

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BENVINDA MARIA GOMES DOS SANTOS

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2025

BENVINDA MARIA GOMES DOS SANTOS

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Junior.

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2025

BENVINDA MARIA GOMES DOS SANTOS

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 26/06/2025

BANCA EXAMINADORA

Orientador: PROF. ME. JOEL LIMA JUNIOR.

Membro: PROF^a. DRA. MOEMA ALVES MACEDO / UNILEÃO

Membro: PROF. ME. MARCOS TELES DO NASCIMENTO/ UNILEÃO

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2025

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES

Benvinda Maria Gomes dos Santos¹
Joel Lima Junior²

RESUMO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome de dor crônica que compromete significativamente a qualidade de vida, sendo mais prevalente entre as mulheres. Este artigo tem como objetivo analisar os impactos da FM na saúde mental feminina, investigando os efeitos psicológicos da dor crônica, a relação entre a intensidade da dor e o bem-estar psicológico, e as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres com FM. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter descritivo e qualitativo. Os resultados evidenciaram que a FM ainda é frequentemente invisibilizada no contexto clínico, e que fatores sociais e emocionais são pouco considerados nas abordagens terapêuticas. Sendo assim, torna-se importante ampliar o olhar clínico para além do modelo biomédico, adotando estratégias de cuidado integradas e sensíveis às questões de gênero e à saúde mental, destacando-se o papel da Psicologia no acolhimento, no enfrentamento e na adaptação à convivência com a dor crônica.

Palavras-chave: Fibromialgia; Mulheres; Dor Crônica; Saúde Mental; Psicologia.

ABSTRACT

The summary must be written in the language of the text, in single space below the authors' names, with the title (ABSTRACT) centered and text written in a single block with justified single spacing, and must clearly present: the objective; the methodology; the main results of the research and; the conclusions. It can be indicative, informative or informative/indicative, allowing the reader to evaluate its relevance, deciding whether to read the work. It should be limited to between 100 and 250 words. Keywords must be written in the language of the text and come immediately below the summary, single-spaced, preceded by the term "keywords:". The article must present between 3 and 5 keywords separated by a semicolon (;) and ending with a period, representing the research in sequential order of subject covered, from the research macroenvironment to the most specific.

Keywords: 3 and 5 keywords separated from each other by a semicolon (;) and ending with a period.

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: benvindagomes20@gmail.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: joellima@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A dor era considerada uma manifestação da mente, sem uma exploração profunda ou ampliação de seus conceitos sob a ótica anatômica e fisiológica. No entanto, com o avanço científico nas áreas de anatomia e fisiologia humana, surgiu uma nova perspectiva sobre a dor, sendo agora compreendida como um sistema sensorial humano, com seus respectivos substratos neurológicos. A dor passou a ser avaliada com base na transmissão das informações dos receptores periféricos até o centro neural responsável pela percepção da dor no cérebro. Além disso, nas discussões mais recentes, a dor tem ganhado maior reconhecimento não apenas como um sinal neurofisiológico, mas também como um fenômeno psicofisiológico (Da Silva; Ribeiro-Filho, 2011).

Por isso, para analisar a dor, é essencial compreender que ela é uma experiência subjetiva. A intensidade da dor não pode ser medida diretamente por parâmetros como temperatura ou peso corporal, por exemplo, uma vez que não existe um instrumento capaz de padronizar sua intensidade. Em razão disso, a dor se torna uma experiência complexa e pessoal, com diversas ramificações e manifestações patológicas, como ocorre em condições como a fibromialgia (FM) (IASP, 2020).

A FM é principalmente investigada e tratada por reumatologistas, pois se trata de uma dor crônica músculo-esquelética. No entanto, um acompanhamento abrangente por uma equipe multidisciplinar pode permitir uma avaliação mais ampla dos sintomas e das possíveis comorbidades. Como a dor é subjetiva e individual, sua percepção varia conforme as características do organismo e os fatores biológicos, psicológicos e sociais envolvidos (Portnoi, 1999).

As investigações sobre sua etiopatogenia ainda não estão completamente esclarecidas, assim como os fatores estatísticos que explicam a predominância no sexo feminino. De acordo com Costa e Ferreira (2024), para cada homem afetado, há nove mulheres na faixa etária de 35 a 44 anos. A condição impacta, assim, 4,2% das mulheres entre 35 e 50 anos, enquanto atinge apenas 0,2% dos homens. O contato com o tema da FM e dor surgiu durante o estágio em um ambulatório de dor oncológica e cuidados paliativos, onde houve o despertar nos atendimentos de mulheres que procuravam atendimento médico com o objetivo de aliviar a dor constante que impactava seu cotidiano, com a justificativa de ser dores relacionadas ao câncer. As queixas de dor e a busca por tratamento não se limitavam ao uso de medicamentos, mas se estendiam também aos hospitais, especialmente em momentos de ansiedade, preocupação e conflitos. A partir dos relatos e da localização do câncer, foi possível

identificar que muitas dessas mulheres apresentavam dores corporais que não estavam relacionadas ao câncer, mas sim à FM.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é analisar o impacto da FM na saúde mental de mulheres, considerando os efeitos da dor crônica. E como objetivos específicos, investigar os efeitos psicológicos da dor crônica em mulheres com FM; analisar a relação entre a intensidade da dor e o bem-estar psicológico de mulheres com FM e por fim, explorar estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres com FM para lidar com a dor crônica e seus efeitos emocionais.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como bibliográfico, descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa classifica-se como bibliográfica, pois será desenvolvida a partir de materiais já elaborados e publicados sobre a temática, permitindo uma maior abrangência na obtenção dos dados a serem investigados. Além disso, trata-se de uma pesquisa descritiva, cuja finalidade é caracterizar a fibromialgia em mulheres. A análise qualitativa envolve o desenvolvimento do trabalho por meio da redução dos dados coletados, categorização, interpretação e redação do estudo, sendo, portanto, menos formal do que a análise quantitativa (Gil, 2002).

