



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Valdileide Ribeiro Souza

DOR CRÔNICA E O SEU IMPACTO NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
FISIOTERAPIA DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO À COMUNIDADE DO CEULP

Palmas - TO

2018

Valdileide Ribeiro Souza

DOR CRÔNICA E O SEU IMPACTO NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
FISIOTERAPIA DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO À COMUNIDADE DO CEULP

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.^a Dra. Ana Beatriz Dupré Silva.

Valdileide Ribeiro Souza

DOR CRÔNICA E O SEU IMPACTO NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
FISIOTERAPIA DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO À COMUNIDADE DO CEULP

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.^a Dra. Ana Beatriz Dupré Silva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Ana Beatriz Dupré Silva

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^a Me. Lauriane dos Santos Moreira

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Me. Heitor Abreu de Oliveira Dantas

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

É com muito amor e carinho que dedico esse trabalho aos meus pais, Valdeson e Lucilene, por apoiarem e respeitarem minhas escolhas e decisões, e por trabalharem muito investido em meu sonho. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser essencial em minha vida, por guiar o meu caminho, colocando nele pessoas maravilhosas, gratidão por me honrar, e como na sua palavra está escrito: “Porque dele, e por ele, e para ele são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém!” (Romanos 11:36).

Aos meus pais Lucilene Maria e Valdeson Souza, pelo amor, auxílio emocional e espiritual, carinho e apoio em todos os momentos, vocês são minha maior inspiração. Obrigada por acreditarem e investirem no meu sonho, muitas das vezes abrindo mão dos seus sonhos para que esse dia chagasse, a minha eterna gratidão, honra e amor a vocês.

A minha irmã Valdlene Ribeiro, cunhado Gedson Dias e sobrinho Davi pelos incentivos e investimento. A minha avó Aparecida Maria, que não mediu esforços em apoiar esse sonho. Aos meus tios e tias, por sempre me incentivarem, em especial Eliezer e Ana Cleide. Enfim, família, amigos e colegas de graduação obrigada, por vibrarem a cada conquista e torcerem por mim! Amo vocês.

Ao meu noivo Wosley Arruda, inspiração de resiliência, força e dedicação, obrigada pelo apoio em cada etapa da pesquisa, gratidão pelo carinho, paciência em ler esse trabalho várias vezes e por sua capacidade de me trazer paz na correria desse semestre.

A minha orientadora, professora Dra. Ana Beatriz, pessoa muito especial que admiro, obrigada pela confiança, por toda paciência, cuidado, reflexões, pelos valiosos ensinamentos, e por me guiar em cada etapa desse trabalho, indicando sempre o melhor caminho e os melhores professores que poderiam me auxiliar na banca. À você a minha enorme gratidão e carinho!

Aos meus professores Me. Lauriane Moreira e Me. Heitor Dantas, que contribuíram com as revisões e sugestões do conteúdo. Obrigada pela paciência, dedicação e atenção na avaliação do trabalho.

Aos participantes voluntários que contribuíram com a pesquisa, compartilhando informações pessoais que permitiram as análises dos dados, a minha eterna gratidão. Vocês foram fundamentais!

As coordenadoras professoras Dra. Irenides Teixeira e Me. Cristina D’Ornellas, que foram flexíveis nesse processo da pesquisa, auxiliando da melhor forma possível para que esse trabalho se concretizasse. Aos professores da graduação em Psicologia pelos ensinamentos, muito obrigada pelas orientações, incentivo e auxílio durante esses anos de curso.

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, com o objetivo metodológico exploratório, que foi realizado no Núcleo de Atendimento à Comunidade (NAC) do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP). A finalidade consistiu na caracterização dos contextos da vida de pessoas com dores crônicas com diagnóstico da Síndrome de Fibromialgia. A pesquisa descreve as influências dos fatores contextuais na intensificação das dores crônicas, assim como alterações comportamentais. A amostra foi constituída por 10 indivíduos, com idades entre 26 e 73 anos, sendo 9 mulheres e 1 homem. Foi utilizado para coleta de dados o Questionário de McGrill para dor, um questionário para avaliação de eventos estressores, o teste psicológico EPD – Escala de Pensamentos Depressivos e uma entrevista semiestruturada. Os resultados apresentaram que a maioria dos participantes com fibromialgia ao entrarem em contato com situações que lhes provoca o estresse e/ou ansiedade, as sensações de intensificação das dores são mais evidentes, causando intenso impacto no cotidiano e maior probabilidade de adoecimento, pensamentos depressivos, isolamento social, diminuição da libido, além de alterações no sono, na alimentação e aumento do uso de medicamentos para controle da dor.

Palavras-chave: Dor Crônica. Fibromialgia. Análise do Comportamento. Clínica-Escola.

ABSTRACT

The present study is a field research, of a qualitative nature, with the exploratory methodological objective, which was carried out at the Center for Community Assistance (NAC) of the Lutheran University Center of Palmas (CEULP). The purpose was to characterize the life contexts of people with chronic pain with diagnosis of Fibromyalgia Syndrome. The research describes the influence of contextual factors on the intensification of chronic pain as well as behavioral changes. The sample consisted of 10 individuals, aged between 26 and 73 years, being 9 women and 1 man. The McGill Questionnaire for pain, a questionnaire for evaluation of stressor events, the psychological test EPD - Depression Thinking Scale and a semi-structured interview were used for data collection. The results showed that the majority of participants with fibromyalgia when they come in contact with situations that causes them stress and / or anxiety, the intensifying sensations of pain are more evident, causing intense impact in the daily life and greater probability of illness, depressive thoughts, social isolation, decreased libido, as well as alterations in sleep, feeding and increased use of medication to control pain.

Keywords: Chronic Pain. Fibromyalgia. Behavior Analysis. Clinic-School.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1- Comportamento Respondete e Operante | 16 |
| Figura 2- Fisiologia da Dor..... | 22 |
| Figura 3- Prevalência da dor crônica por região brasileira | 24 |
| Figura 4- 18 <i>tender point</i> (pontos dolorosos) para classificação da sfm | 26 |
| Figura 5 - regiões dolorosas..... | 43 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Dor Aguda e Dor Crônica | 19 |
| Tabela 2- Dados de Identificação do Participantes..... | 31 |
| Tabela 3- Relatos de a respectos no Cotidiano dos Pacientes com SFM | 32 |
| Tabela 4- Causas da dor..... | 33 |
| Tabela 5- Parte A: Eventos Recentes..... | 34 |
| Tabela 6- Estresse Parte B: Relação de experiência dos últimos dois anos | 35 |
| Tabela 7- Escore Geral do Grupo Sobre Estresse | 36 |
| Tabela 8- Estresse e Identificação das Dores..... | 37 |
| Tabela 9- Transtorno do Sono e a AFM..... | 39 |
| Tabela 10- Escore do EPD..... | 42 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1- Faixa Etária em que Foi Diagnosticada a SFM..... | 32 |
| Gráfico 2- Crenças a Respeito da a Causa da Dor..... | 34 |
| Gráfico 3-Comparação entre participantes: estresse recente e cumulativo..... | 36 |
| Gráfico 4- Ciclo do sono | 39 |
| Gráfico 5- Prática de Atividade Fisica | 46 |
| Gráfico 8- Uso de fármacos para indução do sono..... | 39 |
| Gráfico 9- Ingestão de alimentos..... | 41 |
| Gráfico 10- Comparação entre participantes: estresse recente e cumulativo..... | 42 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| AC | Análise do Comportamento |
| ACD | Análise Comportamental do Discurso |
| CFP | Conselho Nacional de Psicologia |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CEULP | Centro Universitário Luterano de Palmas |
| CONEP | Comissão Nacional de Ética e Pesquisa |
| EPD | Escala de Pensamentos Depressivos |
| IASP | Associação internacional para o estudo da dor, do inglês International Association for the Study of Pain |
| IBGE | Instituto de Geografia e Estatística |
| NAC | Núcleo de Atendimento à Comunidade |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAG | Substância cinzenta periaquedutal |
| SEPSI | Serviço de Psicologia |
| SBED | Sociedade Brasileira Para Estudo da Dor |
| SFM | Síndrome de Fibromialgia |
| SN | Sistema Nervoso |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| SP | Substância P |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 REFERÊNCIAL TÉORICO..... | 14 |
| 2.1 Análise do Comportamento..... | 14 |
| 2.2 O Fênomeno Dor | 18 |
| 2.2.2 Fisiologia da Dor | 20 |
| 2.3 Dor Crônica..... | 23 |
| 2.3.1 A Síndrome de Fibromialgia..... | 25 |
| 3 METODOLOGIA..... | 28 |
| 3.1 Desenho do Estudo (Tipo de Estudo)..... | 28 |
| 3.2 Local e Período de Realização da Pesquisa..... | 28 |
| 3.3 População e Amostra | 28 |
| 3.4 Instrumentos de Coleta de Dados, Estratégias de Aplicação, Registro, Análise e Apresentação dos Dados..... | 29 |
| 3.5 Instrumentos Utilizados na Coleta..... | 29 |
| 3.5.1 Estratégias de Aplicação..... | 29 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 30 |
| 3.6.3 Desfechos | 30 |
| 3.6.3.1 Primário | 30 |
| 3.6.3.2 Secundário..... | 30 |
| 4 RESULTADO E DISCUSSÃO..... | 31 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 44 |
| REFERÊNCIAS | 46 |
| ANEXOS | 52 |
| APÊNDICES | 57 |

1 INTRODUÇÃO

A dor se faz presente durante todo o desenvolvimento humano, sendo muitas das vezes associada ao sofrimento, mas nem sempre é desagradável, como por exemplo, a dor que uma mãe sente em um parto ou a dor muscular que um maratonista sente após uma corrida, podendo ser compreendida nessas situações apenas como uma sensação bastante desconfortável. A dor também é vista como um importante sinal de alerta ao organismo, capaz de protegê-lo de ameaças lesivas tanto internas quanto externas. (STRAUB, 2014; BOTTEGA; FONTANA, 2010; BERLINCK, 1999).

Ruviaró e Filippin (2012) ressaltam que a dor possui caráter subjetivo, e por se tratar de um fenômeno multifatorial, é difícil um enquadramento preciso quanto à sua conceituação, ou seja, a dor está para além das causalidades orgânicas, devendo ser considerados seus fatores psicológicos e socioculturais. Conforme Straub (2014), na psicologia da saúde, a dor é estudada por meio do modelo biopsicossocial, envolvendo todos os campos do conhecimento para melhor compreendê-la na sua complexidade.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2012), destaca que a dores agudas, recorrentes e crônicas, tem sido uma das principais causas pela busca por atendimentos no sistema de saúde em todos os níveis de Atenção, alcançando uma estimativa de 75% a 80% da população brasileira.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), cerca de um terço dos adultos no mundo possuem dores crônicas. A dor crônica ganha destaque nas estatísticas, e sua prevalência chega a atingir em média de 60 milhões de brasileiros, ou seja, aproximadamente 40% da população, impactando diretamente na produtividade laboral, licenças médicas, ausências no trabalho, aposentadoria e ressarcimentos trabalhistas. Em alguns casos a intensidade chega a ser incapacitante (SBED, 2016; BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A dor crônica é considerada pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), como um problema de saúde pública nacional, e possui relações estreitas com todas as dimensões da vida social, emocional, espiritual e biológica do indivíduo. Sendo considerada como o quinto sinal vital, a dor de modo geral, tanto a dor aguda, quanto a dor crônica, corroboram com uma série de alterações comportamentais, a saber: alterações no ciclo do sono, apetite, energia, libido, dificuldade de concentração e atividade que envolvam interações sociais (BRANDÃO, *et al*, 2015; STRAUB, 2014; SOUSA, 2002).

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar os contextos da vida de pacientes com dores crônicas com diagnóstico da Síndrome de Fibromialgia (SFM), através do Levantamento de informações sobre o cotidiano dos pacientes como: prática de atividade de

lazer /ou esportiva, ocupação laboral, convívio social e religiosidade, além da análise de quando foi realizando o diagnóstico de fibromialgia e quais tem sido as influências dos fatores contextuais na intensificação das dores crônicas.

Foi feito uma coleta de informações sobre alterações comportamentais como: depressão, ansiedade, alterações do apetite, libido e humor, isolamento social, transtorno do sono etc. através desse conjunto de fatores analisados foi possível identificar como as características da dor crônica afetam no cotidiano.

2.0 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

A Análise do Comportamento (AC) é uma ciência que surgiu na década de 1930 com o trabalho de Burrhus Frederic Skinner, sobre processos de aprendizagem (TOURINHO, 2007). Possui fundamentação teórica, filosófica e histórica baseada no Behaviorismo Radical e adota como objeto de estudo as interações do organismo com o ambiente (ABREU-RODRIGUES; RIBEIRO, 2007; BAUM, 2007). Quanto ao comportamento humano, Skinner ressaltava os desafios de estudá-lo, visto que,

O comportamento é uma matéria difícil, não porque seja inacessível, mas porque é extremamente complexo. Desde que é um processo, e não uma coisa, não pode ser facilmente imobilizado para observação. É mutável, fluido e evanescente... (SKINNER, 2003, p.16)

Observa-se que, o ato de comportar-se, carrega consigo uma carga de alta complexidade quanto à sua posição como objeto de estudo. Portanto, com relação a conceituação de comportamento, Skinner, principal teórico da AC, afirmava que

Comportamento é apenas parte da atividade total de um organismo, é aqui que um organismo **está fazendo** (grifo do autor) ... é aquela parte do funcionamento de um organismo envolvido em agir sobre ou em interação com o mundo externo. Por comportamento então, eu me refiro simplesmente ao movimento de um organismo, ou de suas partes, num quadro de referência fornecido pelo organismo ele próprio, ou por vários objetos ou campos de força externos. É conveniente falar disto como a ação do organismo sobre o mundo externo, e é frequentemente desejável lidar com um efeito mais do que com o movimento em si mesmo. (SKINNER, 1978, p. 6).

Nesse sentido comportamento é um conjunto de ações manifestas pelo organismo com características complexas e multifacetadas, que diz respeito a toda forma de interação com o ambiente, que englobam ações como: ouvir uma música, dormir, andar, dirigir, chorar, falar, pensar, sentir, emocionar, fantasiar, exercitar-se, dentre outros (MATOS, 2001; CARVALHO, 2002; TOURINHO, 2007; TODOROV; HANNA, 2010).

Para Rodrigues (2006), “comportamento é visto como produto da história pessoal do sujeito, em combinação com a história filogenética da espécie e da história do grupo cultural ao qual pertence”. Assim, o conceito de ambiente excede para além do espaço físico, sendo este decomposto em histórico, biológico, físico e social, que estão em constante interação (TODOROV; MOREIRA, 2004; TODOROV; HANNA, 2010).

Rodrigues (2006, p.154), explica, que “ao agir sobre o ambiente físico e social o sujeito modifica o ambiente e as consequências advindas de suas ações, por sua vez, modificam o mundo a sua volta (ambiente externo) e a si mesmo (ambiente interno)”.

Portanto, para Skinner todas as variações comportamentais são decorrentes da sua relação com o ambiente, na qual possibilitam a atuação de contingências seletivas (BAUM, 2006). Sendo assim, espécies, comportamento dos organismos e as culturas evoluem por meio

do processo de seleção por consequências, que se trata de um princípio causal encontrado somente nos seres vivos ou máquinas construídas por estes (SKINNER, 1981). Como citado por Melo (et al., 2013) esse processo de variação e seleção foi determinado por Skinner em três níveis:

1) filogenético, o que estabelece as características denominadas filogenéticas “ou inatas” das espécies; 2) ontogenético (ou aprendidas), o qual estabelece as características individuais dos organismos; e 3) cultural (aprendido), o qual possibilita o surgimento e transmissão de práticas culturais. (MELO et al., 2013, p.25).

