



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MONIQUE OLIVEIRA DOS SANTOS

**EXPERIÊNCIAS, PERCEPÇÕES E CRENÇAS DE FISIOTERAPEUTAS SOBRE
MANEJO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA:
ESTUDO QUALITATIVO POR ANÁLISE DO CONTEÚDO DE ENTREVISTAS**

ARACAJU

2024

MONIQUE OLIVEIRA DOS EXPERIÊNCIAS, PERCEPÇÕES E CRENÇAS DE FISIOTERAPEUTA SOBRE MANEJO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA: ESTUDO QUALITATIVO POR ANÁLISE DO CONTEÚDO DE ENTREVISTAS 2024	

MONIQUE OLIVEIRA DOS SANTOS

**EXPERIÊNCIAS, PERCEPÇÕES E CRENÇAS DE FISIOTERAPEUTAS SOBRE
MANEJO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA:
ESTUDO QUALITATIVO POR ANÁLISE DO CONTEÚDO DE ENTREVISTAS**

Dissertação vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe apresentada na defesa como requisito para obtenção do grau de Mestra em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Josimari Melo de Santana

ARACAJU

2024

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237e Santos, Monique Oliveira dos
Experiências, percepções e crenças de fisioterapeutas sobre manejo fisioterapêutico em
pacientes com fibromialgia: estudo qualitativo por análise do conteúdo de entrevistas /
Monique Oliveira dos Santos ; orientadora Josimari Melo de Santana. – Aracaju, 2024.
203 f.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe,
2024.

1. Ciências da saúde. 2. Fisioterapia. 3. Fibromialgia. 4. Dor. 5. Tratamento da dor. 6.
Estudo qualitativo. I. Santana, Josimari Melode, orient. II. Título.

CDU 615.8:616.74

MONIQUE OLIVEIRA DOS SANTOS

**Experiências, Percepções E Crenças De Fisioterapeutas Sobre Manejo
Fisioterapêutico Em Pacientes Com Fibromialgia: Estudo Qualitativo Por Análise Do
Conteúdo De Entrevistas**

Dissertação vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe apresentada na defesa como requisito para obtenção do grau de Mestra em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Josimari Melo de Santana

Aprovada em: 16/02/2024.

Orientadora: Profa. Dra. Josimari Melo de Santana
Universidade Federal de Sergipe

1º Examinadora: Profa. Dra. Anamaria Siriani de Oliveira
Universidade de São Paulo

2º Examinador: Prof. Dr. Divaldo Pereira de Lyra Junior
Universidade Federal de Sergipe

RESUMO

OLIVEIRA, M. **Experiências, Percepções E Crenças De Fisioterapeutas Sobre Manejo Fisioterapêutico Em Pacientes Com Fibromialgia: Estudo Qualitativo Por Análise Do Conteúdo De Entrevistas**, 2024.

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma síndrome crônica caracterizada por dor generalizada sem nenhuma doença causal identificável. Supreendentemente, não é descrito de forma abrangente o papel do fisioterapeuta no manejo da doença, permanecendo como lacuna na literatura disponível a descrição de questões relevantes sobre manejo fisioterapêutico. O objetivo geral é avaliar experiências, percepções e crenças sobre o papel dos fisioterapeutas na abordagem fisioterapêutica da FM. Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo baseado nos critérios *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) e *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR). As entrevistas foram realizadas por um fisioterapeuta seguindo um roteiro estruturado com 42 itens via webconferência com duração de 60 minutos, com a participação da entrevistadora, voluntário(a) e observadora. Para aumentar a confiabilidade da entrevista, realizamos análise de consultoria, teste piloto e trilha de auditoria. A análise e a codificação dos dados foram realizadas por meio do software MAXQDA® versão 2022, contendo o método de triangulação de dados e investigador. Resultados: Foram avaliados 27 fisioterapeutas de distintas regiões do Brasil. A análise dos dados resultou em n=28 subcategorias. Foram identificadas dificuldades na avaliação dos pacientes envolvendo fatores como comportamento da dor, além de preocupações com a imprecisão diagnóstica. Percepções sobre a abordagem fisioterapêutica identificaram dificuldades na base curricular, manejo inadequado da dor crônica e visão sobre o conhecimento dos pacientes, enfatizando os recursos analgésicos como finalidade terapêutica como busca dos pacientes. Dificuldades com experiências anteriores em outros serviços e com adesão no tratamento foram relatadas. Fisioterapeutas utilizam a prática baseada em evidência, classificação internacional de funcionalidade e modelo biopsicossocial como abordagens facilitadoras, entretanto, a capacitação profissional é um limitador da utilização. O acolhimento de pacientes com FM é visto como baixo e a assistência em saúde é percebido com barreiras profissionais e estruturais do sistema. Conclusão: A tomada de decisão e atuação de fisioterapeutas no manejo clínico da fibromialgia pode ser influenciada pela formação e nível de qualificação do profissional, bem como suas experiências, percepções e crenças sobre a doença. Relatam que fatores relacionados ao quadro clínico, habilidades e competências do profissional influenciam

na adesão e evolução do tratamento fisioterapêutico, bem como na relação com o paciente e profissionais da saúde.

Descritores: Fibromialgia, Dor, Fisioterapeutas, Especialidade de Fisioterapia, Assistência Centrada no Paciente

ABSTRACT

OLIVEIRA, M. Experiences, perceptions and beliefs of physical therapists about physical therapy management in patients with fibromyalgia: a qualitative study through content analysis of interviews, 2024.

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic syndrome characterized by widespread pain without any identifiable causal disease. Surprisingly, the role of the physiotherapist in managing the disease is not comprehensively described, leaving a gap in the available literature to describe relevant issues regarding physiotherapeutic management. The general objective is to evaluate experiences, perceptions and beliefs about the role of physiotherapists in the physiotherapeutic approach to FM. **Methods:** This is a qualitative study based on the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) and Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR). The interviews were carried out by a physiotherapist following a structured script with 42 items via web conference lasting 60 minutes, with the participation of the interviewer, volunteer and observer. To increase the reliability of the interview, we perform consultancy analysis, pilot testing and audit trail. Data analysis and coding were carried out using the MAXQDA® software version 2022, containing the data and investigator triangulation method. **Results:** 27 physiotherapists from different regions of Brazil were evaluated. Data analysis resulted in n=28 subcategories. Difficulties were identified in assessing patients involving factors such as pain behavior, as well as concerns about diagnostic inaccuracy. Perceptions about the physiotherapeutic approach identified difficulties in the curricular basis, inadequate management of chronic pain and vision about patients' knowledge, emphasizing analgesic resources as a therapeutic purpose as patients seek. Difficulties with previous experiences in other services and with treatment adherence were reported. Physiotherapists use evidence-based practice, international classification of functionality and biopsychosocial model as facilitating approaches, however, professional training is a limitation of use. The reception of patients with FM is seen as low and health care is perceived as having professional and structural barriers in the system. **Conclusion:** The decision-making and performance of physiotherapists in the clinical management of fibromyalgia can be influenced by the professional's training and qualification level, as well as their experiences, perceptions and opinions about the disease. They report that factors related to the clinical condition, skills and competencies of the professional influence the adherence and evolution of physiotherapeutic treatment, as well as the relationship with

the patient and health professionals. They report that factors related to the clinical condition, skills and competencies of the professional influence the adherence and evolution of physiotherapeutic treatment, as well as the relationship with the patient and health professionals.

Descriptors: Fibromyalgia, Pain, Physiotherapists, Physiotherapy Specialty, Patient-Centered Care

LISTA DE ABREVIACÃO

ACR	AMERICAN COLLEGE OF REUMATOLOGY
ACSM	AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE
BPI	INVENTÁRIO BREVE DE DOR
CIF	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE
CS	SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL
CPM	INIBIÇÃO CENTRAL
COREQ	CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH
EGS	ESCALA DE GRAVIDADE DOS SINTOMAS
EULAR	EUROPEAN LEAGUE AGAUNST RHEUMATISM
END	EDUCAÇÃO EM DOR
FM	FIBROMIALGIA
FIQ	QUESTIONÁRIO DE IMPACTO
FIQ-R	QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DA FIBROMIALGIA REVISADO
HPA	HIPOTALÂMICO-PITUITÁRIA-ADRENAL
HPA	EIXO HIPOTALÂMICO PITUITÁRIO ADRENAL
IDG	ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA
IASP	INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY
LAPENE	LABORATÓRIO DE PESQUISA EM NEUROCIÊNCIA
NPRS	ESCALA NUMÉRICA DE AVALIAÇÃO DA DOR
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PBE	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS
QVRS	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE
QST	TESTE QUANTITATIVO SENSORIAL
SNC	SISTEMA NERVOSO CENTRAL
SFM	SÍNDROME DA FIBROMIALGIA
SNP	SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO

SII	SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SFM	SÍNDROME DA FIBROMIALGIA
TENS	ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
TSK	ESCALA DE TAMPA PARA CINESIOFOBIA
TCC	TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL
WCPT	WORLD CONFEDERATION OF PHYSICAL THERAPY

LISTA DE TABELAS E QUADROS

1. Quadro 1. Elaboração prévia de categorias.....	18
2. Quadro 2. Subcategorias preenchidas após a análise dos dados.....	19
3. Tabela 1. Dados descritivos da amostra.....	23
4. Tabela 2. Dados descritivos qualitativos da amostra.....	24

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Objetivo geral.....	4
Objetivos específicos.....	5
REVISÃO DE LITERATURA	6
MÉTODOS.....	13
PROCESSAMENTO DE DADOS.....	17
ANÁLISE DE DADOS.....	18
RESULTADOS	19
DISCUSSÃO, SÍNTESE E INTERPRETAÇÃO.....	32
CONCLUSÃO.....	162
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICE 1	181
APÊNDICE 2	184
APÊNDICE 3	185
APÊNDICE 4	186
APÊNDICE 5	190

1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma condição de dor crônica comum, caracterizada por dor generalizada com hiperalgesia nos músculos e articulações sem qualquer doença causal identificável (Oliva et al., 2022). Recentemente, a FM foi reconhecida como uma condição de dor nociplástica por possuir alterações nos sistemas nervosos central (SNC) e periférico (SNP) (Sluka & Clauw, 2016). A dor é conceituada como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou semelhante a associada a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020; DeSantana et al., 2020).

A FM é caracterizada por alodinia (dor induzida por um estímulo inócuo) e hiperalgesia (um aumento da resposta a um estímulo doloroso) (Lempp et al., 2009). Além da dor generalizada, fadiga, distúrbios do sono, manifestações neuropsiquiátricas (como comprometimento cognitivo de atenção e memória), distúrbios do humor e sintomas somáticos e disautonômicos podem estar presentes (Favretti et al., 2023). Ademais, a invisibilidade dos sintomas leva os pacientes a se sentirem estigmatizados e incompreendidos em relação ao seu processo de adoecimento (Martinez-Calderon et al., 2021).

Nos últimos anos, o tema adquiriu maior importância e se tornou um problema de saúde pública (Antunes et al., 2021). Essa doença impõe um custo considerável à sociedade, especialmente aqueles associados à comorbidade e incapacidade (Arfuch et al., 2021). No que diz respeito à prevalência, a literatura indica valores que variam entre 0,2% e 6,6 % na população geral (Marques et al., 2017; Mascarenhas et al., 2021; Siracusa et al., 2021). A incidência é maior em mulheres do que em homens e, normalmente, manifesta-se na faixa etária de 30 a 35 anos (Siracusa et al., 2021).

A apresentação clínica geralmente ocorre com redução da capacidade funcional e, consequentemente, redução da qualidade de vida dos pacientes (DeSantana & Araújo, 2019), além de dificuldades para cumprir seus papéis de vida, incluindo diminuição da capacidade para o trabalho (Palstam et al., 2012). A FM não tem cura e o tratamento se concentra, principalmente, no controle dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida (DeSantana & Araújo, 2019).

Até o momento, não existem biomarcadores da doença e são utilizadas avaliações clínicas e descrições dos pacientes (Ruschak et al., 2023). Para o manejo clínico, a estratégia mais eficiente inclui uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Antunes et al., 2021; Maffei et al., 2020).

As investigações com terapias não farmacológicas, com foco no manejo fisioterapêutico, têm aumentado nos últimos anos como terapias alternativas com menos ou nenhum efeito adverso para os pacientes (DeSantana & Araújo, 2019). O exercício físico é a terapia não farmacológica mais fortemente indicada, considerada tratamento padrão-ouro e inespecífico (DeSantana & Araújo, 2019).

A fisioterapia fornece serviços a indivíduos para desenvolver, manter e restaurar o movimento máximo e a capacidade funcional ao longo da vida. Isso inclui a prestação de serviços em circunstâncias em que o movimento e a função são ameaçados pelo envelhecimento, lesões, doenças, distúrbios, condições ou fatores ambientais (WCPT, 2011; Wikström-Grotell & Eriksson, 2012). As principais modalidades fisioterapêuticas incluem os exercícios aeróbicos, exercícios resistidos, exercícios de alongamento, exercícios aquáticos, massoterapia e terapias com correntes elétricas analgésicas (DeSantana & Araújo, 2019).

Os profissionais de saúde tratam os pacientes de acordo com o que sabem e acreditam, ou seja, de acordo com as suas crenças (Garcia & Andrucioli De Mattos-Pimenta, 2008). Os conhecimentos, atitudes e crenças dos profissionais interferem na avaliação e no tratamento que administram e a experiência pessoal afeta a avaliação de um paciente com dor (Garcia & Andrucioli De Mattos-Pimenta, 2008). Além disso, (Alodiabi et al., 2020) destaca que o conhecimento insuficiente dos prestadores de cuidados de saúde sobre a FM pode levar a uma fraca adesão e a custos de saúde mais elevados relacionados com testes desnecessários e atrasos na prestação de tratamentos adequados aos pacientes.

Ao que nos consta, foram encontrados poucos estudos que investiguem especificamente as percepções, experiências ou crenças de profissionais fisioterapeutas sobre a FM (Roitenberg & Shoshana, 2021; Alodiabi et al., 2020; Sim & Adams, 2003). Um dos poucos estudos qualitativos examina relatos de fisioterapeutas que atuam em Israel, destacando como profissionais entendem a FM e como é feito o tratamento desses pacientes (Roitenberg & Shoshana, 2021). O estudo sugere que fisioterapeutas consideram a FM uma síndrome com diagnóstico incerto, influenciada por fatores psicológicos, que os desafia como profissionais pela limitação de recursos para o gerenciamento da dor (Roitenberg & Shoshana, 2021).

Outro estudo explora o conhecimento dos critérios de diagnóstico e tratamento entre os fisioterapeutas que atuam na Arábia Saudita (Alodiabi et al., 2020), informando que os fisioterapeutas demonstram pouco conhecimento no manejo de pacientes com FM. Além disso, a conscientização dos profissionais sobre a doença não foi apoiada pelas diretrizes recentes de FM, ressaltando que apesar da prática comum de encaminhar pacientes com FM para fisioterapia, existem muitos conceitos errados sobre a FM entre os fisioterapeutas (Alodiabi et al., 2020). Um outro estudo conduzido por (Sim & Adams, 2003) investigou o manejo da FM conforme a visão de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, entretanto, este investigou percepções gerais sobre o tratamento por meio de um questionário, identificando diferenças no manejo clínico entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, especificamente sobre objetivos do tratamento, intervenções utilizadas, resposta clínica dos pacientes e conhecimento sobre a doença.

Apesar dos dados publicados na literatura, não é descrito de forma abrangente o papel do fisioterapeuta no manejo da doença, permanecendo como lacuna na literatura disponível a descrição de questões relevantes sobre manejo fisioterapêutico no que diz respeito às experiências profissionais para tomada de decisão para avaliação e estratégias fisioterapêuticas no tratamento, percepções sobre a dor dos pacientes, relação terapeuta/paciente frente à população com FM e relação de fisioterapeutas com a equipe de profissionais da saúde, bem como a experiência dos profissionais na assistência em saúde no Brasil, e finalmente, sobre a utilização de modelos de atendimento, como a prática baseada em evidências, classificação internacional de funcionalidade e modelo biopsicossocial na prática clínica de fisioterapeutas experientes no manejo da FM.

Por todos os aspectos citados e pela complexidade para o manejo da doença, há uma grande necessidade de compreender melhor a visão de fisioterapeutas, particularmente pela influência das experiências profissionais na escolha do tratamento, resposta clínica dos pacientes e pela necessidade de explorar estratégias eficazes de avaliação e tratamento utilizadas por fisioterapeutas no serviço de atendimento aos indivíduos com FM, especialmente para possibilitar a capacitação profissional de fisioterapeutas de forma mais assertiva. Pelo exposto, o objetivo deste estudo foi analisar experiências, percepções e crenças sobre a dor e o papel de fisioterapeutas no manejo clínico da FM.

1.1.OBJETIVO GERAL

Analisar experiências, percepções e crenças sobre o papel de fisioterapeutas no manejo clínico da FM.

1.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Observar como tem sido feita a tomada de decisão para avaliação de pacientes com fibromialgia na prática clínica de fisioterapeutas.
2. Examinar quais são as intervenções prescritas para pacientes com fibromialgia e observar como são decididas no contexto da prática clínica de fisioterapeutas.
3. Analisar como tem sido feita a prescrição de exercício para pacientes com fibromialgia.
4. Verificar a percepção sobre fatores que interferem na autoeficácia, adesão ao tratamento, e evolução de pacientes com fibromialgia.
5. Avaliar expectativas, crenças ou atitudes de profissionais fisioterapeutas em relação ao tratamento de pacientes com fibromialgia.
6. Analisar a percepção de fisioterapeutas sobre a relação terapeuta-paciente e a relação com a equipe multidisciplinar.
7. Identificar barreiras, facilitadores e estratégias para a abordagem de pacientes com FM por fisioterapeutas nos diferentes modelos de assistência em saúde.
8. Averiguar as percepções de fisioterapeutas sobre como é feita a assistência em saúde nos diferentes sistemas de saúde no Brasil.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A fibromialgia (FM) é uma condição crônica comum, caracterizada por dor generalizada com hiperalgesia nos músculos e articulações sem qualquer dano tissular ou fator causal identificável (Oliva et al., 2022). A FM é caracterizada por alodínia (dor induzida por um estímulo inócuo) e hiperalgesia (um aumento da resposta a um estímulo doloroso) (Lempp et al, 2009). Além da dor generalizada, fadiga, distúrbios do sono, manifestações neuropsiquiátricas (como comprometimento cognitivo de atenção e memória), distúrbios do humor e sintomas somáticos e disautonômicos podem estar presentes (Favretti et al., 2023). Ademais, a invisibilidade dos sintomas leva os pacientes a se sentirem estigmatizados e incompreendidos em relação ao seu processo de adoecimento (Martinez-Calderon et al., 2021).

Segundo Kratz et al. (2020), aproximadamente 70% dos indivíduos com FM apresentam disfunção cognitiva, conhecida como “fibrofog”, que contribui para percepções negativas de saúde e dificuldade em manter relacionamentos, trabalhar, comunicar, dirigir, organizar e iniciar atividades da vida diária. Assim, a apresentação clínica geralmente ocorre com redução da capacidade funcional, consequentemente, redução da qualidade de vida dos pacientes (DeSantana & Araújo, 2019) e dificuldades em cumprir seus papéis de vida, incluindo diminuição da capacidade para o trabalho (Palstam et al., 2012).

Nos últimos anos, a doença adquiriu maior importância e se tornou um problema de saúde pública (Antunes et al., 2021). Algumas das justificativas que envolvem a problemática da saúde pública compreendem o crescimento prevalente na população adulta em geral, o conhecimento insuficiente de sua causa e dos mecanismos que a geram, a ausência de controle dos sintomas, a falta de atendimento padronizado e a insatisfação de pacientes e profissionais com as abordagens terapêuticas atuais (Antunes et al., 2021). Essa doença não tem cura definitiva e o tratamento se concentra, principalmente, no controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida (DeSantana & Araújo, 2019). Conjuntamente ao exposto, é destacado na literatura que os profissionais de saúde frequentemente descrevem os pacientes com FM como uma população desafiadora e desencorajadora de se trabalhar (Nishikawara et al., 2023).

Nesse contexto, há uma compreensão crescente de que a FM coexiste com outros problemas de saúde, incluindo outras doenças reumáticas e distúrbios gastrointestinais, neurológicos e de saúde mental (Treister-Goltzman & Peleg, 2023). No que se diz respeito às implicações de saúde mental, os sintomas psicológicos são prevalentes em pacientes com FM, o que pode influenciar a gravidade da dor e contribuir para problemas de saúde geral (Henao-Pérez et al., 2022). Pacientes com FM têm maior probabilidade de apresentar depressão (20% a 80%) e ansiedade (13% a 63,8%) em comparação com controles saudáveis (Henao-Pérez et al., 2022).

A FM impõe um custo considerável à sociedade, especialmente aqueles associados à comorbidade e incapacidade (Arfuch et al., 2021). Entre os países europeus, os custos totais anuais estimados foram de 7.900 euros (910 euros diretos, 6.990 euros indiretos) para a França, 7.256 euros (1.765 euros diretos, 5.491 euros indiretos) para a Alemanha e 7.814 euros (5.241 euros diretos, indiretos (€ 2.573) para os Países Baixos (Arfuch et al., 2021). Além disso, é responsável pelos maiores custos diretos de saúde de todas as condições musculoesqueléticas e doenças relacionadas à dor crônica, taxas mais altas de desemprego e número de dias de licença médica (Arfuch et al., 2021).

Recentemente, a FM foi reconhecida como uma condição de dor nociplástica por possuir alterações nos sistemas nervosos central (SNC) e periférico (SNP) (Sluka & Clauw, 2016). A dor é conceituada como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou semelhante a associada a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020; DeSantana et al., 2020).

Atualmente, estudos apontam a sensibilização central (SC) como mecanismo predominante na fisiopatologia da FM (Arendt-Nielsen & Graven-Nielsen, 2003; Bradley, 2009; Favretti et al., 2023). De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), SC pode ser definida como o aumento da capacidade de resposta dos neurônios nociceptivos no SNC à sua entrada aferente normal ou sublimiar. A SC é caracterizada por evidências de vias inibitórias descendentes disfuncionais e aumento da atividade facilitadora, resultando em soma temporal com campos receptivos ampliados, limiares nociceptores mais baixos, aumento da atividade neuronal espontânea e aumento das respostas a estímulo (Favretti et al., 2023).

Apesar do exposto sobre a fisiopatologia da doença, outras hipóteses subjacentes à fisiopatologia também são investigadas. Estudos anteriores (Alciati et al., 2021; Siracusa et al., 2021; Peck et al., 2020; Bazzichi et al., 2017; Atzeni et al., 2019; Desantana et al., 2013; Sluka & Clauw, 2016; Bellato et al., 2012; Bradley, 2009) apontam possibilidades fisiopatológicas, tais como, estressores ambientais, fatores genéticos, variáveis psicossociais, alterações do sistema neuroendócrino e autônomo, anormalidades no eixo hipotalâmico-pituitária-adrenal (HPA) e disfunção muscular. Adicionalmente ao exposto, destaca-se que há na FM um forte componente genético e o risco de desenvolver FM é oito vezes maior entre parentes de primeiro grau (Ovrom et al., 2023).

No que diz respeito à prevalência da doença, a literatura indica valores que variam entre 0,5% e 6,6 % (Marques et al., 2017; Mascarenhas et al., 2021; Siracusa et al., 2021). No Brasil, essa prevalência é de 4,4% na população de 35 a 60 anos e 5,5% em pessoas acima de 65 anos (Barsante Santos et al., 2010). A incidência é maior em mulheres do que em homens e, normalmente, manifesta-se na faixa etária de 30 a 35 anos (Siracusa et al., 2021). Apesar disso, a FM pode acometer todas as idades. Segundo Coles et al. (2021), crianças mais novas podem ser subdiagnosticadas e os sintomas talvez sejam atribuídos a outras causas.

Somado ao exposto, essa doença parece ser mais comum em mulheres do que em homens pelas seguintes razões: níveis mais elevados de ansiedade e depressão, comportamento alterado em resposta à dor, alteração do processamento central e efeitos hormonais relacionados ao ciclo menstrual (Siracusa et al., 2021).

A FM trata-se de uma síndrome da dor diferenciada, pois é diagnosticada por sintomas (DeSantana & Araújo, 2019). Em 1990, o Comitê do *American College of Rheumatology* (ACR) elaborou critérios diagnósticos, incluindo três ou mais meses de dor generalizada acima e abaixo da cintura, à direita e esquerda do corpo e ao longo da linha média. Além disso, os pacientes deveriam relatar dor mediante pressão de 4 kg em, pelo menos, 11 dos 18 tender points (Wolfe et al., 1990). Os novos critérios incluem duas escalas, o Índice de Dor Generalizada (IDG) e a Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS). Os critérios de diagnóstico para FM são satisfeitos se as 3 condições a seguir forem atendidas: 1) IDG ≥ 7 e a EGS ≥ 5 , ou o IDG é 3-6 e o EGS ≥ 9 ; 2) os sintomas estiveram presentes em um nível semelhante por pelo menos 3 meses; e 3) o paciente não apresenta um distúrbio que, de outra forma, explicaria a dor (Wolfe et al., 2011).

Segundo Rodríguez-Almagro et al. (2023), a FM requer manejo multidisciplinar que inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas. O exercício físico é a terapia não farmacológica mais fortemente indicada (DeSantana & Araújo, 2019). Revisões sistemáticas anteriores apoiam a recomendação (Rodríguez-Almagro et al., 2023; Cuenca-Martínez et al., 2023, Couto et al., 2022; Ferro Moura Franco et al., 2021; Bidonde et al., 2019; Bidonde et al., 2014). No geral, a terapia convencional inclui exercícios, educação, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia medicamentosa (Cai et al., 2023). As investigações com terapias não farmacológicas, com foco na fisioterapia, têm aumentado nos últimos anos como terapias alternativas com menos ou nenhum efeito colateral para os pacientes (Araújo & DeSantana, 2019).

A *World Confederation Of Physiotherapy* (WCPT) declara que os fisioterapeutas, como profissionais autônomos, têm seus próprios conhecimentos, competência e âmbito de prática de fisioterapeutas (WCPT, 2011; Wikström-Grotell & Eriksson, 2012). A descrição da fisioterapia da WCPT é baseada no movimento e na função como conceitos-chave: “a fisioterapia fornece serviços a indivíduos e populações para desenvolver, manter e restaurar o movimento máximo e a capacidade funcional ao longo da vida. Isso inclui a prestação de serviços em circunstâncias em que o movimento e a função são ameaçados pelo envelhecimento, lesões, doenças, distúrbios, condições ou fatores ambientais. O movimento funcional é fundamental para o que significa ser saudável” (WCPT, 2011; Wikström-Grotell & Eriksson, 2012).

Segundo DeSantana & Araújo (2019), as principais modalidades fisioterapêuticas incluem os exercícios aeróbicos, exercícios resistidos para fortalecimento muscular, exercícios de alongamento, exercícios aquáticos, massoterapia e terapias com correntes elétricas analgésicas. O exercício físico é a terapia não farmacológica mais fortemente indicada para controle dos sintomas na FM (DeSantana & Araújo, 2019). Apesar disso, adultos com FM apresentam baixíssima taxa de adesão ao exercício físico (Couto et al., 2022). Isso ocorre não apenas pela exacerbação dos sintomas, mas também pelas informações contraditórias sobre o exercício que esses pacientes recebem dos profissionais que fazem parte de sua equipe de tratamento (por exemplo, reumatologista, clínico geral, enfermeiro ou fisioterapeuta). No campo da fisioterapia, a natureza da maioria das intervenções é geralmente de longo prazo (Pinto et al., 2012). Portanto, a adesão dos pacientes aos regimes de tratamento de longo prazo é vital para alcançar uma prática clínica eficaz (Pinto et al., 2012).

De forma mais ampla, foi reconhecido que a falta de adesão às terapias de longo prazo resulta em maus resultados clínicos e custos desnecessariamente elevados de cuidados de saúde (Pinto et al., 2012). A tomada de decisão compartilhada é parte integrante da prática fisioterapêutica de alta qualidade, baseada em evidências e centrada no paciente (Hoffmann et al., 2020). Envolve terapeutas e pacientes tomando decisões relacionadas à saúde de forma colaborativa depois de discutir as opções, os prováveis benefícios e malefícios de cada opção e considerar os valores, preferências e circunstâncias do paciente (Hoffmann et al., 2020). De acordo com (Stander et al., 2021), a prática baseada em evidências (PBE) ocorre quando há integração entre a capacidade e as habilidades de tomada de decisão clínica com a melhor evidência de pesquisa disponível e as escolhas e crenças dos pacientes.

Em esforços para gerenciar a dor crônica de forma mais eficaz e segura, os sistemas de saúde estão desenvolvendo cada vez mais modelos de atenção de equipe integrada no modelo biopsicossocial para dor (Gibson et al., 2020). A intenção da reabilitação biopsicossocial da dor é fornecer um serviço ideal, incorporando vários fatores em uma abordagem interprofissional para atender à complexidade da dor persistente (Battin et al., 2021). Uma abordagem biopsicossocial reconhece que a dor não precisa ser sinal de doença, que a incapacidade pode ser mantida muito tempo após a cura da doença inicial (Jacobs et al., 2016). Apesar da importância da abordagem biopsicossocial centrada no paciente, os profissionais ainda possuem crenças substancialmente biomédicas que influenciam no raciocínio clínico impactando nas informações fornecidas aos pacientes (Overmeer et al., 2011).

Sob esse novo paradigma biopsicossocial, a relação entre os profissionais de saúde e os destinatários dos cuidados é uma das chaves para o sucesso terapêutico (Morera-Balaguer et al., 2018). É cada vez maior o consenso de que a qualidade do cuidado depende diretamente do estabelecimento de uma relação terapêutica centrada no indivíduo (Morera-Balaguer et al., 2018).

Na fisioterapia, a relação terapêutica está integrada a diversos padrões de prática, indicando sua importância na formação de um cuidado competente (Miciak et al., 2018). Além disso, (Pinto et al., 2012) sugere que as interações centradas no paciente com suporte emocional que permitem a participação do paciente durante o processo de tratamento melhoram a aliança terapêutica (Miciak et al., 2018)

A dor crônica e seus tratamentos podem interferir na capacidade de comunicação de pacientes (Col et al., 2020). Ajudar os pacientes a comunicar suas experiências e crenças sobre a dor, as expectativas sobre os tratamentos e os objetivos do tratamento deve ajudar os profissionais a compreender melhor seus pacientes, o que, por sua vez, deve melhorar a eficácia do controle da dor (Col et al., 2020). Compreender os objetivos, valores e expectativas do paciente é essencial porque esses elementos servem como filtros por meio dos quais os pacientes selecionam suas opções, interpretam as evidências, selecionam o tratamento e respondem ao tratamento (Col et al., 2020).

Os profissionais de saúde tratam os pacientes de acordo com o que sabem e acreditam, ou seja, de acordo com as suas crenças (Garcia & Andrucioli De Mattos-Pimenta, 2008). Os conhecimentos, atitudes e crenças dos profissionais interferem na avaliação e no tratamento que administram e a experiência pessoal afeta a avaliação de um paciente com dor (Garcia & Andrucioli De Mattos-Pimenta, 2008). Além disso, (Alodiabi et al., 2020) destaca que o conhecimento insuficiente dos prestadores de cuidados de saúde sobre a FM pode levar a uma fraca adesão e a custos de saúde mais elevados relacionados com testes desnecessários e atrasos na prestação de tratamentos adequados aos pacientes.

Ao que nos consta, foram encontrados poucos estudos que investiguem especificamente as percepções, experiências ou crenças de profissionais fisioterapeutas sobre a FM (Roitenberg & Shoshana, 2021; Alodiabi et al., 2020; Sim & Adams, 2003). Um dos poucos estudos qualitativos examina relatos de fisioterapeutas que atuam em Israel, destacando como profissionais entendem a FM e como é feito o tratamento desses pacientes (Roitenberg & Shoshana, 2021). O estudo sugere que fisioterapeutas consideram a FM uma síndrome com diagnóstico incerto, influenciada por fatores psicológicos, que os desafia como profissionais pela limitação de recursos para o gerenciamento da dor (Roitenberg & Shoshana, 2021). Outro estudo explora o conhecimento dos critérios de diagnóstico e tratamento entre os fisioterapeutas que atuam na Arábia Saudita (Alodiabi et al., 2020), informando que os fisioterapeutas demonstram pouco conhecimento no manejo de pacientes com FM. Além disso, a conscientização dos profissionais sobre a doença não foi apoiada pelas diretrizes recentes de FM, ressaltando que apesar da prática comum de encaminhar pacientes com FM para fisioterapia, existem muitos conceitos errados sobre a FM entre os fisioterapeutas (Alodiabi et al., 2020).

Um outro estudo conduzido por (Sim & Adams, 2003) investigou o manejo da FM conforme a visão de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, entretanto, este investigou percepções gerais sobre o tratamento por meio de um questionário, identificando diferenças no manejo clínico entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, especificamente sobre objetivos do tratamento, intervenções utilizadas, resposta clínica dos pacientes e conhecimento sobre a doença.

Apesar dos dados publicados na literatura, não é descrito de forma abrangente o papel do fisioterapeuta no manejo da doença, permanecendo como lacuna na literatura disponível a descrição de questões relevantes sobre manejo fisioterapêutico no que diz respeito às experiências profissionais para tomada de decisão para avaliação e estratégias fisioterapêuticas no tratamento, percepções sobre a dor dos pacientes, relação terapeuta/paciente frente à população com FM e relação de fisioterapeutas com a equipe de profissionais da saúde, bem como a experiência dos profissionais na assistência em saúde no Brasil, e finalmente, sobre a utilização de modelos de atendimento, como a prática baseada em evidências, classificação internacional de funcionalidade e modelo biopsicossocial na prática clínica de fisioterapeutas experientes no manejo da FM.

Por todos os aspectos citados e pela complexidade para o manejo da doença, há uma grande necessidade de compreender melhor a visão de fisioterapeutas, particularmente pela influência das experiências profissionais na escolha do tratamento, resposta clínica dos pacientes e pela necessidade de explorar estratégias eficazes de avaliação e tratamento utilizadas por fisioterapeutas no serviço de atendimento aos indivíduos com FM, especialmente para possibilitar a capacitação profissional de fisioterapeutas de forma mais assertiva. Pelo exposto, o objetivo deste estudo foi analisar experiências, percepções e crenças sobre o papel de fisioterapeutas no manejo clínico da FM.

3. MÉTODOS

3.1. Abordagem qualitativa e paradigma de pesquisa

O presente estudo possui desenvolvimento da pesquisa qualitativa por meio análise de conteúdo proposto por (Bardin, 2011) através de entrevistas, como uma forma de coletar dados aprofundados em um cenário individualizado. O estudo foi realizado de forma remota pelas pesquisadoras e vinculado ao Laboratório de Pesquisa em Neurociência (LAPENE) da UFS, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Josimari Melo de Santana, localizado na Cidade Universitária Prof. Aloísio de Campos, Av. Marechal Rondon, s/n, Bairro Jardim Rosa Elze, CEP 49.100-000, São Cristóvão, Sergipe. Os métodos do estudo seguiram os critérios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) e *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR), que contém uma síntese dos padrões e recomendações para pesquisa qualitativa.

3.2. Aspectos éticos

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, cujo projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, registrado com parecer 5.531.931 e número CAAE 57965922.5.0000.5546. Os participantes foram informados sobre todos os procedimentos realizados durante o estudo e, em seguida, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização do Uso de Imagem e Voz estruturados por meio do Google Forms® e disponibilizado por contato telefônico (Apêndice 1 e 2).

3.3. Características da pesquisadora e reflexividade

A entrevista e a análise do conteúdo foram realizadas por uma fisioterapeuta, membro do grupo de pesquisa do Laboratório de Pesquisa em Neurociência – LAPENE. A avaliadora não teve contato prévio com nenhum (a) participante e os (as) participantes não tiveram informações sobre objetivos pessoais ou razões da avaliadora para fazer a coleta de dados previamente a realização da entrevista. Durante a entrevista, foi identificada apenas pelo nome, como membro do grupo de pesquisa e discente do Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde, minimizando a interação das características da pesquisadora na pesquisa. A entrevistadora trata-se da primeira autora da pesquisa e possui experiência prévia de dois anos com a coleta de dados qualitativos.

3.4.Características da observadora, reflexividade e notas de campo

A observadora presente no momento da entrevista foi membro do grupo de pesquisa do Laboratório de Pesquisa em Neurociência – LAPENE, com treinamento prévio supervisionado por outro membro com experiência em pesquisa qualitativa. A observadora não possuiu contato com nenhum dos (as) participantes antes da realização da entrevista, bem como os (as) participantes não tiveram informações da observadora sobre razões para observar a entrevista previamente o momento da coleta de dados. As notas de campo foram realizadas durante cada entrevista. Este processo alterna entre coleta e análise de dados para acumular dados ricos e detalhados do conteúdo das entrevistas. Durante a entrevista, a observadora foi identificada apenas pelo nome e vínculo como discente da graduação em fisioterapia, bem como integrante do grupo de pesquisa LAPENE. A presença da observadora foi utilizada com a finalidade de reduzir a influência do comportamento da entrevistadora no momento de condução da entrevista.

3.5.Amostragem

Os (as) participantes foram selecionados (as) por meio da amostragem de critério que considera participantes informativos para o estudo caso atendam aos critérios pré-determinados (Moser & Korstjens, 2018).

3.6.Tamanho da amostra e saturação de dados

A estimativa do tamanho amostral seguiu orientações publicadas previamente na literatura (Moser & Korstjens, 2017) que considera o valor estimado de 15 a 20 entrevistados para compor estudos qualitativos por entrevistas. Além disso, a saturação de dados foi alcançada quando não surgissem novas informações. Adicionalmente, Turner-Bowker et al. (2018) relatam taxas para atingir representação dos conceitos dos entrevistados, sendo 85% de todos os conceitos após 10 entrevistas, mais de 90% dos conceitos após 15 entrevistas, mais de 95% após 20 entrevistas e quase 100% (99%) por depois de 25 entrevistas. Para o nosso estudo, foi atingida a representação de 100% dos conceitos. Durante o estudo, foi relatada apenas uma desistência, sendo justificada por problemas de saúde da voluntária, impossibilitando a participação na entrevista.

3.7.Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para o estudo consistiram em profissionais fisioterapeutas sem restrição de gênero ou tempo de formação com experiência no manejo clínico da fibromialgia.

3.8. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão para o estudo consistiram em profissionais fisioterapeutas que não estejam regulados com o Crefito regional ou que não possuam registro profissional ativo.

3.9. Estratégia amostral

A amostra deste estudo foi composta por voluntários(as) recrutados(as) através de chamadas públicas por mídias sociais e endereços eletrônicos, bem como por meio de chamadas públicas enviadas por intermédio de associações e sociedades nacionais de fisioterapia para seus afiliados. Foi gerada uma lista de pessoas interessadas via formulário eletrônico Google Forms®, que conteve o e-mail, número de telefone e informações referentes à descrição da amostra, e, mediante a autorização e disponibilidade dos(as) participantes, foi efetuada a entrevista.

3.10. Contexto da pesquisa e fatores de ambientação

A coleta de dados das entrevistas foi realizada de forma padronizada. Todos os participantes receberam uma notificação por endereço eletrônico ou telefone, de uma única avaliadora, seguindo o padrão de comunicação e identificação pré-estabelecido para realizar o agendamento da entrevista. Após o agendamento, foi realizada uma entrevista estruturada por web conferência, utilizando a plataforma Google Meet®. Os participantes tiveram liberdade para responder as perguntas, sem a interferência da avaliadora, porém, contando com o auxílio da avaliadora para esclarecimentos, quando e se houvesse necessidade.

3.11. Procedimento de consultoria da entrevista

Como método de aumento de confiabilidade da entrevista, foi realizada a análise da estrutura da entrevista por três especialistas na área de dor com experiência em pesquisa clínica de forma preliminar para confirmar a abrangência, relevância do conteúdo e identificar a necessidade de reformulação dos itens da entrevista. O instrumento para análise de especialistas foi enviado via formulário eletrônico Google Forms®, contendo o roteiro da entrevista para cada um dos especialistas, possibilitando o retorno de suas revisões para possíveis correções.

3.12. Teste piloto da entrevista

Foi realizado o teste piloto do roteiro da entrevista para identificar a necessidade de reformulação das questões da entrevista, obter a média da duração das entrevistas e testar a plataforma selecionada para condução da entrevista. O teste piloto foi realizado sob supervisão da pesquisadora principal do estudo e no processo houve a interação com dois membros familiarizados com o estudo e com experiência na área de pesquisa qualitativa.

3.13. Método de coleta de dados, instrumentos e tecnologias

Foram realizadas entrevistas qualitativas, estruturadas e individuais acerca das experiências, percepções e crenças sobre o manejo fisioterapêutico em pacientes com fibromialgia pela visão de profissionais fisioterapeutas, cuja estrutura da entrevista está anexada ao final do estudo (Apêndice 4).

3.13.1. Dinâmica de agendamentos

Após o agendamento com a data e o horário da entrevista, a avaliadora permaneceu em contato com os participantes para fornecer orientações sobre a entrevista. Foram disponibilizados materiais com informações gerais sobre a entrevista e um manual de orientações para o acesso da plataforma do Google Meet®. Além disso, a avaliadora esteve à disposição dos (as) participantes para elucidar quaisquer dúvidas referentes ao processo da entrevista.

3.13.2. Coleta de dados

Após agendamento mediante a disponibilidade do participante, as entrevistas foram realizadas. A coleta de dados teve início setembro de 2022 e foi encerrada em dezembro de 2022. A gravação da entrevista foi realizada mediante aviso prévio e permissão do (a) participante, com duração média de 1 hora cada, com o recurso próprio do Google Meet®. Durante a entrevista, participou apenas a entrevistadora, participante e a investigadora observadora. O (a) participante ficou livre para responder as perguntas, sem influência ou direcionamentos da avaliadora ou da investigadora observadora. Ao final da entrevista, foi enviado aos participantes um questionário de satisfação da entrevista via formulário eletrônico Google Forms®, cuja estrutura está anexada ao final do estudo (Apêndice 5). Durante a coleta de dados, não houve a necessidade de repetição de entrevistas com os voluntários após a finalização.

3.12.3. Controle de dados

O controle dos dados da pesquisa foi realizado utilizando uma planilha no EXCEL® versão 2016, atualizada durante a pesquisa para registrar informações do processo da coleta de dados. Foram registrados os seguintes itens: 1) registro da data de cada coleta; 2) atualização da execução da entrevista; 3) consolidação das notas de campo; 4) demanda de reagendamentos; 5) fluxo de necessidade de entrevistas repetidas; 7) possíveis desistências e respectivas justificativas; 8) consolidação da transcrição dupla; 9) consolidação do retorno das transcrições; 10) etapa de verificação do participante.

3.12.4. Transcrição dupla

Após finalização da coleta de dados, foi iniciada a transcrição dupla dos áudios de forma literal, conduzida pelas investigadoras 1 e 2, com o auxílio do software RESHAPE®, que se trata de uma plataforma online para transcrição de áudios. A transcrição foi realizada na íntegra com a utilização do RESHAPE® pela investigadora 1. O produto final da transcrição do software foi revisado pela investigadora 1 para correção de possíveis erros, a revisão foi realizada através da leitura e releitura da transcrição com a escuta dos áudios da entrevista, consolidando a primeira etapa da transcrição dupla. Este procedimento garantiu que o conteúdo das entrevistas fosse transcrito na íntegra. Para garantir a validação do conteúdo das transcrições da entrevista, a investigadora 2 teve acesso ao material final das transcrições, realizando novamente a leitura e releitura do produto das transcrições com a escuta das gravações. Este procedimento permitiu que fosse possível identificar a necessidade de possíveis correções por dupla investigação.

Posteriormente, foi realizada a etapa de retorno das transcrições para os participantes, que consiste no retorno do conteúdo transcrito para obter as considerações dos participantes. Todos os participantes foram contatados através do e-mail e receberam o arquivo com a transcrição em anexo. Entretanto, nenhum dos voluntários (as) sugeriu alterações na transcrição.

4. PROCESSAMENTO DE DADOS

No estudo, as categorias foram previamente criadas a partir dos objetivos e as subcategorias foram preenchidas no processo de análise de dados. A criação das categorias aconteceu de forma prévia e foi orientada a partir dos itens questionados nas perguntas da entrevista e objetivos do estudo.

Quadro 1 – Elaboração prévia de categorias.

Categorias
Tomada de decisão para avaliar pacientes com FM
Prescrição de intervenções na prática clínica
Prescrição de exercício na FM
Adesão e evolução de pacientes com FM no tratamento fisioterapêutico
Relação com a equipe multidisciplinar e terapeuta/paciente
Modelos de atendimento em saúde
Experiências de fisioterapeutas no sistema de saúde e políticas públicas para pacientes com FM

Fonte: elaboração das pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa.

5. ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada a análise e a codificação do conteúdo da transcrição das entrevistas por meio do software MAXQDA® versão 22. Em seguida, os dados foram codificados e organizados em categorias previamente definidas e subcategorias preenchidas após a análise de dados, através da frequência e caráter de termos que foram citados nos relatos dos (as) participantes. Para as variáveis quantitativas, foi realizada a análise estatística descritiva dos dados utilizando o EXCEL® versão 2016 para identificar as frequências absoluta e relativa e valores de média, desvio padrão e intervalo de confiança dos dados descritivos dos (as) participantes.

5.1. Técnicas para aumento da confiabilidade e credibilidade da análise de dados

Os dados dos participantes foram substituídos por números para garantir a anonimização dos dados dos participantes. Foi utilizado o método de triangulação do investigador, ou seja, utilizamos duas pesquisadoras para tomar decisões de codificação (Moser & Korstjens, 2017), assegurando o processo sistemático de classificação dos dados para encontrar temas ou categorias comuns. Somado a isso, visando garantir o cegamento, inicialmente as pesquisadoras realizaram as análises de forma independente, ambas as pesquisadoras não possuíam conhecimento de possíveis destinos ou atribuições dos relatos em subcategorias definidas. Posteriormente, ambas as investigadoras realizaram o procedimento de revisão e interpretação dos dados para discutir pontos de concordância e discordância sobre as atribuições dos relatos dos participantes em suas respectivas subcategorias e, por fim, consolidando o processo de revisão por pares na pesquisa.

5.1.1. Trilha de auditoria

Foi realizada a auditoria da entrevista como processo sistemático para a análise metodológica das gravações das entrevistas. Esta etapa foi feita por meio da supervisão de um membro familiarizado com o estudo e com experiência na área de pesquisa sendo utilizada como técnica para aumento da confiabilidade e credibilidade dos dados.

6. RESULTADOS

A análise de dados resultou em 28 subcategorias. A criação das subcategorias foi feita através de leitura e observação dos elementos e das falas citadas durante a entrevista, realizando várias leituras das transcrições, obtendo uma visão geral do conteúdo e, posteriormente, uma visão mais minuciosa para observar semelhanças e diferenças entre os relatos dos participantes.

Quadro 2– Subcategorias preenchidas após a análise dos dados.

Categorias	Subcategorias
Tomada de decisão para avaliar pacientes com FM	● Abordagem fisioterapêutica ● Instrumentos para avaliação ● Barreiras e facilidades para avaliação fisioterapêutica

Prescrição de intervenções na prática clínica	● Percepção sobre abordagem atual da fisioterapia na fibromialgia no Brasil ● Percepção sobre conhecimento dos pacientes ● Estratégias e objetivos para o tratamento ● Barreiras e facilidades para o tratamento
Prescrição de exercício na FM	● Modalidades e dose da prescrição do exercício ● Barreiras e facilidades para inserção do exercício ● Estratégias para facilitar inserção e adesão ao exercício
Adesão e evolução de pacientes com FM no tratamento fisioterapêutico	● Autoeficácia em pacientes com fibromialgia ● Desconhecimento sobre autoeficácia ● Estratégias de modificação da autoeficácia ● Fatores que influenciam na adesão e evolução
Relação com a equipe multidisciplinar e terapeuta/paciente	● Contato com a equipe multidisciplinar ● Indicações para melhorar a interação com a equipe ● Barreiras e facilidades na comunicação com a equipe ● Experiência com a relação terapeuta/paciente ● Barreiras e facilidades na

	comunicação terapeuta/paciente ● Estratégias para melhorar a relação terapeuta/paciente
Modelos de atendimento em saúde	● Barreiras e facilidades na utilização de modelos de atendimento ● Estratégias para utilização de modelos de atendimento
Experiências de fisioterapeutas no sistema de saúde e políticas públicas para pacientes com FM	● Acolhimento do paciente ● Assistência nos sistemas de saúde ● Percepção sobre políticas de saúde ● Barreiras e facilidades nos sistemas de saúde ● Indicações para políticas públicas ● Estimativa de número de casos

Fonte: elaboração das pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa

Tomada de decisão para avaliação na FM

A primeira categoria visou compreender como é feita a tomada de decisão na prática clínica para a avaliação de pacientes com fibromialgia, bem como descrever quais são os procedimentos de avaliação utilizados por fisioterapeutas e identificar as possíveis facilidades e barreiras no procedimento da avaliação dessa população específica. Sendo assim, foi subdividida em três subcategorias: 1) abordagem fisioterapêutica; 2) instrumentos para avaliação; 3) barreiras e facilidades para avaliação fisioterapêutica.

Prescrição de intervenções na prática clínica

A segunda categoria buscou conhecer quais são as intervenções fisioterapêuticas rotineiramente prescritas e como é feita a tomada de decisão no contexto da prática clínica de fisioterapeutas. Tal categoria foi desenvolvida para compreender as percepções de profissionais fisioterapeutas acerca do contexto atual da fisioterapia no manejo da fibromialgia, bem como identificar as prováveis barreiras e facilidades ao tratar pacientes com diagnóstico clínico de fibromialgia. Foi dividida em quatro subcategorias: 1) percepção sobre abordagem atual da fisioterapia na fibromialgia no Brasil; 2) percepção

sobre conhecimento dos pacientes; 3) estratégias e objetivos para o tratamento; 4) barreiras e facilidades para o tratamento.

Prescrição de exercício na FM

A terceira categoria visou entender como é feita a prescrição de exercício para pacientes com FM. Buscamos compreender qual a modalidade, dose, facilidades ou dificuldades para inserção e adesão ao exercício. As subcategorias resultaram em: 1) modalidades e dose da prescrição do exercício; 2) barreiras e facilidades para inserção do exercício; 3) estratégias para facilitar inserção e adesão ao exercício.

Adesão e evolução dos pacientes com FM no tratamento fisioterapêutico

A quarta categoria foi desenvolvida para o entendimento dos possíveis fatores que podem influenciar a adesão, a autoeficácia e a evolução clínica da população com FM durante o tratamento fisioterapêutico. A partir desse propósito, foram estruturadas as subcategorias: 1) autoeficácia em pacientes com fibromialgia; 2) estratégias de modificação da autoeficácia; 3) desconhecimento sobre autoeficácia; 4) fatores que influenciam na adesão e evolução.

Relação com a equipe multidisciplinar e terapeuta/paciente

A quinta categoria compreendeu as percepções de fisioterapeutas sobre a relação de fisioterapeutas com a equipe multidisciplinar e relação terapeuta/paciente. Foram analisadas quais as dificuldades e facilidades na comunicação terapêutica, bem como estratégias para melhorar o posicionamento de profissionais frente aos pacientes com fibromialgia e outros profissionais de saúde. As subcategorias foram: 1) contato com a equipe multidisciplinar; 2) indicações para melhorar a interação com a equipe; 3) barreiras e dificuldades na comunicação com a equipe; 4) experiência com a relação terapeuta/paciente; 5) barreiras e facilidades na comunicação terapeuta/paciente; 6) estratégias para melhorar a relação terapeuta/paciente.

Modelos de atendimento em saúde

A sexta categoria foi elaborada buscando compreender quais são as prováveis barreiras e/ou facilitadores para a abordagem da fibromialgia, seguindo modelos biopsicossocial, classificação internacional de funcionalidade e prática baseada em evidências no contexto da prática clínica de fisioterapeutas, divididos nas seguintes subcategorias: 1) barreiras e facilidades na utilização de modelos de atendimento; 2) estratégias para utilização de modelos de atendimento.

Experiências de fisioterapeutas no sistema de saúde e políticas públicas para pacientes com FM

A sétima categoria foi elaborada para compreender o manejo da FM por profissionais fisioterapeutas, considerando os sistemas de saúde para assistência de pacientes com FM no Brasil. Foram observados como têm sido as experiências desses profissionais no tratamento fisioterapêutico de pacientes com fibromialgia. As subcategorias emergentes foram: 1) acolhimento do paciente; 2) assistência nos sistemas de saúde; 3) percepção sobre políticas de saúde; 4) barreiras e facilidades nos sistemas de saúde; 5) indicações para políticas públicas; 6) estimativa de número de casos.

7. Unidades de estudo

Esta amostra foi composta por 27 fisioterapeutas de ambos os gêneros (77,7% feminino e 22,2% masculino), com idade entre 25 e 53 anos (média: $37,6 \pm$ desvio padrão: 8,6), com experiência clínica no manejo fisioterapêutico da fibromialgia (média: $8,2 \pm$ desvio padrão: 6,5), com estimativa de número de casos por ano de (média: $18,6 \pm$ desvio padrão: 31,7) Entre os participantes, 70,3% não cursaram nenhuma disciplina sobre dor na graduação e 77,5% tiveram contato com disciplina sobre dor na pós-graduação. Entre os entrevistados da amostra, 61,1% dos voluntários ficaram satisfeitos com a entrevista realizada por videochamada, 55,6% ficaram satisfeitos com o número de perguntas do roteiro da entrevista, 66,7% ficaram satisfeitos com o manual para acessar a plataforma virtual e 66,7% ficaram satisfeitos com o guia de orientações para a entrevista. Para melhor compreensão do perfil dos (as) fisioterapeutas, realizamos uma caracterização disposta na tabela 2 e dados descritivos qualitativos disposta na tabela 3.

Tabela 1. Dados descritivos da amostra, características sociodemográficas e da formação de fisioterapeutas. UFS, Campus São Cristóvão, 2024.

