

Relação entre Qualidade de Vida, *Coping* e Percepção da Dor em Adultos com Fibromialgia

Samantha Castro Teixeira¹

Orcid.org/0009-0008-4782-8725

Liana Müller Carvalho²

Orcid.org/0009-0006-4366-9718

Jaqueline de Carvalho Rodrigues^{1,*}

Orcid.org/0000-0001-9947-4705

¹*Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Laboratório Interdisciplinar de Neurodesenvolvimento e Saúde – LabINS, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

²*Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Escola de Saúde, Curso de Psicologia, São Leopoldo, RS, Brasil*

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o nível de dor, a qualidade de vida (QV), as estratégias de *coping* e a relação entre essas variáveis em adultos com fibromialgia (FM). Foi realizado um estudo quantitativo transversal com 81 adultos ($M = 46,01$; $DP = 9,72$), dos quais 80 mulheres com FM. Foram aplicados questionário de dados sociodemográficos; Questionário de Dor de McGill – Versão curta; Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-breve); Questionário Revisado Sobre o Impacto da Fibromialgia (FIQR-BR) e COPE Breve. Quanto ao nível da dor, a palavra com maior destaque foi “cansativa-exaustiva”, seguida de “dolorida”, com um alto índice ($M = 29,2$; $DP = 10,2$). O WHOQOL-Breve indicou o domínio psicológico percebido com melhor qualidade e a maioria dos participantes avaliou sua QV como “nem ruim, nem boa” (32,1%), além de insatisfação com sua saúde (44,4%). A maioria apontou sintomas graves/severos da FM que impactam na QV, com pontuação do FIQR-BR acima de 70 pontos (66,7%). A estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a religião. O impacto geral da FM foi positivamente correlacionado com a percepção global da QV. Quanto à intensidade da dor, as estratégias de enfrentamento que foram negativamente correlacionadas foram distração ($r = -0,363$), reinterpretação ($r = -0,277$) e negação ($r = -0,249$), enquanto a estratégia que mostrou correlação positiva foi o desinvestimento ($r = 0,255$). Portanto, a intensidade da dor relaciona-se negativamente com a QV e com estratégias de enfrentamento pouco eficazes, o que reitera a importância

* Correspondência: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, Rua Marquês de São Vicente, 225, 22451-900 Gávea, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Cx. Postal: 38097. jaquelinerodrigues@puc-rio.br.

de intervenções multidisciplinares que abordem tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos da doença.

Palavras-chave: Fibromialgia, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento, percepção de dor, saúde mental.

Relationship between Quality of Life, Coping and Pain Perception in Adults with Fibromyalgia

Abstract

This research aimed to evaluate the level of pain, quality of life (QoL), coping strategies, and the relationship between these variables in adults with fibromyalgia (FM). A cross-sectional quantitative study was conducted with 81 adults ($M = 46.01$; $SD = 9.72$), of whom 80 were women diagnosed with FM. Questionnaires on sociodemographic data, pain (McGill Pain Questionnaire – Short Form), quality of life (World Health Organization Quality of Life Instrument – Brief Version), impact of fibromyalgia (Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire – Brazilian Version) and coping strategies (Brief COPE) were applied. Regarding the level of pain, the most used word was “exhausting”, then “painful”, with a high index ($M = 29.2$; $SD = 10.2$). The WHOQOL-Bref pointed out the psychological domain perceived as having better quality, and most participants evaluated their QoL as “neither bad nor good” (32.1%), with a significant number reporting being very dissatisfied with their health (44.4%). Most participants reported severe symptoms of FM that impact their QoL, with a FIQR-BR score above 70 points (66.7%). The most used coping strategy was religion. The FM general impact was positively correlated with QoL global perception. Regarding pain intensity, the coping strategies that were negatively correlated were distraction ($r = -0.363$), reinterpretation ($r = -0.277$) and denial ($r = -0.249$), whereas the coping strategy most positively correlated was disinvestment ($r = 0.255$). Therefore, the pain intensity was negatively related to QoL and with low efficacy coping strategies. These findings highlight the need for multidisciplinary approaches that address both physical and psychological aspects of the disease.

Keywords: Fibromyalgia, quality of life, coping strategies, pain perception, mental health.

Relación entre la Calidad de Vida, el Afrontamiento y la Percepción del Dolor en Adultos con Fibromialgia

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de dolor, la calidad de vida (CV), las estrategias de afrontamiento y la relación entre estas variables en adultos con fibromialgia (FM). Se realizó un estudio cuantitativo transversal con 81 adultos ($M = 46,01$; $DP = 9,72$), de los cuales 80 mujeres. Se aplicaron cuestionarios sobre datos sociodemográficos, sobre el dolor (Cuestionario de Dolor de McGill – Versión Corta), sobre la CV (Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la OMS – WHOQOL-Breve), sobre el impacto de la FM (Cuestionario Revisado de Impacto de la FM – FIQR-BR) y sobre las estrategias de afrontamiento (COPE Breve). En cuanto al nivel de dolor, la palabra más destacada fue “agotador”, seguida de “doloroso” ($M = 29.2$; $SD = 10.2$). El WHOQOL-Breve indicó que el dominio psicológico fue percibido como de mejor calidad y muchos evaluaron su CV como ni mala ni buena (32,1%), mientras que gran parte manifestó estar muy insatisfecho con su salud (44,4%). La mayoría reportó síntomas graves de la FM que impactan en la CV, con FIQR-BR allá de 70 puntos (66,7%). La estrategia de afrontamiento más utilizada fue la religión. El impacto general de la FM estuvo

positivamente correlacionado com a percepção global de la CV. En cuanto a la intensidad del dolor, las estrategias de afrontamiento que estuvieron negativamente correlacionadas fueron la distracción ($r = -0.363$), la reinterpretación ($r = -0.277$) y la negación ($r = -0.249$), y la estrategia más positivamente correlacionada fue la desinversión ($r = 0,255$). Por lo tanto, la intensidad del dolor estaba relacionada con la CV y con estrategias de afrontamiento de baja eficacia. Estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones multidisciplinares que aborden tanto los aspectos físicos como psicológicos de la enfermedad.

Palabras-clave: Fibromialgia, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, percepción del dolor, salud mental.