De uma maneira mais explicativa ainda o mesmo autor, ressalta que o nível um (1) portanto, refere-se ao fato de

como determinadas variações de determinadas características das diversas espécies são selecionadas (tornam-se mais frequentes), desaparecem ou sofrem alterações (deslocamento da média). (...) o mesmo raciocínio se aplica a características fisiológicas (metabolismo, funcionamento do sistema cardiovascular, feedback hormonal, etc.), e, de principal interesse para a Psicologia, comportamentais – ou psicológicos (agressividade, inteligência, personalidade, reflexos inatos, etc.) (MELO et al., 2013, p. 31).

Dessa forma, segundo Skinner (2000, p.27) “para que haja comportamento é necessário um organismo que se comporte, e este organismo é produto de um processo genético”. Quanto a atuação dos genes trata-se de uma “porção de material cromossômico com poucas possibilidades de divisão e grande capacidade de auto replicação” e sua reprodução está condicionada à harmonia das contingências filogenéticas (MELO et al., 2013).

A partir da filogenia entende-se a origem das diferenças entre as espécies, e esse processo se dá por meio da seleção natural que mantém a sobrevivência da espécie no ambiente.

Na seleção operante, ou ontogênica, segundo nível no processo de seleção por consequência, compreende-se a forma como nos comportamos no meio social nas interações, explicando assim, uma infinidade de comportamentos e processos psicológicos (BAUM, 2006; SKINNER, 2007; MOREIRA et al., 2013). Portanto, o segundo nível de variação e seleção

possibilita a descrição do processo de surgimento de características individuais que dão singularidade às respostas de um organismo, permitindo o estabelecimento de repertórios comportamentais totalmente únicos, associados ao controle também único de determinadas partes do ambiente (MELO et al., 2013, p.36).

Sendo assim a diferença entre o nível um (1) e o nível dois (2), é que “enquanto, no nível 1, a reprodução e a variação dos genes precedem a ação seletiva, no nível 2 a reprodução e a variação dos operantes são causadas pela seleção” (MELO et al., 2013, p. 37). Não resumindo o comportamento apenas nesses processos, pois o mesmo ainda apresenta lacunas quanto a sua compreensão adequada (TOURINHO, 2007; MOREIRA et al., 2013).

O terceiro nível de seleção é capaz de preencher essa lacuna que as explicações filogênicas e ontogenéticas não abrangem na sua totalidade. Trata-se da seleção cultural, que

corresponde nesse processo as práticas culturais de uma comunidade, que produzem consequências para esse grupo.

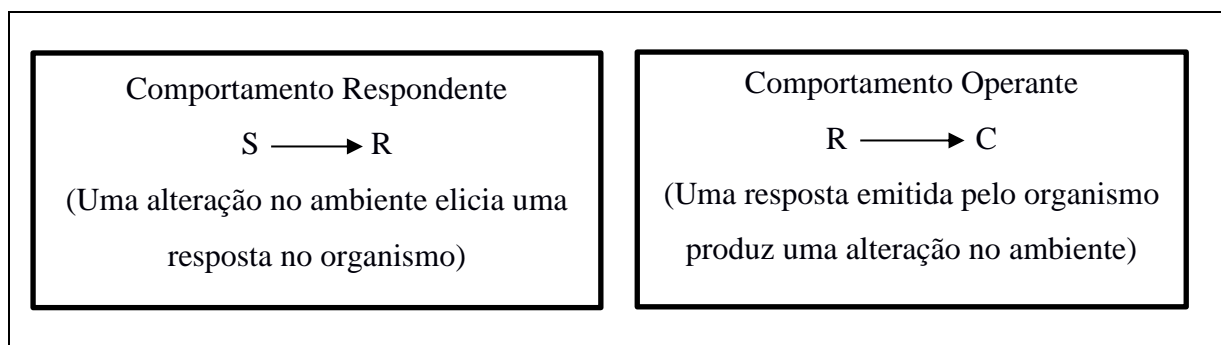
Por exemplo, se a maioria dos indivíduos de um determinado grupo, que mora à beira de um rio, emite regularmente comportamentos que mantêm o rio limpo, e observamos esse hábito através das gerações nesse grupo, dizemos então que esses comportamentos constituem uma prática cultural daquele grupo. Nesse caso, ter o rio limpo (uma fonte de água livre de doenças, água potável, etc.) é uma consequência da prática cultural e é esta consequência, esse efeito sobre o grupo como um todo, que provavelmente mantém a ocorrência dessa prática. Neste sentido, dizemos que esta consequência selecionou aquela prática cultural (DITTRICH et al., 2013, p.47).

Essas práticas culturais em conjunto com os demais níveis formam operantes ou conjuntos de operantes em contingências entrelaçadas, que reproduzem e promovem variações desses operantes (DITTRICH et al., 2013, p. 45). Sendo assim, alguns repertórios comportamentais de certos indivíduos como no exemplo citado, reproduzem e repetem porque produzem consequências reforçadoras que são úteis em situações específicas.

É importante observar que, “um nível não deixa de agir em função do surgimento do nível seguinte e, desta forma, o comportamento humano é produto da intersecção de variáveis atuando nos três níveis” (DITTRICH et al., 2013, p. 54).

Portanto, é na hereditariedade e no ambiente passado e presente, que estão as origens do comportamento (BAUM, 2006). Quanto ao comportamento da dor, este pode ser observado como comportamentos operantes e respondentes, que atuam na interação entre o organismo e o ambiente, como ilustrado na figura 1.

Figura 1- Comportamento Respondente e Operante



Fonte: MOREIRA; MEDEIROS, 2007)

Sendo assim, a maneira como a pessoa irá responder a dor vai depender da história de condicionamento individual, no qual é construída através dos diferentes emparelhamentos de estímulos que passamos na vida (NOVAIS; BRITTO, 2013).

Segundo Moreira e Medeiros (2007, p.35), “esses diferentes emparelhamentos produzem nosso “jeito” característicos de sentir emoções”, uma pessoa, por exemplo, que comeu batatas fritas, e tendo passado mal pode passar a apresentar dores de estômago apenas em ver ou sentir o cheiro de batatas, ou seja, houve um emparelhamento de alguns estímulos

incondicionados para a resposta de dor no estômago (cheiro e aspecto oleoso da comida), junto a um estímulo neutro para a resposta de dor: ir a lanchonete.

Portanto torna-se importante compreendermos o comportamento operante da dor afim de entendermos como nosso organismo aprende. Sendo que, a todo instante estamos nos comportando, e quanto aos comportamentos da dor o mesmo podem produzir inúmeras formas de consequências, sejam elas reforçadoras, ou seja, aquelas que aumentam a probabilidade de um comportamento se repetir através de estímulos reforçadores e existem também os controladores aversivos como: o reforçador negativo, punição positiva e punição negativa (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Quanto ao reforço negativo da dor, o mesmo age no ambiente da mesma forma que o reforço positivo, ou seja, há um aumento da probabilidade de um comportamento ocorrer, porém, nesse caso ao invés da adição de um estímulo reforçador, aqui ocorre a retirada de um estímulo aversivo do ambiente (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Outras maneiras de controle do comportamento são através das consequências frente aos estímulos punitivos, que pode ser tanto positivo quanto negativo, sendo que a primeira corresponde a apresentação de um estímulo aversivo e a segunda a retirada de um estímulo reforçador. Ambas controlam o comportamento através da diminuição ou aumento da ocorrência de uma determinada resposta, diferenciando-se pelo fato de que na punição a consequência que reforça o comportamento não deixa existir, porém, uma outra consequência que diminui a probabilidade do comportamento ocorrer passa a ser produzida, já na extinção o comportamento deixa de ocorrer (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Desse modo, ir ao psicólogo quando se tem dores generalizadas pelo corpo, tomar dipirona quando se sente dor de cabeça são formas de comportamento operante, ou seja, toda a ação do organismo que produz alterações no ambiente e é afetado por estas mudanças. No caso da pessoa que foi ao psicólogo por estar sentindo dor, as alterações consequentes poderão ser a produção de emparelhamentos que auxiliarão em novas formas de aprender a lidar com a dor e/ou compreendê-la. Já no segundo exemplo, tomar a dipirona poderá desencadear consequências sobre o efeito da dor, diminuído ou anulando a sua existência. Nos dois exemplos dependendo da consequência esses comportamentos poderão tornar-se contínuos ou extintos, e isso vai depender do emparelhamento de cada indivíduo.

O comportamento respondente refere-se às alterações do ambiente que elicia respostas no organismo, como exemplo, estressar-se pela falta da compreensão da sua dor, ou após o uso de uma medicação com efeitos colaterais dolorosos, ter medo de tomar qualquer outra medicação. Portanto, observa-se que é complexo controlar as emoções, pois elas caracterizam-

se como respostas reflexas (respondentes), ou seja, a pessoa não decide se vai sentir dor ou não, diante de situações que lhe provoque a intensificação das dores, por exemplo.

Todavia, no contexto da dor há várias reações distintas diante de um mesmo estímulo, alguns possuem a percepção mais aflorada, já outros possuem emparelhamentos que lhe permitem ter essas sensações dolorosas mais toleráveis. Sendo assim, no processo de desenvolvimento humano, todos os níveis de seleção (filogenético, ontogenético e cultural), interagem influenciando nossos processos psicológicos básicos, seja aumentando ou diminuído certas formas de nos comportamos (VIEIRA, 2008).

2.1 O FENÔMENO DOR

A dor é um fenômeno que, ao longo da história da humanidade, passou por inúmeras definições, conceituações e crenças. A dor desde as sociedades mais primitivas já era alvo de muitas especulações. Algumas culturas da antiguidade acreditavam que a dor era causada por espíritos malignos ou por influência dos deuses. O tratamento era realizado com feiticeiros e curandeiros por meio de exorcismos, uso de ervas, amuletos e magias (VARANDAS, 2013).

As atribuições místicas relacionadas a dor persistiram, passando o doente a ser visto pela sociedade da idade média, muito influenciada pelo cristianismo, como alguém que havia desobedecido as leis de Deus, ou seja, a dor passou a ser compreendida como algo que tinha como objetivo a lição de vida ou castigo (MICELI, 2002).

A definição mais usual na atualidade quando a conceituação da dor é a definida pela Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP, 1994, p.209) como sendo “uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão”. Portanto, cientificamente a dor é classificada como uma sensação, por ser algo considerado comum, a SBED (2016), a classifica como quinto sinal vital, equiparando a pressão arterial, pulso, temperatura e respiração.

A dor apesar de ser associada na maioria das vezes a desconforto, estresse e sofrimento, ela é essencial para a sobrevivência humana, pois desempenha um papel importante no organismo,

Não sentir dor coloca o humano num radical desamparo. Sem ela, a existência fica gravemente ameaçada, já que a dor acusa os estímulos potencialmente lesivos. Numa primeira instância, então, é conveniente dizer que a dor é uma defesa contra ameaças lesivas ou lesões vindas da realidade externa ao organismo. A dor protege o organismo provocando uma tensão e ação que procuram evitar esses perigos, mas é bom não esquecer que a própria defesa contra a dor é, muitas vezes, dolorida (BERLINCK, 1999, p. 49).

Em outras palavras, a dor é um sistema de alerta natural do organismo, que auxilia na sobrevivência da espécie

A dor funciona na sociedade de maneira semelhante aos alarmes de incêndio. Ela requer atenção instantânea. Em um jogo de *baseball*, um jogador que cai agarra-se a si mesmo e interrompe o jogo. Assim como bombeiro deve responder mesmo quando existe um certo número de alarmes falsos, as pessoas continuam a responder com expressões de dor apesar de poder não ter sido descoberto algum dano tecidual (RACHLIN, 2010, p. 440).

O comportamento diante da dor que é selecionado possui valor adaptativo e de sobrevivência ao contexto em que é emitido, possuindo estreita relação com os efeitos reforçadores que são seguidos após a emissão destas respostas ao SNC (STRAUB, 2014).

A dor pode ser classificada de forma mais genérica em duas classes: as dores agudas e as dores crônicas, cada uma contendo suas especificidades como ilustrado,

Tabela 1 - Dor aguda e dor crônica

| | DOR AGUDA | DOR CRÔNICA |
|--------------------------------------|---|--|
| Acontecimento causante | É um sinal dirigido ao cérebro sobre um estímulo nocivo ou que se está produzindo um dano tecidual. | Não está relacionado com um acontecimento desencadeante. |
| Relação entre intensidade e estímulo | A intensidade está relacionada com o estímulo desencadeante. | A intensidade não está relacionada com o estímulo desencadeante. |
| Função de alerta e proteção | Tem função distinta de alerta e proteção. | Perde a função de alerta e proteção. |
| Localização | Pode ser claramente localizada. | Nem sempre é localização numa área concreta e pode ter irradiações. |
| Desafio terapêutico | | É uma comorbidade grave com impacto nos resultados clínicos e na qualidade de vida. É um desafio terapêutico especial. Associa-se a um complexo conjunto de mudanças físicas e psicológicas. É uma doença por si mesma. |

Fonte: TAJRA, 2015.

Por se tratar de um fenômeno sensorial homogêneo a dor se distingue das mais variadas manifestações, podendo ser denominada como Dor Nociceptiva (aguda) e/ou Neuropática (crônica) (VARANDAS, 2013; TAJRA, 2015; SCHULTZ, 2017).

A dor nociceptiva se caracteriza por ser bem localizada, constante e pulsante, e a causa dessa dor está relacionada a uma resposta inflamatória ou não inflamatória a estímulos nocivos e dano ao tecido, reponde bem a tratamento (TAJRA, J.B., 2015; SCHULTZ, 2017).

A dor neuropática refere-se a dor neuropática, que é percebida como queimação, formigamento ou choque não possui função útil e apesar de comum é difícil diagnosticá-la e tratá-la, sendo uma dor intensa, acompanhada de comorbidades graves e grande impacto no cotidiano e na qualidade de vida do indivíduo (TAJRA, J.B., 2015; SCHULTZ, 2017).

2.1.2 Fisiologia da dor

Segundo Carvalho (2011), René Descartes trouxe uma das primeiras explicações sobre a maneira pela qual ocorrem as sensações de dor no corpo. Embora apresente um aspecto místico, as ideias de Descartes foram importantes para o surgimento dos estudos da moderna neurociência. Assim, ele compreendia a relação entre sensação e o que ele denominou de “movimento no cérebro”:

...primeiramente, se os filetes que compõe a medula desses nervos forem puxados com tanta força que eles se rompam e se separem da parte à qual estavam unidos, de forma a estrutura de toda a máquina se torne de alguma maneira menos completa, o movimento que eles causarão no cérebro dará ocasião à alma, à qual importa que o lugar de sua permanência se conserve, de ter o sentimento de dor (CARVALHO, 2011, p. 19 *apud* DESCARTES, 1979, p.143-144).

Descartes afirmava que a dor era proveniente de estímulos no ambiente, como exemplo, uma pessoa em contato com o fogo queima a ponta do dedo, acreditava-se que algumas partículas de calor do fogo entravam na pele e essa partícula caminhava por um fio delicado, até o cérebro. No cérebro essa partícula abria um compartimento, onde o espírito iria agir sobre o músculo da região estimulada, fazendo com que o sujeito afastasse o membro do estímulo doloroso (CARVALHO, 2011; CHIAROTTINO; FREIRE, 2013). Sendo assim, para Descartes,

... esses espíritos animais na medida em que vão sendo dirigidos às concavidades do cérebro, tendem a realizar um movimento que vai dos poros para os nervos, e nesta posição, os espíritos animais através do sangue produzem tal força de modo a mover e alterar a forma dos músculos, que por sua vez promovem os movimentos dos membros. (CARVALHO, 2011, p.14).

Atualmente as explicações de Descartes tomam outro cenário, e, a ideia de que algo ocorria no cérebro e provocava as sensações de dor ainda são válidas e, hoje é composta por explicações um tanto quanto complexas dessa ação no Sistema Nervoso (SN). Os espíritos animais que são citados por Descartes se assemelham as ações dos neuromediadores, estudados atualmente pela neurociência moderna (CARVALHO, 2011).

