

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TACYANA SCHMIDT CANTUÁRIA

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES
COM FIBROMIALGIA: INSERÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES E SUA RELAÇÃO COM OS NÍVEIS DE AUTOCUIDADO,
ESTRESSE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

PONTA GROSSA
2025

TACYANA SCHMIDT CANTUÁRIA

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES
COM FIBROMIALGIA: INSERÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES E SUA RELAÇÃO COM OS NÍVEIS DE AUTOCUIDADO,
ESTRESSE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Müller.

Coorientador: Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva.

PONTA GROSSA
2025

C233 Cantuária, Tacyana Schmidt
Avaliação de um programa de educação em saúde para pacientes com fibromialgia: inserção de práticas integrativas e complementares e sua relação com os níveis de autocuidado, estresse, depressão e ansiedade / Tacyana Schmidt Cantuária. Ponta Grossa, 2025.
82 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Müller.
Coorientadora: Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva.

1. Dor musculoesquelética. 2. Prática interdisciplinar. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde mental. 5. Sofrimento emocional. I. Müller, Erildo Vicente. II. Silva, Milene Zanoni da. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 616.7

TACYANA SCHMIDT CANTUÁRIA

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES
COM FIBROMIALGIA: INSERÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES E SUA RELAÇÃO COM OS NÍVEIS DE AUTOCUIDADO,
ESTRESSE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

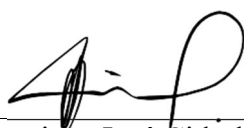
Ponta Grossa, 28 de abril de 2025.

Documento assinado digitalmente
 ERILDO VICENTE MULLER
Data: 29/04/2025 10:33:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Erildo Vicente Müller
Doutor - Universidade Estadual de Ponta Grossa

Documento assinado digitalmente
 POLLYANNA KASSIA DE OLIVEIRA BORGES
Data: 30/04/2025 13:45:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Pollyanna Kassia de Oliveira Borges
Doutora – Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof. Francisco José Cidral Filho
Doutor - Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico esta dissertação a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho. Aos pacientes que, com coragem e resiliência, enfrentam diariamente os desafios da fibromialgia e me inspiraram a aprofundar meus estudos sobre autocuidado e qualidade de vida. Aos meus queridos familiares e amigos, que me apoiaram incondicionalmente durante esta jornada, oferecendo amor, compreensão e incentivo em cada etapa. Aos orientadores e professores, que, com seu conhecimento e dedicação, me guiaram e incentivaram a buscar sempre o meu melhor. E, por fim, dedico este trabalho àqueles que acreditam na força das práticas integrativas e complementares e que veem no cuidado integral um caminho para a saúde e o bem-estar. Este trabalho é para vocês.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação foi uma jornada de aprendizado, desafios e crescimento, que só foi possível graças ao apoio e colaboração de muitas pessoas a quem gostaria de expressar minha profunda gratidão.

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, Prof. Erildo Vicente Müller, por sua orientação cuidadosa, paciência e encorajamento durante todo o processo de pesquisa. Sua expertise e dedicação foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse.

Agradeço à minha coorientadora, Profa. Milene Zanoni, por suas valiosas contribuições, críticas construtivas e apoio constante, que enriqueceram significativamente o desenvolvimento deste estudo, e agradeço também ao meu coorientador Marcelo Rezende Bloond, por seus ensinamentos, me guiou pela busca do conhecimento e me fez enfatuar no tema do estudo.

Aos professores do programa de mestrado, que com seus ensinamentos ampliaram meus horizontes acadêmicos e me forneceram as ferramentas necessárias para enfrentar o emprazamento desta pesquisa, minha sincera gratidão.

Agradeço aos pacientes que participaram deste estudo, por compartilharem suas experiências e permitirem que suas vozes fossem ouvidas, contribuindo para o avanço do conhecimento sobre o autocuidado em fibromialgia.

Aos meus familiares e amigos, por seu amor incondicional, compreensão e incentivo. Vocês foram fonte de força durante esta jornada. Finalmente, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, seja com palavras de incentivo, apoio emocional, ou por simplesmente acreditarem em mim. Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo, e a cada um de vocês, minha eterna gratidão.

RESUMO

A fibromialgia (FM) é uma condição reumatológica crônica, multifatorial e degenerativa, que compromete substancialmente a qualidade de vida dos indivíduos, resultando em incapacidade funcional e sofrimento cognitivo e mental. Além disso, é um fator predisponente para o desenvolvimento de ansiedade, depressão e estresse. Embora a fibromialgia seja reconhecida como uma doença que exige uma abordagem integral e interdisciplinar, as estratégias tradicionais de tratamento ainda se concentram em modelos unidisciplinares e passivos. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um programa de educação em saúde (FloreSer), com inserção de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs), em relação aos níveis de autocuidado, estresse, depressão e ansiedade, em pacientes com fibromialgia. A metodologia consistiu em um ensaio clínico randomizado, envolvendo 21 pacientes, divididos em Grupo de Intervenção (GI), com 12 pacientes e Grupo Controle (GC), com 9 pacientes. O GI passou por um protocolo de 12 encontros semanais, com inserção de PICs e entrevistas aplicadas no início e ao final do período, enquanto o GC participou apenas das entrevistas e teve seus dados coletados no mesmo intervalo de tempo. As ferramentas de avaliação incluíram a Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidado Revisada (EAAA-R), a Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10), a Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Depressão de Beck (BDI-II). Os dados quantitativos foram analisados utilizando coeficientes de correlação de Pearson e Spearman, considerando-se significativas as diferenças com $p < 0,05$. Na análise dos resultados, a comparação entre momentos, mostrou que o GI apresentou uma melhora significativa nos níveis de autocuidado ($p = 0,008$), medido pelo EAAA-R e redução nos escores do EPS-10, BAI e BDI-II. No entanto, apenas este último apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,045$) e mudança de categoria após a intervenção (passando de depressão moderada no momento inicial para depressão leve no momento final). A comparação entre grupos revelou alteração significativa apenas no escore do EPS ($p = 0,024$). A intervenção resultou em uma diferença positiva nos escores de autocuidado e depressão (entre momentos) e no escore de estresse (entre grupos). Já no fator ansiedade não houve alteração (entre momentos e/ou entre grupos). Esses achados sugerem que o modelo de intervenção proposto pode ser replicado em contextos de saúde pública e na iniciativa privada, pois oferece um tratamento interdisciplinar, centrado no paciente, com potencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas com fibromialgia.

Palavras-chave: Dor musculoesquelética; Prática interdisciplinar; Qualidade de vida; Saúde mental; Sofrimento emocional.

ABSTRACT

Fibromyalgia (FM) is a chronic, multifactorial and degenerative rheumatological condition that substantially compromises individuals' quality of life, resulting in functional incapacity and cognitive and mental suffering. It is also a predisposing factor for the development of anxiety, depression and stress. Although fibromyalgia is recognized as a disease that requires a comprehensive and interdisciplinary approach, traditional treatment strategies still focus on unidisciplinary and passive models. In this context, the aim of this study was to evaluate the effect of a health education program (FloreSer), with the inclusion of Integrative and Complementary Health Practices (ICPs), in relation to levels of self-care, stress, depression and anxiety in patients with fibromyalgia. The methodology consisted of a randomized clinical trial involving 21 patients, divided into an Intervention Group (IG) with 12 patients and a Control Group (CG) with 9 patients. The IG underwent a protocol of 12 weekly meetings, with the insertion of PICS and interviews applied at the beginning and end of the period, while the CG participated only in the interviews and had their data collected at the same time interval. The assessment tools included the Self-Care Agency Assessment Scale Revised (EAAA-R), the Stress Perception Scale-10 (EPS-10), the Beck Anxiety Scale (BAI) and the Beck Depression Scale (BDI-II). Quantitative data was analyzed using Pearson's and Spearman's correlation coefficients, and differences with $p < 0.05$ were considered significant. In analyzing the results, the comparison between moments showed that the GI had a significant improvement in self-care levels ($p = 0.008$), as measured by the EAAA-R, and a reduction in the EPS-10, BAI and BDI-II scores. However, only the latter showed a statistically significant difference ($p = 0.045$) and a change in category after the intervention (from moderate depression at the start to mild depression at the end). The comparison between groups revealed a significant change only in the EPS score ($p = 0.024$). The intervention resulted in a positive difference in the self-care and depression scores (between moments) and in the stress score (between groups). There was no change in the anxiety factor (between moments and/or between groups). These findings suggest that the proposed intervention model can be replicated in public health contexts and in the private sector, as it offers an interdisciplinary, patient-centered treatment with the potential to improve the quality of life of people with fibromyalgia.

Keywords: Musculoskeletal pain; Interdisciplinary placement; Quality of life; Mental health; Psychological distress.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Gráfico de Likert para o questionário de autocuidado (EAAA-R), aplicado em pacientes com fibromialgia no momento inicial e final do estudo, do grupo controle. Ponta Grossa, 2024.....	32
Figura 2 –	Gráfico de Likert para o questionário de autocuidado (EAAA-R), aplicado em pacientes com fibromialgia no momento inicial e final do estudo, do grupo intervenção. Ponta Grossa, 2024.....	33
Figura 3 –	Boxplots dos escores da escala de autocuidado (EAAA-R), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	36
Figura 4 –	Gráfico de Likert para o questionário de estresse (EPS-10), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Controle. Ponta Grossa, 2024.....	37
Figura 5 –	Gráfico de Likert para o questionário de estresse (EPS-10), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Intervenção. Ponta Grossa, 2024.....	39
Figura 6 –	Boxplots dos escores da escala de estresse (EPS-10), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	40
Figura 7 –	Gráfico de Likert para o questionário de depressão (BDI-II), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento final no Grupo Controle. Ponta Grossa, 2024.....	41
Figura 8 –	Gráfico de Likert para o questionário de depressão (BDI-II), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Intervenção. Ponta Grossa, 2024.....	42
Figura 9 –	Boxplot dos escores da escala de depressão (BDI-II), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	44
Figura 10 –	Gráfico de Likert para o questionário de ansiedade (BAI), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento final no Grupo Controle. Ponta Grossa, 2024.....	45
Figura 11 –	Gráfico de Likert para o questionário de ansiedade (BAI), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Intervenção. Ponta Grossa, 2024.....	46
Figura 12 –	Boxplot dos escores da escala de ansiedade (BAI), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	49

Quadro 1 –	Portarias Regulatórias das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.....	22
------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil dos participantes com fibromialgia do programa de educação em saúde FloreSer. Ponta Grossa, 2024.....	30
Tabela 2 –	Média dos escores da escala de autocuidado (EAAA-R), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	35
Tabela 3 –	Média dos escores da escala de estresse (EPS-10), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	40
Tabela 4 –	Média dos escores da escala de depressão (BDI-II), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	43
Tabela 5 –	Média dos escores da escala (BDI-II), conforme níveis de depressão, em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	44
Tabela 6 –	Média dos escores da escala de ansiedade (BAI), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	47
Tabela 7 –	Média dos escores da escala BAI, conforme níveis de ansiedade, em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.....	48
Tabela 8 –	Estatísticas descritivas do delta no grupo controle e intervenção no momento inicial e final dos escores do autocuidado, estresse, ansiedade e depressão. Ponta Grossa, 2024.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Escala de ansiedade de Beck
BDI	Escala de depressão de Beck
DCNT	Doença crônica não transmissível
EAAA-R	Escala de avaliação de agenciamento de autocuidado revisada
EPS	Escala de percepção de estresse
FM	Fibromialgia
GC	Grupo controle
GI	Grupo intervenção
HU	Hospital universitário
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICs	Práticas integrativas e complementares em saúde
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 CONCEITO SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS	14
2.2 PREVALÊNCIA E FISIOPATOGENIA DA FIBROMIALGIA	16
2.3 O AUTOCUIDADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: ANÁLISE GLOBAL.....	18
2.4 MANEJO DA FIBROMIALGIA COM AUTOCUIDADO	19
2.5 PRINCIPAIS PICS UTILIZADAS NO MANEJO DA FIBROMIALGIA	20
2.6 PORTARIAS REGULADORAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS PARA O TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA.....	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 TIPO DE ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.2 POPULAÇÃO	26
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
4.4 AMOSTRAGEM.....	26
4.5 COLETA DE DADOS	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
5 RESULTADOS.....	30
5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	30
5.2 QUESTIONÁRIO DE AUTOCUIDADO (EAAA-R).....	31
5.3 QUESTIONÁRIO ESTRESSE (EPS-10)	36
5.4 QUESTIONÁRIO DEPRESSÃO (BDI-II)	40
5.5 QUESTIONÁRIO ANSIEDADE (BAI).....	45
5.6 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DO DELTA, FINAL E INICIAL DOS ESCORES: AUTOCUIDADO (EAAA-R); ESTRESSE (EPS-10); ANSIEDADE (BAI) E DEPRESSÃO (BDI-II).....	49
6 DISCUSSÃO	51
6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	51
6.2 QUESTIONÁRIO DE AUTOCUIDADO (EAAA-R).....	52
6.3 QUESTIONÁRIO ESTRESSE (EPS-10)	54
6.4 QUESTIONÁRIO DEPRESSÃO (BDI-II)	55
6.5 QUESTIONÁRIO ANSIEDADE (BAI).....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	68

1 INTRODUÇÃO

A síndrome fibromiálgica, ou simplesmente fibromialgia (FM) é uma condição reumatológica crônica, de origem multifatorial, que impacta a qualidade de vida dos pacientes, sendo caracterizada por dor musculoesquelética difusa, fadiga persistente e distúrbios no sono e no estado mental (Siracusa, 2021; Gomes *et al.*, 2022). Além desses sintomas, a FM está frequentemente associada a comprometimentos cognitivos e emocionais, como ansiedade, depressão e estresse, exacerbando ainda mais as limitações impostas aos pacientes (Häuser *et al.*, 2015; Arnold *et al.*, 2022).

De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Reumatologia (2022) a FM afeta cerca de 2,5% da população mundial, sendo mais comum em mulheres, entre a faixa etária de 30 a 50 anos de idade. Mas a prevalência pode estar subestimada, visto “um aumento expressivo de estudos de prevalência da FM ao redor do mundo” (Marques *et al.*, 2017, p. 362).

Devido à complexidade multifatorial da síndrome, é essencial adotar uma abordagem terapêutica que abarque tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos. Nesse contexto, o autocuidado emerge como um componente crucial na gestão da FM, envolvendo práticas que os pacientes podem adotar de forma individual e autônoma, como ajustes na dieta, exercícios físicos adaptados, técnicas de relaxamento e a gestão adequada do sono para manter a saúde e bem-estar (Couto *et al.*, 2020).

Além do autocuidado, também têm ganhado reconhecimento por seus benefícios no tratamento da FM, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs). A portaria nº 971 de 2006, do Ministério da Saúde, define as PICs como “sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados [...] de medicina tradicional e complementar/alternativa” (Brasil, 2006, p. 1). As PICs, segundo a mesma portaria, visam “estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras” [...] (Brasil, 2006, p. 1). Além disso, objetivam uma “visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (Brasil, 2006, p. 1).

As PICs incluem, entre outras atividades, a acupuntura, a fitoterapia, a aromaterapia e a yoga (Macfarlane *et al.*, 2017; Couto *et al.*, 2020, Brasil, 2021). Evidências recentes sugerem que essas abordagens, ao reduzir significativamente os sintomas físicos e melhorar a saúde mental dos pacientes, refletem uma tendência crescente em direção a tratamentos mais holísticos e integrativos (Pereira *et al.*, 2021; Antunes, 2021).

Por este motivo, o Ministério da Saúde do Brasil vem demonstrando apoio na

implementação de políticas públicas e diretrizes que incentivam o uso de PICs. A Política Nacional de PICs no Sistema Único de Saúde (SUS) exemplifica o compromisso das autoridades de saúde em integrar métodos alternativos aos tratamentos convencionais, estabelecendo bases para programas personalizados de autocuidado que atendam às necessidades individuais dos pacientes (Sumiya *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

Diante ao exposto, os questionamentos de interesse do estudo foram: Qual o perfil dos participantes? Quais as frequências das respostas de cada escala segundo os grupos e momentos do estudo? Existe diferença estatisticamente significativa nos escores dos questionários entre os grupos em cada momento do estudo? Existe diferença estatisticamente significativa nos escores dos questionários entre os momentos em cada grupo do estudo?

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um programa de educação em saúde (Programa FloreSER), com inserção de PICs, em relação aos níveis de autocuidado, estresse, depressão e ansiedade, em pacientes com FM. A relevância deste estudo reside no desenvolvimento de estratégias eficazes para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, oferecendo dados que possam fundamentar políticas públicas e práticas clínicas mais inclusivas e eficazes (Pereira *et al.*, 2021).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITO SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS

No contexto da saúde pública, é essencial distinguir entre doenças crônicas e condições crônicas, conceitos frequentemente utilizados, mas que apresentam distinções importantes. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são patologias de longa duração e progressão lenta, que não são transmitidas de pessoa para pessoa. Exemplos comuns de DCNT incluem doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças musculoesqueléticas, como a fibromialgia (FM). Essas doenças são caracterizadas por fatores de risco modificáveis, como alimentação inadequada, inatividade física, uso de tabaco e consumo excessivo de álcool (Brasil, 2021).

As doenças crônicas, incluindo a FM, permanecem como uma grande preocupação para a saúde pública, tanto globalmente quanto no Brasil. Essas condições podem persistir por toda a vida, muitas vezes sem cura definitiva, exigindo manejo contínuo com medicamentos, mudanças no estilo de vida e outras intervenções terapêuticas para controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida (Oliveira *et al.*, 2024b).

As causas dessas doenças são multifatoriais, resultando de uma combinação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais, como dieta inadequada, sedentarismo e exposição a toxinas. Embora essas doenças sejam mais prevalentes entre os idosos, podem afetar pessoas de qualquer idade, tornando-se um foco prioritário para os sistemas de saúde globais, devido ao grande impacto na saúde pública, na economia e no bem-estar social (Malta, 2014; Brasil, 2021).

Por outro lado, o conceito de condições crônicas é mais amplo e inclui, além das DCNT, outras situações de saúde que podem se prolongar ao longo do tempo e requerem gerenciamento contínuo. As condições crônicas englobam, além das DCNT, transtornos mentais e comportamentais, deficiências físicas, e doenças transmissíveis de longa duração, como o HIV/AIDS e a tuberculose. Essas condições são definidas pela necessidade de cuidados prolongados e pelo potencial impacto significativo na qualidade de vida (Brasil, 2021).

As DCNT são a principal causa de mortalidade no mundo, representando 70% das mortes globais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2021). No Brasil, essas doenças são responsáveis por aproximadamente 76% das mortes, incluindo 66,1% de óbitos prematuros (Brasil, 2021).

Essa alta prevalência destaca a importância de estratégias de tratamento que não só

abordem os sintomas físicos, mas também o bem-estar psicológico dos pacientes (Lee, 2022). Existem linhas de cuidado para doenças crônicas em níveis mundial, nacional e local, que são estratégias integradas e sistemáticas para o manejo e prevenção dessas condições ao longo do tempo.

O plano 2022-2030 para o Enfrentamento das DCNT, segue as diretrizes da OMS, que recomenda intervenções custo-efetivas para sua prevenção e controle, conhecidas como 'best buys' (WHO, 2021). Essas intervenções incluem medidas para reduzir o uso do tabaco, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física e a má alimentação, fatores de risco comuns para essas doenças. A abordagem do plano é estruturada em três eixos principais:

- a) promoção da saúde e prevenção de fatores de risco: este eixo foca na promoção de ambientes saudáveis e no fortalecimento de políticas públicas que incentivem hábitos de vida saudáveis. Exemplos incluem a regulamentação da publicidade de alimentos não saudáveis, a promoção da atividade física nas escolas e campanhas de conscientização sobre os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool (Brasil, 2021);
- b) atenção integral e cuidado: este eixo visa melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde para pessoas com DCNT, garantindo o cuidado contínuo e coordenado. Isso inclui a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a integração das práticas de cuidado nas redes de atenção à saúde (Ferreira, 2022);
- c) monitoramento, avaliação e governança: este eixo destaca a importância do monitoramento contínuo dos indicadores de saúde relacionados às DCNT e da avaliação das políticas implementadas. A coleta e análise de dados são fundamentais para a tomada de decisões baseadas em evidências, permitindo ajustes nas estratégias conforme necessário (Brasil, 2021).

Estas ações refletem um compromisso robusto do governo brasileiro em enfrentar os desafios das doenças crônicas por meio de uma abordagem integrada e baseada em evidências. A implementação eficaz desse plano requer a colaboração de diversos setores da sociedade, incluindo governos, organizações não governamentais, comunidade científica e a população em geral (Brasil, 2021; WHO, 2021).