Conforme a Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP (Raja et al., 2020), dor crônica é considerada uma experiência subjetiva, que tem, entre as principais características, a persistência desse sintoma por mais de três meses. Existem diversos fatores para a sua origem, estando presente em pacientes diagnosticados com fibromialgia (FM). A FM é considerada uma síndrome clínica de dor crônica generalizada, de origem idiopática, que afeta de 0,2% a 4,7% da população mundial (Marques et al., 2017; Poluha & Grossmann, 2018; Suso-Martí et al., 2024). No Brasil, estima-se que a FM atinja cerca de 2% da população (Souza & Perissinotti, 2018). É mais prevalente entre mulheres e afeta de 2,4% a 6,8% da população feminina, entre 35 e 60 anos. A FM é a segunda patologia mais frequente, após a osteoartrose, e representa 20% dos atendimentos em clínicas reumatológicas (Arnold et al., 2016; Torquato et al., 2019).

Em relação à fisiopatologia da FM, verifica-se que a resposta de percepção aumentada da dor pode ocorrer devido a uma disfunção no eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal (Beiner et al., 2024). Assim, há um desequilíbrio neuroquímico no sistema nervoso central que aumenta a percepção da dor, com alterações nos níveis de neurotransmissores como a serotonina, norepinefrina, dopamina e endorfina (Beiner et al., 2024). Ademais, pode haver uma hiperativação anormal das células da glia nos pacientes com FM, indicando neuroinflamação (Albrecht et al., 2019).

Embora a causa da dor crônica presente na FM não seja totalmente compreendida, sugere-se que os sintomas podem ser desencadeados

por eventos estressores, influências ambientais e fatores genéticos (Black et al., 2024). Entre os fatores ambientais que podem influenciar no surgimento da FM estão um histórico de traumas físicos e psicológicos, infecções, obesidade, insatisfação com o trabalho e disfunções comportamentais, como má alimentação e sedentarismo (Galvez-Sánchez et al., 2019; Martínez-Lavín, 2021).

O diagnóstico atual da FM baseia-se em exames físico e clínico, em que é necessário que o paciente apresente dor difusa, associada a outros distúrbios funcionais, por pelo menos três meses (Siracusa et al., 2021). Além da dor crônica musculoesquelética generalizada, os pacientes com FM também podem apresentar fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas, ansiedade, rigidez matinal, depressão, síndrome do intestino irritável, intolerância à atividade física, sensação de inchaço nas articulações, entre outros sintomas (Liao & Chieh, 2023; Miranda et al., 2016; Oliveira & Rocha, 2019).

O tratamento para FM, assim como para dor crônica, envolve estratégias terapêuticas multidisciplinares e multiprofissionais, e não se limita apenas a abordagens medicamentosas, devido à natureza variável e subjetiva da percepção de dor em cada indivíduo (Luciano et al., 2023; Macfarlane et al., 2017; Raja et al., 2020; Sarzi-Puttini et al., 2021). Ainda, a heterogeneidade de sintomas da FM requer uma abordagem multidisciplinar no tratamento, incluindo avaliação psicossocial para melhorar a qualidade de vida (QV) dos pacientes (Cohen-Biton et al., 2022; Fernandez-Feijoo et al., 2022).

Estudos destacam consequências psicológicas e diminuição da QV devido à FM (Fernandez-Feijoo et al., 2022; Oliveira & Almeida, 2018; Oliveira & Rocha, 2019; Samami et al., 2021). Os pacientes podem enfrentar problemas como afastamento do trabalho, isolamento social, incapacidade funcional, depressão e ansiedade (Marques et al., 2006; Martinez et al., 2017; Oliveira et al., 2019). Sabe-se que a dor e a incapacidade funcional relacionadas à FM podem intensificar quadros de depressão e ansiedade, o que, por sua vez, pode exacerbar a sintomatologia da doença (Galvez-Sánchez & Del Paso, 2020). Dessa forma, mostra-se importante examinar a influência da dor na QV em pacientes com FM.

Pesquisas têm investigado tratamentos que podem melhorar a QV dos pacientes com FM, como educação em saúde em grupo, apoio social e atividade física orientada (Arnold et al., 2016; Macfarlane et al., 2017; Masquelier & D'haeyere, 2021; Oliveira et al., 2017). Além disso, um tratamento que envolva Realidade Virtual, com a prática de exercícios físicos, pode contribuir para a melhora dos aspectos cognitivo e físico dos pacientes (Brady & Schneider, 2001; Tossini et al., 2017; Zhang et al., 2022).

As estratégias de enfrentamento, como esforços orientados para a ação, tanto intrapsíquicos quanto externos, podem influenciar como a pessoa lida com a dor crônica associada à FM e sua busca por intervenções terapêuticas (Hamama & Itzhaki, 2023; Oliveira et al., 2019). Indivíduos com FM precisam aprender a conviver com a dor e suas limitações (Montoro & Galvez-Sánchez, 2022); portanto, a identificação das estratégias de enfrentamento mais eficazes e sua relação com os sintomas de dor e com a QV pode auxiliar no manejo da doença e a propor os melhores tratamentos para os pacientes (Oliveira et al., 2019).

Esta pesquisa teve como objetivo verificar a relação entre a percepção do nível de dor, a QV e as estratégias de enfrentamento (*coping*) de uma amostra de adultos brasileiros diagnosticados com FM. Como objetivos específicos, buscou-

-se analisar se há relação entre o índice total de dor e: (a) a percepção da QV, (b) o impacto da FM na QV e (c) as estratégias de enfrentamento buscadas. Tem-se como hipóteses que (a) participantes com maior gravidade da dor apresentem menor QV (Samami et al., 2021), (b) maior percepção de gravidade da dor está relacionada a um maior impacto da FM na QV (Fernandez-Feijoo et al., 2022), e (c) estratégias de enfrentamento mais frequentes e positivas estão associadas a uma menor percepção de dor (Cihan et al., 2024; Hamama & Itzhaki, 2023; Oliveira et al., 2019).

Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de levantamento, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa (Mohajan, 2020). Também se realizou um estudo correlacional.

