*, 2022).

Deste modo, a catastrofização da dor pode ter influência na perceção que o paciente tem da mesma (Henderson *et al.*, 2016; Zwirter *et al.*, 2020).

Portanto, o acompanhamento psicológico deve integrar, entre outras, as seguintes quatro técnicas da TCC:

- (1) **Psicoeducação**: inclui educação sobre a dor e sobre a doença, o estabelecimento de objetivos a curto e a longo prazo e a explicação das técnicas apresentadas nos pontos seguintes. A psicoeducação potencia a autonomia e a autoconfiança e proporciona a amenização dos sintomas de dor (García-Ríos *et al.*, 2019).
- (2) **Técnicas de Relaxamento**: proporcionam o alívio da tensão da musculatura esquelética, assim como o treino da respiração do paciente de modo a avaliar o *stress* e a ansiedade sentidos. Esta técnica defende que o corpo responde de acordo com os pensamentos criados pelos eventos que provocam sintomas como a ansiedade, depressão, insónia, fadiga e dores corporais características da Fibromialgia (Souza & Schlösser, 2022).
- (3) **Reestruturação Cognitiva**: proporciona o reforço de crenças, pensamentos ou ideias de carácter racional. Ou seja, esta técnica baseia-se em diferentes exercícios onde o paciente identifica e altera as suas crenças disfuncionais. Pode ainda registar cada pensamento disfuncional ocorrido entre as sessões. Desta forma, o indivíduo conseguirá detetar, afastar e/ou modificar pensamentos que lhe causam instabilidade (Campos, 2001; Pardos-Gascón *et al.*, 2021).
- (4) **Treino de Controlo de *Stress***: proporciona a alteração de hábitos que prejudicam o indivíduo. O terapeuta deve fazer com que o paciente consiga chegar aos seguintes pontos: compreender o que é o *stress* e identificar os seus sintomas; reconhecer fatores internos e externos e eliminá-las; reestruturar a forma de pensar e ver o mundo; lidar com a ansiedade; ser assertivo, sem experienciar desconforto; aprender a diminuir a excitabilidade física e emocional (pelas técnicas de relaxamento); aprender técnicas de controlo do *stress* aquando não consegue

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

evitar a fonte de *stress*; utilizar o *stress* a seu favor; reconhecer os seus limites e respeitá-los; e estabelecer prioridades e melhorar o seu bem-estar geral.

(Adaptado de Lipp (2017); Cavalcanti (2021))

Em suma, o papel da psicologia e do psicólogo nesta vertente foca-se no auxílio do processo de reconhecimento dos sintomas da patologia, na forma de lidar com os mesmos, na atuação da tendência para a catastrofização, nos sintomas psicológicos que podem ocorrer e na devolução de estratégias de *coping* para lidar com a sintomatologia característica da FM. Por isso, o psicólogo pode prestar serviços fundamentais na ajuda e no suporte destes pacientes.

#### **4.1. Impacto psicológico da Fibromialgia**

A FM apresenta um grande impacto na qualidade de vida dos portadores. Para além dos sintomas físicos que a doença pode originar, os sintomas psicológicos são bastantes comuns e entre eles encontramos os sintomas cognitivos e os sintomas emocionais.

Os sintomas físicos e psicológicos característicos da doença são frequentemente agravados por fatores de *stress* e ansiedade, alterações do sono e por práticas de vida inadequadas (Monteiro *et al.*, 2021).

O impacto emocional da FM refere-se ao sofrimento emocional que estes pacientes apresentam, uma vez que vivenciam com maior frequência emoções negativas como a tristeza, o medo e a raiva (Glass, 2009; Monteiro *et al.*, 2021).

De acordo com Choy (2015), 30 a 50% dos pacientes com FM apontam um historial de ansiedade ou depressão. Sabe-se que a existência da sintomatologia depressiva e ansiosa pode ocorrer previamente ao aparecimento dos sintomas da dor

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

crónica que é a FM. Contudo, outros portadores de FM desenvolvem apenas esta sintomatologia após o diagnóstico da mesma, como um sintoma secundário da doença.

Os pacientes afetados pela FM enfrentam dificuldades físicas e mentais e ambas contribuem para a diminuição de qualidade de vida, assim como para a diminuição da funcionalidade de cada um. Algumas das variáveis prejudicadas nestes indivíduos são o trabalho, as tarefas de casa e as relações interpessoais. O impacto nas mesmas acaba por provocar não só indignação, como também *stress* psicossocial nos sujeitos (Choy, 2015; Mota *et al.*, 2021).

O *stress* encontra-se também potencializado nos indivíduos com FM. Este, é muitas vezes provocado pela falta de conhecimento da doença, assim como pela preocupação relativamente à própria saúde do indivíduo. Deste modo, quando há um elevado nível de *stress*, a sensibilidade à dor aumenta e a qualidade de vida, por sua vez, diminui. O fator *stress* nestes indivíduos, por estarem mais suscetíveis ao mesmo, deve ser algo que os profissionais de saúde devem ter em atenção. Isto porque, esta vivência contínua de *stress*, pode desencadear outras patologias mais severas como os quadros depressivos e ansiosos (Monteiro *et al.*, 2021).

Não só o *stress* é responsável pela manutenção e/ou aumento dos sintomas da Fibromialgia, sendo que as alterações de humor são outro fator afetado pela doença.

O humor é originado por um conjunto de pensamentos, comportamentos e/ou estados emocionais que podem ser considerados negativos ou positivos por cada indivíduo. É composto por diferentes fatores, sendo eles a tensão, a depressão, a raiva, o vigor, a fadiga e a confusão mental (Brandt, 2011).

Na FM, as alterações de humor são um fenómeno bastante referido pelos sujeitos. As mulheres portadoras de Fibromialgia apresentam níveis elevados de tensão, depressão,

fadiga e confusão mental e, conseqüentemente, um baixo nível de vigor (Brandt, 2011; Souza *et al.*, 2021).

Porém, também a depressão pode causar diferentes sintomas. Entre estes estão a fadiga, as alterações do sono, a elevada intensidade de dor e a incapacidade de lidar com diferentes situações do dia-a-dia (Choy, 2015).

Sabe-se ainda que indivíduos do sexo feminino com idades menores, têm tendência a apresentar níveis mais elevados destes sintomas, sendo que as mulheres mais velhas apresentam um prognóstico mais positivo. Isto deve-se ao facto de estas, muitas das vezes, viverem e lidarem há mais tempo com a FM, sendo que vão adquirindo ferramentas e competências para lidar com os sintomas (Souza *et al.*, 2021; Wolfe *et al.*, 2018).

Em concordância com o autor anterior, sabe-se que a depressão é diretamente proporcional à sintomatologia dolorosa da doença. Isto é, maior dor implica maior sintomatologia depressiva e, por isso, menor qualidade de vida. Por conseguinte, estes indivíduos apresentam uma elevada intolerância à dor, o que acaba por incapacitar a funcionalidade física e emocional dos mesmos (Filho *et al.*, 2021; Monteiro *et al.*, 2021).

As perturbações depressivas podem levar ainda à ideação suicida e, no caso da FM, esta ideação ocorre mais vezes do que o esperado. Os portadores de FM sentem-se frequentemente desamparados, incompreendidos e sobrecarregados, sendo que há uma taxa superior de fatores de risco relativamente à ideação suicida (Monteiro *et al.*, 2021).

Há ainda quem refira que se sente isolado dos demais, assim como incompreendido pelos profissionais que os rodeiam e pelos familiares próximos. Este é, assim, um fator que pode precipitar também quadros depressivos e de ansiedade (Coppens *et al.*, 2017).

A ansiedade, em concordância à depressão, apresenta uma elevada taxa de sintomas da FM. Isto deve-se ao facto de esta ser uma doença crónica – ou seja, incurável –causando, deste modo, um sentimento de insegurança e frustração por parte dos portadores. Esta insegurança é muitas vezes agravada aquando um diagnóstico tardio da doença, sendo que a ansiedade pode coexistir com a sintomatologia depressiva em alguns casos. Os sintomas de ansiedade mais comuns são tonturas, sudorese, dispneia, disfagia, palpitações e sensação de formigueiro (Choy, 2015).

Outra variável que é impactada pela FM é o sono. De acordo com a literatura, os pacientes com FM apresentam uma fraca qualidade de sono. As queixas mais frequentes são o baixo número de horas de sono por noite, acordar cansado e ter insónias (Wallace & Wallace, 2014).

Uma má qualidade de sono e/ou sono não reparador originam uma errada perceção da sintomatologia característica da FM, sendo que esta última é, assim, intensificada (Choy, 2015).

A nível cognitivo, a FM origina um comprometimento significativo nos seus pacientes. Os sintomas frequentemente mencionados são a perda de memória e as dificuldades de concentração. No entanto, podem ainda revelar alterações significativas na memória de trabalho, nas funções executivas e na concentração (Melo & Silva, 2012; Wu *et al.*, 2018).

Contudo, podem ainda ocorrer nestes pacientes sintomas como incapacidade em focar nas tarefas, dificuldade na retenção de novas informações e tarefas e dificuldade na resolução de problemas (Choy, 2015).

Estes indivíduos podem também revelar alterações significativas na memória de trabalho, nas funções executivas e na concentração (Melo & Silva, 2012).

Um outro estudo revela e reforça queixas ao nível do planeamento, da atenção, da memória e das funções cognitivas, salientando que estes resultados são fruto da comparação de indivíduos saudáveis com indivíduos com FM. Sabe-se ainda que o principal fator responsável pelas alterações a nível cognitivo é a gravidade da dor que os fibromiálgicos apresentam (Galvez-Sánchez *et al.*, 2019).

O termo *Fibro fog* foi criado para caracterizar o conjunto de alterações cognitivas dos pacientes com Fibromialgia. Estes últimos referem com frequência uma sensação de nevoeiro e assim se originou o conceito *Fibro fog*. Os sintomas gerados são: dificuldades de concentração, alterações na memória e incapacidade de multitarefa. Este termo é usado ainda para descrever sintomas como esquecimento, confusão mental, fluência verbal reduzida e alterações na atenção (Choy, 2015; Wu *et al.*, 2018).

As alterações a nível cognitivo conduzem, em alguns casos, a dificuldades na área laboral e na realização de tarefas domésticas. Assim, estas apresentam um grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade diária dos indivíduos com Fibromialgia (Choy, 2015; Teodoro *et al.*, 2018).

Por fim, Mazo e Estrada (2018), concluíram que os sintomas da Fibromialgia podem variar de intensidade segundo diferentes fatores entre eles a idade, a situação económica, o apoio social e/ou familiar, a sensibilidade à dor, a interferência da dor no quotidiano e as alterações emocionais de cada indivíduo.

## **Capítulo II: Estudo Empírico**

A presente investigação insere-se no domínio das experiências vividas pautadas pela dor de indivíduos portadores de Fibromialgia. Foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para ser avaliado, sendo que recebeu parecer positivo.

### **1. Método**

O presente estudo é exploratório e descritivo. O método utilizado no mesmo é o método qualitativo. Foi selecionado este método por ser rico em informação relativa aos participantes e por ter como objetivo primordial a compreensão e perceção das experiências dos participantes.

O objetivo deste estudo é compreender e dar voz à experiência de pacientes com Fibromialgia nas várias dimensões da sua vida – desenvolvimentais e relação com a doença.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão temos, respetivamente, indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de FM e indivíduos menores de idade e sem FM.

Por fim, a análise dos dados foi realizada segundo a Teoria Sustentada nos Dados - *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1999).

#### **1.1. Amostra**

Numa primeira instância, a amostra desejada era indivíduos maiores de idade de ambos os géneros, contudo a amostra final centrou-se em 7 indivíduos apenas do género feminino com idades compreendidas entre os 42 e os 58 anos, com diagnóstico prévio de FM.

Na tabela 1, apresentada abaixo, encontra-se a categorização dos dados sociodemográficos das participantes em função do género, idade, escolaridade, profissão e situação profissional.

**Tabela 3**

*Caracterização Sociodemográfica do Grupo de Participantes em Função do Género, Idade, Escolaridade, Profissão e Situação Profissional.*

	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Situação Profissional</b>
<b>Sujeito 1</b>	Feminino	42 anos	12º ano	Empregada de Limpeza	Empregada
<b>Sujeito 2</b>	Feminino	51 anos	Licenciatura	Professora	Aposentada
<b>Sujeito 3</b>	Feminino	43 anos	Licenciatura	Engenheira Agrónoma	Empregada
<b>Sujeito 4</b>	Feminino	46 anos	12º ano	Doméstica	Desempregada
<b>Sujeito 5</b>	Feminino	51 anos	Licenciatura	Enfermeira	Aposentada
<b>Sujeito 6</b>	Feminino	54 anos	Doutorada	Professora	Empregada
<b>Sujeito 7</b>	Feminino	58 anos	12º ano	Assistente Técnica	Empregada

## **1.2. Instrumentos**

Este estudo contou com o recurso a três instrumentos, o Assentimento Informado (Anexo E), o Questionário de Dados Sociodemográficos (Anexo B) e o Guião de Entrevista Semiestruturada (Anexo C).

### **1.2.1. Assentimento Informado**

No Assentimento Informado constava o objetivo do estudo e o código de conduta que asseguramos, estando incluída a confidencialidade de identidade de todos os participantes. Este instrumento permitiu-nos obter a autorização para a recolha dos dados dos participantes com a devida assinatura de cada um.

### **1.2.2. Questionário de Dados Sociodemográficos**

No Questionário de Dados Sociodemográficos, encontravam-se informações relativas ao género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional. Neste, são questionadas a profissão e a situação profissional com o intuito de compreender de que modo os sintomas da FM são impactados no e com o trabalho (cf. Anexo B)

### **1.2.3. Guião de Entrevista Semiestruturada**

O Guião de Entrevista Semiestruturada, foi selecionado e criado, contendo diferentes questões previamente objetivadas e com a possibilidade de haver alterações nas mesmas, ou seja, estas estavam suscetíveis a mudanças. Este guião foi desenvolvido de forma a que os participantes respondessem da forma mais completa possível, sendo constituído por 10 questões de resposta aberta de modo a que seja possível fazer uma recolha de dados completa relativa ao significado e à interpretação que os participantes dão sobre a realidade em análise, neste caso a Fibromialgia.

As questões apresentadas no Guião são as seguintes:

- 1) Sei que é portador(a) de uma patologia com características muito diversas entre si. Seria possível descrever de que forma começou a perceber que poderia ter um problema de saúde? (Quais foram os primeiros sintomas que teve? Com que idade experienciou os primeiros sintomas?)
- 2) Dadas as características da patologia, sabemos que pode ser de difícil diagnóstico médico. Qual foi o seu percurso (caminho) até chegar ao diagnóstico final de Fibromialgia? (p.e. idas aos médicos, a quantos médicos foi, toma de analgésicos)
- 3) O que recorda acerca do momento em que lhe apresentaram este diagnóstico? (o que é que lhe explicaram acerca da doença?)

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

- 4) O que se recorda sobre a sua reação ao diagnóstico? (o que fez, o que pensou, o que sentiu...)
- 5) Todas as doenças crónicas pressupõem uma adaptação por parte do paciente. Como foi a sua adaptação ao diagnóstico da doença?
- 6) Atualmente, quais são os sintomas que prevalecem? (se não for referido salientar sintomas psicológicos tem/teve- p.e. perturbações do sono, ansiedade, depressão, etc.)
- 7) Quanto ao tratamento ou aos tratamentos dos sintomas, quais foram as suas experiências? (p.e. medicação, fisioterapia, apoio psicológico, exercício físico)
- 8) Na sua opinião, e olhando para trás no que respeita às mudanças que a FM pode ter trazido para a sua vida, quais acha que foram os principais efeitos nas várias áreas da sua vida? (a nível pessoal, a nível social e/ou familiar e a nível laboral)
- 9) Alguma vez sentiu necessidade de apoio psicológico dado o diagnóstico de FM? Tem/teve apoio psicológico? (Se sim, quando iniciou, o que mudou em si)
- 10) Se pudesse escolher uma metáfora, uma imagem, ou qualquer outra forma de representar a FM o que escolheria? (Acha que me pode explicar a razão dessa escolha?)

### **1.3. Procedimentos**

#### **1.3.1. Recolha de Dados**

O processo de recolha de dados foi realizado via on-line em duas plataformas, WhatsApp e Facebook. Este processo começou com a adesão ao grupo da segunda plataforma designado por “FIBROMIALGIA EM PORTUGAL”. Foi comunicada toda a informação importante do estudo (interesse, objetivo e princípios) ao administrador do grupo, de forma a facilitar o processo de divulgação do mesmo. Contudo, esta divulgação

foi rejeitada sendo, por isso, executado o envio de mensagens individuais – pela plataforma *Facebook* – a diferentes membros deste mesmo grupo. Nas mensagens constava a explicação da investigação – objetivo, procedimentos e durabilidade da entrevista. Após a retoma positiva do participante, era enviado o Assentimento Informado e exposto o código de conduta assegurado, sendo salientada a garantia de que apenas seria utilizada a informação que o participante permitisse, sem em nenhum momento revelar a sua identidade, e que todas as informações seriam destruídas após a finalização do estudo. Posteriormente à assinatura deste documento, que confirma a participação do sujeito, foi questionado se os participantes apresentavam alguma dúvida e procedeu-se à marcação da data da entrevista. No dia combinado por mim e pelas participantes, era devolvido o questionário de Dados Sociodemográficos e, de seguida, era iniciada a Entrevista.

As entrevistas foram realizadas segundo o Guião de Entrevista Semiestruturada (Anexo C) inicialmente proposto, sendo que a duração das mesmas foi variável e, por vezes, dividida em diferentes dias devido à disponibilidade limitada de algumas participantes. Sempre que as mesmas respondiam a uma questão, a resposta era transferida para uma tabela criada com esse objetivo.

### **1.3.2. Metodologia de análise da recolha de informação**

#### **1.3.2.1. Método Qualitativo**

A abordagem qualitativa procura obter a compreensão detalhada de uma experiência real com a criação de teorias inovadoras e significativas. Isto é, permite a pesquisa de experiências e perspetivas dos indivíduos, seguida da análise profunda dos assuntos em questão, a fim de compreender de que modo as pessoas pensam e agem (Rodrigues, 2011).

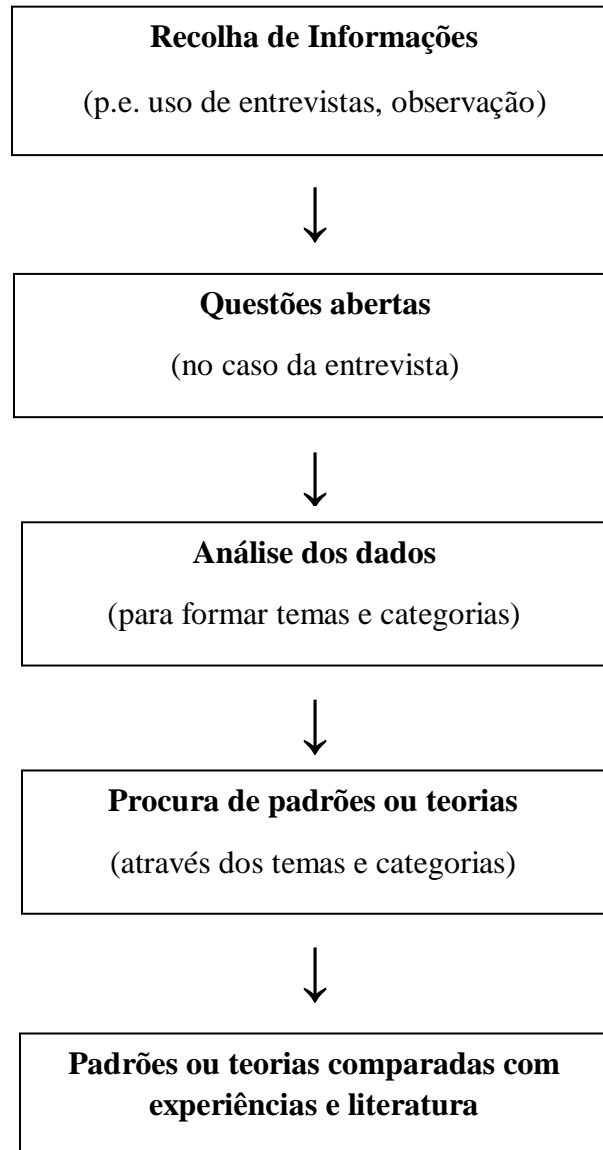
Este tipo de investigação implica a recolha e a análise de dados com recurso a diferentes técnicas como a entrevista e a observação participativa. Isto porque, o método qualitativo procura reter em profundidade informações relativas às vivências, valores e crenças dos indivíduos que estão a ser estudados, apostando no estudo do comportamento dos mesmos e dos contextos em que se inserem (Rodrigues, 2011).

Oposto a esta abordagem, a análise quantitativa procura a comparação de dados de diferentes grupos para entender de que forma uma determinada variável afeta outra, sendo o seu objetivo final gerar resultados generalizados que possam ser incutidos a diferentes contextos e populações.

Posto isto, a seleção da metodologia para este estudo teve em atenção o fornecimento rico de informações pelos participantes, para serem analisados de forma a compreender os assuntos a serem estudados. Assim, esta metodologia permite-nos analisar e compreender as experiências de vida de pessoas com FM, como os seus efeitos e implicações consequentes.