O plano também destaca a importância das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no manejo das DCNT, promovendo uma abordagem holística que integra tratamentos

convencionais com métodos alternativos, como acupuntura, fitoterapia e yoga (Brasil, 2021). Essas práticas são reconhecidas por seu potencial em melhorar a qualidade de vida dos pacientes, oferecendo alívio dos sintomas e promoção do bem-estar geral (Silva *et al.*, 2021).

A utilização de PICs para doenças crônicas apresenta vários desafios, conforme evidenciado na literatura. Estes decorrem de questões relacionadas com a qualidade da evidência científica, integração com a medicina convencional e a necessidade de orientações padronizadas pelos profissionais de saúde. A qualidade da evidência que apoia as PICs é questionada devido às limitações metodológicas, como por exemplo pequenas amostras (Lee *et al.*, 2024), além da escassez de estudos sistemáticos que avaliem o efeito das PICs no tratamento de doenças crônicas, levando a lacunas na literatura e à falta de evidências robustas para apoiar a sua utilização (Lemos *et al.*, 2018).

Embora os desafios sejam significativos, há um reconhecimento crescente dos potenciais benefícios das PICs na gestão das doenças crônicas. A integração das PICs nos sistemas de saúde pode oferecer um tratamento holístico, mas requer uma investigação rigorosa e o desenvolvimento de diretrizes padronizadas.

2.2 PREVALÊNCIA E FISIOPATOGENIA DA FIBROMIALGIA

A fibromialgia (FM) é uma síndrome crônica, complexa e multifatorial que afeta entre 2% e 5% da população mundial, sendo mais comum em mulheres. No Brasil a prevalência chega a 2,5%, com probabilidade oito vezes maior em mulheres, quando comparada ao acometimento em homens (Bezerra; Santos; França, 2024; Heidari *et al.*, 2017). No entanto, conforme já citado anteriormente, esta prevalência pode estar subestimada, visto que “os indicadores epidemiológicos internacionais referentes à prevalência da síndrome fibromiálgica são variáveis, de acordo com os tipos de estudos, do método, da população analisada” (Oliveira *et al.*, 2019, p. 2).

A FM compõe o grupo de doenças osteomusculares, segundo a classificação internacional de doenças (CID-11), de etiologia desconhecida (WHO, 2023), caracterizada principalmente por dor musculoesquelética difusa. “A maioria dos pontos dolorosos está localizada nas áreas de inserção dos tendões e apresenta poucas anormalidades histológicas detectáveis” (Gomes *et al.*, 2022, p. 3).

A FM também se manifesta por meio de uma série de sintomas associados, como fadiga crônica, distúrbios do sono, disfunções cognitivas (frequentemente chamadas de ‘fibrofog’) e hipersensibilidade generalizada a estímulos sensoriais (Hauser *et al.*, 2015).

Entender a FM, como uma condição de sensorização central, levou ao conhecimento da FM como uma desordem neuroimunológica (Clauw, 2014). Estudos mostram que pacientes com FM apresentam níveis alterados de neurotransmissores, como serotonina e noradrenalina, que são cruciais para a modulação da dor. Segundo Bäckryd *et al.* (2017), níveis de serotonina e noradrenalina no plasma e no líquido cefalorraquidiano estão reduzidos em pacientes com FM, sugerindo uma inibição inadequada da transmissão da dor. Essa disfunção contribui para a amplificação da dor, resultando em hiperalgesia e alodinia.

A sensibilização central é outro mecanismo essencial, consoante Clauw (2014), o aumento da excitabilidade dos neurônios no Sistema Nervoso Central (SNC) provoca uma amplificação da resposta à dor, mesmo a estímulos normalmente não dolorosos. A sensibilização central está associada à falha dos sistemas inibitórios de controle da dor, exacerbando os sintomas da fibromialgia. Nesse sentido, Sluka e Clauw (2014) corroboram essa visão, destacando a redução da atividade dos circuitos inibitórios descendentes e o aumento da atividade facilitadora da dor.

Além da dor, distúrbios do sono desempenham um papel importante na fisiopatologia da FM. Para Boakye *et al.* (2021), a privação de sono agrava a dor e a fadiga em pacientes com FM. A interrupção dos estágios profundos do sono interfere na regeneração dos tecidos e nos processos imunológicos, exacerbando os sintomas da doença.

O estresse oxidativo tem sido identificado como um fator-chave na FM. Cordero *et al.* (2011) mostraram que pacientes com a doença apresentam aumento nos níveis de marcadores de estresse oxidativo, como o malondialdeído, e redução dos níveis de antioxidantes endógenos, como a glutathione. Esse desequilíbrio contribui para danos celulares e disfunções mitocondriais, exacerbando a dor e a fadiga.

A interação entre os sistemas nervoso e imunológico é cada vez mais reconhecida como central na fisiopatologia da fibromialgia. Segundo Su *et al.* (2022), as interações neuroimunes na dor crônica são importantes, destacando que a ativação de células imunes, como os micróglia e astrócitos no SNC, pode aumentar a sensibilização à dor por meio da liberação de citocinas pró- inflamatórias. Esse processo contribui para a disfunção na comunicação entre os sistemas nervoso e imunológico, exacerbando os sintomas de dor e fadiga na FM.

O diagnóstico da FM é predominantemente clínico, visto que podem não ocorrer alterações em exames laboratoriais e radiológicos. A dor referida normalmente apresenta duração de no mínimo três meses, podendo associar-se também a outros sinais clínicos, conforme já apresentado anteriormente (Bezerra; Santos; França, 2024).

O manejo da FM foca na modulação da sensibilização central e na redução da inflamação. Segundo Phillips e Clauw (2014), antidepressivos corrigem déficits de neurotransmissores e modulam a dor. Além disso, terapias cognitivo-comportamentais ajudam na hipersensibilidade, enquanto exercícios físicos melhoram a funcionalidade e reduzem o estresse oxidativo.

2.3 O AUTOCUIDADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: ANÁLISE GLOBAL

O autocuidado é essencial para manter a saúde e o bem-estar, abrangendo uma série de ações que os indivíduos realizam para se manterem física e mentalmente saudáveis. Inclui a adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação balanceada, prática regular de exercício físico, higiene pessoal e controle do estresse, além do monitoramento de sintomas e condições de saúde. De acordo com Mills, Nicolson e Smith (2019), essas práticas são especialmente importantes no manejo de condições crônicas, como a fibromialgia (FM), em que o autocuidado pode melhorar expressivamente a qualidade de vida dos pacientes.

O autocuidado é definido como a capacidade dos indivíduos de realizar atividades que promovam a saúde, previnam doenças e ajudem a gerenciar condições crônicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o autocuidado é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, especialmente em contextos de condições crônicas, onde o tratamento contínuo e a autogestão são essenciais (WHO, 2021).

Reconhecido como uma estratégia crucial para a saúde pública, o autocuidado tem sido incentivado por muitos países que adotam políticas voltadas a essa prática. Além de aliviar a carga sobre os sistemas de saúde, o autocuidado favorece a autonomia dos indivíduos, permitindo que eles sejam mais ativos na gestão da própria saúde. Isso é particularmente importante no contexto de doenças crônicas, que exigem um manejo contínuo e abrangente (Lai *et al.*, 2023).

Dada a complexidade e a persistência dos sintomas da FM, o autocuidado é essencial para o manejo eficaz da condição. Estudos mostram que práticas como uma dieta equilibrada, exercícios físicos regulares, técnicas de relaxamento e monitoramento dos sintomas podem reduzir a intensidade da dor, melhorar a qualidade do sono e aumentar os níveis de energia (Antunes *et al.*, 2020; Häuser *et al.*, 2015).

Diversos países se destacam por políticas que promovem o autocuidado. Países nórdicos, como Suécia, Noruega e Dinamarca, são frequentemente citados por suas abordagens avançadas em saúde pública e bem-estar. Na Suécia, por exemplo, o governo implementa

programas de autocuidado que incluem educação em saúde, apoio a práticas voltadas ao bem-estar mental e físico, e acesso a terapias complementares. O sistema de saúde sueco incentiva a educação contínua sobre saúde, promovendo hábitos saudáveis desde a infância (Branco, 2009).

As práticas de autocuidado podem levar a melhorias significativas na qualidade de vida dos pacientes e a uma redução dos custos com saúde. Ao fornecer uma base para a autossuficiência dos pacientes, o autocuidado também reduz a sobrecarga nos sistemas de saúde, permitindo uma alocação mais eficiente dos recursos.

2.4 MANEJO DA FIBROMIALGIA COM AUTOCUIDADO

A importância do autocuidado no manejo da fibromialgia (FM) é essencial, dado o impacto multifacetado dessa síndrome crônica, que envolve dor generalizada, fadiga e uma série de sintomas cognitivos e emocionais. A natureza persistente e incapacitante da doença exige uma abordagem de tratamento holística, que vá além da intervenção médica tradicional e capacite os pacientes a adotarem práticas de autocuidado, as quais podem melhorar de maneira expressiva a qualidade de vida.

O monitoramento contínuo dos sintomas é uma estratégia fundamental para pacientes com FM. Estudos demonstram que pacientes que empregam técnicas de automonitoramento e ajustam suas abordagens de tratamento com base em dados coletados conseguem controlar melhor a dor e minimizar o impacto dos sintomas na vida cotidiana (OMS, 2024). Dessa maneira, tecnologias, como aplicativos de rastreamento e dispositivos de monitoramento remoto, têm se mostrado ferramentas valiosas na promoção do autocuidado e na gestão da FM. O autocuidado possibilita que os pacientes assumam um papel ativo na gestão de sua condição, em vez de dependerem exclusivamente de intervenções médicas, os pacientes podem aprender e aplicar técnicas que aliviam os sintomas e previnem crises. Isso inclui ajustes na dieta, prática regular de exercícios físicos adaptados, técnicas de relaxamento, como meditação e respiração profunda, além da manutenção de um padrão adequado de sono.

Dessa forma, ações podem reduzir a intensidade da dor, melhorar a qualidade do sono e aumentar os níveis de energia, sendo essenciais para a funcionalidade diária (Antunes *et al.*, 2020; Häuser *et al.*, 2015). A literatura sugere que a implementação de programas de exercícios físicos adaptados e estratégias dietéticas específicas pode aliviar os sintomas da FM e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Wolfe *et al.*, 2023).

Além disso, o autocuidado tem um impacto positivo relevante na saúde mental dos pacientes com FM. A prática regular de atividades que promovem o bem-estar emocional, como

yoga e meditação, pode ajudar a reduzir os níveis de estresse e ansiedade. Esses métodos têm mostrado impacto na regulação do humor e na promoção de uma sensação de calma e equilíbrio emocional. A redução do estresse é fundamental, pois ele é conhecido por exacerbar os sintomas da FM (Yuan, 2018).

Ademais, educação e suporte contínuos são elementos essenciais para a adesão eficaz às estratégias de manejo da FM, programas educacionais que capacitam os pacientes a monitorar seus sintomas, adotar práticas de autocuidado e utilizar os recursos disponíveis são cruciais para o sucesso dessa abordagem (Lawlees *et al.*, 2023). O suporte psicológico e social também desempenha um papel importante, ajudando os pacientes a lidar com os desafios emocionais e físicos associados à FM e outras condições crônicas.

O empoderamento dos pacientes por meio da educação em saúde é fundamental para o sucesso do autocuidado. A capacitação dos pacientes para gerenciar sua própria saúde pode levar a uma melhor adesão ao tratamento e a resultados clínicos mais favoráveis (Couto *et al.*, 2020). Os programas educativos, como o desenvolvido por Antunes *et al.* (2020), mostram que o conhecimento e a prática de técnicas de autocuidado podem ser significativamente melhorados através de intervenções estruturadas.

Portanto, o autocuidado é uma abordagem essencial para o manejo da FM, pois oferece uma forma de os pacientes controlarem ativamente a condição, promovendo maior autonomia e melhorando sua qualidade de vida. Integrar práticas de autocuidado ao tratamento da FM não só ajuda a aliviar os sintomas físicos, mas também apoia a saúde mental, proporcionando uma abordagem verdadeiramente holística para o manejo dessa síndrome complexa (Sumiya *et al.*, 2021; Pimenta, 2020).

2.5 PRINCIPAIS PICS UTILIZADAS NO MANEJO DA FIBROMIALGIA

As práticas integrativas e complementares (PICs) desempenham um papel vital no autocuidado. Terapias como acupuntura, massagem terapêutica e fitoterapia não apenas proporcionam alívio sintomático, mas também promovem uma abordagem mais holística da saúde (Pimenta, 2020). Estudos recentes indicam que a integração de práticas como a meditação e a acupuntura com tratamentos tradicionais pode proporcionar alívio significativo dos sintomas e melhorar o estado geral dos pacientes com fibromialgia (FM) (Lee *et al.*, 2022; Williams *et al.*, 2023).

Além disso, a meditação se mostra positiva na melhora da ansiedade, depressão, do enfrentamento da doença e da redução da percepção do estresse, tendo um papel positivo na

gestão dos sintomas relacionados ao humor e ao sono em indivíduos com FM (Gordon *et al.*, 2023). Entre as principais PICs utilizadas no tratamento de FM, temos a acupuntura combinada com a massagem terapêutica, ioga, atividades físicas, abordagem nutricional e a eletroacupuntura. Estas terapias demonstraram aliviar os sintomas da dor, melhorar o humor e melhorar a qualidade do sono (Ye *et al.*, 2024; Pfalzgraf *et al.*, 2020).

Nesse sentido, essas práticas vêm sendo amplamente recomendadas em diretrizes internacionais e nacionais para o manejo da FM, devido ao seu potencial de oferecer alívio sem gerar efeitos colaterais (Giusti; Castenuovo; Molinari, 2017; Pereira *et al.*, 2021).

2.6 PORTARIAS REGULADORAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS PARA O TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

Nos últimos anos, o tratamento da fibromialgia (FM) no Brasil avançou significativamente com a integração das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Essas práticas, que incluem desde abordagens tradicionais, como a acupuntura, até terapias mais recentes, como a bioenergética.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem incentivado a adoção de práticas de autocuidado por meio de políticas públicas e diretrizes específicas, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política promove a inclusão de métodos integrativos SUS, facilitando o acesso dos pacientes a terapias alternativas que podem ser incorporadas em seus planos de autocuidado. A capacitação dos pacientes por meio de programas de educação em saúde e o suporte de profissionais treinados são componentes chave para o sucesso dessas estratégias (Brasil, 2021).

Ao institucionalizar e expandir as PICS, o SUS oferece aos pacientes com FM uma diversidade de opções terapêuticas, que vão além do tratamento convencional, atendendo às necessidades específicas de cada usuário. Nesse sentido, portarias que regulamentam as PICS no SUS, destacam sua relevância no tratamento da FM.

As regulamentações mencionadas a seguir, demonstram o empenho constante do Ministério da Saúde em integrar práticas que abordam o ser humano de maneira integral, promovendo não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e espiritual. No Quadro 1, apresentado abaixo, estão as portarias, suas descrições, as práticas integrativas incluídas e a importância dessas regulamentações para a saúde pública.

Quadro 1 – Portarias Regulatórias das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

Portaria	Descrição	Data	Principais Práticas Integrativas e Complementares (PICS) incluídas	Importância
Portaria GM/MS n. 971	Institucionalização da PNPIC no SUS	3 de maio de 2006	Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Antroposófica, Termalismo/ Crenoterapia	Estabelece diretrizes para a incorporação das PICS, promovendo uma abordagem integral e humanizada da saúde.
Portaria GM/MS n. 1600	Complementa a anterior com novas práticas	17 de julho de 2006	Tai Chi Chuan, Yoga	Beneficia pacientes com fibromialgia ao promover relaxamento e reduzir o estresse.
Portaria GM/MS n. 145	Ampliação das práticas integrativas oferecidas pelo SUS	11 de janeiro de 2017	Arteterapia, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa	Reconhece a capacidade dessas práticas em melhorar a qualidade de vida e aliviar sintomas da fibromialgia.
Portaria GM/MS n. 702	Introdução de novas práticas integrativas	21 de março de 2018	Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia, Terapia de Florais	Reflete o compromisso do Ministério da Saúde em diversificar as opções terapêuticas no SUS.
Portaria GM/MS n. 1.082	Mais recente ampliação das PICS no SUS	23 de junho de 2022	Terapia Ayurvédica, Quiropraxia, Bioenergética, Hipnoterapia	Visa integrar práticas que consideram o indivíduo em sua totalidade, promovendo saúde e bem-estar integral.

Fonte: a autora.

2.7 JUSTIFICATIVA

A complexidade da fibromialgia (FM) exige uma abordagem multidisciplinar no tratamento, juntamente com o incentivo ao autocuidado e ao uso das práticas integrativas e complementares (PICS), que têm demonstrado impacto na redução dos sintomas e na melhora da qualidade de vida dos pacientes (Arnold *et al.*, 2019; Macfarlane *et al.*, 2017).

Este estudo se justifica pela necessidade de entender como o autocuidado e as PICS influenciam o tratamento da FM. A literatura aponta que o autocuidado, incluindo mudanças no estilo de vida, como a prática regular de atividade física, uma alimentação equilibrada e o

gerenciamento do estresse, desempenha um papel fundamental no manejo da FM (Couto *et al.*, 2020). Entretanto, há poucos estudos que exploram a relação entre o autocuidado e as PICs no tratamento da FM, sendo que essas atividades estão sendo difundidas no tratamento da doença, tanto por seu impacto na redução da dor e de outros sintomas, quanto pelo seu potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Perea, 2021).

Dessa maneira, o empoderamento do paciente está fortemente associado à melhoria dos sintomas da FM, evidenciando que as preferências individuais desempenham um papel crucial no efeito das práticas integrativas de saúde. Assim, é essencial que os tratamentos sejam ajustados às preferências de cada paciente, visando à redução da dor, à melhoria da qualidade de vida e à diminuição dos sintomas de depressão (Zhu *et al.*, 2023). Pacientes que participam ativamente das decisões sobre seu tratamento tendem a se engajar mais no processo terapêutico, alcançando melhores resultados. Portanto, compreender as diferentes percepções sobre as PICs e o autocuidado pode orientar a adaptação de intervenções alinhadas aos valores e às necessidades de cada indivíduo, potencializando o efeito do tratamento (Grewal *et al.*, 2023).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem sido um passo importante na institucionalização dessas práticas, mas necessita de contínua avaliação e suporte baseado em evidências para garantir seu efeito e integração plena (Silva *et al.*, 2021). Assim, espera-se que este estudo beneficie diretamente os pacientes com FM, visto que a análise dos efeitos antes e após a intervenção, assim como a comparação entre os grupos de intervenção e controle, oferece uma oportunidade única para validar cientificamente os benefícios dessas práticas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o efeito de um programa de educação em saúde, com inserção de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, em relação aos níveis de autocuidado, estresse, depressão e ansiedade, em pacientes com fibromialgia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a frequência de autocuidado, estresse, depressão e ansiedade antes e após a intervenção.

Comparar os resultados entre os grupos intervenção e controle, assim como entre os momentos inicial e final.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, com abordagem quantitativa, descritiva e comparativa, que faz parte de um projeto maior intitulado "Efeitos de um Programa de Práticas Integrativas e Complementares no Bem-Estar e Percepção de Dor em Pacientes", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), sob o número 5.661.283. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias (Apêndice A).

O programa intitulado FloreSer, está descrito detalhadamente, na dissertação “Práticas integrativas e complementares em saúde associadas à educação em saúde em pacientes com fibromialgia: Programa FloreSER, de autoria de Thaiza Acosta Rebonato, do ano de 2024, do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da UEPG.

4.1.1 Programa FloreSer

O Programa FloreSer, “elaborado com foco no atendimento de mulheres com fibromialgia refratária ao tratamento convencional” (Rebonato *et al.*, 2025, p. 6), vem sendo desenvolvido desde o ano de 2023, no Ambulatório de Neurologia da Dor do Hospital Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG). Seu objetivo é promover saúde, autocuidado e bem-estar biopsicossocial, além de estimular o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade, através da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Cada edição do programa incluiu 12 encontros temáticos: (1) Explicação do programa e integração do grupo; (2) Fibromialgia; (3) Atividade física; (4) Alimentação saudável; (5) Higiene do sono; (6) Fitoterapia e plantas medicinais em dores crônicas; (7) Estress e medidas de gerenciamento; (8) Relacionamentos saudáveis/família; (9) Gestão de emoções; (10) Felicidade; (11) Sentido e propósito de vida; e (12) Autocuidado (Descrição das atividades de cada tema no Apêndice B), combinando atividades de educação em saúde, PICS e dinâmicas em grupo, “em um raciocínio lógico de menor para maior complexidade de entendimento” (Rebonato *et al.*, 2025, p. 7).