Variáveis	Média $\pm$ DP		
	n=27		
Idade, média (DP)	$37,6 \pm 8,6$		
Tempo de experiência clínica	$8,2 \pm 6,5$		
Estimativa de número de casos	$18,6 \pm 31,7$		
Sexo, n (%)		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
	Feminino	21	77,7%
	Masculino	6	22%

Contato com disciplina com dor na graduação	Sim	8	29,6%
	Não	19	70,3%
Contato com disciplina com dor na pós-graduação	Sim	21	77,7%
	Não	6	22,2%
Contato com pesquisa na fibromialgia	Sim	10	37%
	Não	17	62,9%

Médias, desvio padrão, frequências da amostra (%), valores absolutos (n) e relativos (%).

Tabela 2. Dados descritivos qualitativos da amostra. UFS, Campus São Cristóvão, 2024.

Participantes	Região	Dor na formação profissional	Fontes de conhecimento e atualização sobre dor
p1	Nordeste	“Mestrado e doutorado com pesquisas sobre neurobiologia da dor e mecanismos de ação de recursos eletroterapêuticos.”	“Artigos científicos.”
p2	Sudeste	“Embora não concordasse aprendi que dor se resolve com repouso e recursos analgésicos.”	“Artigos científicos e seguindo alguns profissionais referência na área.”
p3	Sudeste	“Na minha formação profissional a dor entrou mesmo como objeto de estudo a partir de 2016, mas me graduei em 2004.”	“Artigos buscados na ‘pedro’ e no pubmed”
p4	Sul	“Doutor em Ciências da Saúde - Neurociências no PPGS - UNISUL Mestre em Ciências do Movimento Humano – UDESC (2003) Especialista Profissional em Fisioterapia Aquática - COFFITO/ABFA.”	“Artigos, livros.”
p5	Sudeste	“Acredito que a dor seja o sintoma mais recorrente para o paciente nos procurar, seja por patologias	“Cursos online.”

		ortopédicas ou neurológicas.”	
p6	—	“Tive matérias específicas sobre doenças crônicas. Na prática, estágios com grupos de fibromialgia. Na pós-graduação, a mesma coisa. Teoria e prática no manejo da dor.”	“Artigos científicos.”
p7	Nordeste	“O aumento significativo de pacientes com dor crônica e a busca destes por tratamentos que por diversas vezes não tem efeito positivo nenhum na vida do paciente fez com despertasse em mim o desejo de compreender mais um pouco sobre o manejo da dor.”	“Canal/ material da ‘sbed’, cursos e artigos científicos.”
p8	Nordeste	“Na faculdade era vista como um sintoma e queixa de paciente. Durante minha formação depois de formado com cursos de terapia manual, Mackenzie e vivências com pacientes, percebi que a dor tem que ser tratada de forma integrada.”	“Psicologia e liberação miofascial.”
p9	Sudeste	“Fiz a graduação nos EUA e trabalhei desde 1994 em âmbito hospitalar já fazendo manejo de dor... Quando voltei ao Brasil fiz pós-graduação em dor e nunca mais parei de estudar o assunto.”	“Artigos científicos, congressos, colegas professores, fazendo especializações.”
p10	—	“Desde que comecei a estudar mais a fundo a dor, pude perceber que a dor vai muito além da	“Faço pós Graduação em Especialização em dor.”

		questão física, as vezes ela vem da alma.”	
p11	Centro-Oeste	“Pós em Dor - Albert Einstein. Pet dor Artur Padão e prescrição de exercício físico do Artur Padão. Acupuntura e Neurociência da Dor - Dr. Marcos Lisboa.”	“Artigo científico. Estar no Comitê da SBED. Acompanhar colegas na área de dor.”
p12	Norte	“Sinal vital advindo de lesão real ou potencial.”	“Artigo científico.”
p13	—	“O conhecimento da dor é fundamental na prática clínica.”	“Artigos científicos.”
p14	Norte	“A maioria dos pacientes que atendo possuem Dor crônica, e alguns já apresentam diagnóstico fechado de fibromialgia.”	“Revisões da PUBMED sobre manejo clínico.”
p15	Norte	“Mesmo com as dificuldades existente no ensino daquela época, percebi que para entender a dor, precisava aprofundar os conhecimentos.”	“Pubmed, lilacs, periódico da capes, bvs, scielo, etc.”
p16	Norte	“A maioria dos pacientes sentem dores no extremo.”	“Experiência na hidroterapia.”
p17	Norte	“Acabei realizar a pós-graduação em dor do Einstein (2021-2022), que contribuiu muito para meus atendimentos.”	“Artigos.”
p18	Sudeste	“Trato esse aspecto todo dia, a maioria das minhas pacientes acima de 50 anos tem fibromialgia.”	“Artigos científicos e reuniões com médicos especializados.”
p19	Sudeste	“Foi um conceito extremamente necessário aprender, pois com isso consigo ter uma abordagem mais assertiva no manejo de pacientes	“Palestras, Imersões, Artigos Científicos.”

		com fibromialgia e dores crônicas.”	
p20	Norte	“Dor é uma sensação desagradável. Três tipo de dores nociceptivas, neuropática e nociplástica e suas subcategorias.”	“Tudo sobre dor com Leonardo Ávila, pubmed, PeDro e entre outras redes.”
p21	Sudeste	“Durante a graduação em algumas disciplinas tivemos foco sobre fibromialgia, dor, disfunções geradas por dor.”	“Vivência com pacientes, e cursos complementar.”
p22	Sudeste	“Atuo com pacientes que apresentam dor Crônica e ensino sobre os diferentes fatores que modulam a dor, ‘bio’, ‘psico’, ‘socio’ e espiritual.”	“Atuo como assistente de coordenação e docente da pós graduação dor Hospital Israelita Albert Einstein.”
p23	Sul	“Durante a graduação não tive contato com o estudo da dor, após a graduação li um livro sobre dor, o qual me motivou a procurar/estudar mais sobre o assunto, após decidi realizar a especialização em Dor.”	“Iasp, pain, cursos com especialistas na área.”
p24	Sudeste	“Dor era tratada como sinal vital, puramente associada a biomecânica, nenhuma abordagem multifatorial.”	“Pós-graduação, educação continuada, cursos livres sobre o assunto, conteúdo científico através de buscas ativas.”
p25	Sul	“Sempre lidei com dor, desde época da residência em traumatologia-ortopedia na UEL...”	“Pubmed.”
p26	Nordeste	“Busquei aprofundar o estudo da dor quando percebi que apenas aplicar técnicas e promover alívio dos pacientes não era o	“Artigos científicos e cursos.”

		suficiente. Por isso decidi aprofundar.”	
p27	Sul	“Aprendo grande parte de maneira autodidata, através de artigos científicos da IASP e cursos de fisioterapeutas que atuam com a dor.”	“Aprendo grande parte de maneira autodidata, através de artigos científicos da IASP e cursos de fisioterapeutas que atuam com a dor.”

Respostas do formulário de recrutamento da pesquisa.

8. DISCUSSÃO, SÍNTESE E INTERPRETAÇÃO

Os resultados do presente estudo foram descritos a partir das subcategorias (n=28) que emergiram na análise de conteúdo das entrevistas e pela frequência de caráter de termos citados durante o relato dos (as) participantes seguido da discussão de cada tópico.

Tomada de decisão para avaliação na FM

● Abordagem fisioterapêutica

O relato a seguir: “(...) *avaliação física do fisioterapeuta mesmo, avaliação ortopédica, então além da fibromialgia eu tento ver se o paciente tem alguma outra disfunção, alguma outra dificuldade, além da fibromialgia, ou junto com a fibromialgia, é basicamente isso, questionário e avaliação física.*” (P26) pode sugerir que os pacientes com FM são avaliados com procedimentos comuns ao que é realizado nas avaliações fisioterapêuticas de pacientes com outras condições ortopédicas. De acordo com (Bernhardsson et al., 2023), a avaliação fisioterapêutica normalmente compreende vários componentes, incluindo observação, exame postural, análise da marcha, teste de amplitude de movimento articular, palpação e outros exames e testes clínicos, que variam de acordo com a localização da dor e a suspeita de diagnóstico. A avaliação é baseada no histórico do paciente, e toda a avaliação é interpretada pelo fisioterapeuta para a tomada de diagnóstico e decisões de manejo (Bernhardsson et al., 2023). Como fisioterapeutas, a avaliação e o tratamento do sistema de movimento são um componente chave do nosso cuidado aos pacientes com dor (Chimenti et al., 2018). A literatura destaca que a integração da experiência dos fisioterapeutas no sistema de movimento com outros mecanismos de dor tem o potencial de elevar o nosso nível de cuidado para avaliar e tratar de forma mais eficaz as condições de dor (Chimenti et al., 2018). A avaliação dos mecanismos de dor pode ajudar a individualizar o atendimento para cada paciente (Chimenti et al., 2018).

Apesar disso, em nosso estudo, identificamos que os fisioterapeutas enfatizam na avaliação o relato do paciente, exame físico geral, exames complementares e uso de questionários, sendo evidenciado pelos argumentos a seguir:

“(...) então, a gente já utiliza alguns questionários, mas a primeira abordagem que a gente faz é só a avaliação mesmo do paciente para poder ver se as características seriam de fibromialgia e depois, achando que todo histórico é compatível, a gente dá entrada com os questionários.” (P25)

“(...) assim, primeiro a gente avalia e faz aquela anamnese do paciente e dentro da queixa do paciente, dependendo do quadro que tem, paciente já chega com o diagnóstico já fechado e outros não.” (P15)

“(...) quando que ela começou a sentir os primeiros sintomas, toda a saga dela num diagnóstico, quando ela já tem ou não, né, eu percebo que vai muito em vários médicos, sempre com dor em vários locais, mas depois disso a pessoa vai, eu questiono muito sobre, além da dor, qual que é a incapacidade que ela sente nesse momento, o que essa dor incapacita para ela.” (P23)

“(...) desde a história da doença, como é que começaram os primeiros sintomas de dor crônica que o paciente tem a memória, né? quando foi que começou e desde então a dor vem de forma contínua, até sono, rotina, todos os aspectos, doenças pré-estabelecidas, nível de dor, alterações psicológicas, emocionais, assim, a gente já vai traçando o perfil do paciente, se o paciente é ansioso, se não é, se tem histórico de algum distúrbio psiquiátrico, se tem histórico de depressão, como é que o paciente lida com a dor, como é que ele faz a gestão dessa dor.” (P3)

“(...) quais os médicos que ela buscou, como que foi essa investigação do diagnóstico, quanto tempo levou, não passou por um neurologista, por reumato, como que foi todo esse processo do paciente, né? até chegar à descoberta do diagnóstico. Quais exames que foram realizados, foram descartados, quais as hipóteses? E aí ele vai me falando, fez exame de eletroneuromiografia, ele fez exame de ressonância, fez exames laboratoriais.” (P4)

“(...) eu começo a ver com esse paciente a questão relacionada com a menarca, a menstruação hormonal, se esse paciente depois que começou a menstruar, deu alterações.” (P4)

O relato a seguir: *“(...) então, no primeiro momento, antes da anamnese, das perguntas, né, sociodemográficas, eu prefiro deixar o paciente com o discurso livre, né, para que ele exponha o que ele sente. e ao conduzir a avaliação inicial, ao final eu faço essas perguntas que são clássicas, né, do anamnese, como doenças prévias, como história da doença pregressa, história da doença atual.” (P5)* evidencia a importância da busca de informações durante a anamnese, valorizando o relato do paciente. Outro participante destaca: *“(...) a primeira estratégia é a escuta ativa, né, do relato do paciente.” (P6)*, novamente enfatizando o discurso do paciente durante a avaliação. De acordo com (Williams & Schilling, 2009), apesar das tentativas de identificar biomarcadores sensíveis e específicos para a FM, o autorrelato dos pacientes continua sendo a melhor abordagem clínica para compreender a experiência da FM para a maioria dos indivíduos.

Em nossos achados, alguns profissionais afirmaram utilizar perguntas abertas na avaliação e direcionam a avaliação fisioterapêutica por meio do modelo biopsicossocial. Os relatos a seguir valorizam a contextualização biopsicossocial para a avaliação de pacientes com FM, além de frisar a importância da escuta ativa durante a avaliação fisioterapêutica:

“(...) eu foco muito hoje no paciente, em ouvir o paciente. eu colho toda a história dele, normalmente eu deixo que ele me conte toda a história dele e dentro desses pontos eu vou colhendo tudo que eu achar de relevante, dentro daqueles aspectos do modelo biopsicossocial, que é o que a gente vem trabalhando hoje em dia. então, todos os fatores de queixas físicas que ele tem e todo o entorno dele, como é que ele está com essa queixa física, como é que ele se relaciona com essa queixa, como é que ele se relaciona com as pessoas em volta dele, como é que está esse estado emocional diante dessa dor, como é que ele reage.” (P21)

“(...) na primeira conversa, eu vou coletar a história do paciente e eu vou querer entender as crenças que o paciente traz em relação à patologia dele, a todas as terapias que ele já fez, por tudo que ele passou, qual é a expectativa que ele tem no tratamento e qual que é a queixa do momento.” (P27)

Outro participante reforça sobre a utilização do modelo biopsicossocial na avaliação:

“(...) com perguntas abertas, pergunto um pouco sobre a história do paciente, que aí eu já traço uma linha do tempo geralmente, então quando a dor começou, o que que estava acontecendo, e aí eu já trago paciente para esse contexto biopsicossocial mesmo, em relação não só ao biológico e também entender o que estava acontecendo na história de vida naquele momento, quais foram as frustrações que pode ter alguma relação com a dor no mesmo período, que podem ter algum ‘gancho’ maior, assim, na dor dele, e geralmente eu vou traçando com o próprio paciente uma linha do tempo para ver o que a gente pode, o que está mais gritante, o que a gente pode trabalhar inicialmente.” (P22)

Apesar de recomendações baseadas na avaliação por meio do modelo biopsicossocial e mecanismos de dor (Chimenti et al., 2018), os relatos a seguir evidenciam que a avaliação dos pontos dolorosos na FM é comumente feita por fisioterapeutas:

“(...) se ele tem 11 ou 18 pontos sensíveis de fibromialgia, se ele tem alteração do sono, alteração do humor, ele vai no meu caminho”. (P20)

“(...) a gente vê aquela região de pontos gatilho, de dor que eles têm. É o que eu costumo fazer, além da queixa deles, é avaliar a região dos pontos que eles costumam ter, que é a região das costas.” (P17)

É destacado na literatura que os pontos da FM são definidos como áreas de hiperalgesia/alodinia quando uma pressão de cerca de 4 kg causa dor (Siracusa et al 2021). Em 1990, o Comitê do *American College of Rheumatology* (ACR) elaborou critérios diagnósticos, que só recentemente foram modificados (Siracusa et al 2021). Segundo Williams & Schilling (2009), a adoção da contagem de tender points foi uma tentativa de objetivar o relato de dor dos pacientes com FM. De acordo com (Wolfe et al., 2016), os critérios de 1990 foram amplamente aceitos pela comunidade de pesquisa, mas geralmente ignorados pela maioria dos médicos por razões que incluíam a dificuldade que os não-reumatologistas tinham em realizar o exame do ponto sensível. Embora existam poucos dados sobre este ponto, é provável que a maioria dos diagnósticos na comunidade tenha sido feita por médicos que utilizaram sintomas em vez do exame do ponto sensível e da necessidade absoluta de dor generalizada (Wolfe et al., 2016).

Em parte, em resposta à dificuldade do ponto sensível, os critérios de 2010 eliminaram os requisitos do ponto sensível e da dor generalizada, substituindo-os por uma contagem de 19 regiões dolorosas e uma série de avaliações de sintomas de fibromialgia (Wolfe et al., 2016). A comunidade biomédica historicamente confiou e valorizou medidas objetivas de atividade ou estrutura fisiológica para avaliar a saúde dos pacientes (por exemplo, valores laboratoriais, imagens radiográficas, biomarcadores, etc) (Williams & Schilling, 2009). Embora essas medidas possam ser notavelmente precisas para medir construções fisiológicas específicas (por exemplo, cicatrização óssea, fluxo sanguíneo), esses marcadores não podem capturar as percepções mais subjetivas da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes (Williams & Schilling, 2009).

Especialmente na avaliação da fibromialgia, segundo Williams & Schilling (2009), a avaliação de múltiplos domínios pode exigir muito tempo e esforço por parte do paciente. Tanto para fins clínicos como de investigação, é preferível utilizar instrumentos de avaliação que possuam um forte suporte de validade em cada domínio para doenças crônicas específicas (Williams & Schilling, 2009). Os relatos a seguir direcionam a domínios observados na avaliação que envolvem a anamnese e o exame físico:

“(...) geralmente, é dentro do exame físico, né? e na anamnese, que a gente está avaliando o paciente e de acordo com o encaminhamento do médico, a anamnese, a gente já vai questionando qual é a queixa principal do paciente, né? E muitas vezes, além da dor, ele também já vem referindo a fraqueza muscular, vem referindo a diminuição da capacidade nas avds”. (P2)

“(...) hoje, o paciente chega e eu faço a anamnese, a coleta de dados do paciente com uma linha cronológica, e essa linha cronológica pega a infância, pega a idade da adolescência e a vida adulta, e eu começo na infância compreendendo se já era um paciente que já começava com alguns sintomas de dor.” (P4)

“(...) o paciente é filmado, eu filmo e eu mostro as angulações, o posicionamento que o paciente tem que ficar, o número de repetições, as cautelas que ele tem que tomar cuidado com esses exercícios, e é passado esse cronograma, né, pro paciente fazer de prescrição de exercício físico, que ele não faz no meu consultório, ele vai fazer na casa dele.” (P4)

“(...) então, sempre na avaliação ela é um pouco mais livre e ao final da avaliação, avaliação física, avaliação dos pontos de dor, avaliação dos exames bioquímicos, exames de imagens, se o paciente tiver e a parte do contexto do prognóstico e o plano de tratamento construído junto com o paciente.” (P5)

No geral, em nossos achados, a abordagem da avaliação fisioterapêutica é comumente realizada por meio da anamnese e exame físico. Alguns participantes relataram considerar aspectos da infância, adolescência e fase adulta na anamnese e outros afirmaram utilizar perguntas abertas na avaliação. Os participantes afirmaram que avaliam questões envolvendo o histórico da doença, alterações hormonais, tempo de diagnóstico, uso de medicamentos, sono, comorbidades psicológicas e psiquiátrica, dor e incapacidade. Alguns fisioterapeutas relatam utilizar testes funcionais e observar questões sociodemográficas, além de verificar os exames bioquímicos e identificar como foram experiências anteriores e expectativas com o tratamento.

- Instrumentos para avaliação

O relato a seguir *“(...) e sempre faço dois tipos de questionário, o questionário breve de dor e o questionário de impacto da fibromialgia.” (P5)* pode enfatizar na discussão os instrumentos que são utilizados especificamente para avaliar pacientes com FM. Um estudo Pontes-Silva et al. (2023) teve como objetivo comparar os sintomas entre indivíduos com fibromialgia e outras dores musculoesqueléticas crônicas e desfechos nos aspectos da dor presente em repouso e após movimento, fadiga, intensidade e impacto da dor, função, impacto global da doença. Foi observado que o índice de dor generalizada, assim como o índice de gravidade dos sintomas, deve ser utilizado exclusivamente na avaliação da fibromialgia. As pontuações dos instrumentos mais utilizados nos estudos sobre fibromialgia envolvendo o Questionário de Impacto da Fibromialgia Revisado (FIQ-R), Inventário Breve de Dor (BPI) e Escala Numérica de Avaliação de Dor (NPRS) reforçaram que a gravidade dos sintomas é maior em pacientes com fibromialgia, de acordo com (Pontes-Silva et al., 2023). Em nossos achados identificamos que alguns fisioterapeutas destacaram a utilização de escalas de dor, inventário breve de dor e questionário de impacto da fibromialgia (FIQ), evidenciados pelos relatos a seguir:

“(...) inventário breve de dor, você vai trazer talvez uma catastrofização, né, o tampa, uma cinesiofobia também.” (P6)

“(...) escala visual análoga da dor, eva.” (P1)

“(...) então a EVA, a escala visual analógica, é uma das primeiras ferramentas que a gente acaba [usando], né, questionando para o paciente.” (P10)

Apesar do exposto, identificamos que os fisioterapeutas costumam utilizar instrumentos para avaliação que avaliam outros aspectos associados aos sintomas da fibromialgia. O relato a seguir *“(...) eu também uso um questionário de cinesiofobia para poder identificar se existe esse fator também.” (P5)* destaca a avaliação de fatores comportamentais que influenciam a dor. A cinesiofobia é definida como um medo excessivo, irracional e debilitante de movimento e atividade física, resultante da sensação de vulnerabilidade a lesões dolorosas ou novas (Salvador et al., 2021).

Em pessoas com dor crônica, esse construto tem sido tradicionalmente medido usando a Escala de Tampa para Cinesiofobia (TSK), um questionário de autorrelato composto por 17 declarações classificadas em uma escala Likert de 4 pontos (1 = discordo totalmente, 4 = concordo totalmente; alguns itens são codificados inversamente durante a pontuação) (Hapidou et al., 2012). A pontuação total pode variar de 17 a 68; escores mais altos indicam maior medo de reincidência (Hapidou et al., 2012). A avaliação da cinesiofobia em pacientes com fibromialgia pode ser importante para o desenho adequado de estratégias e metas de reabilitação nessa população (Salvador et al., 2021). Conjuntamente, ao exposto, outros relatos destacam outras ferramentas que são comumente utilizadas pelos fisioterapeutas:

“(...) utiliza mapas de dor, faz algum tipo de investigação análoga em relação à percepção de dor.” (P1)

“(...) então, o paciente também vai colocar lá e vai pintar a região que ele tem dor, mas como um feedback, para mostrar para o paciente que ele melhorou. então, uso o diagrama da dor.” (P4)

“(...) questionário de sensibilização central, às vezes uso de incapacidade.” (P23)

“(...) fazer o questionário de dor do paciente, pra ele desenhar lá onde ele tem a dor, dependendo se ele tem uma dor neuropática, faço o diagnóstico dor neuropática, o diagnóstico catastrofização, os questionários pra entender aquele paciente, né? desde a parte física como a emocional.” (P13)

O argumento a seguir “(...) *eu tenho usado os testes de QST [...], com algometria, que eu tenho algômetro, e eu acho que é mais basicamente isso que eu tenho feito.*” (P17) pode direcionar a discussão para a utilização de testes quantitativos sensoriais utilizados na avaliação da FM. A algometria é muitas vezes referida indistintamente como teste sensorial quantitativo com ambos os termos também sendo usados na literatura sobre dor (de la Coba et al., 2022). Por meio da algometria, fisioterapeutas avaliam e detectam nocicepção anormal usando vários tipos de estimulação da dor em diferentes locais do corpo, proporcionando uma avaliação da dor mais sensível, aprofundada e exaustiva (de la Coba et al., 2022). Além disso, as respostas à dor avaliadas por algometria mostraram fortes associações com a dor clínica na FM, bem como com melhores resultados clínicos após a intervenção (de la Coba et al., 2022).

Uma revisão sistemática (de la Coba et al., 2022) identificou protocolos de avaliação por meio de testes quantitativos sensoriais indicando que a avaliação por meio de QSTs é realizada através de protocolos para mensuração da somação temporal da dor, soma induzida pela repetição da dor relacionada à atividade, sensações posteriores, soma espacial da dor, modulação condicionada da dor, limiar do reflexo de flexão nociva, período de silêncio cutâneo, sensibilização à dor evocada lentamente repetida, dor evocada combinada com neuroimagem. Apesar do exposto, em nosso estudo, fisioterapeutas não descreveram quais testes sensitivos costumam selecionar em sua prática clínica, o que pode limitar nossas conclusões sobre a avaliação por meio dos QSTs na FM. Apesar disso, outro participante reforça a utilização dos QST para avaliação na FM, sendo evidenciado pelo relato a seguir:

“(...) *gosto de usar o algômetro, uso também, eu acho que de aparelho eu uso mais assim o algômetro mesmo para avaliar, além da minha mão.*” (P23)

Apesar dos achados evidenciados, os relatos a seguir “(...) a anamnese, o exame físico, o teste que a gente faz, alguns testes e tudo, não utilizo o algômetro por não ter ele. É basicamente o teste mesmo com alguns exercícios e tudo para ver se a paciente tem dificuldade de fazer algum ou sente algum desconforto, testes de sensibilidade, exames com sensibilidade e tudo e costumo utilizar também o estesiômetro em alguns casos até ver que é fibromialgia mesmo.” (P14) e “(...) muitos dos pacientes não respondiam os questionários, não teve boa adesão dessa parte, né, dos questionários, mas eu tirei esses questionários [...] o algômetro, mas aí isso tomava tempo da minha avaliação, e aí eu tirei também o algômetro, porque eu descobri que o paciente ele quer melhora, né, e assim eu fiquei com o diagrama da dor.” (P4) podem evidenciar limitações quanto aos recursos para utilizar os testes quantitativos sensoriais por alguns profissionais.

Por fim, alguns profissionais destacaram a utilização de roteiros de anamnese direcionados para avaliação da FM utilizados em sua prática clínica, expostos nos relatos a seguir:

“(...) a gente tem uma ficha de avaliação bem estruturada e na ficha a gente aborda todos os aspectos, tenta abordar pelo menos todos os aspectos da vida do paciente.” (P3)

“(...) roteiro clássico do exame da anamnese.” (P1)

Em resumo, os instrumentos utilizados por fisioterapeutas são mapas de dor, diagrama de dor, escalas de dor, catastrofização, questionário breve de dor, questionário para sensibilização central, questionário de impacto da fibromialgia, questionário para cinesiofobia, testes quantitativos sensoriais e algômetro de pressão.

- Barreiras e facilidades para avaliação fisioterapêutica

Identificamos que as barreiras enfrentadas durante a avaliação fisioterapêutica são o quadro clínico, precisão do diagnóstico, engajamento do paciente, letramento em saúde, comorbidades psicoemocionais, experiências anteriores e período de crise de dor. Alguns participantes afirmaram não possuir dificuldades no processo de avaliação. O relato a seguir “(...) *eu acho que ainda não tem nenhuma ferramenta que abrange tudo, daí você tem que pegar um questionário para a parte social, um questionário para a parte física, outro para a parte cognitiva, então tu não tem um questionário que abrange tudo*” (P26) ressalta dificuldades enfrentadas por fisioterapeutas em relação a limitações de recursos para avaliação fisioterapêutica. Dada a complexidade da doença, diversas ferramentas são utilizadas em conjunto para auxiliar na avaliação. Segundo Bidari et al. (2018), um instrumento que tem sido usado para monitorar diversas sintomatologias e impactos da FM ao longo do tempo é o Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised. O FIQR abrange três domínios relevantes para a FM: função, impacto global e sintomatologia multidimensional (Bidari et al., 2018). Contendo 21 itens, este questionário pode ser aplicado semanalmente (ou seja, o período recordatório é definido como 1 semana) e leva apenas 3 a 5 minutos para ser aplicado. O seu desenvolvimento foi rigoroso e numerosos estudos apoiam a sua validação (Bidari et al., 2018). Quer seja utilizado para monitorizar doenças ou como resultado em ensaios clínicos, uma alteração de 14% na pontuação total do FIQR, que é a soma das pontuações dos três domínios, parece representar uma alteração clinicamente significativa na FM (Bidari et al., 2018).

Apesar do exposto, os relatos a seguir “(...) *é um pouco complicado, porque não tem uma maneira de mensurar ou algum questionário específico destinado para fibromialgia. Até hoje, tratando fibromialgia nesses quatro anos de prática clínica, eu não consegui nem encontrar uma base de dado ou desenvolver algo em relação a isso*” (P24) e “(...) *é um pouco difícil. Porque a gente sabe que a fibromialgia é uma doença psicossomática, então, a questão da dor é muito subjetiva, não é algo que você consegue mensurar, como por exemplo em uma avaliação respiratória ou avaliação cardiológica*” (P12) podem evidenciar algumas limitações na formação de alguns fisioterapeutas que podem dificultar o conhecimento e autonomia para busca de ferramentas de avaliação na FM.

O relato a seguir “(...) dificuldades porque geralmente é o paciente que ele já tá mais introspectivo, ele já tá num estado psicológico muitas vezes, debilitado, ele já passou por outros profissionais, então muitas vezes ele já tá cansado de se expor e, muitas vezes, não ter a sua escuta ouvida mesmo, né, e analisada de forma adequada.” (P2) pode direcionar a discussão para as crenças que os pacientes apresentam sobre a própria condição e a influência no comportamento do paciente e na condução da avaliação por alguns fisioterapeutas. Outro relato reforça os aspectos citados anteriormente “(...) então, tem pacientes que tem um pouco mais de dificuldade no manejo de captar as informações que eu preciso...” (P27).

De acordo com Galvez-Sánchez et al. (2019), pacientes com fibromialgia vivenciam uma sensação de invisibilidade devido aos debates sobre a autenticidade do diagnóstico, do tratamento e dos cuidados de saúde em geral. Além disso, os pacientes com SFM geralmente se sentem constrangidos porque não conseguem mais realizar as tarefas diárias como antes Galvez-Sánchez et al. (2019). Na verdade, devido à gravidade dos seus sintomas, tem problemas no planejamento das atividades da vida diária e nas interações com a família e os seus círculos sociais, tornando-os mais isolados. Segundo Galvez-Sánchez et al. (2019), a insatisfação com a relação médico-paciente é outro problema recorrente, juntamente com a frustração devido à incerteza quanto à etiologia e ao tratamento da SFM (Galvez-Sánchez et al., 2019).

Segundo (Galvez-Sánchez et al. 2019), os pacientes com SFM podem ser percebidos de forma negativa, o que piora seus sintomas e funcionamento. Nas suas próprias palavras, vivenciam a “intrusão da doença”, caracterizada como perturbações de atividades, estilos de vida e interesses valiosos, gerando comprometimento da qualidade de vida global (Galvez-Sánchez et al., 2019). As evidências também sugerem que os sentimentos de vulnerabilidade e apreensão por ter uma doença crônica de origem desconhecida podem contribuir para a limitação das atividades dos pacientes, a incapacidade de sustentar o trabalho e o sofrimento somático (Galvez-Sánchez et al., 2019).

Somado ao exposto, a frase a seguir “(...) são pacientes que eles são difíceis de avaliar, por conta do próprio histórico deles, que eles já chegam achando que tudo dói, tudo vai piorar, nada vai resolver, então, assim, é bem difícil até você abordar eles” (p17) reforça o impacto dos sintomas da FM no momento da avaliação fisioterapêutica.

Em um estudo transversal (Alodiabi et al., 2020), foi observado que a falta de confiança no manejo dos sintomas musculoesqueléticos está correlacionada com o desempenho em testes de conhecimento musculoesquelético geral. Neste estudo, 75% dos fisioterapeutas não estavam totalmente confiantes no manejo dos sintomas da FM (Alodiabi et al., 2020). Em nosso estudo, os sintomas da FM foram vistos como fatores que dificultam a avaliação fisioterapêutica, evidenciado nos argumentos abaixo:

“(...) porque são pacientes que também têm muita alteração do corpo. São pacientes que têm outros problemas, vamos dizer assim, integrados aos problemas físicos.” (P20)

“(...) eles parecem que têm vergonha de falar que tem dores em tantos lugares.” (P8)

“(...) então eu sinto que o paciente fica um pouco confuso de falar onde é a dor dele, porque cada dia a dor aparece em algum membro, em algum lugar.” (P14)

“(...) as dificuldades são muitas, porque são pacientes que eu demoro muito para avaliar, porque a pessoa tem muitas queixas, a incapacidade da função é muito alterada, dor em todos os locais, a pessoa vem com muitas crenças inadequadas, isso para mim é uma luta para ir desconstruindo ou para ir tentando entender.” (P23)

“(...) um quadro algico mais instável, uma dificuldade na realização de alguns testes e de alguns movimentos, que isso pode acabar dificultando na parte da avaliação, mas se eles vêm com o quadro um pouco mais estabilizados, com dores um pouco mais estáveis, eles conseguem ter uma facilidade nas avaliações, nos testes e nos manuseios, que de fato facilita um pouquinho nessa avaliação.” (P18)

Apesar da dor ser um dos principais sintomas da FM, segundo Bidari et al. (2018), estar “bem” com a FM requer muito mais do que o alívio da dor. Ao caracterizar a FM, é útil pensar em termos de seis domínios de avaliação: dor, comorbidades, vulnerabilidade afetiva, crenças e atitudes, comportamento e ambiental /social (Bidari et al., 2018). Nessa perspectiva, em nosso estudo, os aspectos psicossociais foram vistos como barreiras para avaliação por alguns fisioterapeutas, evidenciados a seguir:

“(...) sim, muitas dificuldades. o paciente é muito ansioso normalmente, aflito, relata que já passou por inúmeros especialistas, que sente muita dor toda vez que começa um programa de reabilitação, exercício e que se sente desamparado, então é difícil, a gente tem que ir com bastante cuidado.” (P6)

“(...) tipo assim, que a dor é uma coisa que está permeando por vários outros fatores que englobam o emocional, o psicológico, o social, toda aquela contextualização da dor. então, entender sobre a dor é muito complexo para eles, entendeu? então, tem uma coisa que eu tento muito puxar, então a dificuldade que eu tenho é essa.” (P21)

O relato a seguir *“(...) a principal dificuldade para mim, hoje, é que, às vezes, o paciente ele já vem, né, com o diagnóstico e nem sempre o diagnóstico está tão claro assim, né” (P25)* pode direcionar a discussão para os desafios enfrentados durante o processo do diagnóstico.

Desafios relacionados a rotulagem do diagnóstico são descritos na literatura. De acordo com Bidari et al. (2018), FM é um diagnóstico real. Apesar disso, a diversidade de sintomas e fenótipos, mesmo em um paciente, pode levar a vários rótulos ao longo do tempo por parte dos prestadores de cuidados de saúde (Bidari et al., 2018). Além disso, a medicalização e a expansão do diagnóstico em uma população com sintomas leves levantam sérias preocupações sobre a rotulagem da FM (Bidari et al., 2018). Em nosso estudo, alguns profissionais destacaram sobre a possibilidade de diagnósticos incertos durante a sua prática clínica, evidenciados a seguir:

“(...) muitos pacientes, às vezes, chegam já com diagnóstico prévio, falando que já tem fibromialgia e, às vezes, na hora que a gente vai fazer uma avaliação mais apurada, você vai vendo que às vezes não encaixa em tantos critérios” (P7)

De modo semelhante, um estudo qualitativo (Roitenberg & Shoshana, 2021) observou que os fisioterapeutas perceberam a doença como problemática porque não se enquadra em nenhum modelo biomédico clássico: não existe uma etiologia específica, a doença não tem marcadores objetivos e o diagnóstico é baseado nos autorrelatos dos pacientes e determinado descartando outras doenças. Novamente, em nosso estudo, outro participante ressalta a barreira do diagnóstico:

“(...) nem todos eles, a princípio, a priori, vêm com o diagnóstico preciso de fibromialgia.” (P1)

“(...) justamente porque muitos dos pacientes não vão com diagnóstico fechado de fibromialgia, e sim um diagnóstico de exclusão. Vamos dizer assim, são aquelas pessoas que já testaram para tudo, então é fibromialgia.” (P16)

A priori, é destacado na literatura por Bidari et al.(2018) que em um ambiente clínico, as crenças e os preconceitos dos médicos influenciam o diagnóstico de FM. Todas as avaliações de FM são subjetivas e não existe um padrão ouro claro para o diagnóstico de FM (Bidari et al., 2018). Nossos achados reforçam que os desafios do diagnóstico são interpretados como barreiras por fisioterapeutas. Por fim, mais uma vez um dos participantes argumenta sobre a perspectiva do diagnóstico: “(...) *dificuldade justamente por ser um exame, uma síndrome que o paciente não tem, um exame laboratorial positivo*” (P20).

Devido à diversidade de apresentação e gravidade dos sintomas ao longo do tempo, é possível que um indivíduo com FM procure ajuda médica e seja diagnosticado com o rótulo FM em um momento, e o mesmo paciente, em outro momento, receba um rótulo diagnóstico que apenas conota mais queixas locais, como dor lombar crônica, dor de cabeça ou distúrbio da articulação temporomandibular, síndrome do intestino irritável (SII) e assim por diante (Bidari et al., 2018). Parece que alguns sintomas principais da FM diminuem ou desaparecem com o tempo, ou os pacientes não mencionam ativamente em seus sintomas principais, que podem não ser significativos ou podem passar despercebidos pelo médico (Bidari et al., 2018). A variação dos sintomas principais, tanto dentro de um paciente ao longo do tempo, quanto entre pacientes no cenário de heterogeneidade etiológica e de sintomas, produz considerável perplexidade no diagnóstico da FM, mesmo nas mãos de especialistas (Bidari et al., 2018).

Nesse sentido, a frase a seguir: “(...) *facilidades não são muitas, porque é um diagnóstico, se já vem com diagnóstico fechado me ajuda um pouco porque já me dá um norte.*” (P22) enfatiza diagnósticos quando consolidados como uma facilidade para a avaliação fisioterapêutica.

Apesar do reconhecimento da doença sobre alterações fisiopatológicas envolvendo sensibilização central (Arendt-Nielsen & Graven-Nielsen, 2003; Bradley, 2009; Favretti et al., 2023) e recomendações na literatura para abordagem de avaliação por meio de mecanismos de dor (Chimenti et al., 2018), foi observado em nosso estudo que alguns profissionais relataram aspectos biomecânicos como barreiras na avaliação de pacientes com FM, sendo evidenciado pelo relato a seguir:

“(...) é quando o paciente tem uma mobilidade reduzida, então a gente tem que ter um pouquinho mais de calma, acolhimento, ou o paciente, então, assim, tem que ajudar esse paciente a se posicionar, a fazer os testes de uma forma mais lenta, leve, que o paciente não tenha uma sensibilização maior do sistema nervoso central, que isso pode agravar o quadro de dor dele, é mais a questão da mobilidade que tem que ter a cautela.” (P4)

Em nosso estudo, identificamos que as facilidades na avaliação fisioterapêutica envolveram capacitação do profissional, diagnóstico consolidado e o quadro clínico.

O relato a seguir *“(...) como eu acabei direcionando a dissertação do mestrado para avaliação de incapacidade, funcionalidade, qualidade de vida, usando inclusive os novos critérios de diagnóstico, né, aquele questionário com as áreas, os sintomas cognitivos, então, eu tenho uma certa facilidade”* (P10) reforça a qualificação e capacitação do profissional como meio facilitador para a condução da avaliação de pacientes com FM. Segundo Alodiabi et al. (2020), o conhecimento insuficiente dos prestadores de cuidados de saúde sobre a FM pode levar a uma fraca adesão e a custos de saúde mais elevados relacionados com testes desnecessários e atrasos na prestação de tratamentos adequados aos pacientes. Apenas um dos participantes relatou não sentir dificuldades na avaliação, destacado na frase a seguir: *“(...) não mais. Não mais, porque a gente já se preparou para isso no meu setor. Não tenho mais dificuldades”* (P9).

Por fim, o relato *“(...) então, eu acho que a facilidade seria isso, assim, são pacientes, no geral, com certas características que você já vai batendo o olho e achando que talvez tenha alguma coisa ali”* (P9) enfatiza a discussão novamente sobre os sintomas da doença. Embora os sintomas da doença sejam comumente atribuídos a barreiras ao manejo da doença, este relato sugere que as características da doença podem auxiliar na triagem da doença. Em contrapartida, a literatura destaca que a diversidade de sintomas pode dificultar a avaliação dos pacientes, especialmente a consolidação de diagnóstico, novamente ressaltado na discussão. De acordo Bidari et al. (2018), a complexidade e diversidade dos sintomas da FM, a presença de outros diagnósticos médicos, a falta de conhecimento ou uma discordância sobre a natureza e o significado dos sintomas e como eles devem ser interpretados dificultam a possibilidade do diagnóstico.

Prescrição de intervenções na prática clínica

- **Percepção sobre a abordagem atual da fisioterapia na fibromialgia no Brasil**

Os fisioterapeutas são profissionais que prestam serviços de reabilitação e habilitação no aspecto da funcionalidade e da saúde, bem como de prevenção e redução de riscos relacionados à saúde (Sampaio et al., 2019). Eles (as) atuam na avaliação, manutenção, restauração e melhora do movimento e da saúde humana, ajudando os indivíduos a alcançarem bom desempenho em suas atividades diárias e a melhorar sua qualidade de vida (Sampaio et al., 2019). Identificamos que os (as) fisioterapeutas compreendem que a abordagem fisioterapêutica brasileira na fibromialgia possui ênfase em lacunas educacionais na graduação e limitação da capacitação profissional.

O argumento evidenciado abaixo enfatiza a percepção dos (as) participantes sobre as limitações enfrentadas durante o período da graduação que impactam no manejo da doença: *“(...) falta conhecimento no ensino do fisioterapeuta, então, assim, a categoria dor crônica não é muito abordada na graduação, então eu vejo que de modo geral falta capacitação do fisioterapeuta saber fazer manejo de fibromialgia” (P6).*

Embora o alívio da dor seja considerado um direito humano fundamental (Wassinger, 2021), o manejo da dor é inadequado na maior parte do mundo (Wassinger, 2021). A falta de educação formal sobre dor para estudantes e profissionais de saúde pode contribuir para o manejo inadequado da dor (Springer et al., 2018). A capacidade de modificar os conceitos do paciente sobre a dor é fortemente determinada pela perspectiva do clínico sobre a doença e a dor (Springer et al., 2018).

De modo similar ao exposto no relato anterior, outro participante reforçou as barreiras enfrentadas no contexto educacional da fisioterapia no Brasil: *“(...) quando você conhece o novo conceito, muda sua forma de tratar. Então, eu e pessoas próximas a mim conhecemos esse conceito de dor nociplástica, questões biopsicossocioespirituais da dor, outros conceitos, então é fácil tratar pensando nisso. mas eu conheço, eu tenho contato com alunos, com residentes da pós-graduação e que vêm com dúvidas muito cruas em relação a patologias crônicas e que aí me preocupa um pouco” (P27).*

É destacado na literatura que as concepções de dor dos fisioterapeutas são estabelecidas durante a graduação formal (Springer et al., 2018). É reconhecido que fisioterapeutas com uma orientação mais biomédica são mais propensos a compreender atividades diárias como prejudiciais e limitar as atividades para pacientes com dor crônica em comparação com aqueles com uma orientação mais biopsicossocial (Springer et al., 2018). Assim, reconceituar crenças e conhecimentos sobre a dor por meio da educação é um elemento-chave neste método de tratamento (Springer et al., 2018). Novamente, outro participante destaca a importância da abordagem voltada ao conhecimento sobre dor na graduação: *“(...) mas o que eu falo, o que eu vejo, são profissionais que já são formados, que estão buscando esse tipo de conhecimento. Mas que esse tipo de abordagem deveria ser feita na faculdade, pro aluno já sair com essa visão do trabalho em dor” (P13).*

A educação clínica adequada no contexto da assistência ao paciente é importante para o desenvolvimento dos profissionais de saúde (Pérez-Guillén et al., 2022). Para abordar os déficits na educação em dor, a Associação Internacional para o Estudo da Dor desenvolveu uma proposta de currículos de dor para educação profissional de saúde de graduação e pós-graduação, incluindo fisioterapeutas (Bareiss et al., 2019). Além disso, as colocações clínicas são um componente integral de parte da educação do aluno (Springer et al., 2018). Os alunos encontram experiência prática e têm a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos (Springer et al., 2018).

Adicionalmente, dado o papel integral que fisioterapeutas desempenham no manejo da dor como parte da equipe interdisciplinar, o treinamento adequado nos mecanismos e tratamento da dor é uma fase importante da avaliação e manejos eficazes da dor (Bareiss et al., 2019).

Somando ao que foi exposto, outros participantes reforçaram os aspectos educacionais impactando no manejo da fibromialgia: *“(...) eu que estou me especializando mais nessa área, eu vejo que eu tenho um pouco mais de facilidade do que os meus colegas de profissão que, às vezes, estão em outra área, por exemplo, somente na traumato-ortopédica, então, às vezes, eles têm um pouco de dificuldade. Então, falando no geral mesmo, eu acho que o fisioterapeuta ainda tem que melhorar bastante na questão de avaliação de pacientes com fibromialgia. até para entender que não é uma questão só física, né? que, às vezes, a gente foca muito só no físico, então eu acho que tem uma certa dificuldade ainda de entender esse ponto” (P14).*

“(...) eu acho que tá bem precário, muito precário. [...] parte dos nossos colegas não tem conhecimento do que é dor, de como que a dor crônica funciona, das alterações que a gente vê que não são só periféricas, né, que a gente tem as alterações centrais também” (P7).

“(...) é um pouco complicado, né, porque nem todos os profissionais estão aptos, estão habilitados a tratar pacientes fibromiálgicos” (P3).

O relato a seguir enfatiza positivamente as intervenções fisioterapêuticas disponíveis para a fibromialgia:

“(...) dentro daquilo que a gente tem de propostas, eu acho que a abordagem é muito plena do que eu conheço. Mas eu sei que a minha realidade, eu falo não é minha, do meu, né, na minha no sentido da que eu vivo, não é a realidade de muitos centros de saúde do Brasil inteiro” (P1).

Os fisioterapeutas e outros profissionais de saúde têm lutado para implementar na prática o tratamento da dor com as melhores evidências (Etheridge et al., 2022). Apesar do exposto, a frase a seguir: *“(...) rapaz, é complexo a pergunta, mas, pelo menos, no meio que eu convivo, de onde eu venho buscando meus contatos e meu meio, eu percebo que está evoluindo muito, mas, ao mesmo tempo, eu também tenho a percepção que eu vivo numa bolha de pessoas ali que estão buscando estudar e tal, mas que não é um grande número de pessoas” (P21)* pode destacar o ponto de vista sobre a falta da busca do desenvolvimento por competências e habilidades para o gerenciamento da dor crônica, especialmente na fibromialgia. Segundo (Etheridge et al., 2022), embora os fisioterapeutas tenham feito melhorias importantes na identificação e gestão dos fatores de risco psicológicos dos pacientes para dor crônica e incapacidade, apesar disso, alguns fisioterapeutas não costumam rastrear fatores de risco estabelecidos, o que pode atrasar o acesso dos pacientes ao tratamento necessário (Etheridge et al., 2022).

O relato a seguir direciona a discussão para algumas incertezas profissionais relacionadas ao manejo da doença, especialmente na seleção de intervenções para o tratamento: *“(...) então, é difícil falar sobre isso, porque cada um avalia de uma maneira e trata de uma maneira, né? É complicado, porque na fibromialgia a pessoa, cada dia ela tem dor numa região, não é? É complicado, como que eu vou tratar uma coisa que é global e que ‘migra’, né? Então, é difícil falar pra você, aí, os fisioterapeutas trabalham só com eletroterapia, ou só com ultrassom, ou só com exercício, porque cada um vai avaliar da sua maneira e tratar da sua maneira, né? É complicado” (P11).*

Apesar do exposto em nossos achados, é destacado na literatura que o tratamento deve ser multimodal e baseado em quatro pilares (educação do paciente; preparação física; farmacoterapia; e psicoterapia); a abordagem deve ser individualizada, baseada em sintomas e passo a passo, estabelecendo objetivos compartilhados com o paciente (Sarzi-Puttini et al 2020).

De modo semelhante, um estudo anterior (Roitenberg & Shoshana, 2021) teve como objetivo examinar relatos sobre fibromialgia fornecidos por fisioterapeutas sugeriu que fisioterapeutas compreendem a fibromialgia como um diagnóstico incerto e doença ambígua enraizada em fatores psicológicos, que os desafia como profissionais (Roitenberg & Shoshana, 2021).

Foi observado que os profissionais se sentem incompetentes na redução dos níveis de dor e concentram-se em ajudar os pacientes a gerir sua dor (Roitenberg & Shoshana, 2021). A incerteza da doença e o fracasso dos fisioterapeutas em reduzir a dor levam-nos a desenvolver projetos de tratamento pouco ortodoxos e criativos (Roitenberg & Shoshana, 2021). Tal como acontece com outros profissionais de saúde, os fisioterapeutas descreveram a fibromialgia como vaga e confusa e até questionou sua realidade (Roitenberg & Shoshana, 2021). Os fisioterapeutas perceberam a ambiguidade em torno da fibromialgia em oposição à lógica biomecânica sobre qual a fisioterapia se baseia (Roitenberg & Shoshana, 2021).

Outros participantes destacaram algumas dificuldades em relação à abordagem fisioterapêutica:

“(...) digamos, um pouco deficitária. eu, por exemplo, das técnicas que eu uso, eu uso o Pilates e a fisioterapia convencional, nada muito destinado e específico para isso” (P24).

“(...) o que eu percebo é, às vezes, uma falha, né, nessa continuidade do tratamento para manutenção e estabilidade do quadro clínico. o que a gente mais vê, né, a utilização da eletro, né, que eu acho que é mais comum principalmente em planos de saúde, e a minha insistência na manutenção, né, eu na minha prática clínica, a insistência na manutenção do quadro clínico com Pilates, hidroterapia, né, baseado na funcionalidade e na manutenção da amplitude de movimento e flexibilidade, resistência” (P10).

De acordo com o estudo de Roitenberg & Shoshana (2021), alguns participantes questionaram papel como fisioterapeutas e sentiram que o tratamento da fibromialgia era incompatível com suas habilidades profissionais tradicionais. Em nosso estudo, alguns participantes também destacaram sobre as habilidades profissionais e o conhecimento atual sobre fibromialgia:

“(...) tu pega as diretrizes que já não são do Brasil. lá da Europa, por exemplo. aí você tenta implementar. Aí o brasileiro é para fazer baseado naquilo ali. então, naqueles questionários. Aí eu voltei, mas não deu certo. para o meu público, não deu certo. aí eu tentei implementar o algômetro, aí eu também vi que não deu certo. mas, o que deu certo, para mim, foi os testes funcionais, essa avaliação básica da fisioterapia. olha que interessante. o básico deu certo. O básico. deu muito certo. e entender o contexto biopsicossocial desse paciente. inclusive, eu peguei aquele roteiro biopsicossocial, mas eu comecei a fazer do meu jeito” (P4).

“(...) eu vejo que a fisioterapia no Brasil, graças a Deus, tá com esse conhecimento da sensibilização do sistema nervoso central, da educação do paciente em dor, mas eu faço uma educação pautada na rotina dele, vamos educar a rotina dele” (P4).

Pacientes com condições não inflamatórias, como a síndrome da fibromialgia, representam um desafio particular para seus profissionais de saúde (Ullrich et al., 2014). Devido à natureza complexa da dor crônica, muitos indivíduos relatam frustração com seus profissionais de saúde relacionados a várias tentativas de tratamento mal sucedidas (Stutts et al., 2009). Em nosso estudo, um dos participantes destaca sobre a invalidação da doença enfrentada pelos pacientes, conforme evidenciado a seguir: *“(...) eu acho que é bem... que é bem negligenciada, assim, um pouco invalidada, e acredito, eu não sei como é que tá agora, né, mas o próprio SUS, eu acredito que, não sei se agora tá, parece que tá mudando um pouco, mas até pouco tempo atrás também o próprio SUS não oferecia atendimento, enfim, ou auxílio, né, para essas pessoas que sofriam com fibromialgia. então, eu acho que é bem... é bem ruim, bem ruim a abordagem, assim, aqui onde eu ‘tô’” (P22).*

Apesar do exposto, alguns participantes (n=2/27) afirmaram que a abordagem fisioterapêutica na fibromialgia é adequada e destacaram pontos positivos que incluem a abordagem multidisciplinar e atuação do fisioterapeuta na doença.

“(...) mas a gente vê muito a abordagem multidisciplinar, que, ao meu ver, é um ponto positivo. É um paciente que não é necessário para ele, é uma abordagem mais do que um fisioterapeuta. Ele tem que ter acompanhamento de outros profissionais da saúde. Então, isso, para mim, é um ponto válido na abordagem que a gente tem no Brasil. nem sempre bem aplicada, porque é uma coisa que, quando se faz um artigo, é outra coisa na nossa prática clínica” (P20).

Alguns participantes relataram a abordagem fisioterapêutica na fibromialgia como inadequada e preocupante, tais achados são evidenciados a seguir:

“(...) as clínicas elas estão muito centradas nisso hoje, vou colocar uma termoterapia, vou colocar uma eletroterapia e acabou, eles não sabem, não pensam numa cinesioterapia, não pensam numa questão de um ganho de força muscular, de um alongamento, eles não pensam em nada disso, então tá péssimo hoje” (P2).

“(...) então, eu acho um tanto preocupante, né, principalmente em relação à venda de protocolos que não são documentados na literatura” (P5).

Por fim, a frase a seguir: *“(...) eu acho que ainda é muito deficiente porque, recentemente, né, acho que alguns meses, foi aprovada a resolução da atuação do fisioterapeuta em doenças reumatológicas, eu acho que foi um grande avanço na nossa profissão, mas acho que ainda tem muita coisa para se aprender, principalmente nas universidades” (P12)* reforça novamente o contexto educacional discutido anteriormente.

- Percepção sobre conhecimento dos pacientes

Segundo Chen & Swaminathan (2020), ao longo de uma doença crônica, os pacientes enfrentam desafios em muitas frentes. Em nível básico, eles se esforçam para entender o que está acontecendo com eles e lidar com a sua doença (Chen & Swaminathan, 2020). Isso pode incluir navegar no sistema de saúde e compreender seu regime de medicação (Chen & Swaminathan, 2020). Eles interagem com informações que podem alterar suas habilidades para se envolver nesses comportamentos e tomar decisões sobre saúde (Chen & Swaminathan, 2020).

Em nosso estudo, identificamos que os (as) fisioterapeutas observam que os pacientes possuem pouco conhecimento sobre a doença, n=3/27 relataram que os pacientes estão confusos sobre a doença e n=7/27 afirmaram pouco conhecimento dos pacientes sobre a atuação de fisioterapeutas. Ainda, n=5/27 relataram que a assistência da fisioterapia é procurada pelos pacientes para fins analgésicos. Alguns profissionais afirmaram que os pacientes com fibromialgia são proativos sobre busca de informações da própria doença.