Participantes

Participaram do estudo 81 adultos, que autorrelataram ter o diagnóstico médico de FM, dos quais um homem e 80 mulheres, com idades entre 25 e 73 anos ($M = 46,01$; $DP = 9,72$). A amostragem foi não probabilística e a amostra selecionada por conveniência. Todos os participantes eram brasileiros, a maioria moradores das regiões sul (Rio Grande do Sul, 14,6%) e sudeste (São Paulo, 26,8%; Rio de Janeiro, 12,2%; Minas Gerais, 9,8%) do país e os demais de outros estados (36,6%). A maior parte da amostra era de indivíduos casados ou em união estável (57,3%), seguida de solteiros (20,7%), divorciados (14,6%) e outros tipos de relacionamentos (7,4%).

Com relação à escolaridade dos entrevistados, verificou-se que a maioria tinha ensino superior completo (24,7%), seguida de ensino médio completo (23,4%), pós-graduação (18,5%), ensino superior incompleto (17,3%) e ensino fundamental incompleto a completo (16,0%). No que tange à renda (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2018),

a maioria dos participantes estava trabalhando (79,0%), com faixa de renda entre R\$ 708,20 e R\$ 1.691,44 (30,0%). A maioria dos participan-

tes era independente de cuidados, apresentava outros problemas de saúde e sentia dor há mais de 10 anos, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1
Características de Saúde dos Participantes

Características	N (porcentagem)
Condições de saúde	
Independente de cuidados	80 (99,0%)
Depende de cuidados	1 (1,23%)
Problemas apresentados além da FM	
Coluna/Traumato-Ortopédicos	47 (25,82%)
Psicológicos	28 (15,38%)
Endócrinos/Metabólicos	22 (12,09%)
Reumatológicos	17 (9,34%)
Gastroenterológicos	17 (9,34%)
Cardiovasculares	13 (7,14%)
Dermatológicos	6 (3,30%)
Respiratórios	6 (3,30%)
Outros	17 (9,34%)
Primeiros sintomas de dor	
Há mais de 10 anos	45 (55,6%)
De 6 a 10 anos	18 (22,2%)
De 3 a 6 anos	13 (16%)
Menos de 1 ano	4 (4,9%)
De 1 a 3 anos	1 (1,2%)
Tempo de diagnóstico	
De 6 a 10 anos	20 (24,75%)
De 3 a 6 anos	17 (21,0%)
Menos de 1 ano	15 (18,5%)
De 1 a 3 anos	11 (13,6%)

Instrumentos e Procedimentos

A coleta de dados foi realizada de forma online, para maior alcance da amostra. Os participantes responderam em ordem aos seguintes questionários:

1. Questionário sobre os dados sociodemográficos e clínicos: entrevista estruturada, elaborada pelas autoras da pesquisa, com a finalidade de coletar informações para caracterizar a amostra, como idade, escolaridade, renda e profissão. Foram registradas também as condições de saúde, como doenças e questões específicas sobre a FM.
2. Questionário de Dor de McGill – Versão Curta (Melzack, 1987; Pimenta et al., 1997): um dos instrumentos multidimensionais mais utilizados para medir a qualidade e a intensidade da dor, dividido em três partes. Inicialmente, o participante escolhe, numa escala de intensidade que varia entre 0 (nenhuma), 1 (leve), 2 (moderada) e 3 (severa), entre 15 descritores da dor (por exemplo, “latejante”, “em fincadas”, “aguda” etc.). Em seguida, na Escala VAS (Escala Analógica Visual), o participante deve indicar numa linha de 10 cm onde se localiza a dor atual, entre a extremidade esquerda (nenhuma dor) à direita (pior dor possível). A pontuação da escala VAS permite a avaliação da intensidade da dor da seguinte forma: dor leve, de 0 a 4,4; dor moderada, de 4,5 a 7,4; e dor grave, de 7,5 a 10 (Jensen et al., 2003). Por fim, neste questionário é incluída a Escala de Intensidade de Cinco Pontos, que avalia a intensidade global da experiência de dor, formada por cinco palavras, cada uma das quais é acompanhada de uma escala numérica de intensidade da dor, que varia entre 0 (sem dor), 1 (leve), 2 (desconfortável), 3 (angustiante), 4 (horrível) e 5 (excruciante). Ao final, obtêm-se cinco escores: (a) índice de dor sensível/sensorial (0 a 33 pontos); (b) índice de dor afetiva (0 a 12 pontos); (c) intensidade da dor presente (EVA: 0 a 10 pontos); (d) avaliação da intensidade da dor

(0 a 5 pontos); e (e) índice total de dor (soma entre índice de dor sensorial e afetiva; 45 pontos). Nesta pesquisa, o alfa de Cronbach do escore total do instrumento foi de 0,85.

3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Breve) – *The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref* (Fleck, 2000): instrumento validado por Fleck para a população brasileira, utilizado para avaliação da percepção da QV, considerando que esta é caracterizada por ser um construto subjetivo, com dimensões positivas e negativas. Esta versão apresenta 26 questões em escala Likert de 5 pontos, das quais duas avaliam a QV global (geral) e as demais representam cada uma as 24 facetas que compõem o instrumento original. Os valores mais elevados em cada item revelam melhor QV, segundo a seguinte interpretação: necessita melhorar (quando for de 1 a 2,9); regular (de 3 a 3,9); boa (de 4 a 4,9) e muito boa (5). As facetas são subdivididas em quatro domínios: (a) Físico: mede como o indivíduo percebe sua condição física; (b) Psicológico: avalia como ele percebe sua condição afetiva e cognitiva; (c) Relações Sociais: mede como ele percebe seus relacionamentos sociais e papéis sociais em sua vida; e (d) Meio-Ambiente: avalia como ele se sente em relação aos diferentes aspectos relacionados ao meio em que vive. A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, transformados numa escala de 0 a 100, na qual 0 corresponde à pior QV e 100 à melhor QV. Este instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,92.
4. *Fibromyalgia Impact Questionnaire* – Questionário Revisado Sobre o Impacto da Fibromialgia (FIQR-BR; Paiva et al., 2013): o FIQR-BR aborda questões relacionadas à capacidade funcional, bem-estar, faltas no trabalho, dificuldades no trabalho, dor, fadiga, rigidez, sono, ansiedade e depressão nos últimos sete dias. Esta versão é composta por

21 itens, organizados em três domínios: função (nove itens), impacto geral (dois itens) e sintomas (dez itens). Cada item deve ser avaliado no contexto dos últimos sete dias e corresponde a uma escala numérica que varia de 0 a 10, em que 10 é o pior valor. O escore do primeiro domínio varia de 0 a 30, e é calculado somando os valores obtidos nos nove itens e dividindo o resultado por três. O escore do segundo domínio varia de 0 a 20, e é calculado pela soma dos dois itens. O escore do terceiro domínio varia de 0 a 50, e é calculado somando os valores obtidos nos 10 itens e dividindo o resultado por dois. O escore total é a soma dos escores dos três domínios, e pode variar de 0 a 100. Quanto maior o escore, maior é o impacto da FM sobre a QV. Paiva et al. (2013) publicaram a versão revisada e validada em português brasileiro, que demonstrou excelente confiabilidade (alfa de Cronbach de 0,96). Na presente pesquisa, o alfa de Cronbach apresentado foi de 0,91.