Cada encontro tem duração máxima de 3 horas, com uma parte inicial teórica (aula dialogada com apresentação de slides, leitura de material impresso ou roda de conversa), e uma

parte prática (vivência ou experimentação de uma das PICS). As atividades foram conduzidas por uma equipe multiprofissional composta por profissionais das áreas de medicina, farmácia, fisioterapia e enfermagem, vinculados ao HU-UEPG (Rebonato *et al.*, 2025).

4.2 POPULAÇÃO

Pacientes adultos com diagnóstico de fibromialgia, submetidos ao Protocolo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) do Programa FloreSer, do Hospital Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG), nas dependências do Ambulatório de Neurologia da Dor, no Município de Ponta Grossa (Paraná).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: idade maior de 18 anos; ser paciente do Ambulatório de Neurologia da Dor do Hospital Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG); ter diagnóstico de fibromialgia confirmado pela classificação American College of Rheumatology (ACR) do ano de 2016 (Wolfe *et al.*, 2016); ter sido assistido em ao menos uma consulta médica no ambulatório; concordar em participar do estudo; e participar de todas as etapas do Programa FloreSe.

Os critérios de exclusão foram: não responder os instrumentos avaliativos (questionários); ser gestante ou ter outras condições crônicas (além da Fibromialgia), que pudessem influenciar o resultado da pesquisa (lesões medulares com paralisia de membros, sequelas de acidente vascular cerebral com presença de comorbidade mental e/ou física grave); Ter alguma falta ao longo dos encontros do programa.

4.4 AMOSTRAGEM

A seleção se iniciou via Programa FloreSer, com a solicitação da lista com nome e prontuário de todos os pacientes do Ambulatório de Neurologia do Hospital Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG), a fim de selecionar a amostra, por conveniência, a participar da pesquisa (consulta aos prontuários eletrônicos no sistema Tasy® – software de gestão hospitalar, desde a sua implantação – meados de 2020 até 2023).

Inicialmente foram selecionados 253 (duzentos e cinquenta e três) nomes. Na lista, foram excluídas as duplicidades e pacientes com informações insuficientes no prontuário eletrônico, o que resultou em uma amostra de 113 (cento e treze) pacientes. A princípio, a

amostra do estudo seria de 42 (quarenta e dois) pacientes residentes em Ponta Grossa e 71 (setenta e um) em outros municípios.

Para os 113 (cento e treze) selecionados, foram encaminhadas mensagens no WhatsApp explicando o programa, o tempo de duração e quando se iniciariam os agendamentos para os questionários presenciais, que seriam a primeira etapa da pesquisa. As entrevistas iniciais foram marcadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e o interesse em participar do programa e da pesquisa. Dos 113 (cento e treze) pacientes, apenas 37 (trinta e sete) aceitaram participar e marcaram a data para a entrevista presencial.

No total, foram avaliados presencialmente 35 (trinta e cinco) participantes, pois 2 (dois) não compareceram. Desses 35 (trinta e cinco) participantes, 4 (quatro) foram excluídos: 2 (dois) já participavam do Programa de Medicina Tradicional Chinesa, 1 (um) não tinha diagnóstico confirmado para fibromialgia, e 1 (um) desistiu. Assim, a amostragem final foi de 31 (trinta e um) participantes, e desses, 21 (vinte e um) concluíram a pesquisa completa, sem faltar aos encontros semanais.

As faltas ao longo do programa resultaram na exclusão dos pacientes da pesquisa. Porém, os participantes faltantes puderam continuar nas intervenções. Notou-se, no decorrer da pesquisa, que a principal causa de desistência era a dor crônica; a distância entre os municípios também se tornou um dificultador, pois a logística de sair de madrugada e retornar para seu domicílio no final da tarde fez alguns participantes desistirem.

O protocolo consistiu em dividir os pacientes em dois grupos: o Grupo de Intervenção (GI), com 12 pacientes, e o Grupo Controle (GC), com 9 (nove) pacientes. Os participantes do GI foram aqueles que tinham disponibilidade de participar dos encontros semanais durante os 3 meses da pesquisa, conforme informado na entrevista inicial. Já o GC foram aqueles que não tinham disponibilidade para o período informado. O GI foi direcionado ao protocolo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), com aplicação de questionários e escalas previstas no início e ao final das intervenções de 12 semanas. O GC permaneceu em tratamento medicamentoso e não medicamentoso, conforme recomendação médica, e participou da coleta de dados por meio de questionários aplicados em consulta inicial e após 12 (doze) semanas. Após o término da coleta de dados, os participantes do GC, puderam, caso desejassem, participar da nova edição do programa, agora como grupo intervenção.

4.5 COLETA DE DADOS

As entrevistas ocorreram entre abril de 2023 a junho de 2023. Foram utilizados 5 (cinco) instrumentos para coleta de dados, com aplicação em dois momentos: antes das intervenções e após três meses, com aplicação cega para evitar vieses.

A seguir a descrição de cada instrumento utilizado:

- Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidado Revisada (EAAA-R) (Apêndice C), originalmente desenvolvida por Evers *et al.* (1986) para avaliar os níveis de autocuidado, composta por 24 itens. Após avaliação e revisão, obteve-se a versão atual, com 15 itens. Segundo Couto *et al.* (2020), essa versão revisada é do tipo Likert e conta com 15 itens, que devem ser respondidos com notas de 1 a 5, representando o grau de concordância dos participantes com as situações descritas (1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - não estou decidido; 4 - concordo; 5 - concordo totalmente). Das 15 questões, quatro se referem a aspectos negativos (4, 11, 14 e 15), sendo necessário inverter o escore desses itens na análise dos dados, e a pontuação pode variar entre 15 e 75. Um escore mais próximo de 75 indica maior capacidade de autocuidado. Segundo Damásio *et al.* (2013), a escala EAAA-R é estruturada em três fatores: "tendo poder" para o autocuidado (itens 1, 2, 3, 5, 6 e 10), "desenvolvendo poder" (itens 7, 8, 9, 12 e 13) e "faltando poder" (itens 4, 11, 14 e 15);
- Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10) (Apêndice D), desenvolvida por Cohen e Williamson (1988), validada nacionalmente por Reis, Hino e Añez (2010), composta por 10 questões de múltipla escolha que avaliam o grau de estresse dos indivíduos com base em eventos ocorridos nos últimos 30 dias. Cada item é avaliado numa escala Likert com 5 opções de resposta (nunca; quase nunca; às vezes; pouco frequente; muito frequente). Dos 10 itens, seis se referem a aspectos negativos (1, 2, 3, 6, 9 e 10) e quatro a aspectos positivos (4, 5, 7 e 8). Para o cálculo do escore final, os itens positivos devem ser pontuados inversamente e todos os itens somados, com resultados variando de 0 a 40, sendo que uma pontuação maior indica maior percepção de estresse (Reis; Hino e Añez, 2010);
- Escala de depressão de Beck (BDI-II) (Apêndice E), criada por Aaron Beckem 1996 e adaptada no Brasil em 2001 por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang (Silva; Wendt; Argimon, 2018), com o objetivo de avaliar transtornos depressivos. Essa escala possui 21 itens, que se referem a sintomas cognitivos e afetivos, sensações somáticas e desempenho. O questionário conta com 4 alternativas de resposta que expressam os

níveis de sintomas depressivos, indo de 0 a 3 (quanto maior o escore, maior a gravidade do quadro). A escala classifica os níveis de depressão em: 0-10 (sem depressão); 11 ou mais (possível caso de depressão); 0-13 (depressão mínima); 14-19 (depressão leve); 20-28 (depressão moderada); e 29-63 (depressão grave);

- Escala de Ansiedade de Beck (BAI) (Apêndice F), também desenvolvida por Beck e colaboradores (1988) e adaptada por Cunha (1996) para aplicação no Brasil. A escala BAI, composta por 21 itens, mensura a intensidade dos sintomas de ansiedade, com resultados classificados em: 0-10 (grau mínimo de ansiedade); 11-19 (ansiedade leve); 20-30 (ansiedade moderada); e 31-63 (ansiedade severa). A escala conta com 4 opções de resposta (absolutamente não; levemente; moderadamente; gravemente);
- Formulário para levantamento de dados sociodemográficos (nome, idade, telefone, cidade, estado de residência, sexo, escolaridade, religião e renda familiar mensal).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise descritiva dos dados dos dois grupos (controle e intervenção), observou-se a frequência absoluta (N) e a relativa (%), mediana, desvio padrão, percentis 25% e 75% para as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, nas diferentes categorias de resposta, em dois momentos: o inicial e o final.

O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado às variáveis quantitativas para testar a aderência à distribuição normal. Para variáveis com distribuição normal, a diferença entre grupos foi verificada pelo teste t de Student. Para variáveis sem distribuição normal, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

Para a comparação entre momentos, foi utilizado o teste t pareado para variáveis com distribuição normal, e o teste de Wilcoxon para variáveis não normais. Para variáveis qualitativas, foi utilizado o teste do qui-quadrado. O teste de McNemar foi aplicado para comparar proporções pareadas com duas categorias, e o teste Q de Cochran para três ou mais categorias.

Para melhor visualização dos resultados, foram produzidos gráficos de *Likert* e *boxplots*. O nível de significância utilizado foi de 5%, e todas as análises foram realizadas no software R4.1.0 (R Core Team, 2021).

5 RESULTADOS

A fim de tornar a apresentação dos resultados mais didática, ela foi dividida conforme os questionários aplicados, em: perfil dos participantes; questionário de autocuidado; questionário estresse; questionário depressão e questionário ansiedade.

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

A Tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes do estudo. Observa-se que, a maioria era branca (42,86%). A idade média dos participantes era de 51,36 anos no Grupo Intervenção (GI) e de 58,43 anos no Grupo Controle (GC), com predominância de mulheres, em ambos os grupos (GC = 88,89% e GI = 91,67%). Quanto à escolaridade, a maior parte dos participantes possuía ensino fundamental incompleto (42,86%). No quesito renda, a maioria (33,33%) tem uma renda domiciliar mensal de até R\$ 2,9 mil e 33,33% dos participantes não possuíam dependentes.

Tabela 1 – Perfil dos participantes com fibromialgia do programa de educação em saúde FloreSer. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)

(continua)

Variável		N	%	IC (95%)	
				Inf	Sup
Raça	Branca	9	42,86	24,47	63,45
	Indígena	1	4,76	0,85	22,67
	Parda	2	9,52	2,65	28,91
	Preta	1	4,76	0,85	22,67
	Não informado	8	38,10	20,75	59,12
Religião	Católica	10	47,62	28,34	67,63
	Espírita	1	4,76	0,85	22,67
	Evangélica	2	9,52	2,65	28,91
	Não informado	8	38,10	20,75	59,12
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	9	42,86	24,47	63,45
	Ensino Médio completo	1	4,76	0,85	22,67
	Ensino Médio incompleto	1	4,76	0,85	22,67
	Magistério	1	4,76	0,85	22,67
	Técnico	1	4,76	0,85	22,67
	Não informado	8	38,10	20,75	59,12
Renda domiciliar mensal	até R\$ 2,9 mil	7	33,33	17,19	54,63
	entre R\$ 2,9 mil e R\$ 7,1 mil	6	28,57	13,81	49,96
	Não informado	8	38,10	20,75	59,12

Tabela 1 – Perfil dos participantes com fibromialgia do programa de educação em saúde FloreSer. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)

(conclusão)

Variável		N	%	IC (95%)	
				Inf	Sup
Possui dependentes	Não	7	33,33	17,19	54,63
	Sim	6	28,57	13,81	49,96
	Não informado	8	38,10	20,75	59,12
Grupos	Controle	9	42,86	24,47	63,45
	Intervenção	12	57,14	36,55	75,53

N = frequência absoluta; % = frequência relativa; IC (95%) = intervalo de confiança de 95%; Inf = Limite inferior; Sup = Limite superior.

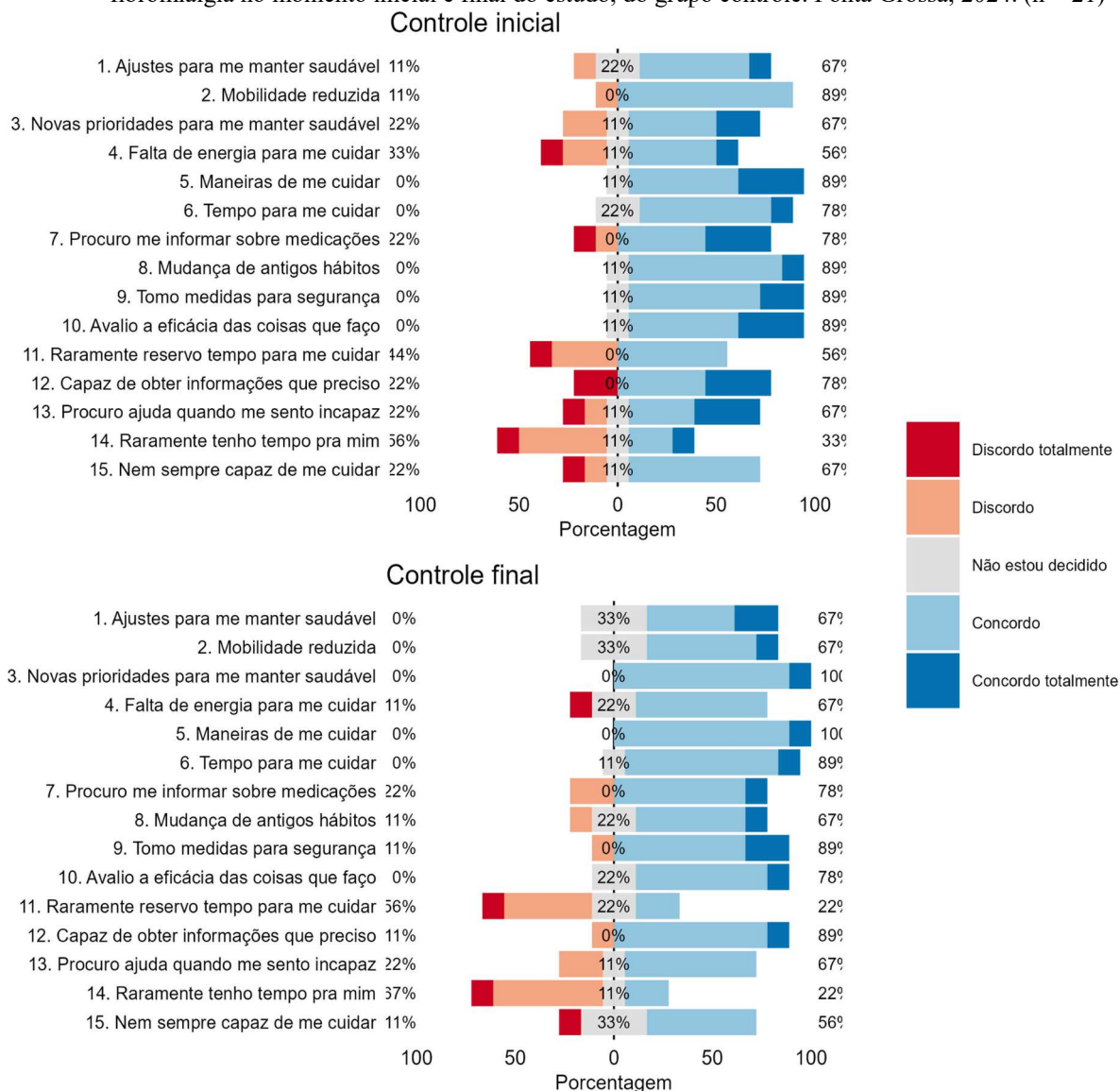
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

5.2 QUESTIONÁRIO DE AUTOCUIDADO (EAAA-R)

Com relação ao questionário de autocuidado (EAAA-R), observa-se na Figura 1, no momento inicial, que a maioria dos participantes do Grupo Controle (GC) optou pela resposta “concordo”. As afirmativas que obtiveram os melhores percentuais a favor do autocuidado e com maior frequência de respostas positivas (“concordo” ou “concordo totalmente”), alcançando com a soma das respostas, percentual de 88,89%, foram a número 2 (se minha mobilidade é reduzida, eu faço os ajustes necessários), a número 5 (eu procuro melhores maneiras de cuidar de mim), a número 8 (mudei alguns de meus antigos hábitos para melhorar a minha saúde), a número 9 (frequentemente tomo medidas para garantir minha segurança e de minha família) e a número 10 (eu avalio com frequência a eficácia das coisas que eu faço para me manter saudável). Já a afirmativa com pior percentual (neste caso as respostas “concordo” ou “concordo totalmente” são opostas ao autocuidado) foi a número 15 (nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo como gostaria), com 66,67%.

No momento final, a maioria dos participantes continuou optando pela mesma resposta (“concordo”), igual ao momento inicial. As afirmativas que obtiveram os melhores percentuais a favor do autocuidado, alcançando com a soma das respostas, percentual de 100%, foram a número 3 (quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas atitudes para me manter saudável) e a número 5 (eu procuro melhores maneiras de cuidar de mim). Das afirmativas opostas ao autocuidado (4, 11, 14 e 15), apenas a de número 11 (nas minhas atividades diárias, raramente reservo um tempo para me cuidar), teve alteração (passou da opção “concordo” no momento inicial para a opção “discordo” no momento final). As demais, ou não obtiveram mudança de opção de resposta ou obtiveram mudança para uma opção de resposta pior.

Figura 1 – Gráfico de Likert para o questionário de autocuidado (EAAA-R), aplicado em pacientes com fibromialgia no momento inicial e final do estudo, do grupo controle. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)

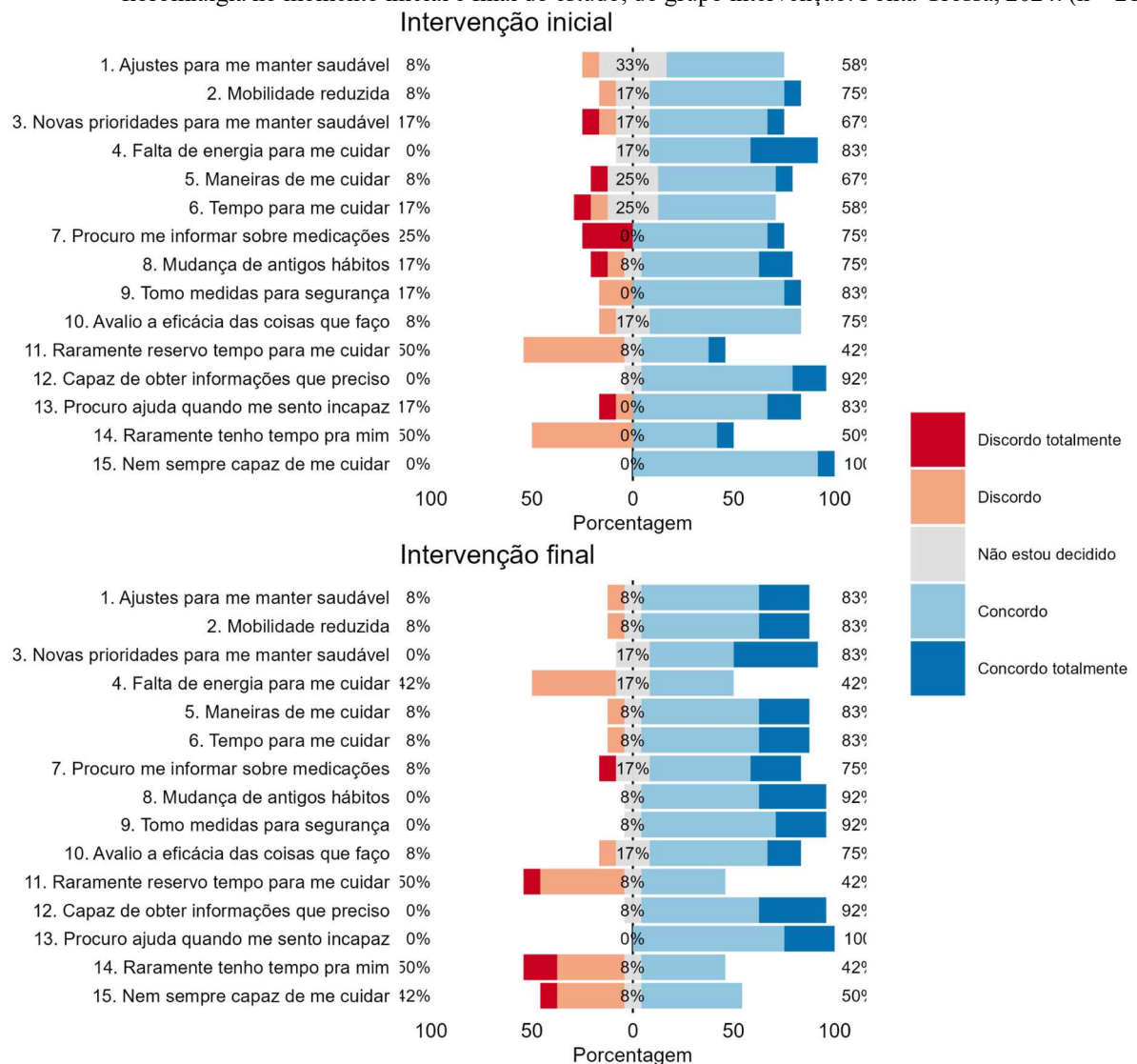


Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Na Figura 2, observa-se, no momento inicial, no Grupo Intervenção (GI), que a maioria dos participantes optou pela resposta “concordo” nas afirmativas do questionário de autocuidado, assim como no GC. A afirmativa que obteve o melhor percentual a favor do autocuidado e com maior frequência de respostas positivas (“concordo” ou “concordo totalmente”), alcançando com a soma das respostas, percentual de 91,67%, foi a número 12 (eu sou capaz de obter as informações que preciso quando minha saúde está ameaçada). Já a afirmativa com pior percentual (neste caso as respostas “concordo” ou “concordo totalmente” são opostas ao autocuidado), alcançando com a soma das respostas, valor de 100%, foi a número 15 (nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo como gostaria), semelhante ao encontrado no momento inicial do GC.