Straub (2014) ressalta que a dor possui vários receptores e mecanismos que a estimulam, e, não é essencialmente causada apenas por lesão no tecido, como mencionado pela definição de dor estabelecida pela IASP. No entanto a dor ainda não possui receptores sensoriais definitivos, porém, entre os estudados estão os terminais nervosos livres, que são os receptores sensoriais mais simples, e são ativados por estímulos dolorosos como nociceptores e, podem

ser encontrados por todo corpo, na pele e nos músculos. Os nociceptores são neurônios especializados que respondem aos estímulos dolorosos. Ainda segundo o autor,

É importante observar, no entanto, que os terminais nervosos livres contribuem para a experiência da dor, em vez de criá-la. Fatores psicológicos, como prestar atenção à dor, o estado emocional e a maneira como se interpreta uma situação, podem determinar se o indivíduo sente dor ou não (STRAUB, 2014, p.28).

O processo de dor começa quando sinais neurais dos terminais nervosos são enviados para o Sistema Nervoso Central (SNC) através das fibras nervosas rápidas que são fibras nervosas grandes e mielinizadas, que transmitem dores penetrantes e agudas, localizada apenas em uma área, e, através das fibras nervosas lentas, que são fibras nervosas pequenas, amielinizadas, que conduzem dor forte e latente, que são generalizadas pelo corpo. Quanto à mielina presente nas fibras nervosas rápidas, trata-se uma cobertura gordurosa dos axônios de alguns neurônios que aumenta a velocidade da comunicação nervosa (STRAUB, 2014).

Essas fibras nervosas rápidas e lentas são neurônios mensageiros, que conduzem impulsos neurais para dois sistemas de dor do cérebro: o sistema de dor rápida e o sistema de dor lenta. O primeiro envolve a pele e as mucosas, e o segundo abrange todos os tecidos do corpo, exceto o cérebro, que não experimenta dor (TAJRA, 2015; STRAUB, 2014).

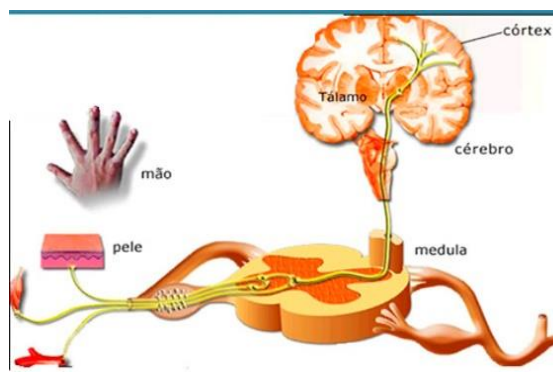
Os estímulos que provocam a ativação das fibras nervosas rápidas são: pressão mecânica forte e temperaturas extremas. Enquanto as fibras nervosas lentas são ativadas através de mudanças químicas proveniente de uma lesão nos tecidos, provocando a redução de fronteiras das fibras rápidas e lentas, ou seja, aumentando a resposta a outros estímulos, resultando assim, no aumento da sensibilidade, tornando um leve toque em uma área machucada da pele como uma experiência extremamente doloroso (SCHULTZ; CARNIATTO, 2017; STRAUB, 2014; NISHIDA, 2013).

Como apresentado na situação anterior, ao se tocar a pele machucada, as fibras nervosas transmitem uma mensagem de dor em questão de segundos até atingir o cérebro. A mensagem é conduzida da pele para a medula espinhal, passando por um único interneurônio para neurônios motores que provocam reflexo espinais. Após o reflexo espinal, as fibras nervosas se juntam como nervos e formam os tratos sensoriais, que conduzem a mensagem de dor por meio da medula espinhal até o cérebro (SCHULTZ; CARNIATTO, 2017; STRAUB, 2014; NISHIDA, 2013).

Pela parte posterior da medula espinhal, as fibras rápidas e lentas da dor entram e têm sinapses com neurônios da substância gelatinosa. Posteriormente ocorre a conexão dessas fibras com os nervos sensoriais, que levam as sensações de toque da pele machucada para o tálamo, que é responsável pelo controle sensorial do cérebro. No tálamo as informações são

direcionadas para a área somatossensorial do córtex cerebral, sendo esta a área responsável por receber estímulos de todos os sentidos da pele (CHACUR, 2014; STRAUB, 2014), como mostra a figura 2.

Figura 2 - Fisiologia da dor



Fonte: SCHULTZ; CARNIATTO, 2017.

Quanto ao sistema de dor lenta o estímulo percorre um curso similar ao sistema rápido, diferenciando-se no percurso pela medula espinhal até o tronco encefálico, onde as informações de dor lenta são reprocessadas e então são emitidas para o hipotálamo, para a área posterior do tálamo e para as amígdalas do sistema límbico (CHACUR, 2014; STRAUB, 2011; NISHIDA, 2013). Segundo Straub (2014, *apud*, Willis 1995, p.378), acredita-se que “as fibras nervosas lentas medeiam a experiência subjetiva de dor, incluindo os meios pelos quais as emoções e o estado motivacional modulam a dor”.

Com relação aos aspectos bioquímicos, todos os neurotransmissores químicos presentes no processo fisiológico da dor são responsáveis pelo envio de informações através das sinapses, sendo estas responsáveis pela comunicação entre os neurônios (NISHIDA, 2013).

Os neurotransmissores P (SP) e o glutamato, que atuam no organismo estimulando de forma contínua os terminais nervosos no local de uma lesão dentro da medula espinhal, intensificando a mensagem de dor (CHACUR, 2014; VARADAS, 2013).

Além dos neurotransmissores citados há também um terceiro grupo, que funciona fazendo a ação contrária, diminuindo ou bloqueando as mensagens emitidas pela substância P e o glutamato; são elas as encefalinas (menores membros dos opioides/endorfinas endógenas, naturais do cérebro), que atuam inibindo as sensações de dor (SCHULTZ, 2017, STRAUB, 2014; CHACUR, 2014). A substância cinzenta periaquedutal (PAG) do mesencéfalo é a responsável pela estimulação desses neurônios que contém encefalina. Esse é um processo natural do organismo para controlar a dor, utilizando o neurotransmissor serotonina na ativação de neurônios espinais, que contém encefalina para atuar bloqueando mensagem de dor emitidas pelas fibras das substâncias P (SCHULTZ, 2017; STRAUB, 2014).

Há também os neurotransmissores que são compostos por um sistema imune chamado de citocina, que são proteínas que atuam em reação às infecções e inflamações presentes na experiência da dor (SCHULTZ, 2017; NISHIDA, 2013). Segundo Straub (2014, p.379) as citocinas “estão envolvidas no desenvolvimento de dor crônica, aumentando a sensibilidade de estruturas da medula espinhal que afeta a mensagem transmitida ao cérebro pelas vias ascendentes da dor”.

Portanto, conforme Straub (2014), além das ações naturais do organismo, outras técnicas de alívio da dor são os propostos pelas terapias alternativas, que produzem efeito placebo. Um dos métodos é a homeopatia, uma especialidade médica reconhecida no Brasil pelo CFM desde os anos 80 (CRF-SP, 2016). Portanto, essa técnica consiste no uso de um conjunto de técnicas que implicam na ministração de doses mínimas de uma matéria-prima que faz mal ao paciente, através de várias diluições dessa substância em água ou álcool, acredita-se, que esse método aumenta os efeitos da substância, produzindo energia vital ao organismo, agindo diretamente no alívio das dores. O objetivo da prática é promover a autocura do sujeito (CRF-SP, 2016).

Pilatto e Rosanelli (2011), aponta como auxílio no tratamento da dor psicoterapia, fisioterapia, técnicas de relaxamento, massagem terapêutica, musicoterapia, meditação, acupuntura e medicina tradicional chinesa.

2.2. DOR CRÔNICA

A dor é definida pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2012) como crônica quando é presente por mais de três meses seguidos e contínua mesmo depois de tratada sua causa, e muitas vezes possui etiologia incerta. Mesmo com o surgimento de inúmeras pesquisas e estudos que auxiliem na compreensão da dor crônica sua prevalência tem aumentado, isso se deve em parte ao aumento da expectativa de vida da população (SOUSA *et al*, 2017; DELLAROZA *et al*, 2008).

Portanto, segundo Souza (et al., 2017) esse elevado nível na prevalência da dor crônica se dá também por questões como a má avaliação, o tratamento inadequado, à ausência de profissionais preparados para atender tantas demandas com sinais, sintomas e alterações comportamentais multifacetadas, podendo também

estar relacionado à incapacidade de o modelo biomédico lidar com todas as interações psicossociais, sociodemográficas, comportamentais, às vezes até mesmo os processos fisiopatológicos, desencadeantes do comportamento doloroso. Nesse sentido, destaca-se o enfoque biopsicossocial, em que as características biológicas, psicológicas e sociais do sujeito tornam-se um aspecto importante na compreensão da dor crônica (SOUZA *et al.*, 2017, p. 2)

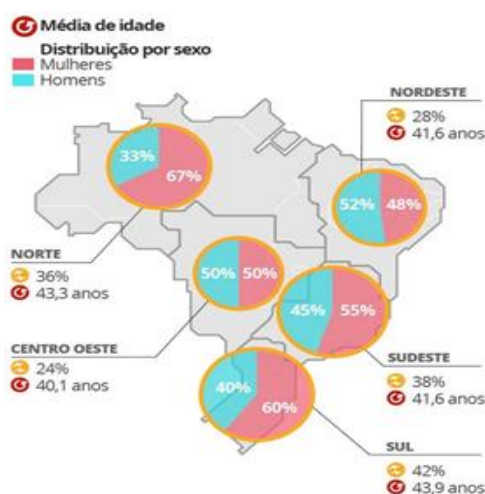
Portanto, faz-se importante a caracterização dos contextos em que se está inserido esse sujeito que possui dores crônicas. Visto que, um aspecto por si só mostra-se deficiente num processo de promoção e prevenção de saúde, sendo necessário uma abordagem biopsicosociocultural para viabilizar um eficiente programa de alívio e/ou cura para esse fenômeno (SOUZA et al., 2017).

Quanto as regiões do corpo mais afetadas as principais dores crônicas no Brasil e no mundo são dores na região lombar e dores de cabeça, sendo comuns dores relacionadas ao câncer e doenças osteoarticulares. (SOUSA et al., 2017; DELLAROZA et al., 2008).

Segundo a OMS (2012) dados norte-americanos mostram que 31% da população mundial têm dor crônica, ocasionando incapacidade total ou parcial em 75% dos casos. No Brasil em um estudo nacional apresentado em 2017, apontou que 37% dos brasileiros sofre com dores crônicas.

O resultado dessa pesquisa realizada entre os anos de 2015 e 2016, com 919 pessoas entrevistadas, apresentada no Congresso Mundial da Associação Internacional Para Estudo Da Dor (IASP - International Association for the Study of Pain), dirigida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pela Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), apontaram a prevalência da queixa de dor crônica nas regiões brasileiras a saber: região sul com 42%, seguida do sudeste com 38%, norte 36%, nordeste 28% e centro-oeste 24% da população (IBGE, 2016; SBED, 2016). Como apresentado na figura 3 o índice por regiões brasileiras

Figura 3 – Mapa da prevalência da dor crônica por região brasileira



Fonte: Estudo “Chronic pain prevalence, characteristics and disability: first Brazil population-based nationwide study”

Observe-se que a região norte ocupa a terceira posição de pessoas afetadas com dores crônicas, sendo esses dados relevantes para nossa busca, pois, os participantes da presente pesquisa fazem parte dessa amostra regional.

2.2.1 A síndrome de fibromialgia

A Síndrome da Fibromialgia (SFM) é uma síndrome reumatológica, considerada comum pela SBED (2018), que se caracteriza como sendo uma síndrome dolorosa crônica, que não manifesta nenhuma ação inflamatória no organismo, de origem desconhecida ainda, que apresenta-se no sistema musculoesquelético, podendo manifestar sintomas em outros sistemas (PROVEZA et al, 2004).

Pela falta de substrato anatômico na fisiopatologia e por sintomas que se confundem com a depressão maior e a síndrome da fadiga crônica, a definição da SFM tem sido motivo de controvérsias. Por tais razões, alguns pesquisadores e médicos ainda consideram como sendo uma síndrome de somatização. No entanto, desde 1980, um conjunto crescente de informação colaborou para a SFM ser classificada como uma síndrome de dor crônica, real, ocasionada por um mecanismo de sensibilização do SNC à dor (SILVA, 2016).

Segundo a SBED (2016), a SFM afeta cerca de 2% da população geral, em relação a questão de gênero a SFM é mais comum em mulheres do que nos homens e acomete mais na idade adulta entre os 50 e 60 anos.

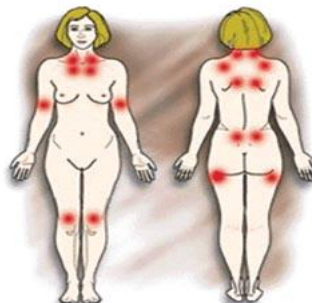
Quanto a questões de gênero há estudos que apresentam dados envolvendo a questão dos neurotransmissores que influenciam diretamente em quadros da SFM, a saber a serotonina e a Substância P. A serotonina é o neurotransmissor responsável por regular o ciclo do sono, humor, sistema imunitário, aprendizagem e percepção da dor. Quanto a substância P, a mesma age no organismo transmitindo impulsos de dor para o cérebro e para a coluna espinal, fazendo com que os fluídos e proteínas da célula migrem para fora da célula, além de ser responsável pela produção de impulsos nervosos que ao ser gerado dilata vasos sanguíneos (RIBERTO; PATO, 2004).

Na SFM, ocorre uma diminuição dos níveis de serotonina no organismo, por isso é muito comuns queixas relacionadas ao ciclo do sono desregulado, variações de humor a própria percepção da dor etc. (BERLINCK, 1999; NISHIDA, 2013). em contrapartida ocorre um aumento nos níveis de Substância P no organismo, provocando muito mais sensibilidade aos impulsos dolorosos (RIBERTO; PATO, 2004). Sendo assim, essa é uma das explicações que proporciona uma compreensão da prevalência da SFM, atingir 90% mulheres, isso devido a menor capacidade que o organismo feminino tem em produzir serotonina do que os homens (RIBERTO; PATO, 2004).

Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia na tentativa de homogeneizar as populações para pesquisas científicas, divulgou critérios de categorização da síndrome de FM. Estas estruturas de classificação foram validadas para a população brasileira. Estão inclusos nos

critérios a sensibilidade à dor em sítios anatômicos predeterminados e designados como *tender points*, ou seja pontos dolorosos, como apresentado na figura 4.

Figura 4 - 18 pontos dolorosos para a Classificação da SFM



Fonte: SCOTTON et al, 2010.

- 1) região occipital,
- 2) borda médio-superior do trapézio
- 3) músculo supraespinhoso
- 4) quadrante superior-externo do glúteo
- 5) grande trocanter
- 6) região equivalente entre os espaços vertebrais de C5-C7
- 7) junção da segunda costela
- 8) 2 centímetros abaixo do epicôndilo lateral e
- 9) borda medial do joelho (SCOTTON et al, 2010).

O quantitativo de *tender points* envolve uma avaliação global da gravidade das manifestações clínicas como: fadiga, distúrbio do sono, depressão e ansiedade (SCOTTON et al, 2010).

O diagnóstico da FM é realizado através de uma anamnese e um detalhado exame físico, sendo uma análise exclusivamente clínica e variável com a experiência de cada médico. Há a necessidade da realização de outros exames complementares para que sejam excluídas outras patologias que podem simular um quadro de FM (HEYMANN, 2017).

A dor é considerada prolixa quando está presente, tanto do lado direito quanto do lado esquerdo, quanto acima ou abaixo da cintura, e para que seja fechado o diagnóstico de FM é necessário considerar a persistência por mais de três meses em pelo menos um dos segmentos esquelético axial que abrange coluna vertebral, lombar ou torácica. Faz parte do critério para diagnóstico a resposta dolorosa corresponder a pelo menos 11 dos 18 pontos, essa contagem pode se correlacionar com a intensidade de determinados sintomas, particularmente de estresse emocional (SCOTTON et al, 2010; HEYMANN, 2017).

