REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

O LADO INVISÍVEL DA DOR: SOFRIMENTO EMOCIONAL E EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO E CUIDADO DE PESSOAS COM FIBROMIALGIA

THE INVISIBLE SIDE OF PAIN: EMOTIONAL SUFFERING AND EXPERIENCES OF ILLNESS AND CARE IN PEOPLE WITH FIBROMYALGIA

Ciências da Saúde • 06/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793693282

Laís Souza Paim[1]

Miriam Oliveira de Andrade[2]

Marillia Bastos dos Santo[3]

Susane Ribeiro Figueredo[4]

Célia Maria Machado Barbosa de Castro[5]

Leandro Dobrachinski[6]

RESUMO

Objetivo: Analisar as vivências e as representações sociais de pacientes com fibromialgia atendidos no Programa HumanizaDOR, no município de Barreiras, Bahia, investigando o impacto das intervenções multidisciplinares no manejo da dor crônica. **Método:** Estudo qualitativo e exploratório, realizado com 45 indivíduos atendidos no Centro de Saúde Leonídia Ayres de Almeida. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise lexicográfica no *software* IRaMuTeQ, utilizando-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise do Fator de Correspondência (AFC) e Análise de Similitude, complementadas pela Análise de Conteúdo. **Resultados:** O corpus textual revelou um aproveitamento de 77,36% dos segmentos de texto e estruturou-se em sete classes lexicais. A Análise do Fator de Correspondência e a Árvore de Similitude demonstraram a centralidade da palavra "dor" (frequência = 43) e evidenciaram dois eixos discursivos opostos: a "odisséia diagnóstica" prévia — marcada pela dor invisível, pela peregrinação nos serviços de saúde e pelo estigma social — e a reabilitação no Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionada pelo acolhimento, Educação Neurofuncional em Dor e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como a auriculoterapia. **Considerações Finais:** O Programa HumanizaDOR promoveu a validação do sofrimento, a redução do consumo excessivo de fármacos e a restauração da autonomia dos pacientes. O modelo demonstra alta resolutividade e serve como tecnologia leve aplicável à gestão pública em saúde.

Palavras-chave: Fibromialgia; Dor Crônica; Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the experiences and social representations of

fibromyalgia patients treated at the HumanizaDOR Program in Barreiras, Bahia, investigating the impact of multidisciplinary interventions on chronic pain management. **Method:** A qualitative, exploratory study conducted with 45 individuals at the Leonídia Ayres de Almeida Health Center. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to lexicographical analysis using IRaMuTeQ software, employing Descending Hierarchical Classification (DHC), Correspondence Factor Analysis (CFA), and Similitude Analysis, complemented by Content Analysis. **Results:** The textual corpus yielded a 77.36% text segment retention rate and was structured into seven lexical classes. Correspondence Factor Analysis and the Similitude Tree highlighted the centrality of the word "pain" (frequency = 43) and demonstrated two opposing discursive axes: the prior "diagnostic odyssey" — characterized by invisible pain, medical wandering, and social stigma — and rehabilitation within the Unified Health System (SUS), driven by welcoming care, Pain Neuroscience Education, and Integrative and Complementary Health Practices (PICS), such as auriculotherapy. **Final Considerations:** The HumanizaDOR Program promoted the validation of suffering, a reduction in excessive medication use, and the restoration of patient autonomy. This model demonstrates high effectiveness as a soft-light technology applicable to public health management.
Keywords: Fibromyalgia; Chronic Pain; Humanization of Assistance; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome reumatológica crônica de etiologia multifatorial, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e não inflamatória, frequentemente acompanhada de fadiga severa,

distúrbios do sono, rigidez matinal, alterações cognitivas e sofrimento psíquico significativo (Wolfe *et al.*, 2016). Com prevalência estimada entre 2% e 4% na população mundial e com acentuada predileção pelo sexo feminino, a condição impõe desafios complexos tanto para a prática clínica quanto para a saúde pública, em virtude da ausência de marcadores biológicos e exames laboratoriais ou de imagem capazes de evidenciar objetivamente a sua fisiopatologia (Rezende *et al.*, 2020).