No momento final do GI, a maioria dos participantes continuou optando pela mesma resposta (“concordo”), mas agora com aumento da opção de resposta “concordo totalmente”. A afirmativa que obteve o melhor percentual a favor do autocuidado, alcançando com a soma das respostas, percentual de 100%, foi a número 13 (eu procuro ajuda quando me sinto incapaz de cuidar de mim mesmo). Das afirmativas opostas ao autocuidado (4, 11, 14 e 15), foi observada melhora na escolha de resposta em relação a afirmativa de número 4 (em geral, não tenho energia para me cuidar como deveria) e a de número 15 (nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo como gostaria), com redução da resposta “concordo” ou “concordo totalmente” para a resposta “discordo”.

Figura 2 – Gráfico de Likert para o questionário de autocuidado (EAAA-R), aplicado em pacientes com fibromialgia no momento inicial e final do estudo, do grupo intervenção. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Quanto à análise estatística (Tabela 2), no GC, a média de autocuidado no momento inicial foi de 54,33, aumentando para 54,67 no momento final. Essa diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,867$). No GI, houve um aumento significativo na média de autocuidado, de 49,58 no momento inicial, para 57,25 no momento final ($p = 0,008$), indicando que a intervenção teve um impacto estatisticamente significativo no autocuidado. Já a comparação entre os grupos não resultou em diferença estatisticamente significativa entre o momento inicial ($p = 0,199$) e o final ($p = 0,480$), sugerindo que, inicialmente, os grupos eram comparáveis, e a intervenção foi eficaz em melhorar o autocuidado no GI.

O domínio “Tendo Poder” (itens 1, 2, 3, 5, 6 e 10 do questionário), no GC, teve média inicial de 23,44 e final de 23,78, sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,590$). No GI, a média aumentou de 21,33 no momento inicial para 24,08 no momento final, mas não foi estatisticamente significativa ($p = 0,091$). Na comparação entre grupos também não houve diferença significativa entre o momento inicial ($p = 0,203$) e o final ($p = 0,637$).

A intervenção também demonstrou impacto no domínio "Desenvolvendo Poder" (itens 7, 8, 9, 12 e 13 do questionário), conforme indicado pelos aumentos nos escores desses domínios no grupo intervenção (de 18,58 para 20,75), com uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,029$). Porém, na comparação entre os grupos, este item não apresentou diferença estatisticamente significativa.

Também houve um aumento no escore no domínio "Faltando Poder" (itens 4, 11, 14 e 15 do questionário) no grupo intervenção (9,67 para 12,42), com uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,015$), o que pode indicar que a intervenção, apesar de ter efeitos benéficos, também pode ter aumentado a percepção de falta de poder entre os participantes.

Considerando o tamanho do efeito observado, a intervenção demonstrou um impacto no autocuidado ($d=0,601$ inicial e $d=0,301$ final) e no domínio “Faltando Poder” ($d=0,752$ inicial e $d=0,054$ final), indicando uma mudança clinicamente relevante nesses aspectos, apesar da redução do tamanho do efeito no momento final. No entanto, o tamanho do efeito foi consideravelmente menor para o domínio “Tendo Poder” ($d=0,581$ inicial e $d=0,080$ final), sugerindo que a intervenção teve um impacto limitado nesse domínio. O domínio “Desenvolvendo Poder” apresentou um tamanho de efeito baixo no momento inicial ($d=0,217$) e um aumento no momento final ($d=0,924$), indicando que com o tempo a intervenção pode ter surtido um efeito considerável nesse aspecto.

Tabela 2 – Média dos escores da escala de autocuidado (EAAA-R), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024. (n=21)

Escore	Grupo	Momento inicial				Momento final				p-valor entre momentos
		M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ	
Autocuidado	Controle	54,33	57	8,43	11	54,67	56	6,69	9	0,867*
	Intervenção	49,58	50,5	7,5	8,5	57,25	58,5	9,71	12	0,008*
p-valor entre grupos		0,199***				0,480***				
Tamanho do efeito Poder (1 – β)		0,601 0,254				0,301 0,099				
Domínio: Tendo Poder (d inicial 0,581) (d final 0,080)	Controle	23,44	24	3,364		23,78	24	2,82	3	0,590**
	Intervenção	21,33	22	3,82	3,25	24,08	24	4,32	4,5	0,091**
p-valor entre grupos		0,203****				0,637****				
Tamanho do efeito Poder (1 – β)		0,581 0,240				0,080 0,053				
Domínio: Desenvolvendo Poder	Controle	19,22	20	3,62		18,67	19	2,12	2	0,497**
	Intervenção	18,58	19,5	2,35	2,5	20,75	20	2,34	2,75	0,029**
p-valor entre grupos		0,583****				0,088****				
Tamanho do efeito Poder (1 – β)		0,217 0,075				0,924 0,512				
Domínio: Faltando Poder	Controle	11,67	12	3,083		12,22	12	3,07	3	0,679*
	Intervenção	9,67	10	2,31	1,5	12,42	12	4,12	7,25	0,015*
p-valor entre grupos		0,124***				0,903***				
Tamanho do efeito Poder (1 – β)		0,752 0,367				0,054 0,052				

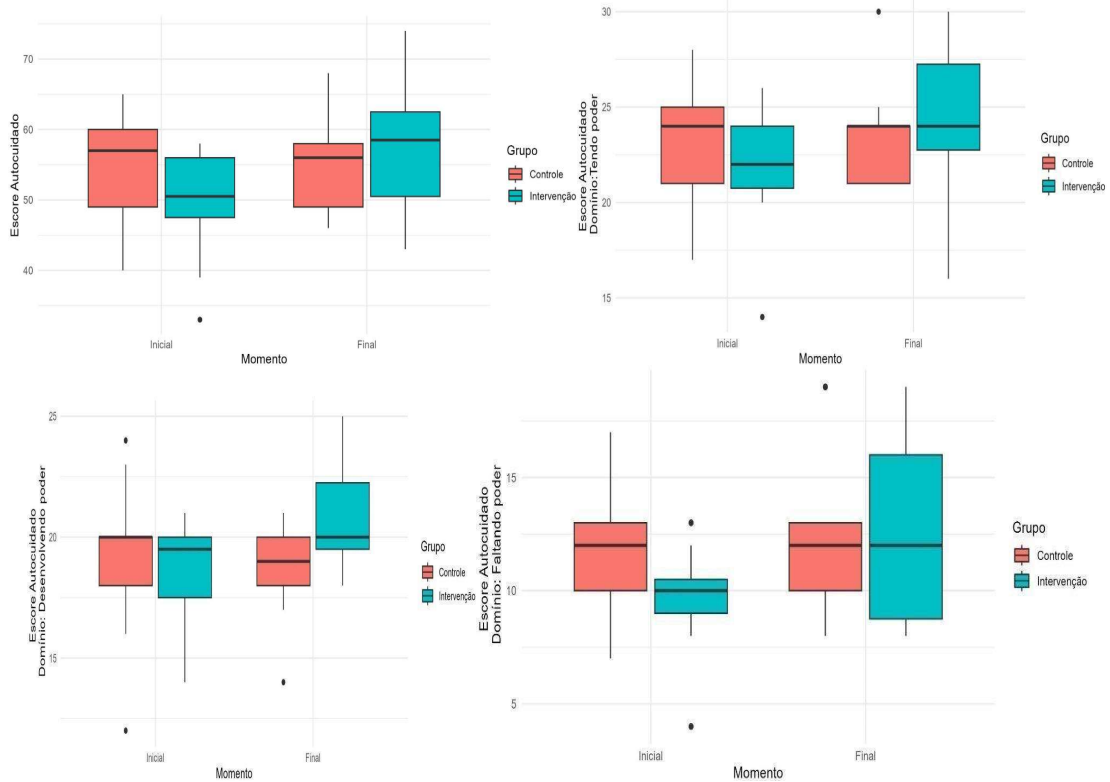
*Teste t pareado; **Teste de Wilcoxon; ***Teste t de Student; ****Teste U de Mann-Whitney; M= média; MD= mediana; DP= desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Em resumo, o GC não apresentou diferença significativa entre o momento inicial e final, sugerindo que o nível de autocuidado permaneceu relativamente constante. Já no GI, observou-se uma diferença significativa nos escores de autocuidado entre o momento inicial e final, indicando que a intervenção teve um efeito relevante no autocuidado.

Na Figura 3, os *boxplots* também demonstram que, no grupo intervenção foi observada uma melhora no escore de autocuidado no momento final, enquanto no grupo controle não houve diferença significativa entre os momentos.

Figura 3 – Boxplots dos escores da escala de autocuidado (EAAA-R), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.



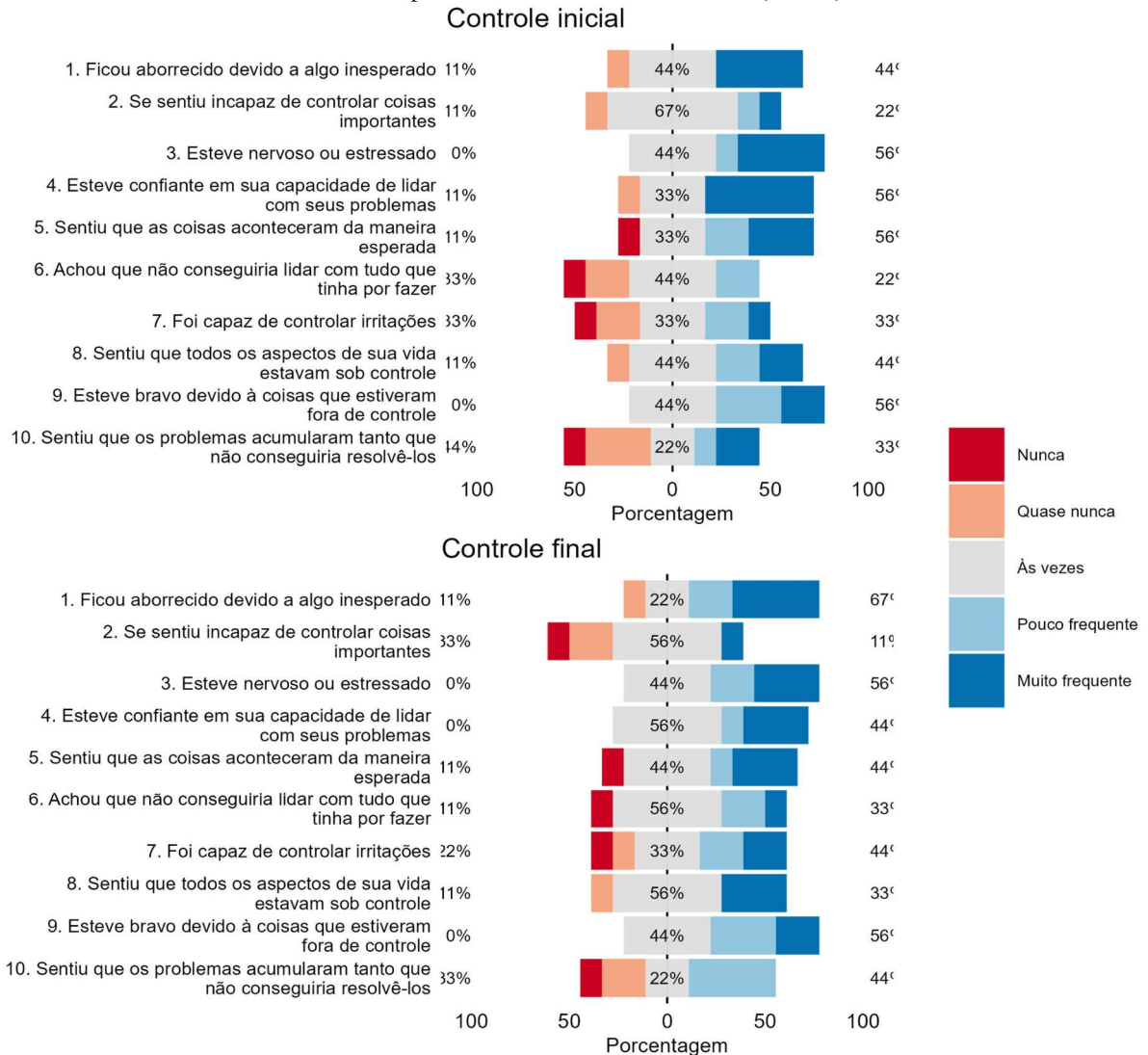
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

5.3 QUESTIONÁRIO ESTRESSE (EPS-10)

Com relação à análise de estresse, de acordo com a Figura 4, observa-se, no momento inicial, que a maioria dos participantes do Grupo Controle (GC) optou pela resposta “às vezes”. As perguntas que obtiveram os melhores percentuais de respostas positivas (“pouco frequente” ou “muito frequente”) foram a número 4 (com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?) e a número 5 (com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?), alcançando ambas, com a soma das respostas, valor de 55,56%. Já as perguntas com pior percentual (neste caso as respostas “pouco frequente” ou “muito frequente” são negativas) foram a número 3 (com que frequência você esteve nervoso ou estressado) e a número 9 (com que frequência você esteve bravo devido a coisas que estiveram fora de seu controle?), alcançando ambas, com a soma das respostas, valor de 55,56%.

No momento final, a maioria dos participantes continuou optando pela resposta “às vezes”. As perguntas que obtiveram os melhores percentuais de respostas positivas (“pouco frequente” ou “muito frequente”), foram a número 4 (com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?), a número 5 (com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?) e a número 7 (com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida?), alcançando ambas, com a soma das respostas, 44,44%. Já a pergunta com pior percentual (neste caso as respostas “pouco frequente” ou “muito frequente” são negativas) foi a número 1 (com que frequência você ficou aborrecido devido a algo que aconteceu inesperadamente?), com valor de 66,67%.

Figura 4 – Gráfico de Likert para o questionário de estresse (EPS-10), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Controle. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)

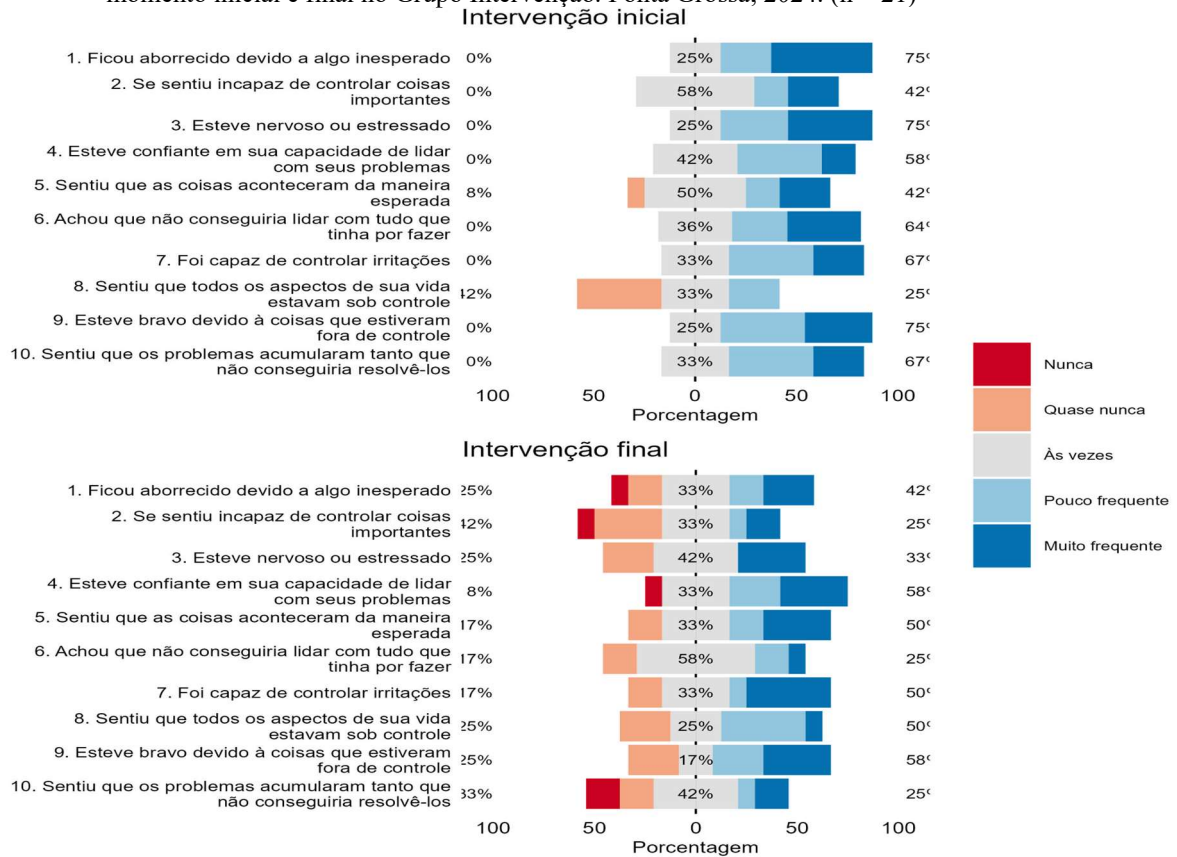


Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

De acordo com a Figura 5, observa-se, no momento inicial, no Grupo Intervenção (GI), que os participantes ficaram divididos entre as respostas “às vezes”, “pouco frequente” e “muito frequente”. A pergunta que obteve o melhor percentual de resposta positiva (“pouco frequente” ou “muito frequente”) foi a número 7 (com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida?), com valor de 66,67%. Já as perguntas com piores percentuais (neste caso as respostas “pouco frequente” ou “muito frequente” são negativas) foram a número 1 (com que frequência você ficou aborrecido devido a algo que aconteceu inesperadamente?), a número 3 (com que frequência você esteve nervoso ou estressado) e a número 9 (com que frequência você esteve bravo devido a coisas que estiveram fora de seu controle?), alcançando ambas, com a soma das respostas, valor de 75%. Observa-se que os itens 3 e 9 foram destaque tanto no GC quanto no GI.

No momento final, os participantes ficaram divididos entre as respostas “às vezes” e “muito frequente”. A pergunta que obteve o melhor percentual de resposta positiva (“pouco frequente” ou “muito frequente”) foi a número 4 (com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?), com valor de 58,33%. Já a pergunta com pior percentual (neste caso as respostas “pouco frequente” ou “muito frequente” são negativas) foi a número 9 (com que frequência você esteve bravo devido a coisas que estiveram fora de seu controle?), com valor de 58,33%, semelhante ao momento inicial do GI.

Figura 5 – Gráfico de Likert para o questionário de estresse (EPS-10), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Intervenção. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Quanto à análise estatística (Tabela 3), no momento inicial, o GC apresentou média de estresse de 20,33. No momento final, a média foi praticamente igual (20,44), sem diferença significativa ($p = 0,953$), entre os momentos. Logo, o GC manteve níveis de estresse praticamente inalterados. Já o GI, no momento inicial, teve uma média de estresse maior (23,75). No momento final, a média diminuiu (18,92). Embora a redução no estresse tenha sido pronunciada, a diferença entre os momentos não foi estatisticamente significativa ($p = 0,071$).

Na comparação entre grupos, o p-valor no momento inicial (0,024) teve uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de estresse entre o grupo controle e o grupo intervenção, apresentando níveis de estresse significativamente mais altos.

O tamanho do efeito observado entre os grupos no momento inicial ($d=0,743$) sugere uma diferença prática relevante nos níveis de estresse, com o GI, demonstrando uma maior intensidade de estresse em comparação ao GC. No entanto, o tamanho do efeito no momento final ($d=0,207$) indica uma redução substancial na magnitude da diferença entre os grupos, e o tamanho do efeito associado a mudança no GI não é estatisticamente significativo ($p=0,071$).