Quanto aos métodos de tratamento a FM possui os medicamentosos e não medicamentosos. Os medicamentosos incluem os compostos tricíclicos, a amitriptilina, e entre os relaxantes musculares, a ciclobenzaprina reduzem a dor e frequentemente melhoram a capacidade funcional, a nortriptilina, os inibidores seletivos de recaptção da serotonina, houve consenso de que a fluoxetina em altas doses acima de 40mg, a sertralina, a paroxetina, o citalopram, o escitalopram, os antidepressivos (duloxetina e o milnaciprano, moclobemida) dentre outros. (HEYMANN et al, 2010).

Dentre os tratamentos não medicamentos para a SFM são recomendados: exercícios físicos pelo menos duas vezes por semana, exercícios aeróbicos moderadamente intensos (duas ou três vezes por semana), alongamento, terapias como reabilitação, relaxamento e/ou fisioterapia, suporte psicoterapêutico, acupuntura, balneoterapia, hipnoterapia, biofeedback, manipulação quiroprática e massagem terapêutica. Não há um consenso quanto a um modo de tratamento, variando conforme a necessidade da pessoa com a SFM (MAGAGNIN, 2008; BOTTEGA FONTANA, 2010; HEYMANN et al, 2010).

Quanto ao tratamento medicamentoso incluem os compostos de tricíclicos, a amitriptilina e, entre os relaxantes musculares, a ciclobenzaprina, que reduz a dor e frequentemente melhora a capacidade funcional, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, a sertralina, a paroxetina, o citalopram e o escitalopram. Os antidepressivos incluem a duloxetina, milnaciprano e moclobemida. Dentre outros fármacos (MICELI, 2002; PROVENZA, JR et al. 2004; RUVIARO, 2010; HEYMANN, 2017).

Portanto, por se tratar de uma síndrome com inúmeras manifestações sintomáticas, o tratamento envolve um trabalho multidisciplinar. Não há um consenso quando aos métodos e técnicas mais eficaz, sabe-se que o tratamento consiste em um conjunto de cuidados, que poderão promover a diminuição da intensidade e dos impactos das dores no cotidiano.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO (TIPO DE ESTUDO)

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa que consiste na análise dos “aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009, p. 32).

Quanto ao objetivo metodológico a pesquisa possui caráter exploratório, que consiste em proporcionar maior familiaridade com o tema em questão através do levantamento bibliográfico, instrumentos para coleta de dados, a saber: entrevista, questionários e teste psicológico, e análise dos dados para melhor compreensão dos impactos da dor crônica no cotidiano de pacientes com SFM (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no Núcleo de Atendimento à Comunidade (NAC) do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP), localizado na avenida. JK, quadra 108 Norte, Alameda 12, Al 10 - Plano Diretor Norte, entre a 2º semana de maio e 1º semana do mês de junho de 2018.

Foi utilizada a sala 212 do Serviço de Psicologia (SEPSI), garantindo a confidencialidade dos dados coletadas, e o anonimato dos participantes conforme normas do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/12.

3.3 População e amostra

Foi realizado um estudo exploratório com pessoas com diagnóstico da Síndrome de Fibromialgia (SFM) atendidos na clínica-escola vinculada ao curso de Fisioterapia do CEULP no NAC, na cidade de Palmas - TO.

Foi feita a identificação, posteriormente foi realizado o contato com os pacientes para apresentação dos propósitos da pesquisa. Todos os pacientes da clínica com SFM foram pré-selecionados, que correspondeu a 12 pessoas no total. Foram excluídas duas pessoas, uma por falta de interesse em participar da pesquisa e outra pessoa por não efetuar o retorno durante o prazo da coleta de dados.

Portanto, a amostra foi constituída por 10 indivíduos que colaboraram com o estudo, sendo 9 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades entre 26 e 73 anos, com diagnóstico entre 2 e 15 anos.

3.5 Instrumentos de Coleta de Dados, Estratégias de Aplicação, Registro, Análise e Apresentação dos Dados

3.5.1 Instrumentos:

Dentre os instrumentos aplicados, o Questionário de McGill (Anexo 1) foi utilizado, com o objetivo de avaliar classes de descritores de palavras sensoriais, afetivas e avaliativas, que são usadas habitualmente pelos participantes para especificar sua experiência subjetiva com a dor, além de mensurar a intensidade dessa dor e outros itens, tais como: ingestão de alimentos, atividade física, sono, sintomas que acompanham a dor e intensidade da dor, que serviram para determinar as propriedades da experiência da dor.

O questionário de estresse proposto no “Manual de Relaxamento e Redução de Stress” (Anexo 2), teve como objetivo avaliar o número de mudanças que ocorreram no ano anterior a aplicação do instrumento e em eventos ocorridos nos últimos dois anos. O instrumento é composto por 42 questões que descrevem eventos que possa ter acontecido no período indicado.

O questionário possui duas partes, a Parte A, que contém questões que vão do nº 1 ao nº12 com a descrição de alguns eventos para serem respondidos referentes a experiências recentes ocorridas no último ano e, a parte B com questões que vão do nº13 ao nº42 com referências a eventos que ocorreram dos dois últimos anos.

Para avaliar fatores de baixa autoestima/desesperança e funcionalidade das relações, foi utilizado o teste psicológico Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), que está com status válido pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP. Por se tratar de um teste exclusivo do uso do profissional da Psicologia, não pode ser apresentado anexo, pois segundo o Art. 1º da Resolução do CFP nº 005/2012 o uso dos testes psicológicos é privativo dos Psicólogos.

Foi aplicado, também um roteiro de entrevista semiestruturada com os participantes (Apêndice A). E, para realização da análise de dados foi utilizada a ferramenta conceitual da AC que é a Análise Comportamental do Discurso (ACD). A ACD refere-se à um conjunto de enunciados que são construídos, com as funções da linguagem e operam em contradições surgindo durante esse funcionamento (BORLOTI et al., 2008).

3.6.2 Estratégias de aplicação:

As aplicações dos instrumentos de coleta de dado ocorreram em quatro (04) encontros. No primeiro encontro de coleta de dados, foi realizada a entrevista semiestruturada para levantar dados acerca de informações que se referem as experiências individuais detalhadas de convivência com a dor, dados de identificação do participante e às variáveis clínicas e sociodemográficas.

No segundo encontro foi aplicado o teste EPD, para medir a intensidade da depressão, ansiedade, desesperança, baixa autoestima e funcionalidade das relações. O instrumento foi aplicado de forma individual, com duração média de 15 minutos para aplicação do teste e 1 hora para a realização da entrevista semiestruturada com os participantes da pesquisa.

O terceiro encontro, foi aplicado o questionário sobre estresse com duração de 10 a 25 minutos. No quarto e último encontro para coleta de dados será aplicado o Questionário de McGill que possui como função a avaliar as dimensões sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa da dor. Estima-se média de 10 a 20 minutos para aplicação.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CEULP/ULBRA, parecer nº 2.634.668 respeitando as normas éticas instituídas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares com relação à realização de pesquisa em seres humanos, sob protocolo da Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP nº 001/13.

Buscou-se o consentimento de todos participantes do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso em duas vias, no qual constavam as informações pertinentes à pesquisa em questão. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), permitindo a sua própria participação na pesquisa. O termo TCLE foi lido na íntegra e esclarecido as dúvidas para que os mesmos pudesse ter ciência do conteúdo dos documentos e dos seus direitos enquanto participante voluntário da pesquisa.

3.7.3 Desfechos

3.7.3.1 Primário

Caracterização dos pacientes com fibromialgia com dor crônica atendidos no serviço de Fisioterapia do NAC.

3.7.3.2 Secundário

Sistematização de grupos para atendimento às pessoas com dor crônica no serviço de Psicologia do NAC.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.0 CARACTERIZAÇÃO DO COTIDIANO DE PACIENTES COM SFM

Este estudo apresenta a caracterização do contexto da vida de pacientes com dores crônicas com diagnóstico da Síndrome de Fibromialgia (SFM). Participaram da pesquisa nove (9) mulheres e um (1) homem. Para melhor visualização, apresenta-se a seguir um quadro contendo os dados de identificação dos participantes:

Tabela 2 – Dados de identificação dos participantes da pesquisa

| Participantes | | | | | | |
|---------------|------|--------------|---------------|--------------|-----------------------------|----------------------|
| Identificação | Sexo | Idade (Anos) | Estado civil | Escolaridade | Profissão | Tempo de diagnóstico |
| P1 | F | 45 | Casada | E.S. | Psicóloga | 13 anos |
| P2 | F | 42 | Divorciada | E.S. | Téc. de Enfermagem | 2 anos |
| P3 | F | 50 | Casada | E.T. | Téc. de Patologias Clínicas | 8 anos |
| P4 | F | 51 | Casada | E.S. | Esteticista | 2 anos |
| P5 | F | 73 | Divorciada | E.F. | Aposentada | 4 anos |
| P6 | F | 50 | Divorciada | E.S. | Advogada (A) | 15 anos |
| P7 | M | 56 | Casado | E.S.C. | Empresário | 4 anos |
| P8 | F | 26 | Solteira | E.S.C. | Estudante | 13 anos |
| P9 | F | 38 | União estável | E.S. | Docente do E.S. | 2 anos |
| P10 | F | 52 | Casada | E.S. | Empresária | 2 anos |

Legenda:

E.F. = Ensino Fundamental

E.M. = Ensino Médio

E.S. = Ensino Superior

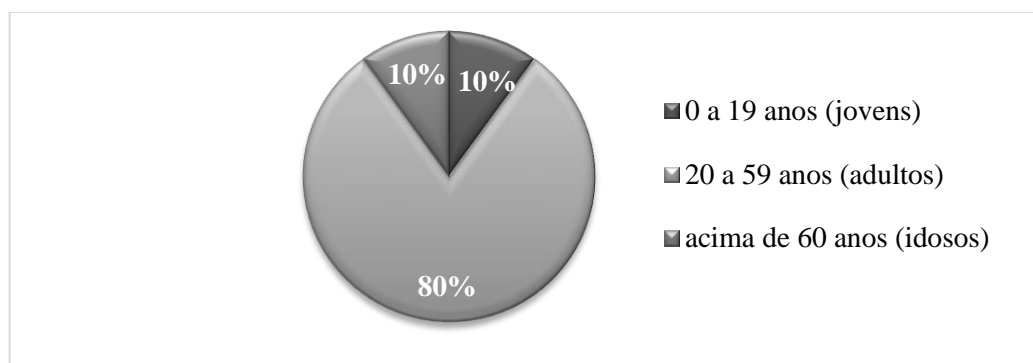
A. = Afastada de sua profissão

Observa-se que, 90% do público é composto por mulheres com idades entre 26 e 73 anos, algo comum na literatura com relação a prevalência da SFM no gênero feminino (CASTRO; KITANISHI; SKARE, 2011). Estudo realizados por Riberto e Pato (2014), apontam que isso se deve a dificuldade das mulheres em produzir serotonina, um neurotransmissor responsável pela regulação do ciclo do sono, percepção da dor, humor, aprendizagem e sistema imunitário, caso que o gênero masculino raramente apresenta dificuldade de produção desse neurotransmissor, por isso, umas das evidências da prevalência nesse público.

O fator idade apresenta-se coerentes com os dados da SBED (2016), que apontam ser mais comum esse diagnóstico na vida adulta a partir dos 40 anos, tendo maior prevalência no

público com mais de 50 anos. O gráfico a seguir apresenta a faixa etária de quando foi diagnosticado a SFM dos participantes da pesquisa.

Gráfico 1- Faixa etária em que foi diagnosticado a SFM



Fonte: Entrevista semiestruturada, 2018

Nota-se que no presente estudo, há quatro participantes, a saber P1, P6, P8 e P9 que foram diagnosticadas com idades entre 13 e 36 anos. No resultado geral 80% do público foi diagnosticado entre os 20 e 59 anos, 10% entre 10 e 19 anos e os outros 10% receberam o diagnóstico após os 60 anos.

Análise dos Dados das Entrevistas

Foi feita a transcrição das entrevistas e realizada a Análise Comportamental do Discurso (ACD), que trata-se de uma forma de autodescrição do comportamento. A ACD possui contribuições importantes de Skinner (1957) no estudo do comportamento operante como comportamento verbal, apresentando-o para o campo da análise funcional. Portanto, o comportamento verbal como operante constitui uma relação contextual que está interligada com a cultura que o define, produzindo assim, a linguagem (BORLOTI, *et all*, 2008).

Quando questionado os impactos no cotidiano, os participantes relataram que, a dor quando se manifesta intensamente geralmente vem acompanhada de um conjunto de ações que alteram o ambiente físico e psíquico afetando o meio social e a interação com o mesmo. A seguir são apresentados alguns trechos de depoimentos que descrevem alguns gatilhos que induzem a alteração do comportamento em detrimento das dores causadas pela SFM.

Tabela 3 – Relatos de impactos no cotidiano dos pacientes com SFM

“Então assim, eu já cheguei há um ponto de tentar fazer uma receita de bolo, na hora de tentar abrir o ovo, eu não conseguir abrir. Você quebrar o ovo e tentar abrir, eu não consegui. Já passei por isso, então assim, chorei muito, falei: eu não quero ficar inútil! (...)”
(Trechos da entrevista com P3).

“...é uma dor que a princípio era como se eu estivesse carregando o mundo em cima dos meus ombros (...) Às vezes assim, a dor é tão intensa que me dá vontade de se jogar no chão e fica lá deitada de tanta dor”. **(Trechos da entrevista com P4).**

“...isso (dor) atrapalhou meu casamento, atrapalhou meu emprego, minha carreira, assim, porque eu poderia ter conquistado mais e produzido mais. Eu era coordenadora do Núcleo de Educação, e devido as “n” licenças médicas, esse vai e vem, eu tive que ser substituída. Eu sabia que toda vez, que eu parava pra ir ao médico, era no mínimo uns 60 dias, e isso interferia minha rotina no trabalho, e sendo assim, ninguém pode contar com o meu trabalho né. E, aquilo vai te deprimindo, porque, você quer, fazer as coisas, sua cabeça está bem e seu corpo não vai. Quantas vezes eu acordo e penso assim “eu vou sair, vou pra academia, da academia, eu vou fazer isso e depois aquilo”, aí quando você vai levantar, você mal consegue se mexer na cama. **(Trechos da entrevista com P6).**

Fonte: Entrevista semiestruturada, 2018

É interessante notar, como a dor descrita altera o ambiente, causando consequências reforçadoras, que aumentam a frequência da ocorrência de alguns comportamentos aliciação de respostas emocionais, tais como: choro, sensação de fadiga e a sensação de tristeza diante das alterações contingenciais.

Quando questionado as causas que desencadearam as dores, os participantes relatam que as alterações no organismo ocorreram devido as elevadas intensificações das atividades laborais. Portanto,

...o regime social de trabalho, com seu ritmo, estresse, produtividade e a competitividade contribuem para o maior adoecimento e sofrimento das mulheres. Esse mal-estar gerado se manifesta corporalmente na forma de dor e contribui para o aumento do número de diagnósticos de fibromialgia (MATTOS; LUZ, 2012, p. 1469).

Não só mulheres, como citado, mas em homens também, correspondendo a mais da metade da presente amostra. 56% dos participantes atribuíram as causas a carga cumulativa de trabalho, como apresentado na tabela 4.