5. COPE Breve – Versão Adaptada (Brasileiro, 2012; Carver et al., 1989): O COPE Breve é um inventário de estratégias multidimensionais, adaptado da versão original de Carver et al. (1989) na tentativa de diminuir a sobrecarga dos respondentes. Esta versão reduzida é composta por 28 itens, que avalia as diferentes formas como as pessoas respondem a situações estressantes. Os 28 itens se distribuem em 14 subescalas: *coping* ativo, planejamento, suporte instrumental, suporte emocional, religiosidade, reinterpretação positiva, autocolpa, aceitação, desabafo, negação, autodistração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor. É avaliado por escala ordinal com escores variando de 1 a 4, entre “nunca faço isso” até “sempre faço isso”. Os itens são somados em cada escala, e quanto maior for a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de *coping*. Em sua validação para o Brasil, os índices de confiabilidade apresentaram valores ele-

vados, na maior parte acima de 0,750. A escala total apresentou alfa de Cronbach de 0,84 (Brasileiro, 2012). Na presente pesquisa, o alfa de Cronbach foi de 0,81.

Procedimentos Éticos

Este projeto foi submetido ao e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade onde foi desenvolvido (CAEE nº 25087219.0.0000.5344). Após a aprovação, foi realizado um pedido de permissão em grupos nas redes sociais para divulgação da pesquisa; os interessados deveriam ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para continuar respondendo o questionário online. Nesse sentido, foi assegurada a confidencialidade, privacidade e proteção da identidade dos entrevistados. Além disso, foi informado que todos os instrumentos a serem utilizados representavam risco mínimo à saúde física e/ou psicológica dos participantes. Também foi fornecido o e-mail da pesquisadora para o participante que tivesse qualquer dúvida entrar em contato, bem como obter retorno dos resultados da pesquisa. As entrevistas tinham duração aproximada de 20 a 40 minutos, o que poderia gerar um possível cansaço ou desconforto ao responder questões pessoais. Assim, foi garantido, pelo TCLE, que o participante poderia desistir a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo ou ônus. Por conseguinte, poderia interromper e responder à pesquisa em outro momento, se assim o desejasse.

Análise dos Dados

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas (média, desvio-padrão e porcentagens) das respostas aos questionários, a fim de fazer um levantamento do perfil dos participantes. Uma vez que os resultados dos instrumentos não apresentavam uma distribuição normal, analisada por meio do teste de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$), foram realizadas correlações de Spearman entre os escores das medidas de qualidade de vida (WHOQOL-Breve), estratégias de enfrentamento (COPE), impacto da fibromialgia na

QV (FIQR-BR) e escore do índice total de dor (Questionário de Dor de McGill) para verificar a relação entre essas variáveis. Os dados foram organizados e tabulados utilizando o Microsoft Excel e o software SPSS (versão 21).

Resultados

Em relação ao nível de dor dos participantes, avaliada pelo Questionário McGill, a palavra com maior destaque foi “cansativa-exaustiva”

(afetiva), seguida de “dolorida” (sensorial), conforme pode ser observado na Tabela 2. Quanto à classificação da intensidade, a dor severa foi a mais citada (39,9%), seguida de dor moderada (28,6%), dor leve (18,8%) e nenhuma dor (13,1%). Com relação à intensidade da dor global (Tabela 2), ou seja, como é a experiência de dor para o participante, a maioria a descreveu como “desconfortável” (37,0%), seguida de “angustiante” (29,6%), “horrrível” (16,0%), “leve” (7,4%), “excruciante” (6,2%) e “sem dor” (3,7%).

Tabela 2

Média e Desvio-Padrão dos Tipos de Dor (sensorial, afetiva e total) e Frequência da Caracterização da Dor conforme o Questionário de Dor de McGill

Caracterização da dor	N (porcentagem)	M (DP)
Índice de dor sensível/sensorial		21,4 (7,5)
Dolorida	55 (67,9)	
Dolorida à palpação	43 (53,1)	
Em queimação	36 (44,4)	
Em fincadas	34 (42,0)	
Aguda	33 (40,7)	
Pesada	33 (40,7)	
Latejante	31 (38,3)	
Quente	29 (35,8)	
Cortante	26 (32,1)	
Cólica	26 (32,1)	
Em pressão	25 (30,9)	
Índice de dor afetiva		7,8 (3,2)
Cansativa-Exaustiva	59 (72,8)	
Cruel-Punitiva	35 (43,2)	
Nauseante	32 (39,5)	
Amedrontadora	27 (33,3)	
Intensidade da dor presente		8,33 (1,7)
Intensidade global da dor (experiência)		2,65 (1,1)
Índice total de dor		29,2 (10,2)

No que se refere à QV dos adultos com FM, os resultados do questionário WHOQOL-Breve, apresentados na Tabela 3, indicaram que o domínio meio-ambiente foi percebido como o de melhor qualidade. Todos os domínios indicaram necessidade de melhora e baixa QV, uma vez que pontuações até 2,9 nesta escala indicam que necessita melhorar (Tabela 3). Ainda em resposta ao WHOQOL-Breve, com relação ao escore da autoavaliação de QV, os resultados indicaram que a maioria dos participantes avaliou como nem ruim, nem boa (32,1%), seguida de ruim (29,6%) e muito ruim (22,2%); poucos perceberam como boa (16,0%). Quando questionados o quão satisfeitos estavam

com sua saúde, a maioria respondeu estar muito insatisfeito (44,4%) e insatisfeito (40,7%), enquanto 8,6% responderam nem satisfeito nem insatisfeito e apenas 6,2% dos participantes responderam estar satisfeitos.