De seguida é apresentada uma Figura (Figura 4) que demonstra o processo de um estudo qualitativo.

**Figura 4** – Processo de um estudo qualitativo



(Adaptado de Creswell *et al.*, 2007)

#### 1.3.2.2. *Grounded Theory*/ Teoria Sustentada nos Dados

O tratamento de dados foi realizado segundo a Teoria Sustentada nos Dados – *Grounded Theory*, *Grounded Analysis* – a fim de analisar os dados de forma indutiva.

A Teoria Sustentada nos Dados – ou *Grounded Theory* – é uma abordagem dirigida à pesquisa qualitativa (Glaser & Strauss, 1967). Esta, é uma pesquisa com foco na análise profunda dos dados que tem como objetivo compreender a experiência e a

percepção dos participantes. A Teoria Sustentada nos Dados, baseia-se no pressuposto de que os dados científicos são fundamentados pelas evidências empíricas e pelas observações experimentais (Urquhart, 2013).

Esta teoria compreende diferentes passos tais como: realização de entrevistas ou outras técnicas que permitam a recolha dos dados e análise dos dados – a fim de perceber se os mesmos confirmam a hipótese de investigação –, discussão de resultados e conclusão (Urquhart, 2013). Isto é, inicia-se o processo com a recolha dos dados iniciais, seguindo a codificação e identificação de um padrão para chegar ao produto final correspondente às categorias de primeira ordem que contenham uma afirmação geral dos dados iniciais (Thornberg & Charmaz, 2014).

Assim, a Teoria Sustentada nos Dados tem como principal objetivo encontrar um modelo que seja explicado pela investigação, ao mesmo tempo que o investigador desenvolve e relaciona conceitos. Ou seja, permite o desenvolvimento da teoria através dos dados recolhidos e obtidos (Alves *et al.*, 2017).

Para além disso, este método é constituído por duas estratégias:

- (a) Comparação Constante – os dados são recolhidos e analisados simultaneamente;
- (b) Amostragem Teórica – fornecimento ao investigador de informações adicionais essenciais no desenvolvimento de uma categoria. Esta abordagem subdivide-se em duas fases: seleção de “peritos experimentais” (seleção dos participantes consoante a sua experiência de vida ou conhecimento do tema) e identificação da variabilidade (seleção dos participantes que possibilitem uma experiência variada) (Cepellos & Tonelli, 2020; Fonte, 2005; Metelski *et al.*, 2021).

Os critérios aplicados a esta teoria são a recolha de dados a codificação/categorização e a redação da teoria. A recolha de dados, como já vimos, pode

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

ser realizada por diferentes métodos. A codificação refere-se à análise atenta dos dados recolhidos. Esta subdivide-se em três etapas: a codificação inicial, a codificação axial e a codificação seletiva (Pinto, 2012).

A presente investigação integra a recolha de dados segundo as entrevistas semiestruturadas. Os dados foram agrupados por unidades de análise e categorizados por temas transversais a diferentes participantes. Obtivemos, desta forma, as colunas referentes às categorias de segunda ordem (categoria axial). Posteriormente, e para corresponder ao processo metodológico, obtivemos as categorias de primeira ordem (categoria seletiva), a fim de encontrarmos as categorias finais do estudo.

É com base nestas categorias finais que se procede à elaboração do discurso do grupo que consta na análise e discussão dos resultados.

A *Grounded Analysis* pode ser encontrada como metodologia aplicada em vários estudos sobre Fibromialgia (Chen, 2022; Hallberg & Bergman, 2011).

## **2. Apresentação dos Resultados**

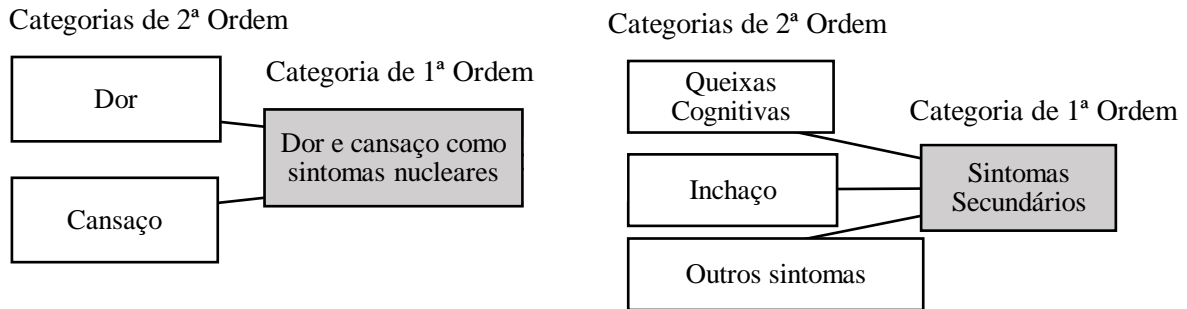
### **2.1. Resultados das Entrevistas Semiestruturadas**

Os resultados apresentados de seguida foram conseguidos através do processo de categorização das respostas obtidas em cada uma das questões colocadas aos participantes da entrevista semiestruturada realizada. Foram selecionadas as unidades a serem analisadas para as organizar em categorias de segunda e primeira ordem.

Segue-se à exposição de cada questão, uma breve descrição dos resultados encontrados, assim como se apresenta em anexo (Anexo G), o processo de seleção e categorização correspondente (Glaser & Strauss, 1967).

### 2.1.1. Resultados obtidos na questão 1

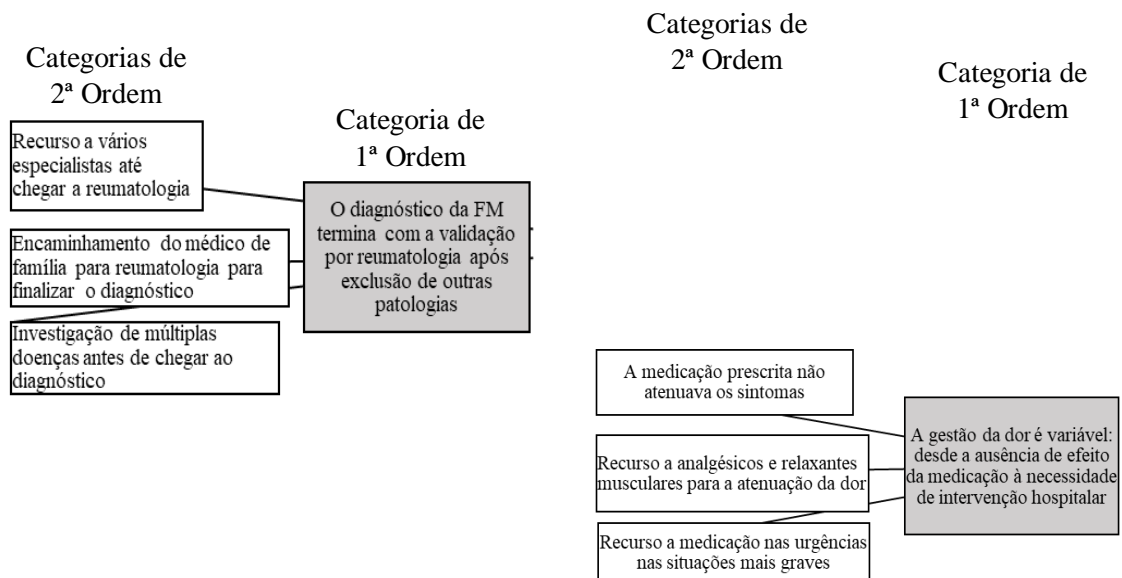
**Figura 5 - Questão 1.** *Sei que é portadora de uma patologia com características muito diversas entre si. Seria possível descrever de que forma começou a perceber que poderia ter um problema de saúde?*



Na primeira questão, objetivou-se compreender quais os primeiros sintomas a serem experienciados pelas participantes. Na categorização de primeira ordem desta questão, obtivemos duas categorias – **dor e cansaço como sintomas nucleares** e **sintomas secundários**. Na primeira, sintomas como dor e cansaço são, de facto, os mais mencionados e os que todas as participantes referiram sentir. A categoria “sintomas secundários” foi conseguida através de três categorias de segunda ordem: queixas cognitivas, inchaço e outros sintomas.

### 2.1.2. Resultados obtidos na questão 2

**Figura 6 - Questão 2.** Dadas as características da patologia, sabemos que pode ser de difícil diagnóstico médico. Qual foi o seu percurso (caminho) até chegar ao diagnóstico final de Fibromialgia?

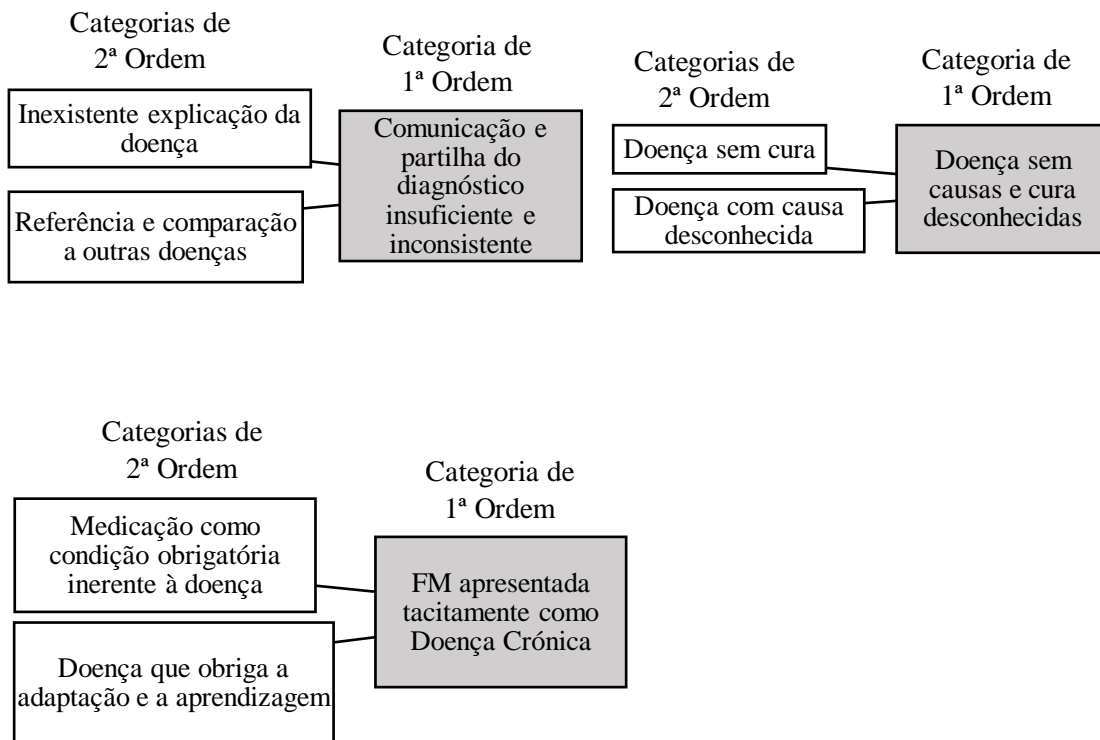


Na segunda questão, pretendeu-se perceber os diferentes caminhos percorridos até ao diagnóstico final de FM. Obteve-se assim, uma categoria de primeira ordem referente ao **diagnóstico realizado pelo reumatologista que incluía a exclusão inicial de outras patologias**, e outra categoria associada à **ausência de efeito no tratamento farmacológico, assim como a necessidade** – em último caso – de **intervenção hospitalar**. A primeira categoria – o diagnóstico da FM termina com a validação por Reumatologia após exclusão de outras patologias – foi originada através de três categorias de segunda ordem, que incluem o recurso a diferentes especialidades antes da reumatologia, o encaminhamento do médico de família para reumatologia para finalizar o diagnóstico e a investigação e exclusão de diferentes patologias que não melhor justifiquem a sintomatologia dos pacientes. Já a segunda categoria – a gestão da dor é variável – diz respeito a diferentes intensidades de dor e foi originada através da análise

de três categorias de segunda ordem, havendo discursos das participantes que comprovam esta ideia dizendo que a medicação prescrita não atenua a sintomatologia presente, recorrência frequente a analgésicos e relaxantes musculares e ida às urgências em situações não controláveis.

### 2.1.3. Resultados obtidos na questão 3

**Figura 7 - Questão 3.** *O que recorda acerca do momento em que lhe apresentaram este diagnóstico?*

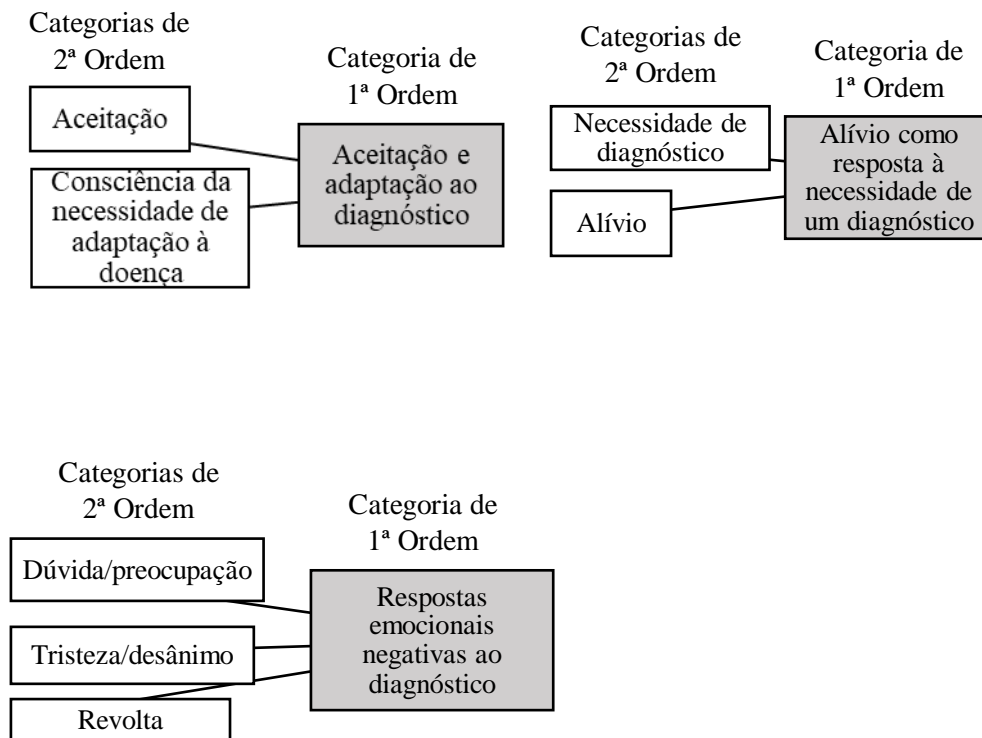


A questão 3 teve como objetivo compreender o que os profissionais responsáveis explicam no momento do diagnóstico, a fim de perceber que tipo de informação era facultada ao paciente. Obtivemos assim três categorias de primeira ordem: a **comunicação insuficiente e inconsistente do diagnóstico**, onde as participantes referiam que não explicaram a doença e a relacionavam com outras; **doença sem causa e sem cura conhecidas**; e **doença apresentada tacitamente como uma doença crónica**,

isto é, foi explicado, como por exemplo, que “se aprendia a viver com a doença” (Sujeito 7).

#### 2.1.4. Resultados obtidos na questão 4

**Figura 8 - Questão 4. O que se recorda sobre a sua reação ao diagnóstico?**



A questão 4 foi objetivada de forma a perceber a reação das participantes ao diagnóstico dado pelo médico, de modo a compreender as sensações, pensamentos e emoções que podem ou não ter ocorrido nesse momento.

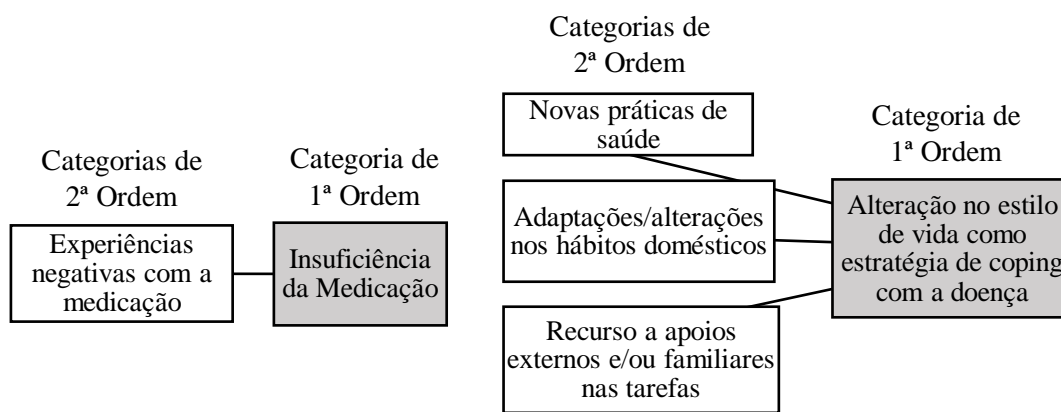
Nesta questão obtiveram-se então três categorias de primeira ordem: **aceitação e adaptação ao diagnóstico**; **alívio como resposta à necessidade de um diagnóstico**; e **respostas emocionais negativas ao diagnóstico**. A primeira categoria é fruto de diferentes depoimentos das participantes que afirmam que aceitaram o diagnóstico recebido, assim como se adaptaram ao mesmo. A segunda, diz respeito à necessidade de

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

um diagnóstico e ao posterior alívio de o receber. A última categoria surgiu pelas diferentes reações ao diagnóstico como dúvida e preocupação, tristeza e desânimo e revolta.

### 2.1.5. Resultados obtidos na questão 5

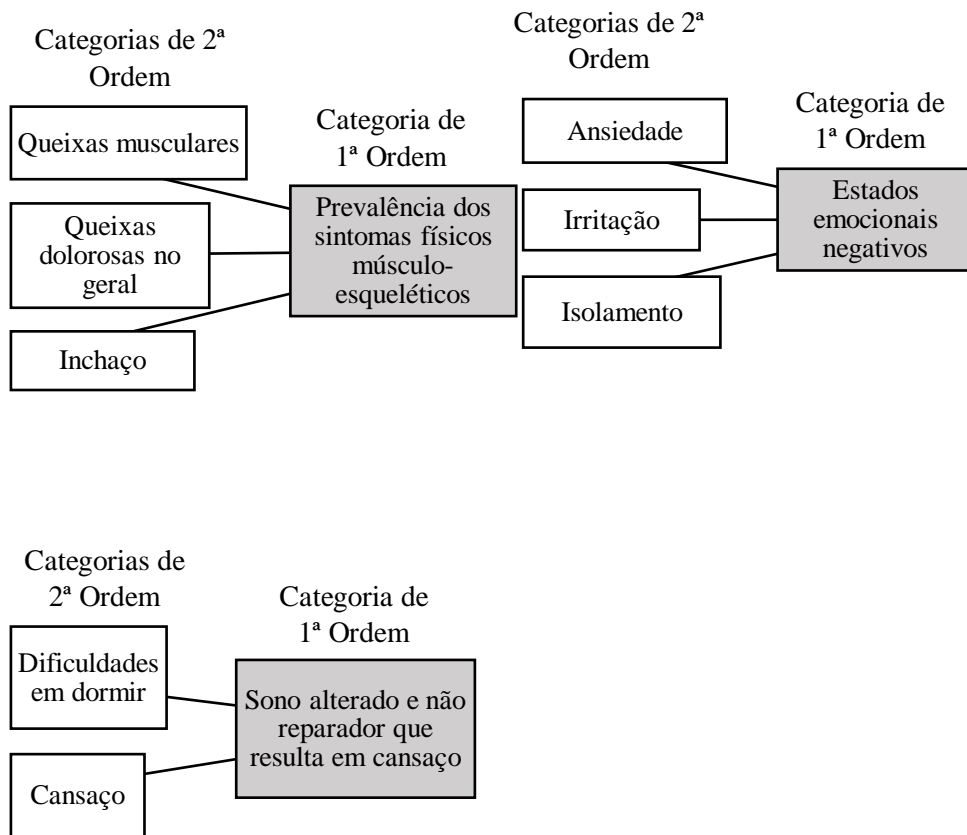
**Figura 9 - Questão 5.** *Todas as doenças crônicas pressupõem uma adaptação por parte do paciente. Como foi a sua adaptação ao diagnóstico da doença?*



Nesta questão pretendeu-se investigar a adaptação das participantes ao diagnóstico da FM. Surgiram, após a análise das respostas, duas categorias de primeira ordem – **insuficiência da medicação** e **alteração no estilo de vida como estratégia de coping com a doença**. A primeira, é resultado da análise da categoria de segunda ordem referente às experiências negativas com a medicação. A segunda, inclui novas práticas de saúde, adaptações/alterações nos hábitos domésticos e a necessidade de recorrer a apoios externos para realizar diferentes tarefas.

### 2.1.6. Resultados obtidos na questão 6

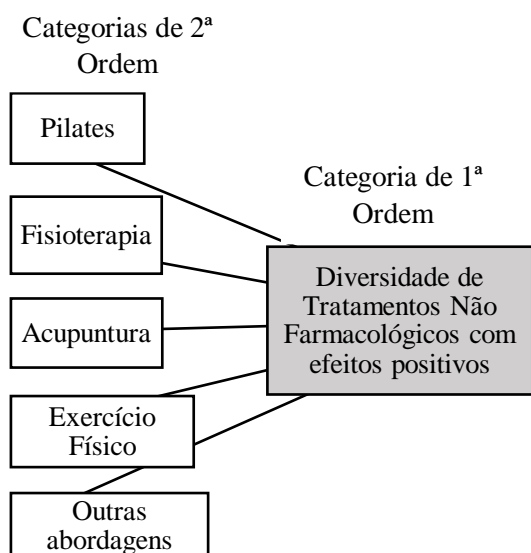
**Figura 10 - Questão 6.** Atualmente, quais são os sintomas que prevalecem?