Os descritores utilizados para a pesquisa foram: 'dor crônica', 'fibromialgia', 'mulheres', 'psicologia' e 'saúde mental'. Os textos foram coletados em bases de dados como SciELO, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Google Acadêmico. Foram analisados livros e artigos científicos, o que possibilitou uma compreensão atualizada sobre o tema e a identificação de aspectos essenciais abordados por estudos de caráter multidisciplinar.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.2.1 Fibromialgia

O adoecimento dos sujeitos que possuem a FM, anteriormente, eram caracterizados como doentes psiquiátricos, ainda que houvesse queixas generalizadas de dor e fadiga, que

não eram fundamentadas pelas análises tradicionais por meio de exames médicos realizados. O processo indeterminado sobre o que é a FM permitiu que houvesse inúmeras caracterizações usadas como sinônimos de FM, como reumatismo psicogênico, fibrosite e síndrome fibromiálgica (Sá, *et al.*, 2005).

A fisiopatologia da FM tem sido amplamente discutida na literatura, nas análises de Cagnie *et al.* (2024) sugerem que o início da condição pode estar relacionado à persistência de estímulos dolorosos, que ativam mecanismos de sensibilização central. Essa alteração no processamento central da dor é considerada um fator crucial na manutenção da dor crônica (Meeus e Nijs, 2007; Cagnie, *et al.*, 2014).

A partir dessa percepção, é possível identificar que a ativação repentina dos neurônios da via ascendente da dor na medula espinhal aumenta a quantidade de receptores para neurotransmissores, o que, por sua vez, amplifica a sensibilidade à dor. Para compreender melhor esse fenômeno, é crucial entender a interação entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso periférico. Nesse contexto, uma explicação relevante é o fenômeno do windup (do inglês, "conclusão" ou "término"), que se refere ao aumento da excitabilidade de certos neurônios após um estímulo doloroso. Após esse estímulo, os neurônios tendem a se tornar mais sensíveis. O windup é um exemplo nítido de neuroplasticidade, e pode ocorrer em diferentes níveis do sistema nervoso, incluindo nas fibras nervosas periféricas tipo C, responsáveis pela transmissão da dor, e na medula espinhal (Azevedo, 2018). Além dessa compreensão anatômica, o reumatologista destaca a importância de observar sintomas essenciais para a avaliação da FM, como:

dormências, formigamentos, sensibilidades anormais na pele ou mucosas, disgeusia (distorção no paladar), dor de cabeça, distúrbios cognitivos, distúrbios psiquiátricos, dores e distensões abdominais recorrentes, costochondrite (dor na parede anterior do peito), dor para urinar, urgência miccional, necessidade frequente de esvaziar a bexiga, olhos secos, palpitações, episódios recorrentes de falta de ar, dismenorreia (menstruação exageradamente dolorida), dor durante a relação sexual, disfunções sexuais, disfagia (dificuldades para deglutição), sudorese noturna e ganho de peso (Azevedo, 2018, p.26).

Então, compreende-se também que a FM trata-se de um adoecimento que caracteriza-se por dor muscular espontânea, generalizada e sensível à palpação, sensibilidade em tendões e articulações, que está dentro dos critérios diagnósticos de dor crônica em 1990 do *American College of Rheumatology* (ACR), que destaca que os exames físicos de pontos dolorosos (*tender points*) são encontrados especificamente em pacientes que possuem FM, com predomínio de mais de três meses de duração (Lorena; *et al.*, 2016).

Portanto, a FM desde o seu reconhecimento como uma síndrome de dor crônica, está caracterizada como uma patologia crônica. Esse reconhecimento impulsionou avanços significativos nas pesquisas sobre a condição, resultando em um melhor entendimento do processo de adoecimento. No entanto, ainda é comum que, ao longo da busca pelo diagnóstico, o paciente precise passar por diversos exames para excluir outras possibilidades de diagnóstico (Hoefer; Dias, 2010).

Nas contribuições de Hoefer e Dias (2010) sobre o diagnóstico, citam os critérios utilizados pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), que qualifica a FM como sendo difusa por afetar tanto lado direito como o lado esquerdo do corpo, acima e abaixo da cintura, relacionada a dor esquelética e dor causada por pressionar os dedos em alguns pontos do corpo.

Para Lorena *et al.* (2016), a perspectiva do diagnóstico da FM é essencialmente clínica, pois não há exames laboratoriais ou radiológicos capazes de confirmá-lo. O diagnóstico baseia-se na identificação de 19 áreas do corpo que apresentam sensibilidade à palpação, além de considerar outros sintomas característicos, como fadiga generalizada, distúrbios do sono, alterações de humor, ansiedade, dificuldades cognitivas e depressão. Esses fatores, aliados à constância da dor, configuram a FM.

Dessa forma, após concluir o diagnóstico de FM é essencial refletir sobre as propostas de intervenção, com o objetivo de reduzir o sofrimento, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida (QV) dos seus portadores. A partir do olhar multiprofissional que de acordo com cada indivíduo, podendo ser medicamentoso: analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, calmantes, indutores do sono, e não medicamentoso: acupuntura, biofeedback, terapia, mindfulness, terapia corpo-mente, massagem, exercício, hidroterapia, oxigenoterapia hiperbárica, ozonioterapia, estimulação magnética transcraniana (Oliveira Júnior; Almeida, 2018).

2.2.2 FIBROMIALGIA UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Nas discussões sobre a FM, um ponto de destaque é a discrepância na prevalência de diagnósticos, com o gênero feminino sendo significativamente mais afetado. A razão mais comum indicada é a proporção alarmante de sete a nove diagnósticos de FM para cada um no gênero masculino. Embora existam diversas hipóteses que tentam explicar essa diferença, como fatores biológicos, hormonais e sociais, o fato de essa disparidade ainda persistir

levanta questões importantes sobre a compreensão e a abordagem da doença, especialmente no que tange à percepção e ao diagnóstico em mulheres (Costa; Ferreira, 2023).