A maioria dos participantes (66,7%) apontou sintomas graves ou severos com pontuação do FIQR-BR acima de 70 pontos, indicando que a FM impacta em suas vidas. Outros 25,9% dos indivíduos relataram sintomas moderados, com resultados do FIQR-BR entre 50 e 70 pontos. Apenas 7,4% tiveram resultados do FIQR-BR abaixo de 50 pontos, ou seja, indicaram que os sintomas da FM não impactam na qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3

Média, Desvio-Padrão, Escores Mínimo e Máximo em Resposta às Escalas WHOQOL-Breve e FIQR-BR

	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
WHOQOL-Breve				
Psicológico	2,67	0,61	1,17	4,00
Meio-ambiente	2,64	0,69	1,25	4,25
Relações sociais	2,43	0,95	1,00	5,00
Físico	2,15	0,60	1,14	4,29
Total WHOQOL-breve	9,91	2,22	5,31	14,31
FIQR-BR				
Domínio funcional	20,44	6,42	3,33	30,00
Domínio impacto Geral	15,03	5,40	0,00	20,00
Domínio sintomas	78,93	13,91	33,00	100,00
Total FIQR-BR	74,94	16,20	27,17	100,00

A partir dos resultados do COPE Breve, constatou-se que a maioria utiliza uma estratégia de *coping* que busca apoio na religião, bem como na aceitação como tentativa de conviver

com a FM, além de procurar ter uma posição mais ativa diante das dificuldades. Os dados encontrados relativos às estratégias de *coping* podem ser vistos na Tabela 4.

Tabela 4*Média e Desvio-Padrão dos Tipos de Estratégia de Coping de acordo com a Escala COPE-Breve*

Estratégias	M	DP
Uso de substância	3,80	2,30
Humor	3,82	2,09
Desinvestimento comportamental	3,90	2,00
Negação	4,30	2,30
Suporte social emocional	4,41	2,12
Planear	4,65	2,09
Autoculpabilização	4,70	2,30
Expressão de sentimentos	4,80	2,00
Autodistração	5,00	2,10
Reinterpretação positiva	5,11	2,26
Suporte instrumental	5,67	1,91
Aceitação	5,70	2,05
<i>Coping</i> ativo	5,74	1,92
Religião	5,90	2,07

Ao analisar a relação entre o nível total de dor percebida, as estratégias de *coping* e o impacto da FM na QV, verificou-se, de modo geral, correlações significativas positivas fortes entre a percepção de dor (Questionário de Dor de McGill) e o impacto da FM na QV (FIQR-BR), o que indica que quanto maior a intensidade da dor total, pior era a QV do participante, conforme Tabela 5. Foram encontradas correlações significativas negativas moderadas entre a intensidade da dor e os domínios físico,

psicológico, relações sociais e o total da QV dos pacientes (WHOQOL-Breve), o que indica novamente que quanto maior a percepção de dor, menor era sua QV. Houve correlação negativa significativa moderada entre os níveis de dor percebida e as estratégias de enfrentamento do tipo “autodistração” e “reinterpretação. “Desinvestimento” mostrou correlacionar-se de forma significativa moderada e a “negação” de forma fraca com os níveis de dor percebida. As correlações entre as variáveis são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5

Correlações entre Escores de Percepção de Dor (Escala McGill), Qualidade de Vida (QIFR e WHOQOL) e Estratégias de Coping (COPE)

	Escala McGill			
	Descritores sensitivos	Descritores afetivos	Intensidade da dor	Intensidade global
WHOQOL-bref				
Físico	-0,289**	-0,352**	-0,424**	-0,417**
Psicológico	-0,202	-0,224*	-0,499**	-0,321**
Relações sociais	-0,136	-0,197	-0,373**	-0,419**
Meio-ambiente	-0,186	-0,152	-0,226*	-0,187
Total	-0,250*	-0,289**	-0,483**	-0,439**
FIQR-BR				
Total funcional	0,266*	0,298**	0,481**	0,199
Escore funcional	0,266*	0,298**	0,481**	0,199
Impacto geral	0,259*	0,342**	0,552**	0,376**
Total sintoma	0,380**	0,454**	0,586**	0,471**
Escore sintoma	0,380**	0,454**	0,586**	0,471**
Total geral	0,355**	0,427**	0,626**	0,407**
COPE-Breve				
Uso de substância	0,045	0,189	0,059	0,107
Humor	0,038	0,037	0,039	0,072
Desinvestimento comportamental	0,203	0,286**	0,255*	0,019
Negação	0,338	0,250*	0,194	0,063
Suporte social emocional	0,025	0,004	-0,013	-0,089
Planear	-0,065	-0,048	-0,13	0,107
Autoculpabilização	0,136	0,122	0,188	0,124
Expressão de sentimentos	-0,053	-0,035	0,07	-0,076
Autodistração	-0,095	-0,177	-0,363***	-0,209
Reinterpretação positiva	-0,051	-0,227*	-0,277*	-0,104
Suporte instrumental	-0,132	-0,138	-0,033	-0,104
Aceitação	-0,118	-0,144	-0,249*	-0,128
<i>Coping</i> ativo	-0,027	-0,111	-0,192	-0,122
Religião	-0,250*	-0,264*	-0,139	-0,022

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Discussão

Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento e verificar a relação entre a percepção do nível de dor, a QV e as estratégias de enfrentamento (*coping*) numa amostra de adultos brasileiros que relataram apresentar o diagnóstico de FM. Notou-se que os participantes identificaram níveis de dor com escores altos, descrita principalmente como “cansativa-exaustiva”, “desconfortável”, causando sofrimento e comprometendo o bem-estar dos entrevistados. Esses resultados reforçam que o nível de dor em adultos com FM geralmente é alto, e a constância da dor pode gerar comprometimento funcional e até mesmo custos socioeconômicos significativos (Galvez-Sánchez & Del Paso, 2020; Oliveira et al., 2019). Adicionalmente, os resultados corroboraram estudos anteriores que sugerem que pessoas com FM podem experimentar variações na percepção da dor, dependendo de atividades não habituais, do período do dia, cansaço nos membros, sensação de fraqueza muscular e a possível presença de edema subjetivo, influenciando diretamente as atividades diárias dos pacientes (Baloh, 2021; Cordeiro, 2018).