Tabela 3 – Média dos escores da escala de estresse (EPS-10), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024. (n=21)

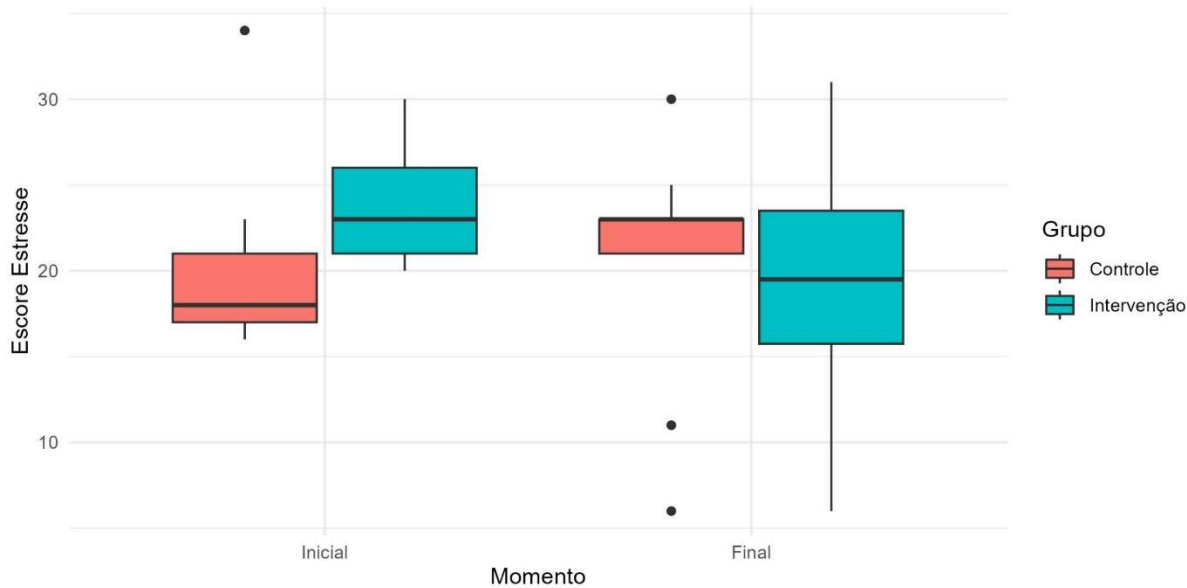
Escore	Grupo	Momento inicial				Momento final				p-valor entre momentos*
		M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ	
Estresse	Controle	20,33	18	5,57	4	20,44	23	7,35	2	0,953
	Intervenção	23,75	23	3,74	3,5	18,92	19,5	7,57	7,75	0,071
p-valor entre grupos**		0,024				0,498				
Tamanho do efeito		0,743				0,207				
Poder (1 – β)		0,360				0,073				

*Teste de Wilcoxon; **Teste U de Mann-Whitney; M= média; MD= mediana; DP= desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Na Figura 6, os *boxplots* também demonstram que a intervenção não gerou diferença significativa entre os momentos nem entre os grupos.

Figura 6 – Boxplots dos escores da escala de estresse (EPS-10), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.



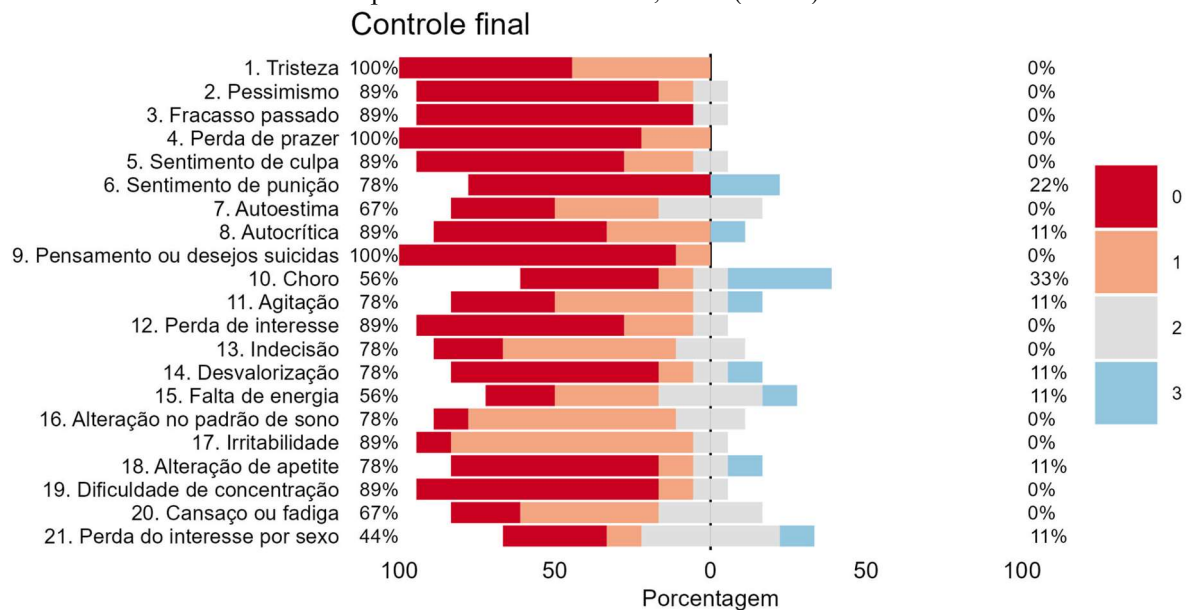
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

5.4 QUESTIONÁRIO DEPRESSÃO (BDI-II)

No Grupo Controle (GI), as respostas não foram avaliadas no momento inicial, pois não foram coletados os dados dessa fase do estudo. No momento final, de acordo com a Figura 7, observou-se uma maior concentração de respostas nas categorias “0” e “1” (escores positivos). Os itens que obtiveram os maiores escores de respostas positivas (no caso nas

categorias 0 ou 1) foram o número 1 (tristeza) e o número 2 (pessimismo), alcançando ambos, com a soma das respostas, percentual de 83,34% e o número 9 (pensamentos ou desejos suicida), com percentual de 91,66%. Os itens que obtiveram os maiores escores de respostas negativas (no caso nas categorias 2 ou 3) foram o número 15 (falta de energia) e o número 18 (alteração de apetite), alcançando ambos, com a soma das respostas, percentual de 50% e o número 21 (perda de interesse por sexo), com 66,67% (soma das respostas).

Figura 7 – Gráfico de Likert para o questionário de depressão (BDI-II), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento final no Grupo Controle. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

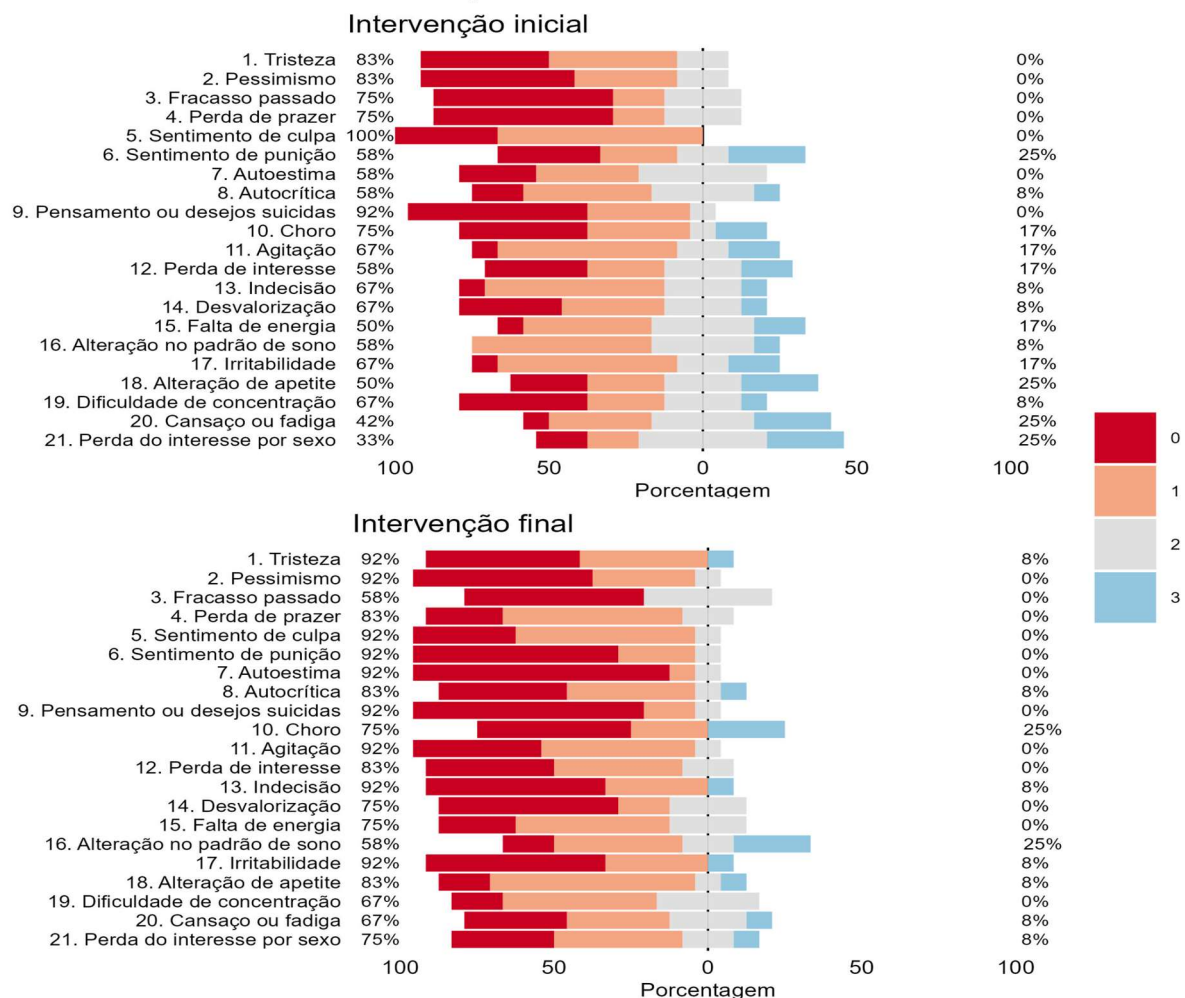
No Grupo Intervenção (GI), no momento inicial, de acordo com a Figura 8, também observou-se uma maior concentração de respostas nas categorias “0” e “1” (escores positivos). Os itens que obtiveram os maiores escores de respostas positivas (no caso nas categorias 0 ou 1) foram o número 1 (tristeza), número 4 (perda de prazer) e o número 9 (pensamentos ou desejos suicida), alcançando ambos, com a soma das respostas, percentual de 100%. Os itens 1 e 9 foram destaque no momento final do GC. Os itens que obtiveram os maiores escores de respostas negativas (no caso nas categorias 2 ou 3) foram o número 10 (choro) e o número 15 (falta de energia), alcançando ambos, com a soma das respostas, percentual de 44,44% e o número 21 (perda de interesse por sexo), com percentual de 55,55% (soma das respostas). Cabe destacar que os itens 15 e 21 aparecem tanto no GC quanto no GI, como negativos.

No momento final, assim como no inicial, também observou-se uma maior concentração de respostas nas categorias “0” e “1” (escores positivos). Do total de 21 itens analisados, 9 apresentaram escore positivo (itens 1, 2, 5, 6, 7, 9, 11, 13 e 17), com percentual

de 91,67% (no momento inicial apenas 3 itens superaram o percentual de 90%). Já os itens que obtiveram os maiores escores de respostas negativas (no caso nas categorias 2 ou 3) foram o número 3 (fracasso passado) e o número 16 (alteração no padrão de sono), alcançando ambos, com a soma das respostas, percentual de 41,67%.

Em resumo, houve uma melhora geral nos índices de várias categorias, pois observou-se uma migração de participantes das categorias mais graves (2 e 3) para as categorias 0 ou 1, o que reflete uma melhora significativa nos sintomas ou na condição monitorada.

Figura 8 – Gráfico de Likert para o questionário de depressão (BDI-II), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Intervenção. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Na Tabela 4, verifica-se que o GC, no momento final, apresentou uma média de 15,44 no BDI-II. O p-valor entre momentos não foi calculado, pois os dados do momento inicial não estavam disponíveis. O GI, no momento inicial, apresentou uma média de 24,33 (depressão moderada) e no momento final a média diminuiu para 16,58 (depressão leve). O p-valor entre momentos (0,045) mostra uma redução significativa nos escores do BDI-II entre os momentos

para o GI, indicando que a intervenção teve um impacto positivo na redução dos sintomas de depressão, saindo da categoria de depressão moderada para a categoria de depressão leve.

Já na comparação entre grupos, o p-valor não teve diferença estatisticamente significativa (0,721). Isso sugere que, apesar de o GI ter apresentado uma redução significativa ao longo do tempo, no momento final seus escores estavam próximos dos do grupo controle.

Como não houve coleta de dados da escala de depressão, na fase inicial do estudo, não há como analisar a mudança de tamanho do efeito entre os momentos. Pode-se constatar apenas, que o tamanho do efeito observado no momento final ($d=0,105$) é baixo, sugerindo um impacto limitado da intervenção.

Tabela 4 – Média dos escores da escala de depressão (BDI-II), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024. (n=21)

Escore	Grupo	Momento inicial				Momento final				p-valor entre momentos*
		M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ	
BDI-II	Controle	-	-	-	-	15,44	13	10,67	8	-
	Intervenção	24,33	23	12,39	18	16,58	14,5	11,02	10,25	0,045
p-valor entre grupos**		-				0,721				
Tamanho do efeito						0,105				
Poder (1 – β)						0,056				

*Teste de Wilcoxon; **Teste U de Mann-Whitney; M= média; MD= mediana; DP= desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

A Tabela 5 apresenta uma comparação dos níveis de depressão. Na comparação entre os grupos, o p-valor para a categoria "Sem Depressão" e "Possível Caso de Depressão" foi de 0,948, o que indica que não houve diferença estatisticamente significativa entre eles. Para as categorias de depressão mínima, leve, moderada e grave, o p-valor entre os grupos foi de 0,737, o que também não indica diferença significativa entre eles.

Como não houve coleta de dados da escala de depressão, na fase inicial do estudo, não há como analisar a mudança de tamanho do efeito entre os momentos e diferentes níveis de depressão. Pode-se constatar apenas, que o tamanho do efeito observado no momento final ($d=0,224$) é baixo, sugerindo um impacto limitado da intervenção.

Tabela 5 – Média dos escores da escala (BDI-II), conforme níveis de depressão, em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024. (n=21)

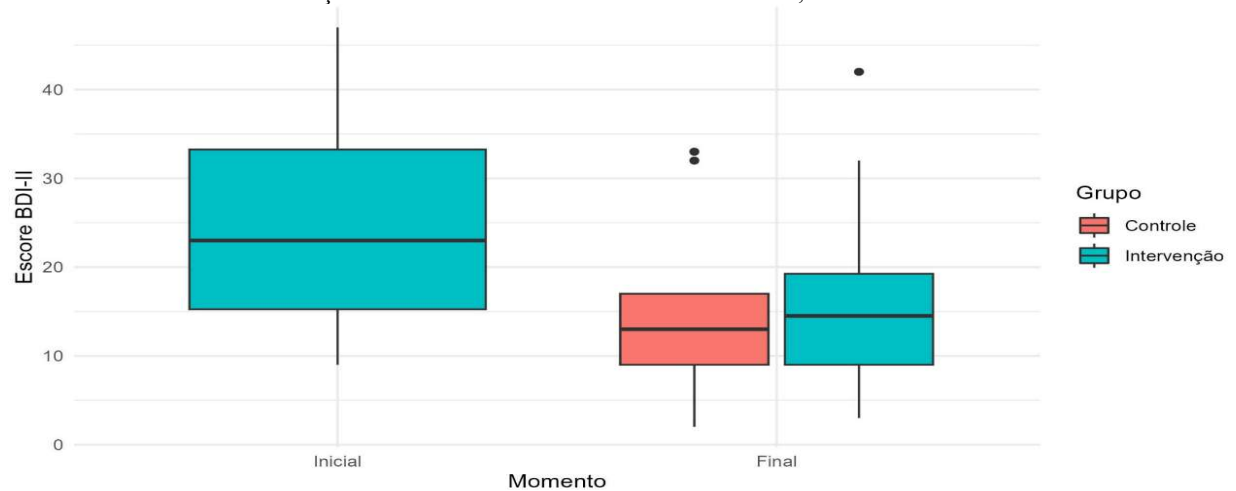
			Momento inicial		Momento final		p-valor entre momentos*
Escore	Grupo		N	%col	N	%col	
BDI-II	Controle	Sem depressão	-	-	4	44,44	-
		Possível caso de depressão	-	-	5	55,56	
	Intervenção	Sem depressão	2	16,67	4	33,33	0,114*
		Possível caso de depressão	10	83,33	8	66,67	
	p-valor entre grupos			-		0,948**	
BDI-II	Controle	Mínimo para depressão	-	-	5	55,56	-
		Depressão leve	-	-	2	22,22	
		Depressão moderada	-	-	0	0	
		Depressão grave	-	-	2	22,22	
	Intervenção	Mínimo para depressão	3	25	5	41,67	0,257***
		Depressão leve	2	16,67	4	33,33	
		Depressão moderada	3	25	1	8,33	
		Depressão grave	4	33,33	2	16,67	
	p-valor entre grupos**			-		0,737**	
Tamanho do efeito					0,224		
Poder (1 – β)					0,176		

*Teste de McNemar; **teste de qui quadrado; ***Teste Q de Cochran; N = frequência absoluta; % = frequência relativa ao item em cada momento.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

A Figura 9 mostra que, embora tenha havido algumas mudanças nos escores de depressão dentro do GI, essas mudanças não foram estatisticamente significativas. O mesmo ocorre quando se compara o GI com o GC, onde não foram observadas diferenças significativas após a intervenção.

Figura 9 – Boxplot dos escores da escala de depressão (BDI-II), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.

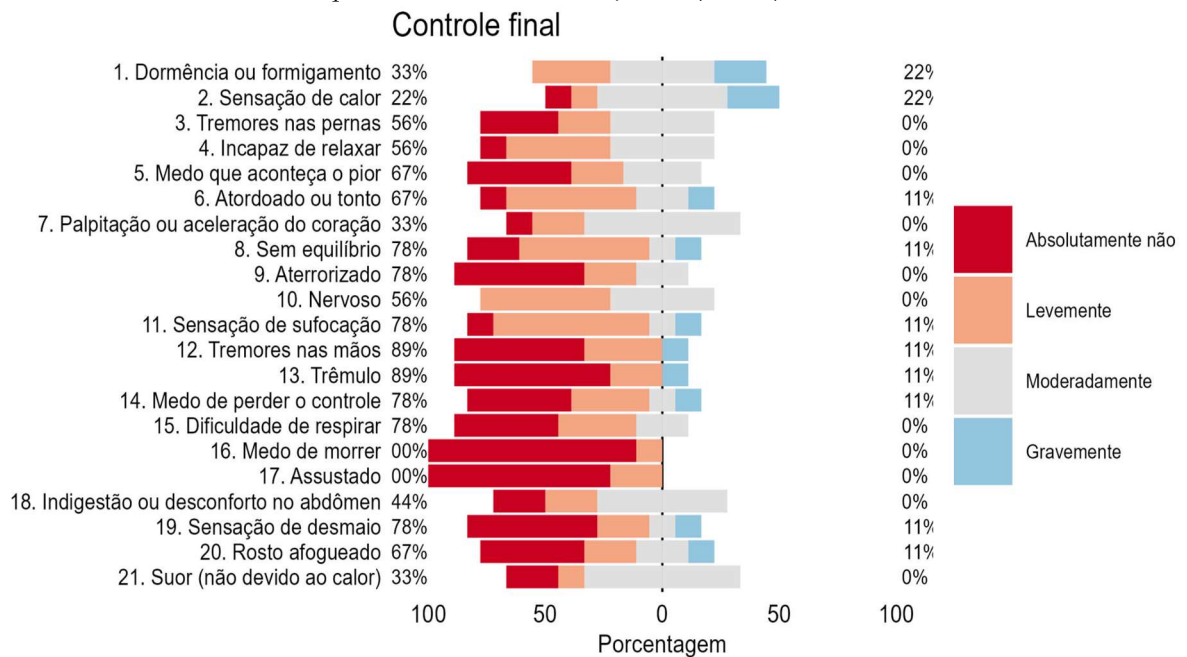


Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

5.5 QUESTIONÁRIO ANSIEDADE (BAI)

Em relação ao questionário de ansiedade, no Grupo Controle (GI) as respostas não foram avaliadas no momento inicial, pois não foram coletados os dados dessa fase do estudo. No momento final, conforme a Figura 10, observou-se uma maior concentração de respostas nas categorias “levemente” e “moderadamente”. Isso sugere que, sem intervenção, os participantes experimentam sintomas com maior gravidade. As afirmativas que obtiveram os maiores escores de respostas positivas (no caso nas categorias “absolutamente não” ou levemente) foram a número 12 (tremores nas mãos), a número 15 (dificuldade de respirar), a número 17 (assustado) e a número 19 (sensação de desmaio), alcançando ambas, com a soma das respostas, percentual de 91,9%. A afirmativa que obteve o maior escore de respostas negativas (no caso nas categorias “moderadamente” ou “gravemente”) foi a número 2 (sensação de calor), com percentual de 72,73% (soma das respostas).