Uma das hipóteses para essa prevalência pode ser encontrada nas discussões de Azevedo (2018), que sugere que a percepção da dor entre homens e mulheres é influenciada por fatores hormonais, especialmente no que diz respeito à privação do sono. O autor correlaciona a privação do sono com a FM por meio de um experimento realizado com ratos, no qual foi observada a resposta à dor após a privação do sono. Os resultados indicaram que as fêmeas se tornaram mais sensíveis à dor, possivelmente devido à redução nos níveis de estradiol (um hormônio feminino) durante o experimento. Já os machos apresentaram maior resistência à dor, o que pode ser atribuído às altas concentrações de cortisona (um anti-inflamatório natural produzido pelas glândulas adrenais), que promovem a analgesia e ajudam a lidar com situações de estresse. Dessa forma, pode-se especular que a produção excessiva de cortisona nos homens possa atuar como um fator protetor contra o desenvolvimento da FM.

Ainda nas reflexões de Azevedo (2018) sobre as questões de gênero, o autor sugere que as mulheres podem ser mais sensíveis do que os homens aos efeitos das noites mal dormidas ou da insônia, apresentando uma maior vulnerabilidade às consequências dessas condições. Ele aponta que essa sensibilidade pode estar relacionada ao início da puberdade, quando as mulheres se tornam mais reativas aos ciclos menstruais, e tende a se intensificar com o início da menopausa. Esse fenômeno pode explicar, em parte, a maior prevalência de diagnósticos de FM entre mulheres na faixa etária de 35 a 44 anos.

É importante destacar também as percepções de Costa e Ferreira (2023) sobre o acesso de homens e mulheres aos serviços de saúde. Os autores observam que as mulheres procuram mais frequentemente os serviços de saúde, o que pode ser atribuído à maior propensão delas a reconhecerem os sintomas. Em contrapartida, os homens tendem a ser menos propensos a identificar sinais de problemas de saúde, o que afeta diretamente as pesquisas sobre FM no gênero masculino.

Além disso, Santos e Ribeiro (2020) discutem os estigmas sociais relacionados aos gêneros, destacando que, para um homem, receber o diagnóstico de uma condição frequentemente associada ao feminino pode intensificar o sofrimento e gerar impactos significativos em suas relações afetivas, profissionais e sociais. Os autores também apontam que as mulheres tendem a apresentar maior propensão ao desenvolvimento de dores crônicas em comparação aos homens.

Outros fatores, como as variações nos níveis de estrogênio, as diferenças no funcionamento cerebral e na forma como os estímulos dolorosos são interpretados, além das características genéticas específicas de cada gênero em relação à sensibilidade à dor, também são apontadas como possíveis explicações para as diferenças observadas nos diagnósticos de condições relacionadas ao gênero. Além disso, as subjetividades da experiência dolorosa, influenciadas pela ansiedade e pela catastrofização, também desempenham um papel importante nesse contexto (Castro-Sánchez *et al.*, 2012).

Sendo assim, compreende-se que o diagnóstico da FM é um desafio, exigindo habilidades e conhecimentos específicos do examinador, tanto na avaliação clínica quanto na aplicação dos critérios diagnósticos. Quando se trata de desmistificar os critérios relacionados ao gênero e identificar a prevalência da condição no sexo feminino, ainda existem diversos vieses e controvérsias que dificultam a compreensão plena dessa disparidade (Costa; Ferreira, 2023).

2.2.2 A dor crônica

O conceito de dor tem origem no latim *dolor*, que significa sofrimento. Esse termo é utilizado no cotidiano para caracterizar um sofrimento que pode ser físico e/ou mental. Além disso, pode também fazer referência a sofrimentos subjetivos, como o moral, manifestando-se em sentimentos de mágoa, pesar e desconforto, por exemplo. Entretanto, a principal função da dor é sinalizar um perigo, seja ele potencial ou real. No entanto, quando a dor se torna crônica, ela perde sua função de alerta para um possível dano (Sardá Júnior, 2014).

Segundo os estudos de Rangé (2001) as concepções sobre a compreensão de dor enquanto um fenômeno desagradável, sensitivo e emocional, que é associado diretamente a uma lesão real ou potencial do tecido, que se mostra de forma subjetiva e diferenciada para cada indivíduo, é dividida em dois tipos: dor aguda e dor crônica.

Um dos critérios para diferenciá-las é principalmente os fatores temporais, sendo considerada crônica quando persiste por mais de três meses, enquanto a dor aguda surge como resposta ou defesa do organismo a uma lesão e geralmente desaparece com a cura desta lesão. A percepção da dor aguda discutida por Basto *et al.* (2007), irrompe como uma ameaça de danificar os tecidos.

De acordo com as discussões de Teixeira (2006), as sensações exercem um papel adaptativo, permitindo a percepção contínua de estímulos, como calor, frio, sons e, claro, a dor. Por meio dessas sensações, o cérebro interpreta as informações e as transforma em

percepções. Nesse sentido, a dor aguda exerce a função de alerta, sinalizando ao cérebro que algo, seja no ambiente externo ou interno do corpo, não está funcionando corretamente. Já a dor crônica deriva da persistência de estímulos, podendo também ocorrer na ausência deles provocando sofrimento e incapacidade.

Para Cortez e Silva (2011) a dor crônica em sua sintomatologia já é uma patologia, que se caracteriza como um quadro doloroso de intensidade que permite ao paciente lembrar da dor tornado-o cenário aversivo, permitindo sua repetição. Além de ser persistente, pode estar associada a condições naturalmente crônicas, provocando não apenas alterações físicas no indivíduo, mas também afetando o equilíbrio psicológico de quem vivencia (Teixeira, 2006).