Tabela 4- Causas da dor

“Fui diagnosticada com a síndrome de burnout (...). Então, assim, não tirava férias, eu vivia no trabalho mesmo de férias. Eu cheguei a trabalhar 60 horas numa faculdade mais 30 no estado, eu tinha 3 empregos mais participação ativa em projetos e Conselhos Regionais. Trabalho pra mim vinha em primeiro lugar. Cobrava demais (...). No meu trabalho eu tinha que ser e fazer tudo perfeito, eu tinha que fazer mais do que todo mundo. Nas minhas notas eu só tirava 10, eu não admitia outra nota. Então, isso era muito sofrimento (...). Então isso, me intensificou a dor, isso foi assim um ponto crucial” **(Trechos da entrevista de P1).**

“...eu tinha uma rotina muito intensa de trabalho. Trabalhava no SAMU e no pronto socorro da UNIMED era uma sobrecarga muito grande, foi quando apareceu os sintomas mais pesados **(Trechos da entrevista de P2).**

“...foi muito sofrimento, trabalhava muito, ficava no córrego lavando roupa no sol e pegava chuva lá e tudo, tanto que não estudei (...). Passei muitos anos sem dar conta do meu serviço na escola de lavar as paredes, o chão (...), eu comecei a me matar nesse serviço do colégio, com muitas dores **(Trechos da entrevista de P5).**

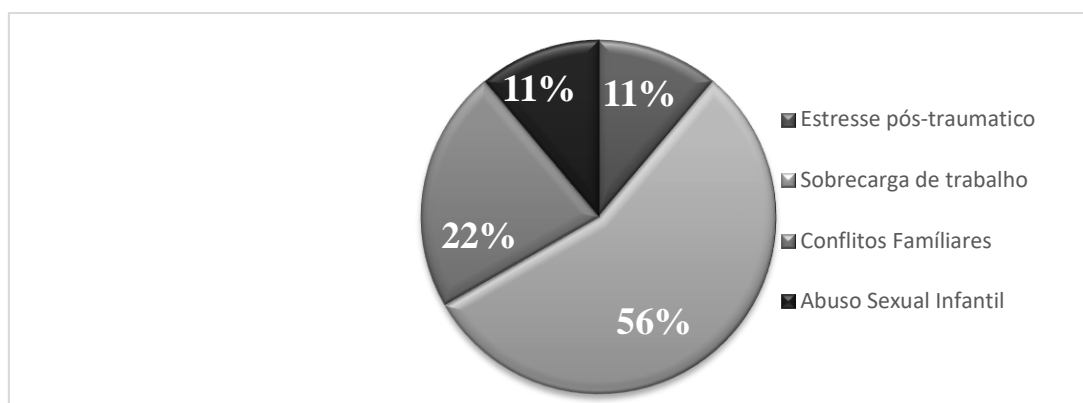
“... eu sempre fui aquela pessoa totalmente ativa. (...) trabalhava 12 horas sem sentar, sem nada. Então eu comecei a sentir dores, e eu sempre fui muito dedicada ao que eu faço, porque, eu gosto muito dessa área entendeu?! Então assim, um dia eu travei literalmente de dor(...) muitas vezes trabalhei com dor, trabalhava me arrastando de dor (**Trechos da entrevista de P6**).

“..., justamente pelo fato de que era um serviço bruto né, exigia bastante esforço físico (...) as vezes pegava temperaturas frias em determinadas épocas do ano quando estava chovendo (...). Foram 12 anos interruptos, quase sem férias, tirava 2,3 dias saía e voltava logo, porque era uma rotina que poderia me ausentar(...), acredito em partes foi onde desenvolvi esse problema (**Trechos da entrevista de P7**).

Fonte: Entrevista semiestruturada, 2018

O gráfico a seguir mostra as outras causas da dor apontadas pelos participantes. 22% apontaram conflitos familiares, 10% relacionam a evento pós traumático (acidente automobilístico) e 10 % atribuiu as causas das dores ao abuso sexual,

Gráfico 2- Crenças a respeito da causa da dor



Fonte: Entrevista semiestruturada, 2018.

ESTRESSE E A FIBROMIAGIA

O resultado obtido através do questionário sobre estresse que objetivou avaliar a relação de experiências recentes, foi aplicado em duas partes, parte A e parte B (ANEXO 2). A parte A correspondeu a avaliação da relação de experiências do último ano. Foi solicitado ao participante assinalar com sim ou não, apenas os eventos que haviam acontecido com ele (a) no ano de 2017.

Tabela 5 – Parte A: relação de experiências recentes.

| Participante | Pontuação | Escore | Classificação |
|--------------|-----------|-----------|---------------|
| P1 | 146 | < 150 | Baixo risco |
| P2 | 228 | 200 - 299 | 50% |
| P3 | 77 | < 150 | Baixa risco |
| P4 | 88 | < 150 | Baixo risco |

| | | | |
|------------|-----|-----------|-------------|
| P5 | 50 | < 150 | Baixo risco |
| P6 | 209 | 200 - 299 | 50% |
| P7 | 152 | 150 - 199 | 30% |
| P8 | 141 | > 150 | 30% |
| P9 | 267 | 200 - 299 | 50% |
| P10 | 153 | >150 | 30% |

Fonte: Resultado do questionário sobre estresse (2018).

A tabela 5 mostra o percentual de risco ocasionados por eventos estressores no último ano, onde observa-se que, quatro participantes possuem baixo risco de ficar doente. P7 e P8 enquadram nos escores entre 150 e 199 que indica 30% de chances de ficarem doentes em função do estresse. Enquanto os participantes P2 e P6 enquadraram-se numa classificação considerada de risco, ou seja, as pessoas que estão nos escores entre 200 – 299, cerca de 50% ficam doentes no futuro próximo (DAVI; ESHELMAN; MCKAY, 1996).

A tabela 6 apresenta a parte B do questionário que avaliou a relação de experiências dos últimos dois anos. Nessa parte do questionário o participante respondeu indicando o número de vezes que cada evento havia acontecido durante o período avaliado. Segundo Davi; Eshelman e Mckay, (1996, p.16) “o estresse pode ser cumulativo. Os eventos ocorridos há dois anos ainda podem estar afetando o agora”. Portanto, nota-se que, houve um aumento significativo dos índices da tabela 1 para a tabela 6.

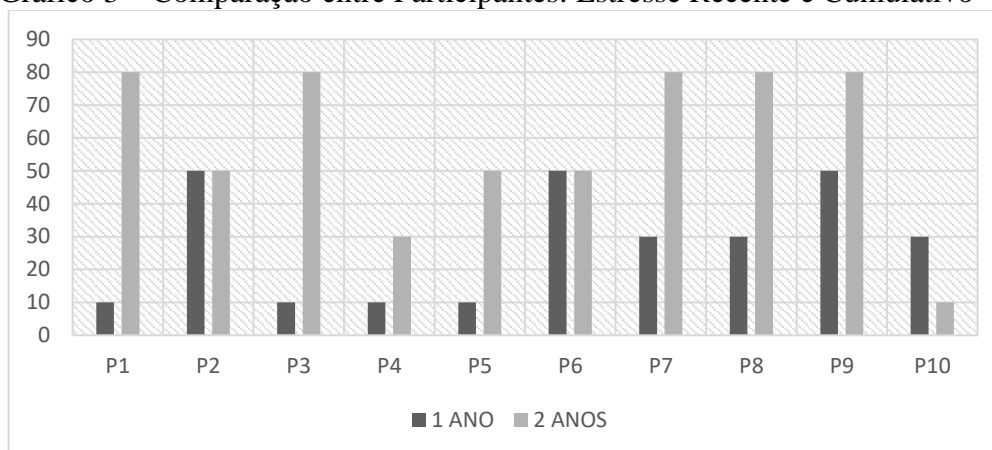
Tabela 6– Parte B: relação de experiências dos últimos dois anos.

| Participante | Pontuação | Escore | Classificação |
|---------------------|------------------|---------------|----------------------|
| P1 | 485 | > 300 | 80% |
| P2 | 278 | 200 - 299 | 50% |
| P3 | 422 | > 300 | 80% |
| P4 | 196 | 150 - 199 | 30% |
| P5 | 279 | 200 – 299 | 50% |
| P6 | 282 | 200 - 299 | 50% |
| P7 | 363 | > 300 | 80% |
| P8 | 904 | > 300 | 80% |
| P9 | 853 | > 300 | 80% |
| P10 | 143 | <150 | Baixo risco |

Fonte: Fonte: Resultado do questionário sobre estresse (2018).

Os resultados mostram que apenas P4 obteve um escore considerado baixo, considerando os dados o participante apresenta poucos riscos de adoecimento. P2 e P6 mantiveram o mesmo escore correspondente ao da tabela 1 de 50%, ou seja, um percentual que indica riscos de adoecimento devido ao estresse. P1, P3, P5, P7 e P8 apresentaram nos dois últimos anos um aumento nos escores, o que indica, que em 2017 as experiências com eventos estressores têm diminuído no cotidiano desses participantes.

Gráfico 3 – Comparação entre Participantes: Estresse Recente e Cumulativo



Fonte: Resultado do questionário sobre estresse (2018).

Nota-se que P1 com 80% na tabela 2 e P5 com 50% também na tabela 2, apresentaram resultados mais significativos, pois os dados que antes indicava risco e alto risco de adoecimento, atualmente apresentam baixa chances de adoecimento. Já P7 e P8, apresentaram uma queda de 50%, mantendo-se no grupo de baixo risco de adoecimento, como mostra no gráfico 3.

No escore geral do grupo nota-se que, dos 8 participantes 7 apresentaram estresse elevado com quase 80% de chances de adoecimento, ou seja, esses dados indicam que houve um número de mudanças significativas, que correspondem a uma maior probabilidade de adoecimento em decorrência do estresse. Quanto ao participante P4 o resultado também indica risco de adoecimento, com uma margem de 30% de vantagens quando comparado ao resultado do grupo.

Tabela 7 – Escore geral do grupo sobre estresse

| Participante | Total | Escore | Classificação |
|--------------|-------|-----------|---------------|
| P1 | 631 | >300 | 80% |
| P2 | 506 | >300 | 80% |
| P3 | 499 | >300 | 80% |
| P4 | 284 | 200 – 299 | 50% |

| | | | |
|------------|-------|-----------|-----|
| P5 | 329 | >300 | 80% |
| P6 | 491 | >300 | 80% |
| P7 | 515 | >300 | 80% |
| P8 | 1.045 | >300 | 80% |
| P9 | 1.120 | >300 | 80% |
| P10 | 296 | 200 - 299 | 50% |

Fonte: Resultado do questionário sobre estresse (2018).

Na entrevista todos os participantes relataram o quanto o estresse tem afetado diretamente na intensificação das dores, os participantes que apresentaram escores > 300 em seu relato afirmam que situações estressantes chegam a paralisar devido as consequências dolorosas.

Tabela 8- Estresse e intensificação das dores

“...o que eu percebo que intensifica essas dores são os stress, as crises, mas problemas emocionais do que realmente físicos. Igual as crises que eu tive foi por problemas emocionais que me desestabilizaram, ai eu intensifico as crises, chegando a me imobilizar” **(Trechos da entrevista com P1).**

“...quando eu estou estressada, quando eu fico nervosa, ansiosa, e uma dor que se intensifica automática, e, o meu caso é gravíssimo, e isso é sério, sério, sério.... Doí a lombar, doí que a musculatura treme. **(Trechos da entrevista com P2).**

“Ela aumenta em alguns momentos, mas assim, nunca observei em que momento, mas, tem alguns momentos que ela aumenta. Igual o meu período menstrual, como eu já estou com os meus 50 anos, estou entrando na menopausa, então eu fico as vezes, dois, três, até quatro meses sem menstruar. Mas, quando eu fico tensa ela desce, e junto logico as dores também aumentam. Só que assim, a dor não passa né, elas aumentam, ou diminui um pouquinho, mas, não passa”. **(Trecho da entrevista com P3)**

“... parece que quando a gente fica assim, um pouco estressada ou preocupada por alguma coisa, parece que ai a dor é pior. Por exemplo: hoje se eu ficar estressada, ou alguma coisa me estressar, amanhã eu sinto mais dor, e no outro dia eu fico deitada, quase não dou vontade de levantar. **(Trecho da entrevista com P5)**

“...quando você está com o emocional mais abalado a dor triplica. Uma situação de estresse ou ansiedade já é de certo que ela aumenta, tanto da hérnia, quanto da FM. E é, uma coisa totalmente interligada. **(Trechos da entrevista com P6).**

“... esses dias eu estava tendo uns problemas que me deixaram estressado né, e ai aumentou muito a questão das dores no corpo. Ai, eu sinto uma diferença muito grande, eu emagreço (...). Esses dias pra trás mesmo, uns dois meses atrás, quando ocorreu problemas com a empresa, eu acredito que eu emagreci mais de 3 quilos rapidamente assim, porque, realmente é uma coisa que, vai deixando a gente nervoso. **(Trecho da entrevista com P7)**

“...se agrava em períodos mais estressantes da minha vida, geralmente em fins de semestres. E quanto aos horários acredito que se agravem no fim da tarde devido ao esforço do dia, e durante a manhã pelo tempo prolongado deitada”. (Trecho da entrevista com P8)

Fonte: Entrevista semiestruturada, 2018

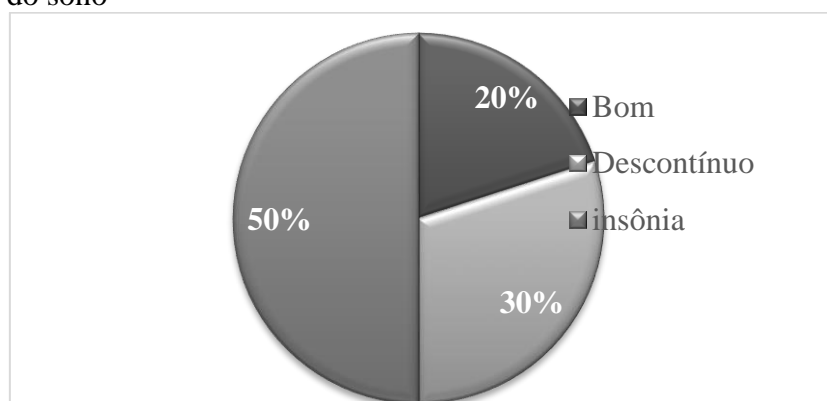
Quanto a participante P4, que apresentou um índice de estresse mais baixo, na entrevista a mesma relata que a dor atualmente é mais branda e tem poucos impactos no cotidiano, porém, o aumento do estresse, assim como nos demais participante é um fator de alerta para a intensificação das dores.

CICLO DO SONO E FIBROMIALGIA

Dentre as alterações comportamentais que envolvem a SFM, encontra-se os distúrbios do sono que é muito recorrente nesse quadro clínico. Geralmente pacientes com a SFM apresentam dificuldades para dormir, insônia, intercalando períodos de descanso e vigília, despertando ao menor estímulo, ou ainda dormem a noite toda, porém, acordam sentido que o repouso não foi restaurado. Tais distúrbios do organismo estão associados e são decorrentes dos efeitos negativos da associação da dor, estresse, ansiedade e do humor (WAGNER et al, 2012).

Com relação a amostra pesquisada, nota-se que 80% dos participantes têm queixas relacionadas ao sono com predisposição à intensificação das dores devido a interferência que a má qualidade do sono causa e o aumento do uso de medicamentos que auxiliem na indução do sono e/ou diminuição das dores para que consigam dormir, como ilustrado no gráfico 4.

Gráfico 4 – Ciclo do sono



Fonte: Resultado do Questionário McGill Pain (2018)

Dos 10 pacientes com SFM 20% classificaram seu ciclo do sono como bom, 30% relataram sintomas de dificuldades para dormir com várias interrupções do sono durante a noite e 50% apresentaram insônia. Para Rutthes et al., (2017, p. 303) “a associação da dor e problemas de sono em pacientes com FM indica que as dificuldades de dormir durante a noite

proporcionam o aumento da intensidade da dor durante o dia, porém as medidas diárias de dor não interferem na qualidade do sono”. A seguir alguns relatos feitos durante a entrevista que ressaltam os transtornos do sono e sua associação com as dores crônicas.

Tabela 9- transtornos do sono e SFM

“Quando estou ansiosa eu demoro pegar no sono mas, durmo. É comum até 2 horas da manhã eu ficar rolando na cama (trecho da entrevista com P2).