Em relação ao impacto dos sintomas da FM na QV, saúde e outras áreas dos indivíduos, verificou-se, por meio da análise do WHOQOL-Breve e da FIQR-BR, que adultos com FM apresentam prejuízo em sua QV. Reforça-se, assim, o resultado de estudos que indicam que as dores crônicas generalizadas podem acarretar afastamento do trabalho, isolamento social, incapacidade funcional e conseqüentemente problemas psicológicos, como depressão e ansiedade (Marques et al., 2006; Martinez et al., 2017; Oliveira et al., 2019). A diminuição na QV se manifesta nas atividades diárias, como levantar, tomar banho e arrumar a casa, principalmente na faixa etária economicamente ativa (Oliveira et al., 2013). Portanto, profissionais da saúde devem estar atentos ao possível sofrimento psicológico que a FM pode causar, devido à diminuição da QV (Martinez et al., 2017; Oliveira et al., 2019; Oliveira & Almeida, 2018).

Verificou-se que a maioria dos participantes utiliza estratégias de *coping* que buscam apoio na religião, bem como na aceitação como tentativa de conviver com a FM, além de procurarem ter uma posição mais ativa diante das dificuldades. Esses achados corroboram estudos que encontraram que os pacientes com FM procuram apoio na religião para lidar com a dor, buscando nela esperança, otimismo e conforto, conceitos importantes para o enfrentamento de situações estressoras presentes no contexto sociocultural das pessoas (Braun et al., 2022; Machado et al., 2017).

Destaca-se também o baixo índice de estratégias de *coping* focadas no suporte social, e percebe-se que os participantes não utilizam tais estratégias ou que seu suporte social está reduzido, o que pode impactar negativamente na QV. Estudos observaram que as dificuldades associadas à dor crônica são consideráveis, impondo limitações no dia a dia dos pacientes (Miles et al., 2005). A pouca utilização de estratégias de *coping* focadas no suporte social pode indicar não apenas uma falta de rede de apoio, mas também uma possível dificuldade em acessar ou utilizar efetivamente esse recurso. Portanto, pacientes com FM podem apresentar um apoio social limitado, o que pode ter um impacto negativo em sua QV e bem-estar emocional.

Com base nos resultados obtidos, foi confirmada a hipótese inicial de que participantes com maior gravidade da dor tendem a apresentar pior QV física. Esse achado pode ser relacionado com estudos anteriores que indicam que a dor, um dos sintomas mais debilitantes da fibromialgia, impacta diretamente na capacidade funcional e na percepção de bem-estar físico dos pacientes (Fernandez-Feijoo et al., 2022; Samami et al., 2021).

Além disso, foi corroborada a hipótese de que, apesar da experiência dolorosa ser subjetiva (Raja et al., 2020), uma maior gravidade da dor está associada a um maior impacto da FM na QV (Galvez-Sánchez & Del Paso, 2020; Samami et al., 2021). A associação entre dor e aumento dos sintomas reforça a necessidade de intervenções

que visem à redução da dor como uma estratégia central para a melhoria da QV desses pacientes.

Este estudo corrobora a literatura que sugere que as estratégias de enfrentamento focadas tanto em esforços internos quanto externos exercem influência significativa sobre como os indivíduos gerenciam a dor crônica associada à FM e sua busca por tratamentos (Hamama & Itzhaki, 2023; J. P. R. de Oliveira et al., 2019). Ainda, a estratégia de distração, um esforço orientado para a ação externa, apresentou correlação negativa com a intensidade da dor, o que indica que desviar a atenção da dor pode suavizar sua percepção. Esse resultado sugere que atividades que exigem envolvimento ativo podem ser positivas para pacientes com FM, possivelmente reduzindo a necessidade de terapêuticas medicamentosas (Hamama & Itzhaki, 2023; J. P. R. de Oliveira et al., 2019).

Todavia, o desinvestimento, visto como uma redução do engajamento psicológico ou físico, mostrou-se positivamente correlacionado com a intensidade da dor, sugerindo que a falta de envolvimento pode aumentar a percepção de experiência dolorosa. Esse resultado enfatiza a importância de manter os pacientes ativamente engajados em suas atividades como parte do manejo da dor (Cihan et al., 2024; Hamama & Itzhaki, 2023; J. P. R. de Oliveira et al., 2019). Embora as estratégias de reinterpretação e negação tenham mostrado correlações negativas fracas, elas ainda apoiam a hipótese de que a forma como os pacientes percebem e reagem à dor pode afetar significativamente sua QV (Fernandez-Feijoo et al., 2022). Esses achados destacam a necessidade de intervenções que visem a modificar a percepção e as respostas à dor, e sugerem a inclusão de programas que promovam estratégias de enfrentamento adaptativas no tratamento da FM.

Considerações Finais

Este estudo identificou que maior intensidade da dor está diretamente associada a uma pior QV de adultos com FM. As estratégias de

“autodistração” e “reinterpretação”, podem estar associadas à redução na percepção de dor. Por outro lado, as estratégias de “desinvestimento” e “negação” podem não ser significativas no manejo da dor.

Todavia, por ser uma síndrome crônica, a FM requer cuidados contínuos, a fim de aliviar os sintomas que afetam o cotidiano dos pacientes. O conhecimento sobre como a dor se relaciona com a QV e as estratégias de enfrentamento pode orientar profissionais da saúde que acompanham esses pacientes. A psicologia desempenha um papel fundamental no tratamento da FM, uma vez que as estratégias de enfrentamento dos participantes podem não ser as mais eficazes para lidar com os sintomas da doença e podem impactar negativamente na QV.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o autorrelato do diagnóstico, e que a maioria dos participantes era do sexo feminino, o que pode influenciar nos resultados. Além disso, os participantes estão em tratamento há muito tempo e têm outras comorbidades que podem interferir nos sintomas de dor da FM. Os questionários foram autoaplicados, via internet, o que pode ter interferido no entendimento de algumas questões. Para estudos futuros, seria interessante analisar quais estratégias de enfrentamento e tratamentos melhoram a QV, além de avaliar sintomas de depressão e ansiedade em indivíduos com FM. Estudos sobre suporte emocional também devem ser realizados, pois observou-se que a rede social dos participantes deste estudo era pobre, o que pode prejudicar sua QV. Em suma, este estudo destaca a complexidade da FM e a necessidade de uma abordagem holística e personalizada em seu tratamento.