Por esse motivo, a dor é a queixa mais frequente nos consultórios médicos. No entanto, sua percepção e abordagem ainda enfrentam resistência dentro da medicina. Muitos profissionais de saúde a caracterizam apenas como um sintoma, ou seja, uma condição secundária que auxilia no diagnóstico de outras patologias ou lesões. Além disso, a dor muitas vezes é vista como uma parte inevitável da doença ou do tratamento, o que contribui para sua posição secundária nas intervenções médicas. Apesar dessa negligência, um grupo de profissionais passou a se dedicar ao estudo da dor, buscando preencher essa lacuna e promover novas abordagens (Santos, 2014).

Dessa iniciativa surgiu um novo modelo terapêutico: a clínica da dor, que propõe tanto estudos teóricos quanto práticos para compreender a dor – especialmente a dor crônica – como um fenômeno biopsicossocial. Esse modelo defende a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e de um tratamento multimodal para o manejo eficaz da dor. O que o caracteriza como uma clínica ampliada em relação ao modelo biomédico tradicional (Brandão Junior; Besset, 2020).

Essa proposta de desenvolver essa clínica, torna-se diferente do método organicista e discute a complexidade da dor em seu tratamento, para além da tradicional relação entre a sintomatologia e um dano no órgão (Foucault, 2006). A medicina da dor geralmente perpassa pela frustração do fracasso das terapêuticas anteriores, que tinha como consequência modificar o indivíduo portador de dor crônica despertando desânimo e pessimismo frente ao tratamento. Por isso, é essencial que o médico estabeleça uma relação médico-paciente que proporcione retificar os processos anteriores, para que seja restabelecido a relação favorecendo o mérito do tratamento em conjunto com a individualidade do sujeito (Santos, 2009).

Desenvolver uma relação bem estabelecida com o paciente promove segurança e confiança, facilitadas por uma escuta ativa e uma comunicação clara e objetiva. Isso é

fundamental para avaliar com precisão aspectos como localização, intensidade, qualidade e duração da dor, contribuindo para um diagnóstico mais assertivo e um tratamento mais eficaz. Além disso, a atenção ao plano emocional e psicológico permite que o paciente compartilhe sua história e sentimentos, possibilitando ao profissional compreender sua individualidade de forma integral (Brandão Junior; Besset, 2020).

Ademais a proposta da clínica da dor em sua inovação traz a perspectiva interdisciplinar, pois é por meio dessa prática que é possível mudanças objetivas, como também o diálogo de diversos saberes promove uma complementação em situações práticas de conhecimento e habilidades capazes de nortear os profissionais em atuar coerente com as demandas do paciente, contornando as práticas de saúde tradicionais (Mello Filho; Silveira, 2005).

2.2.3 Impacto da Fibromialgia na Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico de Mulheres

As discussões sobre qualidade de vida (QV) vêm ganhando crescente notoriedade no âmbito social, impulsionadas por avanços nas ciências humanas e biológicas, especialmente no que se refere à valorização do controle dos sintomas, à redução da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida. Além disso, sua conceituação na literatura revela uma perspectiva global, frequentemente associada à satisfação geral com a vida e, em muitos casos, tratada como sinônimo de saúde (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

É importante destacar que, para reconhecer adequadamente o conceito de QV, é fundamental compreendê-lo em sua completude. Isso significa ir além da saúde e do bem-estar físico, funcional, emocional e mental, incluindo também aspectos da vida cotidiana, como trabalho, relações familiares, amizades e fatores psicossociais. Ademais, a percepção subjetiva de quem vivencia essa realidade constitui um elemento central no processo investigativo da temática (Kluthcovsky; Takayanagui, 2007).

Diante dessas discussões, é importante destacar o impacto que o diagnóstico da FM provoca na qualidade de vida das mulheres que convivem diariamente com essa condição de dor crônica, bem como a forma como elas percebem esse impacto. Nesse sentido, Mota *et al.* (2021) aplicaram um questionário em mulheres com FM, composto por perguntas sobre perfil sociodemográfico, apoio familiar e o Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF).

Os autores destacam que, quanto à avaliação global do QIF, 73,5% das participantes com FM apresentaram escores entre 70 e 100 pontos, indicando um alto impacto da doença na

qualidade de vida. A média geral foi de $75,70 \pm 16,71$, com variações entre 23,72 e 98,35. No que se refere à capacidade funcional, a maioria das respondentes relatou conseguir realizar determinadas atividades apenas “de vez em quando”, o que evidencia limitações significativas nas atividades de vida diária. Apenas duas dimensões — frequência com que cozinham e arrumam a cama — apresentaram resultados mais positivos, com a resposta “sempre” sendo assinalada por 45,1% e 39,2% das participantes, respectivamente (Mota *et al.*, 2021).

Outro estudo que foi utilizado o mesmo questionário QIF em Portugal realizado com 118 mulheres e 22 homens, apontou o grau de incapacidade dos fibromiálgicos. No qual destacou que 50% informaram que a patologia como bastante incapacitante, 45,7% destacam como sendo moderadamente incapacitante e 2,9% que eram apenas mulheres colocadas como FM como extremamente incapacitante. Como o escore do QIF variou de zero a noventa, foi possível constatar a relevância do impacto que a FM possui na qualidade de vida desses sujeitos (Martins; *et al.*, 2016).

O indivíduo fibromiálgico vivencia uma realidade marcada por sentimentos de vulnerabilidade e desamparo, que frequentemente desencadeiam processos emocionais como a depressão. As variações de humor — incluindo tensão, tristeza, raiva, confusão e fadiga — estão correlacionadas a fatores como faixa etária, vínculo empregatício, presença de sintomas e diagnóstico conclusivo de depressão. Considerando que a prevalência da depressão em pessoas com FM é significativa, e que há uma forte correlação entre essa condição, a dor e a baixa QV, é comum que os sintomas se sobreponham e até mesmo sejam confundidos (Conte *et al.*, 2018).

O sujeito que experimenta na sua vivência a dor, compreende ela como uma experiência sensorial e emocional, portanto relacionada a um dano tecidual real ou potencial, que caracteriza a manifestação da dor crônica. Que desenvolve a impotência em realizar alguns exercícios diários como por exemplo, atividades que precisam de condicionamento físico favorável, influenciando também a redução da saúde e qualidade de vida (Castro *et al.*, 2011).