O relato a seguir: “(...) *cada médico sugere uma coisa, cada médico explica de uma forma, então eles ficam meio soltos dentro desses processos todos que eles passam*” (P3) evidencia a percepção do participante sobre como o paciente experencia o processo do manejo da doença, destacando, especialmente, a confusão que pode ser vivenciada pelo paciente ao obter informações sobre a doença.

Um estudo anterior Chen & Swaminathan (2020) teve como objetivo investigar a gestão da saúde, a busca de informações e os processos de consumo e uso de informações estão relacionados ao longo de uma doença e os autores observaram que, em termos de busca de informação, o padrão predominante dos pacientes com FM foi uma mudança da busca ativa de informação para o monitoramento de fontes de informação com busca focalizada intermitente. Apesar do dado destacado na literatura, em nosso estudo, o relato a seguir “(...) *depende da região e depende do perfil. eu tenho alguns perfis de pacientes que buscam no google algumas informações e vêm com informações erradas, porque tem alguns sites errados. e eu tenho outro grupo de pacientes que vão em artigos científicos e já chegam com algumas informações coerentes*” (P27) evidencia que o conhecimento e a forma de buscar a informação varia entre os pacientes com fibromialgia.

Outro participante destaca “(...) a falta de um diagnóstico preciso deixa o paciente muito confuso e muito perdido, entendeu?” (P13). Segundo Chen & Swaminathan (2020), foi observado na literatura que há um período de confusão ao diagnóstico da fibromialgia, pois os pacientes procuravam informações e não encontravam respostas claras. O relato a seguir “(...) o acesso à informação é grande, mas o processo de digestão dessa informação é muito complicado, né?” (P1) enfatiza sobre como os pacientes podem enfrentar as informações disponibilizadas em relação à doença. Segundo Chen & Swaminathan (2020), a procura de informação era muitas vezes motivada pelos sintomas, à medida que os participantes conseguiam controlar os seus sintomas e/ou aprendiam a gerir melhor a sua condição, sentiam menos necessidade de informação.

Outra frase evidencia sobre a forma de buscar informações: “(...) eu acho que a pandemia e esse acesso maior ao digital propiciou mais pessoas a terem mais acesso a essas informações, mas, mesmo assim, a gente ainda escuta, às vezes, pacientes que procuram a gente, às vezes com segunda, terceira opinião, que já passaram, e outro colega, falar assim o fisioterapeuta falou comigo, que é porque eu tenho fibromialgia, eu não posso fazer exercício, ou eu não posso fazer assim, eu não posso fazer assado” (P7).

Segundo Chen & Swaminathan (2020), em geral, os participantes envolveram-se numa procura ativa de informação desde o início do seu percurso de doença. Antes de saber o que tinham, os participantes procuravam condições que apresentassem sintomas semelhantes (Chen & Swaminathan, 2020). Os participantes empregaram uma ampla gama de fontes de informação, incluindo mídia impressa (jornais, revistas, livros) e digital (redes sociais, sites informativos, fóruns de discussão, blogs, webinars, boletins eletrônicos e e-books), pessoas (profissionais de saúde, autores, familiares e amigos), locais de apoio informativo e emocional, cursos de educação de pacientes e outros (comerciais, rádio e televisão) (Chen & Swaminathan, 2020). Apesar do exposto, em nosso estudo, os (as) fisioterapeutas observam que há pacientes que são mais esclarecidos sobre a doença e outros pacientes não possuem tanto conhecimento em relação à fibromialgia, sendo evidenciado pelos relatos a seguir:

“(...) temos aqueles pacientes que não fazem ideia alguma do que se trata fibromialgia, mas sentem na pele o processo e querem fazer algo” (P1).

“(...) desde aquele que é lúcido, no sentido que ele tem muita orientação sobre o processo dele e tá a fim de contribuir para o tratamento” (P1).

Outro participante destaca sobre como a predominância de informações pela internet são observadas em alguns pacientes: “(...) *então, muitos deles têm muita informação e muitos deles acreditam em tudo que a internet fala.*” (P3) e, adicionalmente, a frase a seguir: “(...) *então, é bem dividido, né, existem pacientes que detêm de muita informação*” (P3) enfatiza novamente na discussão sobre os diferentes níveis de conhecimento dos pacientes sobre a doença.

De modo complementar ao exposto, outros participantes destacam sobre a falta de educação do paciente durante o manejo do paciente, sendo evidenciado a seguir: “(...) *eu acho que ainda falta muita educação do paciente, tanto pela nossa parte, quanto pela parte profissional médica mesmo. Então, muitas vezes a gente tem que explicar pra eles o que tá acontecendo. São poucos os que vêm já sabendo do contexto da fibromialgia*” (P8). Em um estudo anterior (Ashe et al., 2017), foram observadas dificuldades na validação das experiências dos pacientes com SFM pelos seus médicos. Os pacientes sentiram que estavam sendo examinados ou desconfiados pelos profissionais de saúde, especialmente em relação à exigência e prescrição de medicamentos analgésicos (Ashe et al., 2017).

As consultas eram vistas como uma 'batalha', 'uma briga' em que os pacientes eram 'vistos como se você fosse um viciado em drogas, apenas querendo analgésicos mais fortes' e que suas explicações sobre seus sintomas eram consideradas como 'fingir' e 'fazer coisas acima'. Isso, naturalmente, colocou pressão em seu relacionamento com a equipe médica (Ashe et al., 2017).

De modo semelhante ao destacado na literatura, outro participante ressalta: “(...) *ah, a maioria não sabe nem a medicação que toma e nem pra que toma. aí a gente que tem que explicar, e a maioria vem sem o médico explicar nada, ele simplesmente passa a medicação, passa o que tem que ser feito, mas não explica. quem explica realmente o que é somos nós, pelo menos lá onde a gente trabalha*” (P11).

Novamente, outro participante destaca sobre a disponibilidade de informações por outros profissionais da saúde: “(...) *eu acho que eles vêm assim com as informações de internet, né? porque às vezes eles vão primeiro em médicos e os médicos falam só o pior da fibromialgia, então eles já chegam para a gente com uma carga muito assim, "me ajuda", o que eu faço agora. e então, eu acho que a gente poderia melhorar um pouco, assim, essa questão da informação para o paciente*” (P14).

Apesar do exposto, em nosso estudo, o relato a seguir: “(...) *eles só vão aprendendo de acordo com o que os médicos vão passando, e eu acho que eles só vão aprender mais quando eles chegam no reumatologista, que eu acho que o profissional que mais conversa com eles a respeito disso*” (P2) evidencia que alguns pacientes são bem informados por outros membros da equipe de profissionais da saúde.

Um estudo anterior (Mendoza-Muñoz et al., 2021) que teve como objetivo conhecer o nível de conhecimento sobre FM, bem como explorar a relação entre o conhecimento sobre FM e a qualidade de vida relacionada à saúde e, mais especificamente, analisar a relação entre conhecimento sobre atividade física na FM e a prática de atividade física, observou que o nível de conhecimento dos participantes sobre FM foi médio (49%) e alto (41%), sendo as dimensões medicação e energia as que apresentaram maior número de participantes com baixo conhecimento (30% para cada). Em nosso estudo, alguns fisioterapeutas destacaram que alguns pacientes apresentam pouco conhecimento sobre a doença, sendo evidenciado a seguir:

“(...) *meu Deus, muito pouco. Desinformação é limitação. Vocês me perguntaram de limitações, a desinformação, o paciente.*” (P4)

“(...) *alguns não sabem nada, a gente que às vezes acaba explicando.*” (P8)

“(...) *muitos não sabem quase nada. os que chegam para a gente não sabem quase nada.*” (P9)

“(...) *acho que eles sabem pouquíssimo, acho que eles acham que o ‘corpo tá inflamado’.*” (P23)

Em relação aos resultados sobre a causa da doença, 43% dos pacientes afirmaram que a FM é decorrente de trauma físico, portanto podemos afirmar que ainda existe um desconhecimento sobre a causa entre as pessoas com a FM (Mendoza-Muñoz et al., 2021). O conhecimento mais deficiente sobre a FM está relacionado à origem e ao tratamento (Mendoza-Muñoz et al., 2021).

O relato a seguir em nosso estudo é semelhante ao observado na literatura: “(...) *e assim, começa a entender um pouquinho melhor, alguns não sabiam nem chamar o nome, né? ah, doutora, ‘estou naquela mialgia lá’.* Eu digo, *tá, ‘mialgia lá qual’? mialgia, dor muscular. ‘Tá’, onde? não, a que começa com f.* Então, *muitos deles não sabiam, ou seja, e alguns assim, sabiam, mas assim, conheciam o nome, mas não sabiam o que era*” (P16) evidencia novamente o desconhecimento do paciente sobre a doença.

Apesar do exposto, identificamos em nossos achados que alguns fisioterapeutas destacaram que alguns pacientes apresentam conhecimento sobre a doença, sendo evidenciado a seguir:

“(...) na maioria das vezes, eles chegam com um bom conhecimento, mas chegam muito com a questão da cinesiofobia.” (P17)

“(...) e, principalmente, os mais esclarecidos sobre a doença, normalmente, são as pessoas mais interessadas na doença, vamos dizer assim. São aqueles que vão mais rápido, sabe? Eles ficam procurando artigos, eles olham coisa no instagram, no google.” (P16)

“(...) são pacientes que pesquisam e, às vezes, como eu falei, quando não vem com o diagnóstico do médico, ele se autotitula.” (P20)

“(...) então, as pessoas sabem muita coisa, tem muita informação, porém está todo mundo muito perdido.” (P21)

De acordo com Mendoza-Muñoz et al. (2021), o conhecimento dos pacientes sobre a FM pode contribuir para o controle da doença. Programas de educação em saúde poderiam modificar a percepção da qualidade de vida e melhorar o alívio da dor, bem como diminuir a dependência dos serviços de saúde ou que a educação em fisiologia da dor parece melhorar o estado de saúde e a inibição endógena da dor em longo prazo (Mendoza-Muñoz et al., 2021). Porém, Mendoza-Muñoz et al. (2021) destacam que na maioria dos estudos, a informação/educação é abordada do ponto de vista multidisciplinar, ou seja, está associada a outros tipos de tratamento como a atividade física, com resultados muito benéficos.

A frase a seguir *“(...) eu vejo, assim, quando o paciente tem um diagnóstico, parece que ele se firma naquilo, aí eu tenho isso, só que muitas vezes o paciente não tem” (P13)* pode direcionar a discussão para erros de diagnóstico que podem ser vivenciados por alguns pacientes.

Segundo Qureshi et al. (2021), o tempo médio para um paciente ser diagnosticado com FM é de 2,3 anos após a primeira apresentação ao serviço de saúde, e o número de médicos visitados nesse meio tempo é de 3,7. Esse atraso é provavelmente devido às características clínicas inespecíficas e à falta de compreensão dos médicos sobre FM. Pacientes que sofrem de FM apresentam limitações físicas marcantes e baixa qualidade de vida geral, e o diagnóstico tardio aumenta sua frustração (Qureshi et al., 2021).

De acordo com Qureshi et al. (2021), o maior desafio diagnóstico da FM tem sido a ausência de uma medida objetiva confiável da atividade da doença. Sem testes diagnósticos específicos, o subdiagnóstico e o diagnóstico tardio continuam sendo desafios a serem enfrentados (Qureshi et al., 2021). O diagnóstico incorreto se traduz ainda em regimes de tratamento fracassados e em um alto fardo financeiro para o indivíduo e para o sistema (Qureshi et al., 2021).

“(...) então, eu vejo que a maior parte deles entende que eles têm a fibromialgia, eles pegam aquilo como um pouco de identidade deles, assim, muitos deles têm ganhos secundários com isso, então eles utilizam isso dessa forma, mas a maioria, assim, eu vejo que não tem tanta informação de que realmente é e de como realmente acontece, né, o processo ou o corpo deles” (P7).

Por fim, o relato a seguir enfatiza sobre as limitações do conhecimento dos profissionais da saúde e o impacto no conhecimento dos pacientes: *“(...) essa parte é mais difícil ainda, porque se nem a gente sabe direito trabalhar com a fibromialgia, quem dirá o paciente ter esse discernimento do que que seria bom e do que que seria ruim para ele nesse sentido?” (P25).*

Em um estudo anterior Briones-Vozmediano et al, (2013), os pacientes com fibromialgia queixaram-se de que os profissionais não tinham o conhecimento necessário para prescrever um tratamento eficaz e que nem todos os profissionais aplicavam os mesmos critérios para tratar a doença. Isto deixava os pacientes desconcertados quando eram encaminhados de um profissional de saúde para outro sem obter a solução que necessitavam (Briones-Vozmediano et al., 2013).

No que se diz respeito à percepção dos profissionais sobre o conhecimento dos pacientes sobre a fisioterapia, os relatos a seguir “(...) às vezes, o paciente entende que é importante, mas não sabe o que é que vai ajudar. mas eu acredito que eles compreendem a importância da fisioterapia no tratamento da fibromialgia” (P5) e “(...) eu acredito que eles entendem a importância, só que eles não entendem o mecanismo. então, eu acho que é importante a gente fazer educação, em neurociência da dor, a gente explicar o que o exercício faz” (P5) evidenciam a importância do papel da fisioterapia. Em outro estudo Vriezekolk et al. (2019) é observado que em relação à busca de cuidados em saúde, o clínico geral, o reumatologista e o fisioterapeuta foram os mais visitados pelos pacientes com FM. O número relatado de visitas ao fisioterapeuta foi semelhante ao de uma coorte espanhola de pacientes com FM recrutados em clínicas de reumatologia (Vriezekolk et al., 2019).

Em conjunto, os pacientes com FM apresentam considerável utilização de cuidados de saúde antes de visitar um centro especializado, o que pode refletir uma busca por explicação, validação e alívio dos sintomas (Vriezekolk et al., 2019). Apesar do exposto anteriormente, os relatos dos fisioterapeutas a seguir evidenciam que os pacientes com FM comumente compreendem a assistência fisioterapêutica com a finalidade de reduzir a intensidade de dor:

“(...) vou dizer que uma parcela deles acha que a gente vai fazer tratamento da dor, que a gente só está ali para ‘tirar a dor’. acho que eles vão vincular fisioterapeuta a alívio da dor, para os que sabem, né? alguma coisa.” (P1)

“(...) acho que talvez a grande maioria nem saiba que a fisioterapia é papel importante no tratamento. acho que, da parte da fisioterapia, eles acham que o tratamento seria mais aparelhos e técnicas de alívio mais imediato da dor.” (P23)

“(...) mas uma boa parcela dos nossos pacientes vincula muito ainda a nossa atividade a um profissional que tem alguma receita de bolo, alguma ferramenta para tirar a dor, porque eles acham que fibromialgia é só dor.” (P1)

“(...) bom, eles geralmente esperam mais da analgesia, né? Eles buscam muito a analgesia e, às vezes, essa analgesia, muitos pacientes no início não têm nem muito conhecimento do que vem ser a fisioterapia de fato.” (P2)

“(...) eu acho que o que eles sabem é muito do que eles vivem, então essa vivência do consultório, da fisioterapia ser só analgésica é a informação que eles detêm.” (P3)

“(...) eu penso que eles consideram a importância maior da fisioterapia na fibromialgia naquele quadro, naquele estágio subagudo, né, onde ele não tá com a ‘EVA’ muito intensa e nem quando ele tá com aquela ‘EVA’ estável.” (P9)

Em um estudo anterior (Gabriela Alves São Mateus, 2021) que teve como objetivo apresentar as perspectivas, percepções e crenças das pacientes com FM sobre a doença e o papel do fisioterapeuta no manejo da FM, analisar a relação terapeuta/paciente na concepção das pacientes com fibromialgias, descrever os fatores que interferem na continuidade do tratamento e os objetivos pessoais das participantes. De modo semelhante ao que foi observado em nosso estudo, foi destacado segundo Gabriela Alves São Mateus (2021), as pacientes com FM depositam uma confiança no tratamento do fisioterapeuta e torna o seu trabalho, na concepção das participantes, importante e fundamental no manejo da doença, principalmente no que tange ao alívio das dores. Conjuntamente, de acordo com Gabriela Alves São Mateus (2021), um número expressivo de participantes julgou de grande importância e relevância a fisioterapia, e relataram que o profissional fisioterapeuta é fundamental no tratamento da FM. De modo similar ao destacado na literatura, outro participante relata em nosso estudo *“(...) alguns acreditam na parte da fisioterapia e outros não, mas eu vejo que quem tem informações sobre a doença, acredita sim no tratamento da fisioterapia.” (P15)*

A frase a seguir *“(...) eles acham que vai ser ‘choquinho e calor e elástico’” (P6)* pode direcionar a discussão sobre a percepção dos fisioterapeutas sobre como os pacientes veem a assistência fisioterapêutica.

Em outro estudo (Gabriela Alves São Mateus, 2021), é destacado que a grande parte das mulheres com dor crônica sofre com a falta de informação sobre sua doença e seus tratamentos. Segundo (Gabriela Alves São Mateus, 2021) as pacientes não souberam descrever como era realizado o tratamento da fisioterapia, mesmo que a maioria delas já houvesse realizado esse tipo de terapia.

Em nossos achados, alguns profissionais relataram que alguns dos pacientes percebem a atuação do fisioterapeuta como profissão de primeiro contato, sendo evidenciado nas frases a seguir:

“(...) inicialmente eu acho que não é um profissional que eles procurariam, assim, de primeiro contato.” (P22)

“(...) muitos deles não sabem que existem profissionais que tratam especificamente pacientes com dor crônica, que é pacientes com fibromialgia, então é muito pouco divulgado, até porque é muito novo também.” (P3)

“(...) eu já acho que geralmente eles não sabem, eles quando vêm procurar a sua fisioterapia, com uma indicação médica, então eu nunca recebi um paciente que tinha um diagnóstico de fibromialgia que veio procurar diretamente a fisioterapia, geralmente ele vem através do encaminhamento médico, e aí nesse primeiro contato eles sabem muito pouco.” (P18)

Apesar de ser destacado que alguns pacientes não conhecem sobre as possibilidades de tratamento fisioterapêutico, de acordo com Gabriela Alves São Mateus (2021), alguns pacientes apresentaram conhecimento sobre o tratamento fisioterapêutico. De acordo com Gabriela Alves São Mateus (2021), os relatos sobre os conhecimentos quanto ao tratamento fisioterapêutico não foram homogêneos, mas, de uma forma geral, as participantes abordaram as grandes e principais áreas da reabilitação para pacientes com fibromialgia, que é baseado em exercícios aeróbicos, exercícios resistidos para fortalecimento muscular e exercícios de alongamento, educação do paciente, além do uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).

Em nossos achados, foi observado pelos fisioterapeutas que a maioria destacou que há compreensão básica sobre o que é ofertado no tratamento, especialmente no que diz respeito a técnicas passivas, sendo evidenciado nos argumentos a seguir:

“(...) eu acho que aqueles que já passaram por vários tratamentos ainda conseguem entender alguma coisa, mas a grande maioria, pela característica mesmo dos pacientes, eles às vezes chegam querendo mais tratamentos passivos, porque eles sempre já receberam tratamentos passivos.” (P7)

“(...) eu penso que a maior parte deles entende que a fisioterapia é aquela fisioterapia clássica que a maior parte das pessoas conhecem, que é pôr a mão, fazer uma terapia hands-on, ‘sapecar’ um TENS ali para controle de dor e... às vezes são terapias que estão sendo fornecidas de forma em conjunto, mas sem a estrutura para elas funcionarem. então, eu vejo isso.” (P7)

“(...) acho que o paciente percebe muito pouco do que a fisioterapia pode fazer para ele, acredita muito que as técnicas passivas elas sejam as melhores, essa questão muito de uso de aparelho, esse tipo de coisa, e ficar o mais de repouso possível, então eu acho que eles percebem também uma fisioterapia e já vêm para a fisioterapia imaginando

que seja um tipo de conduta e que na verdade a gente já sabe que hoje essa conduta ela não é tão eficaz assim.” (P25)

O relato a seguir “(...) eu acho que eles não entendem muito bem o processo. Eu vejo que eles sabem algumas coisas, mas que ainda tudo fica muito na mão do fisioterapeuta e não aquela decisão compartilhada ali de eles entenderem que o processo também é parte deles.” (P7) pode direcionar a discussão para a tomada de decisão compartilhada na fisioterapia. Segundo Hoffmann et al. (2020), a fisioterapia se orgulha de ser uma profissão baseada em evidências. A tomada de decisão partilhada é um meio de traduzir as evidências em prática e facilitar o cuidado centrado no paciente, ajudando-o a tornar-se mais ativo no processo de tomada de decisão (Hoffmann et al., 2020).

A tomada de decisão partilhada é um processo colaborativo que envolve pacientes e profissionais que tomam decisões relacionadas com a saúde após discutirem as opções disponíveis; os benefícios e malefícios de cada opção; e considerando os valores, preferências e circunstâncias pessoais do paciente (Hoffmann et al., 2020). Permite que os profissionais apliquem informações baseadas em evidências, ao mesmo tempo que colocam o paciente (e os membros da família, quando apropriado) no centro das decisões clínicas (Hoffmann et al., 2020).

Em nosso estudo, alguns profissionais destacaram que alguns pacientes são interessados e informados sobre as opções de tratamento fisioterapêutico e o papel do fisioterapeuta, sendo destacado nas explicações a seguir:

“(...) então, eles acabam também pesquisando o que é bom, o que é ruim, acabam se inteirando mais. Então, é um perfil que se interessa muito pela fisioterapia.” (P20)

“(...) muitos não sabem, agora tem muitos hoje, com a internet, eles chegam já bem esclarecidos, entendeu? Então, assim, o que eu vejo hoje em dia, devido à sobrecarga de trabalho, devido a muitas pessoas hoje bem esclarecidas, têm informação que buscam na internet, muitas vezes eles já vêm já ‘armados’, sabendo tudo de tratamento, já fizeram tudo.” (P13)

Somado a isso, em outro estudo (Gabriela Alves São Mateus, 2021), foi observado que alguns pacientes destacaram que o fisioterapeuta foi o único profissional da área da saúde citado como aquele que acredita em suas queixas. Segundo Gabriela Alves São Mateus (2021), talvez, tal fato seja justificado pelo fisioterapeuta ser o profissional de contato longo, frequente e continuado. Dessa maneira, é possível ter uma escuta mais ativa e uma atenção mais centrada no paciente e nas suas queixas (Gabriela Alves São Mateus, 2021).

- Estratégias e objetivos para o tratamento

As recomendações atuais destacam que o tratamento primário deve incluir a educação do paciente e intervenções não farmacológicas (Antunes & Marques, 2022). Além disso, são recomendados tratamentos não farmacológicos para melhora dos sintomas relacionados à dor, função física e qualidade de vida (Antunes & Marques, 2022). As técnicas de fisioterapia utilizadas com este grupo de pacientes incluem massagem terapêutica, cinesioterapia, eletroterapia, hidroterapia e exercícios terapêuticos (Sosa-Reina et al., 2017).

Em relação aos objetivos fisioterapêuticos propostos para o tratamento, em um estudo anterior (Roitenberg & Shoshana, 2021), foi observado que, embora a dor tenha sido o sintoma mais frequente, os fisioterapeutas israelenses relataram abordar a dor em uma sessão de tratamento era considerado um objetivo secundário, principalmente por causa dos resultados decepcionantes. Portanto, eles classificaram o tratamento da dor do paciente como meta marginal (Roitenberg & Shoshana, 2021).

De modo contrário ao que foi encontrado na literatura, identificamos que fisioterapeutas brasileiros determinam objetivos pautados na dor presente no quadro clínico da FM. Em nossos achados, os fisioterapeutas destacaram fornecer o gerenciamento da dor (n=2/27), reduzir excitabilidade cerebral (n=1/27) e reduzir a dor (n=4/27), evidenciados a seguir:

“(...) o primeiro objetivo eu penso que seja a redução do quadro álgico.” (P10)

“(...) o objetivo sempre é a redução da dor.” (P5)

“(...) primeiro diminuir essa reatividade cerebral da fibromialgia, diminuir essa interpretação mental de que tudo pode doer e começar a ganhar a confiança do paciente.” (P27)

“(...) mas o meu foco maior é na gestão da dor, na educação em dor, no gerenciamento dessa dor.” (P3)

“(...) o segundo objetivo, além de tirar o quadro álgico, é pensar nesse sintoma mais exacerbado e a partir daí a gente manter exercícios mais globais pensando no controle geral desse quadro álgico e da doença como um todo. Os objetivos são feitos dessa maneira.” (P18)

Além da priorização do controle da dor entre os objetivos fisioterapêuticos, os (as) participantes destacaram delimitar os objetivos terapêuticos junto com paciente, fornecer gerenciamento do estresse (n=1/27), sono (n=1/27) e desenvolver relação terapeuta/paciente (n=1/27), os argumentos abaixo evidenciam tais achados:

“(...) os objetivos eu delimito junto com os pacientes. Quando o paciente vem que a gente termina de fazer a avaliação, a gente traça junto os objetivos dele.” (P3)

“(...) tento colocar os objetivos a curto prazo, médio prazo... baseados no que é importante para aquela pessoa.” (P23)

Os relatos a seguir enfatizam a importância do manejo dos fatores psicossociais na doença:

“(...) começa com que eles entendam o limite corporal, quando é que dá para fazer, quando é que não dá, e busco fazer com que muitos deles façam o acompanhamento psicoterápico.” (P3)

“(...) depende do paciente, tem paciente que a sua abordagem com a questão emocional vai ter uma demanda maior, às vezes você precisa encaminhar para um especialista.” (P6)

Em um estudo anterior (Sim & Adams, 2003), foi observado que preditores de bons ou maus resultados durante o tratamento envolvem fatores que são, em grande parte, de natureza psicossocial em vez de físico ou puramente sensorial. Sim & Adams (2003) destacam que fatores de resultados negativos são sofrimento psicológico, depressão atual, sentimentos de desamparo, incapacidade e incapacidade de trabalhar e litígios pendentes.

De acordo com Roitenberg & Shoshana (2021), os fisioterapeutas destacaram o manejo ideal da doença enfatizando a cooperação e a proatividade em relação às modalidades de tratamento. A falta de comprometimento com o tratamento foi percebida como uma barreira ao manejo bem-sucedido da doença (Roitenberg & Shoshana, 2021). Os achados de Roitenberg & Shoshana (2021) destacaram os pacientes como problemáticos devido ao seu baixo nível de participação e à demonstração de passividade. Muitos pacientes foram ilustrados como “teimosos”, “céticos”, “desmotivados” e “relutantes” em tomar responsabilidade (Roitenberg & Shoshana, 2021).

Além do exposto, outro estudo (Sim & Adams, 2003) observou que uma minoria considerável de entrevistados (aproximadamente 24%) relatou que não mede rotineiramente a intensidade da dor na avaliação de pacientes com SFM. Alternativamente, esta omissão está em linha com a crença de que a restauração da função é uma tarefa mais importante do que o alívio da dor, e pode refletir em certas abordagens sobre a dor crônica (Sim & Adams, 2003).

Alguns participantes afirmaram utilizar educação em dor (n=2/27) e educação do paciente (n=1/27) como estratégias para o tratamento.

“(...) a minha primeira estratégia é sempre a educação em dor e a exposição gradual ao exercício.” (P6)

“(...) e sempre procurando mostrar para o paciente que a dor é uma questão complexa, que a gente não tem um botãozinho mágico, que a gente desliga nenhum circuito, nenhuma função e que a gente tem um tratamento de controle, mas eu não posso prometer que ele vai ficar sem dor.” (P7)

“(...) então eu vou falar sobre estratégias do sono, eu mando cartilha, eu sugiro algumas coisas, eu vou falar sobre a importância da atividade física, o porquê fazer atividade física, o que vai acontecer no seu cérebro, falo sobre a nossa farmacinha interna.” (P23)

Segundo Chimenti et al. (2018), educar os pacientes sobre os mecanismos da dor e desafiar cognições/comportamentos de dor mal adaptativos pode alterar o processamento central da dor. Em pessoas com dor crônica, uma maior compreensão da dor usando o paradigma “explicar a dor” corresponde a aumento do limiar de dor e a aumentos na inibição central (Chimenti et al., 2018). Assim, a educação pode ser útil para aqueles com comportamentos desadaptativos associados a alterações no processamento do SNC (Chimenti et al., 2018). A educação sobre a dor reduz a catastrofização da dor e as cognições negativas da dor, mas pode não afetar diretamente os escores de dor (Chimenti et al., 2018).

Além do exposto, outro participante reforça sobre a importância de ouvir o paciente durante o tratamento, evidenciado pela frase a seguir: *“(...) o primeiro ponto que eu faço de estratégia de tratamento é ouvir.” (P21)*

A frase a seguir “(...) eu geralmente eu trato o paciente com movimento, eu gosto muito da parte de movimento mesmo, que é com exercícios, seja uma esteira, uma bicicleta, movimentos com o uso da bola e, em algum outro momento, eu uso outros recursos” (P15) sendo reforçada por outro participante “(...) então, as estratégias: ele tem que se movimentar e ele vai se movimentar, todo paciente que entra comigo ele vai se movimentar de alguma forma.” (P4) direciona a discussão para a importância da implementação do exercício no tratamento fisioterapêutico.

Em nosso estudo, foi sugerida a prescrição de exercícios domiciliares como estratégia para o tratamento fisioterapêutico. Na literatura, um estudo anterior (Da Costa et al., 2005) avaliou a eficácia de um programa de exercícios domiciliares individualizado de 12 semanas sobre o funcionamento físico, intensidade da dor e sofrimento psicológico em mulheres com FM. A prescrição de exercícios foi individualizada e seguiu as diretrizes do *American College of Sports Medicine* (ACSM) para o desenvolvimento e manutenção da aptidão cardiorrespiratória (Da Costa et al., 2005). A duração depende da intensidade da atividade (Da Costa et al., 2005). Os programas foram adaptados ao indivíduo, dependendo da gravidade da FM, acessibilidade ao equipamento, limitações de tempo e prazer em diversas atividades (Da Costa et al., 2005).

Foi observado que um programa individualizado de 12 semanas de exercícios domiciliares de intensidade moderada é eficaz na melhoria significativa do estado de saúde, especialmente para mulheres com FM que são mais deficientes funcionalmente (Da Costa et al., 2005).

Os resultados indicam que podem ser necessários mais 3 meses para alcançar melhorias no estado geral de saúde com o exercício, enquanto melhorias na dor na parte superior do corpo podem ser demonstradas 12 semanas após o início do exercício (Da Costa et al., 2005). Os benefícios observados foram mantidos no acompanhamento pós-tratamento de 9 meses (Da Costa et al., 2005). Os relatos abaixo enfatizam a estratégia do exercício domiciliar aplicada por fisioterapeutas:

“(...) sempre tem uma prescrição de exercício domiciliar, sempre abaixo do nível do que é feito na sessão, para que o paciente não sinta dor e perca aquele, como se fosse, aquela motivação de continuar fazendo aquele exercício domiciliar.” (P5)

“(...) nessa prescrição de exercícios domiciliados, sempre o incentivo é cada pessoa identificar uma atividade que ela goste, seja uma natação, seja Pilates, academia, corrida, caminhada, arte marcial.” (P5)

Outras estratégias envolvendo a implementação do exercício foram relatadas pelos (as) participantes:

“(...) então, uma estratégia interessante é a abordagem em pequenos grupos. Por que? Porque tu potencializa a participação e o convívio ali do aspecto social.” (P1)

“(...) a minha estratégia é colocá-la, expor ela no ambiente aquático para que indiretamente eu consiga melhorar a participação dela nas atividades, provocando analgesia.” (P1)

“(...) então, geralmente eu trabalho com a exposição gradual da tarefa, do ambiente, enfim, de todas as limitações funcionais desse paciente, e a gente vai identificando quais são os pontos mais relevantes ao decorrer, né, das sessões.” (P22)

A frase a seguir *“(...) então, eu acabo ‘entrando’ com TENS, amenizar um pouco da dor, mas eu entro mais com a parte da hidroterapia, entendeu? Porque eu vejo uma melhora muito grande no paciente da fibromialgia” (P19)* direciona a discussão para a escolha de fisioterapeutas sobre a utilização da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) em pacientes com fibromialgia.

Em uma revisão sistemática (Johnson et al., 2016) que avaliou a eficácia analgésica e os eventos adversos da TENS para fibromialgia em adultos, observou-se que não houve evidências robustas suficientes para apoiar ou refutar o uso de para fibromialgia. Apesar do exposto, (DeSantana & Araújo (2019) destaca sobre o estudo citado anteriormente que foram incluídos apenas nove artigos: quatro com TENS, dois com TENS associada ao exercício físico e três com eletroacupuntura. Somado a isso, foram incluídos um baixo número de estudos, apresentavam alto risco de viés, não houve ocultação da alocação dos sujeitos, não houve cegamento de pacientes e investigadores e não houve análise de intenção de tratar (DeSantana & Araújo, 2019). No protocolo de tratamento, as correntes foram aplicadas por pelo menos 20 a 40 minutos com diferentes frequências de estimulação (4, 80, 100 e 150 Hz) (DeSantana & Araújo, 2019). Apesar da importância da intensidade de estimulação para a produção de hipoalgesia, as intensidades de estimulação utilizadas nos estudos incluídos não foram mencionadas (DeSantana & Araújo, 2019), pelo o que foi exposto, destaca-se a necessidade de mais estudos que avaliem a TENS na fibromialgia.

Apesar dos achados destacados na literatura, em nosso estudo, outros participaram destacaram a utilização da TENS durante o tratamento fisioterapêutico:

“(...) o TENS não tem um efeito tão duradouro, dependendo do tipo de atendimento, eu ainda lanço mão dele de alguma terapia manual para ajudar a introduzir o paciente, mas sempre buscando colocar ele o mais ativo possível.” (P7)

“(...) a eletroterapia, seja o TENS, o interferencial”. (P2)

“(...) eu penso que a estratégia seja ‘eletro’ mesmo, né, com dessensibilização, a gente trabalha muito com o foco terapêutico pra elevar o limiar de sensibilidade e estabilizar um pouco mais o quadro álgico e a gente associa até mobilização articular também e depois a gente foca mais na ‘cinésio’ com a ‘hidro’ e com Pilates”. (P10)

Somado ao exposto, outros agentes físicos foram destacados pelos (as) participantes, conforme evidenciado a seguir: *“(...) ondas curtas que ainda posso estar utilizando, o infravermelho” (P2)* e *“(...) após a prática da atividade física, eu utilizo ou algum aparelho tipo TENS, ultrassom, dependendo do grau de dor, da intensidade da dor.” (P24)*

O relato a seguir *“(...) então, lá a gente tem a sala de eletro, tem a sala de ultrassom, tudo. Mas a gente acaba usando mais exercício físico e a plataforma vibratória” (P11)* pode direcionar a discussão para a utilização do exercício vibratório na fibromialgia.

Uma revisão sistemática anterior (Bidonde, Busch, van der Spuy, et al., 2017) avaliou os benefícios e malefícios do exercício vibratório em adultos com fibromialgia e incluiu quatro ensaios clínicos randomizados realizados no mesmo país, que incluíram apenas participantes do sexo feminino de meia-idade e foram observados efeitos positivos na qualidade de vida, intensidade da dor, fadiga, rigidez e força, mas não no equilíbrio, e não mostraram sobreposição nos resultados medidos. Portanto, os resultados não foram replicados entre os estudos. Apesar disso, a comparação final examinou o exercício vibratório mais exercício versus apenas exercício (Bidonde, Busch, van der Spuy, et al., 2017).

Ao adicionar o exercício vibratório a um protocolo de exercícios, este grupo de estudos não encontrou evidências de efeito aumentado em termos de qualidade de vida, fadiga, rigidez ou equilíbrio, mas notou efeitos positivos na intensidade da dor (Bidonde, Busch, van der Spuy, et al., 2017). Os autores destacam que, embora alguns resultados relatados sobre os principais desfechos tenham sido significativos, a qualidade geral da evidência foi muito baixa e, de acordo com Bidonde, Busch, van der Spuy et al. (2017), questiona-se se os custos de acesso ou aquisição de máquinas de exercício vibratório para realizar este tipo de exercício justificam a sua utilização geral por pessoas com fibromialgia.

A terapia manual tem sido definida de diferentes maneiras, uma delas como a manipulação de tecidos moles e articulações, usando as mãos e outra como o mapeamento sistemático de tecidos moles com pressão rítmica para prevenir, desenvolver, manter, reabilitar ou aumentar a função física ou aliviar dor (Nadal-Nicolás et al., 2020). Na prática fisioterapêutica, a terapia manual desempenha papel importante no tratamento de pacientes com distúrbios musculoesqueléticos (Nadal-Nicolás et al., 2020). Em nossos achados, alguns fisioterapeutas destacaram a utilização de recursos da terapia manual, evidenciado pelos relatos a seguir:

“(...) liberação miofascial, que, às vezes, ‘as fáscias estão bem presas’, são essas assim.” (P24)

“(...) terapia manual mesmo ali, relaxamento com a mão mesmo. Ou aqueles aparelhinhos de massagem, sabe?” (P11)

“(...) terapia manual também eu uso bastante com os meus pacientes”. (P14)

Um estudo anterior (Nadal-Nicolás et al., 2020) teve como objetivo avaliar a eficácia de uma técnica de terapia manual realizada com pressão digital moderada em pacientes com FM nas variáveis fadiga, dor, sono, ansiedade e humor. De acordo com Nadal-Nicolás et al. (2020), as características da terapia manual para pacientes com FM envolvem o aspecto indolor, progressiva e a intensidade deve aumentar gradualmente de sessão para sessão, dependendo dos sintomas do paciente. De acordo com Nadal-Nicolás et al. (2020), o benefício terapêutico é maior do que uma aplicação direta e profunda, sem qualquer tipo de pré-pressão leve como aquecimento.

De acordo com DeSantana & Araújo (2019), modalidades de fisioterapia que tratam passivamente a FM também têm sido investigadas. DeSantana & Araújo (2019) destacam que seis tipos de massagem terapêutica (massagem sueca, massagem do tecido conjuntivo, drenagem linfática manual, liberação miofascial, Shiatsu e uma combinação de estilos de massagem severos) aplicados de uma a cinco vezes por semana, durante 4 a 40 semanas de tratamento, foram investigados como recurso terapêutico para pacientes com FM.

O relato a seguir evidencia que alguns dos participantes argumentaram enfatizando a educação continuada para favorecer o estabelecimento de estratégias para a doença:

“(...) isso eu ainda ‘tô’ lançando e criando para mim, eu ‘tô’ no processo de eu ‘tô’ na pós graduação em dor, e eu ‘tô’ criando toda essa, esse, trazendo esse conhecimento, aprendendo ainda para poder estar utilizando com os pacientes, então eu não tenho nada muito estabelecido para tratamento não.” (P25)

Por fim, de modo semelhante ao destacado na literatura por (Roitenberg & Shoshana, 2021), alguns fisioterapeutas relataram a utilização de recursos alternativos para o controle da doença. Segundo Roitenberg & Shoshana (2021), para alcançar o controle da doença, os fisioterapeutas mostraram utilização de técnicas de medicina complementar e alternativa, como Reiki, imagens guiadas e noções espirituais de cura. Em nossos achados, os (as) fisioterapeutas descreveram a utilização de recursos como ventosaterapia, acupuntura e auriculoterapia, evidenciados nos relatos a seguir:

“(...) nem tudo tem base científica, mas a ventosaterapia, para alguns, tem um resultado positivo, a acupuntura, a auriculoterapia, a própria massagem, né”. (P15)

“(...) acupuntura”. (p2)

“(...) as estratégias de acupuntura, eletroacupuntura, as estratégias holísticas que eu tenho vão ser focadas mais ‘pro’ psicoemocional desse paciente, pra integrar corpo e mente”. (P4)

De acordo com um estudo anterior (Lauche et al., 2016) com o objetivo investigar a eficácia da ventosaterapia em comparação com os cuidados habituais e um procedimento simulado para melhorar os sintomas e a qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de síndrome de fibromialgia, apesar ventosaterapia ser mais eficaz do que os cuidados habituais para melhorar a intensidade da dor e a qualidade de vida, os efeitos da ventosaterapia foram pequenos e comparáveis aos de um tratamento simulado e, como tal, a ventosaterapia não pode ser recomendada para a fibromialgia no momento. Em relação aos outros recursos complementares, outro estudo (Deare et al., 2013) avaliou se a acupuntura real é mais benéfica que o placebo em termos de redução da dor, função e melhora do bem-estar. De modo geral, os autores observaram um nível de evidência baixo a moderado indicando que a fórmula de acupuntura pode ser uma opção segura para a fibromialgia. Há um nível de evidência baixo a moderado de que a acupuntura é melhor que a não acupuntura, a medicação ocidental e a terapia padrão na melhoria da dor e da rigidez em pessoas com fibromialgia (Deare et al., 2013). Existe um nível moderado de evidência de que o efeito da acupuntura não difere da acupuntura simulada em termos de redução da dor, fadiga, melhoria do sono ou bem-estar global (Deare et al., 2013).

No geral, as estratégias utilizadas para o tratamento fisioterapêutico pelos (as) profissionais foram a escuta ativa, abordagem em pequenos grupos de pacientes, exposição ao movimento no ambiente aquático, solo, exercícios mistos e domiciliares, utilização de agentes físicos. Alguns participantes afirmaram o uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea, recursos da terapia manual, acupuntura, ventosaterapia, eletroacupuntura e terapias holísticas.

- Barreiras e facilidades para o tratamento

As barreiras identificadas para o tratamento fisioterapêutico foram experiências prévias anteriores, crenças do paciente, adesão ao tratamento, catastrofização, instrumentos para avaliação, fatores psicoemocionais, cinesiofobia, fatores culturais, educacionais, acompanhamento multidisciplinar, alta fisioterapêutica, engajamento do paciente no tratamento e conhecimento do profissional.

As frases a seguir: *“(...) eu acho que é mais ou menos o que eu falei antes, é a questão de muitas crenças inadequadas, muitas informações inadequadas, que dificultam o engajamento no meu tratamento.” (P23)* e *“(...) os tabus que eles já vêm na cabeça.” (P14)* pode direcionar a discussão para as crenças dos pacientes observadas pelos fisioterapeutas.

De acordo com Caneiro et al. (2020), as crenças podem ser definidas como “algo que alguém aceita como verdadeiro ou real; uma opinião firmemente defendida”. Segundo Caneiro et al. (2020), as crenças relacionadas à identidade, causa, consequência, controlabilidade e cronograma da dor musculoesquelética influenciam o comportamento de resolução de problemas e as respostas emocionais.

Além do exposto, é destacado por Caneiro et al. (2020) encontros com os médicos desempenham um papel importante na formação e perpetuação de crenças sobre a dor nos pacientes. Pacientes que procuram atendimento por dor musculoesquelética relatam que os médicos dizem explicitamente para evitar atividades por causar mais danos ao seu corpo Caneiro et al. (2020). Outras mensagens implícitas, como a prescrição de exercícios para “proteger” a parte danificada do corpo, parecem desempenhar um papel no reforço de crenças negativas sobre a vulnerabilidade da parte dolorosa do corpo (Caneiro et al., 2020).

O relato a seguir “(...) a gente vê que, às vezes, a falta de informação também sobre essa manutenção, às vezes questões culturais, ‘né’, educacionais, é uma dificuldade, ‘né’, pra não assiduidade do paciente no tratamento e, às vezes, é uma facilidade, por exemplo, ele tem acesso, ele vai atrás, ele muda a alimentação, ele associa o tratamento fisioterapêutico com uma outra atividade física, ‘né’, então eu acho que a questão educacional e mental influencia muito, tanto pra ser fácil tratar esse paciente quanto pra ser difícil.” (P10) reforça a percepção de fisioterapeutas da fibromialgia por uma perspectiva biopsicossocial. A abordagem biopsicossocial descreve a dor e a incapacidade como uma interação multidimensional e dinâmica entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que se influenciam reciprocamente, resultando em síndromes de dor crônica e complexa (Meints & Edwards, 2018).

Semelhante ao contexto biopsicossocial sendo destacado anteriormente, outro participante relata: “(...) como dificuldade, a gente tem uma catastrofização.” (P5)

A catastrofização é uma resposta cognitiva e emocional à dor que consiste na ampliação das sensações de dor (Meints & Edwards, 2018). De fato, além de ser um preditor da eficácia do tratamento, benefícios das terapias analgésicas podem ser explicados, em parte, pelos seus efeitos nos processos emocionais cognitivos, como a catastrofização (Meints & Edwards, 2018), destacando que as mudanças na catastrofização e no afeto negativo precedem as mudanças na dor clínica.

Novamente, em nosso estudo, barreiras envolvendo a capacitação dos profissionais são abordadas pelos participantes, conforme exposto a seguir: *“(...) então eu sinto essa dificuldade, não estão dando devida atenção para o quadro dor, que isso é fundamental em todos os ambulatórios aqui, isso é fundamental, não só no meu” (P9)* reforçam sobre as limitações da formação dos profissionais discutidas anteriormente em nosso estudo.

O relato a seguir *“(...) é difícil você tratar uma coisa assim, ‘né’? Que não tem uma dor pontual, que cada hora dê um local. É bem complicado” (P11)* direciona a discussão para barreiras enfrentadas pelos (as) fisioterapeutas em relação aos sintomas da doença. A fibromialgia é caracterizada por alodinia (dor induzida por estímulo inócuo) e hiperalgesia (aumento da resposta a estímulo doloroso) (Lempp et al., 2009). Os pacientes apresentam dor crônica difusa que frequentemente descrevem como ocorrendo em todo o corpo. Para agravar os sintomas físicos está o sofrimento emocional vivenciado pelos pacientes que, muitas vezes, é esquecido pelos profissionais (Hayes PsyD et al., 2010).

Os pacientes ficam preocupados com a possibilidade de não se recuperarem ou de piorarem ainda mais (Hayes PsyD et al., 2010). Embora a doença possa parecer confusa aos olhos de muitos médicos, a dor é muito real para o paciente (Hayes PsyD et al., 2010). Por sua vez, os pacientes ficam ressentidos com o profissional, que pode ser percebido como antipático ou menosprezando sua experiência de dor como psicológica e de menor importância (Hayes PsyD et al., 2010). Isto pode criar uma espiral descendente de frustração, na qual pacientes e profissional não conseguem colaborar de forma eficaz (Hayes PsyD et al., 2010).

A frase a seguir pode direcionar a discussão para as experiências anteriores dos pacientes com FM e seu impacto no tratamento fisioterapêutico, sendo enfatizado no argumento a seguir: *“(...) as dificuldades são as experiências anteriores que eles tiveram, geralmente mal sucedidas, disposição ao exercício físico, disposição a terapias que não foram tão positivas no dia a dia, né.” (P3)*

Segundo Lempp et al. (2009), há consequências associadas à fibromialgia, incluindo graves impactos negativos físicos, mentais e sociais. A SFM é um diagnóstico contestado entre profissionais de saúde e pacientes (Lempp et al., 2009). Os participantes pareciam estar presos entre as suas experiências subjetivas diárias e tentativas de autogestão, e a sua frustração por terem de provar a sua doença ao pessoal de saúde que, muitas vezes, não consegue detectar objetivamente quaisquer alterações físicas (Lempp et al., 2009). De modo similar, outro participante reforça sobre a vivência do paciente na busca do tratamento: *“(...) a dificuldade é você estar ganhando, como se fala, ganhando esse paciente, ganhando a confiança dele, porque ele já passou por diversos, geralmente já passou por diversos profissionais que fizeram, fizeram e ele ainda tá com a mesma dor.” (P2)*

Os relatos a seguir direcionam a discussão para a adesão dos pacientes com fibromialgia ao tratamento:

“(...) a adesão é uma dificuldade. A adesão, confiança, ‘né’, relação interpessoal, uma vez que tu estabelece uma relação de confiança com aquele paciente.” (P4)

“(...) acho que a maior dificuldade é realmente a aliança terapêutica e a adesão ao exercício.” (P25)

Somado ao exposto, os relatos a seguir destacam a importância do comprometimento do paciente durante o tratamento:

“(...) outra dificuldade é o paciente entender que a solução ‘tá’ na mão dele, não nossa, a gente é apenas um facilitador.” (P6)

Na literatura, um estudo anterior (Roitenberg & Shoshana, 2021) sugeriu quem de acordo com os fisioterapeutas, o manejo ideal da doença enfatiza a cooperação e a proatividade em relação às modalidades de tratamento (incluindo tratamentos alternativos de todos os tipos), sendo um informado paciente, exercitar-se, cuidar de si mesmo e manter a saúde nível de funcionalidade ocupacional e familiar-social. A falta de comprometimento com o tratamento foi percebida como um fator crucial obstáculo ao manejo bem-sucedido da doença (Roitenberg & Shoshana, 2021). A maioria dos pacientes foram descritos como problemáticos devido ao seu baixo nível de participação e à demonstração de passividade (Roitenberg & Shoshana, 2021). Muitos pacientes foram ilustrados como “teimosos”, “céticos”, “desmotivados” e “relutantes em tomar responsabilidade (Roitenberg & Shoshana, 2021).

De modo semelhante, em nosso estudo, outro participante destaca: “(...) e o que eu vejo a dificuldade é, às vezes, o paciente se aceitar, porque muitas vezes ele quer ficar com dor, entendeu? Parece que ele quer, a dor é o que a gente fala, é um dano secundário, parece que ele chama atenção, tem paciente que não quer melhorar, tem paciente que não quer melhorar, então, assim, é confuso, entendeu?” (P13)

As barreiras relacionadas ao engajamento do paciente no tratamento podem direcionar a discussão aos aspectos psicológicos comumente associados a dor crônica. Devido à natureza generalizada e persistente da dor crônica, os pacientes devem fazer ajustes constantes para conviver com a doença (Meints SM et al, 2018). É destacado na literatura que depressão, ansiedade e índices gerais de sofrimento emocional, juntamente com um conjunto de emoções, pensamentos e comportamentos negativos denominados “afeto negativo”, são provavelmente os fatores psicológicos mais comumente avaliados em pacientes com dor persistente (Meints & Edwards, 2018). Segundo (Meints & Edwards, 2018), a presença de dor crônica tem uma série de consequências psicossociais e funcionais em múltiplas áreas do funcionamento – cognição, emoção e comportamento.

Como a dor crônica persiste ao longo do tempo, cada uma destas áreas afetará, por sua vez, a experiência e o relato da dor e dos sintomas relacionados (Meints & Edwards, 2018). Além disso, o contexto em que os indivíduos residem também terá um papel importante (Meints & Edwards, 2018). Tal como sugerem os princípios do modelo biopsicossocial, uma vasta gama de variáveis psicossociais atua como fatores de risco ou de resiliência, influenciando a probabilidade de desenvolver uma condição de dor crônica, a gravidade das consequências relacionadas com a dor, como a incapacidade, e o sucesso ou fracasso de vários tratamentos para dor (Meints & Edwards, 2018).

Além do exposto, o argumento a seguir: “(...) a dificuldade de dar alta, tanto pela minha parte, quanto pela parte do paciente, porque, às vezes, você vê que o paciente, ele ‘tá’ ‘num’ nível bom, já pode ter alta fisioterapêutica, e aí quando você avisa isso, ele decai” (P8) destaca algumas dificuldades relacionadas à alta fisioterapêutica. Um estudo anterior (Kundakci et al., 2022) com o objetivo de avaliar a eficácia de intervenções não farmacológicas nos sintomas e na qualidade de vida específica da doença recomenda que intervenções não farmacológicas para fibromialgia devem ser individualizadas de acordo com o sintoma predominante.

De acordo com Kundakci et al. (2022), a eficácia da intervenção não farmacológica para fibromialgia parece cair após 14 semanas. Segundo Kundakci et al. (2022), isso sugere que os pacientes que completam um programa de tratamento não farmacológico para fibromialgia devem ser revisados aproximadamente 3 meses e os tratamentos reforçados conforme necessário.

Outro participante reforça sobre as comorbidades de saúde mental comumente associadas ao quadro clínico como barreira no tratamento e enfatizam a necessidade da abordagem multidisciplinar no tratamento:

“(...) eu acho que a maior dificuldade é que quem tem fibromialgia tem vergonha de falar o que tem, ‘tá’ sentindo, se sente culpado e, na maioria das vezes, não quer procurar ajuda psicológica porque acha que não precisa.” (P26)

“(...) outra dificuldade que eu acho muito grande é ‘fazer eles’ entenderem que o tratamento é multimodal, então a gente vai precisar de outros colegas para atendê-los, principalmente o psicólogo.” (P7)

“(...) nós temos três grupos aqui que deve dar umas 40, 50 pacientes e nós não temos 10 interessadas na ‘psico’, né, então assim, e o que a gente percebe é, elas agudizam e aí elas preferem receber a medicação, às vezes injetável, ‘né’, na maioria das vezes elas recorrem às unidades de pronto atendimento, aí são medicadas e aí depois que elas melhoram desse quadro de intenso, aí elas retornam para a fisioterapia.” (P10)

De acordo com Henao-Pérez et al. (2022), as implicações de saúde mental, os sintomas psicológicos são prevalentes em pacientes com FM, o que pode influenciar a gravidade da dor e contribuir para problemas de saúde geral. Pacientes com FM têm maior probabilidade de apresentar depressão (20% a 80%) e ansiedade (13% a 63,8%) em comparação com controles saudáveis (Henao-Pérez et al., 2022).

As duas principais técnicas não farmacológicas constantemente utilizadas no tratamento da FM são a terapia cognitivo-comportamental e o exercício físico (Pătru et al., 2021). Um estudo anterior (Saral et al., 2016) teve como objetivo avaliar os efeitos das abordagens de tratamento interdisciplinar de longo e curto prazos da educação, exercício e terapia cognitiva-comportamental. De acordo com Saral et al. (2016), tanto em longo quanto em curto prazos, abordagens de tratamento interdisciplinar foram eficazes para reduzir a intensidade da dor e o número de pontos sensíveis, aumentando os níveis de limiar de dor por pressão e controlando a doença atividade medida usando FIQ em mulheres com FM.

O relato a seguir: “(...) instrumentos, instrumentos de trabalho. Essa eu acho que é a maior dificuldade” (P9) pode enfatizar a discussão em barreiras enfrentadas por fisioterapeutas relacionadas aos instrumentos de avaliação.