Figura 10 – Gráfico de Likert para o questionário de ansiedade (BAI), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento final no Grupo Controle. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)



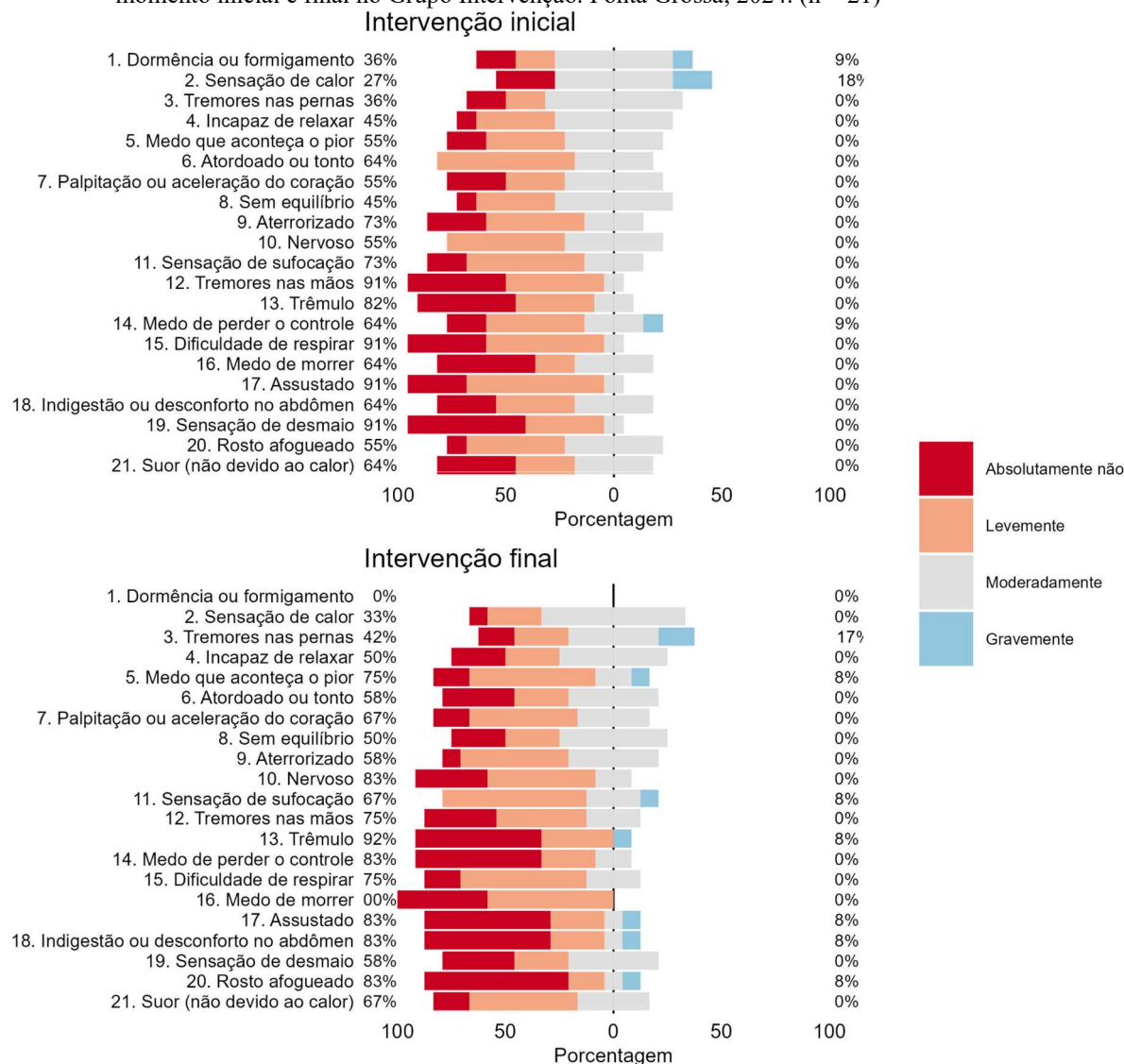
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

No Grupo Intervenção (GI), no momento inicial, de acordo com a Figura 11, observou-se uma maior concentração de respostas nas categorias “absolutamente não” e “moderadamente”. As afirmativas que obtiveram os maiores escores de respostas positivas (no caso nas categorias “absolutamente não” ou levemente) foram a número 16 (medo de morrer) e a número 17 (assustado), alcançando ambas, com a soma das respostas, percentual de 100%. A afirmativa que obteve o maior escore de respostas negativas (no caso nas categorias

“moderadamente” ou “gravemente”), assim como no GC, foi a número 2 (sensação de calor), com percentual de 77,78% (soma das respostas).

No momento final, também observou-se uma maior concentração de respostas nas categorias “absolutamente não”, “moderadamente” e também na categoria “levemente”. As afirmativas que obtiveram os maiores escores de respostas positivas (no caso nas categorias “absolutamente não” ou levemente), assim como no GC, foram a número 12 (tremores nas mãos) e a número 15 (dificuldade de respirar), com 91,66% e 100%, respectivamente (com a soma das respostas). A afirmativa que obteve o maior escore de respostas negativas (no caso nas categorias “moderadamente” ou “gravemente”), foi a número 1 (dormência ou formigamento), com percentual de 66,67% (soma das respostas).

Figura 11 – Gráfico de Likert para o questionário de ansiedade (BAI), aplicado em pacientes com fibromialgia, no momento inicial e final no Grupo Intervenção. Ponta Grossa, 2024. (n = 21)



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Na Tabela 6, o GC no momento inicial não apresentou os dados para análise, no momento final apresentou uma média de 22,22, o que se caracteriza como grau de ansiedade moderada. O p-valor entre momentos não foi calculado para o GC. O GI, no momento inicial, apresentou uma média de 24 e no momento final caiu para 21,42 (mantendo o grau de ansiedade na categorias moderada), com p-valor entre momentos (0,248) não estatisticamente significativo, sugerindo que a intervenção não teve um impacto nos níveis de ansiedade ao longo do tempo. Da mesma forma, o p-valor entre grupos, no momento final (0,862), não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os escores de ansiedade, indicando que os dois grupos continuam a apresentar níveis similares de ansiedade após a intervenção.

Como não houve coleta de dados da escala de ansiedade, na fase inicial do estudo, não há como analisar a mudança de tamanho do efeito entre os momentos. Pode-se constatar apenas, que o tamanho do efeito observado no momento final ($d=0,081$) é baixo, sugerindo um impacto limitado da intervenção.

Tabela 6 – Média dos escores da escala de ansiedade (BAI), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024. (n=21)

Escore	Momento inicial					Momento final				p-valor entre momentos*
	Grupo	M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ	
BAI	Controle	-	-	-	-	22,22	21	11,33	7	-
	Intervenção	24	24	9,01	5,5	21,42	19	8,71	12,5	0,248
p-valor entre grupos**				-		0,862				
Tamanho do efeito						0,081				
Poder (1 – β)						0,053				

*Teste t pareado; **Teste t de Student; M= média; MD= mediana; DP= desvio padrão; IQ= intervalo interquartil.

*Teste t pareado; **Teste t de Student; M= média; MD= mediana; DP= desvio padrão; IQ= intervalo interquartil.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

A Tabela 7 apresenta os resultados conforme os níveis de ansiedade. O p-valor entre os grupos foi de 0,484, indicando que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos após a intervenção. Os resultados sugerem que no GI, houve uma redução na ansiedade moderada, acompanhada por um aumento na proporção de pacientes com ansiedade leve. No entanto, essa mudança não foi estatisticamente significativa ($p = 0,059$) dentro do grupo. Da mesma maneira, as alterações não foram suficientemente significativas ($p = 0,484$) para evidenciar um efeito claro quando comparadas os grupos.

Como não houve coleta de dados da escala de ansiedade, na fase inicial do estudo, não há como analisar a mudança de tamanho do efeito entre os momentos e diferentes níveis de

ansiedade. Pode-se constatar apenas, que o tamanho do efeito observado no momento final (d=0,742) é relevante, sugerindo impacto da intervenção (embora sem diferença estatisticamente significativa, conforme já citado no parágrafo anterior).

Tabela 7 – Média dos escores da escala BAI, conforme níveis de ansiedade, em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024. (n=21)

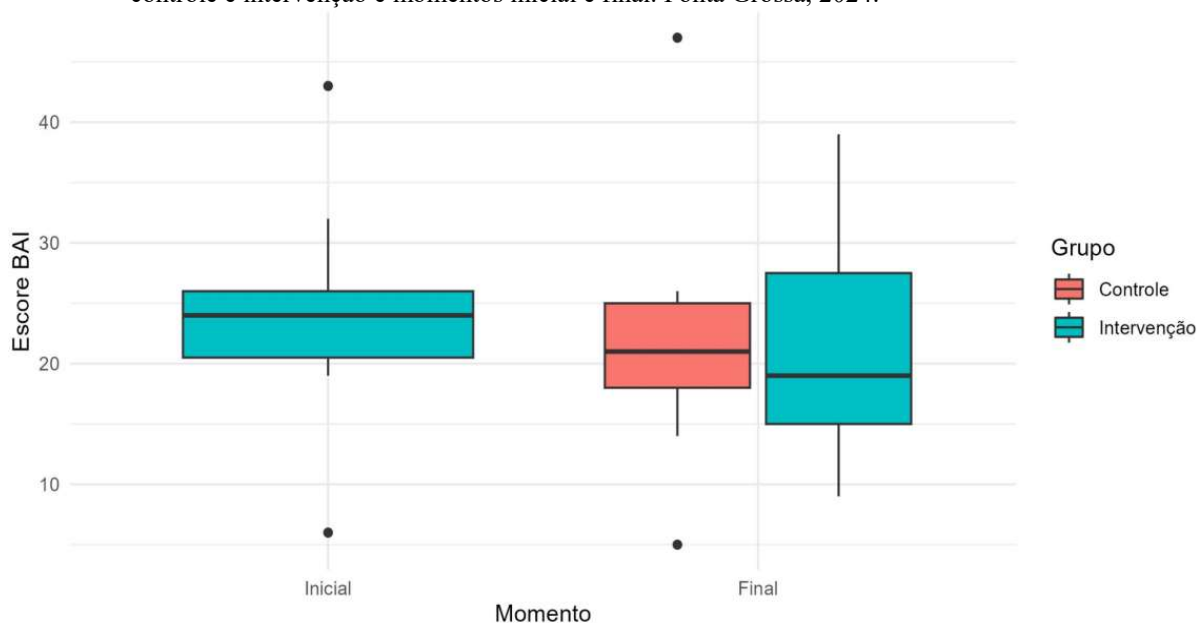
Escore	Grupo	Momento inicial		Momento final		p-valor entre momentos*
		N	%	N	%	
BAI	Controle	Grau mínimo de ansiedade		-	-	-
		Ansiedade leve		-	-	
		Ansiedade moderada		-	-	
		Ansiedade severa grave		-	-	
	Intervenção	Grau mínimo de ansiedade		1	8,33	0,059*
		Ansiedade leve		1	8,33	
		Ansiedade moderada		7	58,33	
		Ansiedade severa grave		2	16,67	
		Não informado		1	8,33	
	p-valor entre grupos**		-	0,484**		
Tamanho do efeito				0,742		
Poder (1 – β)				0,0925		

*Teste Q de Cochran; **Teste de qui quadrado; N = frequência absoluta; % = frequência relativa ao item em cada momento.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

Embora o GI tenha apresentado uma leve diminuição nos escores de ansiedade ao longo do tempo, essa redução não foi estatisticamente significativa. Isso indica que, no geral, a intervenção não teve um efeito significativo sobre os níveis de ansiedade (BAI) conforme é visualizado na Figura 12.

Figura 12 – Boxplot dos escores da escala de ansiedade (BAI), em pacientes com fibromialgia, segundo grupo controle e intervenção e momentos inicial e final. Ponta Grossa, 2024.



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

5.6 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DO DELTA, FINAL E INICIAL DOS ESCORES: AUTOCUIDADO (EAAA-R); ESTRESSE (EPS-10); ANSIEDADE (BAI) E DEPRESSÃO (BDI-II)

A Tabela 8 apresenta uma comparação dos valores médios, medianas, desvios padrão e intervalos interquartis para os escores de autocuidado (EAAA-R), poder, estresse (EPS-10), ansiedade (BAI) e depressão (BDI-II), utilizando o teste t de Student para avaliar a significância das diferenças entre o Grupo Controle (GC) e o Grupo Intervenção (GI).

No que diz respeito ao autocuidado, o GC apresentou uma média de 0,33, com uma mediana de -1, indicando uma mudança muito pequena. O desvio padrão foi de 5,79, sugerindo uma variação considerável entre os participantes desse grupo. Já no GI, a média foi de 7,67, com uma mediana de 8, indicando uma melhora significativa no autocuidado. O desvio padrão foi de 8,19, mostrando uma variação moderada entre os pacientes. O p-valor de 0,027 indica que a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa, sugerindo que a intervenção teve um impacto positivo no autocuidado dos participantes.

Considerando o tamanho do efeito observado do Delta final-inicial na escalas avaliadas no estudo, a de maior tamanho foi a de autocuidado ($d=1,008$), indicando que a intervenção foi relevante neste aspecto, especialmente no domínio “Desenvolvendo Poder” ($d=1,026$). Nas demais, o tamanho do efeito foi moderado (entre 0,5 a 0,6). Assim, como já citado anteriormente, como não houve coleta de dados da escala de depressão e ansiedade, na fase

inicial do estudo, não há como analisar a mudança de tamanho do efeito entre os momentos.

Tabela 8 – Estatísticas descritivas do delta no grupo controle e intervenção no momento inicial e final dos escores do autocuidado, estresse, ansiedade e depressão. Ponta Grossa, 2024. (n=21)

Delta (final - inicial)	d	Poder 1-β	Grupo controle				Grupo intervenção				p- valor *
			M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ	
Autocuidado	1,008	0,583	0,33	-1	5,79	9	7,67	8	8,19	10	0,027
Domínio: Tendo Poder	0,596	0,250	0,33	0	3,08	6	2,75	3	4,65	6,25	0,170
Domínio: Desenvolvendo Poder	1,026	0,598	- 0,56	0	2,65	2	2,17	2	2,66	3,5	0,032
Domínio: Faltando Poder	0,615	0,263	0,56	0	3,88	4	2,75	2	3,31	6	0,191
Estresse	0,597	0,251	0,11	5	8,58	15	-4,83	-3,50	8,04	5,25	0,198
BDI-II			-	-	-	-	-7,75	-5,5	11,15	13,25	-
BAI			-	-	-	-	-3,09	-6	8,35	7	-

*Teste de t de Student; M= média; MD= mediana; DP= desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil; d= tamanho do poder

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2024.

A intervenção teve um impacto positivo em várias áreas, como o autocuidado e o desenvolvimento de poder, ambos com p-valores estatisticamente significativos (0,027 e 0,032, respectivamente). Apesar de algumas melhorias observadas nos domínios "Tendo Poder", "Faltando Poder" e nos níveis de estresse, essas mudanças não foram estatisticamente significativas.

Além disso, o grupo de intervenção apresentou uma redução significativa nos escores de estresse (EPS-10), depressão (BDI-II) e ansiedade (BAI), mas a ausência de dados comparativos do GC no momento inicial impede uma análise mais aprofundada desses resultados na ansiedade e na depressão.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo apontaram que a comparação entre momentos, no GI apresentou uma melhora significativa nos níveis de autocuidado. No entanto, apenas este último apresentou diferença estatisticamente significativa e mudança de categoria após a intervenção (passando de depressão moderada no momento inicial para depressão leve no momento final). Já a comparação entre grupos revelou alteração significativa apenas no escore do EPS. A intervenção resultou em uma diferença positiva nos escores de autocuidado e depressão (entre momentos) e no escore de estresse (entre grupos). Já no fator ansiedade não houve alteração (entre momentos e/ou entre grupos).

A fim de deixar a discussão mais didática iremos seguir as mesmas divisões do capítulo anterior, no qual discutiremos separadamente os resultados obtidos por cada um dos questionários aplicados (perfil dos participantes; questionário de autocuidado; questionário estresse; questionário depressão e questionário ansiedade).

6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

A idade média encontrada no presente estudo (51,36 anos) foi semelhante ao achado de Ramiro *et al.*, (2014), que verificaram idade média de 49,20 anos, em estudo que avaliou os índices de estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia (FM), comparando-os com os de mulheres saudáveis. Já o estudo de Pernambuco *et al.*, (2017) encontrou valor inferior (46,92 anos), ao mensurar os níveis de fadiga, distúrbios do sono, ansiedade e depressão em pacientes com FM, comparando-os aos controles saudáveis. Também estudo de Cetingok, Seker e Cetingok (2022), com objetivo de avaliar a relação entre FM e depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres, verificaram idade média menor, de 45,97 anos. Estes achados estão de acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2022), que aponta a faixa etária entre 30 a 50 anos, como aquela com maior prevalência de FM.

Quanto à escolaridade, o estudo de Cetingok, Seker e Cetingok (2022) encontraram uma amostra com maioria dos participantes com ensino fundamental (51,40%), o mesmo achado em nosso estudo, embora com percentual inferior (42,86%). Diferentemente, estudo de Couto *et al.* (2020), que avaliou o agenciamento do autocuidado de indivíduos com FM e sua associação com variáveis sociodemográficas, sintomas e qualidade de vida, verificaram que a maioria dos participantes tinha 12 ou mais anos de estudo em 62,50% da amostra. Também estudo de Nunes e Vera (2021), que avaliou a relação do autocuidado e apoio social com as variáveis

sociodemográficas em pessoas com FM, encontraram ensino superior completo em 60,20% da amostra. Os autores atribuem este fato a questão das pessoas de maior escolaridade terem maior acesso a internet, pois os questionários foram enviados de forma eletrônica nesta pesquisa, logo, neste estudo, pode ter ocorrido um viés de seleção.

A maioria da amostra deste estudo foi composta por mulheres, tanto no grupo controle (88,89%) quanto no grupo intervenção (91,67%). Revisão sistemática conduzida por Pellin *et al.*, (2024) também aponta que os estudos conduzidos com portadores de FM, são majoritariamente, compostos por população do sexo feminino. De fato, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2022) e Heidari *et al.*, (2017) apontam que a FM é mais comum entre mulheres.

Quanto à etnia declarada pelos participantes, a maioria declara-se branca (42,86%). Esse achado é consonante com o encontrado no estudo de Nunes e Vera (2021), onde a maioria também se declarou de etnia branca (57,37%). É importante ressaltar que o desenvolvimento da FM não está relacionado com a etnia.

6.2 QUESTIONÁRIO DE AUTOCUIDADO (EAAA-R)

A comparação entre os escores obtidos nos momentos inicial (49,58) e final (57,25) da escala de avaliação de agenciamento do autocuidado revisada (EAAA-R) demonstrou que os participantes apresentaram uma melhora significativa no gerenciamento de seu autocuidado após a intervenção, sugerindo que eles adotaram as práticas recomendadas, como ajustes na dieta, exercícios físicos, técnicas de relaxamento e gestão adequada do sono. Cabe frisar que quanto mais alto for o valor encontrado na EAAA-R maior é o nível de autocuidado, visto que a escala varia de 15 até 75 pontos.

Em estudo de Couto *et al.* (2020), com a utilização do EAAA-R, foi encontrado escore geral de autocuidado de 58,07, superior ao momento inicial do Grupo Intervenção (GI) do presente estudo, que foi de 49,58. Da mesma forma, nos domínios “tendo poder”, “desenvolvendo poder” e “faltando poder”, em que os escores foram, respectivamente, de 22,46, 20,96 e 14,65, também superiores aos do nosso estudo, considerando o momento inicial do GI. Já Nunes e Vera (2021) verificaram escore total de EAAA-R de 51,16 e nos domínios “tendo poder”, “desenvolvendo poder” e “faltando poder”, os valores foram, respectivamente, de 21,91, 19,36 e 9,87. Estes escores são semelhantes aos encontrados no presente estudo, no momento inicial do GI.