Cortez e Silva (2011) destacam que quem possui no cotidiano a vivência da dor crônica, passa a focar parte dos seus pensamentos na dor, e viver a partir do que ela lhe permite, o que ocorre uma intensificação nas regiões dolorosas, provocando um aumento emocional em relação ao estado da dor. Os autores salientam que o estado emocional pode despertar os circuitos facilitadores para a transmissão de estímulos dolorosos, atuando como ampliadores da dor.

Em indivíduos com FM, é possível observar variações na percepção da dor, especialmente quando realizam atividades não habituais ao longo do dia, o que pode comprometer a execução dessas tarefas devido ao cansaço nos membros e à sensação de fraqueza muscular (Campos *et al.*, 2011). Nesse contexto, torna-se fundamental a atenção dos profissionais de saúde à QV desses pacientes, uma vez que a sua redução é perceptível em atividades rotineiras, como levantar-se, tomar banho e arrumar a casa (Oliveira *et al.*, 2013).

Teixeira, Carvalho e Rodrigues (2025) apontam que dores crônicas generalizadas podem acarretar prejuízos significativos à vida profissional dos indivíduos. À medida que a percepção da dor se intensifica, observa-se uma redução na QV, refletida no afastamento das atividades laborais, na incapacidade funcional, no isolamento social e no desenvolvimento de transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão. Esses dados evidenciam que a dor é um dos principais fatores agravantes na FM.

Eventos estressores agudos costumam anteceder os sintomas depressivos, pois o acúmulo de estresse diário pode desempenhar um papel importante ao aumentar a probabilidade de recorrência da depressão. No entanto, a relação entre depressão e estresse na FM não é linear, mas tende a ser cíclica. Muitos pacientes direcionam grande parte de sua energia aos sintomas patológicos e ao sentimento de impotência diante da dificuldade em realizar atividades diárias que exigem esforço físico. Nessa perspectiva, tanto o estresse agudo quanto o crônico podem estar envolvidos no desenvolvimento de quadros depressivos. Além disso, os efeitos negativos de uma condição crônica como a FM contribuem para ampliar a associação entre os eventos estressores cotidianos e os sintomas depressivos (Margis *et al.*, 2003).

Olhar para o sujeito que convive com a experiência de ser acometido pela FM, é pensar um diagnóstico para além da dor física. Uma vez que, está exposto a sintomas subjetivos, invisíveis e multidimensionais, são muitas vezes silenciados diariamente. Logo, há uma notória incompreensão social/familiar dos sintomas físicos e psicológicos, ou por diagnósticos reducionistas, que suprimem ao desconforto do corpo e negligencia as dimensões psicológicas, sociais e espirituais, fragmentando o olhar clínico do cuidar (Melo; Silveira; Arruda, 2023).

Apesar de serem diretamente afetados pelos fatores que comprometem sua QV, indivíduos com FM desenvolvem estratégias para continuar desempenhando suas atividades, mesmo diante da dor. Diariamente, empenham-se em adaptar sua realidade, buscando superar as fragilidades impostas pelos sintomas da doença, com o objetivo de minimizar seu impacto na vida cotidiana (Tolentino; Rabelo, 2009).

2.2.4 Estratégias de Enfrentamento da Dor Crônica em Mulheres

Enfrentamento é um termo que faz referência às técnicas que são utilizadas para lidar com demandas que são interpretadas pelo indivíduo como sendo superiores aos seus recursos já existentes. No qual, o seu objetivo de desenvolver estratégias de enfrentamento é manter ou elevar a sensação de controlar os estímulos frente a estresses que podem variar diante das experiências e repertório individual. Portanto, podem ser centrados na emoção, reduzindo o desconforto em situações tidas como imutáveis ou centradas no problema que busca mudanças em contextos que são modificáveis (Ravagnani; Domingos e Miyazaki, 2007).

Na dor crônica, as estratégias de enfrentamento atuam como mediadoras entre o indivíduo, a saúde e a doença. Por isso, é essencial considerar suas implicações no desenvolvimento e nas reações do paciente, da família/rede de apoio e dos grupos sociais. Esses fatores ajudam a explicar a frequência de sentimentos como abandono, desesperança, baixa autoestima, além do surgimento de quadros de depressão e ansiedade. Também é importante destacar que os fatores antecedentes e desencadeantes da doença, bem como a avaliação e a resposta do indivíduo frente às ameaças ao seu bem-estar, podem influenciar significativamente o impacto e a progressão da condição patológica — podendo retardá-la, acelerá-la ou minimizá-la (Cerqueira, 2000).

Nogueira e Casetto (2014) descrevem que o indivíduo com dor crônica, é constantemente estimulado a utilizar suas estratégias preexistentes e a desenvolver outros recursos para que seja adaptada ao contexto experienciado de sensações dolorosas e com as modificações acarretadas na sua vida. Levando em consideração que o sujeito desenvolve individualmente suas próprias estratégias de enfrentamento tendo em vista que cada um percebe a dor de maneiras diferentes.

Para Costa e Ferreira (2024) os sentimentos acarretados pela dor crônica, em especial na FM, as estratégias de enfrentamento utilizados são voltados pela autopreservação tendo em vista a incompreensão do diagnóstico. Como também pontuam a ajuda mútua de pessoas com FM para partilhar experiências, construir diálogos e busca por compreender o diagnóstico e as consequências diárias acarretadas por ele por meio de grupos online que fortalecem a vinculação e ampliam o conhecimento.

Além disso, reconhecer as limitações, buscar formas de superação, reduzir a autocobrança e adotar práticas complementares para potencializar os efeitos do tratamento medicamentoso são estratégias importantes a serem compartilhadas. Entre elas, destacam-se

as recomendações de exercícios físicos como suporte no manejo da dor, especialmente por meio da prática regular de atividades aeróbicas — tanto aquáticas quanto terrestres — e exercícios de fortalecimento muscular. Essas práticas não agravam os sintomas da FM e ainda promovem benefícios à saúde física e mental (Matsudo; Lillo, 2019).

