

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS DE ASSIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO EM MULHERES COM FIBROMIALGIA

Assis-SP
2025

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS DE ASSIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Natan Aparecido da Silva Soares

DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO EM MULHERES COM FIBROMIALGIA

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Assis-SP

2025

S676d Soares, Natan Aparecido da Silva
Diagnóstico adaptativo em mulheres com
fibromialgia / Natan Aparecido da Silva Soares. --
Assis, 2025
47 p. : tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras,
Assis
Orientador: Rodrigo Sanches Peres

1. Fibromialgia. 2. Diagnóstico adaptativo. 3.
Saúde. I. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE NATAN APARECIDO DA SILVA SOARES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 13 dias do mês de agosto do ano de 2025, às 14h, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de NATAN APARECIDO DA SILVA SOARES, intitulada **DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO EM MULHERES COM FIBROMIALGIA**, sob orientação do Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. RODRIGO SANCHES PERES (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) UNESP/FCL - Assis, Profa. Dra. SILVIA NOGUEIRA CORDEIRO (Participação por Parecer Circunstanciado) do(a) Universidade Estadual de Londrina (UEL), Profa. Dra. MARIA ELIZABETH BARRETO TAVARES DOS REIS (Participação por Parecer Circunstanciado) do(a) Universidade Estadual de Londrina (UEL). Após a exposição pelo mestrando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. RODRIGO SANCHES PERES

Documento assinado digitalmente
 **RODRIGO SANCHES PERES**
Data: 17/08/2025 23:05:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Aos meus pais, Waléria Teixeira da Silva Soares e Aparecido Soares, pelo apoio e companheirismo ao longo de todos esses anos.

À minha avó, Creusa Teixeira da Silva, por todo o amor, carinho, sorrisos e abraços.

Ao meu companheiro, Fernando Regis, pela paciência e acolhimento na escuta das minhas angústias ao longo do processo.

Ao meu amigo Dirceu Duarte e ao professor doutor Abílio Rezende Macedo, pelas sugestões e acolhimento durante o processo de escrita do pré-projeto.

À minha querida amiga Priscila Soares, pelo intenso incentivo e carinho.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado só foi possível graças à contribuição direta ou indireta de inúmeras pessoas. Tarefa difícil é expressar minha gratidão em poucas linhas.

Agradeço ao professor doutor Rodrigo Sanches Peres, pela confiança, orientação ao longo desse processo, pela compreensão, atenção, carinho e acolhimento em relação às atividades.

Ao professor doutor Nelson Silva Filho, pelo suporte teórico, conselhos e paciência em nossas conversas.

Às professoras doutoras Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis e Silvia Nogueira Cardoso, pelas sugestões no exame de qualificação.

Às participantes da pesquisa, que compartilharam suas vivências comigo.

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome de natureza crônica e polissintomática, preponderante na população feminina e que tende a repercutir de modo negativo em variadas esferas da vida. O presente estudo teve como objetivo estabelecer o diagnóstico adaptativo de um grupo de mulheres com fibromialgia. As participantes foram 22 mulheres acometidas pela síndrome, com idade entre 41 e 58 anos. O instrumento utilizado foi a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Revisada (EDAO-R). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas clínicas individuais conduzidas através de videochamadas em uma plataforma virtual. O número de participantes foi definido com base no critério de saturação. A coleta de dados foi gravada em áudio. Inicialmente, as gravações foram transcritas de maneira literal e integral. A seguir, foi realizada a classificação das modalidades de adaptação das participantes nos quatro setores discriminados pela EDAO-R. Por fim, procedeu-se a definição do diagnóstico adaptativo de cada uma delas. Predominantemente, as participantes demonstraram adaptação pouquíssimo adequada no setor Afetivo-Relacional (n=12), pouco adequada no setor Produtividade (n=12), pouquíssimo adequada no setor Orgânico (n=12) e pouquíssimo adequada no setor Sociocultural (n=12). O diagnóstico adaptativo mais frequente foi Adaptação ineficaz grave (n=8). A maioria das participantes, portanto, encontrava acentuadas dificuldades quanto ao enfrentamento das vicissitudes cotidianas. Os resultados do presente estudo podem ser úteis para o aprimoramento de propostas de intervenção em saúde mental direcionadas a mulheres com fibromialgia.

Palavras-chave: Fibromialgia; Diagnóstico adaptativo; Saúde.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic, polysymptomatic syndrome that predominantly affects women and tends to negatively impact multiple domains of life. This study aimed to establish the adaptive diagnosis of a group of women with fibromyalgia. The participants were 22 women diagnosed with the syndrome, aged between 41 and 58 years. The instrument employed was the Operationalized Adaptive Diagnostic Scale – Revised (EDAO-R). Data were collected through individual clinical interviews conducted via video calls on a virtual platform. The number of participants was determined based on the saturation criterion. All interviews were audio-recorded and subsequently fully and literally transcribed. The participants' adaptation modalities were then classified according to the four sectors delineated by the EDAO-R. Finally, the adaptive diagnosis of each participant was established. Overall, the participants exhibited severely inadequate adaptation in the Affective-Relational sector (n = 12), poor adaptation in the Productivity sector (n = 12), severely inadequate adaptation in the Organic sector (n = 12), and severely inadequate adaptation in the Sociocultural sector (n = 12). The most prevalent adaptive diagnosis was Severely Ineffective Adaptation (n = 8). These findings indicate that most participants experienced marked difficulties in coping with everyday life demands. The results of this study may contribute to the refinement of mental health intervention strategies tailored to women living with fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia; Adaptive diagnosis; Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Desenvolvimento histórico da fibromialgia como entidade nosográfica.....	5
1.2 Critérios diagnósticos da fibromialgia.....	7
1.3 Prevalência da fibromialgia.....	9
1.4 Perspectivas sobre os tratamentos da fibromialgia.....	10
1.4.1 Tratamentos farmacológicos.....	10
1.4.2 Tratamentos não farmacológicos.....	12
1.5 Repercussões da fibromialgia em diferentes esferas da vida.....	13
2. MARCO TEÓRICO.....	16
3. OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivo específico.....	20
4. MÉTODO.....	21
4.1. Participantes.....	21
4.2. Instrumento.....	24
4.3. Coleta de dados.....	24
4.4 Análise de dados.....	25
4.5 Aspectos éticos.....	26
5. RESULTADOS.....	27
5.1 Resultados individuais.....	27
5.1.1 Participante 1.....	27
5.1.2 Participante 2.....	29
5.1.3 Participante 3.....	31
5.1.4 Participante 4.....	33
5.1.5 Participante 5.....	34
5.1.6 Participante 6.....	36
5.1.7 Participante 7.....	37
5.1.8 Participante 8.....	39
5.1.9 Participante 9.....	40
5.1.10 Participante 10.....	42
5.1.11 Participante 11.....	43
5.1.12 Participante 12.....	45
5.1.13 Participante 13.....	47
5.1.14 Participante 14.....	49
5.1.15 Participante 15.....	50
5.1.16 Participante 16.....	52
5.1.17 Participante 17.....	54
5.1.18 Participante 18.....	55
5.1.19 Participante 19.....	57

5.1.20 Participante 20.....	59
5.1.21 Participante 21.....	60
5.1.22 Participante 22.....	62
5.2 Resultados gerais.....	63
6. DISCUSSÃO.....	66
6.1 Setor Afetivo-Relacional.....	66
6.2 Setor Produtividade.....	68
6.3 Setor Orgânico.....	70
6.4 Setor Sociocultural.....	72
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	86
Apêndice A - Roteiro semiestruturado de entrevista.....	86
Apêndice B - Material para divulgação da pesquisa em ambientes virtuais.....	88
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89

1. INTRODUÇÃO

1.1 Desenvolvimento histórico da fibromialgia como entidade nosográfica

A fibromialgia, ao longo do desenvolvimento histórico que culminou em seu enquadramento como entidade nosográfica, passou por diversas tentativas de conceitualização. As primeiras datam do século XVI e surgiram na França, com a utilização do termo “reumatismo” para descrever quadros clínicos marcados por dores musculares. Porém, somente no século XVIII passou-se a distinguir os distúrbios articulares com características deformantes dos distúrbios musculoesqueléticos dolorosos dos tecidos moles não deformantes, para os quais passou-se a empregar o termo “reumatismo muscular” (GALVEZ-SANCHEZ; PASO, 2020).

Entre os séculos XIX e XX houve iniciativas voltadas à diferenciação de variadas formas de reumatismo muscular e suas causas, sendo que em 1815 foi descrita a presença de nódulos nesse quadros clínicos, e então se sugeriu que a inflamação no tecido conjuntivo muscular seria a origem da dor, o que inaugurou a teoria da sensibilidade focal. A independência da irradiação da dor em relação ao curso dos nervos foi percebida em 1858, mas somente em 1903 se propôs que a sensibilidade estaria relacionada a terminações nervosas hipervativas (WOLFE; HÄUSER, 2011).

O termo “neurastenia”, ou “mielastenia”, nasceu em 1880, para designar um quadro clínico em que a dor generalizada se somava à fadiga e a distúrbios psicológicos associados ao estresse, conforme Inanici e Yunus (2004). Já o termo “fibrosite” foi introduzido na literatura médica em 1904 no contexto do mapeamento de uma modalidade de inflamação da camada fibrosa e dos tecidos dos músculos ligada à exposição ao frio agudo e crônico e à sobrecarga muscular, segundo os mesmos autores. Anos depois, a fibrosite seria subdividida em articular, bursal, neural, muscular, gotosa, infecciosa, traumática ou reumática.

Na Segunda Guerra Mundial notou-se uma elevada ocorrência de fibrosite entre os soldados, geralmente acompanhada de quadros depressivos e de estresse. Tal condição clínica foi chamada de “reumatismo psicogênico” e

descrita como a manifestação de um estado psiconeurótico crônico, compreendendo-a enquanto uma síndrome que englobaria dor, rigidez e desconforto (INANICI; YUNUS, 2004). Em 1949, então, surgiu a hipótese de que a etiologia da fibrosite poderia ser infecciosa ou traumática/corporal, mas, secundariamente, também estaria relacionada a fatores climáticos e distúrbios psicológicos.

Já em 1968 passou-se a cogitar que a fibrosite seria mais frequente em mulheres e que seus sintomas incluiriam, além de dor e rigidez generalizada, fadiga, colite, sono insatisfatório e pontos sensíveis, em consonância com Inanici e Yunus (2004). Com a falta de comprovação da suposta origem inflamatória, o termo “fibromialgia” foi proposto em 1977 para aludir, basicamente, ao mesmo quadro clínico da fibrosite e, assim, referir-se a “uma síndrome de dor generalizada, com fadiga, sono não reparador, rigidez matinal, sofrimento emocional e múltiplos pontos dolorosos”, como acrescentaram os referidos autores (p. 373).

Essa compreensão foi utilizada posteriormente pelo *American College of Rheumatology* (ACR) para sistematizar os critérios diagnósticos da fibromialgia. Antes, porém, foi salientada, em 1981, a sobreposição entre a fibromialgia e outras condições clínicas, como síndrome do intestino irritável, enxaqueca e parestesias (WOLFE *et al.*, 2016). E em 1985 passou a ser reconhecida a ocorrência da fibromialgia em crianças e adolescentes, a partir da realização de um primeiro estudo juvenil (INANICI; YUNUS, 2004).

Como pesquisas laboratoriais não possibilitavam uma adequada compreensão da fisiopatologia da fibromialgia, a ACR realizou um estudo multicêntrico em 1990, a fim de sugerir critérios diagnósticos, iniciativa essa que resultou na identificação de um conjunto de 18 pontos dolorosos (WOLFE *et al.*, 2016). O estudo em questão serviu como base para a atribuição de um código para a fibromialgia na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), em 1992 (WOLFE; HÄUSER, 2011).

A despeito disso, e também de avanços recentes nas últimas décadas quanto à definição dos critérios diagnósticos, a fibromialgia ainda suscita incertezas na classe médica e também nos pacientes e em seus familiares,

tornando o processo de identificação moroso e desgastante (HÄUSER; SARZI-PUTTINI; FITZCHARLES, 2019). Esse problema se deve, principalmente, ao fato de que sua causa permanece insuficientemente esclarecida.

1.2 Critérios diagnósticos da fibromialgia

O diagnóstico de fibromialgia é atravessado por sobrediagnósticos (quando a síndrome erroneamente é identificada em conjunto com um rol muito maior de condições clínicas) e subdiagnósticos (quando a síndrome é enquadrada como causada por outras doenças primárias). Além disso, erros diagnósticos são frequentes, ocorrendo nas situações em que um sujeito com uma condição clínica diversa é diagnosticado com fibromialgia (HÄUSER; SARZI-PUTTINI; FITZCHARLES, 2019). Assim sendo, a questão dos critérios diagnósticos é proeminente nas discussões sobre a fibromialgia (WOLFE *et al.*, 2010).

Uma primeira proposta estabeleceu os seguintes parâmetros para quantificação em prol da confirmação de um caso: I) presença de dor mediante pressão, pelo médico, em 12 de 14 pontos pré-especificados; II) presença de dor generalizada por mais de três meses; e III) sono perturbado com fadiga matinal. Contudo, nessa proposta o método de avaliação da dor nos pontos pré-especificados era impreciso, o que dava margem para diagnósticos diferentes a depender de quem realizava o exame (WOLFE; HÄUSER, 2011).

Em 1981 o diagnóstico passou a ser estruturado de uma maneira diferente, levando em conta a presença de: I) dor e rigidez em três áreas anatômicas por pelo menos 3 meses; II) no mínimo cinco pontos dolorosos; III) três sintomas dentre uma lista pré-estabelecida (“modulação dos sintomas por atividades físicas ou por fatores climáticos, agravamento dos sintomas por ansiedade ou estresse, sono não reparador, fadiga/cansaço geral, ansiedade, dor de cabeça crônica, síndrome do intestino irritável, inchaço subjetivo ou dormência”) (WOLFE; HÄUSER, 2011, p. 467).