A questão 6 está relacionada com os sintomas que no presente permanecem nas diferentes participantes. Após a análise das respostas a esta questão, obtivemos três categorias de segunda ordem – **prevalência dos sintomas físicos músculo-esqueléticos**, **estados emocionais negativos** e **sono alterado e não reparador que resulta em cansaço**. A primeira categoria resultou da categorização de segunda ordem de sintomas como queixas musculares, queixas dolorosas no geral e inchaço. A segunda categoria é fruto de sintomas psicológicos como ansiedade, irritação e isolamento. Por fim, e respetivamente, a última categoria surgiu para representar as dificuldades em dormir e o cansaço sentido.

### 2.1.7. Resultados obtidos na questão 7

**Figura 11 - Questão 7. Quanto ao tratamento ou aos tratamentos dos sintomas, quais foram as suas experiências?**



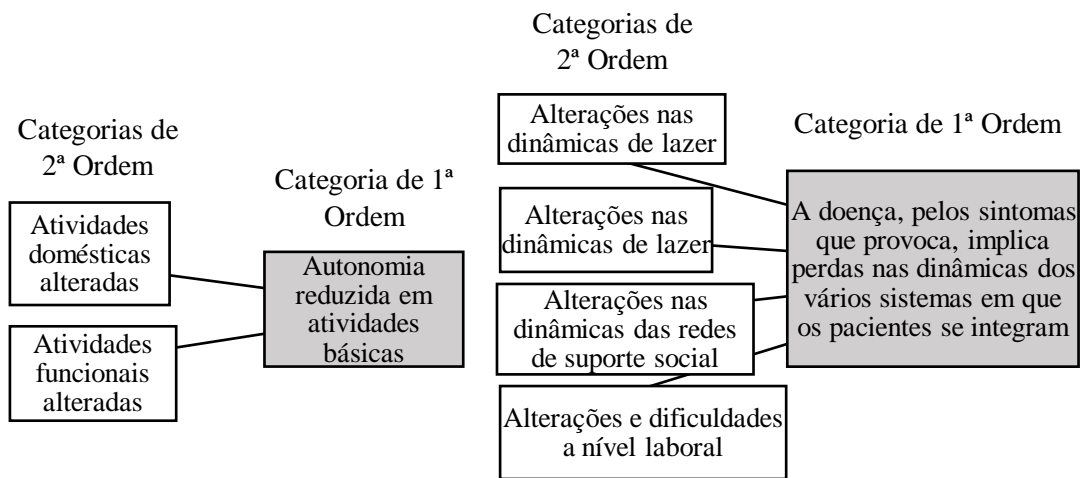
Suj.	Medicação	Classe	Acompanhamento Psicológico	Outras Intervenções
Suj. 1	Venlafaxina e Trazodona	2 AD	Não	Nutrição
Suj. 2	Pregabalina, Venlafaxina, Trazodona e Clonazepam	2 AD 1 BZD 1 AI	Sim	
Suj. 3	Flexiban e Dolocalma (SOS)	1 RM 1 AO	Não	
Suj. 4	Tegretol e Victan, SOS: Flexiban, Naprosyn	1 EH 1 BZD 1 AI	Não	
Suj. 5	Bupropiona, Duloxetina, Venlafaxina, Valium, Sirdalud, Trazodona. SOS: Tramal, Ceterolac, Naproxeno, Nolotil e Morfina	3 AD 1 BZD Vários AO 1 AI	Sim	Terapia Ocupacional Eletrochoque Caminhadas
Suj. 6	Flexiban e Duloxetina	1 RM 1 AD	Não	
Suj. 7	Pregabalina, Flexiban, Glucosamina. SOS: Adalgur	1 EH 2 RM	Não	Caminhadas, banhos de mar

Legenda: AO: Analgésico opiáceo; AD: Anti-depressivo; AI: Anti-inflamatório; BZD: Benzodiazepina; RM: Relaxante muscular; EH: Estabilizador do Humor

A questão 7 foi desenvolvida para recolher informações relativas aos tratamentos dos sintomas já experienciados. A categoria de primeira ordem **diversidade de tratamentos não farmacológicos com efeitos positivos** agrega tratamentos como Pilates, fisioterapia, acupuntura, exercício físico, etc. É referido ainda por todas as participantes a recorrência à medicação, sendo vários os Antidepressivos, Relaxantes Musculares e Benzodiazepinas referidos. Quanto ao acompanhamento psicológico, duas das participantes usufruem e nenhuma outra sentiu necessidade para tal.

### 2.1.8. Resultados obtidos na questão 8

**Figura 12 - Questão 8:** *Na sua opinião, e olhando para trás no que respeita às mudanças que a FM pode ter trazido para a sua vida, quais acha que foram os principais efeitos nas várias áreas da sua vida?*



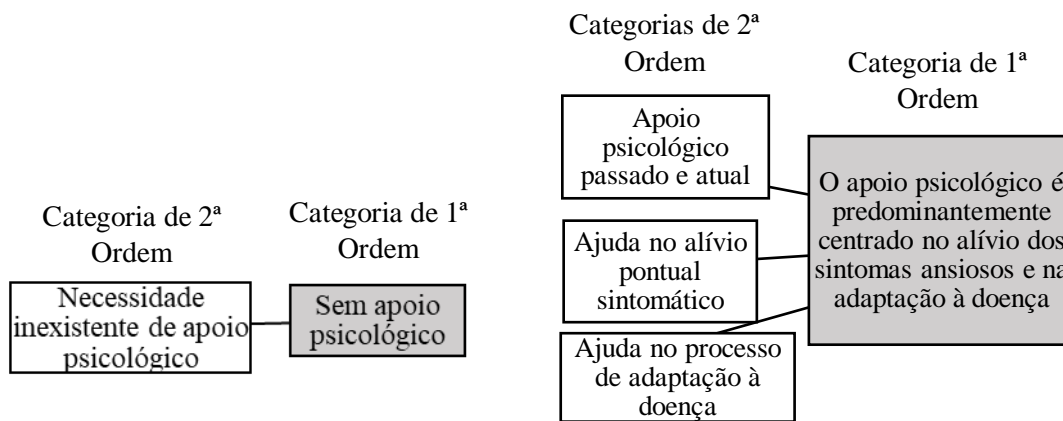
Na questão 8 procurou-se entender quais os efeitos ocorridos na vida das participantes após o diagnóstico de FM, a nível pessoal, social e/ou familiar e laboral.

Com a análise das respostas dadas, obtivemos três categorias de primeira ordem. A primeira, denominada por **autonomia reduzida em atividades básicas**, surge através das seguintes categorias de segunda ordem: atividades domésticas alteradas e atividades funcionais alteradas. A categoria de primeira ordem designada por “**a doença implica**

**perdas nas dinâmicas dos vários sistemas em que os pacientes se integram”** foi construída com base em quatro categorias de segunda ordem e indica as diferentes áreas atingidas pelos efeitos da FM, sendo elas as alterações nas rotinas e dinâmicas familiares, alterações nas dinâmicas de lazer, alteração nas dinâmicas das redes de suporte social e alterações e dificuldades a nível laboral. Surge ainda uma outra categoria de primeira ordem – **outros efeitos** – que evidencia outros aspetos que são impactados pela doença.

### 2.1.9. Resultados obtidos na questão 9

**Figura 13 - Questão 9:** *Alguma vez sentiu necessidade de apoio psicológico dado o diagnóstico de FM? Tem/teve apoio psicológico?*




Nesta questão, pretendeu-se compreender se as participantes já sentiram necessidade de apoio psicológico devido ao diagnóstico de FM. Para uma resposta positiva eram questionadas as mudanças que sentiram.

Obtivemos assim, após a análise do discurso das participantes, duas categorias de primeira ordem. A categoria **sem apoio psicológico** refere-se à inexistente necessidade de apoio psicológico até ao momento, sendo que tal facto é verificado pela maioria. Por outro lado, e com a análise do discurso das participantes, **o apoio psicológico é predominantemente centrado no alívio dos sintomas ansiosos e na adaptação à**

**doença**, uma vez que as participantes que padecem de apoio, referem uma diminuição pontual da ansiedade e uma adaptação mais positiva à doença.

### 2.1.10. Resultados obtidos na questão 10

**Figura 14 - Questão 10:** *Se pudesse escolher uma metáfora, uma imagem, ou qualquer outra forma de representar a FM o que escolheria?*

Suj.	Forma de representar a FM
Suj. 1	Parece que um comboio passou por cima de mim.
Suj. 2	Uma imagem de alguém derreado e a arrastar-se com sofrimento, porque é assim que eu me sinto. Esgotada... Não conseguir sequer dar uma passada maior, é frustrante e por vezes, sinto-me uma inválida.
Suj. 3	Uma imagem para mim, uma bateria sem carga, pois é assim que me sinto no final do dia, parece que vou gastando e depois preciso descansar para carregar. Um símbolo, um ponto de interrogação, e agora como vai ser a minha vida, o que vai acontecer, será sempre assim, incertezas...
Suj. 4	Uma doença invisível, mas muito dolorosa. Que pouca gente acredita
Suj. 5	 O corpo definha, está de acordo com as muitas dores e as posições adotadas, para aguentar. A cabeça baixa tem a ver com a não aceitação minha perante os outros, porque sou diminuída, não valho, não tenho forças muitas vezes para enfrentar quem me diminui e faz mal. Mais vale não ver do que saber que é falso.
Suj. 6	A imagem de uma pessoa amarrada, desejosa de cortar amarras que lhe prendem o corpo. Sensação de que aquele corpo não é nosso e que queremos sair daquela carapaça.
Suj. 7	Tem dias que sinto que levo o mundo às costas, mas decidi que quem iria gerir a minha vida.

Nesta questão, pretendeu-se obter uma forma de as participantes expressarem o que a FM representa para elas, no sentido em que podiam utilizar uma metáfora, uma frase ou uma imagem que refletisse a FM. Obtivemos diferentes formas de representação,

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

que nos levaram a uma só conclusão: **a Fibromialgia é uma doença incapacitante e que provoca graves limitações**. Assim, com esta questão podemos dizer que ressalta transversalmente a temática da limitação e do sofrimento impingido pela doença.

### **3. Análise e Discussão dos Resultados**

Neste ponto será abordada a análise e a discussão dos resultados obtidos na realização da categorização das entrevistas semiestruturadas como requisito final da Teoria Sustentada nos Dados.

Neste sentido, damos corpo à fase final do processo de construção do discurso do grupo, sustentado nas categorias de 1ª ordem que resultaram da categorização seletiva das unidades discursivas recolhidas e que, neste momento de discussão dos resultados, articularemos com a produção bibliográfica recolhida.

A questão 1 apresentou como objetivo a compreensão dos primeiros sintomas a serem experienciados pelas participantes, isto é, perceber o início de que talvez teriam um problema de saúde.

Nesta questão obtivemos duas categorias de primeira ordem designadas por **dor e cansaço como sintomas nucleares e sintomas secundários**.

A dor foi o primeiro sintoma a ser experienciado por todas as participantes, sendo esta ideia sustentada pelos seguintes exemplos: “(percebi) quando o meu corpo da cabeça aos pés me doía (S.1)”; “Sentia (...) dores no corpo todo (S.2)”; “Só era dor se mexesse, se eu estivesse quieta estava melhor (S.3)”; “Com muitas dores pelo corpo (S.4)”; “Comecei a ter mais dores (S.5)”; “(...) as dores espalharam-se pelo corpo todo (S.6)”; “(...) quando me apareceu uma dor constante nas costas (S.7)”.

De acordo com Dizner-Golab *et al.* (2023), a FM é definida como um quadro de dor músculo-esquelética generalizada e contínua. A fadiga e o défice cognitivo encontram-se de “mãos dadas” com a dor generalizada presente nos pacientes com FM. Este facto, vai de encontro com o mencionado pelas entrevistadas, uma vez que, como visto, o seu primeiro sintoma foi de facto as queixas dolorosas. Contudo, apresentaram também outros sintomas. Vejamos então se o que se sabe pela literatura está de facto presente na nossa amostra. “Cansada (S.1)”; “Sem forças, muito cansada (S.4)”; “Falta de concentração (S.1)”. Nestas transcrições, verificamos que o cansaço e as queixas a nível cognitivo contribuíram para o processo de estudo de uma possível doença. Por outras palavras, as vozes das participantes vão ao encontro do referido pelo autor acima mencionado.

Na categoria de primeira ordem denominada por **sintomas secundários**, foram incluídos, para além das queixas cognitivas, sintomas como o inchaço e outros sintomas (“comecei a ter a pele e os olhos muito secos e falta de saliva (S.7)”; “(comecei) a sentir que tinha corpo (S.7)”). Verificam-se a presença de diferentes sintomas nas participantes deste estudo. Contudo, é referido por duas destas um sintoma incomum de FM segundo o que a literatura nos diz, o inchaço: “Começaram-me a inchar as mãos (S.3)”; “Inchaço (S.4)”. Assim, apesar do inchaço ser apresentado como um sintoma secundário, é notório que necessitaríamos de mais estudos que comprovem este ponto como um sintoma de FM.

A questão 2 pretendeu compreender qual o caminho percorrido pelas participantes desde o início dos sintomas até à devolução do diagnóstico pelo médico. Com isto, pretendia-se saber por quantos médicos passaram, se recorriam à toma de analgésicos ou relaxantes musculares, etc. Foram então originadas duas categorias de primeira ordem. **O diagnóstico de FM termina com a validação do reumatologista após a exclusão de**

**outras patologias**, uma vez que as participantes referem o recurso a vários especialistas até chegar à reumatologia: “Cheguei a ir ao médico de família, médico de clínica geral, (...) e depois reumatologia (S.1)”. Segundo Ávila (2016), estima-se que os pacientes de FM percorram uma média de cinco médicos distintos até chegar ao reumatologista.

Verifica-se também o encaminhamento do médico de família para reumatologia, uma vez que algumas das participantes recorriam ao seu médico para expor os sintomas, a fim da realização de análises de despiste ou o encaminhamento para um profissional melhor dotado (neste caso, incidiu na reumatologia): “Na altura ele (médico de família) mandou-me fazer análises (...) depois perguntou-me se tinha possibilidade de ir ao reumatologista (S.3)”; “Falei com a minha médica de família que me reencaminhou para a consulta de reumatologia (S.7)”.

Após o encaminhamento para reumatologia, o médico responsável pela área iniciou o processo diagnóstico pelo despiste de outras doenças, isto é, procedeu à investigação de múltiplas doenças antes de chegar ao diagnóstico de FM: “(...) ainda fiz exames para despistar outras doenças (S.1); “Comecei por despistar outras doenças e chegamos à conclusão que era FM (S.2)”; “(...) análises negativas (...) sobrou a FM (S.3)”; “Depois de vários exames (...) fui diagnosticada com FM (S.7)”.

O diagnóstico de FM é, por isso, um processo bastante complexo. Segundo Galvez-Sánchez e Reyes del Paso (2020), o diagnóstico de FM fundamenta-se na exclusão de outras doenças semelhantes à FM. Contudo, a utilização desta prática não é recomendada devido à sua fraca precisão, uma vez que esta pode originar o diagnóstico errado. Já Ávila (2016), diz-nos que o processo de diagnóstico se inicia com a identificação dos sintomas presentes em cada paciente. Sabe-se que cada paciente chega à consulta maioritariamente com dor, sendo que esta é vista como um sintoma fulcral e prioritário. De seguida, o reumatologista deve fazer um diagnóstico diferencial que incluía

os sintomas individuais do paciente. Por isso, e em concordância com o primeiro autor, o processo de diagnóstico de FM é iniciado pela exclusão de doenças que apresentem sintomas de dor generalizada e não incluam outros sintomas de FM – alterações do sono, alterações cognitivas, ansiedade, etc.

Em modo de conclusão da categoria de primeira ordem acima mencionada, a Fibromialgia é uma síndrome clínica com características próprias que precisa ser reconhecida e tratada de forma adequada, independentemente de outras condições que possam fazer parte do seu diagnóstico diferencial. Isto significa que a FM não deveria ser vista como uma condição secundária a outra doença ou condição, mas como uma condição única com características e necessidades específicas de tratamento (Heymann *et al.*, 2017).

A propósito ainda desta constatação, não podemos deixar de assinalar que nos discursos das participantes do estudo, não surge em qualquer momento a referência à Neurologia como especialidade médica envolvida no processo. Ora, a bibliografia sobre a matéria tem sublinhado, nomeadamente na génese da patologia, alterações nas estruturas e funções das vias autonómicas, ou seja, dependentes do sistema nervoso autónomo, bem como encontramos investimento científico no estudo das estruturas centrais de processamento da dor (Clauw, 2015; Pinto *et al.*, 2023).

Ainda na questão 2, surge como categoria principal **a gestão da dor é variável: desde à ausência de efeito da medicação à necessidade de intervenção hospitalar**. Isto é, as experiências das participantes nesta questão subdividem-se na recorrência à toma de medicação e à sua falta de efeito: “Medicação atrás de medicação, mas nada fazia efeito (S.1)”; “(...) não tomo, não me sinto bem (S.6)”; “o único que alivia (...) é o doluron que serve para as dores (S.6)”, no recurso a analgésico para atenuação da dor: “Tomava Brufen e resultava (S.2)” e recurso a medicação nas urgências em situações incontroláveis

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

de dor: “Muitas vezes no hospital, soro, medicamentos (S.4)”; “Quando estou em desespero total, tomo o que me dão no hospital (S.5)”; “Quando não suportava as dores recorria à medicação que me era dada nas urgências (S.7)”.

Estes exemplos apontam como sintoma nuclear a dor, mas com condições de variabilidade e oscilação que diferem de paciente para paciente, tal como refere a bibliografia (Dizner-Golab *et al.*, 2023). Encontramos igualmente a medicação como solução mais comumente oferecida pelos clínicos.

Na sequência do acima referido, a questão 3 pretendeu explorar as indicações que os profissionais de saúde dão aquando a devolução do diagnóstico de FM, isto é, compreender o que é explicado sobre a doença e de que modo a abordam.

Desta questão resultaram três categorias de primeira ordem. A comunicação e a **partilha do diagnóstico** são realizadas de forma **insuficiente e inconsistente**, ou seja, a explicação da doença (sintomas, implicações, tudo o que esta envolve), não é feita pelos profissionais, uma vez que as participantes referem: “Não me explicaram muito (S.1)”; “Não me explicaram nada (S.4)”. Isto pode explicar-se pelo facto de, muitas vezes, os profissionais responsáveis pelo diagnóstico da doença já receberem o paciente após múltiplas consultas de outras especialidades (Arnold *et al.*, 2016), o que acumula dúvidas e incertezas por parte dos pacientes, bem como pelo facto de não existir uma formação transversal sobre uma doença cujas causas ainda suscitam dúvidas e que escapa ao rastreio mais comum para os clínicos (análises e meios de imagem diagnóstica). Assim, à insegurança dos pacientes podem acrescentar-se variáveis dos próprios clínicos. Como exemplo extremo podemos assinalar o facto de, tal como refere uma participante do presente estudo (S.5), para certas especialidades a Fibromialgia não é reconhecida como doença.

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

Choy *et al.* (2010) diz-nos que a falta de conhecimento diagnóstico entre os profissionais de saúde sobre a FM e a escassez de atendimentos especializados para a doença, podem contribuir para um atraso no diagnóstico do paciente e, por conseguinte, para uma demora superior na implementação de um tratamento adequado. Para além disso, a FM é uma doença historicamente subestimada e apresenta critérios de diagnóstico complexos e dificilmente perceptíveis.

Com a análise do discurso das participantes podemos também referir que existe com frequência uma comparação a outras doenças de modo a tornar a devolução do diagnóstico mais amenizada, acabando por não tornar clara a explicação da doença. Como exemplos temos: “Que era idêntica a uma depressão (S.1)”; “Disseram que seria pior se tivesse uma doença autoimune (S.6)”; “Que poderia ou não afetar outros órgãos (S. 7)”. Com estes testemunhos, podemos refletir na ideia de que os médicos responsáveis apresentam um fundamento incorreto do processo de diagnóstico, tornando este inconsistente e, por sua vez, incompreendido pelos pacientes. Branco (2005) refere a falta de conhecimento generalizado e conciso acerca da fisiopatologia da FM como principal motivo para a desinformação por parte dos profissionais.

Assim, devido ao limitado conhecimento consensual dos profissionais de saúde acerca deste tema, no momento do diagnóstico a explicação é inconsistente e insuficiente na perceção da amostra deste estudo.

Ainda na questão 3, as participantes foram informadas que a FM é uma **doença com causas e cura desconhecidas**, sendo estas as poucas informações que foram dadas aos pacientes na devolução do diagnóstico. Almeida *et al.* (2019) diz-nos que de facto a FM ainda não apresenta cura e apenas tratamento de alívio de sintomas. Quanto às causas, existem diferentes componentes que podem estar envolvidas na etiologia da doença. Contudo, esta etiologia ainda não é totalmente compreendida. Dentro dos fatores

etiológicos da FM, temos a disfunção no processamento da dor, a disfunção da libertação de diferentes neurotransmissores, a componente genética e ambiental, fatores psicossociais, entre outros. Deste modo, e por ainda não ser conclusivo o processo etiológico que acarreta a FM, compreende-se que os profissionais responsáveis por devolver o diagnóstico aos pacientes não divulguem qual a causa de estes padecerem desta doença.