Contribuição dos autores:

Samantha Castro Teixeira redigiu parte do texto do artigo, contribuindo com a formulação teórica, realizou a análise e interpretação dos dados, redigiu e traduziu os resumos e formatou o artigo.

Liana Müller Carvalho elaborou este estudo durante seu Trabalho de Conclusão de Curso na

graduação em psicologia, sendo responsável por parte da redação do manuscrito e coleta de dados.

Jaqueline de Carvalho Rodrigues orientou o trabalho, acompanhando todas as etapas da pesquisa, propondo os instrumentos de coleta de dados, revisou a escrita do manuscrito, formatou e contribuiu com a submissão.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

Referências

- Albrecht, D. S., Forsberg, A., Sandström, A., Bergan, C., Kadetoff, D., Protsenko, E., Lampa, J., Lee, Y. C., Höglund, C. O., Catana, C., Cervenka, S., Akeju, O., Lekander, M., Cohen, G., Halldin, C., Taylor, N., Kim, M., Hooker, J. M., Edwards, R. R., ... Loggia, M. L. (2019). Brain glial activation in fibromyalgia – A multi-site positron emission tomography investigation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 75, 72–83. <https://doi.org/10.1016/j.BBI.2018.09.018>
- Arnold, L. M., Gebke, K. B., & Choy, E. H. S. (2016). Fibromyalgia: Management strategies for primary care providers. *International Journal of Clinical Practice*, 70(2), 99–112. <https://doi.org/10.1111/IJCP.12757>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2018). *Critério de classificação econômica Brasil*. <https://abep.org/criterio-brasil/>
- Baloh, R. W. (2021). Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. *Medically Unexplained Symptoms*, 141–157. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59181-6_8
- Beiner, E., Hermes, M., Reichert, J., Kleinke, K., Vock, S., Löffler, A., Ader, L., Sirazitdinov, A., Keil, S., Schmidt, T., Schick, A., Löffler, M., Hopp, M., Ruckes, C., Hesser, J., Reininghaus, U., Flor, H., Eich, W., Friederich, H.-C., ... consortium PerPAIN. (2024). Perceived and endocrine acute and chronic stress indicators in fibromyalgia syndrome. *MedRxiv*, 2024.03.15.24304340. <https://doi.org/10.1101/2024.03.15.24304340>
- Black, L. L., Black, W. R., Chadwick, A., Christofferson, J. L., Katz, H., & Kragenbrink, M. (2024). Investigation of patients' understanding of fibromyalgia: Results from an online qualitative survey. *Patient Education and Counseling*, 122, 108156. <https://doi.org/10.1016/j.PEC.2024.108156>
- Brady, D. M., & Schneider, M. J. (2001). Fibromyalgia syndrome: A new paradigm for differential diagnosis and treatment. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 24(8), 529–541. <https://doi.org/10.1067/MTT.2001.118202>
- Brasileiro, S. V. (2012). *Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira*. Universidade Federal de Goiás. <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3351>
- Braun, A., Evdokimov, D., Frank, J., Pauli, P., Wabel, T., Üçeyler, N., & Sommer, C. (2022). Relevance of religiosity for coping strategies and disability in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Religion and Health*, 61(1), 524–539. <https://doi.org/10.1007/S10943-020-01177-3/FIGURES/2>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cihan, E., Dilara Durmaz, E., Arca, M., & Sahbaz Pirincci, C. (2024). Comparing relationships between pain coping levels and pain, functional capacity, and disability among patients with fibromyalgia and healthy controls. *Perceptual and Motor Skills*, 131(5). <https://doi.org/10.1177/00315125241272677>
- Cohen-Biton, L., Buskila, D., & Nissanholtz-Gannot, R. (2022). Review of Fibromyalgia (FM) Syndrome Treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12106. <https://doi.org/10.3390/IJERPH191912106>
- Cordeiro, V. N. (2018). *A dor crônica: Experiência de pacientes em tratamento de fibromialgia* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Mestrado em Psicologia Clínica]. <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/1025>
- Fernandez-Feijoo, F., Samartin-Veiga, N., & Carrillo-de-la-Peña, M. T. (2022). Quality of life in patients with fibromyalgia: Contributions

- of disease symptoms, lifestyle and multi-medication. *Frontiers in Psychology*, 13, 924405. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.924405/BIBTEX>
- Fleck, M. P. de A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33–38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- Galvez-Sánchez, C. M., & Del Paso, G. A. R. (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., & Del Paso, G. A. R. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 117–127. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240>
- Hamama, L., & Itzhaki, M. (2023). Coping with fibromyalgia - A focus group study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2204622>
- Jensen, M. P., Chen, C., & Brugger, A. M. (2003). Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: A reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *Journal of Pain*, 4(7), 407–414. [https://doi.org/10.1016/S1526-5900\(03\)00716-8](https://doi.org/10.1016/S1526-5900(03)00716-8)
- Liao, D.-M., & Chieh, C. (2023). Chronic pain syndromes: Fibromyalgia. *FP Essentials*, 533, 7–15. <https://doi.org/10.4103/ETMJ.TMJ-111023>
- Luciano, J. V., Neblett, R., Peñacoba, C., Suso-Ribera, C., & McCracken, L. M. (2023). The contribution of the psychologist in the assessment and treatment of fibromyalgia. *Current Treatment Options in Rheumatology*, 9(2), 11–31. <https://doi.org/10.1007/S40674-023-00200-4>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Flub, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longle, 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>
- Machado, F. A., Gurgel, L. G., & Reppold, C. T. (2017). Intervenções em Psicologia Positiva na reabilitação de adultos e idosos: Revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 119–130. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100012>
- Marques, A. P., Santo, A. de S. do E., Berrsaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: Literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356–363. <https://doi.org/10.1016/J.RBRE.2017.01.005>
- Marques, A. P., Santos, A. M. B., Assumpção, A., Matsutani, L. A., Lage, L. V., & Pereira, C. A. B. (2006). Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 24–31. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042006000100006>
- Martinez, J. E., Bologna, S. C. B., & El-Kadre, J. M. R. (2017). Há correlação entre o grau de resiliência e o impacto da fibromialgia na qualidade de vida? *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19(1), 6–9. <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201725579>
- Martínez-Lavín, M. (2021). Autonomic nervous system dysfunction in fibromyalgia. *Fibromyalgia Syndrome*, 193–203. https://doi.org/10.1007/978-3-030-78638-0_16
- Masquelier, E., & D'haeyere, J. (2021). Physical activity in the treatment of fibromyalgia. *Joint Bone Spine*, 88(5). <https://doi.org/10.1016/J.JBSPIN.2021.105202>
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191–197. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8)
- Miles, A., Curran, H. V., Pearce, S., & Allan, L. (2005). Managing constraint: The experience of people with chronic pain. *Social Science & Medicine*, 61(2), 431–441. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2004.11.065>
- Miranda, N. A. C. G., Berardinelli, L. M. M., Sabóia, V. M., Brito, I. da S., & Santos, R. da S. (2016). Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1115–1123. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0279>
- Mohajan, H. (2020). Quantitative research: A successful investigation in natural and social sciences. *SA Journal of Information*