Já a ACR estabeleceu, em 1990, que um caso de fibromialgia deveria ser confirmado, basicamente, se uma pessoa apresentasse dor mediante

pressão pelo médico em 11 de 18 pontos do corpo definidos *a priori*, sem doença subjacente. Tal critério diagnóstico, de natureza clínica, parte do princípio de que a diminuição do limiar de dor é o identificador primordial da fibromialgia, mas foi criticado, dentre outras razões, porque era exigida a aplicação de exatos 4kg de pressão nos pontos do corpo para a avaliação da dor (WOLFE; HÄUSER, 2011).

Em 2010, a ACR abandonou a contagem de pontos do corpo em prol da utilização do *Widespread Pain Index* (WPI), referente aos sintomas de dor generalizada nos últimos sete dias, e da *Symptom Severity Scale* (SSS), que inclui fadiga, sono não reparador, problemas cognitivos e sintomas somáticos – dentre os quais dor de cabeça, insônia, perda de apetite e depressão – por no mínimo três meses, por exemplo. A obtenção de, pelo menos, 7 pontos na WPI e 5 pontos na SSS, ou entre 3 e 6 pontos na WPI e no mínimo 9 pontos na SSS passam a fundamentar o diagnóstico (WOLFE; HÄUSER, 2011).

Os critérios diagnósticos estabelecidos pela ACR em 2010 têm o mérito de valorizar a natureza crônica e polissintomática da fibromialgia. Contudo, a avaliação passou a ser atravessada por um novo viés subjetivo, pois, embora tenha deixado de ser influenciada pela pressão exercida pelo médico, passou a depender exclusivamente do relato do paciente (WOLFE; HÄUSER, 2011). Em 2011, a ACR lançou uma nova versão dos critérios diagnósticos da fibromialgia, a qual, porém, foi concebida para utilização em pesquisas (WOLFE *et al.*, 2016). Nessa versão, a SSS foi simplificada, de modo a abranger apenas a presença ou a ausência de dor de cabeça, dor ou cólica no abdômen inferior e depressão (GALVEZ-SANCHEZ; PASO, 2020).

Em 2016, a ACR revisou novamente os critérios diagnósticos e aumentou os requisitos relativos à dor generalizada, pois passou a especificar sua presença em 4 de 5 regiões sem considerar mandíbula, tórax e abdome (HÄUSER; SARZI-PUTTINI; FITZCHARLES, 2019). Além disso, passou a ser exigida a obtenção de, pelo menos, 7 pontos na WPI e 5 pontos na SSS, ou entre 4 e 6 pontos na WPI e no mínimo 9 pontos na SSS, para a confirmação de um caso de fibromialgia.

Vale destacar que outros recursos podem ser úteis no diagnóstico da fibromialgia. A *Polysymptomatic Distress Scale* (PDS), por exemplo, calcula a soma da pontuação na WPI e na SSS de modo a classificar os pacientes em diferentes categorias de gravidade (GALVEZ-SANCHEZ; PASO, 2020). Além disso, uma proposta formulada pela *American Pain Society* (APS) enquadra a fibromialgia como uma síndrome multidimensional e, assim, estabelece novas perspectivas diagnósticas, até porque reconhece fatores de risco (ARNOLD *et al.*, 2019).

1.3 Prevalência da fibromialgia

A fibromialgia tem prevalência mundial de 2,7%, variando de 0,4% na Grécia a 9,3% na Tunísia, de acordo com uma revisão da literatura (QUEIROZ, 2013). Essa mesma revisão constatou que, nas Américas, a taxa média é de 3,1%, sendo que na Europa é de 2,5% e na Ásia é de 1,4%, bem como revelou que o sexo feminino e o sexo masculino apresentam prevalência de até 6,8% e 5,1%, respectivamente. Em uma revisão da literatura mais recente, porém, a menor taxa média (0,2%) foi observada na Venezuela e a maior (6,4%) nos Estados Unidos (MARQUES *et al.*, 2017).

Há uma tendência geral à maior prevalência da síndrome em faixas etárias mais elevadas. Porém, em homens nota-se um pico durante a meia-idade, ao passo que, em mulheres, comumente a taxa aumenta com o passar do tempo (QUEIROZ, 2013). Sabe-se também que a síndrome é mais frequente em pessoas com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e que residem em áreas rurais (MARQUES *et al.*, 2017). E deve-se mencionar que pacientes com fibromialgia comumente apresentam importantes taxas de comorbidade, pois de 20 a 30% deles são acometidos por outras condições reumatológicas, e cerca de 38% por depressão (FITZCHARLES; PERROT; HÄUSER, 2018).

No Brasil, um estudo realizado na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais, verificou prevalência de fibromialgia de 2,5% em pessoas com mais de 16 anos, de ambos os sexos (SENNA *et al.*, 2004). Já em um estudo de abrangência nacional desenvolvido por Souza e Perissinotti (2018) com a

participação de pessoas adultas, a prevalência constatada foi de 2%, com uma proporção de 1 homem para cada 5,5 mulheres. As autoras ponderam que existem dificuldades quanto à confirmação de casos devido a limitações no acesso aos serviços de saúde em diversas regiões do país.

1.4 Perspectivas sobre os tratamentos da fibromialgia

Como a etiologia da fibromialgia permanece desconhecida, os tratamentos são sintomáticos e comumente produzem resultados considerados insatisfatórios tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018). De qualquer forma, há uma série de estratégias terapêuticas estabelecidas por entidades como a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), a *European League Against Rheumatism* (EULAR) e a *Società Italiana di Reumatologia* (SIR) (ARIANI *et al.*, 2021; HEYMANN *et al.*, 2010; MACFARLANE *et al.*, 2017). Em geral, essas estratégias terapêuticas são divididas em farmacológicas e não farmacológicas, sendo que a combinação de ambas é a recomendada.

1.4.1 Tratamentos farmacológicos

Os antidepressivos tricíclicos são os medicamentos mais frequentes no tratamento farmacológico de pacientes com fibromialgia. Destaca-se, dentre os medicamentos desse tipo, a amitriptilina, por ser capaz de auxiliar a diminuir a dor e a fadiga e a melhorar o sono. Porém, ela pode gerar ganho de peso e alterações de conteúdo de consciência, particularmente em idosos (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018). A amitriptilina é recomendada pela SIR (ARIANI *et al.*, 2021) e pela EULAR (MACFARLANE *et al.*, 2017).

Em relação ao uso de medicamentos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, a EULAR possui contraindicação (MACFARLANE *et al.*, 2017). Por sua vez, a SBR (HEYMANN *et al.*, 2010) recomenda o emprego de fluoxetina, isoladamente ou em conjunto com antidepressivos tricíclicos, para promover a redução da dor e a melhora da capacidade funcional. Os demais medicamentos inibidores da recaptação de serotonina (sertralina, paroxetina, citalopram e escitalopram) não foram recomendados por tal entidade

(HEYMANN *et al.*, 2010). Já a SIR indica a utilização de fluoxetina e de paroxetina, a partir de acompanhamento rigoroso (ARIANI *et al.*, 2021).

Os medicamentos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (ou inibidores duais) também produzem analgesia central e perfil de efeitos colaterais diferente daquele característico dos antidepressivos tricíclicos (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018). A duloxetina é o medicamento desse tipo mais amplamente difundido, em especial quando a fibromialgia está associada a um quadro depressivo, acompanhado ou não de ansiedade. O milnacipano também atua na redução de sintomas depressivos e da fadiga, além de ser considerado útil quando dificuldades cognitivas estão presentes. Ambos os medicamentos são recomendados pela SBR (HEYMANN *et al.*, 2010).

A moclobemida, antidepressivo inibidor da monoamina oxidase, pode reduzir a dor e melhorar a capacidade funcional, e por isso é recomendada pela SBR (HEYMANN *et al.*, 2010). Contudo, a EULAR não adota esse mesmo posicionamento, tendo em vista que o referido medicamento comumente não impacta de maneira positiva no sono e na fadiga (MACFARLANE *et al.*, 2017). A pregabalina e a gabapentina são medicamentos anticonvulsivantes que também podem ser utilizados no tratamento de pacientes com fibromialgia, já que estão associados a percepção de melhora global (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018). Segundo a EULAR, a pregabalina proporciona redução da dor, com pequeno efeito no sono (MACFARLANE *et al.*, 2017). A mesma entidade defende que a gabapentina, por sua vez, contribui com a redução da dor e da incapacidade funcional.

Dentre os medicamentos sedativos, a zopiclona e o zolpidem são recomendados pela SBR, diferentemente do clonazepam, da tinazidina e do alprazolam (HEYMANN *et al.*, 2010). No que diz respeito aos analgésicos opióides, o tramadol é indicado tanto pela SBR quanto pela EULAR (MACFARLANE *et al.*, 2017). Já a SIR (ARIANI *et al.*, 2021) defende que tal medicamento deve ser reservado apenas para pacientes cuja dor varia de moderada a intensa. Por fim, canabinoides podem ser empregados por

atuarem no processamento da dor e do estresse crônico (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018).

1.4.2 Tratamentos não farmacológicos

A acupuntura possui efeitos analgésicos e tende a reduzir a ansiedade, de modo que pode ser utilizada no tratamento de pacientes com fibromialgia, a despeito de oferecer pouca melhora na fadiga. Dessa forma, tal prática é indicada pela EULAR (MACFARLANE *et al.*, 2017) e pela SIR (ARIANI *et al.*, 2021), mas não pela SBR (HEYMANN *et al.*, 2010). Atividades físicas são consideradas benéficas, pois promovem sensação de bem-estar, sendo que exercícios aeróbicos, especificamente, são capazes de diminuir a dor (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018).

Alongamento, fortalecimento muscular, reabilitação, fisioterapia e relaxamento são práticas recomendadas pela SBR (HEYMANN *et al.*, 2010). Há indicação de hidroterapia e terapia termal por parte da EULAR (MACFARLANE *et al.*, 2017) e da SIR (ARIANI *et al.*, 2021), respectivamente. A oxigenoterapia hiperbárica e ozonioterapia, por outro lado, são considerados tratamentos não farmacológicos promissores no tocante à fibromialgia, pois podem induzir a mudanças neuroplásticas e melhorar a qualidade de vida (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018).

A hipnoterapia, a quiropraxia e a massagem terapêutica não são recomendadas pela SBR (HEYMANN *et al.*, 2010), assim como a EULAR (MACFARLANE *et al.*, 2017) apresenta reservas quanto à utilização de terapias complementares e alternativas. No entanto, tal entidade é favorável à prática de *mindfulness*, a qual envolve a autorregulação da atenção. Outras práticas de caráter meditativo podem gerar resultados positivos e, ademais, têm um risco relativamente baixo (SAMAMI; SHAHHOSSEINI; ELYASI, 2021).

As psicoterapias cognitivo-comportamentais são recomendadas pela SBR (HEYMANN *et al.*, 2010) e pela EULAR (MACFARLANE *et al.*, 2017), partindo-se do princípio que a cronificação da dor parece ser influenciada por fatores cognitivos, afetivos e comportamentais (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018). Já as psicoterapias psicodinâmicas breves são indicadas para pacientes

com fibromialgia porque colocam em relevo questões relacionais que possibilitam a elaboração de conflitos interpessoais, viabilizando, assim, a superação de entraves quanto à utilização de estratégias de enfrentamento adaptativas frente ao adoecimento (SAMAMI; SHAHHOSSEINI; ELYASI, 2021).

A psicoeducação também é considerada uma relevante estratégia terapêutica no contexto da fibromialgia, e pode ser definida, conforme Gómez-de-Regil (2021), como uma intervenção baseada na “transferência de conhecimento, sistemática, estruturada e didática, sobre uma doença e seu tratamento, integrando aspectos emocionais e motivacionais” (p. 3). A psicoeducação é capaz de favorecer a adesão aos demais tratamentos, o aprimoramento de habilidades de comunicação e de técnicas de resolução de problemas, e também a redução da dor, da fadiga e da ansiedade, acompanhando o mesmo autor.

1.5 Repercussões da fibromialgia em diferentes esferas da vida

Pesquisas desenvolvidas em diversos países indicam que a fibromialgia comumente repercute de modo negativo em variadas esferas da vida, em consonância com a revisão da literatura empreendida por Galvez-Sánchez, Duschek e (2019). Sabe-se que, na maioria dos casos, a síndrome prejudica drasticamente a aptidão física e, por extensão, as capacidades funcionais e laborais (ARNOLD *et al.*, 2008; BRIONES-VOZMEDIANO; VIVES-CASES; GOICOLEA, 2016). Muitos pacientes com fibromialgia, assim, dependem de outras pessoas para desempenhar uma ampla gama de tarefas e deixam de trabalhar devido ao adoecimento, o que, respectivamente, dá margem a conflitos interpessoais e dificuldades financeiras (MANNERKORPI; GARD, 2012; COLLADO *et al.*, 2014; PAXMAN, 2021).

As pesquisas de Peres (2021) e Boulton (2019), dentre outras, revelam que pacientes com fibromialgia frequentemente se sentem desacreditados e estigmatizados pelas pessoas em geral – familiares e profissionais de saúde, inclusive – por apresentarem sintomas que, pela natureza subjetiva que possuem, não podem ser visualizados diretamente. Nesse cenário, raiva, frustração e tristeza costumam emergir, desencadeando um importante

sofrimento psíquico (ASHE *et al.*, 2017; JUUSO *et al.*, 2011). Por outro lado, a autodepreciação e a autocrítica são recorrentemente acentuadas no segmento populacional em questão (LEVY *et al.*, 2024).

Como consequência, pacientes com fibromialgia se culpam por, supostamente, não corresponderem às expectativas alheias, sobretudo no âmbito dos relacionamentos conjugais (MONTESÓ-CURTO *et al.*, 2022; CENTURION; PERES; SANTOS, 2020). Mas a síndrome parece desgastar as relações interpessoais como um todo. Afinal, Armentor (2017) evidenciou que mulheres com fibromialgia temem que as pessoas com quem convivem demonstrem incompreensão, ceticismo e desinteresse frente às limitações decorrentes do adoecimento. Resultados equivalentes foram obtidos na pesquisa de Rodham, Rance e Blake (2010), cujas participantes eram propensas ao isolamento porque tinham a impressão de que precisavam convencer aqueles com quem conviviam de que seus sintomas eram reais.