A literatura também aponta outras pesquisas com utilização de programas

ambulatoriais multidisciplinares no tratamento da fibromialgia (FM). Uma delas é o estudo controlado randomizado conduzido por Cedraschi *et al.*, (2004) que avaliou 160 pacientes, por 6 meses, em que um grupo intervenção foi submetido a exercícios em piscina e educação em saúde, utilizando para avaliação, antes e após 6 meses, escalas de satisfação e índices de bem-estar (diferentes das escalas utilizadas no presente estudo). Os autores verificaram mudanças significativas na qualidade de vida dos pacientes, mantidas por pelo 6 meses após a conclusão do programa. Este efeito não pode ser analisado no presente estudo, visto que só foram realizadas a avaliação inicial e a final, não tendo outra após algum tempo de conclusão do programa.

Quanto às afirmativas da EAAA-R que obtiveram os melhores percentuais a favor do autocuidado (se minha mobilidade é reduzida, eu faço os ajustes necessários; eu procuro melhores maneiras de cuidar de mim; mudei alguns de meus antigos hábitos para melhorar a minha saúde; frequentemente tomo medidas para garantir minha segurança e de minha família; e eu avalio com frequência a eficácia das coisas que eu faço para me manter saudável), Nunes e Vera (2021) destacam que “os indivíduos têm compreensão [...] da necessidade de estimulação para cuidar-se com maior determinação e aceitar uma mudança de hábitos de vida”. Já em relação à afirmativa com pior percentual (nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo como gostaria), os mesmos autores acreditam “que a falta de suporte e a compreensão dos familiares diante das dificuldades e das limitações físicas causadas pela síndrome possam ser fatores determinantes para esses achados”.

Em geral, quanto menor é o autocuidado do indivíduo com fibromialgia (FM), pior será sua qualidade de vida (Couto *et al.*, 2020). Assim, a educação em saúde e o empoderamento dos pacientes são pontos cruciais para o sucesso do autocuidado, especialmente em condições crônicas como a FM. A capacitação dos pacientes para o autogerenciamento da saúde pode levar a uma maior adesão ao tratamento e a resultados clínicos mais favoráveis.

Desta maneira, a realização de encontros periódicos pode trazer benefícios como a ajuda mútua e a convivência entre portadores de FM, possibilitando maior conhecimento sobre o processo de saúde-doença-autocuidado, visto que muitos têm dificuldades para enfrentar as situações causadas pelos agravos crônicos e as crises álgicas. Além disso, há uma tendência de cuidado através das redes de apoio, com grupos interdisciplinares a fim de empoderar as pessoas no processo de autocuidado (Oliveira *et al.*, 2019).

Além disso, para Lorena e Sobrinho (2015, p. 488) “às pessoas portadoras de doenças crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição [...] havendo, portanto, a necessidade de despertar a motivação do indivíduo para a tomada de atitudes positivas [...]

responsabilizando-o pelo sucesso parcial da terapia [...] e manutenção do seu bem estar”. Assim, práticas como as aplicadas pelo programa Florescer (dieta equilibrada, exercícios físicos, técnicas de relaxamento e monitoramento dos sintomas) devem ser incentivadas, para reduzir a intensidade da dor, melhorar a qualidade do sono e aumentar os níveis de energia (Antunes *et al.*, 2020; Häuser *et al.*, 2015).

6.3 QUESTIONÁRIO ESTRESSE (EPS-10)

As intervenções realizadas no presente estudo levaram a redução no escore da Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10), de forma significativa (ao comparar os grupos Intervenção e Controle), logo, contribuíram para a redução do estresse, oferecendo aos pacientes ferramentas para seu gerenciamento.

Estudo de Homann *et al.*, (2012), que objetivou comparar os sintomas depressivos e a percepção de estresse entre pacientes com Fibromialgia (FM) e controles saudáveis, encontraram valor de EPS-10 de 25,10, semelhante ao achado no presente estudo, que foi de 23,75 no momento inicial, no grupo intervenção. Cabe destacar que a escala vai de 0 a 40 e quanto mais alto o valor, maior é a percepção de estresse.

Segundo Araújo (2023), em média, 20% da população relata níveis elevados de estresse, o que impacta significativamente sua qualidade de vida. O estresse elevado está frequentemente relacionado a problemas de saúde, como insônia, fadiga e dificuldade em gerenciar as atividades diárias.

O estresse crônico é um fator que pode intensificar a percepção da dor. A ativação contínua do sistema nervoso simpático em resposta ao estresse provoca a liberação de hormônios, como o cortisol, que promovem inflamação e sensibilização das vias nervosas, agravando a dor (Walitt, 2015). Além disso, o estresse compromete a capacidade do corpo de regular a dor adequadamente, resultando em uma percepção mais intensa e prolongada do sofrimento. A dor crônica ainda está fortemente associada a fatores emocionais e psicológicos, criando um complexo ciclo de interação entre dor, ansiedade, depressão e estresse.

Weigert *et al.*, (2024), em estudo que investigou a relação entre os níveis de estresse e os sintomas da FM, relataram que níveis de estresse mais elevados associaram-se a sintomas mais severos da FM, além de piora da capacidade funcional. Por isso, Antunes (2022) defende que a redução do estresse é essencial no manejo da FM, com intervenções que podem ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Assim, novamente o processo de autocuidado emerge como imprescindível, sendo necessário fortalecer a autoestima e o

autocuidado como pilares para a manutenção da saúde física, cognitiva e emocional dos portadores de FM (Oliveira *et al.*, 2019).

Entre as estratégias de manejo do estresse está o exercício físico. Nesse sentido, Oliveira *et al.*, (2019), desenvolveram estudo descritivo exploratório, com objetivo de analisar os benefícios de um grupo interdisciplinar, à saúde das mulheres portadores de FM, após uma intervenção de 20 encontros. Os autores discutem que a atividade física trouxe alívio dos sintomas álgicos, melhora no condicionamento físico, na flexibilidade e na força das mulheres. O exercício físico teria um efeito analgésico devido ao fato de estimular a liberação de endorfinas, além de proporcionar bem-estar e autocontrole.

6.4 QUESTIONÁRIO DEPRESSÃO (BDI-II)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e dados de pesquisas de saúde mental, aproximadamente 8% da população é afetada por sintomas de depressão, um transtorno que compromete não apenas o bem-estar emocional, mas também está associado a desafios adicionais, como dificuldades no desempenho profissional e nas relações interpessoais (Brasil, 2020).

Cabe destacar que as intervenções realizadas no presente estudo levaram a redução no escore da Escala de Depressão de Beck (BDI-II), de forma significativa (ao comparar os momentos inicial e final), passando de depressão moderada no momento inicial para leve no momento final.

Estudo de Ramiro *et al.*, (2014) e colaboradores observaram valor de BDI-II de 21,48 e o estudo de Cetingok, Seker e Cetingok (2022) encontraram média de 21,13, portanto valores inferiores ao do presente estudo, que foi de 24,33 no momento inicial. Já o estudo de Martel *et al.* (2022), que teve como objetivo levantar a sintomatologia depressiva em pacientes fibromiálgicos crônicos, encontrou valor de BDI-II de 24,4 e a pesquisa de Pernambuco *et al.*, (2017), média de 24,12. Estes valores são semelhantes aos achados de nosso estudo. Ambas as pesquisas verificaram valores que caracterizam a depressão apresentada como moderada. Cabe destacar, que após a intervenção, no presente estudo, foi constatada alteração do nível de depressão.

No entanto, não há como avaliar o efeito individual de cada uma das práticas integrativas e complementares (PICs) sugeridas pelo programa FloreSer na melhora deste parâmetro, visto que elas foram trabalhadas uma única vez (em 1 dos 12 encontros) e não foi medido se os participantes do estudo continuaram a realizá-las após os encontros. Mas cabe

destacar que a utilização individual delas é citada em diversos estudos.

Um exemplo é o estudo de Batista *et al.*, (2020) que avaliou os sintomas de depressão e ansiedade em mulheres com fibromialgia (FM) que praticavam dança ou não. Os autores apontaram que o escore de depressão era leve (BDI-II 17,22) para o grupo dança e moderado (BDI-II 26,4) para o grupo não dança. Dessa maneira, a prática de dança parece estar associada a menor presença de sintomas como depressão em mulheres com fibromialgia, devido ao seu papel na interação social (estar em um ambiente com pessoas que compartilham dos mesmos problemas favorece a sensação de pertencimento e a criação de uma rede de apoio).

É importante também tratar a dor crônica, presente na FM, pois ela pode contribuir de forma relevante para o surgimento de transtornos depressivos, visto que indivíduos com dor persistente são mais suscetíveis a sentimentos de desesperança e inutilidade, fatores que podem agravar ou até desencadear episódios depressivos (Arnold *et al.*, 2022). O sofrimento contínuo associado à dor crônica cria uma espiral negativa, em que a dor intensa e constante alimenta sentimentos de isolamento e desesperança, aumentando o risco de depressão.

Assim, estratégias para redução da dor podem ser eficazes no tratamento e prevenção da depressão associada a FM. Entre elas, tem-se a acupuntura, que “pode afetar a liberação de substâncias analgésicas no cérebro e no ambiente local, incluindo serotonina e norepinefrina, reduzindo os sintomas dolorosos”. Estudo de Bastos e colaboradores (2013), com objetivo de investigar se a acupuntura em pontos dolorosos poderia efetivamente controlar a FM, encontraram, após 8 semanas de intervenção, redução dos níveis de BDI de 21,33 para 9,5.

6.5 QUESTIONÁRIO ANSIEDADE (BAI)

Dados de 2023 da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) estimam que cerca de 1,2 milhão de pessoas no estado experimentam sintomas significativos de ansiedade, correspondendo a aproximadamente 12% da população paranaense, estimada em cerca de 10 milhões de habitantes. Esse número destaca uma tendência crescente de transtornos ansiosos, com muitos indivíduos enfrentando sintomas que variam de leves a severos. A elevada prevalência de ansiedade impacta diretamente a qualidade de vida, comprometendo a capacidade dos indivíduos de realizar atividades diárias e interagir socialmente.

Cabe frisar que as intervenções realizadas no presente estudo não levaram a redução significativa no escore da Escala de Ansiedade de Beck (BAI), ao comparar os momentos inicial e final nem os grupos Intervenção e Controle. Os valores de BAI continuaram a indicar a presença de ansiedade de nível moderado após a intervenção.

No que se refere a literatura sobre ansiedade na fibromialgia (FM), estudo de Pernambuco *et al.*, (2017) encontraram valor de BAI de 22,88 e o estudo de Cetingok, Seker e Cetingok (2022) encontraram valor de 24,56, portanto, similares ao do presente estudo, que foi de 24 no momento inicial (caracterizando a ansiedade como moderada). Já o estudo de Correa-Rodríguez *et al.*, (2019), verificaram valor superior no teste de BAI (33,11), o que caracteriza grau de ansiedade severa, em pesquisa que objetivou examinar as relações entre o índice de massa corporal e os parâmetros de composição corporal, bem como características da FM, em uma população de mulheres com FM e controles saudáveis.

Conforme já citado anteriormente, não foi avaliado o efeito individual de cada uma das práticas integrativas e complementares (PICs). Mas estudos apontam a prática de exercício físico (como a dança) como fator importante também para o controle da ansiedade, devido ao seu papel na interação social, sensação de pertencimento e criação de uma rede de apoio (Batista *et al.*, 2020). Estudo de Batista *et al.*, (2020), que avaliou os sintomas de depressão e ansiedade em mulheres com fibromialgia que praticavam dança ou não, apontaram que o escore de ansiedade foi moderado (BAI 24,3) no grupo dança e severo (BAI 37) no grupo não dança.

A ansiedade também exerce um papel importante na modulação da percepção da dor. Estudos demonstram que a ansiedade pode amplificar a dor por meio de mecanismos neurológicos e psicológicos, gerando um ciclo nocivo. A ativação excessiva das áreas cerebrais ligadas à percepção da dor, em estados ansiosos, pode aumentar a sensibilidade, intensificando a dor e tornando-a mais difícil de gerenciar (Torres, 2019). Por sua vez, níveis mais altos de dor induzem a níveis mais elevados de ansiedade, denotando uma relação bidirecional (Pellin *et al.*, 2024).

Assim, estratégias para redução da dor, como a acupuntura, também podem ser eficazes no tratamento e prevenção da ansiedade associada a FM. Estudo de Bastos e colaboradores (2013), com objetivo de investigar se a acupuntura em pontos dolorosos poderia efetivamente controlar a FM, encontraram, após 8 semanas de intervenção, redução dos níveis de BAI do escore 36 para o escore 8.

6.6 A IMPORTÂNCIA DAS PICS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As práticas integrativas e complementares (PICs) desempenham um papel importante no Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo uma abordagem que complementa e integra a medicina convencional, valorizando a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, regulamentadas e implementadas pelo Ministério da Saúde, as PICS têm

se mostrado fundamentais para proporcionar uma assistência mais humanizada e integral aos pacientes, pois elas abordam diversos aspectos da saúde, incluindo o físico, mental e emocional, promovendo uma abordagem integral do cuidado. Esse tratamento é essencial para pacientes com doenças crônicas como a fibromialgia (FM), que apresentam sintomas variados e complexos, além disso, práticas como acupuntura, yoga, meditação e fitoterapia ajudam a reduzir a dor, melhorar a qualidade do sono e o bem-estar emocional dos pacientes (Brasil, 2021; Sumiya *et al.*, 2021).

As PICs são disponibilizadas gratuitamente no SUS, ampliando o acesso a terapias complementares, especialmente para aqueles que não têm condições de pagar por tratamentos privados. Isso é particularmente relevante em um país com grandes desigualdades socioeconômicas, permitindo que uma parcela maior da população se beneficie de cuidados integrativos e complementares (Oliveira *et al.*, 2024b).

Ao complementar os tratamentos convencionais, as PICS podem reduzir a necessidade de medicamentos, minimizando, assim, efeitos colaterais e dependências. Por exemplo, a acupuntura e a massagem terapêutica podem aliviar a dor e o estresse, reduzindo o uso de analgésicos e anti-inflamatórios, que frequentemente têm efeitos adversos (Pereira *et al.*, 2021; Antunes *et al.*, 2020).

As PICs incentivam práticas de autocuidado e empoderam os pacientes, tornando-os agentes ativos na gestão de sua própria saúde. Isso é fundamental no manejo de doenças crônicas, nas quais a adesão ao tratamento e a implementação de hábitos saudáveis são essenciais para o controle dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida (Antunes *et al.*, 2020).

Muitas práticas integrativas focam na prevenção de doenças e promoção de um estilo de vida saudável, alinhando-se aos princípios de promoção da saúde do SUS. Práticas como a fitoterapia e a meditação não apenas tratam os sintomas das doenças, mas também promovem a saúde geral, prevenindo o surgimento de novas condições (Giusti; Castenuovo; Molinari, 2017). A implementação das PICs no SUS representa um avanço significativo na oferta de cuidados de saúde no Brasil. Além disso, a promoção de práticas de autocuidado alinhadas às políticas de saúde pública pode ser um caminho promissor para reduzir a carga de doenças crônicas no sistema de saúde (Arnold *et al.*, 2019; Macfarlane *et al.*, 2017).

A abordagem multidisciplinar, envolvendo tanto tratamentos convencionais quanto práticas integrativas, é essencial para o manejo eficaz da FM. Um exemplo disso é o estudo de Arnold *et al.* (2019), que destacou a importância das diretrizes de diagnóstico e tratamento da FM, enfatizando a necessidade de uma abordagem abrangente que inclua intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Essas diretrizes apoiam a inclusão de práticas como

acupuntura, yoga e terapia de massagem, que demonstraram efeito na redução dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Macfarlane *et al.* (2017), reforçam essa perspectiva ao recomendar que os tratamentos para FM integrem tanto a medicação quanto terapias complementares, como parte de um plano de tratamento integral. A prática regular de atividades físicas adaptadas, meditação e técnicas de relaxamento são essenciais para a gestão eficaz dos sintomas da FM (Pereira *et al.*, 2021).

Além disso, a implementação de políticas públicas que incentivem o autocuidado e o uso de práticas integrativas no SUS é fundamental. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS exemplifica o compromisso do governo brasileiro em fornecer acesso a tratamentos complementares, como acupuntura e fitoterapia, reconhecidos por seus benefícios na gestão de doenças crônicas (Brasil, 2021).

Giusti, Castenuovo e Molinari (2017) apontam que a integração de práticas integrativas nos sistemas de saúde pode proporcionar uma abordagem mais completa e eficiente no manejo da FM, sendo que a capacitação de profissionais de saúde para aplicar essas práticas de maneira segura e eficaz é essencial para maximizar os benefícios aos pacientes. Estudo de Carvalho e Nóbrega (2017), que teve como objetivo verificar o conhecimento dos profissionais atuantes na atenção primária em saúde sobre as PICs, apontam justamente isso: que embora os profissionais afirmem conhecer alguma das PICs, gostariam de receber mais capacitação para utilizá-las como uma possibilidade de recurso para o cuidado em saúde mental.

6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo possui algumas limitações metodológicas que podem impactar a generalização dos resultados. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, restringindo a amostra em relação à população de pacientes com fibromialgia (FM). Inicialmente, foram identificados 113 potenciais participantes com diagnóstico confirmado, mas a adesão foi reduzida para 30 indivíduos, dos quais apenas 21 concluíram todas as etapas do protocolo. Essa redução no número de participantes, causada pelos critérios de exclusão, desistências e indisponibilidade dos pacientes, comprometeu a potência estatística e a diversidade da amostra, levando a um viés de seleção. Em contrapartida, a dependência da resposta a mensagens para recrutamento e o agendamento flexível para entrevistas podem ter favorecido a participação de indivíduos com maior interesse ou disponibilidade, limitando a heterogeneidade da amostra final. Essas limitações foram consideradas ao interpretar os resultados, e sugere-se que futuros estudos adotem estratégias de amostragem mais abrangentes

e medidas para minimizar perdas ao longo do processo.

Outra limitação diz respeito ao delineamento metodológico, pois os estudos aqui apresentados para fins comparativos, de acordo com a literatura encontrada, focam em comparar grupos de mulheres com FM, com outros grupos de mulheres saudáveis (sem FM). Também não foram verificados estudos, utilizando as mesmas escalas avaliativas, contendo grupo controle e grupo intervenção portadores da doença.

A maior parte da amostra não declarou renda (38,10%) e a pesquisa também não questionou sobre a situação funcional dos participantes (se trabalhando ou não), logo não há como comparar este achado com a literatura e discutir sobre a relação entre a doença e incapacidade funcional para o trabalho. No entanto, Oliveira *et al.*, (2019) citam que as situações álgicas, de fato, podem afetar o trabalho, pois reduzem a produtividade das pessoas, além de períodos de afastamento prolongados do trabalho.

Por fim, não há como avaliar o efeito individual de cada uma das práticas integrativas e complementares (PICs) sugeridas pelo programa FloreSer na melhora dos parâmetros de autocuidado, estresse, depressão e ansiedade, visto que elas foram trabalhadas uma única vez (em 1 dos 12 encontros) e não foi medido se os participantes do estudo continuaram a realizar tais práticas após os encontros. Também seria importante uma avaliação da população após um maior tempo de encerramento do programa (6 meses pelo menos), a fim de verificar seu impacto em médio prazo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção de 12 semanas com práticas integrativas e complementares (PICs) no Programa FloreSer mostrou-se eficaz na melhoria dos escores de autocuidado, estresse e depressão entre pacientes com fibromialgia (FM), embora não tenha apresentado um efeito significativo na redução da ansiedade.

Esses achados destacam a importância de uma abordagem holística e integrativa no manejo de doenças crônicas complexas, como a FM, e corroboram a necessidade de políticas públicas que promovam o autocuidado e a inclusão de PICs nos planos de tratamento. Os achados também ressaltam a importância das PICs como parte de um plano abrangente de autocuidado para pacientes com FM, reforçando a necessidade de abordagens de tratamento mais completas e personalizadas.