- Management*, 5(4). <https://doi.org/10.4102/SAJIM.V5I4.380>
- 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), 9770047. <https://doi.org/10.1155/2022/9770047>
- Oliveira, J. P. R. de, Berardinelli, L. M. M., Duarte, C. A., Ferrari, A. L., & Campelo, I. de G. M. T. (2019). Qualidade de vida e autocuidado de mulheres que vivem com fibromialgia: Uma revisão integrativa. *Nursing Edição Brasileira*, 22(251), 2880–2886. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i251p2880-2886>
- Oliveira, J. O. de, Jr., & Almeida, M. B. de. (2018). The current treatment of fibromyalgia. *BrJP*, 1(3), 255–262. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180049>
- Oliveira, L. H. de S., Mattos, R. da S., Castro, J. B. P. de, Barbosa, J. S. de O., Chame, F., & Vale, R. G. de S. (2017). Efeito do exercício físico supervisionado sobre a flexibilidade de pacientes com fibromialgia. *Revista Dor*, 18(2), 145–149. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170029>
- Oliveira, M. R., & Rocha, S. da. (2019). Fibromialgia: O que é, causas, sintomas, doenças relacionadas, tratamentos e atuação psicológica. *Nucleus*. <https://doi.org/10.3738/1982.2278.3642>
- Oliveira, R. M., Leite, A. C. de S., Silva, L. M. S. da, Almeida, P. C. de, Oliveira, S. K. P. de, & Chaves, A. C. P. (2013). Comparative analysis of functional capacity among women with fibromyalgia and low back pain. *Revista Dor*, 14(1), 39–43. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000100010>
- Paiva, E. S., Heymann, R. E., Rezende, M. C., Helfenstein, M., Martinez, J. E., Provenza, J. R., Ranzolin, A., De Assis, M. R., Pasqualin, V. D., & Bennett, R. M. (2013). A Brazilian Portuguese version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): A validation study. *Clinical Rheumatology*, 32(8), 1199–1206. <https://doi.org/10.1007/S10067-013-2259-6/TABLES/5>
- Pimenta, C. A. de M., Cruz, D. de A. L. M. da, Barbosa, C., & Teixeira, M. J. (1997). Versão reduzida do questionário de dor McGill para a língua portuguesa. *Programa Oficial*. <https://repositorio.usp.br/item/000942349>
- Poluha, R. L., & Grossmann, E. (2018). Does pregabalin improve sleep disorders in fibromyalgia? *BrJP*, 1(2), 163–166. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180031>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The Revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises HHS Public Access. *Pain*, 161(9).
- Samami, E., Shahhosseini, Z., & Elyasi, F. (2021). The effect of psychological interventions on the quality of life in women with fibromyalgia: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(3), 503–517. <https://doi.org/10.1007/S10880-021-09794-0/TABLES/2>
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Atzeni, F., Gorla, R., Kosek, E., Choy, E. H., Bazzichi, L., Häuser, W., Ablin, J. N., Aloush, V., Buskila, D., Amital, H., Da Silva, J. A. P., Perrot, S., Morlion, B., Polati, E., Schweiger, V., Coaccioli, S., Varrassi, G., ... Batticciotto, A. (2021). Diagnostic and therapeutic care pathway for fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 39(3). <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/zcp5hz>
- Siracusa, R., Di Paola, R., Cuzzocrea, S., & Impellizzeri, D. (2021). Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8), 3891. <https://doi.org/10.3390/IJMS22083891>
- Souza, J. B. de, & Perissinotti, D. M. N. (2018). The prevalence of fibromyalgia in Brazil – A population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. *BrJP*, 1(4), 345–348. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>
- Suso-Martí, L., Núñez-Cortés, R., Sánchez-Sabater, A., Garrigós-Pedron, M., Ferrer-Sargues, F. J., López-Bueno, R., & Calatayud, J. (2024). Effects of exercise-based interventions on inflammatory markers in patients with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 65. <https://doi.org/10.1016/J.SEMARTHRT.2024.152377>

- Torquato, A. C., Dias, F. A., Wachholz, L. B., Moraes, A. de J. P., & Nesello, L. Â. N. (2019). Comparação entre os resultados obtidos por diferentes métodos de avaliação da composição corporal em mulheres com síndrome de fibromialgia. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, *13*(77), 103–110. <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/891>
- Tossini, N. B., Silva, G. R. C. e, Petrella, M., Soares, V. E. B., Brandão, A., & Serrão, P. R. M. da S. (2017). Influência da realidade virtual sobre a dor, fadiga, capacidade funcional e qualidade de vida na fibromialgia: Estudo de caso. *Acta Fisiátrica*, *24*(4), 212–215. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170039>
- Zhang, K. D., Wang, L. Y., Zhang, Z. H., Zhang, D. X., Lin, X. W., Meng, T., & Qi, F. (2022). Effect of exercise interventions on health-related quality of life in patients with fibromyalgia syndrome: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Pain Research*, *15*, 3639–3656. <https://doi.org/10.2147/JPR.S384215>

Recebido: 28/03/2024
1ª revisão: 04/09/2024
2ª revisão: 06/11/2024
Aceite final: 03/12/2024



O(s) autor(es), 20234 Acesso aberto. Este artigo está distribuído nos termos da Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite o uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(ais) e à fonte, fornecer um link para a licença Creative Commons e indicar se as alterações foram feitas.