A fibromialgia, assim, tende a comprometer a autoestima e a autoeficácia, o que, por sua vez, contribui para a baixa adesão aos tratamentos propostos (MILANI *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2019; LAVÍN-PÉREZ *et al.*, 2023). Peres, Costa e Santos (2020) reportaram tendência similar ao observarem que a síndrome frequentemente está associada a uma imagem corporal bastante desfavorável, nomeadamente pela presença de traços de passividade, insegurança e inibição. Em um sentido mais amplo, o senso de identidade de muitos pacientes, em boa parte dos casos, é profundamente afetado pela fibromialgia (WUYTACK; MILLER, 2011; CENTURION; PERES, 2018).

Diante do exposto, não causa surpresa o fato de que o impacto da fibromialgia na qualidade de vida comumente seja classificado como severo (SHROEDES *et al.*, 2023). Porém, comparando-se os resultados das pesquisas de Lorena *et al.* (2016), Fernandez-Feijoo, Samartin-Veiga e Carrillo-De-La-Peña (2022) e Smith e Croucamp (2023), dentre outras, conclui-se que ainda não há consenso quanto aos fatores que mais contribuiriam para essa situação e sobre as esferas da vida que seriam mais prejudicadas ou mais preservadas. O estabelecimento do diagnóstico

adaptativo de pacientes com fibromialgia em pesquisas futuras pode fornecer elementos para o preenchimento dessa lacuna, pelos motivos que serão expostos a seguir.

2. MARCO TEÓRICO

A saúde mental, segundo Klein (1960/2023), pode ser definida como uma condição que requer “capacidade de lidar com emoções conflitantes, equilíbrio entre a vida interna e adaptação à realidade e uma bem-sucedida fusão das diferentes partes da personalidade em um todo” (p. 339). Assumindo tal premissa, Simon (1989) propôs o conceito de adaptação para designar “o conjunto de respostas de um organismo vivo às situações que a cada momento o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja, compatível com a vida” (p. 14). Dessa forma, a adaptação retrata o funcionamento de uma pessoa em relação a si mesma e também frente ao ambiente em que se encontra inserida.

Simon (2005) esclareceu que o diagnóstico adaptativo viabiliza a identificação dos recursos mobilizados por um indivíduo no passado e no presente em prol da preservação da vida, além de que possibilita o mapeamento dos recursos que podem vir a ser empregados no futuro. Logo, a adaptação deve ser encarada como o resultado de um processo contínuo. Por extensão, varia de pessoa para pessoa e, em uma mesma pessoa, ao longo do tempo, conforme influências favoráveis ou desfavoráveis, quer sejam internas ou externas (SIMON; YAMAMOTO, 2009). A eficácia adaptativa, nesse sentido, consiste em um valioso indicador de coerência de comportamentos observáveis e comunicáveis utilizados no enfrentamento das vicissitudes cotidianas (SANTOS *et al.*, 2013).

Mais especificamente, Simon (1989) diferenciou três modalidades de adaptação. Quando ocorre a resolução do problema, com a satisfação do indivíduo e sem a emergência de conflitos internos ou externos, a adaptação é tipificada como adequada. Já quando ocorre a resolução do problema, porém de forma insatisfatória para o indivíduo ou às custas de conflitos, tem-se uma adaptação pouco adequada. Por fim, quando ocorre a resolução do problema, mas o indivíduo tanto se sente insatisfeito quanto ainda experimenta conflitos, a adaptação é considerada pouquíssimo adequada. Contudo, há casos em que

o problema não é resolvido, o que caracteriza uma crise e constitui uma variação da adaptação pouquíssimo adequada.

É importante acrescentar que uma crise, para Simon (1989), habitualmente dura algumas semanas e pode tanto fortalecer o indivíduo, quando ocorre uma ampliação de seu repertório adaptativo que culmina na superação do problema, ou enfraquecê-lo, quando soluções adequadas não são encontradas. De uma forma de outra, o autor compreende que não é possível retornar à condição adaptativa prévia após uma crise. Também cabe ressaltar que uma crise pode resultar não apenas de uma perda ou da expectativa de uma perda, deflagrando sentimentos de culpa, vergonha e depressão, mas também de um ganho ou da expectativa de um ganho, quando prevalecem sentimentos de insegurança, inferioridade e inadequação (SIMON, 2005).

O diagnóstico adaptativo envolve a distinção de quatro setores de funcionamento, a saber: Afetivo-Relacional, Produtividade, Orgânico e Sociocultural (SIMON, 1989). O setor Afetivo-Relacional abrange a relação estabelecida consigo mesmo e com amigos, colegas e familiares, de modo que seu caráter é, ao mesmo tempo, intrapessoal e interpessoal. O setor Produtividade, por sua vez, contempla as respostas pessoais frente ao trabalho ou aos estudos. O setor Orgânico diz respeito, basicamente, ao estado físico do indivíduo e às suas atitudes quanto ao próprio corpo. Por fim, o setor Sociocultural compreende, em essência, o envolvimento com a sociedade e a cultura.

Partindo de suas formulações em torno do conceito de adaptação, Simon (1989) criou a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Trata-se de um instrumento que, com base em dados provenientes de entrevistas clínicas, possibilita o estabelecimento do diagnóstico adaptativo de um indivíduo. Desde que foi publicada, a EDAO se mostrou proveitosa para o levantamento de informações potencialmente úteis para a elaboração de propostas de intervenção em saúde mental¹, inclusive preventivas (BECKER;

¹ É interessante mencionar que o conceito de adaptação, conforme proposto por Simon (1989), é um dos pilares da psicoterapia breve operacionalizada, intervenção em saúde mental que, segundo Simon e Yamamoto (2009), é voltada a pessoas que vivenciam situações-problema em um ou mais setores de funcionamento dentre aqueles discriminados pela EDAO ou pela EDAO-R.

HELENO, 2016; REIS; CORDEIRO; SIMON, 2028). Não obstante, o instrumento em questão passou uma reformulação relativa ao seu processo de avaliação, o que culminou no estabelecimento da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Revisada (EDAO-R).

Como consequência, Simon (1997) definiu que os setores Afetivo-Relacional e Produtividade deveriam ser avaliados quantitativamente, ao passo que os setores Orgânico e Sociocultural deveriam ser avaliados qualitativamente. Ocorre que os setores Afetivo-Relacional e Produtividade naturalmente acusam respostas pouco ou pouquíssimo adequadas nos setores Orgânico e Sociocultural. Ademais, o autor preconizou que a quantificação das modalidades de adaptação concernentes ao setor Afetivo-Relacional deveria ser pautada em escores maiores do que aqueles concernentes ao setor Produtividade, pois o primeiro desempenharia um papel mais central em termos adaptativos do que o segundo (SIMON; YAMAMOTO, 2009).

Santos *et al.* (2013) e Serralheiro, Heleno e Farhat (2018) realizaram mapeamentos da produção científica relativa à EDAO ou à EDAO-R, tendo contemplado, no total, um período de 15 anos. Dessa maneira, localizaram pesquisas desenvolvidas junto a pacientes com certas doenças, dentre as quais diabetes, câncer e AIDS, mas não com fibromialgia. E o mesmo ocorreu mediante o levantamento bibliográfico executado para os fins do presente estudo, o qual viabilizou a identificação de publicações mais recentes. Considerou-se oportuno, então, sumarizar aqui os resultados reportados por duas pesquisas em que a coleta de dados envolveu a utilização da EDAO ou da EDAO-R especificamente junto a mulheres acometidas por algum problema de saúde, em termos físicos ou mentais, tendo em vista o segmento populacional de interesse nesta oportunidade.

Em uma dessas pesquisas, Spagiari *et al.* (2018) se valeram da EDAO-R para caracterizar a adaptação de um grupo de 40 mulheres que buscaram atendimento em saúde junto a um ambulatório multidisciplinar em função, predominantemente, de transtornos mentais (57,5%), como depressão ou transtorno afetivo bipolar, ou de doenças autoimunes (20%), como lúpus ou artrite reumatoide. O diagnóstico adaptativo mais frequente foi o de Adaptação

ineficaz severa. Porém, a classificação das modalidades de adaptação em cada um dos setores discriminados pela EDAO-R não foi divulgada.

Já a pesquisa assinada por Silva *et al.* (2018) contou com a participação de 34 mulheres que solicitaram assistência psicológica em um estabelecimento de atenção básica à saúde – a maioria a partir do encaminhamento de um profissional de saúde – referindo dificuldades relacionais ou impacto psicológico de doenças como diabetes ou vitiligo. Os dados necessários para avaliar a adaptação foram coletados a partir do recurso à EDAO-R. O diagnóstico adaptativo prevalente foi o de Adaptação ineficaz severa, assim como ocorreu na pesquisa de Spagiari *et al.* (2018). Outro ponto em comum reside no fato de que não foram reportadas informações sobre as modalidades de adaptação nos setores discriminados pela EDAO-R.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O presente estudo teve como objetivo geral estabelecer o diagnóstico adaptativo de um grupo de mulheres com fibromialgia.

3.2 Objetivo específico

O presente estudo teve como objetivo específico classificar e comparar as modalidades de adaptação de um grupo de mulheres com fibromialgia nos quatros setores discriminados pela EDAO-R.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

Participaram do presente estudo 22 mulheres com fibromialgia, com idade entre 41 e 58 anos, predominantemente casadas ($n=11$), as quais exerciam atividades profissionais remuneradas que requerem competências especializadas ($n=10$) e possuíam escolaridade superior, completa ($n=7$) ou incompleta ($n=3$), conforme a Tabela 1. Quanto ao tempo de diagnóstico das participantes, houve grande variação, como se vê na Tabela 2. Os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) ser do sexo feminino, (2) possuir entre 40 e 60 anos de idade e (3) ter sido diagnosticada com fibromialgia há pelo menos 1 mês quando da coleta de dados. Vale antecipar que o número de participantes foi definido mediante o emprego do critério de saturação, como será detalhado mais adiante.

Tabela 1. Distribuição das participantes, por idade, estado civil, ocupação e escolaridade

Participante	Idade	Estado civil	Ocupação	Escolaridade
1	55 anos	União estável	Professora	Superior completa
2	41 anos	Casada	Balconista	Média completa
3	51 anos	Casada	Dona de casa	Média completa
4	50 anos	Solteira	Agente comunitária de saúde	Superior completa
5	48 anos	Solteira	Desempregada	Média completa
6	56 anos	Divorciada	Professora	Superior completa
7	54 anos	Casada	Funcionária pública	Superior completa
8	55 anos	Casada	Cabeleireira	Fundamental completa
9	46 anos	Solteira	Agente técnico administrativo	Média completa
10	41 anos	Casada	Advogada	Superior completa
11	43 anos	União estável	Funcionária pública	Superior incompleta
12	52 anos	Casada	Aposentada	Superior completa
13	51 anos	Viúva	Atendente	Média completa
14	45 anos	Solteira	Serviços gerais	Fundamental completa
15	42 anos	Casada	Técnica de enfermagem	Técnica completa
16	42 anos	Divorciada	Técnica de enfermagem	Técnica completa
17	47 anos	Casada	Balconista	Superior completa
18	44 anos	Solteira	Comerciante	Média completa
19	55 anos	Casada	Dona de casa	Média completa
20	45 anos	Casada	Massoterapeuta	Superior incompleta
21	49 anos	União estável	Técnica de enfermagem	Técnica completa
22	58 anos	Casada	Funcionária pública	Superior incompleta

Tabela 2. Distribuição das participantes, por tempo de diagnóstico
(em meses completos)

Participante	Tempo de diagnóstico
1	276 meses
2	60 meses
3	48 meses
4	168 meses
5	16 meses
6	144 meses
7	360 meses
8	192 meses
9	84 meses
10	10 meses
11	34 meses
12	72 meses
13	324 meses
14	252 meses
15	12 meses
16	12 meses
17	12 meses
18	14 meses
19	180 meses
20	51 meses
21	6 meses
22	360 meses

4.2. Instrumento

O instrumento utilizado no presente estudo foi a EDAO-R. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas clínicas individuais conduzidas através de videochamadas em uma plataforma virtual. As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado dividido em duas partes (Apêndice A). A primeira parte foi concebida para viabilizar a caracterização das participantes quanto à idade, ao estado civil, à escolaridade, à profissão e ao tempo de diagnóstico de fibromialgia. Já a segunda e principal parte reuniu perguntas destinadas ao levantamento das informações necessárias para o estabelecimento do diagnóstico adaptativo das participantes em termos dos quatro setores discriminados pela EDAO-R. A sequência dos setores aos quais se referem as perguntas – Orgânico, Produtividade, Sociocultural e Afetivo-Relacional – foi definida de modo a permitir um contato gradativo com temas que, em tese, poderiam provocar maior mobilização psicológica.

4.3. Coleta de dados

O presente estudo foi divulgado com a veiculação de um convite (Apêndice B) em redes sociais direcionadas a mulheres com fibromialgia, para possibilitar o recrutamento de possíveis participantes. Aquelas que demonstraram interesse em participar entraram em contato com o pesquisador via *Instagram* ou *WhatsApp*. Na sequência, o pesquisador lhes apresentou informações sobre os procedimentos metodológicos e lhes enviou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), para leitura prévia. Com as mulheres que confirmaram interesse e preencheram os critérios de inclusão, foi agendado, em comum acordo, um dia e horário para a respectiva entrevista. Cada uma delas recebeu, via *WhatsApp*, com pelo menos 24 horas de antecedência, um *link* de acesso ao *Google Meet*, plataforma virtual selecionada para a coleta de dados.

Antes de executar a coleta de dados propriamente dita, o pesquisador esclareceu eventuais dúvidas e reforçou a liberdade que cada possível participante possuía para se retirar do presente estudo a qualquer momento e

sem necessidade de justificativa. Com a manutenção da anuência e sua subsequente formalização, a coleta de dados teve início, sendo que as participantes foram orientadas a buscar um local reservado e seguro. Ressalte-se que o pesquisador comunicou-se via *Instagram* ou *WhatsApp* com 52 possíveis participantes, no total. Foram agendadas 34 entrevistas, mas 11 não foram realizadas, por desistência das possíveis participantes. Como mencionado, o número de participantes foi definido com base no critério de saturação. Logo, a coleta de dados foi interrompida, acompanhando Saunders *et al.* (2018), quando verificou-se que o material obtido era suficiente para responder ao objetivo do presente estudo.