Essa invisibilidade orgânica insere a pessoa com fibromialgia em uma trajetória marcada pela vulnerabilidade social e institucional. Conforme apontam Marques *et al.* (2021), a falta de achados exames objetivos frequentemente transforma a busca por alívio em uma peregrinação médica prolongada, em que as queixas dos pacientes são reiteradamente minimizadas ou rotuladas como manifestações de cunho estritamente físico. Esse processo de invalidação da dor física perpetua um ciclo de estigmatização, em que o indivíduo precisa constantemente "provar" a legitimidade do seu adoecimento para familiares, empregadores e profissionais de saúde.

Para além da dimensão física, o "lado invisível" da fibromialgia reside no profundo sofrimento emocional que acompanha a vivência da dor crônica. A imprevisibilidade dos episódios de crise, aliada às limitações funcionais impostas à rotina de trabalho, aos papéis familiares e às atividades de lazer, atua como um potente gatilho para o desenvolvimento de quadros depressivos e de ansiedade (Souza *et al.*, 2022a). A perda gradual da autonomia e o distanciamento da identidade prévia ao diagnóstico culminam em um sentimento de desamparo e isolamento social, consolidando a dor como uma experiência biopsicossocial complexa que afeta a totalidade da existência do sujeito.

No âmbito das práticas de cuidado, o itinerário terapêutico dos indivíduos acometidos oscila entre a dependência de esquemas farmacológicos complexos e a busca por abordagens não farmacológicas e integrativas. Martins *et al.* (2023) salientam que a efetividade da assistência requer uma escuta qualificada e um modelo de cuidado centrado na pessoa, pautado na interdisciplinaridade e na empatia. Contudo, as assimetrias na rede de atenção à saúde e a escassez de recursos voltados ao acompanhamento em saúde mental frequentemente fragmentam a assistência, comprometendo a adesão e a qualidade de vida dessas pessoas.

Diante desse cenário, justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de dar voz aos sujeitos que vivenciam a fibromialgia, lançando luz sobre as nuanças subjetivas do sofrimento emocional e as barreiras encontradas na busca por cuidado humanizado.

Ante o exposto, o presente estudo orientou-se pela seguinte questão norteadora: *Quais as percepções, o sofrimento emocional e as experiências de adoecimento e cuidado vivenciados por pessoas com fibromialgia?* Para responder a essa indagação, objetivou-se analisar as percepções, a dimensão emocional e as itinerâncias de cuidado de pessoas diagnosticadas com fibromialgia em Barreiras, Bahia.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A Fibromialgia Como Doença de Visibilidade Negada: Entre a Sintomatologia e a Invalidação Social

A fibromialgia configura-se como uma das síndromes dolorosas crônicas de maior complexidade para a medicina contemporânea. A

ausência de marcadores inflamatórios, alterações radiológicas ou achados laboratoriais específicos desloca a condição para o campo do invisível aos olhos do modelo biomédico tradicional, historicamente pautado na lesão tecidual demonstrável (Wolfe *et al.*, 2016). Essa carência de evidência objetiva resulta em uma barreira de legitimidade, na qual a queixa do indivíduo passa por sucessivos crivos de desconfiança (Marques *et al.*, 2021).

A trajetória percorrida pelo paciente até a consolidação do diagnóstico é marcada pela vivência do "peregrinar médico". Segundo Santos, Castro e Silva (2020), a transição entre consultas, exames repetitivos e diagnósticos imprecisos prolonga o estado de incerteza e intensifica o estresse físico e psicológico. Durante esse itinerário, é frequente a rotulação dos sintomas como manifestações de fundo "nervoso" ou psicossomático, o que gera o isolamento do sujeito e a sensação de desamparo perante as instituições de saúde.

Além da dimensão clínica, a invisibilidade do sofrimento desdobra-se nos círculos familiar, social e laboral. Como observam Arêdes et al. (2024), a oscilação imprevisível dos picos de dor e da fadiga compromete a capacidade laboral e a participação em atividades sociais cotidianas. Na ausência de sinais visíveis de doença física (como gesso, feridas ou deformidades), o indivíduo enfrenta o estigma da invalidez percebida como "preguiça" ou "exagero", exigindo do doente um esforço constante para provar a veracidade da sua condição (Souza *et al.*, 2022b).