Para além disso, a **FM é apresentada tacitamente como uma doença crónica**, uma vez que foi dito às participantes deste estudo que os passos seguintes ao diagnóstico seriam a toma de medicação como condição obrigatória inerente à doença: “Apenas medicação (S.5)”; “Teria de fazer medicação (S.6)” e que é uma doença que obriga à sua adaptação e à aprendizagem: “Aprender a viver com ela (doença) (S.3)”; “Que se aprendia a viver com a doença (S.7)”. Segundo a OMS (2010), a doença crónica é um problema de saúde pública e a FM, por sua vez, é a doença crónica de dor generalizada com maior prevalência. Contudo, caracterizamos esta categoria incluindo a palavra “tacitamente” por não ser explicitamente usada a expressão “doença crónica” que efetivamente é.

Deste modo, a escassez de informações concisas de tudo o que envolve esta doença que é a FM, faz com que os profissionais de saúde, essencialmente os reumatologistas, devolvam informações vagas e insuficientes o que provoca, conseqüentemente, desinformação nos doentes acabando por serem eles próprios a pesquisar: “Nada, mas depois fui eu tentando informar-me (S.4)”.

Na questão 4, pretendeu-se compreender a reação dos participantes à questão anterior – referente à receção do diagnóstico – de modo a conseguir entender o que as participantes sentiram e pensaram no momento.

Duas participantes referiram aceitação ao diagnóstico de FM e apresentaram um elevado *insight* da sua situação clínica atual, assim como consciência presente da necessidade de adaptação à doença. Deste modo, chegou-se a uma categoria de primeira ordem que integra o acabado de referir designada por **aceitação e adaptação ao diagnóstico**: “(Reagi) normal. Não entrei em pânico (S.1)”; “Percebi que muitos dos meus hábitos de vida iriam mudar (S.7)”. Devemos salientar neste ponto, que a participante 7, que refere “Percebi que muitos dos meus hábitos de vida iriam mudar”, foi indicada no momento do diagnóstico, que a FM era uma doença que exigia adaptação, ou seja, compreende-se o facto desta sujeita na presente questão, ter uma reação de aceitação face ao diagnóstico.

Esta categoria remete-nos para o facto de haver um processo de ajustamento físico, psicológico e social que se segue ao diagnóstico. Kümpel *et al.* (2017), concluíram que as adaptações que os pacientes fazem, acabam por torná-los mais funcionais, uma vez que aquando a presença de uma incapacidade, a execução de estratégias que permitam a adaptação será maior.

Todavia, nas unidades discursivas recolhidas junto das participantes, não há referência sobre qualquer proposta de intervenções para facilitar este processo.

Por outro lado, nos discursos recolhidos encontramos a referência a um sentimento de alívio face à possibilidade de existência de doenças mais graves, assim como uma elevada necessidade de respostas à sintomatologia. Isto é, dar um nome aos sintomas presentes. Deste modo, e após a categorização sequencial, encontramos a categoria de primeira ordem **alívio como resposta à necessidade de um diagnóstico**: “Só queria descobrir o que tinha e lutar para o que fosse (S.1)”; “Um alívio por não ter uma doença autoimune (S.6)”.

De seguida, e ainda nesta questão, a maioria das participantes revela **respostas emocionais negativas ao diagnóstico**, dado que, aquando a devolução do mesmo, sentiram preocupação e dúvida, tristeza e desânimo e também revolta: “Inicialmente não acreditei (S.2)”; “Senti uma tristeza enorme, alguma revolta (S.2)”; “Senti-me insegura e preocupada (S.3)”; “(pensei) “e se não for isso? Como posso ter a certeza?” (S.3)”. Pegando nesta última referência, a participante demonstra dúvida perante o diagnóstico, uma vez que, como já vimos na questão 2, o processo de diagnóstico foi realizado por descarte de hipóteses, sendo que a mesma refere “Sobrou a fibromialgia”. Deste modo, e mais uma vez, salienta-se a importância de tornar o diagnóstico de FM um processo coeso a nível de critérios, uma vez que esta doença apresenta sintomas característicos e únicos.

Por fim, devemos também referir que é sentido pelas participantes um estigma em relação aos sintomas presentes em cada uma, sendo que uma das entrevistadas refere: “(...) nem comentava porque fibromialgia era estigma (S.5)”; “(...) é a vida que fica toda julgada (S.5)”. E, segundo Coppens *et al.* (2017), estes indivíduos sentem-se facilmente isolados dos restantes, assim como incompreendidos pelos profissionais de saúde responsáveis pelos mesmos.

Para além disso, a identificação dos sintomas, que é um dos primeiros passos para determinar o diagnóstico de uma doença, pode levar os profissionais de saúde a colocarem rótulos e a desviar os pacientes do diagnóstico correto, resultando no atraso do processo de tratamento adequado. É importante que os profissionais de saúde tenham um conhecimento mais aprofundado sobre as doenças, como a FM, para evitar esse tipo de situação (Branco, 2005).

Assim, a psicoeducação é um passo importante na abordagem ao paciente com FM, uma vez que permite que ele seja instruído e seja capaz de identificar os seus sintomas e as suas limitações e que compreenda o que é a própria doença. Isso contribui

para evitar que o paciente se sinta estigmatizado, permitindo-lhe ter mais controlo sobre a sua situação e reduzir a ansiedade associada à condição (Hassett & Gevirtz, 2009).

A questão 5 teve como objetivo analisar a adaptação das participantes ao diagnóstico de FM, isto porque, cada individuo encara e adapta-se à doença de forma diferente.

Nesta questão obtivemos duas categorias de primeira ordem. Entendemos no decorrer das entrevistas que a recorrência ao tratamento farmacológico foi uma experiência negativa por parte de várias participantes. Assim surge a primeira categoria de primeira ordem: **Insuficiência da medicação**. “Só a medicação não era suficiente (S.1)”; “Foi muito mau, a adaptação aos medicamentos (S.6)”.

O tratamento da FM deve ser multimodal, individualizado e construído sobre 4 estratégias – educação do paciente, exercício físico, farmacoterapia e psicoterapia (Sarzi-Puttini *et al.*, 2020). O tratamento farmacológico pode ser instruído em monoterapia ou em combinação, sendo que este apresenta como objetivo a atenuação de sintomas como a redução da dor e a melhoria do sono, da fadiga, da ansiedade e da depressão (Júnior & Ramos, 2019).

Podemos assim concluir, após a análise dos discursos, que os participantes que relatam a medicação negativamente, nunca usufruíram de apoio psicológico. Assim, e de acordo com a literatura, o sucesso da intervenção na sintomatologia provocada pela FM encontra-se comprometido, uma vez que a medicação não é suficiente para a diminuição da mesma.

A segunda e última categoria de primeira ordem desta questão reside-se na **alteração no estilo de vida como estratégia de coping com a doença**, isto é, as participantes adquirem novas práticas de saúde, “Comecei a fazer pilates (S.1)”; “Fiz

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

pilates (S.6)”, para lidarem de forma mais positiva e facilitada com a FM. Para além disso, acabam por recorrer ao auxílio de pessoas externas nas tarefas, devido à capacidade física limitada que apresentam. Deste modo, é liminarmente exigida a adaptação e a alteração nos hábitos domésticos: “Tenho uma senhora que vem cá fazer a limpeza (S.2)”; “Quando faço uma crise mais forte tenho o apoio da família (S.7); “Em casa é difícil fazer algo (S.5)”; “Não consigo fazer perfeito (S.3)”.

Devido à FM ser uma doença que engloba diversos sintomas, a realização de determinadas tarefas está diretamente influenciada. Sintomas como dor e fadiga podem dificultar a execução de tarefas simples e tarefas mais complexas.

A preparação dos pacientes para estas limitações parece ser crucial para garantir uma adaptação à doença eficaz, o que nos remete para a necessidade de uma abordagem da doença e do seu impacto multidimensional e, conseqüentemente, multidisciplinar.

A questão 6 pretendeu analisar a sintomatologia atual das participantes deste estudo, sendo que obtivemos a recolha de sintomas físicos e psicológicos que nos permitiram desenvolver três categorias de primeira ordem. Após o diagnóstico e o seu tratamento consecutivo, existe ainda uma **prevalência dos sintomas físicos músculo-esqueléticos** que incluem, maioritariamente, queixas musculares, queixas dolorosas e inchaço. Isto é, as participantes descrevem apresentar: “Dores musculares (S.4); “Dores nos joelhos, cotovelos, costas e pernas (S.5)”; “mãos inchadas (S.3)”, entre outros.

Deste modo, conseguimos entender que muitos dos sintomas presentes no início deste caminho ainda se mantêm, o que se coaduna com a definição de doença crónica.

A segunda categoria encontrada nesta questão refere-se aos **estados emocionais negativos** atualmente sentidos pelas participantes. Entre eles, os mais mencionados são a ansiedade, a irritação e o isolamento: “Ansiedade brutal (S.5)”; “Irritação e falta de

paciência (S.2)”; “Só quero estar sozinha (S.2)”. É de realçar que as participantes cujas expressões acabaram de ser referidas são as mesmas que apresentaram necessidade de apoio psicológico. Contudo, devemos realçar que as mesmas usufruem deste apoio há menos de 6 meses.

Segundo Monteiro *et al.* (2021), a ansiedade na FM é menos frequente do que a depressão. No entanto, sabe-se que os portadores de FM apresentam uma maior prevalência de sintomatologia ansiosa do que a restante população. De facto, este estudo contou com uma relevante variedade de sintomas, sendo que 4 das participantes revelam a ansiedade como um sintoma bastante presente, sendo até mais presente do que sintomas comumente relacionados à depressão – irritação e isolamento. Contudo, estes dois últimos são também referidos como impactantes na vida das participantes e, de acordo com o autor acima mencionado, podemos constatar que viver com uma doença crónica pode causar todo este “leque” de sintomas.

Ainda na questão 6, obtivemos uma outra categoria de primeira ordem. Esta foi criada através da categorização de dificuldades em dormir e cansaço. Apercebemo-nos então, que a maioria das participantes (6 em 7) apresentam comprometimento a nível do sono e um cansaço excessivo: “Dificuldades em dormir (S.2)”; “Cansaço extremo (S.3)”. Ora, na maioria dos casos, se um indivíduo sofrer de alterações do sono, quer seja no processo de iniciação ou de manutenção, o resultado será baixa energia e cansaço. E, nos portadores de FM, a intensidade dos sintomas agora referidos, é muito superior. Assim, podemos assumir que o **sono alterado e não reparador resulta em cansaço**.

Os pacientes com FM apresentam frequentemente uma má qualidade do sono. Esta pode advir pelo número reduzido de horas de sono em cada noite, acordar cansado ou ter insónias. Estes aspetos podem afetar significativamente de forma negativa, levando a cansaço e a falta de energia. Por conseguinte, uma má qualidade de sono e um sono não

reparador podem originar a uma percepção da sintomatologia da FM de forma exacerbada, gerando alterações a nível cognitivo-emocional – prejudicando a memória, concentração e irritabilidade – e a nível psicofísico – fadiga e sobrecarga. Para além disso, as alterações do sono ocorrem de forma diretamente proporcional à intensidade da doença, afetando, por isso, a qualidade do mesmo (Monteiro *et al.*, 2021; Souza & Marchand, 2017; Wallace & Wallace, 2014).

O objetivo da questão 7 incidiu na compreensão das experiências das participantes nos tratamentos dos sintomas predominantes ou não da FM.

Para esta questão, apenas pudemos utilizar a Teoria Sustentada nos Dados em três unidades de análise, sendo que as restantes foram analisada à parte. As três unidades referidas concernem em **outros tratamentos farmacológicos** – que não a farmacoterapia e a psicoterapia – e incluem a eficácia da recorrência à prática de Pilates, à fisioterapia, à acupuntura, no que diz respeito à amenização da sintomatologia referida pelas entrevistadas. Ainda nesta categoria verificou-se o mais variado conjunto de estratégias utilizadas para fins terapêuticos. Entre elas, e fugindo ao que a literatura nos diz, encontra-se a nutrição, os banhos de mar e a terapia ocupacional. Como exemplos do acabado de referir temos: “Os pilates deixam-me mais relaxada e as dores desaparecem (S.1)”; “Faço acupuntura, fico melhor, mais relaxada (S.4)”; “Nutrição (S.1)”; “Banhos de mar (S.7)”; “Terapia ocupacional (S.5)”.

A revisão integrativa realizada por Cordeiro e colaboradores concluiu que o método Pilates pode ter efeitos positivos nos pacientes com síndrome de Fibromialgia pela sua segurança e efeitos terapêuticos apenas com 4 semanas de treino. Já Kümpel *et al.*, comprovaram as vantagens do método na gestão da dor e na promoção do sono (Cordeiro *et al.*, 2020; Kümpel *et al.*, 2017).

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

Relativamente à acupuntura, Pereira *et al.* (2021) defende que esta técnica permite obter, através da libertação de neurotransmissores, um efeito analgésico o qual permite diminuir a sintomatologia dolorosa dos pacientes. Contudo, é de referir que, para além do alívio pontual dos sintomas, não há estudos relativos aos efeitos da acupuntura a longo prazo.

De acordo com Muniz e Ferreira (2022), a fisioterapia auxilia os pacientes a obter uma maior capacidade no controlo da dor e na execução das AVD's (Atividades de Vida Diárias). Já Cunha *et al.* (2020), afirmam que os serviços que a fisioterapia oferece promovem a regeneração de funções que possam ter sido diminuídas.

Arantes *et al.* (2022), dizem-nos que o exercício físico é dos tratamentos mais recorridos pelos portadores de FM. Contudo, apenas uma das sete participantes recorrem ao mesmo através do ginásio. A exploração desta informação seria mais viável numa amostra maior, mas é importante referir a caminhada como estratégia apontada por duas participantes.

Relativamente ao tratamento farmacológico, devemos referir que todas as participantes apresentam prescrição de fármacos, sendo que uma das entrevistadas apenas utiliza este tratamento e nenhum outro tratamento não farmacológico (S.3).

O tratamento farmacológico difere de paciente para paciente, mas as classes de fármacos centram-se e coincidem no global das entrevistadas. As tipologias utilizadas pelas mesmas são: Antidepressivos, Benzodiazepinas, Anti-inflamatórios, Relaxantes Musculares, Analgésicos e Estabilizadores de Humor. O fármaco mais utilizado (4 em 7 participantes) é o Flexiban – relaxante muscular que permite o alívio da dor e da rigidez muscular.

Segundo Oliveira e Almeida (2018), os fármacos que apresentam maior eficácia terapêutica na FM são os Antidepressivos Tricíclicos, os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina, os Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina, anticonvulsivantes e os analgésicos. Verifica-se que, integrando a literatura com as entrevistas realizadas, a classe de fármacos utilizada pelas participantes é semelhante. No entanto, os princípios ativos diferem. De acordo com Moraczewski e Aedma (2022), os antidepressivos com efeitos mais positivos no tratamento da FM são a amitriptilina, a ciclobenzaprina, a fluoxetina, duloxetina e o milnaciprano. Contudo, apenas duas participantes tomam a duloxetina e nenhum outro dos antidepressivos mencionados. A duloxetina apresenta efeitos nos sintomas psicológicos (depressão e/ou ansiedade) e no controle da dor. Assim, e apesar de não se verificar nas entrevistas o esperado de acordo com a revisão do tratamento na FM, sabe-se que a prescrição de medicação tem de ser realizada de acordo com os sintomas mais prevalentes e difere de paciente para paciente. Isto é, deve ser feito de forma individualizada e cautelosa a fim de um melhor resultado terapêutico (Theoharides *et al.* 2015).

Por fim, e no que concerne ao acompanhamento psicológico, verificou-se que duas participantes usufruem do mesmo. Haverá a discussão deste ponto adiante, pois existe uma questão (Questão 9) exclusiva ao tema.

A questão 8 pretendeu explorar a compreensão e reflexão das mudanças que a FM pode ter trazido para a vida das participantes, uma vez que esta pode provocar efeitos em todas as áreas – pessoal, social e/ou familiar e laboral.

Nesta questão obtivemos três categorias de primeira ordem que refletem as alterações ocorridas nas vidas das entrevistadas. **A autonomia vê-se reduzida em atividades básicas dos dia-a-dia**, devido às alterações ocorridas nas atividades domésticas e funcionais. Exemplos disso são: “Se abusar muito fico num molho (S.1)”;

“Só nas tarefas é que tenho mais dificuldades (S.4)”; “Tenho receio de guiar devido a desequilíbrios, tonturas e dores (S.5)”.

Como já foi referido, a vida dos portadores de FM vê-se bastante impactada. A autonomia fica limitada devido à sintomatologia presente, uma vez que os sintomas de fadiga e a dor constante não permitem realizar ações que talvez antes eram facilmente realizadas. Nas entrevistas o mesmo se verifica. Para além disso, e de acordo com a literatura estudada, existem estratégias que potenciam a autonomia. Entre elas encontra-se a TCC, mais propriamente a psicoeducação. Esta técnica auxilia o paciente na compreensão da sua situação atual, da doença que padece, permitindo o autoconhecimento e o aumento da autonomia. Relativamente às alterações funcionais que podem ocorrer, sabe-se que devido à elevada intolerância à dor que os indivíduos apresentam, a funcionalidade física e emocional dos mesmo acaba por ficar incapacidade. Ressalvar também que a participante número 5 refere que apresenta bastantes tonturas que, de acordo com a literatura, as tonturas são dos sintomas mais frequentes num estado de ansiedade ou numa perturbação de ansiedade. Ansiedade essa que esta sujeita diz ser “brutal” (Choy, 2015; García-Ríos *et al.*, 2019)

Deste modo, é importante apostar no acompanhamento psicológico de forma a melhorar todas as áreas acabas de referir.

A seguinte categoria de primeira ordem refere-se aos impactos ocorridos nos diferentes sistemas dos pacientes, isto é, **a doença, pelos sintomas que provoca, implica perdas nas dinâmicas dos vários sistemas em que os participantes se integram.** A FM, após a análise dos discursos das participantes, apresenta efeitos negativos em diferentes áreas das suas vidas. Ocorrem alterações nas rotinas e nas dinâmicas familiares – “(familiares) estavam habituados a que eu fizesse e organizasse (S.5)”; “às vezes sinto-me uma criança e eles a mãe (S.5)” – alterações nas dinâmicas de lazer, “deixei de fazer

trilhos e passei a fazer caminhadas (S.7)”; “Já tivemos de anular viagens, almoços, passeios (S.5)” – alterações nas dinâmicas das redes de suporte social – “não vou a casa de ninguém nem recebo ninguém devido à minha pequena tolerância física (S.5)”; “Falta de vontade de sair ou passe ar (S.3)” – alterações e dificuldades na área laboral – “Neste momento encontro-me de baixa (S.2)”; “A nível laboral o frio não ajuda, muito *stress* e tenho que ter muita energia (S.3)”.

As alterações nas dinâmicas das redes de suporte (familiar e social) resultam em isolamento que associado ao estigma e ao reduzido suporte fornecido pelos profissionais, constituindo fatores que podem precipitar quadros depressivos e de ansiedade (Coppens *et al.*, 2017).

Choy (2015), afirma que as alterações a nível cognitivo podem conduzir a dificuldades na área laboral e na realização de tarefas domésticas. Tais dificuldades aparecem em momentos que exigem respostas imediatas e também em momentos de dor acentuada. As alterações cognitivas, também conhecidas como *Fibrofog* ou “névoa da FM”, contemplam dificuldade de lembrar ou o uso incorreto de palavras e nomes, alteração no processamento de informações. A distração e a confusão acrescem-se aos problemas com números e cálculos matemáticos (Karper & Letvak, 2015).

Para além dos efeitos referidos, as participantes mencionaram ainda “as dores dificultam a parte sexual (S.2)”; “(As dores dificultam) o meu humor (S.2)”; “a felicidade está sempre assombrada (S.5)”; “existem imensos gastos em medicação, tratamentos, consultas... (S.5)”. De facto, as alterações de humor são um fator referido com frequência nos portadores de FM. Este, por ser constituído por fatores de tensão, depressão, fadiga, etc., apresenta-se facilmente afetado neste contexto. Deste modo, e de acordo com Brandt (2011), o humor apesar de ser afetado nos pacientes com FM em geral, também é referido no presente estudo.

Assim, e como já vimos, a sintomatologia depressiva é dos aspetos psicológicos mais presentes na FM (Choy, 2015). Realçando a S.5, que refere que “a felicidade está sempre assombrada”, podemos interligar esta transcrição à incompreensão que sente por parte dos médicos, pois, segundo Coppens *et al.* (2017), a incompreensão dos médicos precipita quadros depressivos e de ansiedade revistos nesta mesma participante, sustentando assim a sua sintomatologia.

O objetivo da questão 9 foi compreender se as participantes até ao momento sentiram necessidade de apoio psicológico dado o diagnóstico de FM. Obtivemos duas categorias de primeira ordem que variam entre a necessidade e a não necessidade de apoio.