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a março de 2024, e foi precedida por um estudo-piloto, desenvolvido com duas mulheres com fibromialgia, cujas entrevistas foram descartados, como geralmente ocorre quando se utiliza essa estratégia metodológica. Todavia, cumpre assinalar que o estudo-piloto demonstrou a adequação do roteiro semiestruturado. A coleta de dados foi gravada em áudio, sendo que durou, em média, 46 minutos com cada participante. Cabe enfatizar que o pesquisador priorizou uma atitude acolhedora e amigável frente às participantes, em consonância com as recomendações de Fontanella, Campos e Turato (2006). Ressalte-se, por fim, que o pesquisador possuía experiência com a realização de entrevistas individuais e informou as participantes sobre sua profissão.

4.4 Análise de dados

Inicialmente, as gravações das entrevistas foram transcritas de maneira literal e integral. Na sequência, os dados oriundos da primeira parte do roteiro semiestruturado foram organizados, originando, assim, as Tabelas 1 e 2, já apresentadas. Os dados oriundos da segunda parte do roteiro semiestruturado foram, então, avaliados de acordo com os procedimentos metodológicos utilizados por Silva *et al.* (2018). Desse modo, as informações fornecidas pelas participantes acerca de cada um dos quatro setores discriminados pela EDAO-R foram classificadas como indicativas de três modalidades de adaptação, a saber: (a) Adequada, (b) Pouco adequada ou (c) Pouquíssimo

adequada. Os critérios empregados para tanto foram aqueles citados anteriormente, a propósito do marco teórico do presente estudo, sendo que, no que diz respeito à última modalidade de adaptação, foi sinalizada a ocorrência de crise, quando cabível.

Na etapa subsequente, procedeu-se a quantificação das modalidades de adaptação concernentes aos setores Afetivo-relacional e Produtividade. Os seguintes parâmetros foram utilizados nesse processo: (a) para Adaptação adequada foram atribuídos 3 pontos no setor Afetivo-relacional e 2 pontos no setor Produtividade, (b) para Adaptação pouco adequada foram atribuídos 2 pontos no setor Afetivo-relacional e 1 ponto no setor Produtividade e (c) para Adaptação pouquíssimo adequada foram atribuídos 1 ponto no setor Afetivo-relacional e 0,5 pontos no setor Produtividade. Por fim, a pontuação total obtida por cada participante foi calculada, como recomenda Simon (2005), a fim de possibilitar a definição do respectivo diagnóstico adaptativo, reconhecendo-se cinco modalidades: (a) Adaptação eficaz (5 pontos), (b) Adaptação ineficaz leve (4 pontos), (c) Adaptação ineficaz moderada (3 ou 3,5 pontos), (d) Adaptação ineficaz severa (2 ou 2,5 pontos) e (e) Adaptação ineficaz grave (1,5 ponto).

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 75000623.6.0000.5152) e obteve a devida aprovação (Parecer 6.538.252), de acordo com as exigências estabelecidas pela legislação vigente no Brasil. Vale destacar que, além dos cuidados éticos já citados no tópico *Coleta de dados*, foi assegurado que todas as providências possíveis seriam tomadas para preservar o sigilo quanto à identidade das participantes. Também é importante frisar que as participantes foram informadas de que poderiam receber um atendimento psicológico focal, a ser prestado gratuitamente pelo pesquisador, com a finalidade específica de promover a ventilação dos sentimentos suscitados, se a coleta de dados lhes causasse qualquer espécie de desconforto emocional.

5. RESULTADOS

Os resultados serão veiculados a seguir em tabelas referentes às modalidades de adaptação apresentadas individualmente pelas participantes do presente estudo, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo. Também serão apresentados em tabelas relatos representativos de cada uma delas, a fim de ilustrar e contextualizar esses resultados. Na sequência, serão veiculados os resultados gerais, considerando as participantes como um todo.

5.1 Resultados individuais

5.1.1 Participante 1

Tabela 3. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 1, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouco adequada	1 pontos
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz moderada	

Tabela 4. Relatos representativos da Participante 1, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu tenho um problema com depressão e tudo mais, tô aprendendo a lidar com ela, já tomei muito remédio, você pira, não dorme direito, você pira. Eu já entrei em um estado que eu achava que tinha que morrer, porque eu estava fazendo até mal para o meu filho. Eu fiquei um mês internada em uma clínica, porque, se eu não tivesse feito isso, eu teria me matado”
Produtividade	“[A fibromialgia] afetou minha memória, não sei se pelo medicamento, da dor, porque não dorme, [...] no trabalho, meu Deus, como me afetou, quantas vezes eu tive que faltar, ir pro hospital, porque eles tinham que me dar injeção, nunca fui compreendida [...] Eu perdi muito tempo, perdi muita oportunidade, perdi por estar em licença. Teve umas das primeiras evoluções [...] eu sei que eu ia me dar bem, ia dar aumento de 5%, e eu fui impedida de evoluir na minha carreira, [porque era] vista com maus olhos por colegas”
Orgânico	“Com o passar do tempo, eu não sei se é por causa da dor, se é por não dormir, ela [fibromialgia] começa a te dar outros tipos de doença. Ela te incapacita de alguma forma, começa a doer nas juntas do joelho, começa a apresentar outros tipos de doenças. Porque os corticoides engordam, os antidepressivos destroem o estômago”

Sociocultural	“Agora eu deixo de sair com um monte de gente, eu tô ficando uma pessoa sem ninguém [...]. Dançar, que eu gostava, agora já não consigo mais” “[A fibromialgia] prejudicou nossa relação [...] Ele [filho] queria me abraçar, eu permitia, mas ele queria ficar mais do que eu suportava, é demorado, eu amo, sabe quando você tem um amor tão grande, mas se demorar demais o abraço, você não vai suportar?”
---------------	--

5.1.2 Participante 2

Tabela 5. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 2, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave (em crise)	

Tabela 6. Relatos representativos da Participante 2, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“[...] Por causa do complexo de inferioridade, eu acarretei outras dores, outros sofrimentos [...] e agora tá bem difícil” “Eu acredito que a baixa autoestima me atrapalha bastante e ela interfere muito no meu dia a dia” “Não consigo confiar em mim, na minha capacidade” “Eu tenho muitos medos”
Produtividade	“Eu trabalhava como cabeleireira, manicure e depiladora quando fui diagnosticada. Então eu fazia escova, progressiva e alisamentos [...]. Só que eu perdi a força nos braços, eu não conseguia mais segurar o secador. E as escovas começaram a cair das minhas mãos, eu não tinha mais força para manejar o alicate para fazer as cutículas”
Orgânico	“Para mim, foi principalmente [o impacto físico da fibromialgia] nos braços. Nos braços, nas mãos, como eu sou extremamente ansiosa, tenho muitas contraturas, e essas contraturas me causam muita dor, muita fraqueza, eu não tenho força nos braços agora, nos últimos dias, eu, eu estava tendo... como é que chama? Me foge as palavras... espasmos musculares, uma fraqueza, parece que eu não tenho força para levantar os braços”

Sociocultural	“As pessoas se afastaram de mim porque eu me queixava muito, porque o assunto era repetitivo. E aí eu reclamava demais de tudo, e principalmente das dores, então as pessoas se afastaram de mim, aí voltou o sentimento de rejeição e as dores aumentaram, basicamente”
---------------	--

5.1.3 Participante 3

Tabela 7. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 3, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz moderada	

Tabela 8. Relatos representativos da Participante 3, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Não tem nem como explicar. [Eu me sinto] meia esquisita, parece que eu tô dentro de um buraco, sei lá, dentro de alguma coisa. [A fibromialgia] atingiu muito a saúde mental, muito”
Produtividade	“Acabei tendo que ficar em casa, deixei de trabalhar, de ser babá também [depois do adoecimento]. Hoje corro atrás do meu benefício por invalidez” “Em casa mesmo eu não faço mais as atividades que fazia antes, não tenho mais aquele pique que eu tinha antes. Não consigo mais fazer uma faxina, pegar e terminar. Sempre faço aos poucos, porque a cansa, a dor é insuportável. Isso afetou muito”
Orgânico	“Tenho bico de papagaio, hérnia de disco, lombalgia, tendinite no braço, no ombro esquerdo, tenho no quadril, tenho enxaqueca crônica, tenho labirintite, ai, são tantas coisas que acabam é, às vezes até esquecendo. É zumbido, é o tempo todo a dor de cabeça é diariamente, tontura, e dores nas costas”
Sociocultural	“Não tenho essas amizades [Minha relação] é com meu esposo, com a minha mãe... Vou sempre na casa da minha mãe, com a minha irmã. Não tem [amizade] assim, de vizinhos, de amigos na minha casa”

5.1.4 Participante 4

Tabela 9. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 4, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave	

Tabela 10. Relatos representativos da Participante 4, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu tenho crise de depressão [...], eu quero ficar isolada” “[...] Tem horas que não quero conversar com ninguém, as pessoas não me entendem” “[...] Praticamente não tenho satisfação com a vida que eu levo. Tem faltado muito isso pra mim, prazer na vida, prazer em viver”
Produtividade	“Minha produção, caiu bastante. Quando eu tô em crise, [como na] semana passada, eu passei segunda, terça feira, sem conseguir ir trabalhar, não consegui” “Tenho medo de ficar dependente, de perder meu emprego”

Orgânico	“As dores eu sinto todo dia, acordo e vou me deitar com elas. O único momento, quando eu não sinto dor, é durante o sono, [mas] não tenho sono reparador, dificilmente durmo a noite toda. Tem momentos de crise, de dores fortes, eu saí essa semana de uma crise forte que eu tive de ir ao posto de saúde dois dias seguidos tomar Tramadol na veia”
Sociocultural	“Eu tenho me isolado muito. Eu tenho uma, duas amigas que falam que entendem, mas eu não gosto de estar [com elas]. Eu sou muito introvertida [...]”

5.1.5 Participante 5

Tabela 11. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 5, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave (em crise)	

Tabela 12. Relatos representativos da Participante 5, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Quando eu acho que tô tendo uma evolução, vem uma crise e me derruba” “Tem hora que eu não tenho vontade de interagir com ninguém” “Você começa a perder, não sei se é alegria de viver o momento, mas quando sente dor, você perde a vontade”
Produtividade	“Eu perdi meu serviço por causa dos atestados que eu dava, né? O meu patrão acabou me dispensando pelos atestados que eu dava e a impossibilidade de trabalhar [...] Eu não consigo limpar uma casa, eu não consigo lavar uma louça. Tipo, eu ponho uma roupa na máquina, e meu pai é que coloca no varal, sabe?” “[A fibromialgia me] Destruiu. Não consigo fazer nada. Não consigo”
Orgânico	“[Sou] cheia de dor. [...] Meus dedos da mão estão inchados. O meu PCR está alto. O meu VHS de 69 foi para 61” “Eu já sou obesa. Me colocaram até no negócio de fazer bariátrica e eu morro medo”
Sociocultural	“Família, para mim, é eu, meu pai, meu filho, meus netos, minha nora. As pessoas que se importam, sabe?” “Tenho uma amiga minha que a gente ficou até ficou um tempo sem se falar [...] Mas a gente voltou”

5.1.6 Participante 6

Tabela 13. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 6, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico,	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave (em crise)	

Tabela 14. Relatos representativos da Participante 6, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu fiquei praticamente três meses em casa com os sintomas da fibromialgia [...] e o meu emocional não ajudava, sabe? Assim, de ficar falando que que ia morrer. Eu queria acabar com tudo isso, acabar com essas dores, com esse estado emocional depressivo” “Se eu tinha uma vitalidade, a fibromialgia veio e tirou. Isso e aquela sensação de você querer viver, de querer estar com amigos. É uma ansiedade muito grande [...] É tão desgastante”

Produtividade	“Deu outra crise em outubro. Daí a chefia, em novembro, pediu para eu sair [...] Falei: não, não está acontecendo isso comigo”
Orgânico	“Eu tenho diabetes, né? E o colesterol alto. É por cima, uma doença com a outra” “Quando eu tenho crise muito forte de dor, eu tenho que para tomar uma injeção. Daí essa injeção vai me deixar praticamente imóvel”
Sociocultural	“[Depois da fibromialgia] até os amigos eu não tenho mais. Não tenho amizade para sair”

5.1.7 Participante 7

Tabela 15. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 7, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz severa	

Tabela 16. Relatos representativos da Participante 7, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Fibromialgia não é só as dores, não. É depressão mesmo. Se eu não tomar o remédio um dia, já começo aquela tristeza. É uma agonia no meu coração... Me dá aquele negócio, tipo medo, sabe? É uma coisa muito, muito ruim. Só quem passa é quem sabe” “Não tenho mais alegria, sabe?”
Produtividade	“Eu tenho um trabalho e várias coisas eu já não consigo mais fazer, entendeu? Me abaixar, pegar coisas pesadas, eu não tenho mais força nos braços. Então, ela [fibromialgia] me atingiu demais, demais, sabe? Porque eu sinto dor em quase todas as partes do meu corpo”
Orgânico	“Eu tomo remédio para depressão. Eu faço tratamento com vários psiquiatra, psicólogo, cardiologista [...] porque quando vem as dores, não é só uma coisa que atinge. A pressão aumenta” “Eu não consigo dormir de jeito nenhum” “Eu não consigo comer nada que tem muito cheiro”
Sociocultural	“Eu vivo uma vida meio... Vou para a casa da minha mãe. Vou para a igreja no final da semana. Na semana eu trabalho e volto para casa. Trabalho e volto para casa. Entendeu?”