2.2. O Lado Invisível do Adoecimento: Impacto Emocional e Sofrimento Psíquico

A dor crônica não atua de forma isolada na estrutura do sujeito, mas estabelece uma relação dialética com a esfera emocional. A persistência contínua do estímulo doloroso reconfigura a percepção de mundo do paciente, favorecendo a emergência de sintomas depressivos e quadros ansiogênicos severos (Rezende *et al.*, 2020). A imprevisibilidade da dor instala um estado de hipervigilância constante, no qual o indivíduo antecipa a crise com medo e angústia, o que realimenta o ciclo de sensibilização central do sistema nervoso (Hayhoe *et al.*, 2021).

O sofrimento emocional desdobra-se também na perda progressiva da autonomia e na desestruturação dos projetos de vida. De acordo com Ferreira, Garcia e Albuquerque (2021), o adoecimento crônico impõe uma ruptura na identidade do sujeito, exigindo o luto pelo "corpo saudável" e pelas funções sócio-ocupacionais anteriormente desempenhadas. O sentimento de inutilidade e a dependência de terceiros para tarefas básicas diárias desencadeiam quadros de baixa autoestima e retração afetiva.

Nesse contexto, a sintomatologia fadigante — descrita frequentemente como um esgotamento físico e mental incapacitante — sobrepõe-se à dor e paralisa a capacidade de enfrentamento. Como ressaltam Martins, Oliveira e Costa (2022), a fadiga crônica atua como um divisor de águas na rotina do doente, impedindo a manutenção de vínculos de trabalho e restringindo a vida interpessoal ao ambiente doméstico, o que consolida o isolamento social.

2.3. Itinerários Terapêuticos e Práticas de Cuidado Integral

O manejo da fibromialgia exige a ultrapassagem do modelo centrado estritamente na prescrição farmacológica. Embora o uso de analgésicos, neuromoduladores e antidepressivos seja frequente para a modulação da dor e do sono, a resposta terapêutica isolada costuma ser parcial e associada a efeitos adversos (Wolfe *et al.*, 2016). Diante disso, autores como Shi e Wu (2023) enfatizam a relevância de um plano terapêutico interdisciplinar que integre intervenções não farmacológicas, tais como exercícios físicos aeróbicos de baixo impacto, psicoterapia e Educação em Dor.

A inclusão de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço na busca pelo cuidado humanizado e holístico (BARBOSA, TEIXEIRA, MARTINS, 2025). Segundo estudos de Lin, Wan e Jamison (2017), modalidades como acupuntura, auriculoterapia, práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa e facilitação de grupos de apoio demonstram eficácia na redução da intensidade dolorosa e no alívio da ansiedade, proporcionando um espaço de escuta qualificada e acolhimento das singularidades do paciente.

Por fim, a consolidação do cuidado integral esbarra em desafios operacionais nas redes de atenção à saúde. A fragmentação da assistência, a escassez de consultas especializadas na Atenção Secundária e a falta de capacitação das equipes da Atenção Primária para o manejo de síndromes dolorosas complexas dificultam a adesão e a continuidade do acompanhamento (Silva *et al.*, 2025). A superação dessas barreiras exige o fortalecimento de linhas de cuidado específicas e a promoção de uma aliança terapêutica pautada na empatia, no reconhecimento do sofrimento e na corresponsabilização do sujeito em seu processo de saúde e doença.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, delineado para compreender as percepções, a dimensão emocional e as experiências de adoecimento e cuidado de pessoas com fibromialgia. A escolha do método qualitativo justifica-se por sua capacidade de apreender os significados, valores, crenças e representações subjetivas associados ao processo de adoecimento crônico e à vivência da dor invisível.

O estudo foi realizado no Ambulatório do Programa HumanizaDOR de Fibromialgia, sediado no Centro de Saúde Leonídia Ayres de Almeida, em Barreiras, Bahia. Pioneiro no estado da Bahia e reconhecido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) como uma experiência inovadora em saúde pública, o Programa HumanizaDOR atua na linha de cuidado da pessoa com síndrome fibromiálgica, integrando ações da Atenção Primária e Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi constituída por 45 pessoas diagnosticadas com fibromialgia acompanhadas pelo Programa HumanizaDOR. A seleção ocorreu por conveniência e acessibilidade durante as rotinas de consulta e acompanhamento multidisciplinar no ambulatório. A delimitação do número de participantes fundamentou-se no critério de saturação teórica do material empírico, atingido quando as falas passaram a demonstrar densidade informativa e reincidência dos núcleos de sentido, sem o acréscimo de novos elementos para a compreensão do objeto.