Segundo Andrade *et al.*, (2023) os treinamentos de força em mulheres com FM têm se mostrado eficazes não apenas na redução da dor crônica, mas também na melhora significativa da qualidade do sono, especialmente no que se refere às disfunções diurnas associadas à doença. Os autores destacam que a prática regular e orientada de exercícios de força contribui para a diminuição da sensibilidade dolorosa, o aumento da resistência muscular e o equilíbrio do metabolismo, fatores que impactam positivamente o bem-estar geral e o funcionamento diário das pacientes.

Vale destacar que o Pilates é uma das modalidades de exercício que compõem as estratégias de enfrentamento da FM. Por ser uma atividade de baixo impacto, focada no controle corporal, na respiração e na postura, essa prática tem se mostrado eficaz no manejo da dor. Evidências sugerem que o Pilates contribui para a melhora da flexibilidade, o fortalecimento muscular e a qualidade de vida das pessoas com FM (Jesus; Pacheco; Rezende, 2022).

Evidenciando as estratégias alternativas que uma pesquisa realizada com 68 pessoas diagnosticadas com FM, das quais 84% eram do sexo feminino, investigou a relação entre o uso de terapias complementares, a qualidade de vida e os níveis de dor autorrelatados. Os resultados indicaram que 66% dos participantes utilizavam algum tipo de medicina complementar, como vitaminas, massoterapia e meditação. Esses indivíduos relataram uma qualidade de vida superior e níveis de dor mais baixos em comparação àqueles que não faziam uso dessas abordagens. Esses dados reforçam o potencial das terapias complementares como estratégias de apoio no manejo da FM, contribuindo para o bem-estar físico e emocional dos pacientes (Pfalzgraf *et al.*, 2020).

A técnica de atenção plena (*mindfulness*) tem demonstrado resultados positivos na regulação da intensidade emocional, um aspecto frequentemente comprometido em pessoas com dor crônica, como na FM. Ao favorecer um estado de consciência focado no presente e livre de julgamentos, o *mindfulness* pode contribuir para a redução da reatividade emocional frente à dor, promovendo maior flexibilidade psicológica. Esses efeitos impactam diretamente o tratamento clínico, auxiliando na melhor gestão da dor e na redução de sintomas associados, como ansiedade e depressão (Hora; *et al.*, 2023).

Outro fator relevante a ser destacado é a espiritualidade, uma vez que está diretamente associada às ideias de existência, realidade e conexão, compondo um elemento essencial da constituição do ser humano. Mesmo que nem sempre seja expressa de forma explícita, a espiritualidade pode atuar como uma força motivadora, que impulsiona e orienta os indivíduos em suas trajetórias. Assim, considerar a dimensão espiritual torna-se fundamental para a compreensão da totalidade do sujeito, preservando o sentido da existência e oferecendo um suporte significativo para a resignificação do sofrimento, especialmente em contextos de dor crônica (Roque *et al.*, 2024).

Oliveira *et al.* (2019) destacam que pessoas com FM tendem a apresentar um perfil mais exigente e perfeccionista, o que contribui para uma maior sobrecarga e intensifica as cobranças consigo mesmas e com os outros. Diante disso, o autocuidado, fundamentado no autoconhecimento e no autocontrole, configura-se como uma estratégia fundamental para que esses indivíduos reconheçam os gatilhos da dor e aprendam a identificar os sinais do próprio corpo, promovendo assim a autoproteção.

2.2.5 O papel da Psicologia no atendimento de mulheres com fibromialgia

A FM, por ser uma síndrome crônica, requer cuidados contínuos focados no alívio dos sintomas que impactam o cotidiano dos pacientes. É fundamental entender a relação entre dor, QV e estratégias de enfrentamento para que os profissionais de saúde possam oferecer um atendimento direcionado e acolhedor. Nesse contexto, a Psicologia é essencial no tratamento, pois muitas estratégias adotadas pelos pacientes podem ser ineficazes, agravando os sintomas e reduzindo a QV (Teixeira; Carvalho; Rodrigues, 2025).

Entre os sintomas da ansiedade está o estado emocional que prepara o indivíduo para responder a uma ameaça. No entanto, em pessoas ansiosas, essa reação pode se basear em uma percepção equivocada, na qual a probabilidade de um dano ou problema é superestimada. Ou seja, há uma dificuldade em reconhecer os aspectos que poderiam oferecer segurança, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias eficazes para enfrentar o perigo ou sofrimento antecipado (Castillo *et al.*, 2000).

É neste contexto por exemplo que o papel da psicologia é fundamental, onde torna-se comum na FM a antecipação de experiências estressantes e dolorosas, tendo como consequência o reforço da importância de controlar a dor, a adesão a proposta de tratamento e o acompanhamento psicológico para auxiliar a desenvolver expectativas reais e funcionais (Monteiro; Oliveira; Oliveira, 2021).

Outro fator essencial destacado em sintomas correlacionados a FM está a privação de sono pode acontecer de acordo com o impacto das doenças, que afeta a QV, que pode ser considerada leve ou fragmentada ou caracterizada como insônia. O estudo de Pernambuco *et al.* (2017), descreveram que a fadiga e a depressão também podem ser fatores que influenciam outros sintomas da doença, como a ansiedade e distúrbio no sono.

Tendo em vista que a FM também pode afetar a vida sexual, vivenciando dores tanto antes como durante, como após a relação, acarretando consequências emocionais. Como também a redução da libido, em decorrência do uso de medicações quanto por questões hormonais (Alves *et al.*, 2016). Observando essas alterações na vida sexual, podem ser provocados conflitos conjugais, por motivos de desconhecimento do outro ou por não aceitar a patologia, como é importante destacar a autocobrança da mulher (Martins *et al.*, 2016).