5.1.8 Participante 8

Tabela 17. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 8 por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz moderada	

Tabela 18. Relatos representativos da Participante 8, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Meu filho, às vezes, a gente marca: vamos na praia!. E, às vezes, não dá para ir, porque naquele dia eu não estou bem. Então, assim, não é sempre que eu atendo as expectativas, talvez, de estar com a família num outro ambiente, que não seja em casa, né?”
Produtividade	“[A fibromialgia] afetou a minha profissão, né? Praticamente, eu não exerço a minha formação. Eu faço pequenos bicos, não posso exercer de forma efetiva e até mesmo para buscar outras vertentes, outros meios de trabalho, afetou muito a minha memória, o meu estado de ânimo de assimilar”

Orgânico	“Todo dia eu acordo bem debilitada, né? Passo o dia, assim, forçando um pouquinho para fazer as minhas coisas, né? Então, a fibromialgia debilita bastante” “Tenho conseguido dormir. Não é um sono de qualidade, né? Não me sinto descansada, mas eu consigo pegar no sono” “[A vida sexual] tem momentos que fica difícil”
Sociocultural	“Eu tenho amigos, mas eu não tenho uma natureza muito de desabafar, não [...] Eu sou uma pessoa mais em introspectiva mesmo. Quando eu tô triste ou alguma coisa assim, eu fico mais quieta”

5.1.9 Participante 9

Tabela 19. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 9, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz severa	

Tabela 19. Relatos representativos da Participante 9, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Tem situações que eu não consigo, não consigo conversar [...] Eu tenho vontade de chorar com muita coisa”
Produtividade	“No trabalho, foi frustrante demais [depois do adoecimento]. Até hoje, eu acho que eles [colegas de trabalho] não entendem o que é fibromialgia” “Hoje eu estou afastada, penso até em não voltar para a empresa por conta de tudo isso, e não sei daqui para frente como que vai ser”
Orgânico	“Eu tenho hérnia de disco, tenho abaulamento, tenho condropatia nos dois joelhos e tendinopatia nos dois pés. E tenho hipertensão. Além de tudo isso, eu fui diagnosticada também com ansiedade” “[...] Você deita de um lado, dói, deita do outro, dói, aí dá calafrio, dá formigamento nos braços, nas pernas” “Muitas vezes dá enjoo, você não consegue comer, então [a fibromialgia afeta] a sensibilidade no estômago, tem coisa que você come que mexe com seu intestino”
Sociocultural	“Eu perdi muitos amigos por conta disso [fibromialgia]” “Eu tenho a impressão que as pessoas estão olhando para mim [...] Tem gente que olha e faz caras e bocas”

5.1.10 Participante 10

Tabela 20. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 10, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz moderada	

Tabela 21. Relatos representativos da Participante 10, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“[...] Eu tenho uma neurosezinha com meu peso” “Olha, às vezes eu fico um pouco revoltada” “Eu não quero ser uma pessoa reclamona. Mas eu reclamo. Eu sei que eu reclamo [...] Eu já tenho uma inclinação ao pessimismo”
Produtividade	“[...] O meu trabalho é eminentemente sentada. E, se eu estou com a minha lombar doendo, é muito difícil eu ficar sentada o tempo todo. Eu preciso fazer audiência. E às vezes eu não consigo dirigir para chegar no fórum. [A fibromialgia] Impacta na

	qualidade do meu trabalho, porque diminui a minha concentração, diminui o meu foco”
Orgânico	“[...] Eu já tinha um bruxismo severo [antes da fibromialgia]” “Eu faço caminhada e os pés formigam” “E a insônia, que está comigo pela minha vida toda”
Sociocultural	“Quando eu estou em crise, eu realmente não quero sair, não quero conversar [...] Não tem como eu socializar com dor [...] “Porque ninguém vê que você está com dor, né? Você não tem uma deformidade”

5.1.11 Participante 11

Tabela 22. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 11, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz severa	

Tabela 23. Relatos representativos da Participante 11, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu não sou mais alegre, brincalhona, hoje sou mais quieta, calada, triste. Tô falando aqui com você, mas toda hora vem um nó na garganta. Não é fácil” “[...] Eu já tinha tido depressão duas vezes [...] E em novembro eu acabei tentando suicido, não só pela fibromialgia, mas pelas coisas que ela me trouxe, principalmente o impacto familiar [...] Você ser desacreditada, pelos irmãos, pai, mãe, e isso impactou muito a minha vida”
Produtividade	“Eu era uma pessoa mais ativa [antes da fibromialgia] Fazia muito trabalho pra fora, fora o meu trabalho de servidora pública, dirigia bastante pra ir até meus clientes [...] Hoje é mais limitado”
Orgânico	“[...] Eu tenho problema sério pra dormir e tomo medicação” “[...] Eu não tenho quase apetite, não tenho vontade de comer” “[...] As medicações [utilizadas no tratamento da fibromialgia] estavam afetando muito a minha libido, eu não conseguia mais [manter relações sexuais]”
Sociocultural	“[A fibromialgia] Afetou nas relações, marido e esposa [...] Na relação social, é difícil você conviver com dor e as pessoas olharem pra você e dizer que você não está bem e falar que aquilo ali

	é coisa da sua cabeça. Já ouvi de muitas pessoas pra fazer caminhada, atividade física. É difícil você conviver com isso, você acaba se afastando mesmo por conta do que você escuta. Você se coloca em cheque. Será mesmo que sinto dor? Eu já cheguei a duvidar de mim mesma, por várias vezes”
--	--

5.1.12 Participante 12

Tabela 24. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 12, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz moderada	

Tabela 25. Relatos representativos da Participante 12, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“De um tempo pra cá, eu acho que eu fiquei mais rabugenta [...] Eu não quero conversar, quero me recolher, ficar no meu canto”
Produtividade	“Hoje eu já mudei meu ritmo. Na hora que começa a dor, eu paro, fico sentada, tomo medicamento [...] Antes eu não aceitava”
Orgânico	“Sinto muitas dores de manhã, fico muito endurecida, eu demoro pra voltar ao meu normal de novo. Três horas, mais ou menos” “[...] Eu tô dormindo bem só por causa do ansiolítico
Sociocultural	“[...] Eu já não tenho uma vida social, né? Depois que eu aposentei, eu já não saia de casa, agora [com a fibromialgia] é que eu não sei mesmo” “A minha família é bem participativa. Me ajudam quando eu não tô andando. Em casa tem um acolhimento da minha família”

5.1.13 Participante 13

Tabela 26. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 13, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz severa	

Tabela 27. Relatos representativos da Participante 13, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“[...] Como eu já tinha depressão, [a fibromialgia] só piorou um pouco, de não gostar de toque, que me pegue, me abrace, me toque, de lugar com muita gente” “[...] [A fibromialgia causa] um sentimento de impotência, tristeza, mágoa”
Produtividade	“Eu não tenho mais a concentração que eu tinha, eu me canso facilmente, eu me estresso muito rápido”

	“Uma casa que eu levava três horas pra limpar [antes do adoecimento], hoje eu demoro seis”
Orgânico	“[...] eu era uma pessoa muito ativa, não tinha limitação pra nada. Depois que eu descobri a fibromialgia, até no início dos sintomas, me sinto muito cansada, preciso parar, não consigo fazer no mesmo pique que eu sempre fiz” “Eu não tenho vida sexual” “Eu durmo bem pouco, eu durmo e acordo cansada, não é um sono gostoso, não descansa, a gente tá sempre cansada”
Sociocultural	“[...] eu me tornei mais fechada [depois do adoecimento], me fechei aos relacionamentos, eu não tenho, eu evito contato com qualquer outra pessoa. Eu não gosto de toque, de contato, eu falo que toque dói [...] Eu gostava de sair, me divertir, o que eu não gosto mais hoje”

5.1.14 Participante 14

Tabela 28. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 14, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Adequada	3 pontos
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz leve	

Tabela 29. Relatos representativos da Participante 14, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu tenho muitas amizades. Assim, [a fibromialgia] não me atrapalha em nada, a não ser quando eu tô em crise, entendeu? Mas eu já até saí com amigas passando mal”
Produtividade	“Mesmo com a dor eu procuro fazer [...] Eu tento fazer o meu melhor [no trabalho]” “Eu não consigo limpar a minha casa sozinha”
Orgânico	“Tenho lombalgia, túnel do carpo e desgaste no joelho”

	“[...] eu não consegui mais perder peso [depois do adoecimento]” “[...] a fibromialgia, o que ela mais perturba é o meu sono” “Quando a fibromialgia tá atacada, quero sair comendo”
Sociocultural	“Socialmente, teve uma época que [a fibromialgia] me afetou muito. Eu não queria ver ninguém, eu não queria sair de casa [...] Mas, a partir do momento que eu comecei a entender que aquilo não podia me paralisar, foi melhorando gradativamente” “Grupo, tipo assim, religioso, eu nunca participei”

5.1.15 Participante 15

Tabela 30. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 15, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave	

Tabela 31. Relatos representativos da Participante 15, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Hoje eu sou limitadíssima, limitadíssima” “[A fibromialgia] Te tira mesmo a sua autonomia, te tira o seu entusiasmo em relação à vida, né?” “Porque a fibromialgia também, ela apareceu em mim devido eu aguentar algumas coisas, o processo de luto, né? Eu perdi meu irmão, depois perdi minha mãe. Quatro meses depois eu perdi meu pai. E dez meses depois eu estava no divórcio, né?” “A minha mente entender que hoje eu dependo [de outras pessoas] é muito complicado. É muito difícil lidar”
Produtividade	“Desde que eu descobri a fibromialgia, impactou muito minha vida profissional. Estou afastada das minhas funções devido às dores que eu sinto e no meu dia a dia acabou me impossibilitando de fazer o que eu amo”
Orgânico	“Vivo com a depressão” “Não tenho possibilidade de fazer [diversas atividades] devido à dor, devido à fadiga, aquele cansaço no meu corpo que parece que eu trabalhei muito, na realidade. Além disso, me afeta muito na minha concentração”

Sociocultural	“Até os meus filhos entenderem que eu não tinha mais aquela disposição de antigamente... Mas hoje a colaboração deles é imensa a respeito disso”
---------------	--

5.1.16 Participante 16

Tabela 32. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 16, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz severa	

Tabela 34. Relatos representativos da Participante 16, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu não gosto de depender [de outras pessoas]”
Produtividade	“Eu tô fazendo isso [trabalhando com home care]. Preferi porque é uma coisa mais devagar do que o técnico de enfermagem, que é o que eu gosto. Eu tenho que ter mais força, mais habilidade, né?”

Orgânico	“A fadiga, o cansaço excessivo [...] Prejudica sim, 90% da minha vida no dia a dia”
Sociocultural	“Eu estou evitando bastante porque eu sinto muito cansaço, então prefiro não sair tanto que nem eu saí antes. Antes eu tinha, assim, uma rotina bem agitada”

5.1.17 Participante 17

Tabela 35. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 17, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave (em crise)	

Tabela 36. Relatos representativos da Participante 17, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu sempre fui muito ativa, de gostar de tudo limpinho, organizadinho, arrumadinho. E eu não tô dando conta mais. Isso me deixa triste, entendeu?” “[...] Eu não tenho condições emocionais, psicológicas”
Produtividade	“Eu sempre trabalhei muito, muito, muito. E gosto de trabalhar [...] Hoje em dia, eu não consigo me concentrar para estudar e trabalhar”

Orgânico	“Eu estou com problema no meu lado direito, na minha perna direita. Eu ando puxando essa perna. Minha perna afinou, perdeu massa”
Sociocultural	“Eu não tenho convívio social. Uma festa em família, uma coisa assim, dificilmente eu vou. Dificilmente. A igreja, que eu ia todos os domingos, eu não vou mais [depois do adoecimento]”

5.1.18 Participante 18

Tabela 37. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 18, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz severa	

Tabela 38. Relatos representativos da Participante 18, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu faço pinturas [...] Mexo muito com isso que, assim, me distrai bastante. É como se eu não estivesse ali no meu mundo, sabe?”
Produtividade	“[A fibromialgia] afetou em tudo [em relação ao trabalho e demais atividades] [...] Eu não sinto mais segura do que eu vou fazer” “Às vezes dá um branco, eu me perco [no que estou fazendo]”
Orgânico	“É questão de ansiedade, de pânico, essas coisas. Porque [a fibromialgia] me afeta muito” “Já tem 5 anos, mais ou menos, que eu venho sofrendo de muitas dores” Acordo na metade da noite, não durmo mais”
Sociocultural	“Assim, eu tenho companhia, mas não tenho apoio. Entendeu? Eu não tenho apoio. E, às vezes, é muito complicado, porque a fibromialgia, você tem que ter apoio. E, quando você não tem apoio, é muito difícil. Aí, em casa mesmo, sou eu pra tudo” “Eu não saio só, porque eu tenho muito medo de sair só”

5.1.19 Participante 19

Tabela 39. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 19, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouco adequada	1 ponto
Orgânico	Pouco adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz moderada	

Tabela 40. Relatos representativos da Participante 19, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“[...] [A fibromialgia] te limita muito, então te dá um baque, assim, emocional, porque a tua mente fica muito cansada, muito cansada. Então isso te leva, no meu caso, me leva a episódios de ficar deprimida”
Produtividade	“Eu tive que reduzir muito as coisas que eu fazia, e isso é uma coisa que foi muito difícil também, porque eu era meio neurótica com arrumação de casa, com limpeza, e eu tive que aprender a lidar com isso também, mas afeta em tudo”

	“Tu voltar ao mercado de trabalho, depois com diagnóstico de fibromialgia, é praticamente impossível. Mas o trabalho voluntário hoje é essencial na minha vida. Acho que se eu tivesse que parar, seria muito pior”
Orgânico	“Eu tenho síndrome de intestino irritável, tenho bursite nos dois braços” “[Eu sinto] muita dor. E agora, do ano passado pra cá, piorou bastante. Bastante mesmo” “[Estou] Literalmente sem conseguir dormir”
Sociocultural	“O que me ajuda muito [...] é assim, eu tenho uma família maravilhosa. Meu marido trabalhou muito tempo na área da saúde [...] e ele estudou muito pra me ajudar. Ele é um marido muito parceiro. Eu tenho filhas gêmeas que são excelentes”

5.1.20 Participante 20

Tabela 41. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 20, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave	

Tabela 42. Relatos representativos da Participante 20, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“[Na fibromialgia] algo que muda muito é o psicológico, querendo ou não” “Eu vivi um casamento de oito anos com um pastor de uma igreja neopentecostal. E os meus problemas, posso dizer, psicológicos, começaram lá. Pela questão de muita pressão. A pressão psicológica era demais lá. E lá envolve muita questão financeira. O pastor tem que dar resultado financeiro. E a gente era cobrado. Aí eu já ficava preocupada de ver aquela situação”

Produtividade	“[A fibromialgia prejudicou] Bastante, ao ponto de hoje eu estar mudando de profissão. De hoje eu atender como massoterapeuta o mínimo possível e de não querer mais essa profissão que eu amo tanto. E dentro de casa, com atividade doméstica, impactou muito”
Orgânico	“Eu tenho compulsão alimentar [...] Eu tinha emagrecido 20 quilos e já engordei 10” “Eu acordo de madrugada” “Eu tenho síndrome do intestino irritável [...]”
Sociocultural	“Antes de eu ter o diagnóstico [de fibromialgia] eu sempre fui aquela pessoa que as pessoas ficaram me apontando”

5.1.21 Participante 21

Tabela 43. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 21, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouquíssimo adequada	1 ponto
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouquíssimo adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz grave	

Tabela 44. Relatos representativos da Participante 21, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Eu sempre fui uma pessoa muito independente [...] Eu fui criada para ser forte, não precisar de ninguém. Aí, quando você adocece... [...] Você passa a precisar das pessoas. Então afeta... Afeta sim”
Produtividade	“[...] Eu tenho vontade de voltar a trabalhar, porque faltam só seis anos para eu me aposentar [...]. Mas eu vou te dizer a verdade... Eu não acredito que eu volte a trabalhar”
Orgânico,	“Eu tive obesidade [...] aí eu fiz bariátrica. E o bariátrico, ele possui muita anemia e a anemia dá dor no corpo”
Sociocultural	“Eu não tenho vontade de ligar para ninguém, não tenho vontade de conversar com ninguém [...] Hoje em dia, eu tenho muita vontade de ficar no silêncio [...] Às vezes, a pessoa não entende, e às vezes eu não estou afim de nada, eu não quero um assunto, eu não quero conversar [...]”