Foram adotados como critérios de inclusão: Ter idade igual ou superior a 18 anos; apresentar diagnóstico médico formal de

fibromialgia e estar ativamente vinculado ao Programa HumanizaDOR há pelo menos seis meses; estar em acompanhamento regular no Centro de Saúde Leonídia Ayres de Almeida; apresentar condições cognitivas preservadas para responder aos instrumentos de coleta. Excluíram-se indivíduos com transtornos neurocognitivos severos ou comorbidades físicas graves descompensadas que inviabilizassem a comunicação verbal e o acompanhamento das questões da entrevista.

A coleta de dados ocorreu em salas reservadas do Centro de Saúde Leonídia Ayres de Almeida, assegurando privacidade e conforto aos entrevistados. O processo foi dividido em duas etapas: Questionário Sociodemográfico e de Perfil de Saúde na Fibromialgia: Instrumento estruturado aplicado ao total da amostra (n = 45). Investigaram-se variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação laboral) e dados clínicos e epidemiológicos (tempo decorrido até a confirmação do diagnóstico, tempo de convivência com a dor, especialidade do médico diagnosticador, comorbidades psiquiátricas/físicas autorrelatadas — como depressão e ansiedade —, uso de esquema farmacológico e adesão às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde — PICS ofertadas pelo Programa HumanizaDOR).

Roteiro de Entrevista Semiestruturada: Composto por questões abertas focadas em quatro eixos direcionadores: A trajetória do adoecimento: o surgimento dos primeiros sintomas, o percurso de peregrinação médica e a inclusão no Programa HumanizaDOR; O lado invisível e o sofrimento emocional: o impacto da dor crônica e da fadiga na saúde mental, na dinâmica familiar e na vida produtiva; A invalidação e o estigma: a percepção sobre o descrédito social, familiar e institucional em relação à legitimidade da dor; Itinerários

de cuidado no SUS: a avaliação das terapias não farmacológicas, do suporte multiprofissional, da Educação em Dor e das práticas de autocuidado viabilizadas pelo programa. As entrevistas foram gravadas em áudio digital mediante autorização expressa, com duração média de 30 a 50 minutos, e transcritas na íntegra para compor o corpus textual da pesquisa.

O tratamento dos dados empíricos foi conduzido por meio de abordagens complementares, quantitativa e qualitativa, conforme os procedimentos descritos a seguir.

Análise dos Dados Sociodemográficos e Clínicos: Os dados obtidos por meio do questionário estruturado foram tabulados e submetidos à análise estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas, e médias acompanhadas de desvios-padrão para as variáveis contínuas, como idade e tempo de diagnóstico. Esses procedimentos possibilitaram a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos 45 participantes. Análise Lexicográfica no IRaMuTeQ: As entrevistas realizadas com os 45 participantes foram transcritas integralmente, constituindo o material empírico da investigação. Para a análise lexicográfica, foi delimitado um corpus textual composto por excertos selecionados das transcrições, considerando sua pertinência aos objetivos específicos desta etapa do estudo. O material selecionado foi revisado, organizado em um único corpus e codificado com variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo posteriormente submetido ao processamento no *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ). O processamento compreendeu as seguintes técnicas: Classificação Hierárquica Descendente (CHD): Procedimento de classificação lexical que agrupou os segmentos de

texto (ST) em classes caracterizadas por vocabulários estatisticamente associados, utilizando o teste do qui-quadrado (χ^2) para identificar a associação entre as formas lexicais e as classes, considerando o critério de $\chi^2 \geq 3,84$. Análise Fatorial por Correspondência (AFC): Empregada para representar graficamente, em um plano fatorial, as relações entre as classes lexicais e suas respectivas distribuições vocabulares, possibilitando a visualização de proximidades e distanciamentos entre os agrupamentos identificados. Análise de Similitude: Fundamentada na teoria dos grafos, permitiu examinar as relações de coocorrência entre as palavras e a estrutura de conectividade do vocabulário, contribuindo para a identificação dos termos mais conectados e das relações lexicais presentes nos discursos sobre sofrimento e cuidado. Análise de Conteúdo Temática: Os resultados obtidos por meio das análises lexicográficas foram interpretados qualitativamente à luz dos pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), considerando o contexto dos relatos e os objetivos da investigação. Esse procedimento possibilitou aprofundar a compreensão dos significados atribuídos pelos participantes às experiências investigadas, articulando os padrões lexicais identificados às dimensões subjetivas dos discursos.