“...então assim, eu durmo mas, eu durmo com aquela dor me incomodando né, eu acho que e ainda é tranquilo, e ronco muito” (Trecho da entrevista com P3)

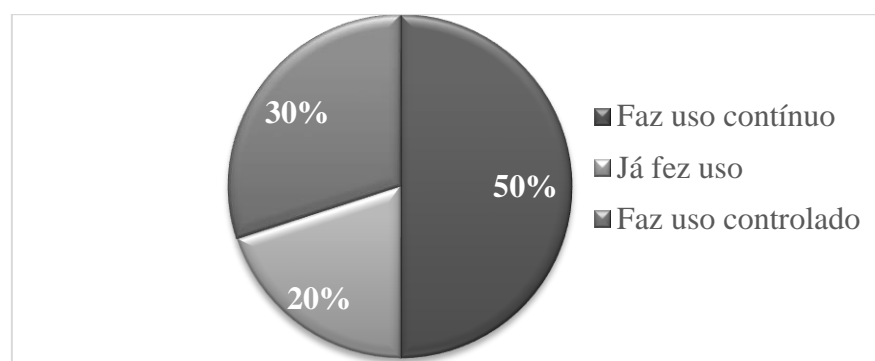
“...a gente tem até sono, só que as dores tiram aquela vontade, cortando o sono toda hora (...). Tem época que eu tomo remédio pra dormir mas, não tomo direto porque, a gente precisa se controlar também” (Trecho da entrevista com P5).

“...é difícil de dormir, eu tomo dose forte de remédios mas, a gente fica assim, meio aéreo da dor sabe?!” (Trecho da entrevista com P7).

Fonte: Entrevista semiestruturada, 2018

Nos relatos dos participantes nota-se que o uso de medicamentos é recorrente, uma vez que diminuído os incômodos das dores a viabilidade do sono. No gráfico a seguir é ilustrado o uso de fármacos para indução do sono. Nos relatos a medicação não necessariamente é utilizada apenas para indução do sono.

Gráfico 5– Uso de fármacos para indução do sono



Fonte: Resultado do Questionário de McGill Pain (2018)

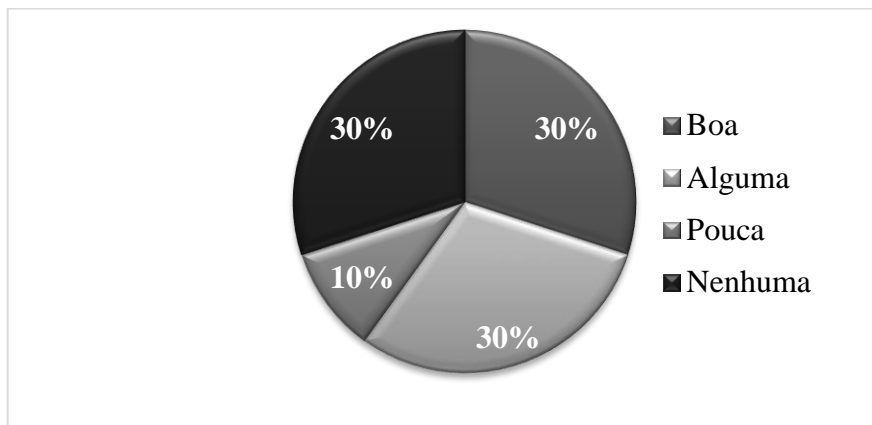
Observa-se que os participantes citam na entrevista que o uso da medicação muitas das vezes é para redução das dores e conseqüentemente diminuído os níveis da dor ocorre a potencialização da medicação para regulagem do ciclo do sono.

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E FIBROMIALGIA

A prática de exercício físico regularmente é umas das atividades indicadas por profissionais da área da saúde, pois as movimentações dos músculos auxiliam no tratamento causando diminuição das tensões e das dores (OLIVEIRA; CAMPOS; DAAHER, 2013). O

gráfico a seguir mostra como os participantes avaliam a frequência da prática de exercícios físicos cotidianamente.

Gráfico 6– Prática de atividade física



Fonte: Resultado do Questionário de McGill Pain (2018)

Observa-se que 30% relataram fazer atividade física regularmente, dentre essas atividades a natação ganha destaque, visto que todos os participantes dentro de quadro relataram praticar natação 2 a 3 vezes por semana, em seguida a academia e apenas uma participante relatou fazer caminhada regularmente.

Os 30% que relataram fazer alguma atividade física, em relato na entrevista atrelaram essa diminuição da prática por falta de tempo e/ou disposição.

30% do público apresentaram que o fato de não fazer atividade deve-se a fadiga, cansaço e a indisposição para se exercitar, mesmo ressaltando que a atividade física promove um bem-estar, porém, as dores e o desconforto são apresentados como esquivas.

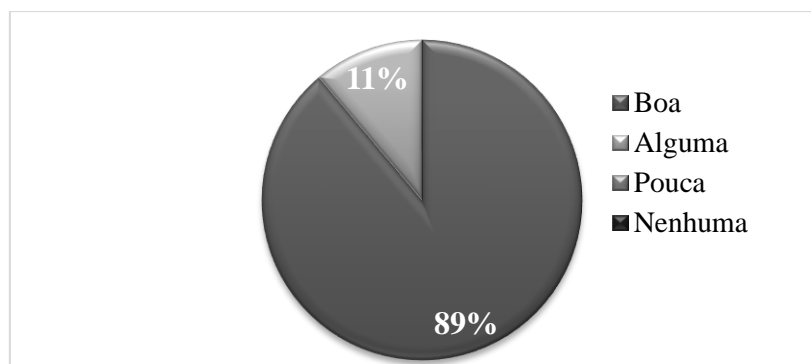
Os 10% apresentou que não faz nenhum tipo de exercício físico por falta de motivação e por achar que as vezes que fez não notou nenhuma diferença significativa para que continuasse a prática.

ALIMENTAÇÃO E FIBROMIALGIA

Sobre a alimentação, os participantes classificaram como anda a ingestão de alimentos no dia-a-dia. Observa-se que, 79% dos participantes, relataram que procuram evitar alimentos que fazem mal, intensificando as dores, como: adoçantes artificiais, refrigerantes diet, cereais açucarados, água aromatizada, goma de marcar, refresco em pó e laticínios, foram alguns dos alimentos citados.

Alguns participantes relatam que fizeram a remoção desses alimentos por orientação profissional ou pesquisas feitas na internet. Conforme apresenta do gráfico 8.

Gráfico 8- Ingestão de alimentos



Fonte: Resultado do Questionário de McGill Pain (2018)

40% dos participantes relataram que procuraram orientação de nutricionistas e fazem reeducação alimentar. 10% da amostra relatou que faz reeducação alimentar por questões estéticas, os demais ressaltaram que fazem por questão de saúde e devido alguns efeitos colaterais de medicamentos que elevam o peso, e conseqüentemente sente-se mais fadigados com maior frequência.

DEPRESSÃO E A FIBROMIALGIA

A escala de Pensamentos Depressivos é um teste psicológico que foi utilizado com o objetivo de avaliar distorções de pensamentos usualmente encontrados em pessoas com depressão (CAENEIRO; BAPTISTA, 2015). Em estudos feitos por Santos et al. (2014), há uma significativa associação da depressão e da SFM em pessoas com a síndrome, verificando-se que é elevado o índice da prevalência da depressão nesse público. Essa associação pode ocorrer em três eixos diferente

sendo que o primeiro relaciona-se ao fato de que a intensidade da dor e mudança na qualidade de vida do paciente com fibromialgia, levam a um fator estressante e assim a depressão viria como uma consequência. No segundo eixo, temos a depressão e a dor como coexistentes, onde uma estaria associada a outra de forma a apresentar-se sempre juntas. E o terceiro eixo traz que a depressão pode provocar um aumento na sensibilidade deixando o paciente mais exposto a dor, ou seja, a depressão seria o desencadeador da fibromialgia (RODRIGUES *et al*, 2014).

Na presente pesquisa os dados mostraram que, duas participantes apresentaram uma pontuação que indicaram baixa autoestima e desesperança acentuada, a saber P2 com escore 91 e P9 com escore 94, ambos relataram que já tiveram depressão há alguns anos, fizeram tratamento medicamentoso e psicológico, porém mantiveram-se apenas com o medicamentoso.

Os participantes P4, P6, P8 e P10, apresentaram resultado Médio Alto para o fator baixa autoestima/desesperança, o que indica pré-disposição ao desenvolvimento depressivo.

Tabela 10 – Escore do EPD

| Participante | Percentil - Baixa autoestima / desesperança | Classificação | Percentil - Funcionalidade das Relações | Classificação |
|--------------|--|---------------|---|---------------|
| P1 | 59 | Médio Baixo | 5 | Baixo |
| P2 | 91 | Alto | 32 | Médio Baixo |
| P3 | 59 | Médio Baixo | 32 | Médio Baixo |
| P4 | 77 | Médio Alto | 3 | Baixo |
| P5 | 59 | Médio Baixo | 3 | Baixo |
| P6 | 88 | Médio Alto | 26 | Baixo |
| P7 | 31 | Baixo | 32 | Médio Baixo |
| P8 | 87 | Médio Alto | 44 | Médio Baixo |
| P9 | 94 | Alto | 26 | Baixo |
| P10 | 87 | Médio Alto | 20 | Baixo |

Fonte: Resultado do Teste Psicológico EPD

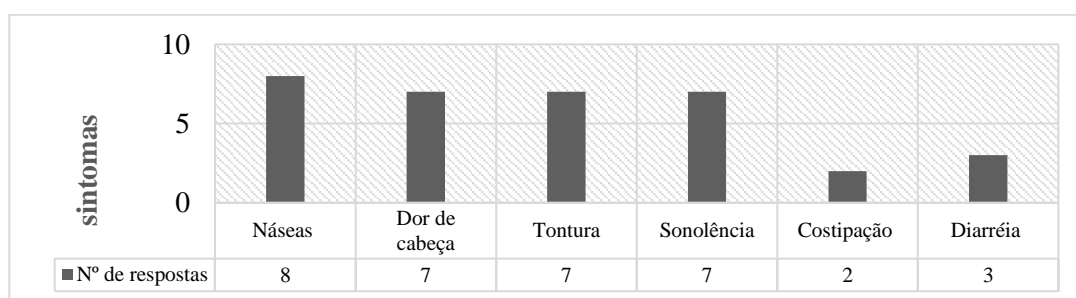
No resultado geral do grupo não houve a apresentação de dados alarmante com relação a depressão, mas há alguns indícios de alerta, visto que 70% dos participantes relataram já tiveram depressão e 20% relatou que estão com depressão atualmente. A avaliação fez se necessário pois, segundo Homann, et al., (2012) pessoas com a SFM apresentam elevado índice de depressão ou pré-disposição para o desenvolvimento da mesma.

Para Lorena et al. (2016), a depressão diminui a qualidade de vida dos portadores da SFM, e afirma que a depressão está associada a SFM e juntas impactam o cotidiano, causado muitas das vezes isolamento social, elevados níveis de fadiga e mal-estar.

SINTOMAS QUE ACOMPANHAM AS DORES

No Questionário de McGill Pain os participantes tinham sete opções de sintomas que são recorrentes na SFM a saber: náusea, dor de cabeça, tontura, sonolência, constipação e diarreia. O gráfico a seguir apresenta os sintomas que mais se apresentaram.

Gráfico 8- Sintomas que acompanham as dores



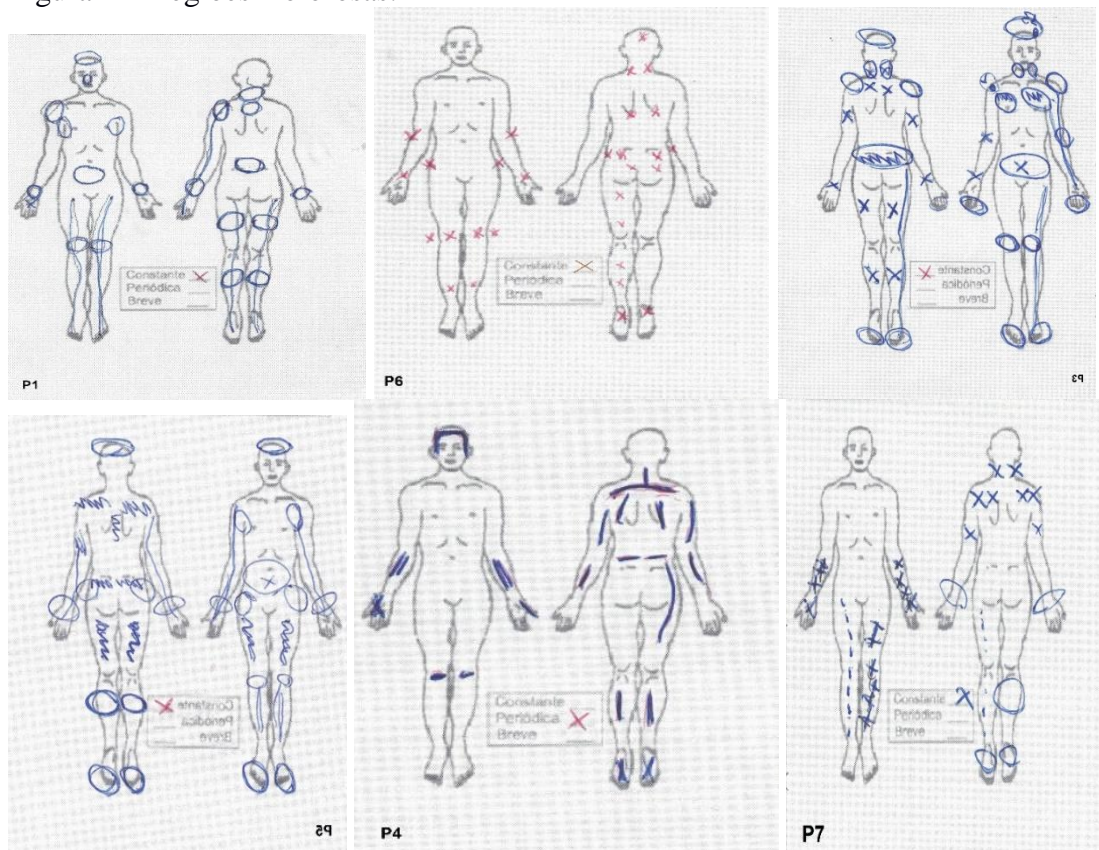
Fonte: Resultado do Questionário de McGill Pain (2018)

Como apresentado no gráfico o sintoma mais recorrente nessa amostra são as náuseas, seguidas das dores de cabeça, tontura e sonolência, diarreia ocupa a 3º posição e constipação é o sintoma menos frequente nessa amostra.

INTENSIDADE ATUAL DA DOR

Dentre os aspectos abordadas no questionário de McGill Pain, os participantes relataram qual era a intensidade da sua dor atual (IAD), Portanto, a maioria dos participantes relataram que a intensidade da dor no momento da coleta correspondia a uma dor de caráter desconfortante. Posteriormente os participantes marcaram na figura do seu questionário de onde, onde as dores eram mais presentes, nota-se que a 80% dos participantes referenciaram-se a dor constante. A seguir é apresentado alguns exemplos desse mapeamento da dor

Figura 4 – Regiões Dolorosas.



Fonte: Resultado do Questionário de McGill Pain (2018)

6. CONCLUSÃO

Frente ao exposto, percebe-se que a dor crônica provoca impactos em todas esferas: sociais, biológicas e espirituais do indivíduo. Quanto ao perfil dos participantes, 90% se declararam altamente exigente consigo, sendo considerados segundo eles pelas pessoas do seu meio social como pessoas ativas. Conseqüentemente nota-se em seus depoimentos medo, irritação e as frustrações frente as limitações e incapacitações enfrentados cotidianamente no convívio com a dor crônica.

Os impactos sociais foram considerados relevantes e unânimes entre os participantes, ou seja, todos relatam que é há alterações significativas principalmente em situações de crise, onde as dores são intensificadas, sendo necessário pedidos de afastamento do trabalho, licenças medicas, ausências em eventos sociais, isolamento social, e até mesmo encaminhamentos a aposentadoria.