Cinco das sete participantes não apresentaram necessidade de recorrer a apoio psicológico até ao presente. Contudo, uma das cinco referidas aquando a descoberta de FM, iniciou psicoterapia (S.4). Esta participante refere “Ajudou-me a aceitar a doença e a adaptar-me a ela”, isto é, permitiu-lhe iniciar o processo de aceitação e adaptação à FM, uma vez que esta, como já vimos, impacta a qualidade de vida dos indivíduos. Deve-se também referir que esta participante iniciou a doença com sintomas mais fortes em comparação com a atualidade, pois apresenta dores musculares e cansaço como sintomas atuais.

Relativamente às restantes quatro participantes que estão no tratamento sem apoio psicológico, é mencionado que até ao presente nunca sentiram necessidade de iniciar este processo. Contudo, após o estudo da temática, sabemos que o sucesso terapêutico é mais facilmente atingido com a execução de um tratamento multimodal que inclua a educação do paciente, o exercício físico, a farmacoterapia e a psicoterapia (Sarzi-Puttini *et al.*, 2020).

De acordo com a análise do que as restantes participantes discursaram, podemos concluir que **o apoio psicológico é predominantemente centrado no alívio dos sintomas ansiosos e na adaptação à doença**. Isto porque, os relatos são centrados no alívio pontual sintomático e no processo de aceitação e adaptação à doença. Como exemplos temos: “Andei 3 meses sem o aperto no peito, mas há cerca de 2 semanas que voltei a sentir (S.2)”; “Estava a explodir por dentro, ao falar sentia-me mais leve (S.5)”; “Conseguia estar umas horas com menos “peso” físico e mental (S.5)”; “Ajudou-me a aceitar a doença e a adaptar-me a ela (S.4)”.

Posto isto, é de realçar que a TCC tem como objetivo – aplicada à FM – a redução da dor e a inclusão de comportamentos e hábitos saudáveis. Contrariamente aos encontrado nos testemunhos recolhidos, o psicólogo consegue auxiliar os pacientes em diferentes vertentes: processo de reconhecimento dos sintomas, forma de lidar com estes, tendência para a catastrofização, sintomas psicológicos e devolução de estratégias de *coping* para lidar com a sintomatologia.

Assim, e relacionado os discursos das participantes com a literatura, podemos concluir que ao invés de os psicólogos auxiliarem apenas no alívio pontual dos sintomas ansiosos, devem auxiliar no alívio a longo prazo de todos os outros sintomas. Contudo, é de referir que o conhecimento relativo a esta patologia nos profissionais de saúde – e não só nos psicólogos – é escasso e podem não apresentar um plano terapêutico rico e coeso. Para além disso, apenas obtivemos duas participantes com apoio psicológico no decorrer, com início recente, o que não nos permite assumir nem globalizar o papel do psicólogo na FM.

Contudo, é de facto imprescindível apostar na formação dos profissionais nesta temática, uma vez que esta padece de enriquecimento de informação a todos os níveis.

Por fim, na questão 10 pretendemos compreender de que forma as participantes veem a FM, sendo que deviam representá-la utilizando uma metáfora, uma frase, uma imagem ou outra qualquer forma. Obtivemos diferentes expressões de representação e, analisando todas elas, é inevitável referir o sofrimento, o desânimo, as incapacidades/limitações e, sobretudo, a tristeza que as participantes sentem ao pensarem nesta doença. Há inúmeras doenças crônicas. Visíveis, invisíveis, umas com necessidades mais graves, outras com a toma de um comprimido para o resto da vida. Mas o que é certo, é que viver com os sintomas recorrentes desta doença, não permite aproveitar a vida como se espera aproveitar. Esta questão, foi apenas uma questão reflexiva e comprovativa daquilo que estudamos ao longo destes meses e que, de certa forma, já estávamos à espera. Os pacientes de FM apresentam-se elevadamente impactados pela FM. Para além disso, permite-nos pensar na urgência que é a de, no momento do diagnóstico, o médico responsável integrar a equipa multidisciplinar. Ou seja, indicar e reforçar a necessidade e os benefícios que é o apoio psicológico, assim como outras áreas que apresentam efeitos positivos na doença.

## **Conclusão**

O objetivo desta investigação foi dar voz às experiências de vida dos portadores de FM. Isto é, compreender as experiências destes indivíduos nas várias dimensões das suas vidas, a nível desenvolvimental e de relação com a doença.

Este estudo procurou ainda explorar a FM como a doença crónica que é, assim como compreender como é viver a vida com a dor como companhia. O objetivo deste estudo foi assim cumprido.

A consciencialização da FM está a crescer cada vez mais. Isto deve-se ao facto de haverem mais estudos e mais interesse nesta doença crónica. Para além disso, os indivíduos que sofrem da doença apresentam vontade em descobrir mais, em partilhar as suas experiências e em debater as mesmas com restantes pessoas que passam por semelhante. Desta forma, foi criado, em Portugal, o grupo na plataforma *Facebook*: “Fibromialgia em Portugal”, pela necessidade de os portadores fazerem-se ouvir e consciencializar mais pessoas da patologia que se define numa palavra como “dor”.

Iniciámos esta investigação com o objetivo de perceber de que modo a dor influencia as vivências das participantes. Terminamos, agora, com a certeza de que ainda há um longo caminho a percorrer no que toca à abordagem da doença Fibromialgia. Contudo, muitos conhecimentos foram retidos e aprimorados nestes meses.

A FM é uma doença crónica de dor generalizada e persistente acompanhada por sintomas de fadiga, alterações no sono, queixas cognitivas, entre outros (Dizner-Golab *et al.*, 2023). A sua etiologia como ainda não é totalmente conhecida, apresenta uma grande complexidade e reveste-se de grande variedade de hipóteses que são lançadas com o decorrer dos estudos. Deste modo, acaba por ser, para já, impossível determinar uma

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

causa para o aparecimento da FM, sendo que, como vimos na discussão dos resultados, os profissionais de saúde apresentam o diagnóstico como não tendo causas conhecidas.

Parece-nos interessante referir que, apesar da grande produção de investigação que reflete o investimento no aprofundar etiologia da doença, os discursos clínicos junto das participantes não dão nota de qualquer acrescento cientificamente sustentado que complemente a dúvida dos portadores da doença, dúvida esta acentuada pelo percurso por vezes errático até chegar ao diagnóstico.

Tornou-se explícito nos discursos das nossas participantes que ainda ocorre o saltar de especialidade para especialidade para chegar ao diagnóstico final. Geralmente, o processo diagnóstico leva tempo a ser concluído. E, neste estudo, verificámos que o percurso das participantes é feito passando por várias consultas, idas às urgências, até chegar à especialidade final de reumatologia que conclui a patologia (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020).

Para além disso, a FM é uma doença que não apresenta cura, mas que apresenta diferentes tratamentos segundo a sintomatologia de cada portador. De facto, a FM está envolvida de complexidades e o tratamento não foge à regra. O modo como os especialistas veem a doença, está diretamente relacionado com o tratamento que recomendam (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020). No caso desta investigação, verificámos que existem diferentes tipos de discursos por parte dos profissionais. Contudo, em nenhum deles a FM é apresentada como a doença crónica que é. E, por conseguinte, as indicações dadas de seguida – relativas ao tratamento – não são as mais completas. Ora, a literatura diz-nos que o tratamento idealizado para a sintomatologia característica da FM é a junção do tratamento farmacológico com o tratamento não farmacológico. Temos dois testemunhos nos quais, aquando a devolução do diagnóstico, o profissional responsável apenas referiu a necessidade obrigatória de fazer medicação.

Ou seja, de acordo com a questão 3 “O que recorda acerca do momento em que lhe apresentaram o diagnóstico?”, podemos concluir que em nenhum momento são colocadas “em cima da mesa” as hipóteses existentes de tratamento não farmacológico como o exercício físico ou o acompanhamento psicológico, como nos diz Souza *et al.* (2022). Isto leva-nos a concluir que, ao invés do tratamento ser individualizado e multidisciplinar como nos diz a literatura (Sarzi-Puttini *et al.*, 2020), ele é generalizado e predominantemente centrado na medicação para gestão da dor e das alterações de humor.

Para além disso, não existe a articulação entre os diferentes profissionais envolventes, segundo a nossa amostra. Assim, é imensamente importante referir a urgente necessidade de existir a integração em equipa dos profissionais que abrangem o tratamento de cada indivíduo, uma vez que a eficácia terapêutica aumenta significativamente e permite a melhoria na qualidade de vida de cada um. Deste modo, este é um aspeto que deve ser integrado no futuro.

Concluiu-se ainda que, as vivências das participantes apresentam alterações negativas aquando o aparecimento dos primeiros sintomas da FM. Fisicamente, o cansaço é tomado pelo corpo, a dor acompanha as participantes ao longo dos dias, sendo que muitas vezes só é diminuída pontualmente com o recurso a medicação ou a estratégias como os Pilates e o acompanhamento psicológico. Já psicologicamente, acabamos por perceber que, de facto, há dias mais positivos que outros. Este aspeto vai de encontro com a necessidade de apoio psicológico por parte dos portadores de FM e, neste caso, nas participantes, uma vez que apenas duas recorrem ao mesmo, apresentando efeitos significativos e positivamente relevantes. Todavia, podemos questionar se a literacia em Saúde Mental permite aos pacientes perceberem as vantagens da consulta de Psicologia, que ainda sofre de algum estigma. As pacientes não podem escolher uma forma de

tratamento se esta não lhes for dada a conhecer, nas suas características e nas vantagens específicas para o problema de saúde.

Relativamente ao impacto social que a FM apresenta, sabe-se que o isolamento é o primeiro escape de algumas das nossas participantes, não se permitindo a relacionar com os outros e a aproveitar os seus momentos de lazer. Isto indica-nos a falta de força de vontade e o impacto que a dor e o cansaço, sintomas mais prejudiciais nesta área, apresentam na vida social de cada um. Deste modo, seria importante trabalhar no apoio que a psicologia pode oferecer a quebrar estas barreiras que tanta força parecem ter.

Então, o papel da psicologia nestes casos é o de, de uma forma geral, auxiliar na forma de lidar com os sintomas. São utilizadas diferentes estratégias, sendo imprescindível a psicoeducação da doença aos pacientes. Pegando neste ponto, o psicólogo permite o reconhecimento e a adaptação à doença – aspeto referido por uma das participantes (S.4) que nos diz que este apoio a permitiu aceitar a doença de forma mais positiva. Analisando o discurso desta participante, percebemos uma mudança nos sintomas de FM, antes e após do acompanhamento psicológico e da execução de acupuntura. Ora, comparando este caso específico com as experiências de outras participantes que apenas requerem o tratamento farmacológico, verificamos uma diferença significativa na atenuação dos sintomas. Segundo Lavin (2014), o tratamento da FM deve ser multidisciplinar, uma vez que incluir os diferentes profissionais e as suas diferentes áreas de intervenção, fará com que os objetivos “remem” para o mesmo lado e não em direções opostas. Deste modo, o prognóstico será mais positivo. Contudo, este estudo permitiu-nos concluir o que Branco (2005) nos diz – os profissionais apresentam ainda uma elevada desinformação. Não só o diagnóstico pode levar tempo a ser dado, como a explicação na íntegra da doença é fraca, o que provoca, conseqüentemente, o fraco entendimento do tratamento. Este aspeto reflete-se na falta de informação que é dada às

*Fibromialgia*: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

participantes, uma vez que todas apresentam tratamento farmacológico e o recurso ao tratamento não farmacológico não é geral. Ainda assim, é de extrema importância apostar em formações dos profissionais no geral.

A amostra deste estudo centrou-se apenas no sexo feminino, sendo esta uma limitação do mesmo. Uma vez que a prevalência da FM é superior nas mulheres, a população do sexo masculino com FM é escassa e não conseguimos obter respostas nas tentativas de mensagem por parte dos mesmos. Seria importante, para estudos futuros, apostar na investigação desta população, a fim de compreender de que modo a doença afeta as experiências dos sujeitos. Também fica claro que no domínio da Psicologia e na abordagem à FM, a informação é escassa e deverá ser aprofundada.

Em suma, este estudo permitiu-nos aceder ao mundo subjetivo de uma doença que ainda apresenta um estigma na sua envolvência, assim como permitir aos portadores da mesma que se façam ouvir, pois apesar da FM ser uma doença “invisível”, é uma doença que apresenta sintomas muito complexos e limitações que podem chegar a impactar não só a área laboral do indivíduo como também a pessoal e social.

Também é de referir que o método escolhido se restringe a grupos limitados, pelo que a complementação com estudos quantitativos sobre os assuntos acima referidos poderia ser uma vantagem, alargando a extensão do conhecimento, enquanto um estudo qualitativo é mais profundo no acesso à informação subjetiva. Assim, este método permitiu-nos corresponder ao objetivo inicialmente proposto, uma vez que acedemos e demos voz às experiências de vidas dos participantes com diagnóstico de FM.

Deste modo, como estudante a terminar a sua formação, posso dizer que hoje percebo as limitações e as dificuldades que os pacientes com Fibromialgia enfrentam, assim como a forma de atuação do psicólogo nesta vertente e até na doença crónica no

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

geral. Este treino de investigação apresentou alguma dificuldade na execução da revisão da literatura, mas sinto que as entrevistas, por serem semiestruturadas, permitiram-me um maior controlo, uma maior recolha de informação e um maior conhecimento de cada um dos participantes que, com a sua vontade, permitiram-me abordar esta temática.

### Referências Bibliográficas

- Ablin, J. N., & Häuser, W. (2016). Fibromyalgia syndrome: novel therapeutic targets. *Pain management*, 6(4), 371–381. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0007>
- Adams, N., Poole, H., & Richardson, C. (2006). Psychological approaches to chronic pain management: Part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 290-300. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01304.x>
- Almeida, A., Moreira, D., Gehlen, F., Adorno, H., Castro, I., Silva, K., Mota, M., Rodrigues, T., Ribeiro, W., Couto, G., & Figueredo, R. (2019). Sinais e Sintomas da Fibromialgia: Importância do Conhecimento do Enfermeiro. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar De Estudos Científicos Em Saúde*, 9. <https://doi.org/10.24281/rremecs.2019.06.03a05.XVIIsenfiesc.9>
- Almeida, S., Pimenta, Ângela, Brigas, D., Costa, I., & Santos, L. (2010). Papel dos antidepressivos na fibromialgia. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 26(1), 22–6. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i1.10708>
- Alves, A., Martins, C., Pinho, E., & Tobias, G. (2017). A Teoria Fundamentada em Dados como ferramenta de análise em pesquisa qualitativa. *Investigação Qualitativa em Educação*, 1(1).
- American Physical Therapy Association. (2001). Guide to Physical Therapist Practice. Second Edition. American Physical Therapy Association. *Physical therapy*, 81(1), 9–746.
- Arantes, M., Gonzalez, G., Oliveira, M., Ribeiro, N., Lucena, A., Melo, E., Santos, A., Pitoscia, G., Castro, I., Ferreira, F., Araújo, B., Araújo, P., Souza, M., Pinheiro, C., Souza, L., Santos, A., Pascal, A., Boza, J., Sousa, A., Silva, R., ... Gomes, M.

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

(2022). Fibromialgia e exercícios físicos: uma revisão de literatura. *E-Acadêmica*, 3(1). <https://doi.org/10.52076/eacad-v3i1.122>

Araújo, F. M., & DeSantana, J. M. (2019). Physical therapy modalities for treating fibromyalgia. *F1000Research*, 8, 2030. <https://doi.org/10.12688/f1000research.17176.1>

Arnold, L. M., Bennett, R. M., & Crofford, L. J. (2019). AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *Journal of Pain*, 20(12), 611–628.

Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Fitzcharles, M. A., Paiva, E. S., Staud, R., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., & Macfarlane, G. J. (2019). AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The journal of pain*, 20(6), 611–628. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>

Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Fitzcharles, M. A., Paiva, E. S., Staud, R., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., & Macfarlane, G. J. (2019). Response to Wolfe. Letter to the Editor, "Fibromyalgia Criteria". *The journal of pain*, 20(6), 741–742. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.003>

Arnold, L. M., Clauw, D. J., McCarberg, B. H., & FibroCollaborative (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic proceedings*, 86(5), 457–464. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0738>

Arnold, L. M., Gebke, K. B., & Choy, E. H. (2016). Fibromyalgia: Management strategies for primary care providers. *International Journal of Clinical Practice*, 70(2), 99-112. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12757>

- Arnold, L. M., Rosen, A., Pritchett, Y. L., D'Souza, D. N., Goldstein, D. J., Iyengar, S., & Wernicke, J. F. (2005). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. *Pain, 119*(1-3), 5–15.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.06.031>
- Ávila, D. G. (2016). Fibromialgia, Una llamada al manejo multidisciplinario. *Revista Colombiana de Reumatología, 23*(1), 1-2.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.01.002>
- Barbosa-Torres, C., & Cubo-Delgado, S. (2021). Clinical Findings in SMR Neurofeedback Protocol Training in Women with Fibromyalgia Syndrome. *Brain sciences, 11*(8), 1069. <https://doi.org/10.3390/brainsci11081069>
- Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of internal medicine, 172*(5), 33–48. <https://doi.org/10.7326/AITC202003030>
- Balfour, W. (1815). Observations on the Pathology and Cure of Rheumatism. *Edinburgh medical and surgical journal, 11*(42), 168–187.
- Beard, G. M. (1880). A practical treatise on nervous exhaustion, (Neurasthenia;) its symptoms, nature, sequences, treatment. *American Journal of Psychiatry, 36*(4), 521-526. <https://doi.org/10.1176/ajp.36.4.521-a>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research, 6*(4), 276–284.
- Beltrán-Carrillo, V. J., Tortosa-Martínez, J., Jennings, G., & Sánchez, E. S. (2013). Contributions of a group-based exercise program for coping with fibromyalgia: a

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

qualitative study giving voice to female patients. *Women & health*, 53(6), 612–629.

<https://doi.org/10.1080/03630242.2013.819399>

Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for

fibromyalgia. *Nature clinical practice. Rheumatology*, 2(8), 416–424.

<https://doi.org/10.1038/ncprheum0245>

Berber, J., Kupek, E., & Berber, S. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira De Reumatologia*, 45(2), 47-54.

<https://doi.org/10.1590/S0482-50042005000200002>

Berg, F., Moser, D. A., Hagen, V., Streit, F., Mosch, B., Kumsta, R., Herpertz, S., & Diers, M. (2023). Microrna-related polymorphism and their association with

Fibromyalgia. <https://doi.org/10.20944/preprints202306.0026.v1>

Braz, A., Paula, A., Diniz, M., & Almeida, R. (2011). Non-pharmacological therapy and complementary medicine in fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*,

51(3), 269-282.

Branco, J. (2005). Fibromialgia. In A. Cardoso, J. Silva, M. Cruz, & M. Costa. *Regras de Ouro em Reumatologia* (pp. 37-46). Direção-Geral da Saúde.

Brandt, R., Fonseca, A., Oliveira, L., Steffens, R., Viana, M., & Andrade, A. (2011).

Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria* 60(3), 216-20. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300011>

Bueno, R. C., Abreu, M. F., Pires, G. N., & Roger-Silva, D. (2012). Exercício físico E fibromialgia. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 20(2), 279-285.

<https://doi.org/10.4322/cto.2012.029>

Bueno, C., Kleinhans, A., & Silva, D. (2021). A relação terapêutica na Terapia

Cognitivo-Comportamental. *Conjecturas*, 21(6), 771–784.

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

Busch, A. J., Schachter, C. L., Overend, T. J., Peloso, P. M., & Barber, K. A. (2008).

Exercise for fibromyalgia: a systematic review. *The Journal of rheumatology*, 35(6), 1130–1144.

Busch, A. J., Webber, S. C., Brachaniec, M., Bidonde, J., Bello-Haas, V. D., Danyliw, A. D., Overend, T. J., Richards, R. S., Sawant, A., & Schachter, C. L. (2011).

Exercise therapy for fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 15(5), 358–367. <https://doi.org/10.1007/s11916-011-0214-2>

Campos, L. F. L. (2001). Supervisão em terapia cognitivo-comportamental. In B. Rangé (Eds.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. (pp. 357-364). Livro Pleno.

Cardoso, A., Branco, J., Silva, J., Cruz, M., & Parente, M. (2005). *Regras de Ouro em Reumatologia*. Direção Geral de Saúde. pp. 1-157.

Carette, S., Oakson, G., Guimont, C., & Steriade, M. (1995). Sleep

electroencephalography and the clinical response to amitriptyline in patients with fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 38(9), 1211–1217.

<https://doi.org/10.1002/art.1780380906>

Carvalho, M., Freitas, L., & Pollo, T. (2019). Instituições, saúde e sociedade:

Contribuições Da Psicologia. <https://doi.org/10.36704/9788554780234>

Castro, A., Matos, L., Pacheco, L., Chaves, M. G., Dominato, R. B., Xavier, R. M., &

Santos, B. (2022). Saúde Mental e enfrentamento de pacientes com fibromialgia. *Analecta-Centro Universitário Academia*, 7(2).