5.1.22 Participante 22

Tabela 45. Modalidades de adaptação apresentadas pela Participante 22, por setores discriminados pela EDAO-R, com pontuações e diagnóstico adaptativo

Setor	Modalidade de adaptação	Pontuação
Afetivo-Relacional	Pouco adequada	2 pontos
Produtividade	Pouquíssimo adequada	0,5 ponto
Orgânico	Pouquíssimo adequada	
Sociocultural	Pouco adequada	
Diagnóstico adaptativo	Adaptação ineficaz severa	

Tabela 46. Relatos representativos da Participante 22, por setores discriminados pela EDAO-R

Setor	Relatos representativos
Afetivo-Relacional	“Foi bem difícil [o impacto psicológico da fibromialgia]. Passei por tratamento psiquiátrico por muitos anos. Até que eu comecei a participar de uma questão religiosa e voluntária, que aí eu me abri mais pra espiritualidade, que me ajudou bastante a entender certas coisas”
Produtividade	“Foi bem difícil, bem difícil. Eu estava trabalhando [...] E eu tive que trocar de setor porque meu chefe não entendia o que eu tinha, achava que era frescura”

Orgânico	“Eu uso venlafaxina [para o tratamento de depressão], 75 miligramas, eu tomo um comprimido de manhã, e eu tomo os 2 comprimidos de pregabalina [para o tratamento da dor], 150 miligramas, um de manhã e de noite. Eu tenho, em função da medicação [...] gordura no fígado”
Sociocultural	“[A fibromialgia] impacta muito na minha vida social. Eu tenho o meu marido e a minha mãe. Então, assim, na minha vida social impacta muito”

5.2 Resultados gerais

Tabela 45: Distribuição das participantes, por modalidade de adaptação no setor Afetivo-Relacional

Modalidade de adaptação	Participantes
Adequada	1 (Participante 14)
Pouco adequada	9 (Participantes 1, 3, 8, 10, 12, 18, 19, 20 e 22)
Pouquíssimo adequada	12 (Participantes 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17 e 21)

Tabela 46: Distribuição das participantes, por modalidade de adaptação no setor Produtividade

Modalidade de adaptação	Participantes
Adequada	-
Pouco adequada	12 (Participantes 1, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19)
Pouquíssimo adequada	10 (Participantes 2, 4, 5, 6, 15, 17, 18, 20, 21 e 22)

Tabela 47: Distribuição das participantes, por modalidade de adaptação no setor Orgânico

Modalidade de adaptação	Participantes
Adequada	-
Pouco adequada	10 (Participantes 2, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18 e 19)
Pouquíssimo adequada	12 (Participantes 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 15, 20, 21 e 22)

Tabela 48: Distribuição das participantes, por modalidade de adaptação no setor Sociocultural

Modalidade de adaptação	Participantes
Adequada	-
Pouco adequada	10 (Participantes 1, 3, 5, 10, 14, 15, 16, 19, 20 e 22)
Pouquíssimo adequada	12 (Participantes 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 18 e 21)

Tabela 49. Distribuição das participantes, por diagnóstico adaptativo

Diagnóstico adaptativo	Participantes
Adaptação eficaz	0
Adaptação ineficaz leve	1 (Participante 14)
Adaptação ineficaz moderada	6 (Participantes 1, 3, 8, 10, 12 e 19)
Adaptação ineficaz severa	7 (Participantes 7, 9, 11, 13, 16,18 e 22)
Adaptação ineficaz grave	8 (Participantes 2, 4, 5, 6, 15, 17, 20 e 21)

6. DISCUSSÃO

6.1 Setor Afetivo-Relacional

Como já exposto, a adaptação das participantes do presente estudo no setor Afetivo-Relacional foi enquadrada, majoritariamente, como pouquíssimo adequada (n=12). Nos casos restantes, a classificação foi pouco adequada (n=9) ou adequada (n=1). Portanto, os resultados revelam que as participantes, salvo uma única exceção, se sentiam insatisfeitas, em maior ou menor grau, com a própria vida sentimental e com os vínculos que mantinham, pois avaliavam que eram afetadas por tensões e frustrações com as quais não estavam conseguindo lidar devidamente, sobretudo em virtude de problemas supostamente associados à fibromialgia.

Acerca da vertente intrapessoal do setor Afetivo-Relacional, os achados do presente estudo vão ao encontro daqueles obtidos por outras pesquisas, como aquela desenvolvida quantitativamente na Espanha por Lavín-Pérez *et al.* (2023), em que foi constatado que muitas mulheres com fibromialgia possuem autoeficácia reduzida – ou seja, depositam pouca confiança em suas capacidades – e, como consequência, não realizam atividades físicas, em contraste com o que recomendam os profissionais de saúde. Algo semelhante foi verificado na pesquisa qualitativa executada no Brasil por Oliveira *et al.* (2019), pois as autoras observaram que mulheres acometidas pela síndrome frequentemente se caracterizam por uma autoestima frágil e dependem de uma autoavaliação mais positiva para apresentar maior adesão a práticas de autocuidado.

Os relatos representativos do setor Afetivo-Relacional veiculados pelas participantes 1, 4, 6, 11 e 13, dentre outras, colocam em relevo o fato de que queixas de natureza depressiva permeiam os dados do presente estudo. Isso já era esperado, a julgar pelo fato de que, conforme mencionado anteriormente, estima-se que em cerca de 38% dos casos a fibromialgia e a depressão ocorram juntas (FITZCHARLES; PERROT; HÄUSER, 2018). A gravidade da depressão, inclusive, representa um fator prognóstico para a síndrome e deve ser considerada na elaboração de propostas de intervenção, segundo

Heymann *et al.* (2017). Ademais, sintomas depressivos são valorizados em termos diagnósticos desde a divulgação dos critérios estabelecidos pela ACR em 2010 e revisados em 2011 (GALVEZ-SANCHEZ; PASO, 2020).

Outro ponto a ser considerado é que, acompanhando a revisão sistemática da literatura realizada por Yepez *et al.* (2022), uma pessoa diagnosticada com depressão tem maior chance de desenvolver fibromialgia em algum momento da vida, e vice-versa, o que configura uma relação bidirecional. Logo, as autoras defendem que a fibromialgia e a depressão compartilham de certos mecanismos fisiopatológicos, de modo que os tratamentos devem ser integrados. Nesse sentido, é importante reafirmar que, como exposto previamente, os antidepressivos – em particular aqueles da classe dos tricíclicos – têm sido amplamente empregados no tratamento farmacológico de pacientes com fibromialgia e podem auxiliar na redução da dor e na melhora do sono (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018).

Cabe aqui realçar que o setor Afetivo-Relacional, como definido por Simon (1989), possui um caráter, ao mesmo tempo, intrapessoal e interpessoal. Em essência, o mesmo se aplica à imagem corporal, concebida como uma figuração do corpo na mente, ou seja, como um fenômeno de interface entre representação e experiência (CASETTO, 2015). Os relatos representativos do setor Afetivo-Relacional apresentados pelas participantes 2, 3, 6 e 10, dentre outras, sinalizam, ainda que em suas entrelinhas, que as mesmas experimentam um pronunciado sentimento de inferioridade e inadequação, e não apenas quanto a seus atributos corporais. Portanto, o modo como tais participantes representa o próprio corpo é fundamentalmente negativo.

Esse achado é relevante na medida em que, para Schilder (2000), a imagem corporal, além de possuir uma faceta experiencial, proporciona coordenadas para as relações que qualquer pessoa estabelece com o ambiente em que está inserida. A adaptação de uma parcela das participantes do presente estudo tende, então, a ser dificultada devido à influência dessa variável, proposição essa que está em harmonia com as conclusões do estudo de Peres, Costa e Santos (2020), que tematizou especificamente esse assunto

e foi realizado no Brasil. Os autores observaram que mulheres com fibromialgia comumente se caracterizam por concepções internalizadas pouco favoráveis sobre si mesmas, as quais testemunham uma marcante sensação de perda da vitalidade, tanto física quanto psíquica.

No tocante à vertente interpessoal do setor Afetivo-Relacional, os resultados obtidos no presente estudo igualmente sinalizam convergências frente às descobertas de pesquisas prévias ao reforçar que o adoecimento por fibromialgia tende a gerar desgastes relacionais importantes. Em uma dessas pesquisas, desenvolvida qualitativamente no Reino Unido, por Brown (2021), verificou-se que mulheres acometidas pela síndrome, devido à invisibilidade de seus sintomas, frequentemente não têm suas demandas de saúde legitimadas por boa parte das pessoas com as quais convivem, o que suscita uma incômoda sensação de marginalização e um conduz ao isolamento, voluntário ou involuntário.

Com concordância com essa tese, a pesquisa qualitativa realizada na França por Aïni, Curelli-Chéreau e Antoine (2010) revelou que a frequência dos encontros com amigos e familiares diminuiu de forma expressiva depois que uma pessoa recebe o diagnóstico de fibromialgia. No entanto, deve-se sublinhar que o distanciamento associado à síndrome tende a ocorrer inclusive frente aos familiares que vivem na mesma residência. Afinal, as pesquisas qualitativas executadas na Espanha por Canales *et al.* (2024), na Colômbia por Mazo e Estrada (2019) e na África do Sul por Cooper e Gilbert (2017) revelaram, de modo geral, que mulheres com fibromialgia avaliam negativamente o suporte marital e filial que recebem em prol do enfrentamento das dificuldades desencadeadas pelo adoecimento e sentem que seus sintomas são encarados com ceticismo.

6.2 Setor Produtividade

Cabe aqui lembrar que a adaptação das participantes do presente estudo no setor Produtividade foi classificada como pouco adequada (n=12) ou pouquíssimo adequada (n=10). Considerando que a maioria delas (n=15) exercia atividades profissionais remuneradas quando da coleta de dados, o

achado em pauta revela que essas participantes se sentiam insatisfeitas com as respostas pessoais que vinham apresentando frente às demandas laborais e vivenciam conflitos no ambiente de trabalho ou, na melhor das hipóteses, compreendiam que conseguiam encontrar algumas soluções para as dificuldades que enfrentavam nessa esfera da vida, mas as avaliavam como ineficazes. E a fibromialgia foi apontada como a principal fonte desse conjunto de problemas.

Isso já era esperado tendo em vista que, conforme Cordeiro (2023), os sintomas da síndrome tendem a prejudicar a capacidade para o trabalho de maneira significativa. No entanto, o autor alerta que a intensidade desse processo varia de um caso para o outro, em função de fatores individuais, como escolaridade, idade, adesão aos tratamentos e valores pessoais, da mesma forma que são decisivos fatores laborais, dentre os quais condições e relações de trabalho e presença de agentes estressores ocupacionais e riscos ergonômicos. Por outro lado, o estabelecimento de critérios de redução, modificação ou eliminação de tarefas laborais para pessoas com fibromialgia é complexo, devido às dificuldades inerentes à definição de seus limites biomecânicos (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

Em uma pesquisa epidemiológica realizada na Espanha, Collado *et al.* (2014) buscaram analisar o impacto da fibromialgia em termos familiares e laborais junto a uma amostra composta predominantemente por mulheres acometidas pela síndrome. Verificou-se que 34% dos participantes exerciam atividades profissionais remuneradas, sobretudo no setor de serviços, e 23% se ocupavam de atividades domésticas não remuneradas. Entretanto, destacou-se o fato de que 19% estavam aposentados por invalidez devido à fibromialgia, 11% estavam afastados do trabalho por incapacidade temporária igualmente em razão da síndrome e 13% estavam desempregados. Portanto, a referida pesquisa, em comparação com o presente estudo, reportou maior redução da aptidão laboral associada à fibromialgia.

Tal discrepância pode ser explicada com base na revisão sistemática da literatura desenvolvida por Palstam e Mannerkorpi (2017), de acordo com a qual tarefas laborais que requerem maior esforço físico ou mental são

especialmente problemáticas para pessoas com fibromialgia. As autoras também constataram que, junto a esse segmento populacional, o suporte de gestores é capaz de diminuir o risco de sobrecarga e, conseqüentemente, de afastamento por motivo de saúde, mas que, em muitos casos, se faz necessária a diminuição da jornada de trabalho ou até mesmo de mudança da área de atuação para viabilizar a manutenção do exercício das atividades profissionais sem incorrer no agravamento dos sintomas da síndrome.