Os instrumentos de mensuração (IM) são ferramentas para medir vários aspectos do estado de saúde de uma pessoa, como deficiências, limitações de atividades, participação e qualidade de vida (Braun et al., 2018). Na literatura, o termo “medida de resultado” é usado frequentemente para um instrumento de mensuração que é usado para determinar a mudança na capacidade de antes para depois de uma intervenção (Braun et al., 2018). As barreiras mais relevantes relatadas na literatura científica são o nível de conhecimento e competência dos fisioterapeutas no uso da IM, problemas relacionados com a mudança de comportamento, restrições estruturais como falta de tempo e a indisponibilidade e viabilidade limitada dos instrumentos de avaliação (Braun et al., 2018). Em nosso estudo, um dos participantes destaca “(...) a outra questão é que o diagrama da dor, ‘né’, esses questionários eu não uso mais, porque não deu certo na minha prática clínica” (P4) o que pode estar associado as barreiras descritas anteriormente.

Por fim, na perspectiva de barreiras para o tratamento fisioterapêutico, é destacada a competência do profissional para o controle dos sintomas, evidenciados pelo relato a seguir:

“(...) se a gente é fisioterapeuta, a gente se preparou para isso. Então, quando alguém vem com uma limitação para nós e vem, no caso delas, com dor, não é uma dificuldade. Para nós, é uma possibilidade” (P1)

Na perspectiva de facilidades para o tratamento fisioterapêutico, identificamos que o conhecimento do profissional, abordagem multidisciplinar, ambiente do trabalho do profissional, tempo do diagnóstico, disponibilidade de informação, engajamento do paciente e educação do paciente são fatores que facilitam o manejo clínico da doença. Alguns participantes relataram que não há facilidades no tratamento.

Foi observado em nosso estudo que alguns fisioterapeutas enfatizaram que as experiências anteriores vivenciadas pelos pacientes influenciam no enfrentamento perante o tratamento, sendo evidenciado no relato a seguir: “(...) e a maior facilidade é porque como eles já vêm de experiências ruins, a tendência é que eles sejam mais abertos ao novo” (P3)

Segundo Vriezekolk et al. (2019), se os pacientes têm baixas expectativas sobre os efeitos benéficos dos cuidados não farmacológicos, então é menos provável que consultem um profissional de saúde (Vriezekolk et al., 2019). De acordo com Vriezekolk et al. (2019), estudos qualitativos que exploram as atitudes e crenças do ambiente social próximo dos pacientes em relação ao tratamento não farmacológico, tais como educação do paciente, intervenções no estilo de vida e intervenções comportamentais, podem elucidar barreiras contextuais adicionais que podem influenciar o comportamento dos pacientes na procura de cuidados de saúde, em particular para tratamento não farmacológico (Vriezekolk et al., 2019).

Somado ao exposto, outro participante destaca que o engajamento do paciente pode ser reduzido durante o tratamento: *“(...) o facilitador é essa vontade de melhorar, e o dificultador é que essa vontade vai diminuindo, porque não é um tratamento rápido” (P5)*

Em um estudo anterior (Varinen et al., 2022), foi observado que sobre as concepções do tratamento para a doença, os pacientes tinham opiniões diferentes sobre a eficácia de diferentes medicamentos, orientação nutricional, fisioterapia, intervenções psicológicas, terapia fria, apoio de pares e acupuntura. Segundo Varinen et al. (2022), em geral, alguns pacientes experimentaram benefícios a curto prazo com os corticosteroides e benefícios em longo prazo com o exercício.

Em nosso estudo, o relato a seguir enfatiza na discussão a importância da percepção dos pacientes sobre resultados durante o tratamento: *“(...) eu acho que a facilidade é porque a partir da hora que você começa a mostrar seu trabalho e ele começa a ter resultado, aí você conseguiu conquistar seu paciente, daí em diante ele se torna realmente frequente, ele começa a ver o ganho e ele mesmo se torna o vigia”. (P2)*

Em nosso estudo, o relato a seguir destaca que o tempo de diagnóstico é um fator que pode influenciar na facilidade ou dificuldade durante o tratamento: *“(...) pacientes que já têm a doença há um certo tempo, eles já entendem um pouco melhor como funciona o próprio ciclo da doença de controle ou não da dor, isso acaba facilitando o nosso trabalho. Agora o paciente com um diagnóstico mais recente que já vem em um processo de conseguir esse diagnóstico mais prolongado, sentindo dor há mais tempo, isso acaba dificultando um pouco até pela compreensão.” (P18)*

Além do exposto, Varinen et al. (2022) destacam que os pacientes muitas vezes sentiam dificuldade em aceitar o diagnóstico de fibromialgia e gostariam de realizar mais exames para descobrir o que havia de errado com eles. Às vezes, os pacientes recebiam apenas o diagnóstico, mas nenhum tratamento ou instruções sobre como lidar com a situação (Varinen et al., 2022). Como os pacientes com fibromialgia muitas vezes parecem saudáveis e seus sintomas são invisíveis, os pacientes lutam continuamente contra o estigma, o isolamento social e a busca por legitimidade (Chen & Swaminathan, 2020).

Embora os pacientes com fibromialgia tenham mostrado pouca melhora em longo prazo (Chen & Swaminathan, 2020), segundo Chen & Swaminathan (2020), o conhecimento sobre a própria condição é um fator importante na aceitação da dor e se a aceitação da dor está associada a menos dor, incapacidade, sintomas, distúrbios do humor, bem como melhor saúde geral, funcionamento e maior bem-estar (Chen & Swaminathan, 2020). Em nosso estudo, os relatos a seguir evidenciam a percepção de fisioterapeutas sobre a disponibilidade de informações e recursos educacionais como facilitadores para o tratamento: *“(...) facilidade hoje, com as informações, fica mais fácil para a gente encaminhar esse paciente para o profissional adequado.” (P13)*

Outro participante destaca sobre os meios de informações disponibilizados: *“(...) a facilidade é que enfim, a gente tem muito acesso a informação, a gente tem as redes sociais que ajuda bastante, e isso é uma facilidade.” (P12)*

Os pacientes com fibromialgia consultam muitas fontes para tentar compreender sua condição e possíveis tratamentos, incluindo profissionais de saúde, internet, organizações de saúde, revistas, televisão, rádio, grupos de apoio e outras pessoas (Chen & Swaminathan, 2020). Pacientes com fibromialgia e outros pacientes com condições crônicas podem usar recursos on-line, como fóruns de discussão on-line e blogs, para trocar informações, compreender sua doença e oferecer apoio social (Chen & Swaminathan, 2020).

Conjuntamente, outro participante reforça sobre a educação do paciente, especialmente a educação em dor, como um facilitador para o tratamento: “(...) *facilidade é que quando você entende sobre a fibromialgia, você explica a esse paciente que é a educação em dor, ‘né’, você explica ao paciente as questões da fibromialgia e que é um processo, que esse processo, ele é importante ser vivenciado com um profissional da saúde, acompanhando, porque é muito difícil ele sozinho caminhar durante esse processo.*” (P4)

Por fim, o relato a seguir: “(...) *com pouco recurso, às vezes de equipamento, usando as nossas mãos e raciocínio clínico, a gente consegue melhorar muito a condição física e mental dessas mulheres*” (P1) enfatiza que, apesar de poucos recursos profissionais, o desfecho clínico na FM pode ser positivo.

Em resumo, fisioterapeutas enfrentam algumas dificuldades na avaliação envolvendo fatores relacionados ao quadro clínico e limitações do diagnóstico. O tratamento fisioterapêutico pode ser dificultado ou facilitado por aspectos biopsicossociais relacionados aos pacientes, tendo como objetivos do tratamento o gerenciamento da dor e sintomas associados.

Prescrição de exercício na FM

- Modalidades e dose da prescrição do exercício

A *European League Against Rheumatism* (EULAR) recomenda fortemente o exercício físico para tratamento da fibromialgia (Macfarlane et al., 2017). Revisões sistemáticas anteriores apoiam a recomendação (Bidonde, Busch, Schachter, et al., 2017; Bidonde, Busch, van der Spuy, et al., 2017; Bidonde et al., 2019; Bidonde et al., 2014; Couto et al., 2022; Rodríguez-Almagro et al., 2023). Apesar do apoio das evidências, segundo Macfarlane et al. (2017), existe consistência em relação aos exercícios aeróbicos e de fortalecimento, embora evidências insuficientes para sugerir superioridade de um sobre o outro. Além do exposto, segundo Bidonde, Busch, Schachter et al. (2017), pessoas com fibromialgia são frequentemente intolerantes à atividade física e tendem a ter um estilo de vida sedentário que aumenta os riscos de morbidade adicional.

Em nossos achados, os fisioterapeutas prescrevem em sua prática clínica as modalidades de exercício como o método Pilates, alguns participantes afirmaram prescrever alongamentos, exercícios de mobilidade, exercício aeróbico e exercício de fortalecimento, envolvendo também o fortalecimento isométrico. Outras modalidades como hidroterapia, cinesioterapia passiva e exercício de mobilidade foram relatados. Outros recursos de exercícios terapêuticos como exercícios respiratórios e distração foram enfatizados por alguns profissionais.

No relato a seguir “(...) *exercícios, cinesioterapia passiva, conciliada a terapia manual, técnicas de relaxamento, exercícios ativos ou cinesioterapia ativa tanto no solo como na água, nessa cinesioterapia ativa com baixa resistência ou exercícios com pouca carga*” (P1) é possível observar a seleção de exercícios mistos pelo fisioterapeuta para auxiliar no manejo da doença. Meta-análises de intervenções de exercícios mistos versus controles (21 estudos, cinco a 26 semanas de duração) forneceram evidências de qualidade baixa a moderada de efeitos benéficos em todos os resultados principais e secundários pós-exercício (Bidonde et al., 2019).

Segundo Bidonde et al. (2019), desfechos clínicos relevantes foram observados apenas para qualidade de vida, fadiga e função física. A frase a seguir “(...) *eu tenho prescrito um mix, na verdade, de exercícios globais, tanto de força quanto de controle de movimento, quanto a parte de exercícios cardiopulmonares*” (P7) enfatiza novamente a escolha. Em contrapartida, outros participantes afirmaram utilizar intervenções passivas no manejo clínico da doença, evidenciado pela frase a seguir: “(...) *a maioria das vezes são alongamentos*”. (P2)

Semelhante ao encontrado anteriormente pelos autores (Alodiabi et al., 2020), foi observado que fisioterapeutas deram várias respostas em relação às recomendações de tratamento, com fisioterapia passiva ou tratamentos não comprovados (por exemplo, agulhamento, terapia de ponto-gatilho, massagem, ultrassom e eletroterapia) recomendados por 32% a 56% entre os participantes.

A frase a seguir: “(...) *a gente foca muito nos pacientes para o alongamento. A gente... é fundamental a prática do alongamento com as técnicas*” (P9) enfatiza novamente a priorização de intervenções passivas por alguns profissionais.

Adicionalmente, outros participantes relataram sobre a prescrição do exercício aeróbico, evidenciado pelo relato a seguir: (...) “*estou sempre prescrevendo exercícios ativos, principalmente aeróbico, com pouca carga.*” (P20)

Outro participante reforça a seleção de intervenções mais ativas: (...) *“depende do quadro, mas o paciente com dores controladas, eles fazem exercícios de força e fazem exercícios aeróbicos. Então a prescrição hoje em pacientes com o quadro de algico mais controlado, são de força e aeróbico.”* (P18)

Novamente, a seleção por intervenções ativas foi relatada por outro participante: (...) *“tem paciente que eu coloco para caminhada, que trabalha questão cardiorrespiratória.”* (P8)

E, por fim, mais um participante evidenciou o exercício aeróbico em sua prescrição terapêutica, como consta no relato a seguir: (...) *sempre um exercício aeróbio, então eu estímulo com exposição gradual.”* (P6)

A escolha de fisioterapeutas por estratégias ativas também foi observada por Alodiabi et al. (2020), entre 49% a 81% recomendaram fisioterapia ativa ou intervenções eficazes, como exercícios aeróbicos e de fortalecimento. A escolha pelo exercício de fortalecimento é destacada no relato a seguir: *“(...) então, sempre essa sequência, exercícios posturais de baixo impacto, exercícios com mais carga, né, com a carga do próprio corpo, com resistência da gravidade e posteriormente encontrar uma estratégia que seja para a alta terapêutica.”* (P5)

O método Pilates vem ganhando popularidade, sendo considerado mais uma modalidade de exercício que pode ser utilizada (De Almeida Silva et al., 2019). Apesar disso, poucos estudos analisaram os efeitos do método Pilates na fibromialgia, entre os estudos, alguns ainda estão registrados sob andamento (De Almeida Silva et al., 2019; Ferro Moura Franco et al., 2021) e um ensaio clínico randomizado (Caglayan et al., 2021) que investigou o método Pilates em grupo e aplicado individualmente observou que, o Pilates, realizado como um método de grupo, mostrou-se mais eficaz na dor e no impacto da doença do que exercícios de relaxamento/alongamento domiciliar em pacientes com FM.

Alguns participantes relataram a utilização do método Pilates, como consta no relato a seguir: (...) *“eu trabalho muito com os exercícios do método Pilates, por eles serem de baixo impacto”* (P17)

Tem sido relatado que o Pilates pode levar a uma boa adesão porque utiliza equipamentos e exercícios divididos em níveis de progressão. O relato a seguir reforça novamente a escolha pelo método “(...) no Pilates, de uma forma geral, a gente não trabalha com muitas séries. O máximo que um paciente faz são 3 séries de 10 ” (P16)

No presente estudo, a grande maioria dos (as) fisioterapeutas relataram as modalidades de exercício do método Pilates (n=11/27), aeróbico (n=9/27), fortalecimento (n=9/27) e hidroterapia (n=5/27).

Apesar da forte recomendação para o uso do exercício no tratamento da fibromialgia, a dose ideal para a prescrição do exercício permanece não consolidada. Em esforços para investigar parâmetros de prescrição do exercício, revisões sistemáticas anteriores (Ferro Moura Franco et al., 2021; Geneen et al., 2017) analisaram a dose do exercício na dor crônica, incluindo a fibromialgia. Além da dose ideal, preferências do paciente e habilidades do clínico contribuem para a prescrição de exercício (Ferro Moura Franco et al., 2021).

“(...) então, se tem um paciente que ele tem uma cinesiofobia muito intensa, se tem muita dor, se ele é muito agudizado, no primeiro momento a gente faz exercícios de baixíssimo impacto. então muito, muito, muito leve mesmo.” (P3)

“(...) então, essa dose terapêutica, ela varia bastante, ‘né’, porque tem diferentes graus de incapacidade.” (P4)

“(...) eu trabalho, e exercício com carga vai depender muito do paciente, a intenção é sempre colocar, começando com uma exposição gradativa, mas varia de paciente para paciente.” (P8)

“(...) difícil isso, ‘né’? Cada paciente é único, a dose é única. Depende do grau da força do paciente, como ele chega, o grau de dor. É avaliação todo dia, na verdade, ‘né’? Cada sessão que o paciente chega é uma avaliação. então, depende como ele chega. (P11)

“(...) eu prefiro carga leve aumentando gradativamente”. (P13)

“(...) isso quem fala é o paciente. Eu prefiro não fechar, com o paciente a gente tem muito costume de dizer assim, olha, faça determinadas atividades dez vezes.” (P9)

“(...) vai depender de paciente para paciente.” (P19)

“(...) então não tem uma dose ideal que eu possa responder essa pergunta. a dose é individual.’ (P27)

A partir dos relatos dos participantes, é possível observar a preferência e individualidade dos pacientes como fatores determinantes para a prescrição do exercício por fisioterapeutas. Tem sido sugerido que a adesão aos programas de exercícios pode ser aumentada se as prescrições de exercícios forem baseadas na intensidade preferida de exercício devido à associação inversa entre a intensidade do exercício e as taxas de adesão (Newcomb et al., 2011), adicionalmente, a incorporação da intensidade preferida também pode afetar a dor porque a auto seleção da intensidade do exercício permitirá que os indivíduos mudem a intensidade do exercício conforme necessário para permanecer confortável e minimizar possíveis exacerbações da dor durante a sessão de exercício (Newcomb et al., 2011).

Uma revisão sistemática anterior (Ferro Moura Franco et al., 2021) investigou parâmetros de prescrição na fibromialgia e observou que exercícios supervisionados foram um pouco melhores para redução da dor do que os exercícios não supervisionados (Ferro Moura Franco et al., 2021). A intensidade dos exercícios aeróbicos foi fixada em 40% para 80% da frequência cardíaca máxima ou em um esforço percebido entre 9 a 15 na Avaliação Percebida Escala de esforço (Ferro Moura Franco et al., 2021). A intensidade do fortalecimento muscular foi de 45 a 50% de 1 repetição máxima e o alongamento foi realizado até que o paciente sentisse desconforto moderado (Ferro Moura Franco et al., 2021). Nos relatos a seguir, é possível observar como a intensidade do exercício aeróbico e fortalecimento muscular são prescritos por alguns participantes:

“(...) em torno de 55, 70% talvez da frequência cardíaca máxima, não mais que isso.” (P1)

“(...) percepção de esforço e talvez uma percepção de esforço de 0 a 10 em torno de 6, 7.” (P1)

“(...) normalmente, primeiro eu faço o teste de repetição máxima, se eu vejo que o paciente tem uma boa condição assim, eu ponho uma carga máxima e vou vendo a questão do peso, enfim, faço uma média.” (P12)

“(...) frequência cardíaca de repouso, da frequência cardíaca em 20%, 30%, 45%, 50% que é preconizado em algumas diretrizes.” (P12)

“(...) vai depender do paciente. Tem paciente que eu posso dosar intensidade mais de moderado a intenso, tem outros que tem que ser mais leve. Vai depender da resposta do paciente pra mim. Mas trabalho mais ali do leve a moderado. Intenso vai mais na parte quando vejo que o paciente está preparado.” (P15)

“(...) eu vou pelo limiar dele, da aula. Limiar de sensação de fadiga.” (P21)

Apesar de alguns participantes relatarem sobre a dose do exercício, é possível observar dificuldades na escolha da dosagem no relato a seguir: *“(...) eu ainda não consegui fazer essa estruturação. Eu sei que é importante, eu sei que é necessário, mas ainda não consegui.” (P7)*

A maioria dos exercícios para pacientes com fibromialgia foram realizadas por 50 a 60 minutos, 2 a 3 vezes por semana, por um período de 13 a 24 semanas de tratamento (Ferro Moura Franco et al., 2021). Nos relatos a seguir, é possível observar como a duração e frequência do exercício tem sido prescrita por alguns participantes:

“(...) recomendado das diretrizes para fibromialgia. Três vezes na semana. (P4)

“(...) o tempo, juntando todos os exercícios, no início varia de 10 a 20 minutos. Paciente em estado grave, 10 a 20 minutos, dias intercalados.’ (P4)

“(...) dependendo do objetivo que eu quero, eu faço três dias na semana.” (P23)

“(...) aqui fixo a gente tem duas vezes por semana, ‘né’, mas a gente orienta que se ele conseguir fazer pelo menos de 30 a 50 minutos todos os dias.” (P10)

Uma revisão sistemática anterior (Bidonde et al., 2019) teve como objetivo avaliar protocolos de exercícios mistos para pessoas com fibromialgia, incluindo exercício resistido, destacou recomendações para o exercício resistido sendo realizado em dois a três dias por semana. Segundo (Bidonde et al., 2019), duas a quatro séries de exercícios de resistência por grupo muscular são recomendadas, mas mesmo uma única série de exercícios pode melhorar significativamente a força e o tamanho muscular. Intervalo de descanso entre as séries se mais de uma série for realizada: dois a três minutos (Bidonde et al., 2019).

Resistência equivalente a 60% a 80% do esforço de uma repetição máxima (1RM) (Bidonde et al., 2019). Para iniciantes, recomenda-se 60% a 70% de 1RM; para praticantes experientes, $\geq 80\%$ pode ser apropriado (Bidonde et al., 2019). A resistência selecionada deve permitir a realização de 8 a 12 repetições por série ou o número necessário para induzir a fadiga muscular, mas não a exaustão (Bidonde et al., 2019). Para pessoas que desejam se concentrar em melhorar a resistência muscular, uma intensidade menor ($< 50\%$ de 1RM) pode ser usada com 15 a 25 repetições em não mais que duas séries (Bidonde et al., 2019).

Nos relatos a seguir, é possível observar como tem sido feito a distribuição no volume de séries e repetições pelos (as) fisioterapeutas:

“(...) então, é uma série de cinco repetições, duas séries inicialmente e evoluindo, ‘né’, percebendo que a paciente não sentiu fadiga no seu domicílio, a gente aumenta para três variações de exercícios, com três séries de cinco repetições e a gente vai aumentando ao longo do tempo, mas inicia sempre com duas séries, com cinco repetições, visando a economia de gasto de energia.” (P5)

“(...) sempre com uma intensidade mais baixa, tentando fazer três séries de 10, 12, mas vai muito do paciente, não tem um protocolo fixo não. E assim, eu tento colocar pelo menos 5 a 6 exercícios, mesmo que ele faça recurso analgésico e tal, mas eu coloco 5 a 6 exercícios, se eu conseguir mais, melhor, né? Mas nem sempre a gente consegue.” (P8)

Outro relato destacou que as repetições realizadas podem ser influenciadas pelo quadro clínico do paciente:

“(...) paciente gravíssimo, cinco repetições. (P4)

“(...) paciente que tá bem, dez repetições de cada exercício, por exemplo. (P4)

Em nosso estudo, a dose do exercício é comumente prescrita por fisioterapeutas por meio do teste de repetição máxima para exercício resistido, as séries e repetições variaram entre 2 a 3 séries e 5 a 12 repetições. Os participantes relataram utilizar a frequência cardíaca máxima e percepção subjetiva do esforço para prescrição do exercício aeróbico, com intensidade leve a moderada, alguns afirmaram utilizar moderado a alta intensidade, frequência de 2 a 3 vezes na semana, com duração entre 10 a 50 minutos. Alguns participantes relataram que a dose do exercício é individual e dependente do paciente, os fatores que influenciam na dose terapêutica são dor, nível de incapacidade, grau de força muscular e cinesiofobia.

- Barreiras e facilidades para inserção do exercício

Infelizmente, apesar das fortes recomendações para a realização do exercício físico para pessoas com fibromialgia, segundo (Kaleth et al., 2022), uma alta porcentagem de pacientes não atinge os níveis recomendados de atividade física moderada a vigorosa e tende a permanecer altamente sedentário. Como a doença não tem cura, o principal objetivo da terapia é reduzir sua gravidade (Pulido-Martos et al., 2020). Segundo (Bidonde et al., 2019), identificar fatores que estão associados à redução da carga de sintomas tem interesse social, clínico e de saúde pública. Esses fatores podem ser possíveis alvos terapêuticos se forem modificáveis (Bidonde et al., 2019).

Barreiras comportamentais, como medo de movimento, catastrofismo, depressão ou baixa autoeficácia demonstraram reduzir a atividade física em pessoas com FM (Courel-Ibáñez et al., 2023). Como resultado, evitar a atividade física pode levar ao descondicionamento físico e mental e pode desencadear um círculo vicioso de inatividade como resultado do aumento da dor e do medo (Courel-Ibáñez et al., 2023).

Em nosso estudo, as barreiras enfrentadas por fisioterapeutas para inserir o exercício são a intensidade da dor. Alguns participantes afirmaram que o medo do movimento dificulta o tratamento, assim como a catastrofização. Comorbidades associadas, experiências anteriores com o exercício, dificuldade em manter o engajamento durante o tratamento foram enfatizados. Alguns profissionais afirmaram que as dificuldades para inserção do exercício dependem do quadro clínico do paciente.

Em um estudo anterior (Kaleth et al., 2022), um dos fatores observados que podem influenciar níveis de exercício físico foi sobre quando as barreiras percebidas para se tornar mais ativo (por exemplo, agravamento dos sintomas) superam os benefícios potenciais. Adicionalmente, os achados dos autores (Kaleth et al., 2022) sugerem que uma proporção significativa de pacientes com fibromialgia não é capaz de obter autoeficácia nos exercícios ou mudar suas percepções de benefícios e barreiras, o que resulta em falta de intenção de se exercitar e, conseqüentemente, comportamento sedentário. Os relatos a seguir abordam as barreiras enfrentadas por fisioterapeutas para a inserção do exercício físico na rotina de pessoas com fibromialgia:

“(...) e ele não quer fazer, por conta das experiências anteriores. Então, demora na faixa de umas quatro sessões, para eu poder fazer com que ele entenda que ele precisa fazer atividade física, que o exercício físico é importante, mesmo que seja leve.” (P4)

“(...) eu já vi de paciente assim, que às vezes já chegava querendo só o tratamento meio que milagroso, não fazia esforço nenhum e aí isso demanda muito mais dificuldade para fazê-los entenderem que eles também têm que participar.” (P7)

“(...) sim, senhora. Dificuldade, porque... Por causa da dor, ‘né’? E por causa da limitação que ele quer ter.” (P20)

Outro relato semelhante foi destacado por outro participante:

“(...) sim, bastante, bastante, são pacientes que tiveram experiências ruins com atividade física no geral, então aí tem já um pré-julgamento, uma pré-experiência, muitos têm medo do movimento, muitos foram ensinados de que movimento não é bom, que o repouso é importante, que é importante fazer repouso.” (P23)

É possível que, para indivíduos com fibromialgia, a sugestão de que o exercício possa ajudar a atenuar os sintomas de dor possa parecer paradoxal, uma vez que a dor associada ao aumento da atividade muitas vezes impede que muitos pacientes tentem seguir as recomendações para se tornarem mais ativos (Kaleth et al., 2022).

O relato do participante a seguir: *“(...) a maior dificuldade é a catastrofização, a questão dessa dor generalizada e que a pessoa percebe ou entende que se ela fizer o exercício em casa sozinha, ela vai sentir mais dor.”* (P5) direciona a discussão sobre uma das alterações psicológicas que tem sido associada à FM, a catastrofização da dor, segundo (Izquierdo-Alventosa et al., 2020), trata-se de uma construção psicossocial específica da dor, que inclui processamento cognitivo e emocional, sensação de desespero, pessimismo e ruminação sobre os sintomas relacionados à dor.

Segundo Pulido-Martos et al. (2020), alto afeto positivo e baixa catastrofização de dor estão associados a baixo sofrimento psicológico, que por sua vez está relacionado à baixa gravidade dos sintomas. Para alguns participantes, a dose do exercício foi relatada como uma dificuldade no tratamento. Barreiras como insônia (n=1/27) e acreditação do paciente (n=1/27) foram relatadas. Outra dificuldade enfrentada por fisioterapeutas na prática clínica é a cinesiofobia, segundo Koçyiğit & Akaltun (2020), é descrita como medo excessivo do movimento ou medo da atividade física, pode induzir incapacidade em pacientes com dor crônica. Os relatos de fisioterapeutas abaixo abordam sobre esse desafio:

“(...) a questão de eles acharem que o exercício vai piorar a dor, que eles têm que ficar de repouso, que de repouso melhora.” (P8)

“(...) mas sempre essa questão da catastrofização e da cinesiofobia, né, ela tem medo de se movimentar e piorar aquela dor.” (P5)

“(...) difícil, porque todas as vezes eles acham que vai doer mais.” (P25)

Conjuntamente, em nosso estudo, as facilidades identificadas por fisioterapeutas na inserção do exercício são a aceitabilidade do paciente, compromisso do paciente com o tratamento, capacitação do profissional, educação do paciente e tempo do diagnóstico da doença (n=2/27), evidenciadas pelos relatos abaixo:

“(...) eles geralmente aceitam, ‘né’, com muita facilidade.” (P10)

“(...) então, eu penso que essa é a facilidade ou a dificuldade, é o compromisso do paciente, às vezes, na manutenção da estabilidade do quadro clínico.” (P10)

“(...) então, assim, acredito que ‘tá’ fácil desde que eu mostro para ele dentro de base científica o porquê do exercício, ‘né’, orientando, explicando direitinho, e eles, a maioria, aceita, confia e realiza. (P15)

“(...) depois que eles passam por esse esquema de educação em dor fica mais fácil, mas antes disso é bem difícil.” (P17)

Em nosso estudo, entre os entrevistados, n=6/27 afirmaram não enfrentar dificuldades para inserir o exercício em pacientes com fibromialgia.

- Estratégias para facilitar inserção e adesão ao exercício

Planejar um tratamento de reabilitação específico, características individuais como aptidão física, função e gravidade dos sintomas e objetivos devem ser levados em consideração para obter os benefícios ideais, garantir efeitos e adesão a longo prazo e apoiar na adoção de estilos de vida ativos que incluem exercícios regulares exercício (Giannotti et al., 2014). Em nosso estudo, estratégias fisioterapêuticas como a educação do paciente e educação em dor, materiais informativos, exposição gradual ao movimento, exercício supervisionado, preferências do paciente, flexibilidade e ajustes de horários foram descritos pelos participantes.

Segundo (Martínez-Navarro et al., 2023), conforme definido pela OMS, a educação terapêutica abrange atividades estruturadas destinadas a ajudar os pacientes a desenvolver as habilidades e comportamentos necessários para lidar com sua condição e adquirir informações sobre seus cuidados. No contexto da dor crônica, as diretrizes clínicas para o manejo da FM enfatizam a importância da educação relacionada à doença para reduzir a ansiedade do paciente e capacitá-lo para o autogerenciamento de seus sintomas (Martínez-Navarro et al., 2023).

Os relatos a seguir evidenciam a importância observada pelos (as) fisioterapeutas no processo educacional de pacientes com fibromialgia para melhorar a adesão ao exercício:

“(...) a estratégia é sempre a educação. quando eles entendem como a dor funciona no corpo deles e como o exercício pode funcionar como um analgésico, aí eles têm maior adesão.” (P17)

“(...) esclarecendo eles da importância da atividade física paralela ao processo de tratamento deles”. (P1)

“(...) a estratégia é falar do benefício para o paciente, o que ele tem que fazer, e ele tem que ser responsável e começar a praticar, porque se ele não fizer, o tratamento em si não vai ser suficiente.” (P13)

“(...) então, é tentar conscientizar mesmo, explicar o que é realmente a doença e a necessidade do exercício físico.” (P15)

“(...) é explicando o porquê que a gente ‘tá’ fazendo isso, sempre.” (P8)

Segundo Antunes et al. (2022), a educação do paciente deve ser baseada em abordagens que forneçam conhecimento e informações sobre a doença, o tratamento planejado, as estratégias e os resultados esperados. Para desenvolver um tratamento que vá ao encontro das necessidades dos doentes, obtendo uma adesão a longo prazo, é fundamental compreender as perspectivas dos doentes – as suas expectativas, a sua vivência da intervenção, a sua aceitabilidade, adequação do seu estilo de vida e resultados e eficácia no tratamento percepções (Antunes et al, 2022).

Outro participante destacou a relevância da educação em dor (END) no processo da inserção e adesão do exercício, exposto na frase a seguir: *“(...) a educação em dor entra muito forte aí. Então, eu acho que é muito importante, assim, explicar para eles porque que eles precisam fazer exercício físico, como que o exercício vai ajudar eles.” (P14)*. Em um estudo anterior (Ceballos-Laita et al., 2020), foi investigado o efeito da educação em dor em um protocolo de exercícios terapêuticos. Os resultados mostraram que o grupo que recebeu educação em dor associado ao exercício terapêutico apresentou melhora da intensidade de dor após a intervenção em relação ao grupo de exercício terapêutico isolado (Ceballos-Laita et al., 2020).

Apesar disso, segundo Ceballos-Laita et al. (2020), não foram encontradas diferenças entre os grupos para o número de tender points, sensibilidade à dor mecânica, impacto da FM, catastrofização da dor, sofrimento psicológico ou qualidade de vida. Ambos os grupos relataram melhorias no número de tender points, sensibilidade à dor mecânica e impacto geral da fibromialgia. Segundo (Ceballos-Laita et al., 2020), foi descrito que as cognições e as emoções podem modular a dor por meio de vias descendentes porque estão diretamente conectadas a diferentes áreas do cérebro, como o sistema límbico. Pacientes diagnosticados com FM que não compreendem o mecanismo da dor crônica geralmente apresentam emoções negativas que poderiam facilitar a dor pelas vias descendentes (Ceballos-Laita et al., 2020). Foi demonstrado que a END altera a cognição da dor e normaliza emoções e crenças sobre a dor, melhorando a inibição nociceptiva endógena em pacientes com FM (Ceballos-Laita et al., 2020).

Os participantes também relataram planejamentos como exercícios em grupo, exercício supervisionado, intervenções lúdicas, gestão de hábitos, acolhimento, aliança terapêutica, equipe multiprofissional e avaliação diária. Entre os participantes (n=1/27) afirmou não saber como responder. Tais achados são evidenciados pelos relatos a seguir:

“(...) fazer um exercício com você. Um exercício orientado, pra ele se sentir seguro.” (P27)

“(...) eu acho que a adesão deles, eu acho que a melhor coisa é nunca deixar eles, não deixá-los sozinhos para estar fazendo, ‘tá’ sempre, mesmo se você tiver paciente sozinho ali, você vai fazer junto com ele.” (P2)

“(...) o primeiro é a ludicidade que eu falei. as pessoas gostam da coisa lúdica, por mais que não sejam crianças, mas gostam, principalmente quem está com dor, quem está sofrendo. e a outra coisa é engajamento social.” (P21)

“(...) acho que à medida que esse vínculo vem com o paciente, que ele vai confiando e ele vai percebendo alguma melhora, eu acho que fica mais fácil de trabalhar uma dosagem um pouco maior, aumentar a frequência, você começa a descobrir o que ele realmente gosta de fazer, ‘né’.” (P25)

“(...) deixar ele se sentir bem com aquilo e ir ganhando confiança aos poucos.” (P26)

“(...) eu acho que é a estratégia que eu acabo usando, que é de micro hábitos, assim. um dia, cada vez, um pouquinho a cada dia, dentro do limite deles.” (P27)

“(...) então, eu acho que a primeira coisa que a gente precisa fazer é acolher.” (P9)

“(...) se o paciente não consegue, eu peço pra ele fragmentar os 20 minutos. Dez minutos num horário, dez minutos no outro horário.” (P4)

“(...) eu sempre indico que a paciente escolha fazer o exercício no momento que ela se sente com mais energia.” (P5)

“(...) depois eu penso em outros exercícios que a literatura traz sendo como primeira opção. Mas a primeira coisa, eu preciso trazer o paciente para sentir prazer em realizar uma atividade física.” (P27)

Em resumo, em nosso estudo, fisioterapeutas prescrevem exercícios mistos na fibromialgia utilizando estratégias gradativas. Modalidades de exercício prescritas como exercícios de fortalecimento, aeróbico no solo e aquático, mobilidade, Pilates, alongamentos, técnicas de relaxamento e distração. Estratégias como educação do paciente, educação em dor, escuta qualificada, exposição gradativa, supervisão do exercício, ajuste no horário e uso de checklists e recursos de mídia, além do nível de complexidade do exercício foram identificados. As barreiras para o exercício foram intensidade da dor, níveis de catastrofização, experiências anteriores e cinesiofobia. As facilidades foram vínculo afetivo, preferência do paciente e competência do profissional.

Adesão e evolução de pacientes com FM no tratamento fisioterapêutico

- **Autoeficácia em pacientes com fibromialgia**

Alguns participantes relataram que a autoeficácia de pacientes com fibromialgia é percebida como baixa. O relato a seguir *“(...) normalmente é muito baixa e eles acabam sendo um pouco catastróficos” (P25)* evidencia a percepção do profissional fisioterapeuta sobre a autoeficácia em pacientes com fibromialgia semelhante ao destacado na literatura, segundo Lavín-Pérez et al. (2023), a autoeficácia costuma ser baixa em mulheres com fibromialgia. De acordo com Lavín-Pérez et al. (2023), a autoeficácia pode ser definida como uma construção da crença de alguém em obter controle sobre o comportamento e o ambiente para atingir um objetivo, e é uma variável crucial para mulheres com essa doença, pois está relacionada ao alcance de metas de atividade física.

O relato a seguir: “(...) *depende, vai depender do paciente, eu acho. Depende do medicamento que ele está usando, do grau de depressão que ele tem ou não, se o paciente é um paciente mais esclarecido. Eu acho que vai depender do nível que o paciente está para ele conseguir isso daí (P13)*” destaca variáveis observadas que influenciam na autoeficácia, como por exemplo, a presença de depressão citada pelo participante. Segundo Van Liew et al. (2019), a autoeficácia está relacionada aos sintomas primários da FM: dor, depressão e incapacidade. Outro paciente reforça sobre os fatores relacionados à autoeficácia, destacados na frase a seguir: “(...) *a maior parte deles tem uma autoeficácia muito baixa, assim. Acho que por variados fatores, assim, acho que tudo contribui, na verdade, para isso. A falta de conhecimento, a falta de entendimento, a falta de entender que um simples exercício*”. (P7)

Segundo Van Liew et al. (2019), um forte senso de autoeficácia aumenta a resiliência e minimiza a suscetibilidade ao estresse e à depressão na FM. A autoeficácia pode amortecer as relações entre saúde e estresse percebido, vulnerabilidade ao estresse e eventos de vida negativos em populações de dor (Van Liew et al., 2019). Conjuntamente, a autoeficácia foi um determinante mais importante da incapacidade do que a intensidade ou a duração da dor entre os pacientes da atenção primária que relataram dor musculoesquelética (Van Liew et al., 2019). Ainda, de acordo com Van Liew et al. (2019), a autoeficácia prevê a incapacidade de longo prazo e o comportamento da dor, além da dor, angústia e fatores de personalidade, e foi um determinante significativo de depressão e incapacidade (Van Liew et al., 2019).

A sintomatologia da FM (por exemplo, dor, fadiga e depressão) está intimamente inter-relacionada e associada à funcionalidade. Além disso, as diferenças individuais na sintomatologia e na funcionalidade são influenciadas por outros componentes biopsicossociais, como os fatores cognitivos (Écija et al., 2020). Pacientes com fibromialgia geralmente apresentam alto impacto funcional e consequências negativas em sua qualidade de vida, juntamente com uma alta carga socio sanitária (Pastor-Mira et al., 2022). O relato a seguir: “(...) *eles não conseguem se sobressair com o cuidado com a saúde em primeiro lugar. Eles sempre vão, eles vão encontrando outras prioridades que não seja o próprio quadro clínico. (P10)*” pode direcionar à discussão a percepção do profissional sobre a percepção do paciente sobre a própria doença e a baixa autoeficácia para a autogestão necessária na fibromialgia. De acordo (Wijma et al., 2008) com quando os pacientes são confrontados com uma doença ou com sintomas, como na FM, eles criam um modelo e representação desta doença ou sintomas (percepções da doença) a fim de dar sentido ou tentar lidar com a doença e seus sintomas.

Um estudo anterior (Wijma et al., 2008) teve como objetivo investigar a percepção da doença de pacientes com FM. Os resultados demonstraram que as percepções da doença estão relacionadas com os sintomas que os pacientes vivenciam. Segundo Wijma et al. (2008), os pacientes com FM que procuram atendimento médico relatam mais sintomas ou que os pacientes que apresentam mais sintomas estão procurando assistência médica, mesmo depois de mais de 10 anos.

De acordo com Wijma et al. (2008), os pacientes experimentam pouco controle pessoal e têm baixas expectativas de tratamento eficaz. Apesar disso, em nosso estudo, um dos participantes destaca sobre a autoeficácia estar relacionada aos ganhos durante o tratamento, evidenciado pela frase a seguir: “(...) *quando eles conseguem observar os ganhos que o tratamento ele tem em relação à fibromialgia, essa percepção ela fica muito mais fácil. (P18)*”. Este relato pode ser reforçado pela frase a seguir “(...) *eles não têm autoeficácia, mas eles começam a ter com tratamento, entendeu? Eles não têm. Porque eles não se conhecem, quem não se conhece, quem não conhece como é a dor, como é o comportamento da dor, não vai ter autoeficácia*” (P4) enfatizada por outro participante, destacando sobre o desenvolvimento da autoeficácia durante o tratamento e sobre a incompreensão dos pacientes em relação ao seu quadro clínico. Segundo Wijma et al. (2008), a incapacidade de compreender os sintomas experimentados provavelmente aumenta a tendência à catastrofização.

Em nosso estudo, o relato a seguir destaca a relação da autoeficácia com a educação do paciente observada por fisioterapeutas: “(...) *ela vai estar diretamente relacionada à percepção do... Ao retorno que a gente dá para o paciente. Ao processo educacional.*” (P27). Os modelos tradicionais do desenvolvimento da dor explicam que as interpretações das pessoas sobre a dor levam ao medo excessivo, resultando na evitação de qualquer atividade física, aumento da intensidade da dor e incapacidade física (Gutiérrez et al., 2023). Concomitante a isso, a catastrofização da dor refere-se à tendência de exagerar o valor de ameaça da dor e suas consequências, tem sido amplamente estudada (Gutiérrez et al., 2023). Em termos neurobiológicos, as crenças catastróficas sobre a dor atuam como antecipações da sensação dolorosa (Gutiérrez et al., 2023). Isso se traduz na rapidez da ativação do corno dorsal, de modo que a informação dolorosa é transmitida de forma acelerada em processos *top-down* (Gutiérrez et al., 2023). Informar os pacientes sobre seus sintomas e tentar tranquilizá-los parece essencial para quebrar esse círculo vicioso de catastrofização (Wijma et al., 2008). Essa educação, no entanto, deve ser parte de uma abordagem mais ampla de gerenciamento da dor (Wijma et al., 2008).

- Desconhecimento sobre autoeficácia

O termo “fisioterapia psicologicamente informada” tem sido destacado na literatura científica atual (Denneny et al., 2020; Wilson et al., 2017) abordagens psicológicas para ampliar e aprimorar as habilidades dos fisioterapeutas e promover o autocontrole com os pacientes têm sido defendidas há mais de vinte anos (Denneny et al., 2020). Oferecer essas abordagens psicológicas e promover o autocuidado do paciente exige mudanças nos comportamentos habituais dos profissionais de saúde (Denneny et al., 2020). Segundo (Denneny et al., 2020), os fisioterapeutas têm treinamento e credibilidade para avaliar risco versus segurança no movimento humano e têm um papel fundamental na redução da incapacidade em condições de dor persistente.

Na prestação de cuidados de saúde, fornecem uma ponte entre os modelos de cuidados biomédicos e psicossociais, e muitas interações com os pacientes fornecem educação, aconselhamento e segurança com a intenção de atingir crenças e comportamentos inadequados (Denneny et al., 2020). Apesar do exposto, em nossos achados, identificamos que alguns participantes não eram familiarizados com o termo autoeficácia. Este fato é evidenciado pelos relatos a seguir relacionados ao momento de questionamento sobre a percepção da autoeficácia em pacientes com fibromialgia:

“(...) vamos colocar, é isso aí, ele tem que estar associado a outras terapias. a fisioterapia sozinha, ela não vai... não tem uma eficácia total não, tem que estar associada a outros para ter uma eficácia, vamos colocar assim, a fisioterapia seria acho que nem 50% do tratamento, acho que a fisioterapia seria assim, uns 40%, porque tem a medicação, vai ter uma atividade física que você tem que colocar em conjunto, vai ter um tratamento aí não só com reumatologista, mas com outros, outras profissões para poder ligar toda a caixinha aí do tratamento desse paciente. é multidisciplinar. (P2)”

“(...) ah, é difícil, ‘né’? mas como eu traço os objetivos na avaliação com eles, então a gente foca nisso. é como se a gente estivesse trabalhando sempre com meta. quando a gente chega na meta, a gente dobra a meta, ‘né’? (P3)”

“(...) então, o que eu percebo é essa abordagem multidisciplinar. quando o paciente tem esse acompanhamento multiprofissional, ele compreende e percebe uma evolução no tratamento da dor.” (P5)

“(...) olha, dentro do processo, porque constantemente, eu estou sempre em busca de novos conhecimentos e na busca de novos conhecimentos, eu ainda vejo que ainda existe muito limite. Limite para se ter uma boa eficácia com o paciente de fibromialgia. a gente consegue estabilizar o quadro dele, mas uma, uma... vamos dizer assim, existem gatilhos, que acionam, você faz um perfeito trabalho, o paciente está bem, aí tem um pequeno gatilho, acabou seu trabalho, foi todo jogado fora. então, na verdade, eu sinto uma dificuldade dessa permanência do bem-estar do paciente, mas ele já começa a ter aquela, vamos dizer assim, ele já começa a ter o controle da dor. Eu acho que isso é o importante, é ele ter o controle da dor dele.” (P9)

“(...) olha, eu não tenho problema com isso não. Desde que a gente explique certinho o que a gente quer que o paciente faça e, às vezes, a gente demonstra também, não tenho problema, nem com os idosos.” (P15)

A frase a seguir: *“(...) explica melhor, o que você quer dizer com essa pergunta.” (P27)* novamente ressalta desconhecimento sobre o termo autoeficácia por parte de alguns profissionais. As notas de campos realizadas durante a entrevista podem reforçar este achado: *“a participante pediu para explicar melhor a pergunta 2 da seção 5 e, então, a entrevistadora deu a definição de autoeficácia. Em seguida, a participante perguntou se a autoeficácia estaria relacionada a dentro da sessão ou a ele sozinho; a entrevistadora respondeu que estava relacionado ao do tratamento”*.

Além do exposto, as evidências das notas de campo a seguir podem reforçar o desconhecimento do termo autoeficácia em nosso estudo:

Antes de realizar a pergunta 3 da seção 5, a entrevistadora deu a definição de “autoeficácia”, pois a resposta que ele havia dado na pergunta anterior não estava relacionada à autoeficácia (notas de campo evidenciada durante a entrevista do P19).

- Antes de realizar a pergunta 3 da seção 5, a entrevistadora deu a definição de “autoeficácia”, pois a resposta que ele havia dado na pergunta anterior não estava relacionada à autoeficácia. Mesmo assim, o participante pediu para a entrevistadora repetir a pergunta e a definição. Em seguida, o participante respondeu (notas de campo evidenciada durante a entrevista do P20).
- Quando a entrevistadora terminou de fazer a pergunta 2 da seção 5, o participante disse “Autoeficácia é...”, no sentido de compreender o significado da expressão. Prontamente, a entrevistadora deu a definição de “autoeficácia”. Em seguida, perguntou ao participante se ele queria que ela repetisse a pergunta e ele disse que sim (notas de campo evidenciada durante a entrevista do P21).
- Após a entrevistadora fazer a pergunta 2 da seção 5, a participante expressou dúvida quanto ao significado de “autoeficácia” e, então, a entrevistadora deu a definição. A participante pediu para repetir a pergunta e, assim, a entrevistadora o fez (notas de campo evidenciada durante a entrevista do P24).
- A participante não entendeu o conceito de autoeficácia (pergunta 2 da seção 5). A entrevistadora deu a definição e depois perguntou se queria que repetisse a pergunta; a participante disse que sim. Logo depois que a pergunta foi repetida a participante conseguiu responder adequadamente (notas de campo evidenciada durante a entrevista do P26).
- Para responder à pergunta 2 da seção 5 sobre autoeficácia, a participante parou para pensar por um tempo e só então responder ao questionamento (notas de campo evidenciada durante a entrevista do P7).
- A participante não entendeu a pergunta 2 da seção 5 sobre autoeficácia. Prontamente, a entrevistadora explicou o conceito de autoeficácia para a participante, que, em seguida, conseguiu responder a pergunta (notas de campo evidenciada durante a entrevista do P8).

Em resumo, os resultados demonstram pouco conhecimento de alguns fisioterapeutas sobre autoeficácia, especialmente em pacientes com fibromialgia e refletem limitações quanto à formação dos profissionais para o desenvolvimento de habilidades e competências para compreender fatores psicoemocionais. Outro estudo (Denny, Diarmuid, et al. 2020) que examinou a fisioterapia psicologicamente informada para dor crônica observou que os fisioterapeutas usam uma variedade de habilidades psicológicas com os pacientes, mas refletir sobre seu desempenho de uma forma que ajude a desenvolver competência é muitas vezes atenuado por pressões de tempo, questões de reembolso, falta de supervisão adequada e expectativas dos pacientes em relação à fisioterapia.

- Estratégias de modificação da autoeficácia

A melhora da autoeficácia pode significar que os pacientes, mesmo aqueles com dor intensa e persistente, podem melhorar e ser capazes de manter sua vida social (Karasawa et al., 2019). Segundo Karasawa et al. (2019), o aumento da autoeficácia relacionada à dor é um fator protetor que ajuda a prevenir o desenvolvimento de dor crônica e possui uma influência positiva no comportamento de adesão ao tratamento. Em nosso estudo, as estratégias de modificação da autoeficácia relatadas pelos participantes foram educação do paciente, educação em dor, gestão de hábitos, suporte familiar, autorresponsabilidade do paciente e capacitação do profissional.

Nossos achados evidenciados pelos relatos a seguir mostram a ênfase do processo educacional para a modificação da autoeficácia. Alguns relatos dos participantes são evidenciados a seguir:

“(...) eu indicaria positivamente a educação, a educação em dor.” (P1)

“(...) educação, de novo, ‘né’ gente?” (P4)

“(...) então, acho que a educação em dor, para mim, é o principal fator que vai aumentar a autoeficácia do tratamento do paciente. (P5)”

“(...) eu acho que o processo educacional é o mais importante. E o retorno e o feedback constante para ajudar no engajamento das sessões. Então, é conhecimento técnico, empatia do profissional, também se colocar no lugar do paciente, e acolher nos momentos que não forem tão bons.” (P27)

“(...) eu acho que a estratégia é realmente educação, é conversar.” (P23)

“(...) educação em dor. Eles entendendo que eles precisam, não tem coisa melhor para eles adaptar ao tratamento e continuar, né, dar essa continuidade sem a gente.” (P14)

“(...) quanto mais o paciente sabe da doença dele, melhor fica essa auto eficácia, porque aí ele consegue entender desde a alimentação, da atividade física, da questão de saber controlar a questão de estresse emocional, então eu acho que fica melhor.” (P8)

De modo complementar ao citado anteriormente, alguns participantes relataram estratégias de modificação que envolvem a construção da relação terapeuta/paciente, abordagem multidisciplinar e interdisciplinar e utilização de checklists. Outros participantes destacaram:

“(...) traçar esses objetivos juntos.” (P3)

“(...) mas a responsabilidade é deles. Então, acho que a melhor estratégia é fazer com que os pacientes entendam isso.” (P21)

“(...) então, tu te compromete com o tratamento, eu vou fazer minha parte, eu quero que tu faça a tua, ‘tá’ aqui o checklist para te ajudar no teu dia a dia e eu quero ver a evolução.” (P26)

“(...) integração entre profissionais, assim, então o paciente de fibromialgia precisa de várias áreas da saúde.” (P22)

“(...) ele tem esse acompanhamento multidisciplinar, a importância de ter o apoio multidisciplinar e o que poderia ser mais?” (P15)

“(...) eu acho que se tiver um acompanhamento multidisciplinar, essa autoeficácia pode melhorar.” (P8)

Apesar das estratégias utilizadas citadas anteriormente pelos (as) fisioterapeutas, a literatura destaca (Karasawa et al., 2019) a terapia cognitivo-comportamental e os programas interdisciplinares de reabilitação da dor para melhorar tanto a autoeficácia quanto a depressão em pacientes com dor crônica e sugerem que o ritmo da atividade e entrevistas para aumentar a motivação deveriam ser incorporados à prática clínica como intervenções terapêuticas eficazes. Os achados anteriores do estudo de Karasawa et al. (2019) sugere que os profissionais devem se concentrar na autoeficácia dos pacientes, bem como na intensidade da dor, pois a autoeficácia pode contribuir para melhorar as atividades de vida diária de pacientes com dor crônica, o que, por sua vez, pode ajudá-los a retornar às suas atividades sociais. O desenvolvimento de terapias visando a melhoria da autoeficácia pode, portanto, ser benéfico.

Conforme destacamos previamente, em nosso estudo, alguns participantes não eram familiarizados com o termo autoeficácia (n=9/27). Paralelamente a essa informação, em outro momento ao questionamento sobre estratégias de modificação da autoeficácia em pacientes com FM, entre os participantes, (n=5/27) afirmaram não saber como responder à pergunta. Os relatos a seguir demonstram a dificuldade enfrentada por alguns profissionais:

“(...) no momento eu não consigo imaginar algo a respeito.” (P10)

“(...) ainda não pensei nisso.” (P12)

“(...) talvez eu não tenha conhecimento suficiente ainda para poder fazer, inclusive, com tanto resultado essa alteração da autoeficácia do paciente não.” (P25)

“(...) não, não consigo nem pensar, porque eu acho que é alguma coisa tão, pra mim, ‘né’? Tão distante que eu não sei nem te dizer o que.” (P16)

“(...) olha, no momento, não. Poderia até pesquisar mais para ver se poderia modificar, mas no momento, não.” (P17)

Por fim, outro relato destaca sobre a gestão do estilo de vida. *“(...) para a minha visão, serem mais ou menos nesses três pilares principais, sabe? Mudar o estilo de vida, que muito deles, o estilo de vida ajuda a não favorecer essa questão da autoeficácia, a parte emocional desse controle de comportamento e o sono também, que eu sei que influencia bastante nisso.” (P7)* e evidencia estratégias ativas para a modificação da autoeficácia. Já é destacado que melhorar a autoeficácia pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a incapacidade entre pacientes com dor crônica (Karasawa et al, 2019).

- Fatores que influenciam na adesão e evolução

Em nossos achados, os (as) participantes identificaram fatores que facilitam a adesão e evolução de pacientes com fibromialgia. Fatores associados a uma baixa adesão e evolução no tratamento foram aspectos psicoemocionais, capacitação do profissional, fatores ocupacionais e sociais, intensidade da dor, dose inadequada do exercício e rotina dos pacientes. O aumento da intensidade da dor no tratamento é evidenciado a seguir como uma barreira enfrentada por fisioterapeutas: *“(...) sim, o aumento da dor. Se ele vier para o consultório, e em sessões consecutivas ele estiver sentindo muito desconforto, não perceber melhora, aí a gente tem uma adesão negativa ao tratamento.” (P3)*

Segundo Maugars et al. (2021), a dor da fibromialgia varia significativamente ao longo do tempo, dependendo do período, da estação e das atividades. Certos fatores agravam a dor, sendo o mais importante a inatividade (Maugars et al., 2021). Segundo Maugars et al. (2021). não há especificidade na dor da fibromialgia. A vivência da dor persistente incita a uma busca de compreensão que inicialmente se concentra no diagnóstico e na indicação do tratamento que eliminará a dor (Lachapelle et al., 2008). Quando as tentativas iniciais não são bem-sucedidas, os pacientes geralmente iniciam uma busca vigorosa para encontrar uma cura. Essa busca pode dominar a vida de uma pessoa, levando-a a experimentar uma variedade de terapias farmacológicas, físicas e 'alternativas' (Lachapelle et al., 2008). Quando a experiência de dor continua, no entanto, ele ou ela é confrontado com a realidade de 'aprender a viver com' a dor crônica (Lachapelle et al., 2008).