Cavalcanti, A. L., Bagarollo, M. F., Lipp, M. E., & Constantini, A. C. (2021). Lipp's

stress control training: An integrative literature review. *ACADEMIA PAULISTA DE PSICOLOGIA*, 41(100). <https://doi.org/10.5935/2176-3038.20210005>

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

- Cepellos, V. M., & Tonelli, M. J. (2020). Grounded theory: The step-by-step and methodological issues in practice. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 21(5). <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eramg200130>
- Chaitow, L. (2010). *Fibromyalgia syndrome: A practitioner's guide to treatment*.
- Chen, A. T. (2022). Interactions between affect, cognition, and information behavior in the context of fibromyalgia. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 73(1), 31-44. <https://doi.org/10.1002/asi.24538>
- Chinn, S., Caldwell, W., & Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Current pain and headache reports*, 20, 1-10.
- Choy, E. (2015). *Fibromyalgia Syndrome*. Oxford Rheumatology Library.
- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., & Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Services Research*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-102>
- Clau, D. (2014). Fibromialgia: uma revisão clínica. *JAMA*, 311(15), 1547–1555.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia. *JAMA*, 311(15), 1547. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Clauw, D.J. (2015). Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc*, 90(5):680-92.
- Coba, P., Montoro, C., Paso, G., & Galvez-Sánchez, C. (2022). Algometry for the assessment of central sensitisation to pain in fibromyalgia patients: a systematic review, *Annals of Medicine*, 54(1), 1403-1422. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2075560>
- Coppens, E., Van Wambeke, P., Morlion, B., Weltens, N., Giao Ly, H., Tack, J., Luyten, P., & Van Oudenhove, L. (2017). Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic stress disorder in women with fibromyalgia

- Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor and chronic widespread pain. European journal of pain, 21(9), 1582–1590.*  
<https://doi.org/10.1002/ejp.1059>
- Cordeiro, B. L. B., Fortunato, I. H., Lima, F. F., Santos, R. S., Costa, M. da C., & Brito, A. F. (2020). Influence of the Pilates method on quality of life and pain of individuals with fibromyalgia: integrative review. *Brjp, 3(3), 258–262.*  
<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200049>
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The counseling psychologist, 35(2), 236-264.*
- Cunha, S., Medeiros, R. Silva, R., & Gouveia, G. (2020). A eficácia da fisioterapia na ansiedade em indivíduos com fibromialgia: revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, (51).* <https://doi.org/10.25248/reas.e3343.2020>
- D’Agnelli, S., Arendt-Nielsen, L., Gerra, M. C., Zatorri, K., Boggiani, L., Baciarello, M., & Bignami, E. (2019). Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. *Molecular pain, 15.* <https://doi.org/10.1177/1744806918819944>
- Definitions of chronic pain syndromes.* (2021, July 14). International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>
- Demarchi, M. E., Casselli, D. D., Figueira, G. M., Silva, E. D., & Souza, J. C. (2020). Inibidores seletivos de recaptção de serotonina no tratamento da depressão: Síndrome de descontinuação E/OU de dependência? *Research, Society and Development, 9(9),* <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.8035>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). Norma de Orientação Clínica nº 017/2016, de 27/12/2016. Abordagem Diagnóstica da Fibromialgia. Lisboa: DGS, 2016.

- Dizner-Golab, A., Lisowska, B., & Kosson, D. (2023). Fibromyalgia - etiology, diagnosis and treatment including perioperative management in patients with fibromyalgia. *Reumatologia*, *61*(2), 137–148. <https://doi.org/10.5114/reum/163094>
- Dunn, L. K., Durieux, M. E., Fernández, L. G., Tsang, S., Smith-Straesser, E. E., Jhaveri, H. F., Spanos, S. P., Thames, M. R., Spencer, C. D., Lloyd, A., Stuart, R., Ye, F., Bray, J. P., Nemergut, E. C., & Naik, B. I. (2018). Influence of catastrophizing, anxiety, and depression on in-hospital opioid consumption, pain, and quality of recovery after adult spine surgery. *Journal of neurosurgery: Spine*, *28*(1), 119–126. <https://doi.org/10.3171/2017.5.SPINE1734>
- Eich, M. Hartmann, A. Müller, H. Fischer, W. (2000). The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *29*(109), 30-31.
- Ellis, L. E. (2008). Etiology, diagnosis and treatment of fibromyalgia: A practical and effective approach. *Compelling counseling interventions*, 161-171.
- Farias, A., Eberle, L., Amador, T., & Silva, T. (2020). Comparing the efficacy and safety of duloxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: overview of systematic reviews. *Advances in rheumatology*, *60*(1). <https://doi.org/10.1186/s42358-020-00137-5>
- Ferlito, R., De Salvo, S., Managò, G., Ilardo, M., Sapienza, M., Pavone, V., & Testa, G. (2023). The role of biofeedback in patellofemoral pain conservative treatment: A systematic review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2989694/v1>
- Ferreira, S. M., Schneider, J. T., Schwade, E., Rodrigues, B. F., Vedoin, C. B., & Oliveira, C. T. (2021). Características E Desfechos Da Educação Em Saúde E Psicoeducação para Dor Crônica: Uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, *14*(2). <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.142.15>

Filho, F., Silva, M., Farias, L., Marques, G., Pereira, J., Guerra, A., Silva, G., Machado, A., Marques, C., Nogueira, R., Gomes, A., Costa, F., Freitas, D., Lima, D., & Paiva, A. (2021). Manifestations of depression symptoms in patients with fibromyalgia. *Research, Society and Development*, 10(15)  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22587>

Fonte, C. (2005). Investigar narrativas e significados: A Grounded Analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2.

Fragoso, S., Recuero, R., & Amaral, A. (2016). *Métodos de pesquisa para internet*.

Friedberg, F., & Jason, L. A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 433–455.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.1040>

ell-Sánchez, C.M., & Montoro, C.I. (2023). Psicoeducação para a síndrome da fibromialgia: uma revisão sistemática dos resultados emocionais, clínicos e funcionais relacionados. *Behavioral Sciences*, 13(5), 415.  
<http://dx.doi.org/10.3390/bs13050415>

Galvez-Sánchez, C. M., & Reyes del Paso, G. A. (2020). Diagnostic criteria for fibromyalgia: critical review and future perspectives. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 1219. <https://doi.org/10.3390/jcm9041219>

Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & Reyes Del Paso, G. A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 12, 117–127. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240>

García-Ríos, M. C., Navarro-Ledesma, S., Tapia-Haro, R. M., Toledano-Moreno, S., Casas-Barragán, A., Correa-Rodríguez, M., & Aguilar-Ferrándiz, M. E. (2019). Effectiveness of health education in patients with fibromyalgia: a systematic

- Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*  
review. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 55(2), 301–313.  
<https://doi.org/10.23736/S1973-9087.19.05524-2>
- Gilbert, C., & Moss, D. (2003). Biofeedback and biological monitoring.  
In D. Moss, A. McGrady, T. Schwartz, M., & Andrasik, F. (Eds). *Biofeedback: A  
Practitioner's Guide*. Guilford.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory:  
Strategies for qualitative research. Aldine.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1999). Discovery of Grounded Theory: Strategies for  
Qualitative Research. *Routledge*, (1). <https://doi.org/10.4324/9780203793206>
- Glass, J. M. (2009). Review of cognitive dysfunction in Fibromyalgia: A convergence  
on working memory and attentional control impairments. *Rheumatic Disease  
Clinics of North America*, 35(2), 299-311. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.06.002>
- Goldenberg, D., Mayskiy, M., Mossey, C., Ruthazer, R., & Schmid, C. (1996). A  
randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the  
treatment of fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 39(11), 1852–1859.  
<https://doi.org/10.1002/art.1780391111>
- Gomes, M., Figueiredo, B., Santos, B., Soares, C., Resende, G, Carneiro, H., Cunha, I.,  
Silva, J., Oliveira, U., & Ribeiro, W. (2022). Possible pathophysiological  
hypotheses of fibromyalgia: an integrative literature review. *Research, Society and  
Development*, 11(7). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29806>
- Goulart, R., Pessoa, C., & Lombardi, I. (2016). Psychological aspects of juvenile  
fibromyalgia syndrome: A literature review. *Revista Brasileira de Reumatologia  
(English Edition)*, 56(1), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2015.07.017>
- Guimarães, S., Moura, D., & Silva, P. (2006). *Terapêutica medicamentosa e suas bases  
farmacológicas*. Porto Editora, pp. 69-79.

- Gyorfi, M., Rupp, A., & Abd-Elseyed, A. (2022). Fibromyalgia Pathophysiology. *Biomedicines*, 10(12), 3070. <http://dx.doi.org/10.3390/biomedicines10123070>
- Inanici, F., & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current pain and headache reports*, 8(5), 369–378. <https://doi.org/10.1007/s11916-996-0010-6>
- Hallberg, L. R., & Bergman, S. (2011). Minimizing the dysfunctional interplay between activity and recovery: A grounded theory on living with fibromyalgia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(2), 7057. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i2.7057>
- Hassett, A. L., & Gevirtz, R. N. (2009). Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 35(2), 393–407. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.05.003>
- Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M. A., Littlejohn, G., Luciano, J. V., Usui, C., & Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature reviews Disease primers*, 1(1), 1-16. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.28>
- Häuser, W., & Fitzcharles, M. (2018). Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 53-62. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/whauser>
- Hawkins, R. (2013). Fibromyalgia: A Clinical Update. *Journal of Osteopathic Medicine*, 113(9), 680-689. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2013.034>
- Heller, H., Borges, A., Franco, L., Aucelio, J., Vargas, M., Lorga, R., Sales, M., Nascimento, N., Netto, G., Passos, B., Paes, B., Mendes, B., Lyra, B., Santos, C., Santos, G., Oliveira, M., Silva, M., Jesus, M., Storni, P., ... Reis, A. (2021). Role of Cognitive Behavioral Therapy in Fibromyalgia: A Systematic Review. *Journal of*

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

*Rheumatology and Autoimmune Diseases*, 11(4).

<https://doi.org/10.4236/ojra.2021.114018>

- Heymann, R. E., Paiva, E. S., Martinez, J. E., Helfenstein, M., Rezende, M. C., Provenza, J. R., Ranzolin, A., Assis, M. R., Feldman, D. P., Ribeiro, L. S., & Souza, E. J. (2017). Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57, 467-476. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2017.05.006>
- Henderson, L. A., Akhter, R., Youssef, A. M., Reeves, J. M., Peck, C. C., Murray, G. M., & Svensson, P. (2016). The effects of catastrophizing on central motor activity. *European journal of pain*, 20(4), 639–651. <https://doi.org/10.1002/ejp.781>
- International classification of diseases (ICD)*. (n.d.) World Health organization. <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- Ju, Z. Y., Wang, K., Cui, H. S., Yao, Y., Liu, S. M., Zhou, J., Chen, T. Y., & Xia, J. (2017). Acupuncture for neuropathic pain in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012057.pub2>
- Karper, W. B., & Letvak, S. A. (2015). Fibromyalgia, Fibro Fog, and Exercise. *Holistic nursing practice*, 29(4), 190–193. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000092>
- Kato, K., Sullivan, P. F., Evengård, B., & Pedersen, N. L. (2006). Importance of genetic influences on chronic widespread pain. *Arthritis & Rheumatism*, 54(5), 1682-1686. <https://doi.org/10.1002/art.21798>
- Kumbhare, D., Ahmed, S., & Watter, S. (2018). A narrative review on the difficulties associated with fibromyalgia diagnosis. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*, 10(1), 13–26. <https://doi.org/10.1177/1759720X17740076>
- Kümpel, C., Aguiar, S. D., Carvalho, J. P., Teles, D. A., & Porto, E. F. (2017). Benefício do Método Pilates Em mulheres com fibromialgia. *ConScientiae Saúde*, 15(3), 440-447. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v15n3.6515>

- Lavin, M. (2014). *Fibromialgia sem mistério: um guia para pacientes, familiares e médicos*. MG Editores.
- Leavitt, F., & Katz, RS (2011). Development of the Mental Clutter Scale. *Psychological Reports, 109*(2), 445- 452. <https://doi.org/10.2466/02.07.14.22.PR0.109.5.445-452>
- Lima, C. & Carvalho, C., (2008). Fibromialgia: uma abordagem psicológica. *Aletheia, 1*(28), 146-158.
- Lourenço, S., Costa, L., Rodrigues, A. M., Carnide, F., & Lucas, R. (2015). Gender and psychosocial context as determinants of fibromyalgia symptoms (fibromyalgia research criteria) in young adults from the general population. *Rheumatology, 54*(10), 1806-1815. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev110>
- Lipp, M. E. N. (2017). O treino de controle do estresse em grupo: um modelo da TCC. In C. B. Neufeld, & B. Rangé (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática* (pp.301-318). Artmed.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases, 76*(2), 318–328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. Oxford University Press.
- Martinez, J. E., Cruz, C. G., Aranda, C., Boulos, F. C., & Lagoa, L. A. (2003). Disease perceptions of Brazilian fibromyalgia patients: Do they resemble perceptions from other countries? *International Journal of Rehabilitation Research, 26*(3), 223-227. <https://doi.org/10.1097/01.mrr.0000088438.78481.6d>

- Marques, A., Assumpção, A. & Matsutani, L. (2015). Fibromialgia e Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.
- Marzbani, H., Marateb, H. R., & Mansourian, M. (2016). Neurofeedback: A Comprehensive Review on System Design, Methodology and Clinical Applications. *Basic and clinical neuroscience*, 7(2), 143–158.  
<https://doi.org/10.15412/J.BCN.03070208>
- Mehra, A., ., A., & ., V. (2019). Is biofeedback the last resort for fibromyalgia: A case report and review of literature. *International Journal of Psychology Sciences*, 1(1), 06-08. <https://doi.org/10.33545/26648377.2019.v1.i1a.15>
- Melo, L. F., & Da-Silva, S. L. (2012). Análise neuropsicológica de distúrbios cognitivos em pacientes com fibromialgia, artrite reumatoide E lupus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 52(2), 181-188. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042012000200003>
- Menezes, C. B., & Dell'Aglio, D. D. (2009). POR Que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 565-573.  
<https://doi.org/10.1590/s1413-73722009000300018>
- Mense, S. (2000). Neurobiological concepts of fibromyalgia-the possible role of descending spinal tracts. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29(113), 24-29.  
<https://doi.org/10.1080/030097400446599>
- Merriwether, E. N., Frey-Law, L. A., Rakel, B. A., Zimmerman, M. B., Dailey, D. L., Vance, C. G. T., Golchha, M., Geasland, K. M., Chimenti, R., Crofford, L. J., & Sluka, K. A. (2018). Physical activity is related to function and fatigue but not pain in women with fibromyalgia: baseline analyses from the Fibromyalgia Activity Study with TENS (FAST). *Arthritis research & therapy*, 20(1), 199.  
<https://doi.org/10.1186/s13075-018-1671-3>

Metelski, K., Santos, G., Cechinel-Peiter, C., Fabrizio, C., Schmitt, D., & Heilemann,

M. (2021). Teoria Fundamentada Construtivista: características e aspectos operacionais para a pesquisa em enfermagem. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020051103776>

Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R., & Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosomatic medicine*, 37(4), 341–351.

<https://doi.org/10.1097/00006842-197507000-00008>

Monteiro, É. A., De Oliveira, L., & Oliveira, W. L. (2021). Aspectos Psicológicos Da Fibromialgia – Revisão Integrativa. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 29(1), 65-76.

<https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v29n1p65-76>

Montoro, C. I., & Galvez-Sánchez, C. M. (2022). The mediating role of depression and pain Catastrophizing in the relationship between functional capacity and pain intensity in patients with Fibromyalgia. *Behavioural Neurology*, 2022, 1-9.

<https://doi.org/10.1155/2022/9770047>

Moore, R. A., Derry, S., Aldington, D., Cole, P., & Wiffen, P. J. (2019). Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(7).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011824>

Moraczewski, J., & Aedma, K. K. (2022). Tricyclic Antidepressants. *In StatPearls. StatPearls Publishing.*

Mota, L. M., Queiroz, M. S., Castro, B. T., Araújo, L. V., Leite, T. O., Balisa, B. D., Corrêa, S. M., Oliveira, J. G., Correia, F. S., & Lessa, R. S. (2021). Qualidade de Vida, trabalho E apoio familiar de pessoas com fibromialgia. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 34. <https://doi.org/10.25248/react.e8601.2021>

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

- Muniz, A. R., & Ferreira, T. V. (2022). Benefícios Da Fisioterapia Em Pacientes com Fibromialgia: Revisão Bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(5), 2815-2822. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5808>
- Nampiarampil, D. E. & Shmerling, R. H. (2004). A review of fibromyalgia. *American Journal of Managed Care*, 10(11), 794-800.
- Oliveira, J., & Almeida, M. (2018). O tratamento atual da fibromialgia. *Brazilian Journal of Pain*, 1(3), pp. 255-262. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180049>
- Oliveira Júnior, J. O., & Ramos, J. V. (2019). Adherence to fibromyalgia treatment: Challenges and impact on the quality of life. *Brazilian Journal Of Pain*, 2(1). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190015>
- Pardos-Gascón, E., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & Hofstadt-Román, C. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1). <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>
- Park, D. J., & Lee, S. S. (2017). New insights into the genetics of fibromyalgia. *The Korean journal of internal medicine*, 32(6), 984. <https://doi.org/10.3904/kjim.2016.207>
- Parvez, S., Fatima, G., Das, S. K., & Ahmad, I. (2022). Serotonin Role In Fibromyalgia. *Era's Journal of Medical Research*, 9(1).
- Paschali, M., Lazaridou, A., Paschalis, T., Napadow, V., & Edwards, R. R. (2021). Modifiable psychological factors affecting functioning in fibromyalgia. *Journal of clinical medicine*, 10(4), 803. <https://doi.org/10.3390/jcm10040803>
- Payne, T. C., Leavitt, F., Garron, D. C., Katz, R. S., Golden, H. E., Glickman, P. B., & Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis & Rheumatism*, 25(2), 213-217. <https://doi.org/10.1002/art.1780250216>

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

- Pereira, H. S., Nunes, M. D., Ribeiro, C. J., & Ribeiro, M. D. (2021). The effects of acupuncture in fibromyalgia: Integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*.  
<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210010>
- Pinto, A. M., Geenen, R., Wager, T. D., Lumley, M. A., Häuser, W., Kosek, E., ... & da Silva, J. A. (2023). Emotion regulation and the salience network: a hypothetical integrative model of fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*, 19(1), 44-60.  
<https://doi.org/10.1038/s41584-022-00873-6>
- Pinto, C. (2012). A Teoria Fundamentada como Método de Pesquisa. *Seminário Internacional em Letras*.
- Provenza, J., Pollak, D., Martinez, J., Paiva, E., Helfenstein, M., Heymann, R., Matos, J., & Souza, E. (2004). Fibromialgia. *Revista Brasileira De Reumatologia*, 44(6), 443–449.
- Qureshi, A. G., Jha, S. K., Iskander, J., Avanthika, C., Jhaveri, S., Patel, V. H., Rasagna Potini, B., & Talha Azam, A. (2021). Diagnostic Challenges and Management of Fibromyalgia. *Cureus*, 13(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.18692>
- Rahman, A., Underwood, M., & Carnes, D. (2014). Fibromyalgia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1224>
- Ribeiro, M., Leal, A., Mendonça, L., & Lopes, M. (2022). Hydrotherapy resources used in patients with fibromyalgia: A review. *Research, Society and Development*, 11(14). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.35739>
- Rivera, J., Vallejo, M. Á., Esteve-Vives, J., & Grupo ICAF (2012). Drug prescription strategies in the treatment of patients with fibromyalgia. *Reumatologia clinica*, 8(4), 184–188. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.02.009>
- Rodrigues, M. (2011). O tratamento e análise de dados. *Metodologia para a investigação social*, 179-230.

- Salveti, M., Cobelo, A., Vemalha, P., Vianna, C., Canarezi, L., & Calegare, R. (2012). Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 896–902. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500011>
- Sanabria Mazo, J. P., & Gers, M. (2018). Implicaciones del dolor CRÓNICO en la CALIDAD de Vida de MUJERES con FIBROMIALGIA. *Psicologia em Estudo*, 23, 81-91. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23i0.38447>
- Santos, C. E., & Medeiros, F. D. (2017). A relevância da técnica de questionamento socrático na prática cognitivo-comportamental. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 6(5). <https://doi.org/10.21270/archi.v6i5.1940>
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*, 16(11), 645-660. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w>
- Seto, A., Han, X., Price, L. L., Harvey, W. F., Bannuru, R. R., & Wang, C. (2019). The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 38, 149-157. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4316-7>
- Silva, F. V., Ferreira, R. I., Silva, J. A., Magalhães Sobrinho, D. D., Teixeira, J. R., Silva, L. J., Costa, C. V., Lima, A. G., Anjos, A. P., & Rabelo, F. F. (2022). A fisioterapia aquática como tratamento de reabilitação em pacientes com fibromialgia: Uma revisão integrativa. *Fisioterapia Brasil*, 23(6), 928-936. <https://doi.org/10.33233/fb.v23i6.5297>
- Silva, F., Ladislau, R., Silva, G., Oliviera, A., Magalhães, E., & Rodrigues, O. (2022). The use of tricyclic antidepressants in the treatment of fibromyalgia: a literature review. *Research, Society and Development*, 11(13). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.34850>

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

- Souza, J. B. & Marchand, S. (2017). Fibromialgia. In Posso, I., Grossman, E., Fonseca, P. Perissinotti, D., Oliveira- Júnior, J. O., Souza, J., Serrano, S.C. & Vall, J. (Eds.). *Tratado de dor* (pp. 561–576). Atheneu.
- Souza, L. R., Pires, A. C., Figueiredo, G., Tosta, I. R., Santos, P., Moreira, S. B., & Mendes, M. C. (2021). Fibromialgia e suas consequências no cotidiano do paciente / Fibromyalgia and its consequences in patient's everyday. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 17234–17237. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-380>
- Souza, A., & Schlösser, A. (2022). Fibromialgia e Processo Psicoterapêutico: Um Revisão Narrativa. *Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino*.
- Souza, M. S., Machado, B. A., Sousa, E. O., Dias Filho, J. C., Freitas, R. D., Medeiros, M. C., Coêlho, B. R., Oliveira, M. D., Araújo, P. D., & Aguiar, C. S. (2022). Contribuições da equipe interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com fibromialgia: Uma breve revisão. *Journal of Education Science and Health*, 2(2). <https://doi.org/10.52832/jesh.v2i2.119>
- Smith, H. S., Harris, R., & Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain physician*, 14(2). <https://doi.org/10.36076/ppj.2011/14/e217>
- Smythe, H. A., & Moldofsky, H. (1977). Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bulletin on the rheumatic diseases*, 28(1), 928–931.
- Smythe H. (1989). Fibrositis syndrome: a historical perspective. *The Journal of rheumatology. Supplement*, 19, 2–6.