Para finalizar a discussão dos resultados do presente estudo concernentes ao setor Produtividade, é pertinente mencionar a pesquisa qualitativa desenvolvida por Mannerkorpi e Gard (2012) na Suécia junto a mulheres com fibromialgia. Ocorre que a maioria das participantes dessa pesquisa reportou marcante piora do desempenho profissional após o adoecimento, em grande parte devido à dor, à fadiga e às dificuldades cognitivas relacionadas à síndrome, ou à necessidade de repouso frequente para atenuar tais sintomas. Queixas similares emergiram no presente estudo, como revelam os relatos representativos do setor Produtividade apresentados pelas participantes 4, 7, 8, 10, 12 e 17, dentre outras.

6.3 Setor Orgânico

A adaptação das participantes do presente estudo no setor Orgânico foi tipificada como pouquíssimo adequada (n=12) ou pouco adequada (n=10). Todas elas relataram que eram acometidas por outros problemas de saúde para além da fibromialgia, mas enfatizaram que a síndrome, por desencadear uma ampla gama de sintomas, seria a principal responsável pela condição física insatisfatória que vivenciavam. Outro ponto a ser considerado é que a maioria das participantes referiu a utilização de múltiplos medicamentos simultaneamente, salientando que tal prática, além de não atender às suas expectativas em termos do alívio da sintomatologia, produzia efeitos colaterais. Em suma: os resultados relativos ao setor Orgânico evidenciam a ocorrência de grandes dificuldades no tocante à apresentação de respostas adaptativas frente às demandas de saúde.

Achados equivalentes foram obtidos em uma pesquisa de base populacional conduzida no Brasil por Graminha *et al.* (2021) com intuito de investigar fatores relacionados à qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. Em linhas gerais, tal pesquisa verificou que quanto mais intensos os sintomas físicos da síndrome e maior a quantidade de fármacos consumidos, pior era a percepção da própria condição de saúde. De forma semelhante, a pesquisa desenvolvida na Espanha por Fernandez-Feijoo, Samartin-Veiga e Carrillo-de-la-Peña (2022) revelou que o consumo concomitante de múltiplos medicamentos e a intensidade da dor autorrelatada repercutem negativamente na qualidade de vida, porém não tanto quanto sintomas de ansiedade e depressão. Consequentemente, as autoras defenderam que os tratamentos da fibromialgia devem ter como metas centrais a redução do sofrimento psicológico e, adicionalmente, da multimedicação.

Também na Espanha, Costa *et al.* (2017) investigaram a função motora de um grupo de pacientes com fibromialgia e constataram a presença de déficits significativos na marcha e no equilíbrio. Verificou-se, igualmente, que diversos sintomas da síndrome – físicos e psíquicos – estavam associados a alterações da capacidade de execução de movimentos, simples e complexos, as quais tendem a dificultar a adesão a atividades físicas, a elevar os riscos de queda e a reduzir o envolvimento em atividades de vida diária. Os relatos representativos do setor Orgânico apresentados pelas participantes 1, 6, 8, 12, 13 e 15, dentre outras, sinalizam que o estado funcional das mesmas também constituiu um entrave quanto ao desenvolvimento de múltiplas tarefas cotidianas, em sintonia com o que foi demonstrado pela referida pesquisa.

Faz-se necessário ainda introduzir aqui a pesquisa comparativa assinada por Segura-Jiménez *et al.* (2015), a qual, como as duas supracitadas anteriormente, foi executada na Espanha. A saúde das participantes que integraram a subamostra de mulheres com fibromialgia nessa pesquisa mostrou-se comprometida nas dimensões física e psíquica, porém de modo mais acentuada na primeira do que na segunda. Em certo sentido, isso contrasta com o que foi verificado no presente estudo no que diz respeito aos resultados concernentes ao setor Orgânico. Todavia, na referida subamostra a

prevalência tanto de dor e fadiga quanto de ansiedade e depressão foi significativamente maior do que na subamostra de mulheres sem fibromialgia, ao passo que o mesmo não ocorreu quanto ao desempenho cognitivo.

6.4 Setor Sociocultural

Por fim, as participantes do presente estudo demonstraram adaptação pouquíssimo adequada (n=12) ou pouco adequada (n=10) no setor Sociocultural, o que revela que a maioria delas demonstrava importantes dificuldades quanto à inserção em diferentes grupos ou instituições e, em um sentido mais amplo, quanto à plena participação comunitária. A fibromialgia seria a principal causadora dessa situação, pois foram recorrentes as queixas de que a síndrome gerava acentuada indisposição, inviabilizando, assim, o cumprimento de diferentes compromissos, inclusive daqueles concernentes ao lazer. Além disso, muitas participantes referiram que se esquivavam do convívio social porque não se sentiam levadas a sério pelas pessoas em geral devido à invisibilidade de seus sintomas. Logo, essas participantes tendiam à evitação, considerada por Simon (2005) uma estratégia defensiva pouco adaptativa. Esse conjunto de resultados fica evidenciado quando observados os relatos representativos do setor Sociocultural apresentados pelas participantes 11, 16 e 21.

No que diz respeito ao setor Sociocultural, os resultados do presente estudo se alinham, em seus aspectos básicos, àqueles obtidos na pesquisa qualitativa realizada por Armentor (2017) nos Estados Unidos. A autora notou que muitas mulheres com fibromialgia sentem receio de que as pessoas com as quais convivem venham a demonstrar incompreensão frente às limitações associadas à síndrome. Por esse motivo, evitam falar sobre o assunto com aquelas que têm conhecimento do diagnóstico, bem como o escondem das demais. Além disso, a reavaliação dos papéis sociais desempenhados antes do adoecimento se revelou um processo frequente e necessário para viabilizar o gerenciamento dos relacionamentos interpessoais.

Na pesquisa qualitativa desenvolvida no Brasil por Oliveira *et al.* (2019) igualmente foi realçado que mulheres com fibromialgia comumente se deparam

com obstáculos que as impedem de desfrutar de muitas oportunidades oferecidas pela vida em comunidade. Em contrapartida, as autoras evidenciaram que uma intervenção grupal voltada à educação em saúde é capaz não apenas de fomentar a aquisição de informações que podem impulsionar o bem-estar, mas também de proporcionar voz a esse segmento populacional e viabilizar a troca de experiências, culminado em empoderamento. Maior disponibilidade tanto para o convívio social quanto para a execução de práticas de autocuidado se destacaram como desdobramentos, o que sinaliza possíveis contribuições desse tipo de intervenção para a qualidade de vida.

O suporte de pares foi reconhecido pelas participantes do presente estudo como um importante caminho para a construção de laços sociais. Porém, em contraste com o que seria esperado, foram pontuais as menções à presença em ambientes digitais voltados a pessoas acometidas pela síndrome. Afinal, uma pesquisa netnográfica assinada por Moretti, Silva e Novoa (2018), constatou que internautas – sobretudo do sexo feminino – vinculadas a uma comunidade temática brasileira no *Facebook* sentiam que aquele era o único espaço em que podiam desabafar sobre as dificuldades que vivenciavam por conta do adoecimento. A pesquisa realizada por Crump e LaChapelle (2022) mediante o recurso à mesma metodologia chegou a uma conclusão bastante similar, pois demonstrou que, igualmente no *Facebook*, comunidades temáticas em língua inglesa proporcionam sensação de pertencimento e provém apoio social a pessoas com fibromialgia.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respondendo ao objetivo geral do presente estudo, constatou-se que o diagnóstico adaptativo mais frequente entre as participantes foi Adaptação ineficaz grave (n=8), seguido de Adaptação ineficaz severa (n=7) e Adaptação ineficaz moderada (n=6). Portanto, é possível propor que, para maioria delas, o enfrentamento das vicissitudes cotidianas como um todo se mostrava bastante árduo, em particular devido ao impacto do adoecimento. Além disso, verificou-se que, predominantemente, as participantes demonstraram adaptação pouquíssimo adequada no setor Afetivo-Relacional (n=12), pouco adequada no setor Produtividade (n=12), pouquíssimo adequada no setor Orgânico (n=12) e pouquíssimo adequada no setor Sociocultural (n=12), o que responde ao objetivo específico do presente estudo e sinaliza que as respostas pessoais frente ao trabalho se caracterizaram por menor nível de comprometimento.

Os achados do presente estudo podem se revelar úteis para o aprimoramento de propostas de intervenção em saúde mental direcionadas a mulheres com fibromialgia. Considerando o diferencial daqueles relativos ao setor Produtividade, recomenda-se, mais especificamente, medidas preventivas, para que seja possível conciliar trabalho e saúde, ou iniciativas no sentido de viabilizar a concessão de afastamentos por incapacidade temporária ou aposentadorias por invalidez sem litigância. Não obstante, o presente estudo possui limitações que devem ser apontadas. Uma delas está relacionada o fato de que, por meio do emprego de um corte transversal, a coleta de dados se deu em um único momento. Os resultados obtidos, dessa forma, não revelam variações ao longo do tempo, sendo que, como já mencionado, a adaptação resulta de um processo contínuo.

Sugere-se, então, a realização de pesquisas longitudinais, as quais, inclusive, poderão subsidiar a avaliação de intervenções em saúde mental junto ao segmento populacional em pauta mediante a comparação de informações obtidas por meio da EDAO ou da EDAO-R. Outra limitação está relacionada ao fato de que houve certa heterogeneidade entre as participantes do presente

estudo quanto ao tempo de diagnóstico de fibromialgia. Pesquisas futuras, com amostras pareadas quanto a essa variável, poderão esclarecer se ocorre ou não um efeito cumulativo a propósito da adaptação no contexto da síndrome. Mas é preciso salientar que, como se sabe, geralmente o diagnóstico de fibromialgia é um processo complexo, de modo que se confirma apenas muitos meses, ou até anos, após o surgimento dos sintomas, sendo que, durante esse período, dificilmente tratamentos adequados são colocados em prática.

REFERÊNCIAS

AÏNI, K.; CURELLI-CHÉREAU, A.; ANTOINE, P. L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie: analyse qualitative. **Annales Médico-Psychologiques**, Paris, v. 168, n. 4, p. 255-262, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.11.022>. Acesso em: 01 ago. 2025.

ARIANI, A. *et al.* The Italian Society for Rheumatology clinical practice guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia: best practices based on current scientific evidence. **Reumatismo**, Pavia, v. 73, n. 2, p. 89-105, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.4081/reumatismo.2021.1362>. Acesso em: 01 ago. 2025.

ARMENTOR, J. L. Living with a contested, stigmatized illness: experiences of managing relationships among women with fibromyalgia. **Qualitative Health Research**, Utah, v. 27, n. 4, p. 462-473, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315620160>. Acesso em: 01 ago. 2025.

ARNOLD, L. M. *et al.* Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 73, n. 1, p. 114-120, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.005>. Acesso em: 01 ago. 2025.

ARNOLD, L. M. *et al.* AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. **The Journal of Pain**, Seattle, v. 20, n. 6, p. 611-628, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>. Acesso em: 01 ago. 2025.

ASHE, S. C. *et al.* A qualitative exploration of the experiences of living with and being treated for fibromyalgia. **Health Psychology Open**, London, v. 4, n. 2, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/2055102917724336>. Acesso em: 01 ago. 2025.

BECKER, N. B.; HELENO, M. G. V. A eficácia adaptativa em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 66, n. 145, p. 159-170, 2016. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v66n145/v66n145a05.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2025.

BOULTON, T. Nothing and everything: fibromyalgia as a diagnosis of exclusion and inclusion. **Qualitative Health Research**, Utah, v. 29, n. 6, p. 809-819, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732318804509>. Acesso em: 01 ago. 2025.

BRIONES-VOZMEDIANO, E.; VIVES-CASES, C.; GOICOLEA, I. "I'm not the woman I was": women's perceptions of the effects of fibromyalgia on private life. **Health Care for Women International**, Philadelphia, v. 37, n. 8, p. 836-854, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1178265>. Acesso em: 01 ago. 2025.

BROWN, N. the social course of fibromyalgia: resisting processes of marginalisation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010333>. Acesso em: 01 ago. 2025.

CANALES, L. M. V., *et al.* Dealing with fibromyalgia in the family context: a qualitative description study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Oslo, v. 42, n. 2, p. 327-337, 2024. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2322103>. Acesso em: 01 ago. 2025.

CASSETTO, S. J. O corpo na psique, sua imagem consciente. In: VOLICH, R. M.; RANÑA, W.; LABAKI, M. E. P. **Psicossoma V**: integração, desintegração e limites. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 27-136.

CENTURION, N. B.; PERES, R. S. A emergência de “Maria das Dores”: reflexões sobre a identidade em mulheres com fibromialgia. **Acta Psicossomática**, v. 1, n. 1, p. 8-16, 2018.

CENTURION, N. B.; PERES, R. S.; SANTOS, E. J. R. Meanings about sexuality in women with fibromyalgia: resonances of religiosity and morality. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 25, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44849>. Acesso em: 01 ago. 2025.

COLLADO, A. *et al.* Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, n. 513, p. 1-10, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0513-5>. Acesso em: 01 ago. 2025.

COOPER, S.; GILBERT, L. The role of social support in the experience of fibromyalgia: narratives from South Africa. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 1021-1030, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12403> . Acesso em: 01 ago. 2025.

CRUMP, L.; LACHAPELLE, D. "My Fibro Family!": a qualitative analysis of facebook fibromyalgia support groups' discussion content. **Canadian Journal of Pain**, Philadelphia, v. 6, n. 1, p. 95-111, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2078183>. Acesso em: 01 ago. 2025.

FERNANDEZ-FEIJOO, F.; SAMARTIN-VEIGA, N.; CARRILLO-DE-LA-PEÑA, M. T. Quality of life in patients with fibromyalgia: contributions of disease symptoms, lifestyle and multi-medication. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 13, p. 01 - 09 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.924405>. Acesso em: 01 ago. 2025.

FITZCHARLES, M. A.; PERROT, S.; HÄUSER, W. Comorbid fibromyalgia: a qualitative review of prevalence and importance. **European Journal of Pain**,

London, v. 22, n. 9, p. 1565–1576, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejp.1252>. Acesso em: 01 ago. 2025.

GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M.; DUSCHEK, S.; REYES DEL PASO, G. A. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. **Psychology Research and Behavior Management**, Auckland, v. 12, p. 117–127, 2019. DOI: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240>. Acessado em: 01 ago. 2025.

GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M.; PASO, G. A. R. Diagnostic criteria for fibromyalgia: critical review and future perspectives. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 9, n. 4, p. 1 - 16, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9041219>. Acesso em: 01 ago. 2025.