O relato: “(...) *sim, a piora é quando você perde a mão e eles têm piora de dor por cinesiofobia. Isso é um fator bem importante para a pessoa falar, não vou mais porque eu piorei*” (P6) direciona a discussão sobre a dose inadequada do exercício durante o tratamento. Apesar de fortes recomendações sobre os benefícios do exercício físico apoiadas por revisões sistemáticas (Rodríguez-Almagro et al., 2023; Cuenca-Martínez et al., 2023, Couto et al., 2022; Ferro Moura Franco et al., 2021; Bidonde et al., 2019; Bidonde et al., 2014), sabe-se que a dose inadequada, especialmente no que se refere ao parâmetro da intensidade do exercício impacta na adesão do paciente no tratamento. Segundo (Lima et al., 2017). Em indivíduos saudáveis, o exercício aumenta os limiares para a dor induzida experimentalmente (Lima et al., 2017).

Em populações clínicas, o exercício promove analgesia em condições como dor lombar, osteoartrite, dor miofascial, síndrome da fadiga crônica e fibromialgia (Lima et al., 2017). No entanto, o exercício também mostrou aumentar a dor em ambientes experimentais e clínicos, especialmente quando uma condição de dor musculoesquelética já está estabelecida (Lima et al., 2017). Pacientes com fibromialgia apresentam maiores aumentos na dor e fadiga percebida após realizar uma tarefa fisicamente cansativa quando comparados a indivíduos saudáveis (Lima et al., 2017). Esse aumento da dor ao exercício em pacientes com dor crônica costuma ser uma barreira ao exercício regular, levando a um estilo de vida sedentário que piora as condições dolorosas e torna o tratamento ainda mais difícil (Lima et al., 2017).

Curiosamente, a contração dos músculos doloridos falha em ativar os mecanismos inibitórios da dor em pacientes com mialgia e fibromialgia, enquanto aumenta os limiares de dor à pressão em indivíduos saudáveis (Lima et al., 2017). O exercício é, na maioria dos casos, uma das melhores abordagens para o manejo das condições de dor crônica, portanto, entender os mecanismos da dor e da analgesia induzida pelo exercício é importante para definir melhor os protocolos de tratamento relacionados à atividade física para pessoas com dor (Lima et al., 2017).

Um estudo anterior (Lazaridou et al., 2020) teve como objetivo examinar as associações entre os sintomas diários de dor, catastrofização e atividade física em pacientes com FM. Segundo Lazaridou et al. (2020), a catastrofização da dor do estado e a atividade física parecem influenciar os níveis de dor na FM, com a catastrofização ampliando os efeitos agudos e de aumento da dor da atividade física. Pacientes com alto estado de catastrofização da dor relatam maior dor no contexto de níveis de atividade relativamente mais altos, enquanto entre pacientes com baixo estado de catastrofização da dor, níveis mais altos de atividade estão associados a classificações mais baixas de intensidade da dor (Lazaridou et al., 2020).

Como o medo do movimento devido a uma possível lesão representa uma resposta à dor relacionada à catastrofização do estado, esse pode ser outro mecanismo pelo qual a catastrofização do estado pode aumentar a intensidade da dor percebida quando há aumento da atividade física (Lazaridou et al., 2020). A percepção da dor em indivíduos com maior medo relacionado à dor e maior catastrofização do estado autorrelatado parece ser tendenciosa para previsões (por exemplo, viés cognitivo) e menos para entradas nociceptivas (Lazaridou et al., 2020). Portanto, em dias de maior atividade, é provável que a catastrofização de estado mais elevado produza aumentos na dor percebida (Lazaridou et al., 2020).

A catastrofização também demonstrou estar significativamente associada à fadiga e servir como um bom preditor da gravidade da fadiga, que pode ser um dos caminhos pelos quais a catastrofização do estado reduz o engajamento nas atividades diárias (Lazaridou et al., 2020). Finalmente, a catastrofização da dor parece ter uma influência desadaptativa nos circuitos cerebrais envolvidos na facilitação da dor e na sensibilização central (Lazaridou et al., 2020). Portanto, parece importante avaliar a catastrofização e direcioná-la ao focar na melhora da função física em pacientes com FM (Lazaridou et al., 2020).

A frase a seguir “(...) *eu acho que paciente que tem questões mais psicossociais são mais difíceis de fazer essa adesão.*” (P23) enfatiza o impacto de questões psicológicas, além de sociais, na adesão ao tratamento.

De acordo com Briones-Vozmediano et al. (2015), os sintomas principais de dor, fadiga crônica, dificuldade para dormir e dificuldade de concentração e atenção afetam a capacidade funcional dos pacientes, com um claro impacto negativo no desenvolvimento de atividades de sua vida cotidiana e laboral. Os pacientes de FM podem desenvolver um grau de incapacidade suficiente para impedir que continuem trabalhando; se estima que entre os 25 e 50% abandonou ou perdeu o emprego como repercussão desta doença (Briones-Vozmediano et al., 2015). As frases a seguir: “(...) *medo de perder o emprego é uma das coisas que podem atrapalhar o tratamento.*” (P8), “(...) *maior dificuldade da adesão os compromissos diários desses pacientes*” (P10), “(...) *eu penso que o que mais interfere é a rotina de afazeres, além do autocuidado, além da saúde*” (P9) e “(...) *pacientes que estejam em vulnerabilidade social, pacientes que tenham dentro do seu ambiente, tanto de casa ou social ou laboral, algum problema*” (P18) enfatizam a percepção de fisioterapeutas sobre o comprometimento funcional na fibromialgia, especialmente no aspecto ocupacional e de atividades diárias.

Um estudo (Briones-Vozmediano et al., 2015) teve como objetivo explorar as percepções dos pacientes de FM sobre os problemas que experimentam no âmbito laboral, para analisar como se enfrentam e se adaptam às limitações da FM. As pessoas com FM sentem-se improdutivas como trabalhadoras devido às limitações que as impedem de realizar seu trabalho normalmente. Estes são derivados de todos os principais sintomas: dor e fadiga. A falta de controle sobre seus sintomas desencadeia estados de humor negativos: frustração, preocupação e sentimentos de inutilidade (Briones-Vozmediano et al., 2015). Além do exposto, sentem-se em condições inferiores em relação aos colegas ou têm que investir mais tempo e se esforçar para cumprir as mesmas exigências trabalhistas (Briones-Vozmediano et al., 2015). Eles têm medo de perder o emprego, pois se sentem inseguros e não lucrativos para a empresa (Briones-Vozmediano et al., 2015).

Além disso, são constantemente obrigados a justificar-se e dar explicações para o seu absentismo devido à imprevisibilidade das suas doenças. Eles estão cientes de que são suspeitos de fingir ou exagerar suas doenças para isentar suas obrigações de trabalho, ou que está relacionado à invisibilidade de seu desconforto porque os sintomas não são objetificáveis (Briones-Vozmediano et al., 2015). Isso se explica, em parte, pela falta de conscientização geral, devido ao recente reconhecimento oficial da FM como doença, em 1992 pela Organização Mundial da Saúde, juntamente com a incerteza existente sobre sua etiopatogenia (Briones-Vozmediano et al., 2015).

O relato abaixo enfatiza o uso de medicamentos na adesão e evolução do paciente: *“(...) para mim, o maior fator que impede a evolução do paciente é o fator psíquico e o fator farmacológico. Então, os pacientes que não estão fazendo terapia e que não aceitam o uso de medicação, eles não aderem ao tratamento, porque eles não veem evolução.” (P5)*

O tratamento farmacológico sozinho é inadequado para a maioria dos pacientes que sofrem de síndrome de FM (Siracusa et al., 2021). Dados os diferentes mecanismos de sensibilidade à dor, os tratamentos continuarão a envolver programas multidisciplinares que visam as causas periféricas, centrais, cognitivo-emocionais e interpessoais da dor crônica que caracteriza a fisiopatologia da FM (Siracusa et al., 2021). Analgésicos convencionais geralmente não são eficazes (Cooper et al., 2017). Antidepressivos, como inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, agentes tricíclicos, como amitriptilina ou antiepilépticos como gabapentina ou pregabalina são frequentemente oferecidos como tratamento (Cooper et al., 2017). A proporção de pacientes que alcançam um alívio valioso da dor (normalmente pelo menos 50% de redução na intensidade da dor) é pequena e geralmente atinge apenas 10% a 25% a mais do que com placebo (Cooper et al., 2017). Aqueles que experimentam bons níveis de alívio da dor, no entanto, também se beneficiam de reduções substanciais em outros sintomas, como fadiga, depressão e ansiedade, com melhora significativa na capacidade de funcionamento, sono, trabalho e qualidade de vida (Cooper et al., 2017).

O relato a seguir destaca a adesão ao medicamento como fator que favorece a adesão ao tratamento:

“(...) a terapia medicamentosa em conjunto, ‘tá’ fazendo esse acompanhamento com o reumatologista, isso tudo ajuda na adesão do tratamento e a melhora mais rápida dos sintomas.” (P2)

E, finalmente, fatores relacionados ao profissional foram destacados, sendo evidenciado na frase abaixo:

“(...) quando o profissional de saúde não tem essa sensibilidade, ele não consegue ter essa empatia de se colocar no lugar da pessoa e querer só mostrar o trabalho dele, estar ali trabalhando pelo ego, por aquelas... Isso atrapalha muito o engajamento do paciente.” (P21)

As relações entre pacientes com fibromialgia e profissionais de saúde tendem a ser difíceis (Briones-Vozmediano et al., 2013). Os pacientes descreveram ser compreendidos pelos profissionais que os atendem como uma necessidade (Briones-Vozmediano et al., 2013). No entanto, queixavam-se frequentemente da falta de compreensão e apoio dos profissionais (Briones-Vozmediano et al., 2013). Além disso, quando não há acordo sobre o diagnóstico, causas ou tratamento, os pacientes podem ficar tão frustrados que nem mesmo completam a terapia prescrita (Briones-Vozmediano et al., 2013).

Outro relato destaca a importância do acompanhamento com a equipe multidisciplinar no tratamento: *“(...) é importante o acompanhamento multidisciplinar. Eu sempre indico, recomendo, mas nem sempre eles fazem.” (P5)*

Um estudo anterior (Briones-Vozmediano et al., 2013) analisou a insatisfação mútua existente entre pacientes e profissionais da saúde em relação ao manejo da fibromialgia. Neste estudo, os profissionais de saúde avaliaram positivamente o interesse que têm por esses pacientes. Segundo (Briones-Vozmediano et al., 2013), em geral, os pacientes descrevem a falta de apoio moral dos profissionais que os atendem. Os confrontos descritos por ambos os grupos podem ser causados pela tensão criada quando suas expectativas se chocam (Briones-Vozmediano et al., 2013).

Pelas entrevistas com os pacientes, a maioria avaliou negativamente o cuidado prestado pelos profissionais (Briones-Vozmediano et al., 2013). Os pacientes percebiam falta de empatia ou, como dizem muitos entrevistados, um mínimo de esforço para dar atenção, apoio e compreensão (Briones-Vozmediano et al., 2013). Os pacientes estavam insatisfeitos com a forma como eram tratados pelos profissionais que questionavam sua credibilidade, e cobravam deles maior envolvimento e empatia (Briones-Vozmediano et al., 2013).

De modo complementar ao exposto, os fatores que favorecem adesão e evolução relatados pelos participantes foram, relação terapeuta/paciente, individualidade da consulta, escuta ativa, acolhimento, abordagem multidisciplinar, contato manual, familiares, uso de medicamentos, educação em dor, educação do paciente e preferências do paciente. As frases evidenciadas abaixo destacam o exposto anteriormente:

“(...) a adesão depende da individualidade da consulta, na individualidade de todo o processo de avaliação e de condução do tratamento.” (P1)

“(...) se o paciente sente segurança e sente que realmente tu planejou para o tratamento, isso é o segundo ponto da adesão.” (P1)

“(...) o terceiro ponto que eu acredito que interfere na adesão é a proximidade do terapeuta junto do paciente, o olhar do terapeuta ali no solo ou na água junto do paciente.” (P1)

“(...) quarto fator que interfere na adesão é o hands-on, o contato manual e o hands-off.” (P1)

“(...) acho que o quinto fator da adesão é a riqueza do manejo do paciente em relação a técnicas, em relação a métodos, em relação ao conhecimento, o domínio de conhecimento desse profissional.” (P1)

“(...) vínculo. e você mostrar que ele está evoluindo. então, você cria vínculo com o paciente e dá feedbacks o tempo inteiro.” (P4)

“(...) o que eu vejo é assim, na avaliação ali, ter aquela empatia, conquistar o paciente, ele confiar no seu trabalho.” (P13)

“(...) o porquê que ele tá ali contigo, o porquê que ele foi te procurar, então, eu acho que deixar isso bem claro para o paciente e entender qual é o objetivo dele estar ali, qual é, é um ponto importante, assim, para ele aderir.” (P22)

Em um estudo anterior (Dobkin et al., 2006) que teve como objetivo identificar preditores de adesão geral e medicamentosa em mulheres com fibromialgia, foi observado que os preditores de maior adesão geral à saúde as recomendações dos profissionais foram baixas sofrimento psicológico e baixa discordância profissional-paciente sobre o bem-estar do paciente (Dobkin et al., 2006). Este fato está de acordo com as percepções percebidas pelos profissionais relacionadas à relação do profissional e paciente como fator para o desenvolvimento de adesão no tratamento.

Os relatos abaixo destacam a importância do envolvimento do próprio paciente no processo terapêutico:

“(...) um fator importante que faz eles aderirem é eles quererem melhorar esse processo.” (P9)

“(...) o maior protagonista ali, no caso, é o próprio paciente, então eu acho que é importante alinhar e deixar bem claro essas questões desde o início, assim.” (P22)

“(...) essas motivações de coisa que ele realmente gosta de fazer, quer voltar a fazer e ‘tá’ sentindo falta, é um outro componente que acho que influencia nesse ponto na adesão.” (P25)

Na perspectiva do favorecimento da adesão, novamente, fatores relacionados à dor foram destacados pelos participantes:

“(...) a melhora da dor, ‘né’, ele tá seguindo o tratamento e tá melhorando, isso aí ajuda bastante, ele ter o apoio, ter o apoio dentro de casa, ter o apoio de amigos, ter pessoas estimulando.” (P2)

“(...) eles ficam fazendo o tratamento quando eles veem melhora de dor, ‘né’? então, tendo melhora de dor, eles ficam.” (P11)

“(...) redução do tempo de dor desses pacientes, até relato deles mesmo no dia a dia. melhorei, estou ficando melhor, estou me sentindo bem.” (P14)

“(...) eles aderem quando eles começam a entender a questão de como funciona a dor deles na fibromialgia. aí tem adesão. Se você explica a questão da dor, como funciona a dor, eles aderem. Agora, se você não explica e fala que tem que fazer exercício, não tem adesão.” (P17)

De fato, há dados na literatura (Suso-Ribera et al., 2017) que sugerem que os níveis de intensidade da dor não devem ser negligenciados quando a interferência da dor e a incapacidade física são os resultados. Especificamente, é possível que as tentativas de reduzir a interferência da dor e a incapacidade física por meio da catastrofização da dor funcionem melhor se a dor for reduzida primeiro, especialmente quando os pacientes experimentam intensidade de dor intensa (Suso-Ribera et al., 2017). Adicionalmente, a relação entre a catastrofização da dor e os resultados relacionados à dor pode ser de alguma forma influenciada pelas características da dor (Suso-Ribera et al., 2017).

Segundo Suso-Ribera et al. (2017), quando a dor induzida era apenas leve, a catastrofização da dor estava associada à ativação de um grande número de regiões cerebrais envolvidas na resposta emocional e motora à dor, vigilância da dor e controle inibitório de cima para baixo. Para Suso-Ribera et al. (2017), o apoio à ideia de que a intensidade da dor modera a relação entre a catastrofização da dor e os resultados de saúde foi apenas parcial porque a moderação não ocorreu na relação entre a catastrofização da dor e a saúde mental. Consistente com essa ideia, nossos resultados sugerem que a associação direta entre a catastrofização da dor e o Funcionamento Físico, conforme descrito no modelo de evitação do medo, pode de fato ser moderada pelos níveis de intensidade da dor (Suso-Ribera et al., 2017). A intensidade da dor pode ser o fator contextual que explica por que uma redução na catastrofização da dor está mais associada à melhora do estado de saúde mental (Suso-Ribera et al., 2017).

A frase “(...) *a família acredito que influencia muito para a evolução, para o resultado desses pacientes de fibromialgia.*” (P15) direciona a discussão para a influência dos fatores familiares na adesão do tratamento.

É importante evitar disfunções na família e promover boas relações familiares apoio, pois, de acordo com Montesó-Curto et al. (2022), a família tem papel importante na aceitação do diagnóstico, adaptando-se às demandas da doença e buscar ajuda de profissionais de saúde (Montesó-Curto et al., 2022). Essas alterações causadas pela doença podem levar a isolamento social em algumas famílias, uma vez que os pacientes deixam de participar de atividades familiares e comunitárias (Montesó-Curto et al., 2022). Isso aumenta os custos da doença, pois o isolamento não ajuda na recuperação (Montesó-Curto et al., 2022). Os relacionamentos entre cônjuges e parceiros são afetados de maneiras especialmente negativas (Montesó-Curto et al., 2022).

Segundo Montesó-Curto et al. (2022), a percepção da família sobre o evento determinará se a crise é percebida como uma ameaça ou como um desafio. De acordo com Montesó-Curto et al. (2022), quando disponível, o apoio familiar pode ajudar a melhorar a saúde mental e física dos pacientes com fibromialgia. As mudanças trazidas pela FM em algumas famílias levam a isolamento social decorrente do necessário afastamento de atividades sociais e comunitárias (Montesó-Curto et al., 2022).

A experiência do paciente é melhorada positivamente quando o cuidado abrange aspectos clínicos e emocionais (Bradshaw et al., 2022). Os relatos destacados posteriormente enfatizam as habilidades do profissional na escuta ativa e acolhimento como fatores que favorecem a adesão no tratamento fisioterapêutico para a fibromialgia.

“(...) o que ajuda na adesão é a escuta.” (P26)

“(...) a adesão se dá pelo acolhimento. se não tem esse acolhimento inicial, a pessoa desiste já do tratamento do início.” (P26)

De acordo com Bradshaw et al. (2022), a escuta se alinha com o conhecimento narrativo, ou seja, como o clínico desenvolve uma compreensão da experiência do indivíduo sobre seus problemas de saúde e sofrimentos físicos, emocionais e psicológicos resultantes. Juntas, essas ações facilitam um forte relacionamento terapêutico, um estilo de comunicação colaborativo entre médico e paciente, e aumentam a adesão aos planos de tratamento e melhores resultados (Bradshaw et al., 2022).

Bradshaw et al. (2022) investigaram as estratégias para incorporar o apoio emocional em ambientes de cuidados crônicos e complexos, observou os pacientes explicaram essa experiência da seguinte forma: em primeiro lugar, os pacientes relataram a importância da experiência de serem ouvidos na interação com os clínicos. Um paciente resumiu a experiência positiva como “(o) médico realmente sentou e *ouviu*” (PF1) (Bradshaw et al., 2022). Ser ouvido ajudou-os a se envolver e participar do tratamento (Bradshaw et al., 2022). De acordo com Bradshaw et al. (2022), em segundo lugar, eles explicaram que ouvir era importante para desenvolver a confiança dentro da relação terapêutica, motivando-os a se engajar e aderir ao plano de tratamento, mesmo quando estavam lutando fisicamente ou emocionalmente. Ainda, Bradshaw et al. (2022) destacam que os pacientes relataram que quando, ocasionalmente, o clínico estava distraído e não ouvia, eles se sentiam angustiados, irritados e havia uma sensação de desconexão emocional com o clínico.

Em resumo, em nosso estudo, fatores relacionados ao quadro clínico, habilidades e competências do profissional influenciam na adesão e evolução do tratamento fisioterapêutico. Fatores familiares, individualidade do atendimento, habilidade e competência do profissional, vínculo terapêutico, contato manual, fatores psicossociais e ocupacionais, experiências prévias foram descritos como influenciadores na adesão e evolução do tratamento.

Relação com a equipe multidisciplinar e terapeuta/paciente

- Contato com a equipe multidisciplinar

De acordo com McIlroy et al. (2022), o manejo da fibromialgia visa reduzir os sintomas e aumentar a função. Intervenções multimodais e não farmacológicas são recomendadas devido aos diversos sintomas da fibromialgia e às limitações de modalidades únicas de tratamento (McIlroy et al., 2022). Apesar das recomendações para a abordagem multidisciplinar no tratamento da FM, em nossos achados, observamos que entre os participantes, n=8/27 afirmaram que possuem contato com a equipe multidisciplinar, n=5/27 afirmaram que algumas vezes possuem contato com a equipe multidisciplinar, n=3/27 afirmaram que não possuem contato com a equipe multidisciplinar e n=5/27 afirmaram que possuem com alguns profissionais da equipe multidisciplinar.

O relato a seguir “(...) às vezes, a gente consegue contato com quem está atendendo o paciente, muitas vezes a gente não consegue, ‘né’? Porque como eu trabalho mais isolado, eu dependo de conseguir esse contato com os profissionais que estão atendendo a pessoa.” (P7) enfatiza as dificuldades para realizar o contato com a equipe multidisciplinar. Outra frase reforça o que foi argumentado anteriormente e enfatiza que nem sempre o (a) fisioterapeuta busca os outros profissionais envolvidos no tratamento do paciente: “(...) às vezes sim e às vezes não. Às vezes o paciente já chega e já tem os profissionais que ele faz acompanhamento e nem sempre eu entro em contato, depende do caso.” (P5) No passado, presumia-se que os profissionais de saúde altamente qualificados comunicariam entre si como um processo natural, ou seja, que isso aconteceria por conta própria. Agora entendemos que a comunicação dentro e entre profissões e pacientes é uma conquista complexa, com inúmeras barreiras, incluindo obstáculos culturais, educacionais e estruturais (Bender et al., 2022).

Outro relato aborda a dificuldade no contato com a equipe de profissionais: “(...) eu gostaria de ter mais. Eu gostaria de ter mais proximidade. Apesar de sermos, ‘né’, de estarmos no mesmo ambiente, na mesma instituição, eu vejo que existe uma resistência sobre a discussão do quadro clínico do paciente.” (P10)

Somado ao exposto, as evidências abaixo reforçam a dificuldade no contato com a equipe entre os profissionais:

“(...) a gente tenta abrir esse canal de comunicação com os outros profissionais, mas infelizmente nem sempre a gente consegue o que a gente gostaria.” (P25)

“(...) quando o paciente aceita e o profissional, médico, psicólogo, enfim, aceita também, com certeza, eu sempre pergunto antes se teria problema ou se ‘tá’ aberto a conversar e ter esse diálogo, mas eu costumo sempre conversar.” (P22)

“(...) em ambulatório da universidade, mas naquele momento do atendimento não tem uma equipe, somos só nós, ‘né’? Daí nos outros setores da universidade tem os outros profissionais.” (P1)

Na dor crônica, o atendimento multidisciplinar tem o potencial de reduzir o uso de opioides, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e a satisfação com o tratamento (Campwala et al., 2021). Apesar disso, nossos achados evidenciam as barreiras na socialização entre os profissionais destacadas na literatura. Somado ao exposto, a ausência de profissionais especializados no conhecimento sobre dor também foi enfatizada, evidenciado pela frase a seguir: *“(...) então, tem muitos profissionais que não aderem a essa área. Então, como faltam muitos profissionais com especialização em dor, eu vejo dificuldade em você encontrar esses profissionais.” (P13)*

De acordo com O’Reilly et al. (2017), existem também barreiras “mais profundas” relacionadas à socialização profissional. Em alguns casos, alguns membros da equipe podem não querer mudar a forma como foram inicialmente socializados em sua profissão, principalmente os médicos.

Os relatos a seguir destacam maiores dificuldades na abordagem de alguns profissionais da medicina envolvidos no acompanhamento de pacientes com FM:

“(...) tanto é que tem alguns médicos, como a gente já sabe que tem essa abertura, às vezes a gente entra em contato antes mesmo dele ter retorno, a gente conversa com esse médico. Mas nem todos dão essa abertura.” (P8)

“(...) alguns médicos, principalmente os mais novos, mantém contato com a gente. Nutricionistas mantém contato, agora médicos mais antigos, psiquiatras, psicólogos, é complicado.” (P11)

“(...) rarissimamente. Quase nunca. No geral, pelo menos os médicos daqui da cidade, não tem muita abertura, não se importam muito, não querem muito saber da fisioterapia.” (P23)

“(...) alguns médicos, sim, mas no geral, não.” (P13)

“(...) mas é sempre com o psicólogo, ‘né’. O médico às vezes acaba ficando um ser um pouco inatingível.” (P17)

A literatura destaca, segundo Campwala et al. (2021), equipes de atendimento multidisciplinar demonstraram ser eficazes em ambientes de atendimento especializado. Pacientes com dor crônica submetidos ao tratamento multidisciplinar relatam maior alívio da dor com expectativas mais realistas, adesão aos planos de medicação e consultas de acompanhamento e melhor conhecimento de saúde sobre a dor, em comparação com pacientes tratados por um único fornecedor.

- Indicações para melhorar a interação com a equipe

A comunicação e colaboração eficientes entre os profissionais de saúde são pré-requisitos essenciais para um atendimento de alta qualidade centrado no paciente (Nordman et al, 2023). Entre outras coisas, isso reduz as taxas de readmissão, melhora os resultados de saúde do paciente, aumenta a eficiência do tempo, melhora parcialmente os processos clínicos e reduz os custos dos cuidados de saúde (Nordman et al 2023). As intervenções baseadas na prática de colaboração interprofissional são estratégias implementadas em ambientes de saúde para melhorar as interações e os processos de trabalho entre dois ou mais tipos de profissionais de saúde.

Em nosso estudo, as indicações entre os participantes foram comunicação, recursos tecnológicos, competência do profissional, relatórios, reuniões e educação continuada foram recomendadas para equipe de profissionais que participam do tratamento de pacientes com FM. A frase a seguir “(...) *A gente marca também reuniões.*” (P9) destaca uma das recomendações sugeridas por (as) fisioterapeutas.

Uma revisão sistemática da Cochrane Database (Reeves et al., 2017) estudou diferentes intervenções de colaboração interprofissional, em comparação com os cuidados habituais ou uma intervenção alternativa, para ver se melhoravam o cuidado ou a colaboração do paciente. As atividades interprofissionais facilitadas externamente podem melhorar ligeiramente o estado funcional do paciente e a adesão dos profissionais de saúde às práticas recomendadas, e podem melhorar ligeiramente o uso dos recursos de saúde (Reeves et al., 2017). A utilização de rondas interprofissionais e listas de verificação interprofissionais pode melhorar ligeiramente a utilização dos recursos de saúde. As reuniões interprofissionais podem melhorar ligeiramente a adesão às práticas recomendadas e melhorar ligeiramente a utilização dos recursos de saúde (Reeves et al., 2017).

Adicionalmente ao exposto anteriormente, os (as) participantes destacam em seus relatos estratégias envolvendo recursos tecnológicos e elaboração de relatórios para facilitar a comunicação entre os membros da equipe:

“(...) então, para facilitar essa comunicação, eu acho que a tecnologia pode ajudar bastante, informações de grupos, informações de grupos de estudo do paciente, para a gente conseguir uma abordagem melhor.” (P20)

“(...) uma estratégia que eu tenho tentado, para ver se eu consigo facilitar um pouco essa dificuldade, é elaborar alguns relatórios mais robustos, com informações do que a gente já fez, do que foram as experiências do paciente, com scores mesmo dos questionários, mostrando o que foi aplicado”. (P7)

“(...) toda vez, porque o paciente tem que voltar de tempo em tempo no médico, a gente manda relatórios para esse médico e sempre se põe à disposição. Tem alguns médicos que até pedem, olha, pede para quando você voltar, para o profissional ligar, que eu preciso falar, tirar umas dúvidas.” (P8)

Os relatos a seguir enfatizam a necessidade de estratégias de educação continuada para melhorar a interação na equipe: *“(...) o que eu indicaria é os profissionais fazerem cursos, não precisa ser uma pós, mas fazer curso de intervenção em dor para entender o mecanismo da dor, o que está acontecendo com o paciente para facilitar a conversa.” (P13)*

É destacado na literatura que a formação do profissional de saúde dedica tempo e conteúdo insuficientes à educação sobre a dor e os fisioterapeutas integram inadequadamente as melhores evidências atuais sobre o manejo da dor na prática clínica, deixando os profissionais de saúde despreparados para gerir eficazmente a dor (Etheridge et al., 2022). Os profissionais de saúde muitas vezes ignoram, avaliam mal, subestimam, não tratam ou tratam inadequadamente a dor crônica dos seus pacientes (Etheridge et al., 2022). Além disso, os fisioterapeutas relataram que as restrições do ambiente de trabalho, como a cultura, as políticas e as diretrizes financeiras, impactam os cuidados que prestam aos pacientes que vivem com dor crônica (Etheridge et al., 2022).

Segundo Etheridge et al. (2022), os fisioterapeutas e outros profissionais de saúde têm lutado para implementar na prática o tratamento da dor com as melhores evidências. Por exemplo, embora os fisioterapeutas tenham feito melhorias importantes na identificação e gestão dos fatores de risco psicológicos dos pacientes para dor crônica e incapacidade, as evidências sugerem que alguns fisioterapeutas não costumam rastrear fatores de risco estabelecidos, o que pode atrasar o acesso dos pacientes ao tratamento necessário (Etheridge et al., 2022).

Complementarmente, (Etheridge et al., 2022) destaca que os fisioterapeutas com maior conhecimento sobre a dor podem traduzir esse conhecimento para os seus pacientes e melhorar o manejo dos indivíduos com dor crônica. Os relatos enfatizados abaixo podem direcionar a discussão para a fatores que podem influenciar colaboração entre os profissionais, tais como, trabalho do profissional e a comunicação entre os envolvidos:

“(...) quando você faz um trabalho específico, especializado, um trabalho que tem um resultado bom, então isso fica muito mais fácil, porque quando você tem resultado, quando é positivo, chama a atenção dos outros que estão envolvidos na equipe multi e aí as pessoas começam a lhe dar a brecha, começam a ouvir o que você tá falando, é como se gerasse confiança.” (P3)

“(...) então, o que seria interessante é perder o medo de falar com outro profissional, ‘né’?” (P11)

A colaboração interprofissional, por sua vez, é identificada como crítica para a prestação de cuidados de saúde eficazes e eficientes, dada a complexidade das necessidades de cuidados de saúde dos pacientes e a variedade de prestadores e organizações de cuidados de saúde. A colaboração interprofissional tem sido associada a uma série de resultados, incluindo melhorias na segurança do paciente e na gestão de casos, o uso ideal das habilidades de cada membro da equipe de saúde e a prestação de melhores serviços de saúde (Reeves et al., 2013).

Por fim, outro argumento enfatiza a importância da melhora da habilidade de comunicação para facilitar a interação entre os profissionais: *“(...) como que a gente pode melhorar isso? Na comunicação. Então, se a informação não chega até nós, faz a tua parte. Então, vai lá e leva a informação para a equipe, ‘né’? Então, se não chegou uma informação que era importante da equipe médica, uma informação que era importante da psicologia, uma informação que era importante da nutrição, vai lá.” (P1)*

- Barreiras e dificuldades na comunicação com a equipe

Erros de comunicação são uma das principais causas de eventos adversos no ambiente de cuidados de saúde agudos e ambulatoriais com algumas estimativas de até 60% de todos os erros estão relacionados com lacunas de comunicação. Erros de comunicação incluem mal-entendidos e hesitação em falar ocorrem em grupos e equipes, bem como entre indivíduos (Bender et al., 2022).

Em nosso estudo, a própria habilidade de comunicação foi relatada: *“(...) na dificuldade da comunicação é que tem profissionais que não são acessíveis, tem profissionais que não aceitam discutir um caso, que não aceitam discutir medicação, principalmente a equipe médica. então, tem profissionais que não aceitam essa comunicação. Já tem profissionais que chamam para conversar, que já têm essa visão. A visão do profissional é que vai determinar o acesso ou não a ele. Eu sempre busco, mas nem todos respondem ou querem contar.” (P5)*

Complementando o exposto, outros (as) participantes argumentaram de modo semelhante:

“(...) a dificuldade justamente está na comunicação, na aproximação, na comunicação, em conseguir entrar em contato com os profissionais.” (P20)

Os relatos a seguir destacam as barreiras enfrentadas pela formação dos membros da equipe:

“(...) então, como faltam muitos profissionais com especialização em dor, eu vejo dificuldade em você encontrar esses profissionais.” (P13)

“(...) a questão da capacitação, novos cursos, a questão da relação entre a equipe ‘né’... a questão de você querer mudar o perfil do ambulatório... conhecimento.” (P12)

Novamente, a socialização e interação envolvendo outros profissionais é enfatizada:

“(...) muitos profissionais, eu acho que principalmente os médicos, às vezes não tem tanta abertura para a equipe multi por conta de um preconceito mesmo, uma questão social, e aí eu acho que às vezes acaba atrapalhando um pouco.” (P3)

“(...) a maior dificuldade é ego e hierarquia.” (P6)

“(...) então com o psicólogo, tu encaminha, o psicólogo te dá um feedback, tu ‘dá’ um feedback, o nutricionista te encaminha, ele te ‘dá’ uma volta, ó, esse paciente tem um problema intestinal, então é por isso que tá dificultando, nós vamos trabalhar isso e vai evoluindo. Educador físico, tu manda para o acompanhamento, educador físico te manda retorno. Agora médico, parece que tem uma barreira.” (P26)

“(...) a dificuldade que eu acho maior, que eu já falei aqui em alguns momentos, é a questão do ego, ‘né’? Então, tem profissionais de saúde que não aceitam uma abordagem diferente da deles, e aí acaba complicando um pouquinho, porque o paciente deixa de ser o foco, e o foco vira o que a pessoa tem de melhor pra aplicar.” (P21)

“(...) então, ainda temos médicos que encaminham o que é para ser feito, digamos assim, ‘né’? e aí você tem que explicar para o paciente que, assim, depois da nossa avaliação, a gente vai ver o que vai ser melhor para esse paciente e aí tem paciente que fala, mas o médico falou que era para fazer isso. a gente ainda tem muito isso. E às vezes o paciente volta no médico só para falar para o médico que tudo que estava no papel a gente não fez. E a gente tem médico que liga para saber por que a gente não fez.” (P8)

“(...) isso é complicado, é o que eu falei para você na questão anterior. Os médicos mais jovens são mais fáceis a conversa. Os mais antigos não aceitam muito, alguns nem prescrevem fisioterapia. Fala, não, isso daí não vai funcionar, vai ser coisa que vai ser muito difícil, eles nem prescrevem fisioterapia.” (P11)

“(...) eu acho que respeito uma redução da hierarquia nesse sentido, nessa falsa hierarquia, que não existe um profissional, no caso de um paciente tão complexo, não existe um profissional que seja mais importante do que o outro.” (P25)

Em um estudo anterior (O'Reilly et al., 2017) que examinou o trabalho da equipe interdisciplinar na atenção primária, a partir da perspectiva dos prestadores de serviços e analisou barreiras e facilitadores para a implementação de equipes interdisciplinares observou que as dificuldades que podem ser encontradas relacionadas a formação e experiência profissional, que talvez priorizem a “díade médico-paciente” em detrimento do trabalho coletivo, o que pode funcionar como barreira ao trabalho em equipe. Apesar do exposto, de acordo com O'Reilly et al. (2017), o trabalho em equipe interdisciplinar era normalmente visto como uma ideia positiva e que havia um bom entendimento entre os grupos de profissionais de saúde sobre como deveria ser o trabalho em equipe. O trabalho em equipe era normalmente associado à colaboração com diferentes disciplinas na prestação de cuidados para melhorar os resultados dos pacientes (O'Reilly et al., 2017).

A frase a seguir destaca experiências positivas com a equipe de profissionais da saúde que acompanham pacientes com FM: *“(...) a gente tem uma equipe, então a gente não tem essa dificuldade. a gente marca também reuniões, uma vez, por exemplo, amanhã eu tenho uma reunião com eles, ‘tá’? aí tem um caso novo, então nós vamos nos reunir, nós vamos montar o plano de ação.” (P9)*

É descrito na literatura que as interações entre os membros da equipe eram frequentemente formais, por exemplo, por meio de reuniões multidisciplinares regulares. Algumas reuniões ocorreram durante o almoço ou após o horário de consulta, novamente dependendo da disponibilidade de recursos para trabalho em equipe (O'Reilly et al., 2017). Outras formas de contato foram descritas: *“(...) geralmente, o médico faz um ‘relatóriozinho’ do paciente e manda para o fisioterapeuta. então, o contato geralmente é mais assim. Não é aquele contato de conversar telefone ou mensagem, é um pouco mais difícil essa questão. E eu acho que seria importante ter essa comunicação com todos esses profissionais que acompanham esse paciente, mas é complicado, porque conseguiria se todos esses profissionais estivessem em um mesmo local, em uma mesma cidade.” (P15)*

A frase a seguir “(...) *que não é tão embasado cientificamente, digamos assim, no achismo, assim, acho que é o mais difícil quando o profissional não segue uma linha científica, digamos, e o conhecimento também do profissional, então acho que é uma das coisas que mais dificulta. e em relação a horários, a correria do dia a dia, então também dificulta um pouco*” (P22) relata fatores envolvendo o conhecimento científico e capacitação do profissional, bem como a rotina dos profissionais envolvidos no processo do tratamento influenciando negativamente na experiência da interação entre os profissionais da saúde.

Em suma, as barreiras enfrentadas na comunicação com a equipe envolveram competência do profissional, acessibilidade do profissional, alguns relataram maior dificuldade com médicos (as), um dos participou relatou sobre hierarquia profissional, rotina dos profissionais, conhecimento, capacitação e humildade.

As facilidades percebidas na comunicação entre os profissionais envolveram os membros da equipe e uso de redes sociais, sendo evidenciados pela frase a seguir: “(...) *hoje a facilidade das redes sociais tem facilitado bastante esse contato com nutricionista, com profissional de educação física, médico, psiquiatra, com psicólogo, mas ainda não é algo institucionalizado, então a gente não tem isso aí hoje fomentado dentro da área de saúde.*” (P18)

Na literatura, O’Reilly et al. (2017) destacam exemplos de comunicação interdisciplinar para cuidados na prática diária. A comunicação verbal pessoalmente foi valorizada, mas a comunicação era frequentemente auxiliada (dependendo dos recursos disponíveis) por sistemas de TI e pelo uso de registros médicos eletrônicos, bem como sistemas eletrônicos de agendamento de pacientes (O’Reilly et al., 2017). No geral, ficou claro que as interações baseadas na escuta respeitosa e no reconhecimento das contribuições e conhecimentos de todos os profissionais foram altamente valorizadas e mais eficazes (O’Reilly et al., 2017).

- Experiência com a relação terapeuta/paciente

De acordo com Rodríguez-Nogueira et al. (2022), o componente central do cuidado centrado na pessoa é a relação terapêutica entre o paciente e o profissional de saúde. Nessa relação, a confiança, o carinho e o respeito mútuo são fundamentais, e há troca de informações que orientarão o planejamento, a implementação e a avaliação dos cuidados (Rodríguez-Nogueira et al., 2022).

Em nosso estudo, os fisioterapeutas descreveram a relação terapeuta/paciente na fibromialgia como experiência tem sido positiva, um participante relatou ser gratificante. Alguns relataram utilizando os termos tranquila, desafiadora e interessante. Fatores como confiança, escuta ativa, vínculo, humanização e afeto foram relatados pelos (as) participantes. Segundo (Morera-Balaguer et al., 2018), a relação terapêutica é uma combinação de aprendizagem de habilidades interpessoais, autoconhecimento e maturidade pessoal. O argumento a seguir enfatiza a necessidade de um conjunto de habilidades do profissional para a construção de uma boa relação terapeuta/paciente.

“(...) o paciente com fibromialgia, ele precisa de muita percepção. ele precisa de um profissional que está afim de atender ele, ele precisa de um profissional que ama a profissão, a fisioterapia, um profissional que curte estar ali naquele momento e não que está arrastando corrente, que está frustrado, desanimado, porque tu és o porto seguro para o paciente naquele momento.” (P1)

Outro participante explana sobre como suas emoções na experiência terapeuta/paciente na FM: *“(...) eu tenho uma boa relação com o paciente, entendeu? Antigamente, eu ficava mais frustrado, porque eu queria resolver o problema do paciente, só que assim, o paciente com fibromialgia é uma dor crônica, várias coisas podem ter acontecido com ele, então não tem como tomar aquilo para mim. Lógico que eu faço o meu melhor por ele, quero que ele melhore, mas assim, é uma coisa... hoje eu não fico tão frustrado, deprimido e não ter resultado, mas eu tento fazer o meu melhor para o paciente, entendeu?” (P13)*

De acordo com Morera-Balaguer et al. (2018), emoções condicionam a forma como nos comunicamos e como estas são reconhecidas e interpretadas pelos outros. Só o ato de perceber quais emoções se está sentindo pode ser crucial no estabelecimento de uma boa relação terapêutica (Morera-Balaguer et al., 2018).

Novamente, outros participantes reforçam os aspectos emocionais em sua experiência clínica:

“(...) eu tenho tido boas relações, eu tenho conseguido ser bem claro quando eu explico minhas coisas pros meus pacientes. eu tenho trabalhado muito em mim mesmo esse controle, esse auto-manejo da ansiedade, porque às vezes a gente fica um pouco ansioso, que a gente quer melhorar esse paciente, quer também gerar, promover um alívio pra ele, mas a gente sabe que não é assim tão rápido, não é assim de uma forma imediata. Então, eu tenho trabalhado bem, porém às vezes eu fico um pouco ansioso ainda.” (P21)

“(...) eu queria que fosse melhor. aquilo que eu falei, eu acho que eu ainda tenho pouca base, ainda estou estudando muito para poder trabalhar melhor, eu já faço muito melhor do que eu fazia antes, mas eu ainda tenho um pouco de frustração nesse sentido de talvez ainda não está conseguindo dar o melhor da forma com que eu gostaria para o paciente.” (P25)

É destacado na literatura que a relação terapêutica tem demonstrado seu impacto no campo da fisioterapia, tanto nos resultados clínicos, como na percepção da dor, na gravidade de deficiência ou no humor e na qualidade percebida do serviço prestado pelo fisioterapeuta e dos cuidados recebidos ou no estabelecimento de tomadas de decisão compartilhadas (Rodríguez-Nogueira et al., 2022). Em nossos achados, os (as) participantes relataram positivamente sobre a experiência na prática clínica, como evidenciado a seguir:

“(...) eu tenho uma abertura muito franca com eles. e eu acho que isso permite que eles também tenham, tanto para falar que não está funcionando nada, que não está adiantando nada, quanto para dar o feedback do tratamento, falar o que eles estão se sentindo.” (P8)

“(...) eu acho que é bem tranquila, bem gratificante, eu acho que eu sempre fui muito, sempre me expressei muito bem com eles e eles comigo, sempre tive uma relação de muita confiança com eles, então acho que isso aí é bem tranquilo.” (P2)

“(...) o paciente fibromiálgico, ele cria uma relação mais estreita com o terapeuta, até porque ele compartilha mais informações, compartilha mais tempo, ele fica um tempo mais prolongado e acaba estreitando essa relação terapeuta-paciente.” (P5)

“(...) eu acho muito satisfatória essa relação, porque eles nos veem como acolhedores, né, você entende a minha dor, você não despreze o que eu ‘tô’ falando, você entende o que eu ‘tô’ sentindo, você consegue cuidar de mim diante de todas as minhas necessidades, você entende que se eu não consigo, não é por fraqueza, não é por moleza.” (P10)

“(...) muito boa. eu gosto muito, particularmente, porque eu acho que o paciente chega, para mim, é um desafio. eu, particularmente, eu gosto muito, ‘né’? eu sou fisioterapeuta por essência, eu brinco, sabe? eu gosto muito de ‘físio’, eu gosto muito de ajudar pessoas. A fisioterapia me deu as ferramentas para isso.” (P16)

Na perspectiva da construção da confiança do fisioterapeuta com o paciente, no relato a seguir é possível observar como tem sido vivenciada por alguns profissionais:

“(...) é uma relação muito próxima, de muita confiança. quando você consegue essa confiança do paciente, é um paciente que vai falar muita coisa para você. confiança não só no tratamento que você está fazendo, é uma confiança que tem alguém ali que está ouvindo ele. Esse é um paciente que precisa ter escuta.” (P20)

Há características descritas na literatura para construção da aliança terapêutica. De acordo com Rodríguez-Nogueira et al. (2022), a construção da aliança terapêutica inclui a presença de três componentes ou dimensões: o vínculo, acordo sobre as metas a serem alcançadas e acordo sobre as técnicas de tratamento a serem utilizadas para atingir esses objetivos. Em nossos achados, é possível observar que alguns dos participantes relatam tais elementos em suas falas:

“(...) não tem como não criar vínculo, ‘né’, você cria vínculo, não tem como e outra, o vínculo é até melhor porque quanto mais a pessoa te conhece, mais ela gosta de você, mais ela confia em você, então mais ela vai fazer o que você está pedindo.” (P11)

“(...) se você faz uma boa explicação da situação e do que você pode oferecer, limpo, sem grandes promessas milagrosas e que você vai semana a semana, mês a mês, avaliando as suas metas e as suas conquistas, isso é um grande facilitador para essa relação. E se não tiver esse vínculo, muito provavelmente o paciente não vai evoluir.” (P6)

“(...) é uma boa experiência, assim, o paciente no momento que ele se sente acolhido e que ele tem confiança no trabalho, ele dá muita abertura, assim, qualquer coisa que eu tento implementar nova, ele aceita e na maioria das vezes aplica no dia a dia.” (P26)

Por fim, outros (as) participantes enfatizam novamente pontos positivos na relação terapeuta/paciente:

“(...) eu tenho muita satisfação em poder ajudar, assim, quando está ao meu alcance, em poder ajudar aquele paciente. às vezes a relação ultrapassa um pouquinho, sabe? às vezes eu acho que por a gente se colocar muito como pessoa humana e como vulnerável, às vezes o paciente se sente muito íntimo.” (P22)

“(...) é boa. Eu acho que ainda os pacientes ainda não tem nós fisioterapeutas, a pessoa que caso eles tiverem, por exemplo, uma crise aguda de dor vai ser o primeiro profissional, o primeiro contato a eles nos procurarem.” (P18)

“(...) começo, é uma experiência bastante desafiadora, porque você precisa ensinar pra ele como o corpo dele funciona, como o mecanismo de dor dele tá disparado, porque ele tem muita desconfiança, né, ele acha que os exercícios vão piorar e que nada vai resolver o problema dele. aí, depois que você tem essa abordagem, de educação em dor, mostra como os exercícios vão fazer com que a vida dele seja diferente, fica uma relação mais amigável. mas o começo é sempre mais difícil.” (P17)

Segundo Morera-Balaguer et al. (2018), ganhar a confiança dos pacientes parece crucial para alcançar uma relação terapêutica de qualidade. Confiar em outra pessoa leva à expectativa de que essa pessoa se comporte de maneira favorável e, a partir dessa expectativa, riscos podem ser assumidos (Morera-Balaguer et al., 2018). A confiança influencia muitos processos terapêuticos, como a aceitação incondicional, a aliança terapêutica e a aceitação de recomendações terapêuticas (Morera-Balaguer et al., 2018).

- Barreiras e facilidades na comunicação terapeuta/paciente

Em nossos achados, as barreiras encontradas para comunicação foram a competência do profissional, comunicação, construção da relação terapeuta/paciente, processo educacional, uso de medicamentos, engajamento do paciente e estabelecimento de limite de horário com o paciente (n=1/27).

O relato abaixo direciona as dificuldades observadas na comunicação entre profissionais e pacientes com FM devido à fatores relacionados ao profissional fisioterapeuta:

“(...) a dificuldade é quando o fisioterapeuta não entende o que o paciente tem, não tem aquela afinidade, não conversa com o paciente, é muito mecânico, só faz aquela parte técnica, não escuta, não tem aquela comunicação, porque muitas vezes o paciente fala o que vai ser melhor para ele.” (P13)

“(...) a dificuldade na comunicação está no profissional que não está preparado ou que não se preparou para isso. Ou no paciente que não assume sua condição ali temporária de doença, ele não assume ou não aceita receber a proposta terapêutica.” (P1)

“(...) então, às vezes o paciente não identifica limites, assim, sabe? em relação ao horário, dias e enfim. Às vezes, esse é um ponto que me incomoda, às vezes eu não sei direito como lidar com essas questões.” (P22)

Søndenå et al. (2020) expõe que o ensino da aliança terapêutica e as relações interpessoais deveriam ser priorizados precocemente nos currículos de graduação e pós-graduação, por meio de orientação clínica e reforçados em ambientes baseados na prática. A ênfase deve ser colocada nas habilidades de comunicação (Søndenå et al., 2020) e nas estratégias comportamentais específicas do contexto na criação de conexões dentro de uma abordagem centrada nas pessoas (Søndenå et al., 2020). Complementarmente, Søndenå et al. (2020) sugerem que a comunicação foi considerada um contribuidor fundamental para o desenvolvimento de uma conexão inicial entre pessoas e fisioterapeutas. A comunicação eficaz pode influenciar positivamente as intervenções terapêuticas, como a educação do paciente (Søndenå et al., 2020). Os autores destacaram a importância de os fisioterapeutas prestarem atenção à narrativa de uma pessoa, consumindo e refletindo sobre a história da pessoa como base para estabelecer conexão (Søndenå et al., 2020).

Na perspectiva de dificuldades que interferem na comunicação, outro participante destaca que *“(...) acho que a maior dificuldade é saber em que momento interromper o paciente, saber em que momento fazer alguma colocação que seja importante, valiosa dentro daquilo que ele fala. Saber como deixar essa história ou essa fala fluir, ‘né’? Ou saber como ajustar isso aí dentro do tratamento.” (P7)*

De acordo com Søndenå et al. (2020), a literatura descreve a importância da atenção do fisioterapeuta ao indivíduo dentro do encontro clínico. As discussões se concentraram no aprendizado de características pessoais, valores, crenças e na demonstração de aceitação de sua visão de mundo única no estabelecimento de conexões. Isto poderia permitir aos fisioterapeutas prestar cuidados personalizados e satisfazer as suas expectativas, vendo a pessoa e não a patologia (Søndenå et al., 2020). Os relatos a seguir destacam as dificuldades enfrentadas por fisioterapeutas ao lidar com as características pessoais de pacientes com FM:

“(...) aceitar a percepção desse paciente, ‘né’. Às vezes, o paciente tem preconceitos, tem idealizações, tem a personalidade dele e dentro desse processo, às vezes, a gente quer impor aquilo que a gente acha que é certo. Só que o que a gente acha que é certo, talvez pra ele não seja.” (P3) e “(...) quando o paciente é muito introspectivo, assim, e muito envergonhado, enfim, ou tem umas crenças muito limitantes que limitam realmente ele a falar só do bio, digamos assim, dificulta e facilita também perguntas abertas.” (P22)

De acordo com Søndenå et al. (2020) atributos de gentileza, empatia, confiança, positividade, humor e segurança em si foram valorizados nos fisioterapeutas. O relato a seguir direciona a discussão sobre as características do profissional: *“(...) então essa dificuldade, você tem que estar logo de início conquistando a confiança e estar para poder, para poder se comunicar com o paciente, estar para poder traçar o seu tratamento. Se você criar logo um bloqueio com o paciente você não consegue estar dando seguimento no seu tratamento.” (P2)*

Em um estudo anterior (Morera-Balaguer et al., 2018) que teve como objetivo compreender a influência do ambiente em que ocorre o tratamento fisioterapêutico na percepção dos pacientes sobre a qualidade da relação terapêutica centrada no paciente, foi observado que muitos participantes perceberam que o fisioterapeuta tinha uma “falta de autonomia profissional”, o que por sua vez influenciou negativamente no estabelecimento de confiança no profissional porque perceberam que o fisioterapeuta não lhes respondeu com sinceridade total.

De modo similar, em nossos achados, um dos participantes relata em seu argumento fatores relacionados ao conhecimento do profissional que dificultam a interação com o paciente: *“(...) a dificuldade, eu acredito que quando o paciente ou fisioterapeuta não conhece o caso do paciente e não conhece a doença e não sabe trabalhar com a doença.” (P15)*

Outro estudo (Morera-Balaguer et al., 2018) teve como objetivo explorar as percepções e experiências dos fisioterapeutas em relação às barreiras e facilitadores das relações terapêuticas centradas no paciente em ambientes de reabilitação ambulatorial observou que os fisioterapeutas consideram que a qualidade da relação terapêutica centrada no paciente não depende apenas deles próprios, mas também dos fatores contextuais dos pacientes, das características do ambiente e dos aspectos relativos à organização e coordenação da equipa profissional (Morera-Balaguer et al., 2018). Em nossos achados, especificamente para fibromialgia, as frases a seguir evidenciam a influência de diferentes classes sociais (n=1/27), escolarização do paciente (n=3/27) e linguagem (n=1/27):

“(...) eu acho que a principal dificuldade que a gente tem com eles é principalmente desentendimento mesmo. então são aquelas pessoas que não têm muito conhecimento, se não evoluíram muito em escolarização.” (P16)

“(...) dificuldade a linguagem, que a gente tem que adequar, e facilidade que no momento que o paciente entende que está ali para ajudar, ele se coloca à disposição.” (P26)

“(...) aí volta de novo lá aos níveis sociais, pessoas mais instruídas, mais facilidade para a comunicação, pessoas menos instruídas, maior dificuldade, então vai de novo nível social.” (P11)

Entre os participantes, (n=2/27) relataram que não enfrentam dificuldades na comunicação com o paciente.