Na esfera biológica todos os participantes relataram possuir comorbidades como: hérnia de disco, hipotireoidismo, artrite reumatoide, depressão, reumatismo, labirintite, sinusite, enxaquecas, dentre outras patologias que, são percebidas como agentes auxiliares na intensificação das dores.

Quanto às medidas farmacológicas, todos dos participantes relataram fazer uso de algum medicamento para controle das dores. 90% reclamaram do número excessivo de medicações prescritas somente para cuidados paliativos. 70% dos participantes relataram que fazem uso contínuo de medicação para dor. 20% relataram que tiraram radicalmente todas as medicações por conta própria devido os efeitos colaterais. 60% relataram que já tiveram crises de abstinências ao tentar tirar uma medicação. 10% relataram ser aversivo ao uso de medicação e relataram fazer uso controlado de inibidores de dor, apenas em situações de crise.

No que diz respeito aos métodos de alívio da dor não medicamentosos, os participantes citaram, hidroginástica, homeopatia, dança, ervas, chás calmantes e et. Quanto a religiosidade, 30% declararam ser católicos, 50% protestantes, 10% espiritas e 10% agnósticos. 70% dos participantes relataram ter tido ou está passando por conflitos religiosos com relação a dor, na busca pela compreensão do propósito da dor. 80% relataram que a dor propiciou conseqüências reforçadoras as suas crenças, tornando-os mais resiliente.

Quando a percepção do Outro frente a dor, 30% dos participantes relataram ter sofrimento preconceito de médicos, que muitas das vezes ignoram a queixa de fibromialgia do paciente, sendo ríspidos e pouco acessíveis, chegando a se negar examinar outras possíveis

patologias, pelo fato do paciente com SFM, devido a dor ser generaliza. 60% relataram que há preconceito é proveniente do ambiente familiar, sendo muitas das vezes associadas a preguiça, manha e fingimento.

Todos relataram ter o ciclo do sono desregulados, e apesar das inúmeras alterações (sono, alimentação, estresse, ansiedade etc.) 80% dos participantes mantêm-se no mercado de trabalho, apenas 20%, encontra-se em processo de aposentadoria ou aposentada. Quanto aos fatores que intensificam a dor crônica no cotidiano os participantes destacaram que o estresse, e ansiedade são determinantes na elucidação dos comportamentos.

Nota-se que a psicologia tem um amplo campo de atuação para com essas pessoas que possuem a síndrome de FM, no sentido de auxiliar na adesão ao tratamento, no resgate das suas potencialidades, trabalhando com as comorbidades, ou seja, auxiliando para uma melhor compreensão e/ou aceitação da doença e da medicação (MAGAGNIN, 2008).

Portanto, o tratamento envolve um trabalho multidisciplinar de fundamental importância no tratamento dos portadores da Síndrome de FM por ser uma síndrome que necessita da intervenção de vários profissionais para um melhor resultado no alívio da dor. Englobando nesse tratamento profissionais como: psicólogo, psiquiatra, reumatologista, fisioterapeuta, nutricionista, dentre outros profissionais que possam de alguma forma contribuir.

REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, Josele; RIBEIRO, Michela Rodrigues. org. **Análise do Comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação**. São Paulo: Artmed, 2007. Disponível em: <https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/279993/mod_resource/content/2/Rodrigues%2C%20J.%20A.%20%20%20Ribeiro%2C%20M.%20R.%20%20%20%282007%29.%20An%C3%A1lise%20do%20Comportamento%20-%20Pesquisa%2C%20Teoria%20e%20Aplica%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- BAUM, W. M. **Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BERLINCK, Manoel Tosta. A dor. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund., II**, p. 46-58, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n3/1415-4714-rlpf-2-3-0046.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.
- BORLOTI, Elizeu; IGLESIAS, Alexandra; DALVI, Camila Mattedi; SILVA, Renata Danielle Moreira. Análise Comportamental do Discurso: Fundamentos e Método. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 24 n. 1, p. 101-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n1/a12v24n1.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.
- BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2010, p.283-290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2018.
- BRANDÃO Junior, CHAGAS, Pedro Moacyr; LOPES, Besset Vera. **Dor crônica: um problema de saúde pública, uma questão para a psicanálise**. Polêmica, v. 15, n. 3, p. 025-041, out. 2015. ISSN 1676-0727. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/19359/14154>>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cartilha: Homeopatia**. São Paulo 2ª edição, 2016. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/index.php/comissoes-assessoras/562-homeopatia/acoes/8465-cartilha-de-homeopatia.html>>. Acesso em 11 jun. 2018.

CARVALHO, Abraão. Da noção de espíritos animais em René Descartes. **Anais do VII Seminário de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar**, 2011. Disponível em: <http://www.ufscar.br/~sempgfil/wpcontent/uploads/2012/05/abraocarvalho.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2018.

CARVALHO, Marcus Bentes Neto. **Análise do comportamento**: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*, p. 13-18. Curitiba, 2002. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3188> >. Acesso em 22 mar. 2018.

CHACUR, Marucia. **Introdução à fisiopatologia da dor**: Histórico da dor e conceitos. Instituto de Ciências Biomédicas III – ICB/USP. São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/23_04_2014_Aula-de-Introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Fisiopatologia-da-Dor.pdf. Acesso em: 12 fev. 2018.

CHIAROTTINO, Zelia Ramozzi; FREIRE, José Jozefran. **O dualismo de Descartes como princípio de sua Filosofia Natural**. *Estudos avançados*, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n79/v27n79a12.pdf> >. Acesso em: 12 maç. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2012). **Resolução CFP 005/2012**. Altera a Resolução CFP n.º 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/Resolucao_CFP_005_12_1.pdf.

DITTRICH, Alexandre *et al.* Capítulo 05. O Modelo de Seleção Pelas Consequências: O Nível Cultural. **Comportamento e práticas culturais**. Instituto Walden, p. 45-54, Brasília, 2013.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> >. Acesso em: 27 setembro. 2017.

HEYMANN, Roberto Ezequiel. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatologia**, p. 467 – 476, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt_0482-5004-rbr-57-s2-s467.pdf > Acesso em: 20 mar. 2018.

HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, p. 56-66, 2010. Disponível em: <

http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/33266/6189336_353278.pdf> Acesso em: 8 fev. 2018.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1994). **Terms:** a list with definitions and notes on usage. In: Pain, 6, p. 209-214. Disponível em: <

<http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677> >.

Acesso em 12. Mar. 2018.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Chronic pain classification: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** 2 ed. Seattle: IASP Press, 2012. 2 ed. Seattle: IASP Press, 2012. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>. Acesso em: 08 fev. 2018.

JACOBSEN, Alessandra de Linhares. **Metodologia científica** (orientação ao TCC). Curso de gestão e liderança. Santa Catarina, 2016. Disponível em: <
<http://cursodegestaoelideranca.paginas.ufsc.br/files/2016/03/Apostila-Orienta%C3%A7%C3%A3o-ao-TCC.pdf> >. Acesso em: 23 mar. 2018.

MATOS, Maria Amélia. **Com o que o behaviorismo radical trabalha.** Instituto Terapia por Contingências de Reforçamento. São Paulo, 2001. Disponível em: <
http://www.cemp.com.br/arquivos/23372_51.pdf >. Acesso em: 22 jan. 2018.

MAGAGNIN, Ana Paula Soares. **A contribuição da psicoterapia no tratamento da síndrome da fibromialgia.** UNISUL, Tubarão – SC, 2008. Disponível em:
<<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/AnaPaulaMagagnin.pdf>> acesso em: 5 jan. 2018.

MELO, Camila Muchon *et al.* Capítulo 03. O Modelo de Seleção Pelas Consequências: O Nível Filogenético. **Comportamento e práticas culturais.** Instituto Walden4.p. 24-33, Brasília, 2013.

_____. Capítulo 04. O Modelo de Seleção Pelas Consequências: O Nível Ontogenético. **Comportamento e práticas culturais.** Instituto Walden4.p. 35-43, Brasília, 2013.

MICELI, Ana Valéria Paranhos. **Dor crônica e subjetividade em oncologia.** Revista Brasileira de Cancerologia, p. 363-373, 2002. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo5.pdf. Acesso em: 25 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). **Resolução nº 466/2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

MOREIRA, Márcio Borges (Org.). **Comportamento e práticas culturais**. Instituto Walden4.p. 313, Brasília, 2013. Disponível em: < https://www.walden4.com.br/livros/w4/pdf/iw4_moreira_2013_led_oq.pdf >. Acesso em: 20 de mar. 2018.

_____. Capítulo 06. Algumas Reflexões sobre o Modelo de Seleção pelas Consequências. **Comportamento e práticas culturais**. Instituto Walden4.p. 56-70, Brasília, 2013.

NISHIDA, Silvia. **Fisiologia muscular**. Curso de Fisiologia Ciclo de Neurofisiologia Departamento de Fisiologia, IB Unesp-Botucatu, 2013. Disponível em: http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Fisiologia/Neuro/aula.21.contracao_muscular_esqueletica.pdf. Acesso em: 03 mar. 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=296A9C5614350A9CC65206A14340BAA4?sequence=4 > Acesso em: 3 fev. 2018.

PIMENTA, C. A.M.& PORTNOI, A. G.; Dor e Cultura. In: CARVALHO, M. M.; **Dor: Um Estudo Multidisciplinar**. Editora, Summes, São Paulo, 1999, p. 159 - 173. Disponível em: < http://psicologos3.dominiotemporario.com/doc/1999-Dor_e_Cultura.pdf >. Acesso em: 8 de fev. 2018.

PORTNOI, A. G. **Dor, Stress e Coping: grupos de estudo Operativos em Doenças com Síndrome de Fibromialgia**. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, São Paulo, 1999.

PROVENZA, JR et al. Fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatologia**. v. 44, n. 6, p. 443-449, São Paulo, 2004. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600008&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 14 fev. 2018.

RACHLIN, Howard. **Dor e comportamento**. Temas em Psicologia, Vol. 18, no 2, P. 429 – 447, 2010. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a17.pdf> >. Acesso em: 14 mar. 2018.

RODRIGUES, Maria Ester. Behaviorismo: mitos, discordâncias, conceitos e preconceitos. **Educare et Educare – Revista de Educação**, vol. 1, nº 2. Unioeste, Cascavel, 2006. p. 141-164.

RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Rev. Dor**. São Paulo, 2012. p. 128-131. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/06.pdf> >. Acesso em: 14 mar. 2018.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. **História da Psicologia Moderna**. 9. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

SCHULTZ, Cristiany; CARNIATTO, Caio Henrique de Oliveira. **Fisiologia da dor: importância e caracterização**. Museu dinâmico interdisciplinar, Universidade Estadual de Maringá - PR, 2017. Disponível em: <https://museudinamicointerdisciplinar.wordpress.com/2017/08/29/fisiologia-da-dor-importancia-e-caracterizacao/>. Acesso em: 27 jan. 2018.

SCOTTON, *et al.* **Como diagnosticar e tratar fibromialgia**. Editora Copyright Moreira Jr, p. 221 – 227, 2010. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4324> Acesso em: 12 mar. 2018.

SILVA, Danielle Souza Fialho. Fibromialgia: controvérsias e estilo de pensamento no discurso biomédico sobre a doença. **Anais Eletrônicos do 15º Seminário Nacional de História e Ciências e da Tecnologia**. Florianópolis- SC, 2016. Disponível em: < http://www.15snhct.sbhct.org.br/resources/anais/12/1473991121_ARQUIVO_FIBROMIALGIAcontroversiaseestilodepensamentonodiscursobiomedicosobreadoencaSNHCT.pdf> Acesso em: 4 mar. 2018.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. Unidade 2 – A pesquisa científica. Métodos de Pesquisa.

SKINNER, B. F. **O comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, 1978.

SKINNER, B. F. Seleção por consequência. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. IX, nº 1, p. 129-137 (Originalmente publicado em 1981), 2007. Disponível em: < <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/150/133> >. Acesso em: 20 de dez. 2017.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Disponível em: < <https://psicologiadoespirito.files.wordpress.com/2016/11/cic3aancia-e-comportamento-humano-b-f-skinner.pdf> >. Acesso em: 24 de dez. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). 2016. Disponível em: <http://www.sbed.org.br/home.php>. Acesso em: 19 jan. 2018.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem[online]**. 2002, vol.10, n.3, pp.446-447. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300020> >. Acesso em: 13 ma. 2018.

STRAUB, R. O.; **Psicologia da Saúde: Uma abordagem biopsicossocial**. Artmed, Porto Alegre - RS, 2014.

TAJRA, João Batista. **Anatomia e Fisiologia da dor**. FAMEPLAC, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joao_Batista_Tajra2/publication/282367286_Functional_Anatomy_of_Pain/links/560f02a408ae6b29b499f3a2/Functional-Anatomy-of-Pain.pdf. Acesso em: 01 abr. 2018.

TODOROV, João Claudio; HANNA, Elenice S. Análise do Comportamento no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 26 n. especial, p. 143-153, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a13v26ns.pdf> >. Acesso em: 17 dez. 2017.

TODOROV, João Claudio; MOREIRA, Maísa. Análise Experimental do Comportamento e Sociedade: Um Novo Foco de Estudo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, p. 25-29, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n1/22302.pdf>. > Acesso em: 16 mar. 2018.

TOURINHO, Emmanuel Zagury. Notas sobre o Behaviorismo de Ontem e de Hoje. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, p.186-194. Belém- PA, 2007. Disponível em: < disponível em www.scielo.br/prc > Acesso em: 3 fev. 2018.

VARANDAS, Claudia Maria Brás. **Fisiopatologia da Dor**. 2013. 79 f. Mestrado - Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em: < <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3955/3/CI%C3%A1udiaVarandasPPG.pdf> > Acesso em: 14 mar. 2018.