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

Tanriverdi, F., Karaca, Z., Unluhizarci, K., & Kelestimur, F. (2007). The hypothalamo–pituitary–adrenal axis in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome.

*Stress*, 10(1), 13-25. <https://doi.org/10.1080/10253890601130823>

Tawadros, A., Udeojil, D., Awad, M., Castro-Abeger, A., Nguyen, T., Bensoussan, C., & IsHak, W. (2013). Quality of life in patients with fibromyalgia. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 1, pp. 1-17.

Teodoro, T., Edwards, M. J., & Isaacs, J. D. (2018). A unifying theory for cognitive abnormalities in functional neurological disorders, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: systematic review. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 89(12), 1308–1319. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-317823>

Theoharides, T. C., Tsilioni, I., Arbetman, L., Panagiotidou, S., Stewart, J. M., Gleason, R. M., & Russell, I. J. (2015). Fibromyalgia syndrome in need of effective treatments. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics*, 355(2), 255–263. <https://doi.org/10.1124/jpet.115.227298>

Thieme, K., Flor, H., & Turk, D. C. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis research & therapy*, 8(4). <https://doi.org/10.1186/ar2010>

Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in Fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146329.63158.40>

Thornberg, R. & Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. In: Flick, U (Ed.) *The sage handbook of qualitative data analysis*. (pp. 153 – 169). SAGE.

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

- Tomas, C., Newton, J. & Watson, S. (2013). A review of hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in chronic fatigue syndrome. *International Scholarly Research Notices: Neuroscience*, 138, 1-8.
- Torres, C. B., Barona, E. J., Molina, M. G., Sánchez, M. E., & Manso, J. M. (2023). A systematic review of EEG neurofeedback in fibromyalgia to treat psychological variables, chronic pain and general health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01612-y>
- Traut E. F. (1968). Fibrositis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 531–538. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1968.tb02092.x>
- Úbeda-D'Ocasar, E., Jiménez Díaz-Benito, V., Gallego-Sendarrubias, G. M., Valera-Calero, J. A., Vicario-Merino, Á., & Hervás-Pérez, J. P. (2020). Pain and cortisol in patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *Diagnostics*, 10(11), 922. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10110922>
- Urquhart, C. (2013). Grounded theory for qualitative research. *SAGE Publications*. <https://doi.org/10.4135/9781526402196>
- Urruela, M., & Almazor, M. (2012). Acupuncture in the treatment of rheumatic diseases. *Current Rheumatology Reports*, 14(6), 589-597. <https://doi.org/10.1007/s11926-012-0295-x>
- Vaerøy, H., Abrahamsen, A., Førre, O., & Kåss, E. (1989). Treatment of fibromyalgia (fibrositis syndrome): a parallel double blind trial with carisoprodol, paracetamol and caffeine (Somadril comp) versus placebo. *Clinical rheumatology*, 8(2), 245–250. <https://doi.org/10.1007/BF02030081>
- Varallo, G., Suso-Ribera, C., Ghiggia, A., Veneruso, M., Cattivelli, R., Guerrini Usubini, A., Franceschini, C., Musetti, A., Plazzi, G., Fontana, J. M., Capodaglio, P., & Castelnovo, G. (2022). Catastrophizing, Kinesiophobia, and acceptance as

- Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*
- mediators of the relationship between perceived pain severity, self-reported and performance-based physical function in women with Fibromyalgia and obesity. *Journal of Pain Research*, 15, 3017-3029. <https://doi.org/10.2147/jpr.s370718>
- Viegas, R. (2022, April 22). *Fibromialgia*. Sociedade Portuguesa de Reumatologia. <https://spreumatologia.pt/fibromialgia/>
- Wallace, D. J. & Wallace, J. B. (2014). *Making Sense of Fibromyalgia*. Oxford University Press.
- Wierwille, L. (2012). Fibromyalgia: diagnosing and managing a complex syndrome. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(4), 184–192. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00671.x>
- Wolfe, F. (1994). Fibromyalgia: on criteria and classification. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(3), 23-29.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., & Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*

Wolfe, F., Walitt, B., Perrot, S., Rasker, J. J., & Häuser, W. (2018). Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PloS one*, *13*(9).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203755>

Wu, Y., Huang, C., Fang, S., Ko, L., & Tsai, P. (2018). Cognitive impairment in Fibromyalgia: A meta-analysis of case–control studies. *Psychosomatic Medicine*, *80*(5), 432-438. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000575>

Zwirtes, D., Rodrigues, L., & Serrão, J. (2020). Depressão e Catastrofização da dor em pacientes com Fibromialgia: Relato de Experiência. *Anais do Salão Internacional de Ensino*, *10*(4).

## **Anexos**

**Anexo A**

### Critérios de diagnóstico de fibromialgia

#### Critério

Uma pessoa satisfaz os critérios de diagnóstico para a fibromialgia quando estão reunidas as seguintes três condições:

- 1) Índice de dor generalizada (WPI)  $\geq 7$  e escala de gravidade dos sintomas (SS)  $\geq 5$  ou WPI com pontuação entre 3 e 6 e SS  $\geq 9$ ;
- 2) Os sintomas estiveram presentes há pelo menos 3 meses;
- 3) O paciente não padece de outra doença que explique a dor.

#### Escalas

- (a) **WPI**: observe o número de áreas em que a pessoa teve dor ao longo da última semana. Em quantas áreas teve a pessoa dor? A pontuação será entre 0 e 19.

Área Direita			Área Esquerda		
	Sim	Não		Sim	Não
Mandíbula Direita			Mandíbula Esquerda		
Ombro Direito			Ombro Esquerdo		
Braço Direito			Braço Esquerdo		
Antebraço Direito			Antebraço Esquerdo		
Anca Direita			Anca Esquerda		
Coxa Direita			Coxa Esquerda		
Perna Direita			Perna Esquerda		
Região Dorsal			Região Cervical		
Região Lombar			Região Torácica		
Mandíbula Direita			Região Abdominal		

(b) **SS:**

Fadiga

*Waking unrefreshed* (Acordar cansado)

Sintomas cognitivos

Para cada um dos três sintomas acima, indicar o nível de gravidade durante a semana passada utilizando a seguinte escala:

0 = Sem gravidade

1 = Gravidade ligeira: geralmente leve ou intermitente

2 = Gravidade Moderada: problemas consideráveis, muitas vezes presentes e/ou num nível moderado

3 = Gravidade severa: persistentes, contínua, perturbadora da vida diária.

Considerando os sintomas somáticos em geral, indicar se a pessoa tem: \*

0 = Sem sintomas

1 = Alguns sintomas

2 = Um número moderado de sintomas

3 = Uma grande quantidade de sintomas

A pontuação na escala de SS é a soma da gravidade dos 3 sintomas (fadiga, *waking unrefreshed* – acordar cansado, sintomas cognitivos) mais o índice de gravidade dos sintomas somáticos em geral. A pontuação final é entre 0 e 13.

\* Sintomas somáticos a considerar: dor muscular, síndrome do intestino irritável, fadiga/cansaço, pensar ou lembrar problemas, fraqueza muscular, cefaleia, dor/cãibras no abdómen, dormência/formigueiro, tonturas, insónias, depressão, obstipação, dor no abdómen superior, náuseas, nervosismo, dor no peito, visão turva, febre, diarreia, boca seca, prurido, pieira, fenómeno de Raynaud, urticária/vergões, zumbido nos ouvidos, vômitos, azia, úlceras orais, perda/mudança de paladar, convulsões, olhos secos, dispneia, perda de apetite, erupção cutânea, fotossensibilidade, dificuldades de audição, hematomas com facilidade, queda de cabelo, micção frequente, dor ao urinar e espasmos da bexiga.

**Instruções:**

Para cada uma das seguintes nove questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica em que grau a fibromialgia dificultou cada uma das seguintes tarefas **na última semana**. Se não desempenhou alguma das atividades neste período, indique a dificuldade com que desempenhou pela última vez essa atividade. Se não pode desempenhar uma atividade, assinale a última caixa à direita.

Escovar ou pentear o seu cabelo	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Caminhar continuamente durante 20 minutos	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Preparar uma refeição	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Aspirar, esfregar ou varrer o chão	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Levantar e carregar um saco cheio de mercearias	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Subir um lance de escadas	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Mudar os lençóis da cama	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Estar sentado numa cadeira durante 45 minutos	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade
Fazer compras de supermercado	Sem dificuldade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Com muita dificuldade

**Instruções:**

Para cada uma das seguintes duas questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica o impacto global da sua fibromialgia, **ao longo da última semana.**

A fibromialgia impediu-me de cumprir os objetivos da semana	Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sempre
Estive completamente perturbada pelos meus sintomas de fibromialgia	Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sempre

**Instruções:**

Para cada uma das seguintes questões assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica a intensidade destes sintomas comuns de fibromialgia, **ao longo da última semana.**

**Por favor assinale o seu nível de dor**

Sem dor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dor insuportável
Muita energia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sem energia
Sem rigidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rigidez grave
Acorda muito descansado(a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Acorda muito cansado(a)
Sem depressão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muito deprimido(a)
Boa memória	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Memória muito fraca
Sem ansiedade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita ansiedade
Sem dor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Muita dor
Sem equilíbrio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grave desequilíbrio
Sem sensibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extrema sensibilidade

**Anexo B**

## **Questionário de Dados Sociodemográficos**

1. Género:
2. Idade:
3. Estado Civil:
4. Habilitações Literárias:
5. Profissão:
6. Situação Profissional:

**Anexo C**

### **Guião de Entrevista Semiestruturada**

- Sei quer é portador(a) de uma patologia com características muito diversas entre si. Seria possível descrever de que forma começou a perceber que poderia ter um problema de saúde? (Quais foram os primeiros sintomas que teve? Com que idade experienciou os primeiros sintomas?)
- Dadas as características da patologia, sabemos que pode ser de difícil diagnóstico médico. Qual foi o seu percurso até chegar ao diagnóstico final de Fibromialgia? (p.e. ida ao médico, toma de analgésicos)
- O que recorda acerca do momento em que lhe apresentaram este diagnóstico? (o que é que lhe explicaram acerca da doença?)
- O que se recorda sobre a sua reação ao diagnóstico? (o que fez, o que pensou, o que sentiu...)
- Todas as doenças crónicas pressupõem uma adaptação por parte do paciente. Como foi a sua adaptação ao diagnóstico da doença?
- Atualmente, quais são os sintomas que prevalecem? (se não for referido salientar sintomas psicológicos tem/teve- p.e. perturbações do sono, ansiedade, depressão, etc.)
- Quanto ao tratamento ou aos tratamentos dos sintomas, quais foram as suas experiências? (p.e. medicação, fisioterapia, apoio psicológico, exercício físico)
- Na sua opinião, e olhando para trás no que respeita às mudanças que a FM pode ter trazido para a sua vida, quais acha que foram os principais efeitos nas várias áreas da sua vida? (se não forem referidas indicar a nível pessoal, a nível social e/ou familiar e a nível laboral)
- Alguma vez sentiu necessidade de apoio psicológico dado o diagnóstico de FM? Tem/teve apoio psicológico? (Se sim, quando iniciou, o que mudou em si)
- Se pudesse escolher uma metáfora, uma imagem, ou qualquer outra forma de representar a FM o que escolheria? (Acha que me pode explicar a razão dessa escolha?)

**Anexo D**

*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*



Universidade Fernando Pessoa

*Do conhecimento à ciência e  
orientador(a).*

*PRR*  
*01.03.2023*

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Pedro Reis  
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/PSC - 385/23	28 de Fevereiro de 2023

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentado por Inês da Conceição Monteiro, intitulado “Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiência de vidas pautadas pela dor”.

O objetivo deste estudo é compreender e dar voz à experiência de pacientes com fibromialgia nas várias dimensões das suas vidas. Tem ainda como objetivos específicos: conhecer como os atletas compreendem e percebem, na globalidade, o seu rendimento relativamente ao seu percurso desportivo; compreender como se sentem em relação às exigências e dificuldades que surgem agregadas ao desporto de competição; conhecer a compreensão dos atletas face às situações emocionalmente difíceis e que significados estes atribuem ao que sentem; perceber como estão relacionados a percepção do seu rendimento e o significado que atribuem ao que sentem face às exigências experienciadas.

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente e nada tem a opor quanto à realização deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*Inês Lopes Cardoso*  
Inês Lopes Cardoso



Fundação Ensino e Cultura “Fernando Pessoa”

NIPC. 502 057 602 - Reg. Comercial nº.26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA [REITORIA] - [FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA] - [FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS]

Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 (chamada para a rede fixa nacional)

[FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE] Rua Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 (chamada para a rede fixa nacional)

[https://www.ufp.pt\\_geral@fundacaofernandopessoa.pt](https://www.ufp.pt_geral@fundacaofernandopessoa.pt)

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal

T. +351 22 509 6371 (chamada para a rede fixa nacional)

[https://esf.fernandopessoa.pt\\_geral@esf.fernandopessoa.pt](https://esf.fernandopessoa.pt_geral@esf.fernandopessoa.pt)

**Anexo E**

**Declaração de Assentimento Informado**

Designação do Estudo:

Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor

Eu, \_\_\_\_\_

Compreendi tudo o que me foi explicado relativamente à investigação “*Fibromialgia: um estudo qualitativo sobre experiências de vidas pautadas pela dor*” e retirei todas as dúvidas que tinha acerca da mesma. Todos os objetivos e métodos foram apresentados para que eu conseguisse perceber por completo o intuito deste estudo e tenho a possibilidade de recusar e desistir em qualquer instância da investigação sem qualquer prejuízo pessoal.

Para além disso, foi-me assegurada a confidencialidade de identidade, sendo que os meus dados serão, apenas, para a execução da investigação e destruídos após a finalização da mesma.

Assim, aceito participar nesta investigação.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) participante)

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

**Anexo F**

**Tabela 1.**

**Questão 1.** *Sei que é portador(a) de uma patologia com características muito diversas entre si. Seria possível descrever de que forma começou a perceber que poderia ter um problema de saúde? (Quais foram os primeiros sintomas que teve? Com que idade experienciou os primeiros sintomas?)*

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>(percebi) quando o meu corpo da cabeça aos pés me doía Suj. 1                      é uma dor sem explicação. Suj. 1                      Os primeiros sintomas foram: dor nos músculos Suj. 1                      Corpo pisado Suj. 1                      Sentia por vezes ao final do dia, dores no corpo todo, Suj. 2                      Fui jantar ao shopping e não conseguia agarrar no garfo como era habitual. Só era dor se mexesse, se estivesse quieta estava melhor. Suj. 3                      com muitas dores pelo corpo Suj. 4                      Há cerca de seis sete anos. Comecei a ter mais dores Suj. 5                      Dores nas costas (...) Dores nas ancas ao longo das pernas, bursites Suj. 5                      Tenho dores em todas articulações possíveis, por vezes equivalentes a câibras, mas que duram imenso, não tenho força para ir ao WC sequer Suj. 5                      Sempre fui propensa a ter dores e inflamações Suj. 6                      Com a menopausa as dores espalharam se para todo o corpo, causando um grande sofrimento físico e, conseqüentemente, psicológico. Suj. 6                      Comecei a perceber que alguma se passava quando me apareceu uma dor constante nas costas, Suj. 7</p>	Dor	<b>Dor e cansaço como sintomas nucleares</b>
<p>Cansada Suj. 1                      sem forças Suj. 4                      muito cansada Suj.</p>	Cansaço	
<p>Falta de Concentração Suj. 1</p>	Queixas cognitivas	
<p>durante um dia de trabalho começaram-me a inchar as mãos. Suj. 3</p>	Inchaço	<b>Sintomas secundários</b>

---

dia conduzia e a colocar as mudanças  
 tinha que ser com a palma da mão,  
 pois não a conseguia fechar Suj. 3  
 Inchada Suj. 4

---

(Comecei a) sentir que tinha corpo, Outros sintomas  
 coisa que não deveria sentir Suj. Suj. 7  
 comecei a ter a pele e olhos muito  
 secos, falta de saliva Suj. Suj. 7

---

## **Tabela 2**

*Questão 2. Dadas as características da patologia, sabemos que pode ser de difícil diagnóstico médico. Qual foi o seu percurso (caminho) até chegar ao diagnóstico final de Fibromialgia?*

<b>Unidades de análise</b>	<b>Categorias de 2ª ordem</b>	<b>Categorias de 1ª ordem</b>
<p>Cheguei a ir medico família mais de 3 vezes Suj. 1</p> <p>Médico clínica geral particular Suj. 1</p> <p>Médico especialista em endocrinologia Suj. 1</p> <p>E depois reumatologista Suj. 1</p>	<p>Recurso a vários especialistas até chegar à reumatologia</p>	
<p>Fui a diferentes médicos, mediante o que ia surgindo. Em relação à fibromialgia, fui à reumatologia por indicação de algum deles, não para um diagnóstico de fibromialgia, mas para ver se tinha algo reumatológico. Suj. 5</p>		
<p>Na altura ele (médico de família) mandou-me fazer análises ao fator reumatoide, as quais deram</p>		

---

negativo. Depois perguntou-me se tinha possibilidade de ir ao reumatologista Suj. 3

Um dia já muito desesperada fui a um médico de clínica geral mandou me fazer umas análises e disse se for o que eu penso depois vais ao médico que eu disser assim foi fiz análises e depois do resultado mandou me ao reumatologista Suj. 4

Falei com a minha médica de família que me reencaminhou para a consulta de reumatologia. Suj. Suj. 7

---

Depois o reumatologista também disse o mesmo, mas ainda fiz exames antes para despistar outras doenças Suj. 1

Comecei por despistar outras doenças e chegamos à conclusão que era fibromialgia. Suj. 2

Com novas análises negativas...mais exames, às mãos, como não era nada evidente nas análises, sobrou a fibromialgia. Suj. 3

Depois de vários exames, análises e ser seguida durante uns anos na dita consulta fui diagnosticada aos 48 anos com fibromialgia. Suj. Suj. 7

Encaminhamento do médico de família para reumatologia para finalizar o diagnóstico

**O diagnóstico da fibromialgia termina com a validação por Reumatologia após exclusão de outras patologias**

Investigação de múltiplas doenças antes de chegar ao diagnóstico

---

Analgésicos sim vários. Medicação atrás de medicação, mas nada fazia efeito Suj. 1

Em relação á medicação sempre fui muito contra, ao longo da minha vida raramente usava, sabia que paracetamol ou Brufen, não resolvia por isso não valia a pena tomar, ainda hoje é assim e os meus médicos sabem. Suj. 5

Já me foram receitados alguns analgésicos que não tomo, não me sinto bem. O único que alivia, mas que já não tomo há mais de um ano é o doluron, que serve para as

A medicação prescrita não atenuava os sintomas

dores. Suj. 6		
tomava Brufen e resultava Suj. 2 Até ao diagnóstico ia ao médico para receitarem relaxantes musculares, sobretudo para a parte frontal da cabeça. Suj. 6 Recorria a paracetamol 1000 Suj. 7	Recurso a analgésicos e relaxantes musculares para atenuação da dor	<b>A gestão da dor é variável: desde a ausência de efeito da medicação até à necessidade de intervenção hospitalar</b>
Muitas vezes no hospital, soro, medicamentos, tudo. 4 quando preciso mesmo, quando estou em desespero total, tomo o que me dão no hospital, Suj. 5 Quando não suportava as dores recorria à medicação que me era dada nas urgências e mais tarde a que me foi dada na consulta da dor Suj. 7	Recurso a medicação nas urgências nas situações mais graves	
Desde o diagnóstico fui 3 reumatologistas e fiz acupuntura e pilates Suj. 6	U.R.	