“(...) não, na comunicação eu penso que não, nós não temos dificuldades, a dificuldade é quando eles não conseguem focar que a saúde, o tratamento precisa vir antes às vezes de um outro compromisso que não é tão importante, que eles deixam que isso interfira e atrapalhe a evolução do tratamento.” (P10)

“(...) se eu for falar por mim, nenhuma, porque a nossa interação, ela passa dos muros do ambulatório, porque nós temos redes sociais onde eles são inclusos, então, eu não tenho nenhuma para mim.” (P9)

Na perspectiva que envolve facilidades nossos resultados envolveram habilidade comunicativa, meios de comunicação, comunicação do paciente, escuta ativa, níveis sociais, confiança do paciente, conhecimento do profissional, tempo e contato com o paciente e engajamento do paciente.

É destacado na literatura que resultados positivos do tratamento são valorizados, pois influenciam positivamente a satisfação do paciente, aumentando assim o nível de confiança (Morera-Balaguer et al., 2018). A frase a seguir destaca a percepção positiva do profissional referente aos resultados do tratamento fisioterapêutico na FM:

“(...) e a facilidade é depois que ele vê os benefícios que ele tem com a prática dos exercícios físicos, e depois até de você conseguir passar exercícios fora do horário do atendimento.” (P17)

Complementarmente, um estudo anterior (Morera-Balaguer et al., 2018) observou que fisioterapeutas valorizaram os pacientes com expectativas adequadas em relação ao tratamento ou progressão, o que significa que o processo começa com objetivos alcançáveis, havendo assim menos frustração se as expectativas iniciais não forem atendidas.

Outro participante enfatiza que o contato durante as sessões entre o profissional e paciente facilitam a comunicação, evidenciado pela explanação a seguir: *“(...) a facilidade é que nós, fisioterapeutas, temos um contato muito mais profundo com o paciente, ‘né’, pelo fato da gente ver mais o paciente do que o médico e ver semanalmente, então isso vai desenvolvendo um vínculo.” (P23)*

A frase a seguir: *“(...) a facilidade é a questão da confiança ‘né’, que você tem que ter. Principalmente a questão da proximidade, dificuldade em relação ao conhecimento da doença de ambos os pacientes, e também a segurança que você tem que ter” (P12)* reforça habilidades interpessoais do profissional. No estudo de Morera-Balaguer et al. (2018) citado anteriormente, foi observado de modo similar facilidades que envolvem as habilidades interpessoais valorizadas pelos participantes, incluindo características como paciência, gentileza, abordagem calorosa, confiança, acessibilidade, envolvimento, assertividade, empatia, escuta ativa, senso de humor, demonstração de segurança e confiança em si mesmo, transmissão de atitude positiva e tratamento o paciente como parte da equipe.

- Estratégias para melhorar a relação terapeuta/paciente

As estratégias encontradas foram escuta ativa, informações positivas, motivação do paciente, comunicação e comunicação por aplicativos, diálogo com a familiares, acolhimento e atenção para o paciente e capacitações do profissional. Alguns dos participantes relataram não saber explicar estratégias para melhorar a relação terapeuta/paciente.

Em uma revisão sistemática anterior (O’Keeffe et al., 2016) teve como objetivo investigar as percepções de pacientes e fisioterapeutas sobre os fatores que influenciam as interações paciente-terapeuta, foi observado que habilidades interpessoais e de comunicação do fisioterapeuta (ou seja, presença de habilidades como ouvir, encorajamento, confiança, ser empático e amigável e comunicação não verbal), práticas do fisioterapeuta habilidades (ou seja, experiência e nível de treinamento do fisioterapeuta, embora a capacidade de fornecer uma boa educação tenha sido considerada importante apenas pelos pacientes), atendimento individualizado centrado no paciente (ou seja, individualizar o tratamento para o paciente e levar em consideração as opiniões do paciente) e fatores organizacionais e ambientais (ou seja, tempo e flexibilidade com cuidados e compromissos) influenciam nas interações clínico-paciente.

Os relatos a seguir enfatizam estes fatores destacados na literatura, evidenciados pelas frases a seguir:

“(...) então, primeira coisa, mostrar ao paciente que aquele momento é dele e que eu estou ali para ajudar ele. segundo, que o que ele tem para resolver, ele vai resolver depois. aquele momento é um presente que a vida deu, uma oportunidade de cura, um processo de terapia, de tratamento que ele está passando. terceiro, escutar. Tu quer melhorar a tua relação? Aprende a escutar o teu paciente. quarto, direciona o bom diálogo para ele, para assuntos e informações positivas.” (P1)

“(...) eu tenho de estratégias é na parte clínica ali, o paciente chegar, não ficar só voltado para a técnica em si, mas conversar com o paciente, saber como ele está. nossas secretárias da clínica mandam mensagem para saber se está tudo bem, então assim, a gente tenta interagir e manter o contato com o paciente.” (P13)

“(...) normalmente, eu sempre tento o bom humor com eles. eu sempre tento ser o mais aberta possível a eles, ou seja, se eu estou com algum problema, vocês querem conversar?” (P16)

Como destacado anteriormente, práticas de habilidades de fisioterapeutas que envolvem nível de treinamento também foram relatadas:

“(...) sim, eu sempre estou envolvida com capacitações.” (P9)

“(...) eu tento sempre correr atrás para melhorar essa comunicação e principalmente os conteúdos técnicos.” (P27)

Adicionalmente ao citado, é possível observar que os (as) fisioterapeutas enfatizam fortemente as habilidades de comunicação para construir relações efetivas com pacientes que possuem FM:

“(...) a minha estratégia é ser mais próxima, ouvir. Não só fornecer a fisioterapia, mas fornecer um acolhimento, uma atenção, ouvir.” (P24)

“(...) eu gosto de ouvir um pouco mais o paciente, eu gosto de perguntar... como está na sua casa, relação com filho, no marido ou esposo ou marido, enfim... eu acho que a gente tem uma relação de confiança às vezes.” (P12)

“(...) a estratégia é a escuta qualificada.” (P3)

“(...) acho que a estratégia realmente é uma escuta ativa, acho que é a principal estratégia.” (P23)

“(...) não, específica não. A gente tenta aprimorar e ter um pouco mais de conhecimento sobre essa parte, principalmente da escuta ativa.” (P25)

“(...) você se interessar pelo paciente, pelas coisas, ouvir esse paciente.” (P8)

A relação terapeuta/paciente na fisioterapia depende de uma interação complexa de habilidade técnica, habilidade comunicativa e capacidade reflexiva do terapeuta para responder ao paciente (O’Keeffe et al., 2016). Outros construtos, como confiança, empatia e comunicação verbal e não verbal, podem ser pré-requisitos importantes para uma interação positiva (O’Keeffe et al., 2016). Os relatos abaixo reforçam as habilidades comunicativas como fator fundamental para estabelecer uma boa relação terapêutica com o paciente:

“(...) a comunicação, ela cria conexão. então se você não conseguir conectar com o paciente, você não consegue ter aliança e aí você não consegue ter a relação terapeuta-paciente, né?” (P7)

“(...) eu acho que o whatsapp ajuda bastante, assim, a comunicação, porque às vezes é de uma sessão para outra, às vezes leva uma semana, e aí no meio tempo, às vezes a pessoa sentiu uma crise e se não fosse o whatsapp não teria esse contato para saber o que eu posso fazer, o que pode me ajudar.” (P26)

“(...) sim, isso aí sempre a gente tá conversando, assim, se questionando até mesmo, para ver se a gente busca não só a estratégia terapeuta-paciente, mas até os que estão juntos, muitas vezes os cuidadores, né, também que estão junto, que possa nos permitir algumas informações, que possa nos ajudar no cuidado desse paciente.” (P2)

“(...) eu acho que às vezes, dependendo da idade do paciente, vale conversar com algum membro da família.” (P6)

“(...) estratégias do diário de dor e a comunicação pelo aplicativo de conversas.” (P5)

Segundo O’Keeffe et al. (2016), as interações positivas entre paciente e terapeuta em ambientes de fisioterapia estão associadas à redução da dor, redução da incapacidade e maior satisfação com o tratamento. De acordo com Pinto et al. (2012), a comunicação eficaz é considerada uma habilidade essencial que os médicos precisam dominar na prática clínica para melhorar a qualidade e a eficiência do atendimento. Segundo O’Keeffe et al. (2016), os pacientes apreciavam um fisioterapeuta que ouvia e que era empático, amigável, bem-humorado, confiante e encorajador. Em particular, os pacientes queriam profissionais que demonstrassem interesse no que diziam e que demonstrassem sinais de empatia, escuta ativa e compreensão do seu problema (O’Keeffe et al., 2016).

Como destacado anteriormente, os fatores ambientais também influenciam na interação entre o paciente e profissional. Em nosso estudo, um dos participantes reforça a estratégia de melhorar o ambiente físico para facilitar a interação com o paciente: *“(...) a minha melhor estratégia ultimamente que eu fiz foi eu melhorei o espaço no ambiente.” (P21)*

Outro estudo (Morera-Balaguer et al., 2018) mostrou que barreiras ambientais também foram apontadas para o relacionamento terapêutico e paciente, características da organização do serviço e de sua articulação com outros serviços, como a falta de coordenação da equipe, a proporção excessiva de pacientes por fisioterapeuta, a falta de continuidade dos tratamentos. Além disso, características do espaço físico foram relatadas (Morera-Balaguer et al., 2018). A intimidade, gerada durante os tratamentos individuais em salas fechadas, foi identificada pelos participantes como um aspecto positivo (Morera-Balaguer et al., 2018).

Por fim, é possível observar nos relatos destacados que alguns fisioterapeutas buscam interagir com outros profissionais para buscar suporte para melhorar a relação com o paciente:

“(...) quando eu preciso ter uma nova abordagem, falar alguma outra coisa, eu entro em contato com a psicóloga pra pontuar a minha dificuldade, ‘né’, e ver onde ela pode me ajudar.” (P17)

“(...) tenho buscado até com colegas, com conversas. conversa com colegas aqui que trabalham comigo. A gente sempre está discutindo os casos.” (P20)

Em resumo ao que foi exposto, fisioterapeutas enfrentam barreiras comunicativas com a equipe multidisciplinar utilizando recursos comunicativos para facilitar a acessibilidade profissional. Habilidades profissionais e habilidades humanas foram identificadas para a construção da relação terapeuta/paciente.

Assistência em saúde na fibromialgia e a utilização de diferentes modelos de atendimento

Modelos de atendimento em saúde

- Barreiras e facilidades na utilização de modelos de atendimento

A perspectiva de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde estabelece as bases para uma descrição abrangente da experiência de pacientes que sofrem de uma determinada doença (Hieblinger et al., 2009). Esta perspectiva reconhece diferentes aspectos da saúde de uma perspectiva biológica, individual e social, proporcionando uma visão coerente da doença (Hieblinger et al., 2009). A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) pode ser usada como um modelo unificador para a descrição conceitual de estratégias de reabilitação e como uma ferramenta útil para quantificar a eficácia dos serviços de reabilitação (Zhang et al., 2021). Para facilitar a prática clínica, os Conjuntos Básicos da CIF especificam listas restritas de categorias da CIF relevantes para uma condição ou ambiente de saúde específico (Zhang et al., 2021). Eles foram rigorosamente desenvolvidos para aumentar a utilidade da CIF na prática clínica e na pesquisa (Zhang et al., 2021).

De acordo com Matilde et al. (2022), alguns países, especificamente o Reino Unido, os Estados Unidos da América, o Brasil, o México, a Islândia e a Noruega, relataram que a CIF não é oficialmente utilizada, mas mesmo assim relataram a aplicação da CIF ou de instrumentos relacionados com a CIF em diferentes áreas. Em nossos achados, as barreiras para utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) são observadas pelos relatos abaixo:

As frases destacadas a seguir enfatizam limitações educacionais relacionados ao uso da CIF em pacientes com fibromialgia: *“(...) a CIF é muito intrínseca, ‘né’? então, compreender a CIF com todos os pontos dela é um pouco mais complicado, até quando a gente vai dar um laudo baseado na cif tem que parar, estudar e buscar muito.” (P3) e “(...) a classificação de funcionalidades a gente não faz. Tenho tentado, assim, eu falo que eu mesma tenho dificuldade de fazer essa classificação.” (P8)*

A necessidade de melhorar as bases educacionais sobre a CIF já foram evidenciadas na literatura (Matilde et al., 2022). Uma forte necessidade de educação dos profissionais de saúde e de outros setores (por exemplo, educação) sobre a recolha de dados e a comunicação de informações utilizando a CIF e o seu sistema de codificação são evidentes (Matilde et al., 2022). A frase a seguir reforça novamente estas limitações: *“(...) eu acho que a barreira é o conhecimento mesmo. Às vezes o conhecimento que eu digo no sentido de, às vezes a gente conhece, sabe o que é a abordagem, mas não sabe como vai aplicar ela dentro da clínica, nesse sentido.” (P7)*

Outro relato reforça barreiras da rotina dos profissionais que dificultam o aprofundamento de conhecimentos:

“(...) no meu caso, da CIF, acho que a dificuldade mais minha mesmo, de não aprofundar, de não querer aprofundar e aplicar. existe questão de horário, de tempo, de avaliação, de altura, mas de organização minha, pessoal, para aprofundar esse modelo e aplicar. acho que a dificuldade é essa.” (P20)

Outro relato destaca a percepção de limitações quanto ao conhecimento da prática baseada em evidências por parte dos profissionais da saúde que compõem a equipe de saúde:

“(...) então eu me sinto muito sozinha. acho que a maioria das pessoas não trabalha dessa forma, então o fato das pessoas no geral, dos profissionais de saúde não trabalharem dessa forma no geral, dificulta porque você é a única falando uma coisa diferente.” (P23)

Na perspectiva do modelo da prática baseada em evidências, o comportamento dos fisioterapeutas é influenciado por uma série de fatores contextuais, como recursos do local de trabalho ou cultura organizacional (Gleadhill et al., 2022). Melhorar a aceitação das evidências na prática envolve estudar o comportamento dos profissionais de saúde e, em seguida, direcionar fatores específicos que influenciam esses comportamentos com estratégias (chamadas estratégias de implementação) (Gleadhill et al., 2022). O argumento abaixo enfatiza barreiras enfrentadas por fisioterapeutas relacionadas à compreensão da Prática Baseada em Evidências na fibromialgia: *“(...) acho que ainda a barreira maior é a gente conseguir entender a linguagem. e o que usar dessa linguagem dentro da clínica é a maior dificuldade, assim, que eu acho, ‘né’?” (P7)*

Outros relatos reforçam barreiras para a utilização desse modelo de atendimento relacionadas ao volume de evidências disponível para o manejo clínico da fibromialgia:

“(...) a prática baseada em evidências, hoje a maior evidência que a gente tem é o exercício físico, mas eu uso outras práticas que não tem tanta evidência assim, porque às vezes elas trazem até um feedback para o paciente.” (P3)

“(...) os artigos dentro da fisioterapia, os estudos dentro da fisioterapia, eles têm crescido bastante, isso tem facilitado, porque bons estudos, eles têm facilitado a gente na tomada de decisão. porém, se formos comparar com outras áreas de saúde, a gente ainda estamos engatinhando, precisamos melhorar isso ainda mais.” (P18)

“(...) a prática baseada em evidência é o norte, só que eu acho o norte meio nebuloso ainda. qualquer exercício ajuda, tá? daí tu tem que adivinhar qual que é o melhor, qual a dosagem, qual a frequência, qual a intensidade. não tem uma diretriz, é óbvio que não vai ter porque nem todo mundo é igual, ‘né’? mas, sei lá, talvez alguma coisa mais direcionada, ou não sei, eu acho que tinha que ter mais estudo, mais pesquisa, falta evidência, falta orientação para o clínico.” (P26)

Um estudo anterior (Mota da Silva et al., 2015) observou que os fisioterapeutas precisam aprimorar seus conhecimentos, habilidades e comportamento em relação à prática baseada em evidências, porém, possuem uma opinião positiva sobre a prática baseada em evidências. Além disso, as principais barreiras que dificultam a implementação da prática baseada em evidências na fisioterapia são a falta de tempo, a incapacidade de compreender os dados estatísticos, a falta de apoio do empregador, a falta de recursos, a falta de apoio dos colegas para a implementação da prática baseada em evidências, a falta de interesse e a falta de generalização dos resultados (Mota da Silva et al., 2015). Segundo o estudo de AlKetbi et al. (2021), o conhecimento da PBE entre os fisioterapeutas é limitado a alguns termos, enquanto o conhecimento dos estudos científicos não é profundo. De acordo com AlKetbi et al. (2021), é importante que os tomadores de decisão tomem medidas ativas para introduzir a prática baseada em evidências nos currículos de educação e formação.

De acordo com o estudo de Gleadhill et al. (2022) que objetivou descrever opiniões frente às evidências, como as evidências são acessadas, fatores que influenciam o acesso às evidências e fatores que influenciam a aplicação de evidências para fisioterapeutas que atuam em áreas regionais, foi observado que os participantes relataram que as evidências são importantes na tomada de decisões clínicas, mas são apenas um fator entre muitos a serem considerados na prática clínica.

Os participantes relatam dedicar pequenas quantidades de tempo semanalmente para acessar evidências em diferentes tipos de mídias (Gleadhill et al., 2022). Os participantes indicaram que a abordagem das barreiras contextuais facilitaria a aplicação de evidências e sugeriram que a remoção de acessos pagos, uma melhor orientação, o financiamento de cuidados baseados em evidências e o estabelecimento de uma cultura de responsabilização dentro da profissão podem resultar em melhorias (Gleadhill et al., 2022).

Por fim, alguns participantes destacaram sobre a dificuldade em habilidades e competências para facilitar a interação do conhecimento científico e a forma de compartilhar as informações com os pacientes durante o tratamento:

“(...) a maior dificuldade é o excesso de informações do paciente. quando o paciente é bem esclarecido e aceita, eu compartilho bastante artigo com o paciente, ‘né’, para que ele veja que já existe estudo.” (P5)

“(...) eu acho que a dificuldade é sempre fazer com que ele entenda o que você está querendo passar. que você fez, estudou outras pessoas, e baseado no estudo de outras pessoas, de outros mestres, que aquela determinada abordagem é boa. Acho que a dificuldade é sempre a questão de como você vai abordar o seu paciente, ‘pra’ que ele entenda que tudo que você está buscando, tudo que você está estudando vai ser bom pra ele.” (P7)

Nossos achados são similares as barreiras expostas por Gleadhill et al. (2022), as expectativas dos pacientes foram uma barreira para a aplicação da pesquisa (Gleadhill et al., 2022). Nesse estudo, 60% dos participantes concordaram com a afirmação: “é difícil incorporar evidências na prática porque os pacientes esperam certos tratamentos que não são baseados em evidências” (Gleadhill et al., 2022). Os participantes relataram que os impactos percebidos na aliança terapêutica são uma barreira para a aplicação de evidências (Gleadhill et al., 2022). Eles consideraram que as consequências da escolha de um tratamento em detrimento de outro podem ter efeitos negativos na aliança terapêutica entre profissional e paciente (Gleadhill et al., 2022).

A prática baseada em evidências é definida como “o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais” (AlKetbi et al., 2021). A prática baseada em evidências foi visualizada como um processo que começa com a articulação de uma necessidade ou problema, passando para a busca de possíveis opções que possam satisfazer a necessidade, avaliando-as para ver se podem atender à necessidade, implementando a melhor solução e revisando-a. para ver se os benefícios esperados de sua aplicação foram alcançados (AlKetbi et al., 2021). De acordo com AlKetbi et al. (2021), outras barreiras incluem a falta de uma cultura organizacional que incentive e promova o uso da prática baseada em evidências. A liderança do facilitador, estratégias de avaliação, cultura de apoio, receptividade da organização e gestão facilitada de mudanças são necessárias para a implementação adequada da prática baseada em evidências (AlKetbi et al., 2021). A falta de conhecimento da prática baseada em evidências é uma das principais barreiras à sua aplicação (AlKetbi et al., 2021). Especialmente sob o ponto de vista de facilidades para a utilização da prática baseada em evidências, os (as) fisioterapeutas enfatizaram:

“(...) a prática baseada em evidências está até mais fácil para mim, porque eu estou lendo os artigos e os artigos mostram o caminho. as meta-análises ajudam muito no caminho. Ai já facilita.” (P20)

“(...) então os estudos científicos, as abordagens pela classificação internacional de funcionalidade, tudo isso serve para nortear a gente. então facilita muito e eu acho que só tem a crescer isso aí. mas a minha resposta é que facilita muito, porque nos norteia.” (P21)

Em um estudo anterior (Gleadhill et al., 2022), os participantes notaram vários fatores no seu ambiente social que facilitaram ou dificultaram a aplicação de evidências na prática clínica. De modo similar, em nosso estudo, a frase a seguir destaca a facilidade da abordagem da Prática Baseada em Evidências a partir do ambiente em que o profissional está inserido: *“(...) então, assim, eu tenho um micro mundo que facilita a abordagem desses três itens. Mas eu acredito que se eu tivesse numa outra realidade, talvez eu tenha dificuldade” (P27)*. De acordo com Gleadhill et al. (2022), os participantes relataram que a falta de cultura profissional no sentido da responsabilização pelos padrões de cuidados baseados em evidências pode ser um problema e, conseqüentemente, o desenvolvimento de tais culturas pode permitir uma melhor aplicação das evidências na prática.

Outro relato enfatiza a utilização dos modelos de atendimento por parte de outros profissionais:

“(...) acho que facilidade é até de você já ter esses construtos comprovados que eles funcionam, então você já tem os modelos que são mais eficazes hoje, então seria mais fácil de ter adesão, mas a maior barreira é que às vezes o histórico do paciente é de não passar por esse tipo de profissional, então volto a dizer, você é o profissional que ‘tá’ falando ao contrário do que todo mundo falou a vida toda pra ele.” (P25). Este achado é similar ao encontrado na literatura. De acordo com Gleadhill et al. (2022), 86% dos participantes no estudo concordaram com a afirmação: “Seria mais fácil aplicar evidências de investigação se eu pudesse estabelecer contato com outros médicos com ideias semelhantes para discutir a aplicação de evidências na prática”.

Sob a perspectiva da implementação do modelo biopsicossocial, os fisioterapeutas destacam que:

“(...) eu acho que o trabalhar dentro do modelo biopsicossocial, enxergar o paciente a partir do nível de atividade e de visualização é uma facilidade.” (P1)

A abordagem biopsicossocial é altamente importante para compreender e tratar pacientes com dor crônica (van Dijk et al., 2023). Fatores psicossociais, como fatores cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais, são amplamente reconhecidos por influenciar a dor musculoesquelética crônica (van Dijk et al., 2023). As diretrizes de prática clínica recomendam uma abordagem biopsicossocial (BPS) para condições musculoesqueléticas (van Dijk et al., 2023). Pacientes com dor crônica não constituem um grupo homogêneo e diferentes intervenções podem ser indicadas para diferentes subgrupos de pacientes (van Dijk et al., 2023). A ciência personalizada da dor enfatiza a importância de ver a dor como uma interação dinâmica entre e dentro dos fatores biológicos, psicológicos e sociais exclusivos de cada paciente, com o objetivo de otimizar os resultados do tratamento (van Dijk et al., 2023).

A frase a seguir destaca algumas barreiras enfrentadas por fisioterapeutas durante o tratamento da FM:

“(...) difícil listar, porque são inúmeras. dentro do modelo biopsicossocial, muitas vezes o paciente pode ser uma pessoa mais tímida, mais reservada, então ele não conversa muito, dificulta essa avaliação. Pacientes de classe social, socioeconômica muito baixas, às vezes têm grande dificuldade de deslocamento, de local adequado para realizar atividade física, ou tem uma jornada de trabalho muito intensa, que prejudica a aplicação do modelo na sua íntegra.” (P6)

Um estudo anterior (van Dijk et al., 2023) que investigou barreiras e facilitadores enfrentadas na atenção primária por fisioterapeutas que tratam pacientes com dor musculoesquelética crônica a partir de uma abordagem biopsicossocial. Segundo van Dijk et al. (2023), os temas que envolveram as barreiras e facilitadores foram conhecimentos, habilidades e atitudes, contexto e recursos ambientais, clareza de papéis, confiança, aliança terapêutica e expectativas do paciente. Embora pareça haver uma consciência geral do modelo biopsicossocial e da sua importância, os fisioterapeutas descrevem uma falta de conhecimento e uma atitude hesitante, sentem que lhes falta a capacidade e a utilização das competências necessárias e têm dificuldade em integrar uma abordagem BPS no raciocínio clínico.

Em nosso estudo, foi enfatizada dificuldade na habilidade para lidar com fatores biopsicossociais na prática clínica especificamente para pacientes com FM:

“(...) então, eu acho que lidar com essa multidimensionalidade de cada pessoa.” (P22)

Nossos achados são similares ao destacado na literatura em condições semelhantes, especialmente envolvendo dor crônica. De acordo com van Dijk et al. (2023), a falta de habilidades em relação a estratégias de comunicação (fazer “perguntas abertas”), reconhecimento e integração de fatores psicossociais na avaliação e tratamento e uma postura reflexiva limitada foram descritas como barreiras ao uso de uma abordagem biopsicossocial. Os fisioterapeutas também descreveram o conhecimento insuficiente sobre avaliação psicossocial, o uso de questionários e modalidades de tratamento, como estratégias de comunicação e TCC, como barreiras (van Dijk et al., 2023). Os fisioterapeutas relataram falta de conhecimentos e habilidades e afirmaram a necessidade de treinamento adicional (van Dijk et al., 2023).

A limitação de recursos do paciente para o acompanhamento pela equipe multidisciplinar para direcionar o apoio necessário que questões psicossociais necessitam foi relatada, além de fatores ambientais do profissional, como evidenciado a seguir:

“(...) eu acho que, desses três, o que eu mais sinto dificuldade mesmo é no psicossocial inicialmente, que o paciente ainda está um pouco retraído.” (P14)

“(...) porque assim, não tem outros profissionais médicos ou psicólogos na clínica, a minha dificuldade, às vezes é essa questão, que eu vejo que o paciente precisa de um acompanhamento emocional, é conseguir que o paciente faça. Agora, em termos do questionário em si, não, mas eu acho que direciona o nosso tratamento.” (P13)

“(...) como eu trabalho, uma boa parte do trabalho no SUS, a gente atende dois a três pacientes ao mesmo tempo. E nem sempre tem como você estar aplicando questionário, ‘né’? Então assim, fica um pouco mais difícil. E você também não consegue dar uma atenção exclusiva para aquele paciente.” (P15)

De modo geral, as barreiras para utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Modelo Biopsicossocial e Prática Baseada em Evidências foram o conhecimento, adesão dos profissionais e paciente, tempo, volume de evidências, complexidade da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), alguns participantes relataram que não há dificuldades na utilização desses modelos de atendimento e que a utilização dos modelos de atendimento é um facilitador na tomada de decisão e (n=1/27) relatou sobre segurança para a prática clínica.

- Estratégias para utilização de modelos de atendimento

Em nosso estudo, as estratégias para utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Modelo Biopsicossocial e Prática Baseada em Evidências foram leitura, adquirir conhecimento, reuniões com outros profissionais, escuta ativa, uso de bases de dados e avaliação com ênfase no modelo biopsicossocial.

O comportamento dos fisioterapeutas na prática baseada em evidências é influenciado por uma série de fatores contextuais, como recursos do local de trabalho ou cultura organizacional (Gleadhill et al., 2022). Melhorar a aceitação das evidências na prática envolve estudar o comportamento dos profissionais de saúde e, em seguida, direcionar fatores específicos que influenciam esses comportamentos com estratégias (chamadas estratégias de implementação) (Gleadhill et al., 2022).

A frase destacada abaixo enfatiza a leitura de material científico como forma de implementação de intervenções que possuem fundamento científico: *“(...) eu faço é procurar artigo científico sobre ela, isso eu gosto bastante. É minha leitura diária, falar a verdade, eu gosto bastante.” (P11)*

É importante destacar que este relato não é similar ao destacado na literatura. De acordo com Gleadhill et al. (2022), os fisioterapeutas dedicam um pouco de tempo ao acesso às evidências, utilizando vários meios diferentes. Mais de 50% dos participantes da pesquisa relataram gastar 30 minutos ou menos por semana no acesso a evidências, em todos os meios. Novamente, outro participa direciona estratégias de implementação da PBE em seu argumento:

“(...) a gente se reúne para, através da busca da problematização delas, baseada em evidências, a gente acaba montando tanto a avaliação quanto o atendimento.” (P9)

Por sua vez, outro participante enfatiza a seleção de intervenções que possuem fundamentação científica:

“(...) então eu tento introduzir o que realmente está na base científica. Então assim, o que eu puder introduzir dentro da base científica, eu uso. Quando a gente não tem, a gente tenta adaptar.” (P15)

Esses achados sugerem que os (as) fisioterapeutas que atuam no manejo clínico da fibromialgia reconhecem a prática baseada em evidências como um dos fatores importantes para a prática clínica especialmente para a fibromialgia. Um estudo anterior (Gleadhill et al., 2022), encontrou atitudes positivas de fisioterapeutas quanto à prática baseada em evidências. Quase todos os participantes da pesquisa (96%) consideraram as evidências importantes ou muito importantes na tomada de decisões clínicas (Gleadhill et al., 2022). A maioria dos participantes no inquérito (86%) também concordou que as evidências informam a sua escolha de tratamento (Gleadhill et al., 2022).

Apesar disso, outro participa relata que nem sempre é possível utilizar a prática baseada em evidências no tratamento da FM: *“(...) então, a prática baseada em evidências é importante? É. A gente usa? usa. Mas nem tudo tem evidência. Então, mesmo não tendo evidência, às vezes a gente faz uso.” (P3)*

Este achado pode enfatizar a integração de fatores envolvidos na prática clínica além do suporte científico. Entretanto, de acordo com (James et al., 2013), o apelo ao compromisso com a prática baseada em evidências em fisioterapia tornou-se mais estridente porque fornecer serviços baseados em evidências aos pacientes é considerado uma obrigação profissional, moral e ética (James et al., 2013). Acredita-se que o uso da PBE seja um meio importante pelo qual os fisioterapeutas podem realizar intervenções seguras e eficazes, afastar-se de métodos ineficazes e potencialmente prejudiciais e, em última análise, evitar o desperdício de recursos preciosos alocados aos cuidados de saúde (James et al., 2013). A frase a seguir *“(...) sim... mas como? como tenho feito isso tudo? gosto de não ser rígida comigo mesmo... de me testar... me experienciar e criar formas que tem essa filosofia.” (P4)* relata um pouco sobre como a prática baseada em evidências tem sido implementada por alguns profissionais e pode sugerir a necessidade de capacitações no sentido da aplicação da PBE para a prática clínica dos fisioterapeutas.

De acordo com James et al. (2013), estratégias como programas de educação profissional continuada impactam positivamente no conhecimento dos profissionais, mas não necessariamente nas atitudes, habilidades e comportamentos de engajamento.

Outro estudo (Gleadhill et al., 2022) observou que os participantes relataram que é importante considerar muitos outros fatores ao usar evidências na tomada de decisões clínicas. As expectativas dos pacientes foram importantes ou muito importantes na tomada de decisões clínicas para 90% dos participantes da pesquisa. Entre os participantes, 77% classificou as escolhas dos colegas como importantes ou muito importantes e os participantes relataram que o ambiente clínico pode moldar as decisões clínicas (Gleadhill et al., 2022).

O relato a seguir enfatiza a utilização de itens relacionados aos instrumentos de avaliação para auxiliar na triagem biopsicossocial de pacientes com FM: *“(...) com o roteiro, ‘né’, biopsicossocial, peguei, baixei o roteiro e tal, ‘né’, mas é de uma forma assim que o paciente nem sente, é no papo, é eu fazendo exercício, aí eu ‘tô’ lá fazendo a roteiro.” (P4)*

Outros relatos reforçam positivamente a abordagem biopsicossocial para a avaliação de pacientes com FM:

“(...) antes eu tratava muito o corpo do paciente, hoje eu quero entender o que que ele é, que momento de vida ele tá passando, o que que ele faz da vida dele, né, o que que essa dor já influenciou na vida dele, então eu pergunto muito mais sobre a vida dele, eu quero trabalhar muito mais os hábitos de vida, então eu vou perguntar sobre o sono, eu vou querer que ele mude isso.” (P23)

“(...) no modelo biopsíquico, sim. Hoje em dia, minha avaliação é toda voltada pro modelo biopsíquico.” (P7)

“(...) modelo biopsicossocial e a partir daí a gente vai traçando as estratégias do que tem maior afecção, do que tem maior impacto, do que é mais conveniente.” (P3)

De acordo com Pomarensky et al. (2022), o objetivo da avaliação deve ser estabelecer o mecanismo subjacente da dor e determinar os fatores psicológicos e sociais que influenciam a dor. Medidas de resultados validadas, como o Índice de Dor Generalizada (no qual uma pontuação ≥ 7 em 19 sugere a presença de dor generalizada) e o Inventário de Sensibilização Central (no qual uma pontuação de 40 ou mais em 100 pontos pode indicar a presença de sensibilização central), pode ajudar o terapeuta a identificar dor nociceptiva versus dor neuropática versus sensibilização central (Pomarensky et al., 2022).

As ferramentas de triagem relatadas pelos pacientes relacionadas à saúde mental (por exemplo, depressão e ansiedade) e abuso de substâncias devem ser concluídas, e a influência de fatores psicossociais, como autoeficácia, catastrofização da dor e cinesiofobia, deve ser avaliada para informar o prognóstico (Pomarensky et al., 2022). Outros construtos psicológicos e sociais a serem considerados são os estressores atuais (pessoais, profissionais), mudanças no estilo de vida relacionadas à dor persistente e situação profissional (Pomarensky et al., 2022). É necessário identificar o sistema de apoio social do cliente e a atitude em relação aos prestadores de cuidados de saúde, família, empregador ou colegas de trabalho, e qualquer outra parte envolvida (por exemplo, companhia de seguros, litígio), pois isso ajudará a determinar se fatores psicológicos ou sociais são influentes na experiência de dor da pessoa (Pomarensky et al., 2022).

Uma abordagem ativa da dor foi recentemente sugerida como uma forma de desenvolver o modelo biopsicossocial (Pomarensky et al., 2022). Em nossos achados, os (as) participantes descreveram em seus argumentos estratégias para abordagem do paciente por meio do modelo biopsicossocial evidenciados a seguir:

“(...) educação em dor, exercício físico, tento me aproximar mais deles para entender o social, o ‘psico’, a gente conversa bastante, então assim, quando eu vejo que tem uma coisa a pensar mais ali, eu sempre indico, mas até hoje não precisei, mas eu indico pacientes para psicólogo.” (P14)

“(...) gestão em dor, gerenciamento da dor, educação em dor, equipe multidisciplinar, entender como acontece o dia a dia desse paciente eu acho que é primordial. Entender como é a rotina dele, começar a tentar puxar algumas coisas do que o paciente fala no dia a dia, a conversa durante a sessão é importante e entender que às vezes a gente sugere um tratamento, a gente vai por um caminho, mas os fatores externos implicam risco.” (P3)

Em resumo, a utilização de modelos de atendimento em saúde foi observada como um facilitador para o tratamento por alguns profissionais, entretanto, a capacitação profissional dificulta a utilização em pacientes com fibromialgia.

Experiências de fisioterapeutas no sistema de saúde e políticas públicas para pacientes com FM

- **Acolhimento do paciente**

Sob a perspectiva do cuidado em saúde, as pessoas com FM experimentam o “fardo duplo” de viver com uma condição debilitante enquanto têm sua realidade questionada por outras pessoas (Nishikawara et al., 2023). A falta de consenso sobre sintomas objetivamente testáveis resultou em “guerras de fibromialgia” sobre a legitimidade e utilidade clínica do diagnóstico de FM, contribuindo para a estigmatização da FM (Nishikawara et al., 2023). Assim, as pessoas com FM lutam para tentar entender sua complexa condição de saúde, estigmatizar atitudes sociais e médicas e orientação inconsistente (Nishikawara et al., 2023).

Embora diretrizes de cuidados de saúde baseadas em evidências para FM tenham sido criadas, mudanças substanciais sistêmicas e organizacionais demoram a acontecer, fazendo com que os prestadores de cuidados enfrentem desafios ao incorporar recomendações (Nishikawara et al., 2023). Há um crescente reconhecimento da FM como melhor compreendida por meio de uma estrutura biopsicossocial; no entanto, às vezes esse modelo é mal interpretado para significar que as condições de dor crônica são psicogênicas, o que arrisca mais estigmatização e auto-estigmatização (Nishikawara et al., 2023).

De fato, um modelo biopsicossocial de incapacidade da dor crônica sugere que o tratamento eficaz considera o paciente como um todo e requer tratamento abrangente, multidisciplinar/multimodal; por exemplo, terapias educacionais, psicológicas e de exercícios, juntamente com tratamentos farmacológicos baseados em sintomas, conforme necessário (Nishikawara et al., 2023).

Em nossos achados, as percepções sobre acolhimento e pacientes com fibromialgia nos sistemas de saúde foram associadas ao acolhimento como precário, falho, inadequação do sistema de saúde e alguns participantes afirmaram ser regular e fundamental. Termos como adequado foram explanados para a área particular e alguns participantes relataram inadequação envolvendo também área particular. Alguns participantes afirmaram que o paciente é visto como poliqueixoso e relataram sobre falta de conhecimento dos profissionais e falta de abordagem específica para a doença, um dos participantes relatou não saber responder. Alguns participantes relataram sobre projetos de qualidade de vida e grupos de fibromialgia.

A frase a seguir: *“(...) não existe uma preparação da entrada do usuário. o fluxo que ele faz, não existe uma preparação para esse fluxo. então, na verdade, ela é vista como uma paciente comum, que ela precisa esperar a vez dela, e isso vai estressando. Então, não tem uma preparação para que haja um acolhimento ou até uma orientação, ou até uma educação de saúde para melhorar esse processo de espera.”* (P9) evidencia a percepção sobre a inadequação do sistema de saúde para o acolhimento do paciente. Este relato pode direcionar a discussão especialmente para o cuidado na atenção primária. O manejo de pacientes com fibromialgia no ambiente de cuidados primários pode ser desafiador por vários motivos (Arnold et al., 2012). Embora haja evidências crescentes sobre os mecanismos fisiopatológicos subjacentes envolvidos na fibromialgia, os profissionais podem achar difícil comunicar essa informação emergente a seus pacientes. Além disso, muitos médicos relatam dificuldade em identificar e diagnosticar a fibromialgia (Arnold et al., 2012). Finalmente, os pacientes com fibromialgia às vezes são considerados difíceis de tratar, especialmente no consultório de cuidados primários, onde o tempo e os recursos podem ser limitados para problemas complexos (Arnold et al., 2012).

Um estudo anterior (Nishikawara et al., 2023) investigou as experiências de cuidados de saúde para FM, os participantes abordaram os fatores que dificultam, ajudam e desejam relacionados aos seus relacionamentos de cuidados de saúde e percepções do sistema de saúde em geral. Neste estudo, foi observado que fatores que envolvem acessibilidade, flexibilidade e continuidade do atendimento envolveram desafios de acessibilidade, como políticas de cancelamento inflexíveis, falta de opções de atendimento virtual, escassez de profissionais da família, longos tempos de espera por especialistas e falta de acompanhamento.

Os achados do nosso estudo estão de acordo com os desafios destacados por Nishikawara et al. (2023), evidenciados pela frase a seguir: *“(...) o clínico geral que recebe esse paciente, por exemplo, em uma unidade de saúde, ele vai tentando ali solucionar o problema do paciente, aí ele não consegue direto fazer o foco e até ele encaminhar para o especialista e até esse paciente conseguir essa consulta com esse especialista para ter o tratamento específico, o medicamento específico, para iniciar a aceitação do paciente em relação a esse diagnóstico, que também é difícil, ‘né’? como que o paciente vai aceitar que ele vai ter dor o resto da vida? então, todo esse processo aí aqui, na minha realidade, ainda tá caminhando devagar (P10)”* sendo destacado por outro participante, especialmente no sistema de saúde brasileiro: *“(...) é extremamente importante o paciente com fibromialgia com dor ter esse acolhimento, só que não existe, principalmente no SUS, não existe uma abordagem de tratamento.” (P13)*

Em continuidade ao contexto da experiência de pacientes com fibromialgia na assistência em saúde, foi observado por (Nishikawara et al., 2023) fatores relacionados à invalidação e preconceito. Os exemplos incluíam crenças preconceituosas como sexismo e preconceito de idade; invalidação, como falta de compreensão da FM ou dúvidas sobre a existência da FM, bem como minimizar ou descartar sintomas como psicogênicos; e internalização, ou as formas pelas quais os participantes assimilaram essas mensagens estigmatizantes em suas autopercepções. No que se diz respeito a falta de compreensão da FM destacada por Nishikawara et al. (2023), em nosso estudo, profissionais fisioterapeutas enfatizaram a limitação do conhecimento sobre a doença na assistência em saúde:

“(...) falta compreensão em relação à patologia e ainda tem um acolhimento dificultado. Então, quando o paciente chega no serviço e fala que tem fibromialgia, eu acredito que boa parte dos profissionais não compreendam a doença em si e consiga tratar de forma efetiva.” (P5)

“(...) dentro da fibromialgia não é uma situação que os profissionais ainda estejam familiarizados, né, então eles não ainda estão preparados para esse tipo de paciente.” (P2)

“(...) eu acho que o nosso sistema de saúde não está pronto ainda para receber pacientes com fibromialgia. tanto a parte educacional, porque na realidade a gente não vê isso.” (P26)

“(...) a doença tá muito frequente, está muito atual, mas eu acho que ainda é muito trabalhada de forma desconhecida.” (P12)

“(...) em relação a acolhimento, pelo menos dessas pessoas, eu vejo um grupo de fisioterapeutas muito bem dispostos a acolher o paciente, mas manejá-los eu acho mais complicado.” (P25)

“(...) e até onde eu sei, o sistema público de saúde não tem essa abordagem diferenciada com esse tipo de paciente.” (P17)

Associado ao exposto, alguns participantes destacaram sobre a dificuldade do acolhimento inclusive em ambientes privados: *“(...) eu acho que não tem esse apoio dos pacientes. A gente tem nosso mundo aqui diferente, particular, as coisas que pagam. quando você vai na realidade, são pacientes que não têm apoio, não têm essa equipe multidisciplinar, não têm a fisioterapia especializada para trabalhar com isso.” (P20).* Nossos achados são similares as barreiras encontradas por Nishikawara et al. (2023), que identificou dificuldades relacionadas à segurança financeira e econômica enfrentadas pelos pacientes com fibromialgia, incluindo dificuldades com seguradoras ou acessibilidade de tratamentos. Barreiras envolvendo o acolhimento em diferentes sistemas de saúde foram observadas por outro participante: *“(...) super falho. eu acho que, assim, mesmo a pessoa tendo condições financeiras, ela às vezes não consegue um atendimento de qualidade” (P7).*

Por fim, em nossos achados, alguns participantes reconheceram limitações sobre o conhecimento profissional relacionado ao acolhimento desses pacientes, evidenciados pelos relatos a seguir:

“(...) ah, isso eu não vou poder te responder.” (P11)

“(...) como eu não estou inserido nessa área, eu não sei, aí eu não sei o que responder.” (P18)

Conjuntamente, as frases destacadas abaixo evidenciam que pacientes com fibromialgia geralmente são vistos como poliqueixoso em relação à sua doença:

“(...) o que a gente vê é que a maioria deles é ‘polidatado’, ‘né’? eles ‘pingam’ de lugar em lugar, às vezes quando chegam, dependendo do serviço, já foram em 5, 6, 7, 8 profissionais diferentes, ‘né’? então, eu entendo que isso foi uma falta de acolhimento, ‘né’?” (P7)

“(...) ele vai chegar na unidade de saúde, ele vai ser encarado como paciente ‘poliqueixoso’, é isso.” (P2)

“(...) é deficitário. Na rede pública, principalmente, é tratado como manha ou bobeira. Então, você não tem o que fazer, você vai sentir dor para o resto da vida. então, é um pouco assim, você vai sentir dor para o resto da vida, mas não tem nada a ver com o que você vai fazer.” (P24)

“(...) eu acho que o maior entrado do fibromiálgico é o taxado, ‘né’? ‘poliqueixoso’ e assim a gente que fala sobre fibromialgia.” (P10)

“(...) onde é que esse paciente vai buscar esse suporte? Às vezes até nem eles mesmo sabem onde buscar, o que fazer, por onde seguir.” (P3)

A atitude dos profissionais da saúde nos sistemas de saúde destacadas pelos (as) fisioterapeutas foram similares ao destacado na literatura. Em um estudo anterior (Briones-Vozmediano, 2017) que teve como objetivo explorar as percepções dos prestadores de serviços de saúde sobre pacientes com fibromialgia na Espanha e analisar possíveis consequências dessas percepções em termos de como os serviços de saúde dos provedores constroem a doença e tratam seus pacientes, a partir disso, foi identificado duas posturas opostas entre os profissionais de saúde, incluindo aqueles que duvidam da real existência da fibromialgia e da gravidade sintomas dos pacientes, e aqueles que estão cientes da falta de apoio social reconhecimento da doença (Briones-Vozmediano, 2017).

Associado ao exposto, alguns participantes destacaram sobre a dificuldade do acolhimento inclusive em ambientes privados: *“(...) eu acho que não tem esse apoio dos pacientes. A gente tem nosso mundo aqui diferente, particular, as coisas que pagam. quando você vai na realidade, são pacientes que não têm apoio, não têm essa equipe multidisciplinar, não têm a fisioterapia especializada para trabalhar com isso.” (P20).* Nossos achados são similares as barreiras encontradas por Nishikawara et al. (2023), que identificou dificuldades relacionadas à segurança financeira e econômica enfrentadas pelos pacientes com fibromialgia, incluindo dificuldades com seguradoras ou acessibilidade de tratamentos. Barreiras envolvendo o acolhimento em diferentes sistemas de saúde foram observadas por outro participante: *“(...) super falho. eu acho que, assim, mesmo a pessoa tendo condições financeiras, ela às vezes não consegue um atendimento de qualidade” (P7).*

Por fim, em nossos achados, alguns participantes reconheceram limitações sobre o conhecimento profissional relacionado ao acolhimento desses pacientes, evidenciados pelos relatos a seguir:

“(...) ah, isso eu não vou poder te responder.” (P11)

“(...) como eu não estou inserido nessa área, eu não sei, aí eu não sei o que responder.” (P18)

Segundo Briones-Vozmediano (2017), a postura negativa mostra que os profissionais de saúde questionam a realidade dos sintomas dos pacientes, devido à falta de marcadores biológicos na fibromialgia e a tendência a atribuem a doença a origens psicológicas. Por outro lado, os pacientes temem ser descartados por sentir que estão fingindo e sendo problemáticos, sendo classificado como indivíduos com comorbidades de saúde mental, ou sendo sujeito à banalização de sua dor se os profissionais de saúde vincularem sintomas físicos da fibromialgia a questões psicológicas (Briones-Vozmediano, 2017).

Ainda, se um profissional de saúde assume uma postura positiva ou negativa tem implicações para os doentes, que podem se sentir mais ou menos legitimamente reconhecidos e apoiados, o que influencia a relação profissional-paciente e, consequentemente, uma maior adesão ao tratamento e seguimento (Briones-Vozmediano, 2017).

- Assistência nos sistemas de saúde

Segundo o estudo de Escudero-Carretero et al. (2010), os pacientes referem-se aos processos de cuidados como "longos e dolorosos". Este achado é similar aos resultados do nosso estudo, o relato a seguir destaca o esgotamento de pacientes com fibromialgia durante a busca de tratamento: *“(...) independente da área, eu percebo que existe um esgotamento do paciente na busca pela intervenção. o paciente se encontra esgotado e cansado na busca desses tratamentos.” (P5).*

A busca de paciente pelo tratamento da doença foi observada por outro participante: *“(...) na privada, foi o que eu falei, então, os pacientes já vêm, passou por vários médicos, vários profissionais, já fez muita coisa, então, assim, o paciente já chega cansado, tudo que chega com aquelas pilhas de exame lá, só que às vezes a abordagem que não teve esse acolhimento, não teve o diagnóstico correto, passou por profissional que só fez o exercício, alguns aparelhos mandaram e foram embora.” (P13)*

Quando os (as) fisioterapeutas foram questionados sobre as experiências relacionadas à assistência em saúde por meio da oferta do serviço público, privado e/ou por convênio, os fatores associados a assistência no sistema privado foram necessidade de atendimentos por quantidade estimada, maior suporte para o paciente, maior custo para o paciente e sistema super lotado.

O relato a seguir: *“(...) estou atendendo na privada, então, às vezes é várias vezes o mesmo paciente, mas onde eu trabalho, os pacientes que procuram ali geralmente têm mais condição, mas acontece de pacientes que não têm condições e aí é o que dificulta um pouco porque a gente precisa de uma equipe multidisciplinar para trabalhar com esse paciente e às vezes não tem.” (P22)* enfatiza a discussão sobre os custos na assistência privada.

De fato, é destacado na literatura que intervenções como a medicação sozinha produzem, na melhor das hipóteses, efeitos modestos na condição dos pacientes, segundo (Lacasse et al., 2016). Além disso, os tratamentos não farmacológicos são mais eficazes do que as intervenções medicamentosas na FM (Lacasse et al., 2016).

A promoção de abordagens multimodais de tratamento entre pacientes com FM é altamente recomendada, mas (Lacasse et al., 2016) destaca as despesas substanciais desembolsadas para pacientes que procuram diferentes tratamentos de saúde. Esta situação levanta questões no contexto de um sistema de saúde que alega oferecer cobertura universal para serviços de saúde medicamente necessários prestados com base na necessidade e não na capacidade de pagamento (Lacasse et al., 2016).

A frase destacada a seguir destaca sobre as experiências prévias de pacientes com fibromialgia pela percepção dos profissionais sobre qualidade do serviço ofertado pela rede privada:

“(...) pelo SUS a gente não consegue ter aquele atendimento adequado, exclusivo, do paciente. Agora, pelo particular, a gente consegue dar um suporte melhor para o paciente, escutar melhor o paciente. Porque eu tenho paciente que gosta de ir à fisioterapia e ele quer atenção, ele quer conversar. E pelo SUS você não consegue dar esse suporte.” (P15)

No que se diz respeito às expectativas do paciente em consultas com profissionais em serviços de assistência em saúde, segundo Escudero-Carretero et al. (2010), os pacientes esperam encontrar profissionais que demonstrem interesse em sua doença e que tenham formação e informação suficientes sobre a fibromialgia para fazer um diagnóstico, estão esperando também que seus profissionais possam dedicar bastante tempo a eles durante a consulta.

Sob a perspectiva dos (as) fisioterapeutas sobre a estrutura da rede privada, o relato a seguir evidencia a superlotação de redes de atendimento privadas no Brasil: *“(...) e na rede privada tem grandes hospitais de renome, eles têm programas bem eficientes, bem lotados, sem vagas para outras pessoas. então eu acho que em ambos é precário ainda, podia ser bem melhor.” (P6).*

Em contrapartida ao que foi destacado na literatura, de acordo com Colmenares-Roa et al. (2016), em outros países da América Latina, há condições mais favoráveis do sistema de atendimento privado. Ainda, de acordo com Colmenares-Roa et al. (2016), há falhas na organização da instituição, como consultas e longos períodos de espera e há um efeito negativo sobre interação com o paciente, destacando sobre o sistema de saúde espanhol.

A infraestrutura de consulta e as restrições financeiras dos pacientes, que os limitam a acessar medicamentos ou terapia e não contribuem para a criação ou manutenção de uma interação positiva (Colmenares-Roa et al., 2016). Pelos aspectos citados, o sistema privado foi destacado de modo mais adequado sobre a estrutura da assistência em saúde (Colmenares-Roa et al., 2016).

Como outras profissões da saúde, a fisioterapia deve passar de um atendimento baseado em quantidade ou de um modelo de pagamento por serviço para um atendimento baseado em qualidade (Westby et al., 2016). É enfatizado na literatura, especialmente em outros países, que atualmente, os planos provinciais de seguro saúde ou os programas nacionais de seguro saúde não têm requisitos de relatórios de qualidade para fisioterapeutas.

Especificamente para assistência ofertada por convênio, em nossos achados, (n=2/27) dos participantes relataram sobre modelo de atendimento em massa e (n=1/27) dos participantes relatou sobre bom acolhimento. As frases a seguir evidenciam as dificuldades na abordagem dos pacientes nesse modelo de atendimento:

“(...) no Brasil eu acho que é muito ruim o atendimento de convênio para fibromiálgicos, apesar de alguns sistemas de convênios terem grupos para fibromialgia, mas são muito rasos.” (P6)

“(...) o profissional fala do paciente que é poliqueixoso e o paciente fala que o profissional só faz choquinho e ele fica só deitado e o contexto é mais ou menos isso, infelizmente.” (P10)

“(...) como é que um colega que ganha 4, 67 por sessão, como é aqui na minha cidade, ele não consegue atender uma pessoa por vez, ele atende 8 por vez, em 30 minutos, não tem muito o que ele fazer, ele vai colocar ali a pessoa no choquinho, que é o choquinho igual para todo mundo, pior ainda, raramente vai dar um exercício, e a parte de comunicação, que é a mais importante para que você consiga modificar hábitos, engajar o paciente no exercício, para ele de fato melhorar, ter uma melhora autoeficaz, você não vai ter tempo de conversar isso. Então eu vejo como infelizmente péssimo.” (P23)

“(...) é muita gente, o valor é pequeno, e aí a rotatividade, eu vejo meus colegas atendendo 6, 8 pessoas por vez. você veja como é eu, demorando duas horas com o paciente, invisto demais, os cursos de fisioterapia são caros, as formações são caras, você tem que investir muito dinheiro, aí eu fico muito tempo com o paciente.” (P23)

Segundo Portela et al. (2010), a qualidade dos serviços de saúde constitui-se em forte preocupação presente nos diversos sistemas de saúde do mundo, sejam eles predominantemente públicos ou privados, sendo ainda insuficiente o conhecimento sobre a efetividade das estratégias destinadas à sua melhoria. Em países mais desenvolvidos, onde a compra de serviços de saúde ocorre de forma mais criteriosa e a escolha do prestador público ou privado é orientada pelo seu desempenho - padrões pré-estabelecidos de estruturas, práticas e resultados assistenciais -, tem sido percebida uma melhoria da qualidade e uma diminuição dos custos da atenção (Portela et al, 2010).