Por esses fatores, a clínica da dor torna-se fundamental no cuidado de mulheres com FM, uma vez que adota uma abordagem biopsicossocial da experiência dolorosa, o que exige o trabalho integrado de uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar. No entanto, é essencial compreender que essa perspectiva de tratamento não se limita ao uso de medicamentos ou intervenções clínicas de curto prazo. É necessário que o indivíduo esteja aberto e engajado para seguir as condutas recomendadas pela equipe (Loduca, 2014).

Durante o processo terapêutico, é comum que profissionais, familiares e o próprio paciente sintam-se frustrados diante da ausência de uma cura definitiva para patologias crônicas. Nesse contexto, o manejo da dor deve envolver o estímulo à retomada da rotina, com adaptações que permitam ao paciente e seus familiares lidarem com as limitações impostas pela dor e pelos efeitos colaterais dos medicamentos. A dor crônica exige um tratamento prolongado e o engajamento ativo do paciente (Garcia *et al.*, 2023).

Por esse motivo, o cuidado com uma equipe multidisciplinar torna o tratamento mais completo para pacientes com FM, já que a integração entre profissionais como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas permite uma atuação coordenada. Essa abordagem favorece a adesão ao tratamento, melhora a qualidade de vida, prevenir agravamentos e reduz a dependência de medicamentos, por meio de estratégias não farmacológicas e personalizadas que consideram os aspectos físicos, emocionais e sociais da dor (Campos; Silva Junior; Soares, 2023).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A FM configura-se como um desafio complexo tanto para o diagnóstico quanto para a definição de propostas de tratamento, exigindo uma percepção ampliada que vá além dos exames tradicionais. O reconhecimento da FM como uma síndrome de dor crônica representa um marco importante para o aprofundamento do conhecimento e o estímulo a novas pesquisas.

No entanto, ainda é necessário enfrentar os estigmas e as desigualdades de gênero que atravessam o diagnóstico e, principalmente, as propostas terapêuticas. Por isso, é fundamental aprofundar o conhecimento sobre os impactos da FM na saúde mental de mulheres que convivem, cotidianamente, com sintomas de dor que afetam significativamente sua QV.

Diante desse cenário, torna-se essencial investir em abordagens multidisciplinares e individualizadas que considerem a totalidade do sujeito, incluindo aspectos físicos, emocionais e sociais envolvidos no processo de adoecimento. Também é urgente promover formações específicas para profissionais de saúde e ampliar a visibilidade da temática, contribuindo para a redução da marginalização histórica relacionada ao diagnóstico, especialmente no que tange ao recorte de gênero.

Para um diagnóstico mais qualificado, é preciso que as equipes multiprofissionais aprofundem pesquisas e adotem um olhar sensível para os efeitos psicológicos da FM, compreendendo a relação entre a intensidade da dor e o bem-estar psicológico. Estimular o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes é essencial para que a pessoa com dor crônica possa se adaptar à sua realidade, promovendo um cuidado mais humanizado e efetivo frente a um sofrimento muitas vezes invisibilizado.

Além das questões que este trabalho buscou abordar, surgiu a inquietação frente à escassez de literatura sobre pessoas trans com diagnóstico de FM, bem como sobre o número reduzido de pesquisas voltadas ao público masculino.

Por fim, destaca-se a importância da Psicologia como parte integrante das equipes multiprofissionais, tendo em vista que as estratégias de enfrentamento e na promoção da qualidade de vida das pessoas com FM, sobretudo quando essas estratégias se mostram insuficientes frente à complexidade da patologia.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. et al. Depression, sexuality and fibromyalgia syndrome: clinical findings and correlation to hematological parameters. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 74, n. 11, p. 863–868, nov. 2016.

ANDRADE, A. *et al.* Treinamento de força em pacientes com fibromialgia: um estudo de viabilidade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. e176543, 2023.

AZEVEDO, P. M. **A ciência da dor: sobre fibromialgia e demais síndromes dolorosas persistentes e sobre a natureza humana**. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

BASTOS, D. F. *et al.* Dor. **Rev. SBP**; Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007>. Acesso em: 10 março de 2025.

BRANDÃO JUNIOR, P. M. C., BESSET, V. L. **Clínica da dor: uma experiência de pesquisa em psicanálise**. In: QUEIROZ, E. F., ZANOTTI, S. V. Metodologia de pesquisa em psicanálise. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020.

CAGNIE, B. *et al.* Central sensitization in fibromyalgia? A systematic review on structural and functional brain MRI. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 44, n. 1, p. 68–75, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.01.001>.

CAMPOS, R. M. DA S. *et al.* Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 17, n. 3, p. 468–476, jul. 2011.

CAMPOS, S. P. P. M.; SILVA JUNIOR, J. R.; SOARES, M. R. M. P. **Elaboração de material didático-instrucional sobre a prática de empatia no atendimento ambulatorial do paciente com fibromialgia pelos médicos residentes**. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Faculdade Pernambucana de Saúde. Disponível em: <http://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/912>. Acesso em: 04 de junho de 2025.

CASTILLO, A. R. G. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 20–23, dez. 2000.

CASTRO, M. M. C. *et al.* Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 38, n. 4, p. 126–129, 2011.

CASTRO-SÁNCHEZ, A. M. *et al.* Gender differences in pain severity, disability, depression, and widespread pressure pain sensitivity in patients with fibromyalgia syndrome without comorbid conditions. **Pain medicine**, [S. l.], v. 13, n. 12, p. 1639-1647, 2012.

CERQUEIRA, A. T. **O conceito e metodologia do coping: existe consenso ou necessidade?** In: KERBAUY, R. R. (org.). Sobre o comportamento e cognição. Santo André: Arbytes, 2000. p. 279-289.

CONTE, M. S. *et al.* **Fibromialgia: atividade física, depressão e qualidade de vida**. Medicina (Ribeirão Preto, Online), v. 51, n. 4, p. 281-290, 2018.

CORTEZ C. M.; SILVA, D. **Fisiologia aplicada à psicologia**. APX Comun. Visual LTDA. Rio de Janeiro, 2011.