**Tabela 3**

*Questão 3. O que recorda acerca do momento em que lhe apresentaram este diagnóstico? (o que é que lhe explicaram acerca da doença?)*

<b>Unidades de análise</b>	<b>Categorias de 2ª ordem</b>	<b>Categorias de 1ª ordem</b>
Não me explicaram muito Suj. 1 Não me explicaram nada Suj. 4 Não me explicaram grande coisa Suj. 5	Inexistente explicação da doença	
Que era idêntica a uma depressão Suj. 1 Respondeu-me que artrite reumatóide provoca deformação e dor Suj. 3 Que esta era basicamente dor Suj. 3 Disseram que seria pior se tivesse uma doença autoimune Suj. 6 (Disseram) Que poderia ou não afetar outros órgãos Suj. Suj. 7	Referência e comparação a outras doenças	<b>Comunicação e partilha do diagnóstico insuficiente e inconsistente</b>
Disseram-me que não havia cura	Doença sem cura	

Suj. 5 Explicaram-me que era uma doença que não tinha cura Suj. Suj. 7		<b>Doença com causas e cura desconhecidas</b>
(...) disseram-me que não existia causa Suj. 5	Doença com causa desconhecida	
Apenas medicação Suj. 5 Teria de fazer medicação Suj. 6	Medicação como condição obrigatória inerente à doença	<b>FM apresentada tacitamente como doença crónica</b>
Aprender a viver com ela (doença) Suj. 3 Que se aprendia a viver com a doença Suj. Suj. 7	Doença que obriga a adaptação e a aprendizagem	
Que cada caso é um caso Suj. 3	U.R.	U.R.

**Tabela 4**

*Questão 4. O que se recorda sobre a sua reação ao diagnóstico? (o que fez, o que pensou, o que sentiu...)*

<b>Unidades de análise</b>	<b>Categorias de 2ª ordem</b>	<b>Categorias de 1ª ordem</b>
Normal. Não entrei em pânico Suj. 1 Temos de aceitar e pronto Suj. 1 É assim a vida Suj. 1	Aceitação	<b>Aceitação e adaptação ao diagnóstico</b>
(...) lutar para o que fosse. Suj. 1 Percebi que muitos dos meus hábitos de vida iriam mudar, mas depois perguntei o que poderia fazer de forma a minimizar as dores Suj. 7	Consciência da necessidade de adaptação à doença	
Só queria descobrir o que tinha. Suj. 1 Como eu andava é que não estava bem. Suj. 1	Necessidade de diagnóstico	<b>Alívio como resposta à necessidade de um diagnóstico</b>
Um alívio por não ter uma doença autoimune Suj. 6 (...) como tinha muitas dores achei que ia melhorar, pois já sabiam que medicação iam receitar. Suj. 6	Alívio	
Inicialmente não acreditei Suj. 2 Senti-me insegura e preocupada com o diagnóstico Suj. 3 "e agora?" Suj. 3 E se não for isso?" "Mas como	Dúvida/preocupação	<b>Respostas emocionais</b>

posso ter a certeza?!" Suj. 3		<b>negativas ao diagnóstico</b>
Senti uma tristeza enorme, Suj. 2 Agora sinto-me desanimada Suj. 2	Tristeza/desânimo	
Não é só uma doença, é a vida que fica toda incapacitada Suj. 5		
alguma revolta Suj. 2 Demorei dois anos a aceitar a doença Suj. 4	Revolta	
Inicialmente nem comentava porque fibromialgia era estigma Suj. 5 Principalmente para ortopedia Suj. 5 É a vida que fica toda julgada Suj. 5	Estigma	

**Tabela 5**

*Questão 5. Todas as doenças crónicas pressupõem uma adaptação por parte do paciente. Como foi a sua adaptação ao diagnóstico da doença?*

<b>Unidades de análise</b>	<b>Categorias de 2ª ordem</b>	<b>Categorias de 1ª ordem</b>
Fiz a medicação prescrita Suj. 1 Só a medicação não era suficiente Suj. 1 Medicamentos só em último caso mesmo Suj. 5 Foi muito mau, a adaptação aos medicamentos Suj. 6	Experiências negativas com a medicação	<b>Insuficiência da medicação</b>
Comecei a fazer pilates Suj. 1 Fiz pilates Suj. 6 Quando comecei na alimentação aí sim melhorei bastante Suj. 1	Novas práticas de saúde	
Em casa é difícil fazer algo Suj. 5 Não consigo fazer perfeito Suj. 3 Evito lavar louça Suj. 3 Em relação às atividades domésticas faço por partes Suj. 7	Adaptações/alterações nos hábitos domésticos	<b>Alteração no estilo de vida como estratégia de coping com a doença</b>
As tarefas de casa tenho uma senhora que vem cá fazer a limpeza Suj. 2 Cozinhar, a minha mãe vive comigo e vai fazendo Suj. 2 Se e quando faço uma crise mais forte tenho o apoio da família Suj. 7	Recurso a apoios externos e/ou familiares nas tarefas	

**Tabela 6**

**Questão 6.** *Atualmente, quais são os sintomas que prevalecem?*

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
Contratura muscular Suj. 3 Dores musculares Suj. 4 Rigidez muscular Suj. 6	Queixas musculares	<b>Prevalência dos sintomas físicos músculo-esqueléticos</b>
Tenho menos dores no corpo Suj. 1 Dores nos joelhos, cotovelos, dores nas costas, dores ao longo das pernas Suj.5 Dores nos joelhos Suj. 6 Tenho sempre dores Suj. 7 Dores e formigueiro nas costas Suj. Suj. 7	Queixas dolorosas no geral	
Mãos inchadas perto das zonas das articulações e também nos joelhos Suj. 3 Zona abdominal mais dilatada Suj. Suj. 7	Inchaço	
Ansiedade Suj. 1 Ansiedade Suj. 2 Um aperto no peito, Suj. 2 Só queria arrancar aquela sensação no peito Suj. 2 Ansiedade Brutal Suj. 5 Já fui mais ansiosa Suj. 6	Ansiedade	
Irritação Suj. 2 falta de paciência Suj. 2	Irritação	
Só quero estar sozinha Suj. 2 Sem barulho Suj. 2 Uma escuridão Suj. 2 Isolamento Suj.5	Isolamento	
Se não dormir as horas suficientes sinto-me mais cansada Suj. 1 Dificuldades em dormir Suj. 2 Só se tiver dores é que durmo mal Suj. 6	Dificuldades em dormir	<b>Sono alterado e não reparador que resulta em cansaço</b>
Se não dormir as horas suficientes sinto-me mais cansada Suj. 1	Cansaço	

Cansaço extremo Suj. 3		
Cansaço Suj. 4		
Sem energia Suj. 5		
Psicologicamente tem dias melhores e outros piores	UR	UR
Suj. 6		

**Tabela 7**

*Questão 7. Quanto ao tratamento ou tratamentos dos sintomas, quais foram as suas experiências?*

<b>Unidades de análise</b>	<b>Categorias de 2ª ordem</b>	<b>Categorias de 1ª ordem</b>
Os pilates deixam-me mais relaxada e as dores desaparecem Suj. 1 Pilates Suj. 2 Já não faço, mas pilates é muito bom Suj. 2	Pilates	
A Fisioterapia ajuda a aliviar um bocadinho, mas o efeito dura 1 a 2 horas Suj. 2 Fisioterapia quase ao longo do ano Suj. 5	Fisioterapia	<b>Diversidade de tratamentos não farmacológicos com efeitos positivos</b>
Faço acupuntura, fico melhor, mais relaxada Suj. 4 Acupuntura Suj. 5	Acupuntura	
Caminhadas Suj. 5 e Suj. 7 Ginásio Suj. 5	Exercício físico	
Nutrição Suj. 1 Banhos de mar Suj. 7 Terapia ocupacional Suj. 5 Eletrochoques Suj. 5 O que faz mais efeito são os eletrochoques Suj. 5	Outras abordagens	

**Tabela 8**

**Questão 8.** *Na sua opinião, e olhando para trás no que respeita às mudanças que a FM pode ter trazido para a sua vida, quais achas que foram os principais efeitos nas várias áreas da sua vida?*

<b>Unidades de análise</b>	<b>Categorias de 2ª ordem</b>	<b>Categorias de 1ª ordem</b>
Continuo a fazer tudo normal, embora se abusar muito fico num molho Suj. 1	Atividades domésticas alteradas	<b>Autonomia reduzida em atividades básicas</b>
Só nas tarefas é que tenho mais dificuldades Suj. 4		
Vou fazendo quando e o que posso sem me esforçar muito Suj. 4		
Alterou tudo, limpeza da casa, roupa, etc. Suj. 5		
Muitas vezes preciso de transporte e altero consultas e tratamentos Suj. 5	Atividades funcionais alteradas	
Tenho receio de guiar, devido a desequilíbrios, tontura, dores Suj. 5		
Vou fazendo as coisas calmamente Suj. 7		
(Familiares) Estavam habituados a que eu fizesse e organizasse Suj. 5	Alterações nas rotinas e dinâmicas familiares	
Agora cada um se preocupa consigo Suj. 5		
Deixamos de fazer viagens longas Suj. 5		
Às vezes sinto-me uma criança e eles a mãe Suj. 5		
Deixei de fazer trilhos e passei a fazer caminhadas Suj. 7	Alterações nas dinâmicas de lazer	<b>A doença, pelos sintomas que provoca, implica perdas nas dinâmicas dos vários sistemas em que os pacientes se integram</b>
Não existem grandes planos Suj. 5		
Já tivemos de anular viagens, almoços, passeios Suj. 5		
Saio menos e por pouco tempo devido às dores Suj. 2	Alterações nas dinâmicas das redes de suporte social	
Não vou a casa de ninguém nem recebo ninguém devido à minha		

pequena tolerância física Suj. 5 Falta de energia e a falta de vontade de sair ou passear Suj. 3			
Neste momento encontro- me de baixa Suj. 2 Cheguei a um ponto que já não aguentava mais Suj. 2 A nível laboral o frio não ajuda, muito stress e tenho que ter muita energia Suj. 3	Alterações e dificuldades a nível laboral		
As dores dificultam a parte sexual Suj. 5 (as dores dificultam) o meu humor Suj. 2 A felicidade está sempre assombrada Suj. 5 Existem imensos gastos em medicação, tratamentos, exercícios, cirurgias, consultas etc. Suj. 5	Outros domínios de impacto	<b>Outros efeitos</b>	

### Tabela 9

*Questão 9. Alguma vez sentiu necessidade de apoio psicológico dado o diagnóstico de FM? Tem/teve apoio psicológico?*

<b>Unidades de análise</b>	<b>Categorias de 2ª ordem</b>	<b>Categorias de 1ª ordem</b>
Não, nunca precisei Suj. 1 Não 3 Não senti necessidade para ter esse apoio Suj. 6 Não, nunca senti necessidade Suj. 7	Necessidade inexistente de apoio psicológico	<b>Sem apoio psicológico</b>
Sim, iniciei com a psicóloga em janeiro deste ano Suj. 2 Tive, mas já não tenho Suj. 4 Sim Suj. 5	Apoio psicológico passado e atual	
Sinceramente, não noto grandes mudanças, só no sono Suj. 2 Andei 3 meses sem o aperto no peito, mas há cerca de 2 semanas que		<b>O apoio psicológico é predominantemente centrado no alívio dos sintomas ansiosos e na adaptação à doença</b>

voltei a sentir,  
principalmente quando  
tenho que sair de casa Suj. 2

Ajuda no alívio pontual  
sintomático

Estava a explodir por  
dentro, ao falar sentia-me  
mais leve Suj. 5

Conseguia estar umas  
horas com menos “peso”,  
físico e mental Suj. 5

---

Ajudou-me a aceitar a  
doença e a adaptar-me a  
ela Suj. 4

Ajuda no processo de  
aceitação e adaptação à  
doença

Foi muito difícil iniciar a  
psicoterapia por negação  
própria Suj. 5

---

**Anexo G**

**Questão 1: Sei que é portador(a) de uma patologia com características muito diversas entre si. Seria possível descrever de que forma começou a perceber que poderia ter um problema de saúde? Quais foram os primeiros sintomas que teve? Com que idade experienciou os primeiros sintomas?**

Sujeito 1 A.O.	Sujeito 2 M.J.	Sujeito 3 C.M.	Sujeito 4 M.H.	Sujeito 5 C.P.	Sujeito 6 A.M.	Sujeito 7 A.A.
<p>Comecei a perceber que algo não estaria bem, quando o meu corpo da cabeça aos pés me doía</p> <p>Isto é uma dor sem explicação de dor</p> <p>Os primeiros sintomas foram: dor nos músculos</p> <p><b>Cansada</b></p> <p><b>Falta de concentração</b></p> <p><b>Corpo pisado</b></p> <p>Aos 40 anos +-</p>	<p>Os primeiros sintomas começaram há dois anos, sensivelmente, com 49 anos.</p> <p><b>Sentia por vezes ao final do dia, dores no corpo</b></p> <p>todo, do género quando estamos com febre. Só que media a temperatura e não tinha febre.</p> <p>Fui a uma consulta de reumatologia, por causa de outro problema e falei-lhe no assunto. Ela começou por despistar outras doenças e chegou à conclusão que era fibromialgia.</p>	<p>Os primeiros sintomas que tive, eram as mãos inchadas. No ano 2022 no mês de maio, <b>durante um dia de trabalho começaram-me a inchar as mãos</b></p> <p>Principalmente a direita, a um ponto que não a conseguia fechar, no final do dia conduzia e a colocar as mudanças tinha que ser com a palma da mão, pois não a conseguia fechar. <b>Fui jantar ao shopping e não conseguia agarrar no garfo como era habitual. Só era dor se mexesse, se estivesse quieta estava melhor. No dia seguinte marquei consulta no médico de família, no que me disse que era circulação e pela experiência algo da parte reumatoide.</b></p>	<p>Com 32 anos eu sentia me <b>muito cansada com muitas dores pelo corpo inchada sem forças</b></p> <p>andei assim um ano cheguei a ter crises de febre fui a muitos médicos e continuava sempre igual.</p>	<p>Foi tudo muito menosprezado. Primeiro devido à minha profissão, depois as minhas opções, trabalhei em medicina, ortopedia, pediatria e psiquiatria.</p> <p>Sempre acompanhados por acumulações inclusive em paliativos.</p> <p>Fazia cerca de 13 noites por mês durante muitos anos e eu e o meu marido nunca deixamos os meus filhos após o término das aulas e os milhares de vezes que os fomos buscar para o almoço mais o acompanhamento que lhes prestávamos. Tudo justificava qualquer tipo de sintomatologia. Com a idade comecei a ter dores nos joelhos, nas costas, nos braços, mas fazia parte. Descansar muitas vezes num cadeirão, senta/levanta. O stress durante anos para não falhar etc.</p> <p><b>Há cerca de seis sete anos, Comecei a ter mais dores os joelhos, os cotovelos.</b></p>	<p><b>Sempre fui propensa a ter dores e inflamações, além de ser ansiosa.</b></p> <p>Tenho asma desde os 19 anos, tomo medicação diária e penso que tudo esteja interligado.</p> <p>Durante anos tive cefaleias de tensão, na zona frontal, para a qual ia tomando relaxante muscular para aliviar a dor. <b>Com a menopausa as dores espalharam se para todo o corpo, causando um grande sofrimento físico e, consequentemente, psicológico.</b> O que me valeu foi tomar antidepressivos há muitos anos. Depois de várias consultas e exames veio o diagnóstico, fibromialgia. Tomo o miodia, que é um relaxante muscular, mas vou tendo algumas dores.</p> <p>Tinha 50 anos quando me diagnosticaram com Fibromialgia.</p>	<p><b>Comecei a perceber que alguma se passava quando me apareceu uma dor constante nas costas, e sentir que tinha corpo, coisa que não deveria sentir</b> isso durou cerca de dois anos fui várias vezes ao serviço de urgência, até que um médico me orientou a ir para a consulta da dor.</p> <p>Para além das dores comecei a ter a pele e olhos muito secos, falta de saliva. Tinha na altura 45 anos.</p>

Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6	Sujeito 7
<p>Muitas vezes Cheguei a ir médico família mais de 3 x Médico clínica geral particular Médico especialista em endocrinologista E depois reumatologista 1 Analgésicos sim vários</p> <p>Medicação atras de medicação, mas nada fazia efeito</p> <p>Os médicos particulares Clínica geral e endocrinologista disseram logo que pelos sintomas seria fibromialgia</p> <p>Depois o reumatologista tbm disse o mesmo, mas ainda fiz exames antes para despir outras doenças</p> <p>Sim recorde me Flexiben. Foi o</p>	<p>Comecei por despir outras doenças e chegamos à conclusão que era fibromialgia. 2</p> <p>Sim, tomava Brufen e resultava.</p>	<p>Na altura ele mandou-me fazer análises ao fator reumatóide, as quais deram negativo. Depois perguntou-me se tinha possibilidade de ir ao reumatologista 3</p> <p>Aconselhou-me dois (isto em junho), um dos quais só consulta em agosto. Deixei marcado, mas fui entretanto ao outro, voltei às análises e negativo..., entretanto o especialista teve problemas pessoais e cancelou as consultas...:entretant o passou o tempo e fui à outra consulta em Agosto, já com bastantes análises para mostrar, passou mais, e receitou-me medicação para ver como me sentia, voltei passado um mês. Com novas análises</p>	<p>Um dia já muito desesperada fui a um médico de clínica geral mandou me fazer umas análises e disse se for o que eu penso depois vais ao médico que eu disser assim foi diz análises e depois do resultado mandou me ao reumatologista 4 dr Paulo</p> <p>Ele logo me confirmou que tinha fibromialgia. Muitas vezes no hospital, soro, medicamentos, tudo.</p>	<p>Fui a diferentes médicos, mediante o que ia surgindo. Em relação à fibromialgia, fui à reumatologia por indicação de algum deles, não para um diagnóstico de fibromialgia mas para ver se tinha algo reumatológico. 5</p> <p>Em relação à medicação sempre fui muito contra, ao longo da minha vida raramente usava, sabia que paracetamol ou Brufen, não resolvia por isso não valia a pena tomar, ainda hoje é assim e os meus médicos sabem.</p> <p>Mas estamos a falar de medicação diferente, eu faço vária medicação de base e tenho autorização para ir até..., quando preciso mesmo, quando estou em desespero total, tomo o que me dão no hospital, quando necessário de ir lá. E consigo aguentar até uma próxima. O resto não surte efeito não me recuso a tomar para nada. Por exemplo, tenho autorização para tomar 30mg de valium por dia.</p>	<p>Até ao diagnóstico ia ao médico para receitarem relaxantes musculares, sobretudo para a parte frontal da cabeça. Desde o diagnóstico fui 3 reumatologistas e fiz acupuntura e pilates. Já me foram receitados alguns analgésicos que não tomo, não me sinto bem. O único que alivra, mas que já não tomo há mais de um ano é o doluron, que serve para as dores.</p>	<p>Desisti da consulta da dor pois a única coisa que me faziam era dar infiltrações e dosagens altas de medicamentos, que me colocava num estado muito inativo. Falei com a minha médica de família que me reencaminhou para a consulta de reumatologia. Depois de vários exames, análises e ser seguida durante uns anos na dita consulta fui diagnosticada aos 48 anos com fibromialgia.</p> <p>7 Recorria a paracetamol 1000 e quando não suportava as dores recorria à medicação que me era dada nas urgências e mais tarde a que me foi dada na consulta da dor.</p>

Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6	Sujeito 7
<p>Normal. Não entreei em pânico Temos de aceitar e pronto. É assim a vida. Como eu andava é que não estava bem. Só queria descobrir o que tinha e lutar para o que fosse.</p>	<p>Inicialmente não acreditei, pois não tinha as dores que as minhas amigas descreviam. Agora, depois destas dores e de ter consultado outro reumatologista (porque a minha está de baixa há algum tempo) e ele confirmar, senti uma tristeza enorme, alguma revolta, pois já tenho alguns problemas de saúde e não precisava de mais este, agora sinto-me desanimada, pois penso que terei que aprender a viver com a dor e não vejo como.</p>	<p>Como foi um descarte de opções, senti-me insegura e preocupada com o diagnóstico "e se não for isso?" "Mas como posso ter a certeza?" "E claro preocupada" e agora?"</p>	<p>Não aceitava de forma nenhuma foi muito complicado. Tive de ir a uma psicóloga. Demorei dois anos a aceitar a doença. Até que a minha médica, entretanto fui para o hospital de Visen, já farta de me ouvir disse me: Helena ou aceita a doença você ou estamos mal porque a doença não a vai aceitar a si.</p>	<p>Inicialmente nem comentava porque fibromialgia era estigma, principalmente para Ortopedia. Como tenho o diagnóstico de síndrome de dor crónica a fibromialgia é uma doença que contribui para o diagnóstico de síndrome de dor crónica. A reação foi de ok mais uma. Depois começaram a surgir outros problemas e fui resolvendo um a um, mas tudo se tornou avassalador e cada vez é pior. E neste momento as várias especialidades já me confrontam com o não há nada a fazer. Não é só uma doença, é a vida que fica toda incapacitada e julgada.</p>	<p>Um alívio por não ter uma doença autoimune e como tinha muitas dores achei que ia melhorar, pois já sabiam que medicação iam recetar. Contudo, muito triste por saber que tenho de viver com esta patologia.</p>	<p>De início senti-me um pouco sem chão, percebi que muitos dos meus hábitos de vida iam mudar, mas depois perguntei o que poderia fazer de forma a minimizar as dores, ao qual me foi dito que teria de tomar medicação/relaxantes musculares e nos dias piores medicação para as dores.</p>
<p><b>Questão 5: Todas as doenças crónicas pressupõem uma adaptação por parte do paciente. Como foi a sua adaptação ao diagnóstico da doença?</b></p>						
Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6	Sujeito 7
Sim	Inicialmente,	Só quando estou	Não aceitava porque	No trabalho foi horrível,	Foi muito mau. A	Antes fazia trilhos, mas o