GÓMEZ-DE-REGIL, L. Psychoeducation for patients with fibromyalgia: a systematic review. **Healthcare**, Basel, v. 9, n. 6, p. 1 - 12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9060737>. Acessado em: 01 ago. 2025.

HÄUSER, W.; SARZI-PUTTINI, P.; FITZCHARLES, M. A. Fibromyalgia syndrome: under-, over- and misdiagnosis. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Maryland, v. 116, n. 1, p. 90-97, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747096/>. Acessado em: 01 ago. 2025.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300018>. Acessado em: 01 ago. 2025.

HEYMANN, R. E. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 56-66, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042010000100006>. Acessado em: 01 ago. 2025.

HEYMANN, R. E. *et al.* Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 57, p. 467-476, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2017.05.006>. Acessado em: 01 ago. 2025.

INANICI, F.; YUNUS, M. B. History of fibromyalgia: past to present. **Current Pain and Headache Reports**, Nova York, v. 8, n. 5, p. 369-378, jan. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-996-0010-6>. Acessado em: 01 ago. 2025.

JÚNIOR, J. O. O.; ALMEIDA, M. B. O tratamento atual da fibromialgia. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 255-262, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180049>. Acessado em: 01 ago. 2025.

JUUSO, P. *et al.* Living with a double burden: Meanings of pain for women with fibromyalgia. **International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being**, Philadelphia, 6, n. 3, p. 1-9, 2011. DOI: <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i3.7184>. Acessado em: 01 ago. 2025.

KLEIN, M. **Sobre a saúde mental (1960)**. In: KLEIN, M. Inveja e Gratidão e Outros Ensaio (1946-63). São Paulo: Ubu Editora/Imago, 2023.

LAVIN-PÉREZ, A. M. *et al.* The role of self-efficacy and activity patterns in the physical activity levels of women with fibromyalgia. **Biology**, Basel, v. 12, n. 1, p. 01-10, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/biology12010085>. Acessado em: 01 ago. 2025.

LEVY, S. *et al.* Psychological distress in women with fibromyalgia: the roles of body appreciation, self-compassion, and self-criticism. **International Journal of Behavioral Medicine**, Londres, v. 32, n. 1, p. 351-359, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10302-5>. Acessado em: 01 ago. 2025.

LORENA, S. B. *et al.* Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Dor**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 8-11, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160003>. Acessado em: 01 ago. 2025.

MACFARLANE, G. J. *et al.* EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Zurique, v. 76, p. 318-328, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>. Acessado em: 01 ago. 2025.

MANNERKORPI, K.; GARD, G. Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. **BMC Musculoskeletal Disorders**, London, v. 13, n. 1, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-96>. Acessado em: 01 ago. 2025.

MARQUES, A. P. *et al.* Prevalence of fibromyalgia: literature review update. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 356-363, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005>. Acessado em: 01 ago. 2025.

MAZO, J. P. S.; ESTRADA, M. G. Changes in erotic expression in women with fibromyalgia. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 01-11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2923>. Acessado em: 01 ago. 2025.

MILANI, R. G. *et al.* A dor psíquica na trajetória de vida do paciente fibromiálgico. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 55-66, 2012. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a05.pdf>. Acessado em: 01 ago. 2025.

MONTESÓ-CURTO, P. *et al.* Family perceptions and experiences of living with patients with fibromyalgia syndrome. **Disability and Rehabilitation**, Oxfordshire, v. 44, n. 20, p. 5855-5862, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1948620>. Acessado em: 01 ago. 2025.

MORETTI, F. A.; SILVA, S. S.; NOVOA, C. G. Characteristics and perception of social support by patients with fibromyalgia in Facebook. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 4-8, 2018. DOI:

<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180003>. Acessado em: 01 ago. 2025.

OLIVEIRA, J. P. R. *et al.* The routines of women with fibromyalgia and an interdisciplinary challenge to promote self-care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 1-9, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180411>. Acessado em: 01 ago. 2025.

PAXMAN C. G. "Everyone thinks I am just lazy": legitimacy narratives of Americans suffering from fibromyalgia. **Health**, Sydney, 25, n. 1, p. 121–137, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459319857457>. Acessado em: 01 ago 2025.

PERES, R. S. Experiences of falling ill with fibromyalgia: an incursion into the collective imaginary of women. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 1-9, 2021.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3140>. Acessado em: 01 ago. 2025.

PERES, R. S.; COSTA, S. F.; SANTOS, M. A. Aspectos subjetivos da imagem corporal em mulheres com fibromialgia. **Journal of Human Growth and Development**, Marília, v. 30, n. 3, p. 425-433, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.11107>. Acessado em: 01 ago. 2025.

QUEIROZ, L. P. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. **Current Pain and Headache Reports**, Londres, v. 17, n. 8, p. 355-361, 2013. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>. Acessado em: 01 ago. 2025.

REIS, M. E. B. T.; CORDEIRO, S. N.; SIMON, R. Diagnóstico adaptativo e individualização em gêmeos: estudo exploratório. **Psicologia: Ciência e**

Profissão, Brasília, v. 38, n. 1, p. 142 - 156, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703004152016>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SAMAMI, E.; SHAHHOSSEINI, Z.; ELYASI, F. The effect of psychological interventions on the quality of life in women with fibromyalgia: a systematic review. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, Londres, v. 28, n. 3, p. 503–517, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09794-0>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SANTOS, M. C. *et al.* Eficácia adaptativa: produção científica brasileira (2002/2012). **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 2, p. 84-94, 2013. DOI: <https://doi.org/10.4013/ctc.2013.62.02>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SCHILDER P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SERRALHEIRO, R. R. A.; HELENO, M. G. V.; FARHAT, C. A. V. Eficácia Adaptativa: uma revisão sistemática das publicações brasileiras (2012 a 2016). **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 11, n. 2, p. 232-242, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.112.08>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SHROEDES, H. T. *et al.* Cross-sectional evaluation of socioeconomic and clinical factors and the impact of fibromyalgia on the quality of life of patients during the COVID-19 pandemic. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 141, n. 2, p. 138-145, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2022.0051.R2119052022>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SILVA, L. C. G. *et al.* Uso da EDAO-R para caracterizar a adaptação psicológica de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 11, n. 1, p. 2-13, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.111.01>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SILVA, L. C. G. *et al.* Uso da EDAO-E para caracterizar a adaptação psicológica de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.

Contextos clínicos, São Leopoldo, v. 11, n. 1, p. 1-12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.111.01>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SIMON, R. **Psicologia Clínica preventiva**: novos fundamentos. São Paulo: E.P.U., 1989.

SIMON, R. Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). In: SIMON, R. **Escritos Psicanalíticos - vol. 2**. São Paulo: Zagodoni Editoria, 2023.

SIMON, R. **Psicoterapia Breve Operacionalizada**: Teoria e Técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SIMON, R.; YAMAMOTO, K. Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada. **Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 172-182, 2009. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a14.pdf>. Acessado em: 01 ago. 2025

SMITH, L.; CROUCAMP, M. Physical activity and quality of life of patients with fibromyalgia. **South African Journal of Sports Medicine**, Centurion, v. 35, n. 1, p. 1-6, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17159/2078-516X/2023/v35i1a14781>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SOUZA, J. B.; PERISSINOTTI, D. M. N. The prevalence of fibromyalgia in Brazil: a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. **Brazilian Journal Of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 345-348, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>. Acessado em: 01 ago. 2025.

SPAGIARI, N. T. V. B. *et al.* Perfil psicológico de mulheres atendidas por equipe multiprofissional de atenção à saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15309/18psd190223>. Acessado em: 01 ago. 2025.

WOLFE, F. *et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. **Arthritis & Rheumatism**, Atlanta, v. 33, n. 2, p. 160-172, 1990. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780330203>. Acessado em: 01 ago. 2025.

WOLFE, F. *et al.* The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. **Arthritis Care & Research**, Atlanta, v. 62, n. 5, p. 600-610, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.20140>. Acessado em: 01 ago. 2025.

WOLFE, F.; HÄUSER, W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. **Annals Of Medicine**, Oxfordshire, v. 43, n. 7, p. 495-502, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/07853890.2011.595734>. Acessado em: 01 ago. 2025.

WOLFE, F. *et al.* Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars In Arthritis And Rheumatism**, Amsterdã, v. 46, n. 3, p. 319-329, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>. Acessado em: 01 ago. 2025.

WUYTACK, F.; MILLER, M. The lived experience of fibromyalgia in female patients: a phenomenological study. **Chiropractic & Manual Therapies**, Londres, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/2045-709X-19-22>. Acessado em: 01 ago. 2025.

YEPEZ, D. *et al.* Fibromyalgia and depression: a literature review of their shared aspects. **Cureus**, Londres, v. 14, n. 5, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.24909>. Acessado em: 01 ago. 2025.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro semiestruturado de entrevista

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Tempo de diagnóstico de fibromialgia:

Setor Orgânico

- Na sua avaliação, como o surgimento da fibromialgia afetou sua saúde física?
- Como você está lidando com isso?
- Na sua avaliação, a forma como você está lidando com isso está sendo satisfatória? Justifique sua resposta.

Setor Produtividade

- Na sua avaliação, como o surgimento da fibromialgia afetou suas atividades (trabalho, estudo ou afazeres domésticos)?
- Como você está lidando com isso?
- Na sua avaliação, a forma como você está lidando com isso está sendo satisfatória? Justifique sua resposta.

Setor Sócio-cultural

- Na sua avaliação, como o surgimento da fibromialgia afetou suas relações sociais (família, amigos e comunidade)?
- Como você está lidando com isso?
- Na sua avaliação, a forma como você está lidando com isso está sendo satisfatória? Justifique sua resposta.

Setor Afetivo-relacional

- Na sua avaliação, como o surgimento da fibromialgia afetou sua saúde mental e suas relações?
- Como você está lidando com isso?
- Na sua avaliação, a forma como você está lidando com isso está sendo satisfatória? Justifique sua resposta.

Apêndice B - Material para divulgação da pesquisa em ambientes virtuais

BUSCA-SE VOLUNTÁRIAS PARA PESQUISA SOBRE FIBROMIALGIA

Natan Ap^o da Silva Soares (Unesp)
Orientador: Rodrigo Sanches Peres (UFU)

Pesquisa de mestrado da Universidade Estadual Paulista (Unesp) sobre os impactos da fibromialgia na vida de mulheres

Para participar é necessário: ser mulher entre 40 e 60 anos e ter recebido o diagnóstico de fibromialgia há pelo menos 1 mês

✉ natansoaares@gmail.com

☎ (18) 998011984

📷 [@psi.natansoares](https://www.instagram.com/psi.natansoares)

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Diagnóstico adaptativo em mulheres com fibromialgia”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rodrigo Sanches Peres e Natan Aparecido da Silva Soares.

Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender como mulheres com fibromialgia se adaptam às dificuldades causadas pelo adoecimento.

O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Natan Aparecido da Silva Soares de forma virtual, em uma reunião com essa finalidade específica, antes do início da sua participação na pesquisa e coleta de dados. Você terá acesso prévio ao Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido. O registro de sua concordância será feito em áudio.

Antes de concordar em participar da pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador Natan Aparecido da Silva Soares, em tempo real, para discutir informações a respeito. Esse contato será feito por meio de ligação telefônica no número 018 998011984, das 19:00 às 23:00, de segunda a sexta-feira.

Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa (conforme item IV da Resolução nº 466/2012 ou Capítulo III da Resolução nº 510/2016).

Na sua participação, você participará de uma entrevista individual em um ambiente virtual, por meio da qual você responderá a cerca de 12 perguntas sobre como você está se adaptando à fibromialgia. Você tem o direito de não responder qualquer pergunta, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. O tempo estimado para a entrevista é de, aproximadamente, 60 minutos, e ela será gravada em áudio.

Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Nós, pesquisadores, atenderemos as orientações das Resoluções nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: f e nº 510/2016, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. As gravações em áudio serão mantidas mesmo depois de transcritas.

É compromisso dos pesquisadores responsáveis a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Os riscos consistem em sua identificação por motivos alheios aos pesquisadores, em especial devido à realização da coleta de dados via internet. Tais riscos serão minimizados mediante a utilização, pelos pesquisadores, de computadores que possuem ferramentas atualizadas de antivírus e contra demais softwares maliciosos.

Também para minimizar alguns riscos do ambiente virtual, é importante que você tenha todo o cuidado com a segurança e privacidade do local quando realizar o acesso às etapas virtuais da pesquisa para que sejam garantidos o sigilo e a confidencialidade necessários.

A coleta de dados pode, eventualmente, causar a você algum desconforto emocional, devido aos temas abordados. Dessa forma, você poderá, se assim desejar, receber um atendimento psicológico focal a ser prestado gratuitamente pelo pesquisador Natan Aparecido da Silva Soares, em um horário de comum acordo, com a finalidade específica de promover a ventilação dos sentimentos suscitados.

Os benefícios da pesquisa poderão ser tanto diretos, com a obtenção de subsídios para o aprimoramento da assistência em saúde ofertada a mulheres com

fibromialgia de forma a viabilizar a melhoria da adaptação frente às dificuldades causadas pelo adoecimento, quanto indiretos, com a obtenção de um maior conhecimento sobre o assunto em pauta.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Para tanto, você deverá enviar um email para n.soares@unesp.br com o seguinte texto: “Entro em contato para retirar meu consentimento de participação na pesquisa”. O retorno, por parte do pesquisador Natan Aparecido da Silva Soares, se dará com o seguinte texto: “Ciente. Sua solicitação será atendida”.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser salvo nos seus arquivos clicando no link

https://docs.google.com/document/d/1J8y7_AUAVEE_e6vZWldhPjkSXUCN5OyW/edit

Este documento está assinado pelos pesquisadores responsáveis, e contém o telefone e endereço do pesquisador principal para que você possa tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Em qualquer momento, caso tenha qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal, Rodrigo Sanches Peres, no telefone 034 3225-8512 ou no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. Pará, no 1720, bloco 2C, campus Umuarama, Uberlândia/MG, 38400-902.

Para obter orientações quanto aos direitos dos(as) participantes de pesquisa acesse a cartilha no link:

https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos(as) participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecida.

Assinatura da participante da pesquisa