WAGNER, Jan Samuel; DIBONAVENTURA, Marco D.; CHANDRAN, Arthi, B.; CAPPELLERI, Joseph C. **The Association of sleep difficulties with health-related quality of life among patients with fibromyalgia**. BMC Musculoskeletal Disorders, v. 13, n. 1, p. 199, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526442/> >. Acesso em: 11 junho.2018.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE McGill

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____

Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____

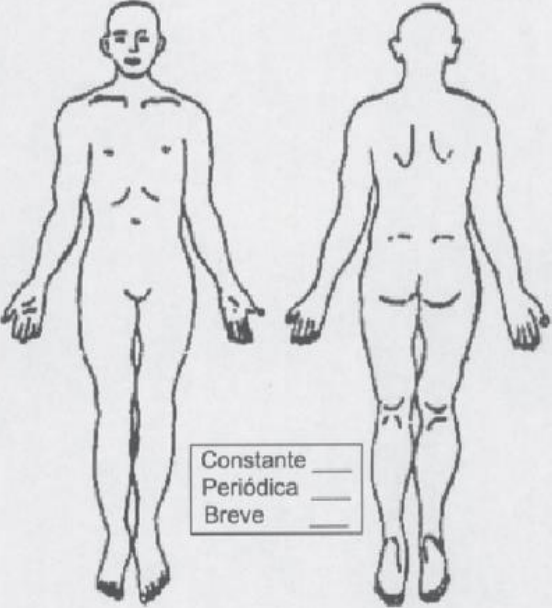
analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____

Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3

IAvD: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____

(1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

| | | |
|--|--|--|
| <p>1 Espasmódica _____</p> <p>Tremor _____</p> <p>Pulsátil _____</p> <p>Latejante _____</p> <p>Martelante _____</p> | <p>11 Cansativa _____</p> <p>Exaustiva _____</p> <p>12 Enjoativa _____</p> <p>Sufocante _____</p> <p>13 Amedrontadora _____</p> <p>Apavorante _____</p> <p>Aterrorizante _____</p> <p>14 Castigante _____</p> <p>Debilitante _____</p> <p>Cruel _____</p> <p>Perversa _____</p> <p>Mortal _____</p> <p>15 Desgraçada _____</p> <p>Enlouquecedora _____</p> <p>16 Incômoda _____</p> <p>Perturbadora _____</p> <p>Desconforto _____</p> <p>Intensa _____</p> <p>Insuportável _____</p> <p>17 Difusa _____</p> <p>Irradiante _____</p> <p>Penetrante _____</p> <p>Que transpassa _____</p> <p>18 Aperto _____</p> <p>Dormente _____</p> <p>Estirante _____</p> <p>Esmagadora _____</p> <p>Demolidora _____</p> | <p>Intensidade Atual de Dor (IAD) _____</p> <p>Comentários: _____</p> |
| <p>2 Crescente _____</p> <p>Repentina _____</p> <p>Provocada _____</p> <p>3 Picada _____</p> <p>Agulhada _____</p> <p>Perfurante _____</p> <p>Punhalada _____</p> <p>Lancinante _____</p> <p>4 Aguda _____</p> <p>Cortante _____</p> <p>Dilacerante _____</p> <p>5 Beliscante _____</p> <p>Pressionante _____</p> <p>Pinçante _____</p> <p>Cãibra _____</p> <p>Esmagamento _____</p> <p>6 Fisgada _____</p> <p>Puxão _____</p> <p>Distensão _____</p> <p>7 Quente _____</p> <p>Queimação _____</p> <p>Escaldante _____</p> <p>Queimadura _____</p> <p>8 Formigamento _____</p> <p>Coceira _____</p> <p>Ardência _____</p> <p>Ferroada _____</p> <p>9 Insensibilidade _____</p> <p>Sensibilidade _____</p> <p>Que Machuca _____</p> <p>Dolorida _____</p> <p>Forte _____</p> <p>10 Suave _____</p> <p>Tensão _____</p> <p>Esfolante _____</p> <p>Rompimento _____</p> | <p>19 Fresca _____</p> <p>Fria _____</p> <p>Congelante _____</p> <p>20 Importunante _____</p> <p>Nauseante _____</p> <p>Angustiante _____</p> <p>Desagradável _____</p> <p>Torturante _____</p> <p style="text-align: center;">IAD</p> <p>0 Sem dor _____</p> <p>1 Leve _____</p> <p>2 Desconfortante _____</p> <p>3 Angustiante _____</p> <p>4 Horrível _____</p> <p>5 Excruciante _____</p> | <p>Sintomas que Acompanham:</p> <p>náusea _____</p> <p>Dor de cabeça _____</p> <p>Tontura _____</p> <p>Sonolência _____</p> <p>Constipação _____</p> <p>Diarréia _____</p> <p>Comentários: _____</p> |
| | | <p>Sono: Bom _____</p> <p>Descontínuo _____</p> <p>Insônia _____</p> <p>Comentários: _____</p> <p>Atividades: Boa _____</p> <p>Alguma _____</p> <p>Pouca _____</p> <p>Nenhuma _____</p> |
| | | <p>Ingestão de alimentos: Boa _____</p> <p>Alguma _____</p> <p>Pouca _____</p> <p>Nenhuma _____</p> <p>Comentários: _____</p> |



Constante _____
 Periódica _____
 Breve _____

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO SOBRE ESTRESSE

Relação de experiências recentes
Parte A

Instruções. Lembre-se de cada possível evento relacionado abaixo e verifique se algum deles aconteceu com você no ano passado. Se o evento realmente ocorreu, marque no espaço à direita.

| | <i>Marque aqui se o evento aconteceu com você</i> | <i>Valor médio (para escore posterior)</i> |
|---|---|--|
| 1. Muito mais ou muito menos problemas com o chefe. | _____ | _____ |
| 2. Uma importante mudança nos hábitos de sono (dormir muito mais ou muito menos ou mudança em parte do dia quando adormecido). | _____ | _____ |
| 3. Uma importante mudança nos hábitos alimentares (maior ou menor ingestão de alimentos, ou mudanças no horário de refeições ou ambiente). | _____ | _____ |
| 4. Uma revisão dos hábitos pessoais (roupas, atitudes, associações etc.). | _____ | _____ |
| 5. Uma importante mudança em suas características habituais e/ou quantidade de diversão. | _____ | _____ |
| 6. Uma importante mudança em suas atividades sociais (clubes, dança, cinemas, visitas etc.). | _____ | _____ |
| 7. Uma importante mudança nas atividades religiosas (muito mais ou muito menos do que o habitual). | _____ | _____ |
| 8. Uma importante mudança no número de reuniões familiares (muito mais ou muito menos do que o habitual). | _____ | _____ |
| 9. Uma importante mudança na situação financeira (muito pior ou muito melhor do que o habitual). | _____ | _____ |
| 10. Problemas nas relações familiares. | _____ | _____ |
| 11. Uma importante mudança no número de discussões com o parceiro (muito mais ou muito menos do que o habitual com relação à educação dos filhos, hábitos pessoais etc.). | _____ | _____ |
| 12. Dificuldades sexuais. | _____ | _____ |

Relação de experiências recentes
Parte B

Instruções. No espaço em branco, indique o *número de vezes* que cada evento aconteceu durante os últimos dois anos.

| | <i>Número de vezes</i> | × | <i>Valor médio</i> | = | <i>Seu escore</i> |
|--|----------------------------|---|------------------------|---|-----------------------|
| 13. Ferimento ou doença pessoal significativos. | _____ | | _____ | | _____ |
| 14. Morte de um familiar próximo (com exceção do parceiro). | _____ | | _____ | | _____ |
| 15. Morte do parceiro. | _____ | | _____ | | _____ |
| 16. Morte de um amigo íntimo. | _____ | | _____ | | _____ |
| 17. Chegada de um novo membro na família (por nascimento, adoção, pessoa de idade vindo morar com você). | _____ | | _____ | | _____ |
| 18. Importante mudança de saúde ou comportamento de um membro da família. | _____ | | _____ | | _____ |
| 19. Mudança de residência. | _____ | | _____ | | _____ |
| 20. Confinamento em prisão ou outra instituição. | _____ | | _____ | | _____ |
| 21. Pequenas transgressões da lei (multas de tráfego, desobediência a sinais, perturbação da paz etc.). | _____ | | _____ | | _____ |
| 22. Reajustes importantes nos negócios (fusão, reorganização, falência etc.). | _____ | | _____ | | _____ |
| 23. Casamento. | _____ | | _____ | | _____ |
| 24. Divórcio. | _____ | | _____ | | _____ |
| 25. Separação conjugal. | _____ | | _____ | | _____ |
| 26. Importante realização pessoal. | _____ | | _____ | | _____ |
| 27. Filho ou filha deixando o lar (casamento, ida para a universidade etc.). | _____ | | _____ | | _____ |
| 28. Aposentadoria do trabalho. | _____ | | _____ | | _____ |
| 29. Mudança importante no horário ou condições de trabalho. | _____ | | _____ | | _____ |
| 30. Mudança importante nas responsabilidades de trabalho (promoção, rebaixamento, transferência lateral). | _____ | | _____ | | _____ |
| 31. Ser despedido do emprego. | _____ | | _____ | | _____ |
| 32. Mudança importante nas condições de vida (construção de uma nova casa, reformas, deterioração da casa ou da vizinhança). | _____ | | _____ | | _____ |

| | | | |
|---|-------|------------------------|-------|
| 33. Esposa começando ou deixando de trabalhar fora de casa. | _____ | _____ | _____ |
| 34. Assumir uma hipoteca maior do que US\$ 25.000 (compra de casa, de negócio). | _____ | _____ | _____ |
| 35. Assumir uma hipoteca ou empréstimo menor do que US\$ 25.000 (compra de carro, televisão, geladeira etc.). | _____ | _____ | _____ |
| 36. Execução de hipoteca ou empréstimo. | _____ | _____ | _____ |
| 37. Férias. | _____ | _____ | _____ |
| 38. Mudança para uma nova escola. | _____ | _____ | _____ |
| 39. Mudança para uma linha de trabalho diferente. | _____ | _____ | _____ |
| 40. Início ou conclusão da educação formal. | _____ | _____ | _____ |
| 41. Reconciliação conjugal. | _____ | _____ | _____ |
| 42. Gravidez. | _____ | _____ | _____ |
| | | <i>Seu score total</i> | _____ |

Escore

Os “valores médios” para cada evento estão relacionados abaixo. Anote os valores médios dos eventos que lhe aconteceram. Para os itens da Parte B, multiplique o valor médio pelo número de vezes que o evento aconteceu e coloque o resultado no “Seu Escore”. Some os valores médios da Parte A e os escores da Parte B para obter o escore total.

| <i>Evento</i> | <i>Valor médio</i> | <i>Evento</i> | <i>Valor médio</i> | <i>Evento</i> | <i>Valor médio</i> |
|---------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|
| 1 | 23 | 15 | 100 | 29 | 20 |
| 2 | 16 | 16 | 37 | 30 | 29 |
| 3 | 15 | 17 | 39 | 31 | 47 |
| 4 | 24 | 18 | 44 | 32 | 25 |
| 5 | 19 | 19 | 20 | 33 | 26 |
| 6 | 18 | 20 | 63 | 34 | 31 |
| 7 | 19 | 21 | 11 | 35 | 17 |
| 8 | 15 | 22 | 39 | 36 | 30 |
| 9 | 38 | 23 | 50 | 37 | 13 |
| 10 | 29 | 24 | 73 | 38 | 20 |
| 11 | 35 | 25 | 65 | 39 | 36 |
| 12 | 39 | 26 | 28 | 40 | 26 |
| 13 | 53 | 27 | 29 | 41 | 45 |
| 14 | 63 | 28 | 45 | 42 | 40 |

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA COM OS PARTICIPANTES

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PARTICIPANTES

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Data: ___/___/___

Profissão: _____ Estado civil: _____

Naturalidade: _____

1. Fale um pouco sobre sua rotina.

(O que costuma fazer durante a manhã, tarde e noite)

- Analisar se é uma rotina padrão () ou flexível ()

- Algum hábito alimentar como (dieta, reeducação alimentar) por que (saúde, estética)?
- Quantas horas de sono geralmente tem por noite?
- Quais atividades de lazer costuma fazer no decorrer da semana?
- Prática algum tipo de exercícios físicos?
- Reserva alguns momentos para si cotidianamente? Possui algum hobby?

2. Descreva como tem sido o convívio com a dor.

3. Quando foi diagnosticado a Síndrome de Fibromialgia? Houve alterações na sua rotina após a descoberta?

4. Descreva a dor atual? A quanto tempo surgiu? Como é que surgiu? Como tem evoluído? Quando é que essa dor é mais intensa?

5. Sabe as causas da sua dor?

6. Consegue quantificar sua dor de 0 a 10 qual é o percentual de dor sentida cotidianamente?

7. Como você se percebe no convívio com as dores crônicas?

8. Tem algum familiar que tem ou teve problemas semelhantes ao seu? O que aconteceu com essa pessoa?

9. Já sofreu algum tipo de preconceito ou incompreensão por parte de membros da família, amigos ou colegas de trabalho devido as queixas de dores?

10. Tem outros problemas de saúde?

11. Que tipos de tratamentos tem se submetido para fibromialgia?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título: **DOR CRÔNICA E O SEU IMPACTO NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO À COMUNIDADE DO CEULP**. A finalidade será caracterizar os contextos da vida de pacientes com dores crônicas com diagnóstico de fibromialgia.

O período da coleta de dados será entre os dias 10/05 há 28/05, os encontros acontecerão nas segundas-feiras e quartas-feiras em horários distintos durante o semestre de 2018/1. Serão quatro (4) encontros com tempo de duração para cada coleta de dados de 30 min. a 1h00. O local da coleta será o Serviço de Psicologia (SEPSI) do Núcleo de Atendimento à Comunidade (NAC) do CEULP, localizado na avenida. JK, quadra 108 Norte, Alameda 12, Al 10 - Plano Diretor Norte.

Eu, **Valdileide Ribeiro Souza**, sou estudante de Psicologia e responsável pela pesquisa, que é orientada pela Professora Doutora Ana Beatriz Dupré Silva. Em caso de recusa, você não será prejudicado (a). Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones (63) 98427-5477 / (63) 99107-0224. Durante o processo de pesquisa você pode pedir esclarecimento sobre as questões éticas envolvidas, no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, através do telefone: (63) 3219-8076. A pesquisa é importante para que haja investigação de como a dor afeta no cotidiano e quais fatores (emocionais, sociais, espirituais, biológico etc.) mais são impactados pela presença da dor crônica.

Participante

Pesquisador Assistente

Pesquisador Responsável

Serão utilizadas para a coleta de dados, entrevista individual com você acerca de como a dor crônica impacta no seu cotidiano. Serão aplicados os testes psicológicos Escalas de Beck, ISSL Inventário de Sintomas e Stress para Adultos de Lipp. O Questionário de McGill para dor, que terá como função avaliar as dimensões sensitiva-descritiva, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa da dor e para apuração dos dados Análise do Discurso.

Durante o processo da coleta de dados, é possível que você apresente respostas emocionais como: desconforto, receios, sensibilidade frente aos instrumentos que apresentam questionamentos sobre depressão, ansiedade, alterações do sono, libido e humor, isolamento social, relacionamento familiar dentre outras informações úteis presente nos instrumentos. Em caso de necessidade de suporte profissional por decorrência de algum procedimento realizado durante a pesquisa, eu Valdileide Ribeiro Souza, ficarei encarregada do seu encaminhamento para o Serviço de Psicologia – SEPSI do Núcleo de Atendimento à Comunidade, que é a clínica escola do Ceulp/Ulbra que oferece apoio psicológicos gratuitos ou em outro serviço para suporte especializado.

Portanto os resultados da pesquisa poderá colaborar com análises e construções teóricas que permitirá avançar em relação à superficialidade na abordagem da temática proposta. Além disso, a pesquisa contribuirá com a comunidade participante, pois os resultados poderão ser utilizados como apoio às novas estratégias de intervenção junto ao serviço de Psicologia nas ações realizadas no cotidiano, como psicoterapia e grupo, dentre outras. Os benefícios diretos são o acesso aos resultados individuais e coletivos com relação a ansiedade, estresse, depressão, dimensões sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa da dor provenientes dos resultados dos testes e instrumentos utilizados na coleta de dados, bem como o acesso aos resultados e discussões geral da pesquisa.

Participante

Pesquisador Assistente

Pesquisador Responsável

É de responsabilidade do pesquisador manter o sigilo das informações coletadas, conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/12. Quando utilizados para fins acadêmicos, os dados serão divulgados de forma coletiva, sem identificação dos participantes. Além disso, você tem a possibilidade de qualquer momento negar a participar da pesquisa e pedir que suas informações não sejam utilizadas.

Fica garantido a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Não há nenhum tipo de remuneração pela sua participação nesta pesquisa, pois corresponde a participação voluntária.

Com a finalização da pesquisa, entraremos em contato com você, caso queira saber dos resultados da mesma e receber os resultados dos testes psicológicos e do questionário aplicados durante a realização da pesquisa.

Contatos da Acadêmica pesquisadora: Valdileide Ribeiro Souza. Endereço: quadra 1404 Sul, Lote 11, QI 10, Cs. 01, Palmas-TO. Telefones: (63) 984275477 / (63) 99107-0224. E-mail: Valdileide.psi@gmail.com

Contato do Pesquisador Responsável: Ana Beatriz Dupré Silva. Endereço: 401 Sul, Conj. 01, Lote 05, apto 541, Palmas-TO. Telefone: (63) 9911-5995. E-mail: anabeatriz.ceulp@gmail.com

Participante

Pesquisador Assistente

Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO DA PESQUISA

Eu _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a acadêmica pesquisadora, para esclarecer todas as minhas dúvidas, concordo em participar da pesquisa **DOR CRÔNICA E O SEU IMPACTO NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO À COMUNIDADE DO CEULP**, como voluntário (a). Fui devidamente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos aos quais serei submetido, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Diante do exposto expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Palmas, ____ de _____ de 2018

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Assistente
Valdileide Ribeiro Souza

Assinatura do Pesquisador Responsável
Profa. Doutora Ana Beatriz Dupré Silva