COSTA L. P.; FERREIRA M. A. **A fibromialgia na perspectiva de gênero: desencadeamento, clínica e enfrentamento.** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023.

COSTA, L. P.; FERREIRA, M. A. The (in)visibility of fibromyalgia through its symptoms and the challenges of its diagnosis and therapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 2, e20230363, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0363pt>. Acesso em: 05 maio de 2025.

COSTA, L. P.; FERREIRA, M. DE A. Knowledge and strategies for coping with fibromyalgia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, p. e20230213, 2024.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 138–151, abr. 2011.

DE SOUZA GARCIA, C. B. M. *et al.* O manejo da dor em indivíduos que possuem fibromialgia: uma revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 5, n. 5, p. 3467–3478, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p3467-3478>. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/869>. Acesso em: 3 jun. 2025.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOEFLER, R. DIAS. C. **Fibromialgia: doença obscura e tratamentos indefinidos.** Bolet. Farma. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/benvi/Downloads/1410-Texto%20do%20Artigo-4792-4584-10-20160321.pdf>. Acesso em: 15 fevereiro 2025.

HORA, A. G. C; *et al.* Prática de mindfulness no manejo da dor e otimização da qualidade de vida em pacientes com fibromialgia: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 85–95, jun. 2023. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872023000100085&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 maio 2025.

IASP – INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP announces revised definition of pain.** 2020. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>. Acesso em: 20 março de 2025.

JESUS, D. X. G. de; PACHECO, C. da R.; REZENDE, R. M. O uso do Pilates no controle da dor em pacientes com fibromialgia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, e35204, 2022.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, 2007.

LODUCA, A. **A Adesão ao Tratamento Interdisciplinar na Dor Crônica**. In: PORTNOI, A. G. (Org.). *A psicologia da dor*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

LORENA, S. B. de; *et al.* Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Rev. Dor**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdor/a/SnVrmvHF7jZKqDXZfgnWZGk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 fevereiro de 2025.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, p. 65–74, abr. 2003.

MARTINS, R. *et al.* Fibromyalgia impact on quality of life of patients. **Revista Servir**, v. 59, p. 44-49, 2016.

MATSUDO, S. M.; LILLO, J. L. P. Fibromialgia, atividade física e exercício: revisão narrativa. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 174–182, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1049395/rdt_v24n2_174-182.pdf. Acesso em: 4 maio 2025.

MEEUS, M.; NIJS, J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. **Clinical Rheumatology**, v. 26, p. 465–473, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0433-9>.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29. n. 2, p. 147 - 151 2005.

MELO, C. de F.; SILVEIRA, L. de S.; ARRUDA, G. H. B. de. **Experiência da dor total do paciente com fibromialgia e sua família**. 27 set. 2023.

MONTEIRO, É. A. B.; OLIVEIRA, L. de; OLIVEIRA, W. L. Aspectos psicológicos da fibromialgia: revisão integrativa. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 65–76, jan./jun. 2021.

MOTA, L. M. L. da *et al.* Qualidade de vida, trabalho e apoio familiar de pessoas com fibromialgia. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 34, p. e8601, 21 ago. 2021.

NOGUEIRA, M.; CASETTO, S. J. Gênero e enfrentamento da dor. **Psicologia Revista**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 161–176, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18085>. Acesso em: 6 maio. 2025.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O. de; ALMEIDA, M. B. de. The current treatment of fibromyalgia. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 255–262, jul. 2018.

OLIVEIRA, J. P. R. *et al.* O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180411, 2019.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. DOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, abr. 2012.

PERNAMBUCO, A. P. *et al.* Clinical profile of patients with fibromyalgia syndrome. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 30, n. 2, p. 287–296, 2017.

PFALZGRAF, A. R. *et al.* Use of complementary and alternative medicine in fibromyalgia: results of an online survey. **Pain Management Nursing**, St. Louis, v. 21, n. 6, p. 516–522, 2020, v. 21, n. 6, p. 516–522, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.07.003>.

PORTNOI, Andrea Golfarb. **Dor, stress e coping**: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia. 1999. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**: Um diálogo com a psiquiatra. Artmed: Porto Alegre, 2001. Cap. 33 p. 542 e 543.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. DE O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 12, n. 2, p. 177–184, maio 2007.

ROQUE, E. C. A. *et al.* A espiritualidade como estratégia de controle da dor em pacientes com fibromialgia: uma revisão sistemática. **Revista Foco, Curitiba**, v. 17, n. 4, e4991, p. 1–21, 2024.

SÁ, E. *et al.* A dor e o sofrimento. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 7, jan./dez. 2005.

SANTOS, M. M.; RIBEIRO, L. Fibromyalgia – offering evidence based treatment. **Psicossomática e Psiquiatria**, v. 12, p. 46-54, 2020. Disponível em: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/391317/484613>. Acesso em: 28 abril. 2025.

SANTOS, R. A. **Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica**: uma genealogia da Clínica da Dor. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, R. A. **História e Evolução das Clínicas de Dor**. In: PORTNOI, Andréa G. (Org.). A psicologia da dor. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

SARDÁ JÚNIOR, J. **Dor Visão Biopsicossocial**. In: PORTNOI, A. G. (Org.). A psicologia da dor. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

TEIXEIRA, M. J. Dor e depressão. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 44–53, 2006. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2006.v14.8762>. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8762>. Acesso em: 10 mar. 2024.

TEIXEIRA, S. C.; CARVALHO, L. M.; RODRIGUES, J. DE C. Relação entre qualidade de vida, coping e percepção da dor em adultos com fibromialgia. **Cadernos de Psicologia**, v. 4, n. 3, p. 17, 19 jan. 2025.

TOLENTINO, K. B. S.; RABELO, D. F. Adultos com fibromialgia: estresse percebido e estratégias de enfrentamento. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Patos de Minas: UNIPAM, v. 1, n. 1, p. 92-100, 2009.