Apesar do exposto, entre os participantes, é possível observar experiências positivas dos profissionais da saúde evidenciados pelas frases a seguir:

“(...) hoje eu estou completamente na rede pública, e a experiência, eu considero uma experiência boa, que me faz estudar cada vez mais, para eu sempre estar buscando novos recursos, ou novos planos, ou nova educação na saúde. Então, eu acho uma boa experiência.” (P9)

“(...) no público você tem como dispendar o maior tempo para aquele paciente, você tem como estar indo um pouco mais além.” (P2)

“(...) acho que tem mais a questão de doenças lucrativas, né, a questão do medicamentosa.... acho que o público ainda é mais voltado à fibromialgia.” (P12)

Segundo Garcia-Subirats et al.(2014), no Brasil, o Sistema Único de Saúde é utilizado principalmente pelos estratos de renda média-baixa e média-baixa, que também utilizam serviços de saúde privados, e as populações de renda média e alta têm seguro privado e utilizam o SUS para serviços de alto custo. Assim, o nível de gasto privado, que representa 56,4% do gasto total em saúde, é um dos mais altos da região (Organização Mundial da Saúde, 2012; Garcia-Subirats et al., 2014).

Em nossos achados, na perspectiva da assistência pública para fibromialgia, entre os (as) fisioterapeutas alguns relataram sobre alta demanda de pacientes e estrutura inadequada, existência de atendimento não individualizado e alguns dos participantes afirmaram não ter experiência na área. O relato abaixo retorna a discussão sobre a diferença de estrutura entre os sistemas de saúde: *“(...) na rede pública, é exatamente o que eu falei antes, eu acho que tem gente bem intencionada, porém a estrutura do sistema não permite que seja feito adequadamente.” (P6)*

Um estudo anterior (Garcia-Subirats et al., 2014) investigou fatores que influenciam o acesso à saúde, por meio de uma análise comparativa das barreiras no atendimento do Brasil e Colômbia. Algumas barreiras no sistema de saúde brasileira, de acordo com (Garcia-Subirats et al., 2014), foram os longos tempos de espera causados por falta de recursos humanos e os recursos físicos que parecem ser mais importantes nas áreas brasileiras. Este achado destacado na literatura é similar ao que foi relatado em nosso estudo *“(...) O SUS é muito bom, mas a demanda é muito grande.” (P11)* e *“(...) dentro de todas as UBS que a gente tem aqui hoje, eu acho que só o do Sinhazinha [um posto de saúde local] aqui traz as práticas complementares do SUS.” (P3)*

- Percepção sobre políticas de saúde

Em nosso estudo, as políticas de saúde foram observadas pelos (as) participantes como inadequadas e escassas. Entre os participantes, alguns relataram sobre falta de estratégias para o público e falta de divulgação na doença. Tais achados são evidenciados pelos argumentos a seguir: *“(...) olha, eu acho que são escassas, ‘né’? A gente não vê muitas políticas públicas para esses pacientes. Até porque as pessoas não acreditam na dor. Diz que é chato, diz que é preguiçoso, diz que é não sei o que, e todos os projetos de lei demoram muito a tramitar. Então, eu acho que são escassas.” (P3)* e *“(...) inadequadas”. (P2)*

Segundo (Briones-Vozmediano et al., 2016), os Planos Nacionais de Saúde do contexto internacional (Europa e América Latina) não incluem a abordagem da FM entre as questões de saúde que são priorizadas. Ou seja, entre as linhas estratégicas de atuação, não há intervenções programadas para enfrentar o FM (Briones-Vozmediano et al., 2016). A análise dos planos internacionais de saúde mostra que a saúde da mulher está diretamente relacionada com a postura reprodutiva e não considera outros aspectos da morbidade, mais prevalentes nas mulheres em comparação aos homens, ou a desigualdade encontrada no acesso aos cuidados de saúde (Briones-Vozmediano et al., 2016).

Além do exposto, alguns participantes relataram pouco conhecimento sobre este tema (n=15/27), evidenciado pouco conhecimento por parte de fisioterapeutas sobre as políticas públicas para estes pacientes:

“(...) conheço muito pouco sobre isso.” (P1)

“(...) na rede pública eu não tenho nenhum tipo de experiência.” (P3)

“(...) não sei.” (P4)

“(...) não sei responder porque eu não tenho tanta informação.” (P6)

“(...) eu sei, eu sei que é bem falho.” (P7)

“(...) então, complicado por eu não trabalhar na área pública, eu não sei quais são as políticas.” (P11)

“(...) eu não tenho essa informação, por isso que eu falei que eu acho que não existe.” (P13)

“(...) eu não sei te falar da questão pública.” (P14)

“(...) então, como eu disse, eu não tenho muito conhecimento em relação às políticas públicas. eu falei mais ou menos o que eu acho. acredito que não devam ter tantas políticas para esse público.” (P17)

“(...) eu não conheço nenhuma, existe? eu não conheço, de verdade não sei, se existe, não conheço.” (P18)

“(...) não, praticamente eu não trabalho nesses órgãos da saúde.” (P19)

“(...) eu não conheço muito as políticas públicas destinadas.” (P22)

“(...) eu não tenho muito acesso a essa informação, não.” (P24)

“(...) eu conheço pouco. eu não vou responder muito, porque eu não vou ser tão assertiva. eu conheço poucas coisas da parte pública.” (P27)

O relato a seguir direciona a discussão sobre a existência de políticas públicas na fibromialgia: *“(...) tem alguma? Chega alguma para alguém? Então, acho que eu prefiro não opinar, porque eu não tenho nenhuma... Eu falo que tem paciente que não consegue nem se afastar e você vê que não tem condição de trabalhar, então não sei, acho que eu nem opino, porque eu não vejo muitas políticas específicas para fibromialgia.” (P8)*

Segundo Briones-Vozmediano et al. (2016), a invisibilidade da FM nos planos de saúde é especialmente preocupante porque os planos governamentais, especificamente os planos de saúde, são o resultado da 'construção política' dos problemas, que conseguiram se estabelecer na agenda política. No caso da FM, a visibilidade não tem sido bem-sucedida, apesar de a FM ter sido reconhecida como doença pela OMS em 1992 e tendo em conta a sua elevada prevalência (Briones-Vozmediano et al., 2016). Omitir problemas de saúde prevalentes nas mulheres, como a FM, dificulta a oferta de um serviço de saúde em condições de igualdade e dá origem a um possível desequilíbrio em relação às necessidades das mulheres (Briones-Vozmediano et al., 2016).

Segundo Belardo & de Camargo Júnior (2018), o que tem acontecido em vários países é que os pacientes começaram a se unir em associações civis para que a sua condição fosse considerada uma doença e assim construir a tão esperada legitimidade que dá a possibilidade de a clínica intervir sobre os corpos. Para estes pacientes, a fibromialgia cientificamente validada proporciona legitimidade para os seus sintomas e um diagnóstico aceitável. Em 2007, foi formada na Argentina uma organização civil, a FibroAmerica, que reúne pacientes de três categorias diagnósticas: fibromialgia, síndrome da fadiga crônica e sensibilidade química múltipla (Belardo & de Camargo Júnior, 2018).

A FibroAmérica foi criada com o objetivo de realizar diversos planos para melhorar a qualidade de vida desses pacientes (Belardo & de Camargo Júnior, 2018). Contudo, a qualidade de vida só pode ser alcançada se a doença for reconhecida como tal. Segundo a organização, foi pioneira mundial na legitimação da associação entre estas três doenças e o conceito de deficiência e na sensibilização para o que chamam de “deficiências invisíveis”, criando pela primeira vez o termo que as define (Belardo & de Camargo Júnior, 2018). Nessa perspectiva, em nossos achados, alguns participantes relataram conquistas para os pacientes que lidam com a doença:

“(...) acho que estão melhorando, vou colocar assim, por exemplo, hoje o município de Vila Velha já tem uma política de dar preferência a carteirinha de fibromialgia.” (P2)

“(...) eu vi agora que vai ter o selo de fibromialgia, a carteira de fibromialgia, mais assim, para ter acesso a políticas públicas, a tratamentos, mas acho muito precário ainda, muito.” (P26)

De acordo com Briones-Vozmediano et al. (2016), por sua vez, o aumento do interesse parlamentar está a ter um impacto positivo, pois chama a atenção do público em geral para o conhecimento e a consciência social sobre esta questão de saúde específica através dos meios de comunicação social, como é o caso de outras questões de saúde.

Complementarmente ao exposto, os (as) participantes reforçam em seus relatos poucas intervenções de políticas públicas destinadas aos pacientes com fibromialgia:

“(...) aqui no Brasil eu acho muito fraca ainda. Eu acho que existe uma abordagem já para pacientes com fibromialgia, porém com a visão biomédica ainda. O que existe, existe, mas a visão ainda biomédica, então para mim não existe.” (P21)

“(...) ruins, precárias, precisam de melhorias, precisam de gente nova como vocês, com garra para implementar. tá escasso.” (P6)

“(...) eu não vejo efetividade e nem estratégias de ação para atender esse público, ‘né’? (P10)

“(...) então acho que é muito tímida ainda a questão de políticas públicas voltadas para esse público”. (P12)

“(...) ainda está fraca ainda. Ainda muito delicada.” (P15)

“(...) eu queria ajudar a mudar isso. no geral a gente tem uma assistência à saúde baixa nesse sentido, é apagar incêndio, é ‘secar gelo’, e eu não vejo uma política eficaz, efetiva não. Eu acho que a gente precisava ter um pouco mais de prática baseada em evidência para redução de custo, para efetividade, para uma série de coisas aí.” (P25)

“(...) é inadequado, até mesmo no fluxo geral, independente de política pública, ‘né’?” (P10)

“(...) eu penso que deve ser, não ruim, mas assim, faltando ainda, porque se houvesse mais, de repente, um trabalho educativo, de uma forma que conseguisse chegar em mais pessoas, de educação, de informações corretas e adequadas, os pacientes teriam entendendo mais o que acontece com eles.” (P23)

“(...) eu acho que elas ainda precisam ser muito melhoradas, ‘né’? Não só de adesão dos pacientes, de melhor explicação aonde eles têm que procurar atendimento, quem são os profissionais melhor capacitados pra fazer isso.” (P16)

“(...) eu vejo pouco da educação, de entender o que é essa síndrome, o que é a fibromialgia. eu vejo o sistema de saúde trabalhar pouco isso na educação, e fazer de uma forma, às vezes, não tão organizada.” (P20)

Segundo Briones-Vozmediano et al. (2016), as iniciativas parlamentares, tanto europeias como espanholas, revelam a falta de reconhecimento social da doença, o seu difícil diagnóstico, a falta de recursos destinados à investigação e tratamento posterior, e a falta de reconhecimento das limitações físicas envolvidas que afetam a capacidade tanto no mercado de trabalho e em casa. Por sua vez, são apontados como questões a resolver os seguintes pontos: a melhoria dos cuidados de saúde dos pacientes e o aumento de esforços e recursos no que diz respeito à investigação sobre a doença (agilizar estudos sobre as suas implicações sociais, jurídicas, laborais e repercussões na agenda política).

- Barreiras e facilidades nos sistemas de saúde

Em nossos achados, as barreiras relatadas foram custo alto para o paciente e baixa remuneração do profissional no setor privado. Os participantes relataram barreiras sobre recursos terapêuticos, tempo, verba, estrutura, divulgação, letramento em saúde, limitações no diagnóstico, lista de espera, alta demanda e individualidade no atendimento para o setor público. Alguns participantes relataram sobre cinesiofobia, capacitação do profissional e dificuldade da utilização do modelo biopsicossocial.

O argumento a seguir: *“(...) eu acho que isso é outra questão que faz a diferença, porque a manutenção desse tratamento lá fora é oneroso, principalmente para o paciente assalariado, né? de um salário mínimo que tem que ser maior do que o de outros compromissos dentro de casa.” (P10)* enfatiza novamente as barreiras financeiras percebidas pelos (as) fisioterapeutas. De fato, devido à natureza crônica da doença, os pacientes com fibromialgia são grandes consumidores de serviços de saúde nas sociedades (Ghavidel-Parsa et al., 2015). Outras frases abordam essa barreira para a assistência em saúde:

“(...) problema que eu vejo, no particular, para o paciente que não tem condições financeiras, que não é algo passageiro.” (P1)

“(...) eu acho que esbarra também dentro dessa questão financeira, é o fato do paciente de fibromialgia precisar de uma equipe.” (P7)

É destacado na literatura barreiras financeiras relatadas por pacientes com FM (Briones-Vozmediano et al., 2013), apontando que os pacientes relataram recorrer a intervenções não farmacológicas na tentativa de aliviar a dor. No entanto, eles também mencionaram o custo de tais tratamentos, que em muitos casos estava além de suas possibilidades (Briones-Vozmediano et al., 2013). Segundo Ghavidel-Parsa et al. (2015), estima-se que o custo médio anual mensurável por paciente variou de US\$ 2.274 a US\$ 9.573 ou até mais de aproximadamente US\$ 13.000 em vários estudos, dependendo da gravidade dos sintomas e da rota do cálculo dos custos. a doença dificilmente pode ser avaliada; e se for levado em conta o alto custo imensurável, o real impacto econômico desta complexa desordem pode ser subestimado.

Embora todos os componentes dos custos totais anuais diretos e indiretos (ou seja, utilização médica, recebimento de medicamentos prescritos, perda de trabalho, incapacidade por doença) sejam substanciais, estima-se que menos de 6% desses custos foram atribuíveis a reivindicações específicas da fibromialgia (Ghavidel-Parsa et al., 2015). De acordo com Ghavidel-Parsa et al. (2015), a ampla gama de doenças e serviços que afetam os requerentes de fibromialgia além de um diagnóstico específico de fibromialgia (Ghavidel-Parsa et al., 2015).

Entre os relatos dos (as) participantes, foi destacado a limitação do tempo para o atendimento clínico, exposto pela frase a seguir: “(...) *então eu acho que um dificultador seria o tempo para conseguir entender essas particularidades individuais*” (P5). De modo similar ao estudo de Briones-Vozmediano et al. (2013), foi descrito que os profissionais que atendem pacientes com fibromialgia descreveram que características do próprio sistema de saúde (tempo limitado para a consulta, longas listas de espera) podem afetar negativamente a forma como são avaliados pelos pacientes.

Segundo Garcia-Subirats et al. (2014), os tempos de espera para todos os níveis de atenção são maiores nas áreas brasileiras do que nas áreas colombianas, embora haja diferenças entre áreas e esquemas. No Brasil, de acordo com Garcia-Subirats et al. (2014), há escassez de médicos, agravada pelo descumprimento de horários e pela limitada implementação da estratégia de saúde da família, aliada à limitada dedicação aos cuidados curativos estão entre as causas identificadas. Além disso, as dificuldades em conseguir consultas podem estar relacionadas ao uso de estratégias de restrição de uso (filas, horários fixos) (Garcia-Subirats et al., 2014). Vale ressaltar que os tempos de espera são sensivelmente menores no município do interior, o que pode ser devido ao fato de os serviços da capital receberem também pacientes de outros municípios do estado e da região (Garcia-Subirats et al., 2014).

Os relatos abaixo abordam as barreiras citadas anteriormente:

“(...) a fila é muito longa, muito tempo de espera e eles liberam apenas 10 sessões”. (P11)

“(...) a questão do sus, o complicado é só a questão do tempo e a exclusividade do paciente”. (P15)

Em nossos achados, (os) fisioterapeutas destacaram fatores associados letramento em saúde e capacitação do profissional como barreiras nos diferentes sistemas de saúde. A frase a seguir *“(...) a dificuldade é a falta de conhecimento a respeito do quadro clínico, ‘né’? de entender essa dor como uma lesão potencial, de entender os fatores sociais, familiares, psicológicos” (P10)* evidencia limitações quanto ao conhecimento sobre a doença. Em um estudo anterior (Alodiabi et al., 2020), aproximadamente 22% relataram ter aprendido sobre FM durante a graduação e 29% durante a pós-graduação. Além disso, 33% adquiriram conhecimento sobre FM por meio de atividades de autoaprendizagem, 8% afirmaram não ter conhecimento sobre FM e 1% relataram obter conhecimento por meio do contato com um familiar ou paciente com FM (Alodiabi et al., 2020).

Outro participante enfatiza a barreira do conhecimento em seu relato:

“(...) então, acho que a grande dificuldade, primeiro, é o conhecimento técnico, do que é uma dor crônica e o que está por trás da dor crônica. e a segunda coisa é o número de profissionais, que eu acredito que deve ser alguém do que a gente poderia ter para atender todas as pessoas.” (P27)

“(...) acho que a maior barreira é isso, é o letramento, não só do paciente, mas também dos profissionais em geral.” (P7)

“(...) eu acho que o principal que a gente tem são dificuldades, porque essa parte do biopsicossocial é muito explorada, ela é pouco utilizada no geral.” (P25)

De acordo com o estudo de Alodiabi et al. (2020), a falta de conscientização e experiência com a FM também pode explicar porque muitos fisioterapeutas não responderam às perguntas sobre o tratamento da doença. Os achados demonstraram que os fisioterapeutas tenham pouca confiança em suas habilidades para avaliar, diagnosticar e tratar pacientes com FM (Alodiabi et al., 2020). Complementarmente, de acordo com Alodiabi et al. (2020) 75% dos fisioterapeutas não estavam totalmente confiantes em lidar com os sintomas da FM.

Por fim, outro participante reforça a necessidade de melhorar o conhecimento sobre a saúde de toda a equipe de profissionais envolvidos no manejo da doença: *“(...) dificuldade é treinamento de equipe, eu acho que não tem. Treinamento de equipe interdisciplinar, aplicar recursos financeiros, ‘né’? Para ter uma estrutura melhor para esses pacientes. educação, tanto do paciente quanto dos profissionais.” (P20)*

Conjuntamente, o argumento a seguir direciona a discussão sobre as dificuldades observadas pelos (as) fisioterapeutas enfrentadas pelos pacientes com fibromialgia no processo do diagnóstico da doença.

“(...) eles não virem com o diagnóstico fechado.” (P8)

O diagnóstico de fibromialgia costuma ter um impacto positivo nos pacientes, principalmente porque significa legitimar a doença (Briones-Vozmediano et al., 2013). Assim, atribuir à doença um rótulo diagnóstico ajuda o paciente a enfrentar e diminuir a estigmatização (Briones-Vozmediano et al., 2013). No entanto, alguns autores afirmam que o diagnóstico de fibromialgia pode ter um efeito negativo na identidade e na autoestima do paciente (Briones-Vozmediano et al., 2013). O que fica claro, porém, é que os pacientes descrevem sua busca por um diagnóstico, que geralmente envolve longos atrasos e inúmeras consultas com diversos especialistas, como frustrante e insatisfatória.

Outro relato evidencia novamente o diagnóstico como um dos temas centrais da frase: *“(...) primeiro, é diagnosticar essas pessoas como pessoas crônicas, entender. segundo, é o ambiente. como eu falei, o ambiente para mim é uma das coisas que mais influenciam as pessoas a sofrerem com dor. E normalmente as pessoas que estão nessa situação mais vulnerável vivem ambientes bem difíceis. Então eu acho que o mais difícil aí é ter pessoas capacitadas que consigam entrar nesses ambientes e de uma certa forma modificá-los, ou pelo menos ajustá-los, ajustar essa realidade. e eu acho que é difícil. Tem um sistema de política pública bem forte que lute por isso aí. Eu acho que ainda não vi ninguém até hoje que lute por isso.” (P21)*

O fato de a etiologia da fibromialgia ser desconhecida dificulta o diagnóstico da doença pelos médicos e, conseqüentemente, o tratamento dos pacientes (Briones-Vozmediano et al., 2013). É destacado na literatura a insatisfação dos pacientes durante o processo do diagnóstico (Briones-Vozmediano et al., 2013; Escudero-Carretero et al., 2010).

De acordo com Briones-Vozmediano et al. (2013), devido a essas dificuldades, os pacientes devem passar por um longo processo de consultas com diversos especialistas e uma extensa bateria de exames eliminatórios antes de serem diagnosticados. Todos os pacientes participantes do estudo consultaram primeiro seu clínico geral e finalmente foram encaminhados para um especialista em reumatologia que confirmou o diagnóstico (Briones-Vozmediano et al., 2013).

Outro argumento explanado durante o questionamento sobre barreiras e facilidades na assistência em saúde para fibromialgia envolveu aspectos relacionados à remuneração dos profissionais, evidenciado pela frase a seguir: *“(...) vejo basicamente dificuldades pelo fato de que o valor pago é inadequado para não dizer ilegal, e aí inviabiliza um tratamento correto, e isso piora a fama da nossa profissão.” (P23)*. Nossos achados sobre a baixa remuneração de fisioterapeutas são semelhantes ao destacado na literatura. De acordo com Brattig et al. (2014), o salário de um funcionário também pode ser visto como sucesso no trabalho: cerca de um terço dos entrevistados fisioterapeutas estavam insatisfeitos com seu salário. Isso pode levar à insatisfação no trabalho (Brattig et al., 2014).

A frase “(...) a dificuldade... uma delas é a que eu falei, a falta de respeito, a falta de informação que se passa para o outro. a falta de humanização também. Porque na maioria das vezes, os relatos que eu recebo é que ninguém ouve, ninguém tenta, você está sentindo dor mas não tem motivo” (P24) enfatiza a percepção do participante sobre as atitudes dos profissionais frente aos pacientes. É ressaltado na literatura Briones-Vozmediano et al. (2013) os pacientes com fibromialgia percebem falta de empatia ou, como dizem muitos dos pacientes entrevistados, um mínimo de esforço para dar atenção, apoio e compreensão. Do ponto de vista dos profissionais, maior suporte deve ser dado aos pacientes com fibromialgia para fornecer-lhes estratégias mais eficazes para lidar com o problema (Briones-Vozmediano et al., 2013). A este respeito, alguns dos profissionais entrevistados consideraram que era necessário ouvir ativamente os doentes e fornecer-lhes todas as informações relevantes, bem como o apoio psicológico necessário para que lidassem ativamente com a sua doença (Briones-Vozmediano et al., 2013).

Entre os participantes, investimento no tratamento, recursos terapêuticos foram facilidades relatadas no setor privado e serviço gratuito, equipe multidisciplinar no mesmo ambiente e inserção de grupos terapêuticos foram facilidades relatadas no sistema público. As explicações destacadas a seguir enfatizam as facilidades observadas pelos (as) fisioterapeutas para a assistência na rede privada e pública:

“(...) facilidade é porque o paciente faz o contato, ele seleciona o profissional e ele investe nesse tratamento.” (P1)

“(...) quando a gente trata da rede privada é muito fácil, ‘né’? porque a gente aplica o que a gente deseja. a gente sugere o que a gente deseja e o paciente simplesmente paga. Se aceitar o tratamento e enfim. Na rede pública, eu acredito que não haja abertura suficiente para aplicação desse tratamento.” (P3)

Outro participante reforça a facilidade em relação à redução de custos na assistência ofertada pela rede pública:

“(...) facilidades que eu vejo para ele no serviço é que o serviço é gratuito, de qualidade, supervisionado e amparado pelas técnicas e por questões baseadas em evidências científicas que dão segurança para o tratamento dele. e muitas vezes um tratamento que é superior que ambientes que talvez ele teria que investir para ser tratado.” (P1)

As condições mais favoráveis para o tratamento da fibromialgia na rede privada foram observadas por (Colmenares-Roa et al., 2016). Além disso, outro estudo (Bradbury et al., 2013) que investigou o serviço fisioterapêutico, incluindo osteopatia na rede privada e pública destaca que as experiências concretas de tratamento variam entre diferentes contextos e em parte porque percepção dos pacientes sobre o tratamento variam dependendo do setor de saúde. Por exemplo, pagar pelo tratamento no setor privado introduz valores mais consumistas para alguns; essas percepções de quais tratamentos devem incluir são então usados para julgar as experiências concretas de tratamento (de escolha e controle dentro do tratamento) (Bradbury et al., 2013), entretanto, os achados deste estudo podem ser limitados a generalização de interpretações por incluir pacientes com FM.

- Indicações para políticas públicas

Em um estudo anterior (Escudero-Carretero et al., 2010) que investigou as percepções de pacientes com fibromialgia sobre o sistema de saúde foi observado que os pacientes desejavam serviços mais ágeis e acessíveis, com continuidade de profissionais, tanto para obter diagnóstico quanto para receber acompanhamento. A valorização do desenvolvimento de pesquisas em torno da fibromialgia, sua causa e novos tratamentos foram enfatizadas pelos (as) participantes. Em nossos achados, alguns participantes argumentaram de modo semelhante, enfatizando o diagnóstico precoce, implementação de pesquisa e melhora da abordagem na atenção primária, respectivamente, melhora da abordagem na atenção primária, implementação de pesquisas e diagnóstico precoce. Tais achados são evidenciados nas frases a seguir: *“(...) poderia dar espaço para acadêmicos como vocês, mais jovens, implementarem suas pesquisas de mestrado, de doutorado e dar continuidade reciclando com novos estudantes a cada ano para que passem e esse serviço seja constantemente oferecido.” (P6)*

A frase a seguir: *“(...) algumas políticas na atenção da fibromialgia, mas poderia complementar mais no sentido de fazer o diagnóstico no início mais precoce.” (p12)* enfatiza sobre a necessidade do diagnóstico precoce na atenção primária. Segundo Arnold et al. (2016), a falta de um caminho claro para o paciente e de um sistema de saúde para o diagnóstico e tratamento da FM muitas vezes resulta na passagem dos pacientes de médico para médico, recebendo múltiplos medicamentos para tratar diferentes sintomas e sofrendo maior incapacidade. Muitos médicos de cuidados primários ainda preferem encaminhar o paciente para um especialista, especialmente quando os pacientes têm múltiplas comorbidades que provavelmente exigirão um tempo considerável para investigação e tratamento (Arnold et al., 2016). No entanto, a maioria dos casos de FM poderia ser diagnosticada e tratada nos cuidados primários, e uma abordagem multidisciplinar da FM centrada no paciente nos cuidados primários resultaria num diagnóstico mais rápido, numa gestão mais eficaz, em melhores resultados para os pacientes e numa melhor utilização dos recursos de saúde (Arnold et al., 2016).

O relato a seguir enfatiza novamente a formação de política públicas destinadas à atenção primária, especialmente para a capacitação dos profissionais envolvidos: *“(...) eu acho que deveria ter na atenção básica, não digo profissionais especialistas, mas, assim, profissionais que entendam melhor do assunto, porque a gente sabe que numa unidade básica não vai ter especialidade de tudo, mas eu acho que, sei lá, treinamentos, educação, que entendam essa questão do olhar sobre a dor crônica, sobre a fibromialgia, porque é o primeiro contato desse paciente.” (P8)*

Segundo Arnold et al. (2016), a chave para o tratamento eficaz de pacientes com FM na atenção primária é uma abordagem integrada ao tratamento, uma estrutura coordenada de apoio clínico e não clínico, educação multifacetada e clareza de objetivos e expectativas. Um plano de tratamento abrangente deve incluir tratamentos não farmacológicos, terapias farmacológicas e estratégias ativas de enfrentamento do paciente (Arnold et al., 2016). Como a FM está associada a uma variedade de sintomas, não se pode esperar que um único tratamento atinja cada um deles (Arnold et al., 2016). A abordagem de tratamento deve ser flexível para incorporar mudanças à medida que a condição progride, e é provável que exija a colaboração de vários profissionais de saúde, particularmente para o tratamento de algumas comorbidades (Arnold et al., 2016). Os pacientes podem ser encorajados a identificar e manter estratégias ativas de enfrentamento, na tentativa de reduzir a incapacidade (Arnold et al., 2016).

As comorbidades, como depressão grave ou estressores psicossociais acentuados, podem exigir encaminhamento para um especialista em saúde mental, enquanto as comorbidades médicas podem exigir tratamento adicional de uma série de especialistas, como reumatologistas, gastroenterologistas e especialistas do sono (Arnold et al., 2016). Novamente em nosso estudo, mais uma vez é reforçado sobre a criação de equipes direcionadas ao cuidado de pacientes com dor crônica:

“(...) formar uma equipe de cuidado mais direcionado para a fibromialgia, igual hoje a gente vê, por exemplo, para a oncologia, eu acho que isso já começaria a mudar um pouco mais.” (P7)

“(...) eu acho que seria interessante, ainda mais hoje em dia, tem essas equipes de saúde da família, ‘né’? fazer uma abordagem com pessoas que você depois faz a coleta com os agentes de saúde, que sabem que tem fibromialgia, e trabalhar muito a questão da educação, ‘né’.” (P17)

“(...) então, eu acho que precisaria ter um programa de dor crônica para atender no SUS, esses pacientes com fibromialgia e outras dores crônicas.” (P27)

Os participantes relataram fatores como educação sobre a doença e divulgação, tais explanações estão evidenciadas abaixo:

“(...) primeiro é uma conscientização sobre o que é fibromialgia, sobre que a dor existe, ela é real, não é algo inventado, ‘né’? e depois o esclarecimento dos profissionais de saúde como um todo com relação a fibromialgia. os profissionais precisam entender o que é e como tratar.” (P3)

“(...) e a gente estimular o tratamento e a informação eu acho que é mais importante do que a gente fornecer benefícios. Pensando no sentido de aposentar a paciente com fibromialgia. será que isso vai ajudar a tratar a doença dela?”. (P5)

Tal como acontece com qualquer condição crônica que requer tratamento contínuo, a educação do paciente é fundamental para ajudar o paciente a compreender, aceitar e autogerir a sua condição (Arnold et al., 2016). Contudo, como o tempo para a educação do paciente provavelmente será limitado durante uma consulta, o uso de pessoal de apoio clínico para fornecer informações suplementares é fundamental, juntamente com detalhes de fontes educacionais úteis (livros, sites, grupos de defesa, etc) (Arnold et al., 2016).

Somado ao exposto, outro participante enfatiza a necessidade de divulgação para o público: *“(...) o que tá faltando é divulgações. tem poucas divulgações na questão da fibromialgia. precisa muito mais. Precisa os ‘crefitos’ fazer uma divulgação maior em termos de fibromialgia. aconselhar, explicar e publicar, digamos, experiências vividas, entendeu?”*. (P19)

Novamente, no estudo de Escudero-Carretero et al. (2010)), os participantes relataram sobre a necessidade de criar associações de pacientes para que continue fazendo seu trabalho de apoio. Semelhante ao destacado na literatura pelo ponto de vista dos pacientes, em nosso estudo, os (as) participantes relataram fatores centros específicos para a doença, grupos de atendimento e programas de dor crônica, tais explanações estão evidenciadas abaixo:

“(...) pensando na política em si, formar grupos de atendimento, formar grupos que pudessem tratar e alinhar, conversar sobre a fibromialgia para ter pessoas com o mesmo interesse, falando sobre o mesmo tema, pensando na melhora em relação a essa doença.” (P18)

“(...) então eu acredito que centros de tratamento é mais benéfico do que políticas sociais voltadas para a parte somente social, sem pensar no contexto da doença, no contexto físico.” (P5)

A frase a seguir destaca a dinâmica de atendimentos em grupo para que seja possível gerar a socialização entre os pacientes: *“(...) acho que começa por aí, mas eu penso que talvez uma facilidade poderia ser empregar políticas de atendimentos em grupo, de alguma forma, eu acho que seria muito interessante isso, e aí você poderia colocar mais pessoas que tenham as mesmas queixas, tanto para fazer esse contato social dela, porque eu vejo que elas se sentem muito sozinhas.”* (P23)

Alguns estudos (Haugmark et al., 2021; Areso-Bóveda et al., 2022) investigaram intervenções em grupo para a fibromialgia. Apesar disso, de acordo com (Haugmark et al., 2021), o programa de reabilitação multicomponente combinando a educação do paciente com um programa de grupo baseado na atenção plena e na aceitação, seguido de aconselhamento de atividade física, não foi mais eficaz do que a educação do paciente e o tratamento usual para pacientes com fibromialgia recentemente diagnosticada no acompanhamento de 12 meses.

Entre os participantes, n=3/27 relataram sobre contratação de mais profissionais e n=3/27 capacitações dos profissionais. O relato a seguir evidencia a necessidade de maior número de profissionais para o atendimento de pacientes com fibromialgia: “(...) *contratação de mais profissionais, mais centros de tratamento, ‘né’? Isso seria muito bom e ia ajudar bastante.*” (P11)

Adicionalmente, a frase a seguir enfatiza programas de educação continuada para os profissionais e enfatiza novamente sobre as limitações sobre o conhecimento dos profissionais para o manejo da doença: “(...) *instituindo, por exemplo, programas de educação continuada*” (P7). Um estudo anterior (Roitenberg & Shoshana, 2021) examinou relatos sobre fibromialgia fornecidos por fisioterapeutas, incluindo como os fisioterapeutas definem e entendem a fibromialgia, quais recursos profissionais estão disponíveis para tratar pacientes e onde os fisioterapeutas podem recorrer quando enfrentam a escassez de recursos profissionais observou que tal como acontece com outros profissionais de saúde, os fisioterapeutas do nosso estudo descreveu a fibromialgia como vaga e confusa e até questionou sua realidade (Roitenberg & Shoshana, 2021).

O ceticismo parecia ser o resultado da falta de etiologia evidente e do diagnóstico vago, alcançada pela exclusão de outras doenças (Roitenberg & Shoshana, 2021). Os fisioterapeutas perceberam a doença como problemática porque não se enquadra em nenhum modelo biomédico clássico (Roitenberg & Shoshana, 2021). Tais achados podem reforçar a necessidade de programas de educação continuada.

Por fim, a frase a seguir direciona a discussão sobre os medicamentos utilizados e a sobrecarga de custos relacionados. É possível observar no argumento “(...) *fazer uma política mesmo correta na dispensação de medicamentos.*” (P12) que medidas que flexibilizem a aquisição de medicamentos auxiliaram no tratamento dos pacientes, especialmente pela redução de custos. A promoção de abordagens de tratamento multimodais entre pacientes com FM é altamente recomendada (Lacasse et al., 2016), mas Lacasse et al. (2016) destacam as despesas substanciais dos pacientes que procuram diferentes tratamentos de saúde. Esta situação levanta questões no contexto de um sistema de saúde que afirma oferecer cobertura universal para serviços de saúde clinicamente necessários, prestados com base na necessidade e não na capacidade de pagamento (Lacasse et al., 2016).

Este estudo pode apresentar algumas limitações. Apesar da experiência clínica dos fisioterapeutas na gestão da fibromialgia, a falta de experiência com alguns itens questionados na entrevista pode ter influenciado em descrições menos detalhadas por parte de alguns profissionais. Além do exposto, houve variabilidade no tempo de experiência, formação do profissional e nível de qualificação, estes aspectos podem ter influenciado em alguns argumentos. Sugerimos que estudos futuros realizem estratificações de grupos entre os entrevistados para reduzir influências nos resultados.

O presente estudo possui como ponte forte a abrangência dos conteúdos questionados em itens abertos, permitindo ampla descrição do manejo clínico da fibromialgia por fisioterapeutas. Associado ao exposto, as entrevistas foram realizadas por web conferência favorecendo maior número de fisioterapeutas com experiência clínica na doença, o que pode potencializar os achados do nosso estudo, especialmente por todos os participantes assumirem experiência com a FM. Além do exposto, o roteiro de perguntas qualitativas foi apurado por diversos procedimentos para aumentar a confiabilidade e reduzir tendenciosidades, o que pode assegurar resultados pautados com rigor metodológico. Adicionalmente, este estudo pode auxiliar na estruturação de protocolos de educação continuada envolvendo capacitações de fisioterapeutas e formulação de políticas públicas para o público com FM.

9. CONCLUSÃO

A tomada de decisão e atuação de fisioterapeutas no manejo clínico da fibromialgia pode ser influenciada pela formação e nível de qualificação do profissional, bem como suas experiências, percepções e crenças sobre a doença. Os profissionais utilizam modelos de atendimento em saúde como facilitador para o tratamento e percebem a assistência em saúde com baixo acolhimento, envolvendo barreiras profissionais e estruturais. Dificuldades na avaliação envolvem fatores relacionados ao quadro clínico e limitações do diagnóstico. O tratamento fisioterapêutico pode ser dificultado ou facilitado por aspectos biopsicossociais relacionados aos pacientes, tendo como objetivos do tratamento o gerenciamento da dor e sintomas associados, utilizando exercícios mistos com estratégias gradativas. Fatores relacionados ao quadro clínico, habilidades e competências do profissional influenciam na adesão e evolução do tratamento fisioterapêutico, bem como na relação com o paciente e profissionais da saúde.

10. CONFLITO DE INTERESSES E FINANCIAMENTO

As pesquisadoras envolvidas neste estudo declaram que não há conflito de interesses com a temática proposta para esta pesquisa. Além disso, não houve fonte de financiamento para a realização dos processos de pesquisa. Apesar do exposto, vale frisar que a primeira autora da pesquisa possuiu suporte da bolsa CAPES durante o projeto.

REFERÊNCIAS

1. Arnold LM, Clauw DJ, Dunegan LJ, Turk DC; FibroCollaborative. A framework for fibromyalgia management for primary care providers. *Mayo Clin Proc.* 2012 May;87(5):488-96. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.02.010. PMID: 22560527; PMCID: PMC3498162.
2. Antunes MD, Marques AP. The role of physiotherapy in fibromyalgia: Current and future perspectives. *Front Physiol.* 2022 Aug 16;13:968292. doi: 10.3389/fphys.2022.968292. PMID: 36051912; PMCID: PMC9424756.
3. Ashe SC, Furness PJ, Taylor SJ, Haywood-Small S, Lawson K. A qualitative exploration of the experiences of living with and being treated for fibromyalgia. *Health Psychol Open.* 2017 Sep 7;4(2):2055102917724336. doi: 10.1177/2055102917724336. PMID: 29379616; PMCID: PMC5779932.
4. Areso-Bóveda PB, Mambrillas-Varela J, García-Gómez B, Moscosio-Cuevas JI, González-Lama J, Arnaiz-Rodríguez E, Del Barco MBA, Teodoro-Blanco PS. Effectiveness of a group intervention using pain neuroscience education and exercise in women with fibromyalgia: a pragmatic controlled study in primary care. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 Apr 4;23(1):323. doi: 10.1186/s12891-022-05284-y. PMID: 35379222; PMCID: PMC8978762.
5. Arendt-Nielsen, Lars, e Thomas Graven-Nielsen. "Central Sensitization in Fibromyalgia and Other Musculoskeletal Disorders". *Current Pain and Headache Reports*, vol. 7, no 5, outubro de 2003, p. 355–61. PubMed, <https://doi.org/10.1007/s11916-003-0034-0>.
6. Arnold LM, Gebke KB, Choy EH. Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. *Int J Clin Pract.* 2016 Feb;70(2):99-112. doi: 10.1111/ijcp.12757. PMID: 26817567; PMCID: PMC6093261.
7. AlKetbi H, Hegazy F, Alnaqbi A, Shousha T. Evidence-based practice by physiotherapists in UAE: Investigating behavior, attitudes, awareness, knowledge and barriers. *PLoS One.* 2021 Jun 18;16(6):e0253215. doi: 10.1371/journal.pone.0253215. PMID: 34143835; PMCID: PMC8213175.
8. Alodiabi, Faris, et al. "Knowledge, Awareness, and Perceptions of the Diagnosis and Management of Fibromyalgia Among Physical Therapists in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Survey". *Open Access Rheumatology: Research and Reviews*, vol. 12, 2020, p. 293–301. PubMed, <https://doi.org/10.2147/OARRR.S284555>.
9. Alciati, et al "One Year in Review 2021: Fibromyalgia". *Clin Exp Rheumatol* , <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=17230>. Acessado 26 de julho de 2021.
10. Antunes, Mateus Dias, et al. "Effectiveness of interdisciplinary health education programs for individuals with fibromyalgia: A systematic review". *Journal of Education and Health Promotion*, vol. 10, fevereiro de 2021, p. 64. PubMed Central, doi:10.4103/jehp.jehp_592_20.
11. Antunes MD, Schmitt ACB, Marques AP. Amigos de Fibro (Fibro Friends): development of an educational program for the health promotion of fibromyalgia patients. *Prim Health Care Res Dev.* 2022 Aug 4;23:e44. doi: 10.1017/S1463423621000773. PMID: 35924710; PMCID: PMC9381164.
12. Araújo, Fernanda Mendonça, e Josimari Melo DeSantana. "Physical therapy modalities for treating fibromyalgia". *F1000Research*, vol. 8, novembro de 2019, p. F1000 Faculty Rev-2030. PubMed Central, doi:10.12688/f1000research.17176.1.

13. Arfuch, Victoria Mailen, et al. "Cost–utility analysis of a multicomponent intervention for fibromyalgia syndrome in primary care versus usual clinical practice: study protocol for an economic evaluation of a randomised control trial". *BMJ Open*, vol. 11, no 2, fevereiro de 2021, p. e043562. PubMed Central, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043562>.
14. Atzeni, Fabiola, et al. "One Year in Review 2019: Fibromyalgia". *Clinical and Experimental Rheumatology*, vol. 37 Suppl 116, n o 1, fevereiro de 2019, p. 3–10.
15. Battin GS., et al. "The Puzzle of Therapeutic Emplotment: Creating a Shared Clinical Plot through Interprofessional Interaction in Biopsychosocial Pain Rehabilitation". *Social Science & Medicine*, vol. 277, maio de 2021, p. 113904. www.sciencedirect.com, doi:10.1016/j.socscimed.2021.113904.
16. Bardin, L. (2011). *Bardin Laurence*. Análise de conteúdo / Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. -- São Paulo: Edições 70, 2011.
17. Bazzichi, Laura, et al. "One Year in Review 2020: Fibromyalgia". *Clinical and Experimental Rheumatology*, vol. 38 Suppl 123, no 1, fevereiro de 2020, p. 3–8.
18. Bareiss, S.K., Nare, L. & McBee, K. Evaluation of pain knowledge and attitudes and beliefs from a pre-licensure physical therapy curriculum and a stand-alone pain elective. *BMC Med Educ* 19, 375 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1820-7>
19. Bellato, Enrico, et al. "Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment". *Pain Research and Treatment*, vol. 2012, 2012, p. 426130. PubMed Central, doi:10.1155/2012/426130.
20. Bidari, Ali, et al. "Challenges in fibromyalgia diagnosis: from meaning of symptoms to fibromyalgia labeling". *The Korean Journal of Pain*, vol. 31, no 3, julho de 2018, p. 147–54. PubMed Central, <https://doi.org/10.3344/kjp.2018.31.3.147>.
21. Bernardi L, Bertuccelli M, Formaggio E, et al. Beyond physiotherapy and pharmacological treatment for fibromyalgia syndrome: tailored tACS as a new therapeutic tool. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021;271(1):199-210. doi:10.1007/s00406-020-01214-y
22. Belardo, Marcela Beatriz, e Kenneth Rochel de Camargo Júnior. "Construcción de conocimiento biomédico y políticas de salud: Síndrome Urémico Hemolítico y Fibromialgia". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, setembro de 2018, p. 3085–94. SciELO, <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22742016>.
23. Bender, Miriam, et al. "Improving interprofessional communication: Conceptualizing, operationalizing and testing a healthcare improvisation communication workshop". *Nurse Education Today*, vol. 119, dezembro de 2022, p. 105530. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105530>.
24. Bernhardsson, Susanne, et al. "Digital Physiotherapy Assessment vs Conventional Face-to-Face Physiotherapy Assessment of Patients with Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review". *PloS One*, vol. 18, no 3, 2023, p. e0283013. PubMed, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283013>.
25. Bidonde, Julia, et al. "Aquatic Exercise Training for Fibromyalgia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 10, 2014. www.cochranelibrary.com, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011336>.
26. Bidonde J, Busch AJ, van der Spuy I, Tupper S, Kim SY, Boden C. Whole body vibration exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 26;9(9):CD011755. doi: 10.1002/14651858.CD011755.pub2. PMID: 28950401; PMCID: PMC6483692.

27. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Webber SC, Musselman KE, Overend TJ, Góes SM, Dal Bello-Haas V, Boden C. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 May 24;5(5):CD013340. doi: 10.1002/14651858.CD013340. PMID: 31124142; PMCID: PMC6931522.
28. Bidonde, Julia, et al. "Aerobic Exercise Training for Adults with Fibromyalgia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 6, 2017. www.cochranelibrary.com, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012700>.
29. Bidonde, Julia, et al. "Mixed Exercise Training for Adults with Fibromyalgia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 5, 2019. www.cochranelibrary.com, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013340>.
30. Busch, Angela J., et al. "Resistance Exercise Training for Fibromyalgia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 12, 2013. www.cochranelibrary.com, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010884>.
31. Bradbury, KJ, Bishop, FL, Yardley, L., & Lewith, G. (2012). Avaliações dos pacientes sobre cuidados de saúde públicos e privados: Um estudo qualitativo de fisioterapia e osteopatia. *Jornal de Psicologia da Saúde*, 18(10), 1307–1318. doi:10.1177/1359105312465101
32. Briones-Vozmediano E. The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients. *Glob Health Action*. 2016 Dec 19;9:31967. doi: 10.3402/gha.v9.31967. PMID: 27989274; PMCID: PMC5165055.
33. Bradley, Laurence A. "Pathophysiology of Fibromyalgia". *The American journal of medicine*, vol. 122, no 12 Suppl, dezembro de 2009, p. S22. PubMed Central, doi:10.1016/j.amjmed.2009.09.008
34. Braun T, Rieckmann A, Weber F, Grüneberg C. Current use of measurement instruments by physiotherapists working in Germany: a cross-sectional online survey. *BMC Health Serv Res*. 2018 Oct 23;18(1):810. doi: 10.1186/s12913-018-3563-2. PMID: 30352584; PMCID: PMC6199696.
35. Bradshaw J, Siddiqui N, Greenfield D, Sharma A. Kindness, Listening, and Connection: Patient and Clinician Key Requirements for Emotional Support in Chronic and Complex Care. *J Patient Exp*. 2022 Apr 12;9:23743735221092627. doi: 10.1177/23743735221092627. PMID: 35434291; PMCID: PMC9008851.
36. Brattig B, Schablon A, Nienhaus A, Peters C. Occupational accident and disease claims, work-related stress and job satisfaction of physiotherapists. *J Occup Med Toxicol*. 2014 Dec 2;9(1):36. doi: 10.1186/s12995-014-0036-3. PMID: 25505490; PMCID: PMC4262239.
37. Briones-Vozmediano, Erica, et al. "'The Complaining Women': Health Professionals' Perceptions on Patients with Fibromyalgia in Spain". *Disability and Rehabilitation*, vol. 40, no 14, julho de 2018, p. 1679–85. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1306759>.
38. Briones-Vozmediano E. The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients. *Glob Health Action*. 2016 Dec 19;9:31967. doi: 10.3402/gha.v9.31967. PMID: 27989274; PMCID: PMC5165055.
39. Briones-Vozmediano, Erica, et al. "Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral". *Atención Primaria*, vol. 47, no 4, abril de 2015, p. 205–12. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.06.002>.
40. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Ronda-Pérez E, Gil-González D. Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Res Manag*.

- 2013 Jan-Feb;18(1):19-24. doi: 10.1155/2013/742510. PMID: 23457682; PMCID: PMC3665433.
41. Çağlayan BÇ, Keskin A, Gür Kabul E, Başakcı Çalık B, Baş Aslan U, Karasu U. Effects of clinical Pilates exercises in individuals with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Eur J Rheumatol*. 2021 Jul;8(3):150-155. doi: 10.5152/eurjrheum.2020.20037. PMID: 33372888; PMCID: PMC9770412.
 42. Caneiro JP, Bunzli S, O'Sullivan P. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther*. 2021 Jan-Feb;25(1):17-29. doi: 10.1016/j.bjpt.2020.06.003. Epub 2020 Jun 20. PMID: 32616375; PMCID: PMC7817871.
 43. Campwala Z, Davis G, Khazen O, Trowbridge R, Nabage M, Bagchi R, Argoff C, Pilitsis JG. The Impact of Multidisciplinary Conferences on Healthcare Utilization in Chronic Pain Patients. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021 Nov 22;2:775210. doi: 10.3389/fpain.2021.775210. PMID: 35295478; PMCID: PMC8915707.
 44. Cai, Lili, et al. "Effectiveness of non-pharmacological traditional Chinese medicine combined with conventional therapy in treating fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis". *Frontiers in Neuroscience*, vol. 17, 2023. Frontiers, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2023.1097475>.
 45. Ceballos-Laita L, Mingo-Gómez MT, Navas-Cámara F, Estébanez-de-Miguel E, Caudevilla-Polo S, Verde-Rello Z, Fernández-Araque A, Jiménez-Del-Barrio S. Therapeutic Exercise and Pain Neurophysiology Education in Female Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Feasibility Study. *J Clin Med*. 2020 Nov 5;9(11):3564. doi: 10.3390/jcm9113564. PMID: 33167469; PMCID: PMC7694507.
 46. "Central Sensitization in Fibromyalgia? A Systematic Review on Structural and Functional Brain MRI". *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol. 44, no 1, agosto de 2014, p. 68–75. www.sciencedirect.com, doi:10.1016/j.semarthrit.2014.01.001.
 47. Col, Nananda, et al. "Improving patient-provider communication about chronic pain: development and feasibility testing of a shared decision-making tool". *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 20, outubro de 2020, p. 267. PubMed Central, doi:10.1186/s12911-020-01279-8.
 48. Colmenares-Roa, Tirsá, et al. "Doctor–Patient Relationship Between Individuals With Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico". *Qualitative Health Research*, vol. 26, no 12, outubro de 2016, p. 1674–88. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1177/1049732315588742>.
 49. Courel-Ibáñez J, Estévez-López F, Hughes C, Adams N, Fullen BM, Davison G, Montgomery A, Cramp F, Maestre C, Martin D, McVeigh JG. Proof of concept of prehabilitation: a combination of education and behavioural change, to promote physical activity in people with fibromyalgia. *BMJ Open*. 2023 Jul 14;13(7):e070609. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070609. PMID: 37451740; PMCID: PMC10351288.
 50. Couto, Nuno, et al. "Effect of different types of exercise in adult subjects with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials". *Scientific Reports*, vol. 12, junho de 2022, p. 10391. PubMed Central, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14213-x>.

51. Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 3;1(1):CD012188. doi: 10.1002/14651858.CD012188.pub2. PMID: 28045473; PMCID: PMC6465053.
52. Coles, Maya Levy, et al. "Juvenile primary Fibromyalgia Syndrome: epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis". *Pediatric Rheumatology*, vol. 19, no 1, março de 2021, p. 22. BioMed Central, <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00493-6>.
53. Cuenca-Martínez, Ferran, et al. "Exercise-Based Interventions on Sleep Quality in Patients with Fibromyalgia Syndrome: An Umbrella and Mapping Review with Meta-Analysis". *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol. 61, agosto de 2023, p. 152216. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2023.152216>.
54. Chen AT. The Relationship Between Health Management and Information Behavior Over Time: A Study of the Illness Journeys of People Living With Fibromyalgia. *J Med Internet Res*. 2016 Oct 25;18(10):e269. doi: 10.2196/jmir.5309. Erratum in: *J Med Internet Res*. 2020 Aug 20;22(8):e23597. PMID: 27780794; PMCID: PMC5101414.
55. Chimenti RL, Frey-Law LA, Sluka KA. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. *Phys Ther*. 2018 May 1;98(5):302-314. doi: 10.1093/ptj/pzy030. PMID: 29669091; PMCID: PMC6256939.
56. Chen AT, Swaminathan A. Factors in the Building of Effective Patient-Provider Relationships in the Context of Fibromyalgia. *Pain Med*. 2020 Jan 1;21(1):138-149. doi: 10.1093/pm/pnz054. PMID: 30980668; PMCID: PMC6953340
57. D. Da Costa, M. Abrahamowicz, I. Lowensteyn, S. Bernatsky, M. Dritsa, M.-A. Fitzcharles, P. L. Dobkin, A randomized clinical trial of an individualized home-based exercise programme for women with fibromyalgia, *Rheumatology*, Volume 44, Issue 11, November 2005, Pages 1422–1427, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kei032>
58. DeSantana, Josimari M., et al. "Animal models of fibromyalgia". *Arthritis Research & Therapy*, vol. 15, no 6, 2013, p. 222. PubMed Central, doi:10.1186/ar4402.
59. de la Coba, Pablo, et al. "Algometry for the Assessment of Central Sensitisation to Pain in Fibromyalgia Patients: A Systematic Review". *Annals of Medicine*, vol. 54, no 1, dezembro de 2022, p. 1403–22. PubMed, <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2075560>.
60. Deare, John C., et al. "Acupuncture for Treating Fibromyalgia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 5, 2013. www.cochranelibrary.com, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007070.pub2>.
61. Denneny, Diarmuid, et al. "The Application of Psychologically Informed Practice: Observations of Experienced Physiotherapists Working with People with Chronic Pain". *Physiotherapy*, vol. 106, março de 2020, p. 163–73. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.01.014>.
62. Dizner-Golab, Anna, et al. "Fibromyalgia - Etiology, Diagnosis and Treatment Including Perioperative Management in Patients with Fibromyalgia". *Reumatologia*, vol. 61, no 2, 2023, p. 137–48. PubMed, <https://doi.org/10.5114/reum/163094>.
63. Dobkin, Patricia L., et al. "Predictors of Adherence to Treatment in Women with Fibromyalgia". *The Clinical Journal of Pain*, vol. 22, no 3, 2006, p. 286–94. PubMed, <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000173016.87612.4b>.
64. Écija C, Luque-Reca O, Suso-Ribera C, Catala P, Peñacoba C. Associations of Cognitive Fusion and Pain Catastrophizing with Fibromyalgia Impact through

- Fatigue, Pain Severity, and Depression: An Exploratory Study Using Structural Equation Modeling. *J Clin Med*. 2020 Jun 6;9(6):1763. doi: 10.3390/jcm9061763. PMID: 32517175; PMCID: PMC7356993.
65. Escudero-Carretero, María José, et al. “Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa”. *Reumatología Clínica*, vol. 6, no 1, janeiro de 2010, p. 16–22. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.04.008>.
 66. Etheridge T, Bostick GP, Hoens AM, Holly J, Ippersiel P, Bobos P, Arumugam V, Woods S, Gielen S, Woznowski-Vu A, Campbell N. Barriers to Physiotherapists' Use of Professional Development Tools for Chronic Pain: A Knowledge Translation Study. *Physiother Can*. 2022 May 5;74(4):355-362. doi: 10.3138/ptc-2020-0148. PMID: 37324608; PMCID: PMC10262724.
 67. Favretti, Martina, et al. “Pain Biomarkers in Fibromyalgia Syndrome: Current Understanding and Future Directions”. *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 24, no 13, junho de 2023, p. 10443. PubMed, <https://doi.org/10.3390/ijms241310443>.
 68. Franco KFM, Franco YRDS, Salvador EMES, do Nascimento BCB, Miyamoto GC, Cabral CMN. Effectiveness and cost-effectiveness of the modified Pilates method versus aerobic exercise in the treatment of patients with fibromyalgia: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Rheumatol*. 2019 Jan 18;3:2. doi: 10.1186/s41927-018-0051-6. PMID: 30886990; PMCID: PMC6390629.
 69. Ferro Moura Franco, Katherinne, et al. “Prescription of Exercises for the Treatment of Chronic Pain along the Continuum of Nociceptive Pain: A Systematic Review with Meta-analysis”. *European Journal of Pain*, vol. 25, no 1, janeiro de 2021, p. 51–70. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1002/ejp.1666>.
 70. Garcia-Subirats, Irene, et al. “Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil”. *Social Science & Medicine*, vol. 106, abril de 2014, p. 204–13. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>.
 71. Gabriela alves são mateus, w. (2021). *Universidade federal de sergipe centro de ciências biológicas e da saúde departamento de fisioterapia percepções, perspectivas e crenças de pacientes com fibromialgia sobre a doença e o papel do fisioterapeuta: um estudo qualitativo por entrevista*.
 72. Galvez-Sánchez, Carmen M., et al. “Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives”. *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 12, fevereiro de 2019, p. 117–27. PubMed Central, <https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240>.
 73. Geneen, Louise J., et al. “Physical Activity and Exercise for Chronic Pain in Adults: An Overview of Cochrane Reviews”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 4, 2017. www.cochranelibrary.com, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>.
 74. Gibson, Carolyn J., et al. “An Integrated Pain Team Model: Impact on Pain-Related Outcomes and Opioid Misuse in Patients with Chronic Pain”. *Pain Medicine*, vol. 21, no 9, setembro de 2020, p. 1977–84. Silverchair, doi:10.1093/pm/pnaa003.
 75. Giannotti E, Koutsikos K, Pigatto M, Rampudda ME, Doria A, Masiero S. Medium-/long-term effects of a specific exercise protocol combined with patient education on spine mobility, chronic fatigue, pain, aerobic fitness and level of disability in fibromyalgia. *Biomed Res Int*. 2014;2014:474029. doi:

- 10.1155/2014/474029. Epub 2014 Jan 29. PMID: 24616894; PMCID: PMC3925511.
76. Gorgon EJ, Basco MD, Manuel AT. Teaching evidence based practice in physical therapy in a developing country: a national survey of Philippine schools. *BMC Med Educ.* 2013 Nov 22;13:154. doi: 10.1186/1472-6920-13-154. PMID: 24267512; PMCID: PMC3874799.
 77. Gutiérrez L, Écija C, Catalá P, Peñacoba C. Sedentary Behavior and Pain after Physical Activity in Women with Fibromyalgia-The Influence of Pain-Avoidance Goals and Catastrophizing. *Biomedicines.* 2023 Jan 7;11(1):154. doi: 10.3390/biomedicines11010154. PMID: 36672662; PMCID: PMC9855630.
 78. Ghavidel-Parsa B, Bidari A, Amir Maafi A, Ghalebagh B. The Iceberg Nature of Fibromyalgia Burden: The Clinical and Economic Aspects. *Korean J Pain.* 2015 Jul;28(3):169-76. doi: 10.3344/kjp.2015.28.3.169. Epub 2015 Jul 1. PMID: 26175876; PMCID: PMC4500780.
 79. Gleadhill C, Bolsewicz K, Davidson SRE, Kamper SJ, Tutty A, Robson E, Da Silva PV, Donald B, Dooley K, Manvell J, Manvell N, Delbridge A, Williams CM. Physiotherapists' opinions, barriers, and enablers to providing evidence-based care: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res.* 2022 Nov 21;22(1):1382. doi: 10.1186/s12913-022-08741-5. PMID: 36411428; PMCID: PMC9677623.
 80. Haugmark T, Hagen KB, Provan SA, Smedslund G, Zangi HA. Effects of a mindfulness-based and acceptance-based group programme followed by physical activity for patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2021 Jun 29;11(6):e046943. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046943. PMID: 34187823; PMCID: PMC8245472.
 81. Hapidou, Eleni G., et al. "Fear and Avoidance of Movement in People with Chronic Pain: Psychometric Properties of the 11-Item Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-11)". *Physiotherapy Canada*, vol. 64, no 3, julho de 2012, p. 235–41. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.3138/ptc.2011-10>.
 82. Hayes SM, Myhal GC, Thornton JF, Camerlain M, Jamison C, Cytryn KN, Murray S. Fibromyalgia and the therapeutic relationship: where uncertainty meets attitude. *Pain Res Manag.* 2010 Nov-Dec;15(6):385-91. doi: 10.1155/2010/354868. PMID: 21165373; PMCID: PMC3008664.
 83. Henao-Pérez, Marcela, et al. "Patients With Fibromyalgia, Depression, and/or Anxiety and Sex Differences". *American Journal of Men's Health*, vol. 16, no 4, julho de 2022, p. 155798832211103. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1177/15579883221110351>.
 84. Hiebinger, Robin, et al. "Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Chronic Widespread Pain from the Perspective of Fibromyalgia Patients". *Arthritis Research & Therapy*, vol. 11, no 3, 2009, p. R67. PubMed, <https://doi.org/10.1186/ar2696>.
 85. Hoffmann, Tammy C., et al. "Shared Decision Making Should Be an Integral Part of Physiotherapy Practice". *Physiotherapy*, vol. 107, junho de 2020, p. 43–49. www.physiotherapyjournal.com, doi:10.1016/j.physio.2019.08.012.
 86. Izquierdo-Alventosa R, Inglés M, Cortés-Amador S, Gimeno-Mallench L, Chirivella-Garrido J, Kropotov J, Serra-Añó P. Low-Intensity Physical Exercise Improves Pain Catastrophizing and Other Psychological and Physical Aspects in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 May 21;17(10):3634. doi: 10.3390/ijerph17103634. PMID: 32455853; PMCID: PMC7277480.

87. Jacobs, Clair M., et al. "Brief psychologically informed physiotherapy training is associated with changes in physiotherapists' attitudes and beliefs towards working with people with chronic pain". *British Journal of Pain*, vol. 10, no 1, fevereiro de 2016, p. 38–45. PubMed Central, doi:10.1177/2049463715600460.
88. Johnson MI, Claydon LS, Herbison GP, Jones G, Paley CA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD012172. DOI: 10.1002/14651858.CD012172.pub2. Accessed 11 September 2023.
89. Kapuczinski, Abeline, et al. "Assessment of sarcopenia in patients with fibromyalgia". *Rheumatology International*, vol. 42, no 2, 2022, p. 279–84. PubMed Central, <https://doi.org/10.1007/s00296-021-04973-6>.
90. Kaleth, Anthony S., et al. "Predictors of Physical Activity in Patients with Fibromyalgia: A Path Analysis". *Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*, vol. 28, no 1, janeiro de 2022, p. e203–09. PubMed Central, <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001684>.
91. Karasawa Y, Yamada K, Iseki M, Yamaguchi M, Murakami Y, Tamagawa T, Kadowaki F, Hamaoka S, Ishii T, Kawai A, Shinohara H, Yamaguchi K, Inada E. Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. *PLoS One*. 2019 Apr 16;14(4):e0215404. doi: 10.1371/journal.pone.0215404. PMID: 30990842; PMCID: PMC6467389.
92. Koçyiğit BF, Akaltun MS. Kinesiophobia Levels in Fibromyalgia Syndrome and the Relationship Between Pain, Disease Activity, Depression. *Arch Rheumatol*. 2020 Feb 7;35(2):214-219. doi: 10.46497/Ar.chRheumatol.2020.7432. PMID: 32851370; PMCID: PMC7406166
93. Korstjens, Irene, e Albine Moser. "Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing". *The European Journal of General Practice*, vol. 24, no 1, p. 120–24. PubMed Central, <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>. Acessado 16 de fevereiro de 2022.
94. Korstjens, Irene, e Albine Moser. "Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs". *The European Journal of General Practice*, vol. 23, no 1, p. 274–79. PubMed Central, <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>. Acessado 16 de fevereiro de 2022.
95. Kundakci, Burak, et al. "Efficacy of Nonpharmacological Interventions for Individual Features of Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials". *Pain*, vol. 163, no 8, agosto de 2022, p. 1432–45. PubMed, <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002500>.
96. Kratz, Anna L., et al. "Fibrofog in Daily Life: An Examination of Ambulatory Subjective and Objective Cognitive Function in Fibromyalgia". *Arthritis Care & Research*, vol. 72, no 12, dezembro de 2020, p. 1669–77. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1002/acr.24089>.
97. Lavín-Pérez AM, Collado-Mateo D, Gil Arias A, Gutiérrez L, Écija C, Catalá P, Peñacoba C. The Role of Self-Efficacy and Activity Patterns in the Physical Activity Levels of Women with Fibromyalgia. *Biology (Basel)*. 2023 Jan 5;12(1):85. doi: 10.3390/biology12010085. PMID: 36671777; PMCID: PMC9855924.
98. Lauche R, Spitzer J, Schwahn B, Ostermann T, Bernardy K, Cramer H, Dobos G, Langhorst J. Efficacy of cupping therapy in patients with the fibromyalgia

- syndrome-a randomised placebo controlled trial. *Sci Rep*. 2016 Nov 17;6:37316. doi: 10.1038/srep37316. PMID: 27853272; PMCID: PMC5112514.
99. Lachapelle DL, Lavoie S, Boudreau A. The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Res Manag*. 2008 May-Jun;13(3):201-10. doi: 10.1155/2008/258542. PMID: 18592056; PMCID: PMC2671308.
 100. Lacasse A, Bourgault P, Choinière M. Fibromyalgia-related costs and loss of productivity: a substantial societal burden. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016 Apr 16;17:168. doi: 10.1186/s12891-016-1027-6. PMID: 27084363; PMCID: PMC4833946.
 101. Lazaridou, Asimina, et al. "The association between daily physical exercise and pain among women with fibromyalgia: the moderating role of pain catastrophizing". *Pain Reports*, vol. 5, no 4, julho de 2020, p. e832. PubMed Central, <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000832>.
 102. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, Yáñez M, Almborg AH, Fresk M, Besstrashnova Y, Shoshmin A, Castro SS, Cordeiro ES, Cuenot M, Haas C, Maart S, Maribo T, Miller J, Mukaino M, Snyman S, Trinks U, Anttila H, Paltamaa J, Saleeby P, Frattura L, Madden R, Sykes C, Gool CHV, Hrkál J, Zvolský M, Sládková P, Vikdal M, Harðardóttir GA, Foubert J, Jakob R, Coenen M, Kraus de Camargo O. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 8;19(18):11321. doi: 10.3390/ijerph191811321. PMID: 36141593; PMCID: PMC9517056.
 103. Lempp HK, Hatch SL, Carville SF, Choy EH. Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009 Oct 7;10:124. doi: 10.1186/1471-2474-10-124. PMID: 19811630; PMCID: PMC2762955.
 104. Lima LV, Abner TSS, Sluka KA. Does exercise increase or decrease pain? Central mechanisms underlying these two phenomena. *J Physiol*. 2017 Jul 1;595(13):4141-4150. doi: 10.1113/JP273355. Epub 2017 May 26. PMID: 28369946; PMCID: PMC5491894.
 105. Martinez-Calderon, Javier, et al. "Intervention Therapies to Reduce Pain-Related Fear in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials". *Pain Medicine*, vol. 22, no 2, fevereiro de 2021, p. 481–98. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa331>.
 106. Martínez-Navarro O, Climent-Sanz C, Lletjà-Guijarro A, Adel El Arab R, Verdejo-Amengual FJ, Valenzuela-Pascual F. Effectiveness of eHealth therapeutic education interventions in the management of fibromyalgia: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2023 May 10;13(5):e070012. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070012. PMID: 37164470; PMCID: PMC10173998.
 107. Mary O'Keeffe and others, What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis, *Physical Therapy*, Volume 96, Issue 5, 1 May 2016, Pages 609–622, <https://doi.org/10.2522/ptj.20150240>
 108. Marlow NM, Simpson KN, Vaughn IA, Jo A, Zoller JS, Short EB. Healthcare Costs and Medication Adherence Among Patients with Fibromyalgia: Combination Medication vs. Duloxetine, Milnacipran, Venlafaxine, and Pregabalin Initiators. *Pain Pract*. 2018 Feb;18(2):154-169. doi:

- 10.1111/papr.12585. Epub 2017 May 28. PMID: 28419725; PMCID: PMC5647203.
109. Mascarenhas, Rodrigo Oliveira, et al. "Association of Therapies With Reduced Pain and Improved Quality of Life in Patients With Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-analysis". *JAMA Internal Medicine*, vol. 181, no 1, janeiro de 2021, p. 104–12. Silverchair, doi:10.1001/jamainternmed.2020.5651.
 110. Macfarlane, G. J., et al. "EULAR Revised Recommendations for the Management of Fibromyalgia". *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 76, no 2, fevereiro de 2017, p. 318–28. ard.bmj.com, <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>.
 111. Maffei, Massimo E. "Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies". *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 21, no 21, outubro de 2020, p. 7877. PubMed Central, doi:10.3390/ijms21217877.
 112. Maugars, Yves, et al. "Fibromyalgia and Associated Disorders: From Pain to Chronic Suffering, From Subjective Hypersensitivity to Hypersensitivity Syndrome". *Frontiers in Medicine*, vol. 8, julho de 2021, p. 666914. PubMed Central, <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.666914>.
 113. Mendoza-Muñoz M, Morenas-Martín J, Rodal M, García-Matador J, García-Gordillo MÁ, Calzada-Rodríguez JI. Knowledge about Fibromyalgia in Fibromyalgia Patients and Its Relation to HRQoL and Physical Activity. *Biology (Basel)*. 2021 Jul 16;10(7):673. doi: 10.3390/biology10070673. PMID: 34356528; PMCID: PMC8301415.
 114. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018 Dec 20;87(Pt B):168-182. doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.01.017. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29408484; PMCID: PMC6067990.
 115. Miciak, Maxi, et al. "The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study". *Archives of Physiotherapy*, vol. 8, fevereiro de 2018, p. 3. PubMed Central, doi:10.1186/s40945-018-0044-1.
 116. Morera-Balaguer, Jaume, et al. "Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study". *Brazilian Journal of Physical Therapy*, vol. 22, no 6, 2018, p. 484–92. PubMed Central, doi:10.1016/j.bjpt.2018.04.003.
 117. Morera-Balaguer J, Martínez-González MC, Río-Medina S, Zamora-Conesa V, Leal-Clavel M, Botella-Rico JM, Leirós-Rodríguez R, Rodríguez-Nogueira Ó. The influence of the environment on the patient-centered therapeutic relationship in physical therapy: a qualitative study. *Arch Public Health*. 2023 May 17;81(1):92. doi: 10.1186/s13690-023-01064-9. PMID: 37198648; PMCID: PMC10189959.
 118. Moser, Albine, e Irene Korstjens. "Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction". *The European Journal of General Practice*, vol. 23, no 1, p. 271–73. PubMed Central, <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093>. Acessado 16 de fevereiro de 2022.
 119. Moser, Albine, e Irene Korstjens. "Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis". *The European Journal*

- of General Practice, vol. 24, no 1, dezembro de 2017, p. 9–18. PubMed Central, <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>.
120. Montesó-Curto, Pilar, et al. “Family Perceptions and Experiences of Living with Patients with Fibromyalgia Syndrome”. *Disability and Rehabilitation*, vol. 44, no 20, setembro de 2022, p. 5855–62. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1948620>.
 121. Mota da Silva, Tatiane, et al. “What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review”. *Manual Therapy*, vol. 20, no 3, junho de 2015, p. 388–401. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.009>.
 122. Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Martínez-González MC, Medina-Mirapeix F, Rodríguez-Nogueira Ó. Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Braz J Phys Ther*. 2018 Nov-Dec;22(6):484-492. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.04.003. Epub 2018 Apr 18. PMID: 29705228; PMCID: PMC6235755.
 123. Murray, Aileen, et al. “Assessing physiotherapists’ communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool”. *Disability and Rehabilitation*, vol. 41, no 14, julho de 2019, p. 1699–705. Taylor and Francis+NEJM, doi:10.1080/09638288.2018.1443159.
 124. McIlroy S, Vaughan B, Crowe H, Bearne L. The experiences and acceptability of a novel multimodal programme for the management of fibromyalgia: A qualitative service evaluation. *Musculoskeletal Care*. 2022 Sep;20(3):686-696. doi: 10.1002/msc.1672. Epub 2022 Jul 15. PMID: 35837789; PMCID: PMC9545101.
 125. Nadal-Nicolás Y, Rubio-Arias JÁ, Martínez-Olcina M, Reche-García C, Hernández-García M, Martínez-Rodríguez A. Effects of Manual Therapy on Fatigue, Pain, and Psychological Aspects in Women with Fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 26;17(12):4611. doi: 10.3390/ijerph17124611. PMID: 32604939; PMCID: PMC7345776.
 126. Newcomb LW, Koltyn KF, Morgan WP, Cook DB. Influence of preferred versus prescribed exercise on pain in fibromyalgia. *Med Sci Sports Exerc*. 2011 Jun;43(6):1106-13. doi: 10.1249/MSS.0b013e3182061b49. PMID: 21085031; PMCID: PMC4598056.
 127. Nishikawara RK, Schultz IZ, Butterfield LD, Murray JW. "You have to believe the patient": What do people with fibromyalgia find helpful (and hindering) when accessing health care? *Can J Pain*. 2023 Mar 30;7(2):2176745. doi: 10.1080/24740527.2023.2176745. PMID: 37025116; PMCID: PMC10072062.
 128. Nordmann K, Sauter S, Möbius-Lerch P, Redlich MC, Schaller M, Fischer F. Conceptualizing Interprofessional Digital Communication and Collaboration in Health Care: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Res Protoc*. 2023 Jun 26;12:e45179. doi: 10.2196/45179. PMID: 37358886; PMCID: PMC10337332.
 129. Oliva, Valeria, et al. “Central pain modulatory mechanisms of attentional analgesia are preserved in fibromyalgia”. *Pain*, vol. 163, no 1, janeiro de 2022, p. 125–36. PubMed Central, <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002319>.
 130. Overmeer, Thomas, et al. “Does Teaching Physical Therapists to Deliver a Biopsychosocial Treatment Program Result in Better Patient Outcomes? A

- Randomized Controlled Trial”. *Physical Therapy*, vol. 91, no 5, maio de 2011, p. 804–19. Silverchair, doi:10.2522/ptj.20100079.
131. O’Brien, Bridget C., et al. “Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations”. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 89, no 9, setembro de 2014, p. 1245–51. PubMed, <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
 132. O’Reilly P, Lee SH, O’Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS One*. 2017 May 18;12(5):e0177026. doi: 10.1371/journal.pone.0177026. Erratum in: *PLoS One*. 2017 Jul 24;12 (7):e0181893. PMID: 28545038; PMCID: PMC5436644.
 133. Ovrom, Erik A., et al. “A Comprehensive Review of the Genetic and Epigenetic Contributions to the Development of Fibromyalgia”. *Biomedicines*, vol. 11, no 4, abril de 2023, p. 1119. www.mdpi.com, <https://doi.org/10.3390/biomedicines11041119>.
 134. Palstam, Annie, et al. “Which aspects of health differ between working and nonworking women with fibromyalgia? A cross-sectional study of work status and health”. *BMC Public Health*, vol. 12, dezembro de 2012, p. 1076. PubMed Central, doi:10.1186/1471-2458-12-1076.
 135. Pătru S, Pădureanu R, Dumitrescu F, Pădureanu V, Rădulescu D, Dragoi D, Matei D. Influence of multidisciplinary therapeutic approach on fibromyalgia patients. *Exp Ther Med*. 2021 May;21(5):528. doi: 10.3892/etm.2021.9960. Epub 2021 Mar 22. PMID: 33815601; PMCID: PMC8014964.
 136. Pastor-Mira MÁ, López-Roig S, Toribio E, Martínez-Zaragoza F, Nardi-Rodríguez A, Peñacoba C. Pain-Related Worrying and Goal Preferences Determine Walking Persistence in Women with Fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 28;19(3):1513. doi: 10.3390/ijerph19031513. PMID: 35162534; PMCID: PMC8835050.
 137. Peck, Mercedes Maria, et al. “The Influence of Pro-inflammatory Cytokines and Genetic Variants in the Development of Fibromyalgia: A Traditional Review”. *Cureus*, vol. 12, no 9, p. e10276. PubMed Central, doi:10.7759/cureus.10276.
 138. Pérez-Guillén S, Carrasco-Uribarren A, Celis CL, González-Rueda V, Rodríguez-Rubio PR, Cabanillas-Barea S. Students' perceptions, engagement and satisfaction with the use of an e-rubric for the assessment of manual skills in physiotherapy. *BMC Med Educ*. 2022 Aug 17;22(1):623. doi: 10.1186/s12909-022-03651-w. PMID: 35978301; PMCID: PMC9382838.
 139. Pinto, Rafael Zambelli, et al. “Patient-Centred Communication Is Associated with Positive Therapeutic Alliance: A Systematic Review”. *Journal of Physiotherapy*, vol. 58, no 2, 2012, p. 77–87. PubMed, [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70087-5](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5).
 140. Pinto, Rafael Zambelli, et al. “Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review”. *Journal of Physiotherapy*, vol. 58, no 2, junho de 2012, p. 77–87. ScienceDirect, [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70087-5](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5).
 141. Pomarensky M, Macedo L, Carlesso LC. Management of Chronic Musculoskeletal Pain Through a Biopsychosocial Lens. *J Athl Train*. 2022 Apr 1;57(4):312-318. doi: 10.4085/1062-6050-0521.20. PMID: 35439311; PMCID: PMC9020600.

142. Pontes-Silva, André, et al. "Do the instruments used to assess fibromyalgia symptoms according to American College of Rheumatology criteria generate similar scores in other chronic musculoskeletal pain?" *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 24, junho de 2023, p. 467. PubMed Central, <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06572-x>.
143. Portela, Margareth Crisóstomo, et al. "[Healthcare structure and quality among inpatient care providers for health plans in Brazil]". *Cadernos De Saude Publica*, vol. 26, no 2, fevereiro de 2010, p. 399–408. PubMed, <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000200019>.
144. Pulido-Martos, Manuel, et al. "Physical and Psychological Paths toward Less Severe Fibromyalgia: A Structural Equation Model". *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 63, no 1, janeiro de 2020, p. 46–52. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.017>.
145. "Prevalence of Fibromyalgia: Literature Review Update". *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, vol. 57, no 4, julho de 2017, p. 356–63. www.sciencedirect.com, doi:10.1016/j.rbre.2017.01.005.
146. Qureshi AG, Jha SK, Iskander J, Avanthika C, Jhaveri S, Patel VH, Rasagna Potini B, Talha Azam A. Diagnostic Challenges and Management of Fibromyalgia. *Cureus*. 2021 Oct 11;13(10):e18692. doi: 10.7759/cureus.18692. PMID: 34786265; PMCID: PMC8580749.
147. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6(6):CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3. PMID: 28639262; PMCID: PMC6481564.
148. Raja, Srinivasa N., et al. "The Revised International Association for the Study of Pain Definition of Pain: Concepts, Challenges, and Compromises". *Pain*, vol. 161, no 9, setembro de 2020, p. 1976–82. DOI.org (Crossref), doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
149. Rasker JJ, Wolfe F, Klaver-Krol EG, Zwarts MJ, Ten Klooster PM. The relation of fibromyalgia and fibromyalgia symptoms to self-reported seizures. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246051. Published 2021 Feb 4. doi:10.1371/journal.pone.0246051
150. Rezende, Marcelo C., et al. "EpiFibro - um banco de dados nacional sobre a síndrome da fibromialgia: análise inicial de 500 mulheres". *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol. 53, outubro de 2013, p. 382–87. SciELO, <http://www.scielo.br/j/rbr/a/DkbKqkRt4tk4XpGKK9MQKvR/?lang=pt>
151. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Educação interprofissional: efeitos na prática profissional e resultados de saúde. Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas 2013, Edição 3. Art. Nº: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3. Acessado em 04 de setembro de 2023.
152. Roitenberg, Neta, e Avihu Shoshana. "Physiotherapists' Accounts of Fibromyalgia: Role-Uncertainty and Professional Shortcomings". *Disability and Rehabilitation*, vol. 43, no 4, fevereiro de 2021, p. 545–52. PubMed, doi:10.1080/09638288.2019.1632939.
153. Rodríguez-Almagro, Daniel, et al. "Optimal dose and type of exercise to reduce pain, anxiety and increase quality of life in patients with fibromyalgia. A systematic review with meta-analysis". *Frontiers in Physiology*, vol. 14, abril de 2023, p. 1170621. PubMed Central, <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1170621>
154. Rodríguez-Nogueira, Óscar, et al. "The association between empathy and the physiotherapy–patient therapeutic alliance: A cross-sectional

- study". *Musculoskeletal Science and Practice*, vol. 59, junho de 2022, p. 102557. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102557>.
155. Rosana F Sampaio, Lucas Wan Der Maas, Vera R F S Marães, Jorge A Neves, Daniela V Vaz, Rodrigo A A Nóbrega, Juliana M Ocarino, Physical Therapist Education and the Labor Market in Brazil: Advances and Challenges, *Physical Therapy*, Volume 99, Issue 8, August 2019, Pages 977–988, <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz055>
 156. Ruschak, Ilga, et al. "Fibromyalgia Syndrome Pain in Men and Women: A Scoping Review". *Healthcare (Basel, Switzerland)*, vol. 11, no 2, janeiro de 2023, p. 223. PubMed, <https://doi.org/10.3390/healthcare11020223>.
 157. Saral, Ilknur, et al. "The Effects of Long- and Short-Term Interdisciplinary Treatment Approaches in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial". *Rheumatology International*, vol. 36, no 10, outubro de 2016, p. 1379–89. Springer Link, <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3473-8>.
 158. Santos, Adriana M. Barsante, et al. "Prevalence of Fibromyalgia and Chronic Widespread Pain in Community-Dwelling Elderly Subjects Living in São Paulo, Brazil". *Maturitas*, vol. 67, no 3, novembro de 2010, p. 251–55. PubMed, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.07.006>.
 159. Salvador, Evany Maira Espirito Santo, et al. "Analysis of the Measurement Properties of the Brazilian-Portuguese Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia-11 in Patients with Fibromyalgia". *Brazilian Journal of Physical Therapy*, vol. 25, no 2, 2021, p. 168–74. PubMed, <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.05.004>.
 160. Siracusa, Rosalba, et al. "Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update". *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 22, no 8, abril de 2021, p. 3891. PubMed Central, doi:10.3390/ijms22083891.
 161. Silva HJA, Lins CAA, Nobre TTX, de Sousa VPS, Caldas RTJ, de Souza MC. Mat Pilates and aquatic aerobic exercises for women with fibromyalgia: a protocol for a randomised controlled blind study. *BMJ Open*. 2019 Feb 19;9(2):e022306. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022306. PMID: 30782866; PMCID: PMC6377548.
 162. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *Int J Mol Sci*. 2021 Apr 9;22(8):3891. doi: 10.3390/ijms22083891. PMID: 33918736; PMCID: PMC8068842.
 163. Sim, Julius, e Nicola Adams. "Therapeutic Approaches to Fibromyalgia Syndrome in the United Kingdom: A Survey of Occupational Therapists and Physical Therapists". *European Journal of Pain (London, England)*, vol. 7, no 2, 2003, p. 173–80. PubMed, [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00095-2](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00095-2).
 164. Sosa-Reina MD, Nunez-Nagy S, Gallego-Izquierdo T, Pecos-Martín D, Monserrat J, Álvarez-Mon M. Effectiveness of Therapeutic Exercise in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Biomed Res Int*. 2017;2017:2356346. doi: 10.1155/2017/2356346. Epub 2017 Sep 20. PMID: 29291206; PMCID: PMC5632473.
 165. Sondenå, Petter, et al. "Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate?" *Musculoskeletal Science and Practice*, vol. 46, abril de 2020, p. 102131. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102131>.

166. Suso-Ribera C, García-Palacios A, Botella C, Ribera-Canudas MV. Pain Catastrophizing and Its Relationship with Health Outcomes: Does Pain Intensity Matter? *Pain Res Manag*. 2017;2017:9762864. doi: 10.1155/2017/9762864. Epub 2017 Feb 28. PMID: 28348506; PMCID: PMC5350380.
167. Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*. 2014;100(3):208–219. doi: 10.1016/j.physio.2014.03.001.
168. Sluka, Kathleen A., e Daniel J. Clauw. “Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain”. *Neuroscience*, vol. 338, dezembro de 2016, p. 114–29. PubMed Central, doi:10.1016/j.neuroscience.2016.06.006.
169. Stutts LA, Robinson ME, McCulloch RC, Banou E, Waxenberg LB, Gremillion HA, Staud R. Patient-centered outcome criteria for successful treatment of facial pain and fibromyalgia. *J Orofac Pain*. 2009 Winter;23(1):47–53. PMID: 19264035; PMCID: PMC3583580.
170. Stander, Jessica, et al. “Time as a Barrier to Evidence Uptake-A Qualitative Exploration of the Concept of Time for Clinical Practice Guideline Uptake by Physiotherapists”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 27, no 2, abril de 2021, p. 280–90. PubMed, <https://doi.org/10.1111/jep.13397>.
171. Springer S, Gleicher H, Hababou H. Attitudes and beliefs about musculoskeletal pain and its association with pain neuroscience knowledge among physiotherapy students in Israel. *Isr J Health Policy Res*. 2018 Dec 15;7(1):67. doi: 10.1186/s13584-018-0266-4. PMID: 30551742; PMCID: PMC6295109.
172. Stacey BR, Liss J, Behar R, Sadosky A, Parsons B, Masters ET, Hlavacek P. A systematic review of the effectiveness of policies restricting access to pregabalin. *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 25;17(1):600. doi: 10.1186/s12913-017-2503-x. PMID: 28841868; PMCID: PMC6389065.
173. Talotta, Rossella, et al. “One Year in Review 2017: Fibromyalgia”. *Clinical and Experimental Rheumatology*, vol. 35 Supl 105, n o 3, junho de 2017, p. 6–12.
174. Tong, Allison, et al. “Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups”. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, no 6, dezembro de 2007, p. 349–57. Silverchair, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
175. Turner-Bowker, Diane M., et al. “Informing a Priori Sample Size Estimation in Qualitative Concept Elicitation Interview Studies for Clinical Outcome Assessment Instrument Development”. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, vol. 21, no 7, julho de 2018, p. 839–42. PubMed, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.014>.
176. Treister-Goltzman, Yulia, e Roni Peleg. “Fibromyalgia and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *RMD Open*, vol. 9, no 3, julho de 2023, p. e003005. [rmdopen.bmj.com, https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003005](https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003005).
177. Ullrich A, Hauer J, Farin E. Communication preferences in patients with fibromyalgia syndrome: descriptive results and patient characteristics as predictors. *Patient Prefer Adherence*. 2014 Jan 31;8:135–45. doi: 10.2147/PPA.S53474. PMID: 24520192; PMCID: PMC3917950.
178. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for chronic widespread pain from the perspective of

- fibromyalgia patients. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(3):R67. doi: 10.1186/ar2696. Epub 2009 May 14. PMID: 19442275; PMCID: PMC2714113.
179. Varinen A, Vuorio T, Kosunen E, Koskela TH. Experiences of patients with fibromyalgia at a Finnish Health Centre: A qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 2022 Dec;28(1):157-164. doi: 10.1080/13814788.2022.2085683. PMID: 35726620; PMCID: PMC9225685.
 180. Van Liew C, Leon G, Neese M, Cronan TA. You get used to it, or do you: symptom length predicts less fibromyalgia physical impairment, but only for those with above-average self-efficacy. *Psychol Health Med*. 2019 Feb;24(2):207-220. doi: 10.1080/13548506.2018.1524152. Epub 2018 Sep 30. PMID: 30270643; PMCID: PMC6338553.
 181. van Eijk-Hustings Y, Kroese M, Creemers A, Landewé R, Boonen A. Resource utilisation and direct costs in patients with recently diagnosed fibromyalgia who are offered one of three different interventions in a randomised pragmatic trial. *Clin Rheumatol*. 2016 May;35(5):1307-15. doi: 10.1007/s10067-015-3067-y. Epub 2015 Sep 26. PMID: 26409883; PMCID: PMC4844631.
 182. van Dijk H, Köke AJA, Elbers S, Mollema J, Smeets RJEM, Wittink H. Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators-A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 16;20(2):1634. doi: 10.3390/ijerph20021634. PMID: 36674387; PMCID: PMC9861865.
 183. Vriezেকolk JE, Peters AJF, van den Ende CHM, Geenen R. Solicitous and invalidating responses are associated with health-care visits in fibromyalgia. *Rheumatol Adv Pract*. 2019 Mar 4;3(1):rkz008. doi: 10.1093/rap/rkz008. PMID: 31431996; PMCID: PMC6649929.
 184. Wassinger CA. Pain knowledge, attitudes and beliefs of doctor of physical therapy students: changes across the curriculum and the role of an elective pain science course. *J Man Manip Ther*. 2021 Oct;29(5):288-296. doi: 10.1080/10669817.2021.1879509. Epub 2021 Feb 1. PMID: 33517867; PMCID: PMC8491733.
 185. Westby MD, Klemm A, Li LC, Jones CA. Emerging Role of Quality Indicators in Physical Therapist Practice and Health Service Delivery. *Phys Ther*. 2016 Jan;96(1):90-100. doi: 10.2522/ptj.20150106. Epub 2015 Jun 18. PMID: 26089040; PMCID: PMC4706598.
 186. Wijma, Amarins J., et al. "Clinical Biopsychosocial Physiotherapy Assessment of Patients with Chronic Pain: The First Step in Pain Neuroscience Education". *Physiotherapy Theory and Practice*, vol. 32, no 5, julho de 2016, p. 368–84. PubMed, doi:10.1080/09593985.2016.1194651.
 187. Wikström-Grotell, Camilla, e Katie Eriksson. "Movement as a Basic Concept in Physiotherapy – A Human Science Approach". *Physiotherapy Theory and Practice*, vol. 28, no 6, agosto de 2012, p. 428–38. DOI.org (Crossref), doi:10.3109/09593985.2012.692582.
 188. Wilson, S., et al. "Psychologically Informed Physiotherapy for Chronic Pain: Patient Experiences of Treatment and Therapeutic Process". *Physiotherapy*, vol. 103, no 1, março de 2017, p. 98–105. ScienceDirect, https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.11.005.
 189. Williams, David A., e Stephen Schilling. "Advances in the Assessment of Fibromyalgia". *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, vol. 35, no 2, maio de 2009, p. 339–57. PubMed, https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.05.007.

190. Williams, David A., e Anna L. Kratz. "Patient Reported Outcomes and Fibromyalgia". *Rheumatic diseases clinics of North America*, vol. 42, no 2, maio de 2016, p. 317–32. PubMed Central, <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2016.01.009>.
191. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* fevereiro de 1990;33(2):160–72. 10.
192. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* maio de 2010;62(5):600–10. 11.
193. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol.* junho de 2011;38(6):1113–22.
194. Wolfe, Frederick, et al. "2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria". *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol. 46, no 3, dezembro de 2016, p. 319–29. ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>.
195. Zhang M, Zhang Y, Xiang Y, Lin Z, Shen W, Wang Y, Wang L, Yu J, Yan T. A team approach to applying the International Classification of Functioning, Disability and Health Rehabilitation set in clinical evaluation. *J Rehabil Med.* 2021 Jan 19;53(1):jrm00147. doi: 10.2340/16501977-2756. PMID: 33073854; PMCID: PMC8772367.

11. APÊNDICE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo CONVIDADO(A) para participar, como VOLUNTÁRIO(A), da pesquisa intitulada “Experiências, Percepções E Crenças De Fisioterapeutas Sobre Dor E Manejo Fisioterapêutico Em Pacientes Com Fibromialgia: Estudo Qualitativo Por Análise Do Conteúdo De Entrevistas”, a qual se trata de um estudo qualitativo conduzido pela Profa. Dr^a Josimari Melo DeSantana, coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Neurociência (LAPENE) da Universidade Federal de Sergipe. O presente estudo tem o intuito de avaliar as experiências, percepções e crenças de profissionais fisioterapeutas sobre a dor e o papel de fisioterapeutas no manejo clínico da fibromialgia. Até o presente momento não há na literatura nenhum artigo que descreva as percepções sobre a dor e a abordagem clínica em pacientes com fibromialgia pela visão de fisioterapeutas brasileiros, o que justifica a realização deste estudo. De antemão, esclarecemos que o(a) senhor(a) tem TOTAL AUTONOMIA para participar desta pesquisa, assim, não haverá qualquer tipo de transtorno ou penalidade caso não aceite ou queira retirar o seu termo de consentimento. Esclarecemos que o estudo tem como objetivos: 1) Observar como é feita a tomada de decisão para avaliação de pacientes com fibromialgia na prática clínica de fisioterapeutas; 2) Examinar quais são as intervenções prescritas para pacientes com FM e observar como são decididas no contexto da prática clínica de fisioterapeutas; 3) Investigar quais são as estratégias de educação em dor utilizadas por fisioterapeutas no tratamento de pacientes com FM; 4) Entender como é feita a prescrição de exercício para pacientes com FM; 5) Verificar fatores que interferem na adesão, autoeficácia e evolução de pacientes com fibromialgia no tratamento fisioterapêutico; 6) Avaliar se expectativas, crenças ou atitudes de profissionais fisioterapeutas podem influenciar no tratamento de pacientes com fibromialgia; 7) Compreender as percepções de fisioterapeutas sobre dor em pacientes com fibromialgia; 8) Analisar a relação terapeuta-paciente e a relação com a equipe multidisciplinar pela concepção de fisioterapeutas; 9) Identificar barreiras e/ou facilitadores para a abordagem de pacientes com FM por fisioterapeutas nos diferentes modelos de assistência em saúde; 10) Perceber como foram adquiridos os conhecimentos sobre dor e fibromialgia na formação de profissionais fisioterapeutas; 11) Averiguar as

experiências de fisioterapeutas nos sistemas de saúde no Brasil. A coleta de dados dos participantes será feita por meio de entrevistas qualitativas, estruturadas e individuais realizado através de webconferência na plataforma Google Meet, a estratégia amostral utilizada será através de chamadas públicas por mídias sociais e endereços eletrônicos, bem como por meio de chamadas públicas enviadas por intermédio de associações e sociedades científicas nacionais de fisioterapia para seus afiliados, será gerada uma lista de pessoas interessadas via formulário eletrônico Google Forms. Com isso, objetivamos alcançar o máximo de voluntários possível. Os benefícios esperados para os voluntários se dão a partir da contribuição para o avanço da ciência, principalmente no que condiz a compreender o manejo fisioterapêutico de pacientes com fibromialgia no Brasil, de forma a compreender as experiências profissionais e sua influência no contexto clínico, bem como explorar estratégias de avaliação e tratamento para o serviço de atendimento aos pacientes com fibromialgia. A Resolução CNS nº 510/2016 define RISCO da pesquisa como “a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”, entretanto, esta pesquisa pode gerar riscos mínimos, caso o(a) senhor(a) tenha sensibilidade ao teor de qualquer pergunta feita neste questionário. Diante disso, nos colocamos à disposição por e-mail para quaisquer esclarecimentos e necessidades disparadas a partir das respostas oferecidas mediante a entrevista, e será através do e-mail que os voluntários terão a garantia de receber respostas a qualquer pergunta e esclarecimento referente a qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Os pesquisadores assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas e bem fundamentadas obtidas durante a realização do estudo. Lembre-se, sua participação no estudo é VOLUNTÁRIA, podendo interromper as respostas a qualquer momento, sem que seja gerada nenhuma penalidade por isso. As informações obtidas no estudo serão mantidas em sigilo em todas as fases da pesquisa e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a autorização oficial do participante. Para garantir a anonimização dos dados o nome do (a) participante será substituído por números. Estas informações só poderão ser utilizadas para fins estatísticos, científicos ou didáticos, desde que fique resguardada a privacidade do participante da pesquisa, mas o(a) senhor(a) e a população terão retorno sobre os resultados dela posteriormente. Para participar deste estudo, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Este documento foi elaborado de acordo com normas regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde, portanto,

havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através de vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário. Caso o(a) participante sofra algum dano realmente decorrente dessa pesquisa, os pesquisadores garantem indenizá-lo. Caso o(a) senhor(a) concorde em participar da presente pesquisa, assine digitalmente ao final desta página e receberá uma via DESTE TERMO, a qual TODAS as páginas serão RUBRICADAS PELA PESQUISADORA RESPONSÁVEL. É importante que o(a) senhor(a) tenha esse termo em mãos para quaisquer necessidades futuras. Para as questões relacionadas a este estudo, não hesite em solicitar esclarecimentos por meio do e-mail lapene.ufs@yahoo.br ou entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone (79) 9 9994-6944 ou pelo endereço: AUGUSTO FRANCO 3500, Rua K, 214, PONTO NOVO, 49.097-670. Sobre o CEP UFS: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com “munus público”, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses do sujeito da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –Res. CNS 466/12). Para entrar em contato com o CEP responsável por esta pesquisa acesse o endereço eletrônico: <http://cep.ufs.br/pagina/2160>. O (a) senhor(a) pode entrar em contato com o CEP através dos meios listados abaixo: Endereço Institucional: Rua Cláudio Batista s/n - Hospital Universitário, Bairro Sanatório, Aracaju- Sergipe. CEP – 49060-110. Tel: 3194 - 7208. Email: cep@academico.ufs.br.

Declaro que li e concordo.

Assinatura do participante de pesquisa

Aracaju, ____/____/____

Monique Oliveira dos Santos Tel: (79) 9 9873-9173

RG: 3.600.509-6 SSP/SE

Profa. Dra. Josimari Melo de Santana Tel: (79) 9 9994-6944

RG: 1447145 SSP/SE

12. APÊNDICE

APÊNDICE 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

AUTORIZO o uso da minha imagem e voz de forma VOLUNTÁRIA para ser utilizada na pesquisa intitulada: “Experiências, percepções e crenças de fisioterapeutas sobre dor e manejo fisioterapêutico em pacientes com fibromialgia: estudo qualitativo”, a qual se trata de uma pesquisa qualitativa conduzida pela Profa. Dr^a Josimari Melo DeSantana, coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Neurociência (LAPENE) da Universidade Federal de Sergipe. A presente autorização é concedida para abranger o uso da imagem e voz das seguintes formas: (I) gravação do conteúdo da entrevista do estudo contendo a imagem e voz ; (II) transcrição dos áudios gravados. Fica ainda claro que estas informações só poderão ser utilizadas para fins estatísticos, científicos ou didático, resguardando a privacidade do participante da pesquisa, a qual o(a) senhor(a) terá retorno sobre os resultados dela posteriormente. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

13. APÊNDICE

APÊNDICE 3

PADRONIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO PARA A ENTREVISTA

Olá, tudo bem? Meu nome é Monique, sou aluna de Mestrado vinculada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, fisioterapeuta e membro do grupo de pesquisa LAPENE – Laboratório de Pesquisa em Neurociências da Universidade Federal de Sergipe sob a coordenação da Professora Dra Josimari Melo De Santana. O nosso objetivo será realizar uma entrevista para compreender melhor as experiências de fisioterapeutas no manejo clínico da fibromialgia. Gostaria de alertar que não há uma resposta certa ou errada, há apenas a sua percepção sobre os tópicos que serão abordados, tudo bem? Além disso, gostaria de frisar que você não é obrigado (a) a responder determinada pergunta que não se sinta confortável em compartilhar a informação sobre o assunto exposto. A entrevista será gravada, solicito a sua permissão para iniciar a gravação. Podemos iniciar a gravação e iniciar a entrevista?

14. APÊNDICE

APÊNDICE 4

ESTRUTURA DA ENTREVISTA

SEÇÃO 1. Tomada de decisão na prática clínica para a avaliação de pacientes com fibromialgia

Esta seção visa compreender melhor a tomada da decisão de fisioterapeutas para a avaliação de pacientes com fibromialgia.

- 1) Na sua prática clínica, quais são as estratégias que você utiliza para a avaliação de pacientes com FM?
- 2) Na sua prática clínica, você observa facilidades ou dificuldades na avaliação de pacientes com fibromialgia? Quais seriam?

SEÇÃO 2. Prescrição de intervenções na prática clínica de fisioterapeutas

Esta seção visa compreender melhor as intervenções fisioterapêuticas que são utilizadas por fisioterapeutas. Buscaremos entender a percepção sobre a abordagem da fisioterapia e prescrição clínica na FM.

- 1) O que você acha da abordagem atual da fisioterapia na fibromialgia no Brasil?
- 2) O que você acha que os pacientes sabem sobre a sua própria doença?
- 3) O que você acha que os pacientes sabem sobre a fisioterapia na fibromialgia?
- 4) Você poderia falar sobre quais são as suas estratégias e objetivos para o tratamento da dor em pacientes com FM?
- 5) Na sua opinião, quais são as dificuldades ou facilidades ao tratar pacientes com fibromialgia?

SEÇÃO 3. Estratégias de educação em dor para pacientes com FM

Esta seção visa compreender melhor as estratégias de educação em dor utilizadas por fisioterapeutas.

- 1) Você tem trabalhado com educação em dor para pacientes com fibromialgia? Se sim, quais são as estratégias que você indica para a prática clínica?
- 2) Qual a quantidade, duração de sessões e forma de distribuição que você comumente destina para a educação em dor em pacientes com FM?
- 3) Na sua opinião, quais são as dificuldades ou facilidades ao realizar intervenções de educação em dor de pacientes com FM na prática clínica?

SEÇÃO 4. Prescrição de exercício para pacientes com FM

Esta seção visa compreender como é feita a prescrição de exercício por fisioterapeutas para pacientes com FM.

Suporte complementar oferecido pela entrevistadora: a “adesão” corresponde ao comportamento do paciente às recomendações de um profissional da saúde.

- 1) Você costuma prescrever exercícios para pacientes com fibromialgia?
- 2) Qual a modalidade de exercício que você tem prescrito em sua prática clínica?
- 3) Qual a dose de exercício que você tem prescrito em sua prática clínica?
- 4) Você tem sentido dificuldades ou facilidades para inserir exercício físico na rotina de pacientes com fibromialgia? Poderia explicar mais sobre isso?
- 5) Qual (is) estratégia (s) você indica para facilitar a inserção do exercício na rotina desses pacientes?
- 6) Qual (is) estratégia (s) você indica para facilitar a adesão do exercício na rotina desses pacientes?

SEÇÃO 5. Adesão e evolução de pacientes com fibromialgia no tratamento fisioterapêutico

Esta seção visa compreender a percepção de fisioterapeutas sobre a adesão e evolução de pacientes com fibromialgia.

Suporte complementar oferecido pela entrevistadora: a “adesão” corresponde ao comportamento do paciente às recomendações de um profissional da saúde. A “evolução” corresponde ao efeito de evoluir e crescer durante tratamento oferecido pelo fisioterapeuta. A “autoeficácia” trata-se da capacidade da própria pessoa se organizar e executar ações para atingir metas.

- 1) Você consegue identificar fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento e a evolução clínica de pacientes com fibromialgia? Se sim, quais seriam? Se não, por quê?
- 2) O que você tem percebido sobre a autoeficácia em pacientes com FM? Poderia explicar mais sobre isso?
- 3) Você indicaria alguma estratégia para modificar a autoeficácia de pacientes com fibromialgia? Qual?

SEÇÃO 6. Expectativas de profissionais fisioterapeutas sobre tratamento fisioterapêutico e gerenciamento da dor na FM

Esta seção visa compreender as expectativas de fisioterapeutas sobre o tratamento fisioterapêutico e sua influência no tratamento. Somado a isso, buscaremos compreender a percepção de fisioterapeutas sobre o gerenciamento da dor na FM.

- 1) Na sua opinião, expectativas, crenças ou atitudes de profissionais fisioterapeutas podem influenciar o tratamento de pacientes com fibromialgia? Como você acha que influenciam no tratamento?
- 2) Na sua prática clínica, como você tem se sentido ao lidar com o gerenciamento da dor de pacientes com fibromialgia? Fale um pouco mais sobre isso.
- 3) Acredita ser possível dar alta para os pacientes com fibromialgia?

SEÇÃO 7. Percepções de fisioterapeutas sobre dor na FM

Esta seção visa compreender as percepções de fisioterapeutas sobre a dor de pacientes com fibromialgia.

- 1) Na sua opinião, como os seus pacientes têm lidado com os quadros dolorosos no dia a dia? Você acha que seus pacientes conseguem aplicar as estratégias fornecidas durante as sessões?
- 2) Na sua prática clínica, você tem observado possíveis fatores que contribuem para aumento ou diminuição da dor na fibromialgia?
- 3) Você acha que os pacientes estão satisfeitos ou insatisfeitos com a abordagem fisioterapêutica para o manejo da dor? Poderia explicar mais sobre isso?

SEÇÃO 8. Relação com a equipe multidisciplinar e relação terapeuta/paciente

Esta seção visa compreender as percepções de fisioterapeutas sobre a relação e interação com a equipe multidisciplinar que acompanha pacientes com FM e a relação terapeuta/paciente.

Equipe multidisciplinar

- 1) Você realiza atendimento fisioterapêutico em domicílio para pacientes com FM?
- 2) Você realiza atendimento fisioterapêutico em ambulatórios para pacientes com FM?
- 3) Você possui contato com a equipe multidisciplinar durante o tratamento de pacientes com FM?
- 4) Na sua opinião, quais são as dificuldades ou facilidades na comunicação de fisioterapeutas com a equipe multidisciplinar e o que você indica para melhorar a comunicação e interação entre os profissionais?

Relação terapeuta/paciente

- 1) Como tem sido a sua experiência com a relação terapeuta/paciente?
- 2) Você tem utilizado estratégias para melhorar a relação terapeuta/paciente? Se sim, você poderia falar sobre quais são essas estratégias?
- 3) Na sua opinião, quais são as dificuldades ou facilidades na comunicação entre fisioterapeutas e pacientes?

SEÇÃO 9. Modelos de atendimentos em saúde

Esta seção visa compreender a experiência de fisioterapeutas em relação aos diferentes modelos de atendimento em saúde.

Suporte complementar oferecido pela entrevistadora: refere-se as diferentes abordagens teórico-práticas complementares na área da saúde para o tratamento do paciente. Esta seção não abrange as esferas do sistema de saúde.

- 1) Você costuma se basear em algum modelo de atendimento na sua prática clínica? Qual?
- 2) Como tem sido suas estratégias na prática clínica para tratar pacientes com fibromialgia conforme os modelos de atendimento em saúde?
- 3) Você tem se baseado nos princípios dos modelos biopsicossocial, classificação internacional de funcionalidade e/ou prática baseada em evidências na sua prática clínica?

4) Quais as facilidades ou barreiras para a abordagem dos modelos biopsicossocial, classificação internacional de funcionalidade e prática baseada em evidências em pacientes com fibromialgia na prática clínica?

SEÇÃO 10. Experiências de fisioterapeutas nos sistemas de saúde e políticas públicas para pacientes com FM

Esta seção visa compreender as experiências e percepções de fisioterapeutas sobre o atendimento de pacientes com fibromialgia considerando o sistema de saúde no Brasil.

- 1) O que você acha do acolhimento ao paciente com fibromialgia nos diferentes sistemas de saúde no Brasil?
- 2) Como tem sido a sua experiência ao atender pacientes com FM na rede pública, privada e/ou por convênio?
- 3) Na sua opinião, quais as facilidades ou dificuldades para abordagem de pacientes com fibromialgia nos diferentes sistemas de saúde no Brasil?
- 4) Qual a estimativa de número de casos de pacientes com FM que você tem atendido por ano?
- 5) O que você acha das políticas públicas destinadas a pacientes com FM?
- 6) Na sua opinião, as políticas públicas para pacientes com FM estão adequadas ou inadequadas? O que você acha que poderia ser feito?

15. APÊNDICE

APÊNDICE 5

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Questionário destinado à satisfação do (da) participante quanto a estrutura da entrevista.

1- Entrevista por videochamada

- ☐ 0 – Muito insatisfeito (a)
- ☐ 1 – Insatisfeito (a)
- ☐ 2 – Pouco Insatisfeito (a)
- ☐ 3 – Satisfeito (a)
- ☐ 4 – Muito satisfeito (a)

2- Número de perguntas para responder

- ☐ 0 – Muito insatisfeito (a)
- ☐ 1 – Insatisfeito (a)
- ☐ 2 – Pouco Insatisfeito (a)
- ☐ 3 – Satisfeito (a)
- ☐ 4 – Muito satisfeito (a)

3- Guia de orientações para entrevista disponibilizado

- ☐ 0 – Muito insatisfeito (a)
- ☐ 1 – Insatisfeito (a)
- ☐ 2 – Pouco Insatisfeito (a)
- ☐ 3 – Satisfeito (a)
- ☐ 4 – Muito satisfeito (a)

4- Manual do google meet

- ☐ 0 – Muito insatisfeito (a)
- ☐ 1 – Insatisfeito (a)
- ☐ 2 – Pouco Insatisfeito (a)
- ☐ 3 – Satisfeito (a)
- ☐ 4 – Muito satisfeito (a)

5- O que você gostaria de acrescentar sobre a entrevista?