No entanto, não há embasamento suficiente para apontar qual a duração da melhoria dos escores de autocuidado, estresse e depressão verificados, nem qual ou quais das PICs tiveram maior efeito nos resultados atingidos. Assim, sugere-se que pesquisas futuras explorem amostras maiores e mais diversificadas, bem como comparações entre diferentes práticas integrativas, para identificar as intervenções mais eficazes no tratamento da FM. Tal abordagem contribuirá para a construção de uma base sólida de evidências que poderá orientar a prática clínica e as políticas de saúde em benefício dos pacientes que convivem com essa síndrome debilitante.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. M. *et al.* Programa integrador e o cuidado de enfermagem frente à dor crônica. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 5, p. 48-53, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3376>. Acesso em: 21 maio 2024.
- ANTUNES, M. D.; SCHMITT, A. C. B.; MARQUES, A. P. Amigos de Fibro (Fibro Friends): development of an educational program for the health promotion of fibromyalgia patients. **Primary Health Care Research & Development**, v. 23, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9381164/>. Acesso em: 19 maio 2024.
- ARAÚJO, T. M.; TORRENTÉ, M. O. N. Saúde mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, p. e2023098, 2023. Disponível em: [pt_2237-9622-ess-32-01-e2023098.pdf](https://doi.org/10.1186/s3025-023-00098-8). Acesso em: 19 maio 2024.
- ARNOLD, L. M. *et al.* AAPT Diagnostic criteria for fibromyalgia. **The Journal of Pain**, v. 20, p. 611-628, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590018308320>. Acesso em: 01 maio 2024.
- ARNOLD, L. M. *et al.* Fibromyalgia and its treatment: past, present and future. **Journal of Pain Research**, v. 15, p. 383-404, 2022.
- BASTOS, J. L. N. *et al.* Efeito da acupuntura em pontos dolorosos para o tratamento da síndrome da fibromialgia: uma série de casos. **Jornal de Acupuntura e Estudos Meridianos**, v. 6, n. 3, p. 163-68. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jams.2013.02.001>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- BATISTA, A. S. *et al.* Depressão, ansiedade e cinesiofobia em mulheres com fibromialgia praticantes ou não de dança. **BrJP**, v. 3, n. 4, p. 318-21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200184>. Acesso em: 05 mar. 2025.
- BEZERRA, A. B.; SANTOS, L. M. P.; FRANÇA, T. A. Relação entre a fibromialgia e as disfunções temporomandibulares em mulheres. **Interfaces**, v. 12, n. 3, 2024. p. 4433-40. Disponível em: [10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4433-4440](https://doi.org/10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4433-4440). Acesso em: 01 mar. 2025.
- BRANCO, J. C. *et al.* Prevalência de fibromialgia: uma pesquisa em cinco países europeus. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 39, p. 448-453, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. **Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 06 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e grandes regiões**. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível

em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-desaude.html?edicao=29270&t=resultados>. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral às pessoas com doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CARVALHO, J. L. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 4. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>. Acesso em: 16 mar. 2025.

CEDRASCHI, C. *et al.* Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. **Ann. Theum Dis**, v. 63, n. 3, p. 290-6. 2004. Disponível em: 10.1136/ard.2002.004945. Acesso em 10 mar. 2025.

CETINGOK, S.; SEKER, O.; CETINGOK, H. The relationship between fibromyalgia and depression, anxiety, anxiety sensitivity, fear avoidance beliefs, and quality of life in female patients. **Medicine**, v. 101, n. 39, p. e30868, 2022. Disponível em: 10.1097/MD.00000000000030868. Acesso em 10 mar. 2025.

CLAUW, D. J. Fibromyalgia: a clinical review. **JAMA**, v. 311, n. 15, p. 1547-55, 2014. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1860480>. Acesso em: 01 maio 2024.

CORREA-RODRÍGUEZ, M. *et al.* The association of body mass index and body composition with pain, disease activity, fatigue, sleep and anxiety in women with fibromyalgia. **Nutrients**, v. 11, n. 5, p. 1193, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu11051193>. Acesso em: 10 mar. 2025.

COUTO, L. A. *et al.* Avaliação do agenciamento de autocuidados e sua associação com sintomas e qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, n. 2, p. 140- 146, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19009927022020>. Acesso em: 01 maio 2024.

CUNHA, J. A. *et al.* O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. **Psico.**, p. 107-115, 1996. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-433>. Acesso em: 05 abr. 2024.

DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H. The appraisal of self-care agency scale-revised (ASAS-R): adaptação e validade de construto no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2071-2082, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00165312>. Acesso em: 14 mar. 2024.

FERREIRA, B. R. *et al.* Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPICs): experiências exitosas na atenção primária de saúde (APS) no Brasil. In: **Práticas integrativas e complementares: visão holística e multidisciplinar**. Volume 2. Editora Científica Digital, 2022. p. 124-137.

GIUSTI, E. M.; CASTENUOVO, G.; MOLINARI, E. Diferenças em programas de tratamento multidisciplinares e interdisciplinares para fibromialgia: uma revisão de

mapeamento. **Pain Research & Management**, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28620267/>. Acesso em: 19 maio 2024.

GOMES, M. J. A. *et al.* Possíveis hipóteses fisiopatológicas da fibromialgia: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29806>. Acesso em: 16 mar. 2025

GORDON, S. *et al.* Mindfulness as a symptom management strategy for fibromyalgia: an integrative review. **Journal of Holistic Nursing**, v. 41, n. 2, p. 200-214, 2023. Disponível em: 10.1177/08980101221123833. Acesso em: 01 maio 2024.

GREWAL, H. *et al.* Integrative approach for women with fibromyalgia in a veterans affairs medical center: an observational study. **Medicine**, v. 102, n. 50, p. e36285, 2023. Disponível em: 10.1097/MD.00000000000036285. Acesso em: 24 abr. 2025.

HÄUSER, W. *et al.* Fibromyalgia. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, p. 15022, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>. Acesso em: 14 mar. 2024.

HOMANN, D. *et al.* Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**, v. 52, n. 3, p. 319-30. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/ZdCmjMxZNvdZrmWzx4GhSCJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/29540-2013-pesquisa-nacional-desauade.html?edicao=9161&t=resultados>. Acesso em: 08 set. 2024.

LAI, L. *et al.* A eficácia da terapia de aceitação e compromisso para dor crônica: uma meta-análise de três níveis e uma análise sequencial de ensaios clínicos randomizados. **Behav. Res. Ther.** 2023, *165*, 104308.

LEMO, C. S. *et al.* Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. **Aquichan**, v. 18, n. 3, p. 327-342, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.7>. Acesso em: 15 maio. 2024.

LEE, C.S. *et al.* The effectiveness of self-care interventions in chronic illness: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Int J Nurs Stud.** 2022 Oct; 134:104322. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104322. Epub 2022 Jul 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104322>. Acesso em: 15 maio 2024.

LEE, Y. *et al.* Robust evidence in integrative medicine: innovations, challenges, and future directions. **Perspectives on Integrative Medicine**, v. 3, n. 3, p. 162-167, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56986/pim.2024.10.005>. Acesso em: 15 maio 2024.

LORENA, S. B.; LORENA SOBRINHO, J. E. Programa de autocuidado físico apoiado: proposta de educação popular em saúde para pacientes com fibromialgia. **Rev. APS**, v. 18, n. 4, 483-91. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/15693>. Acesso em: 09 mar. 2025.

MACFARLANE, G. J. *et al.* EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. **Ann Rheum Dis**, 2017, p. 318-328. Disponível em: 10.1136/annrheumdis-2016-209724/. Acesso em: 21 maio 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599–608, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>. Acesso em: 28 abr. 2024.

MARQUES, A. P. *et al.* A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. **Rev bras reumatol**, v.57. n. 4. p.356-63. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2016.10.004>. Acesso em 28 fev. 2025.

MARTEL, K. J. O. *et al.* Fatores de personalidade e sintomatologia depressiva de pacientes com fibromialgia. **Aletheia**, v. 55, n. 1, p. 45-60. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/226091.55.1-3>. Acesso em 21 fev. 2025.

MILLS, S. E. E.; NICOLSON, K. P.; SMITH, B. H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. **Br J Anaesth**, v. 123, n. 2 p. 273-83, 2019. Disponível em: 10.1016/j.bja.2019.03.023. Acesso em: 15 maio 2024.

NUNES, I.; ÁVILA, M. A. V. Avaliação do autocuidado, apoio social e sua associação com variáveis sociodemográficas em pessoas com fibromialgia. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/15372>. Acesso em: 10 mar. 2025.

OLIVEIRA, G. A., *et al.* Aromaterapia e fitoterapia no tratamento da fibromialgia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapias Complementares**, v. 12, n. 1, p. 30-45, 2024a.

OLIVEIRA, P. A. de. *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: uma revisão integrativa. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 17, n. 3, p. 5541, 2024b. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5541>. Acesso em: 18 abr. 2024.

OLIVEIRA, J. P. R. *et al.* O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, p.1-9. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180411>. Acesso em: 11 mar. 2025

OLIVEIRA, D. D. M.; MOREIRA, G. S.; DEBBO, A. Prevalência de fibromialgia nas espondiloartrites, uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, p. 01-11. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-195>. Acesso em: 11 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alcançando o bem-estar**: uma estrutura global para integrar o bem-estar à saúde pública utilizando uma abordagem de promoção da saúde. Organização Mundial da Saúde, 2024.

PELLIN, G. M. *et al.* Correlação entre fibromialgia e ansiedade: revisão sistemática da literatura. **Contemporary Journal**, v. 4, n. 8, p. 1-18. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N8-056>. Acesso em: 06 mar. 2025.

PEREA, D. F. *et al.* Práticas integrativas e complementares na promoção da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Científica Digital**, v. 2, p. 162-174, 2021. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210805737.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

PEREIRA, H. S. S. *et al.* Efeitos da acupuntura na fibromialgia: revisão integrativa. **BrJP**, v. 4, n. 1, p. 68–71, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/QB4DPVxhSRpfpv9PxqPZbVs/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 maio 2024.

PFALZGRAF, A. R. *et al.* Use of complementary and alternative medicine in fibromyalgia: Results of an online survey. **Pain Management Nursing**, v. 21, n. 6, p. 516-522, 2020. Disponível em: 10.1016/j.pmn.2020.07.003. Acesso em: 15 mar. 2024.

PIMENTA, A. C. A. **Implantação de técnicas de relaxamento para servidores da UFRN com diagnóstico de fibromialgia**. 117f. Dissertação (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação) – Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/31888>. Acesso em: 15 maio 2024.

PERNAMBUCO, A. P. *et al.* Clinical profile of patients with fibromyalgia syndrome. **Fisioter Mov.**, v. 30, p. 287-96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.AO09>. Acesso em: 12 mar. 2025

RAMIRO, F. S. *et al.* Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 54, n. 1, p. 27-32. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.04.006>. Acesso em: 10 mar. 2025.

REBONATO, T. A. *et al.* Programa FLOReSER: protocolo integrativo no cuidado de mulheres com fibromialgia no Sistema Único de Saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 2, p. 01-18. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n2-370>. Acesso em: 01 jun. 2025

REIS, R. S.; HINO, A. A.; AÑEZ, C. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **J. saúde Psicol**, v. 15, n. 1, p. 107-4, 2010. Disponível em: 10.1177/1359105309346343. Acesso em: 12 mar. 2024.

SILVA, J. F. T. *et al.* Os desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e26298, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26298>. Acesso em: 21 set. 2024.

SHAPIRO, S. S.; WILK, B. M. An analysis of variance test for normality (complete samples). **Biometrika**, 52:591–61. 1965. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2333709>. Acesso em 21 set. 2024.

SIRACUSA, R. *et al.* Fibromialgia: patogênese, mecanismos, diagnóstico e opções de

tratamento. **Int. J. Mol. Sci.** 2021, 22, 3891. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms22083891>. Acesso em: 1 maio. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia**. 2022. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/fibromialgia-e-doencas-articulares-inflamatorias/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

SUMIYA, A. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): um relato de experiência extensionista. **Revista Eletrônica de Extensão – Extensio**, v. 18, n. 38, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/77324>. Acesso em: 19 maio 2024.

TORRES, C. B. *et al.* Neurofeedback para melhorar a atenção, a dor crônica e a qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Aton Primária**, v. 51, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837099/>. Acesso em: 16 maio 2024.

WALITT, B. *et al.* Inibidores seletivos de recaptação de serotonina para síndrome de fibromialgia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2015, Edição 6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-778679>. Acesso em: 21 set. 2024.

WEIGERT, F. P. *et al.* Correlação entre níveis de estresse percebido e impacto da fibromialgia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 10, p. 01-04. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n10-061>. Acesso em: 25 fev. 2025.

WOLFE, F. *et al.* Olhando para a fibromialgia de forma diferente: um estudo observacional do significado e das consequências da fibromialgia como um distúrbio dimensional. **Seminars in arthritis and rheumatism**, vol. 58, 2023. Disponível em: 10.1016/j.semarthrit.2022.152145. Acesso em: 21 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tackling NCDs: 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>. Acesso em: 26 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases**. 2023. 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 16 mar. 2024.

ZHU, M. *et al.* Patient preferences in the treatment of chronic musculoskeletal pain: a systematic review of discrete choice experiments. **Pain**, v. 164, n. 4, p. 675-689, 2023. Disponível em: 10.1097/j.pain.0000000000002775. Acesso em 21 mar. 2024.

YE, G. *et al.* Effectiveness of complementary and alternative medicine in fibromyalgia syndrome: a network meta-analysis. **Journal of Pain Research**, p. 305-319, 2024. Disponível em: 10.2147/JPR.S439906. Acesso em: 21 ago. 2024.

YUAN, S. L. King. **Desenvolvimento de aplicativo móvel para promoção do autocuidado de pacientes com fibromialgia**. 147 f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-07022019-141750/publico/SusanLeeKingYuan.pdf>. Acesso em: 21 maio 2024

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:

Título do projeto: EFEITOS DE UM PROGRAMA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NO BEM-ESTAR E PERCEPÇÃO DE DOR EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Nome: Sexo: M () F ()	
Idade: RG: Telefones: /	
Endereço Residencial:	
Rua:	Número:
Bairro:	Cidade:
CEP:	Complemento:
Nome de outra pessoa para contato:	
Grau de parentesco:	
Telefones: /	

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa.

A dor é uma condição de saúde comum e uma das principais causas de procura pelos serviços no *Sistema Único de Saúde* (SUS). No caso de síndrome fibromiálgica, o tratamento é individualizado, com o objetivo reduzir o sofrimento, melhorar a funcionalidade, a autonomia pessoal e a qualidade de vida, normalmente envolve o uso de medicamentos e cirurgias. Entretanto, recursos terapêuticos como exercício físico e *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde* (PICS) vêm sendo cada vez mais recomendados para pacientes com dor crônica refratária aos tratamentos convencionais. O objetivo dessa pesquisa é avaliar os efeitos da intervenção com um programa de PICS sobre o estado de bem-estar e de percepção de dor em pacientes com fibromialgia atendidos no Programa FloreSer junto ao *Ambulatório de Saúde Integrativa* (ASI), para conhecer o perfil dos pacientes, analisar a percepção da intensidade de dor e bem-estar antes e após o programa e oportunizar aos pacientes outros recursos de promoção de bem-estar.

Descrição dos procedimentos: O Programa FloreSer é um processo de *Educação em Saúde*, vivência prática com PICS e dinâmica de grupo, constituído de doze encontros presenciais que acontecem uma vez por semana no *Ambulatório de Saúde Integral* (ASI-UEPG). A cada encontro será realizada uma intervenção, tais como: prática de yoga, reiki, aromaterapia, auriculopuntura, meditação, fitoterapia, escalda pés, oficina do perdão, terapia comunitária, dança circular, oficina de culinária funcional e gestão de autocuidado. Caso tenha disponibilidade e interesse em participar do programa, haverá uma avaliação com relação a dor e bem-estar antes e após o início dos encontros. Caso não possa comparecer, mas possa participar da pesquisa, será realizado uma avaliação no momento do aceite e outra após três meses.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com o Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Thaiza Acosta Rebonato (42) 99920-9759 thaiza.rebonato@uepg.br
--

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Secretaria)	TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 (Coordenação) e seccoop@uepg.br
--	--

.....
Concordo/autorizo a participação na pesquisa
Ponta Grossa, ____/____/____
Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B
PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO
PROGRAMA FLORESER

Semana	Educação em Saúde	Vivência (PICs)
1	Explicação do Programa Integração do grupo Escala e Questionários de Saúde	Roda da vida Ambientação externa com atividade musical Alongamentos ao ar livre
2	Fibromialgia	Círculo de Justiça Restaurativa
3	Atividade física	Exercícios físicos com orientações de adaptações Sugestões de rotina
4	Alimentação saudável	Roda de conversa sobre histórico e hábitos alimentares (influência sobre dor, sono, humor, sistema digestório) Oficina de receitas (salada, bolo e chás)
5	Higiene do Sono	Técnica de relaxamento Auriculoterapia
6	Fitoterapia Plantas medicinais em dores crônicas	Escalda pés com plantas medicinais
7	Estresse e medidas de gerenciamento	Tai Chi Chuan
8	Relacionamentos saudáveis / família	Roda de Terapia Comunitária Integrativa
9	Gestão das Emoções	Oficina do Perdão
10	Felicidade	Musicoterapia
11	Sentido e Propósito de Vida	Reiki
12	Autocuidado Escalas e Questionários de Saúde	Planejamento de rotina de autocuidado Roda da vida

APÊNDICE C
ESCALA DE AUTOCUIDADO (EAAA-R)

ANEXO II
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AGENCIAMENTO DE AUTOCUIDADO REVISADA
(ASAS-R)

Essa escala tem como objetivo verificar os níveis de autocuidado. Assim, atribua a melhor alternativa para as seguintes frases:

	Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo Nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	Conforme as circunstâncias mudam, eu faço os ajustes necessários para me manter saudável	1	2	3	4	5
2	Se minha mobilidade é reduzida, eu faço os ajustes necessários	1	2	3	4	5
3	Em geral, não tenho energia para me cuidar como deveria	1	2	3	4	5
4	Em geral, não tenho energia para me cuidar como deveria	1	2	3	4	5
5	Eu procuro melhores maneiras de cuidar de mim	1	2	3	4	5
6	Quando necessário, eu consigo tempo para cuidar de mim	1	2	3	4	5
7	Se eu tomo uma nova medicação, procuro informações sobre seus efeitos colaterais para me cuidar melhor	1	2	3	4	5
8	Mudei alguns de meus antigos hábitos para melhorar a minha saúde	1	2	3	4	5
9	Frequentemente tomo medidas para garantir minha segurança e de minha família	1	2	3	4	5
10	Eu avalio com frequência a eficácia das coisas que eu faço para me manter saudável	1	2	3	4	5
11	Nas minhas atividades diárias, raramente reservo um tempo para me cuidar	1	2	3	4	5
12	Eu sou capaz de obter as informações que preciso quando minha saúde está ameaçada	1	2	3	4	5
13	Eu procuro ajuda quando me sinto incapaz de cuidar de mim mesmo	1	2	3	4	5
14	Eu raramente tenho tempo para mim	1	2	3	4	5
15	Nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo como gostaria	1	2	3	4	5

APÊNDICE D
ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE (EPS-10)

ANEXO III

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

A Escala tem como intuito verificar os níveis de estresse. Assim, atribua a melhor alternativa para as seguintes frases:

	Considere os últimos 30 dias	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Pouco Frequente	Muito Frequente
1	Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?					
3	Com que frequência você esteve nervoso ou estressado?					
4	Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?					
5	Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?					
6	Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer?					
7	Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida?					
8	Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle?					
9	Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?					
10	Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los?					

APÊNDICE E
ESCALA DE ANSIEDADE (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderada- mente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

APÊNDICE F
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK II

DOR & NEUROMODULAÇÃO – HCPA/CNPq (subárea 2.10.08.00 – 0)

Nome: _____

Sexo: F () M () Escolaridade: _____

Idade: _____ Data: ____/____/____ Testagem: _____

Nº banco: _____ Entrevistador: _____


INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK II
BDI - II

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo que descreve melhor o que você tem sentido nas **duas últimas semanas, incluindo hoje**. Faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Marcar somente **uma** afirmação por grupo.

1. Tristeza

- 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.
 2 Estou triste o tempo todo.
 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

2. Pessimismo

- 0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do que de costume.
 2 Não espero que as coisas deem certo para mim.
 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro.

3. Fracasso Passado

- 0 Não me sinto um(a) fracassado(a).
 1 Tenho fracassado mais do que deveria.
 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

4. Perda de Prazer

- 0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia.
 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

5. Sentimento de Culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito.
 2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo

- 3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.

6. Sentimento de Punição

- 0 Não sinto que estou sendo punido(a).
 1 Sinto que posso ser punido(a).
 2 Eu acho que serei punido(a).
 3 Sinto que estou sendo punido(a).

7. Autoestima

- 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).
 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).
 3 Não gosto de mim.

8. Autocrítica

- 0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
 1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
 2 Eu me critico por todos os meus erros.
 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

9. Pensamento ou Desejos Suicidas

- 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.
 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0 Não choro mais do que chorava antes.
 1 Choro mais agora do que costumava chorar.
 2 Choro por qualquer coisinha.
 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

11. Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que eu me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de Interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldades para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de Energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alteração no Padrão de Sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos que o habitual.
- 2a Durmo muito mais que o habitual.
- 2b Durmo muito menos que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alteração do Apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de Concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse por Sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

TOTAL: _____Amostra clínica

- () 0 - 13 pontos - Mínima
- () 14 - 19 pontos - Leve
- () 20 - 28 pontos - Moderada
- () 29 - 63 pontos - Grave

Amostra não-clínica

- () 0 - 10 pontos - Sem depressão
- () 11 ou mais pontos - Possível caso de depressão