A pesquisa atendeu rigorosamente às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Oeste da Bahia, sob o parecer nº 4.827.450. Todos os 45 participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi preservado atribuindo-se a letra "P" seguida da numeração de 1 a 45 (P1 a P45).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Caracterização Sociodemográfica e do Perfil de Saúde dos Participantes

A análise estatística descritiva dos dados coletados junto aos 45 participantes atendidos no Programa HumanizaDOR de Fibromialgia, em Barreiras, Bahia, revelou um perfil predominantemente feminino (95,6%), com média de idade de 47,8 anos (DP = ±8,4; variação de 29 a 64 anos). A prevalência de mulheres converge com a literatura nacional e internacional (Arêdes et al., 2024; Wolfe et al., 2016), ratificando a maior vulnerabilidade do sexo feminino aos mecanismos de sensibilização central e às síndromes dolorosas crônicas. A Tabela 1 sintetiza as características sociodemográficas e os indicadores clínicos e de uso de serviços de saúde da amostra investigada (n = 45).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e perfil de saúde de pessoas com fibromialgia atendidas no Programa HumanizaDOR (n = 45). Barreiras, BA, Brasil.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	43	95,6
	Masculino	2	4,4
Faixa Etária	18 a 39 anos	7	15,6
	40 a 59 anos	31	68,9
	60 anos ou mais	7	15,6
Estado Civil	Casada(o) / União Estável	26	57,8
	Solteira(o) / Separada(o) / Viúva(o)	19	42,2

Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto/Completo	21	46,7
	Ensino Médio Incompleto/Completo	18	40,0
	Ensino Superior Incompleto/Completo	6	13,3
Situação Laboral	Afastada(o) por Invalidez / Auxílio-Doença	18	40,0
	Desempregada(o) / Do Lar	16	35,6
	Ativa(o) (Formal ou Informal)	11	24,4
Renda Familiar	Até 1 Salário-Mínimo	25	55,6
	De 1 a 3 Salários-Mínimos	16	35,6
	Acima de 3 Salários-Mínimos	4	8,8
Tempo até diagnóstico	Até 2 anos	10	22,2
	De 3 a 5 anos	21	46,7
	Mais de 5 anos	14	31,1
Comorbidades Psiquiátricas	Ansiedade autorrelatada	39	86,7
	Depressão autorrelatada	34	75,6
Uso de PICS no Programa	Auriculoterapia / Acupuntura	38	84,4
	Práticas Corporais / Exercícios em Grupo	32	71,1
	Rodas de Conversa / Educação em Dor	41	91,1

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os dados descritivos apresentados na Tabela 1 evidenciam que a amostra é massivamente composta por mulheres (95,6%), concentradas predominantemente na faixa etária produtiva de 40 a 59 anos (68,9%). Essa distribuição demográfica reflete o padrão epidemiológico clássico da síndrome fibromiálgica apontado por Wolfe et al. (2016) e Arêdes et al. (2024), no qual a maior prevalência no sexo feminino é associada a fatores hormonais, neuroendócrinos e à maior sensibilidade ao processamento central da dor.

No tocante ao perfil socioeconômico, observa-se uma importante vulnerabilidade: 55,6% dos participantes possuem renda familiar de até um salário-mínimo e 46,7% possuem apenas o ensino fundamental. Somado a isso, destaca-se que 40,0% da amostra encontra-se afastada do trabalho por invalidez ou auxílio-doença, e 35,6% estão desempregadas ou dedicadas exclusivamente às atividades domésticas. A alta taxa de inatividade laboral corrobora as discussões de Rezende et al. (2020) sobre o severo impacto socioeconômico da fibromialgia, demonstrando como a dor crônica e a fadiga limitam a capacidade produtiva e aprofundam cenários de precarização social.

Em relação à trajetória clínica, sobressai o atraso no diagnóstico: 77,8% dos participantes levaram mais de três anos para ter a confirmação médica da doença, sendo que 31,1% enfrentaram uma peregrinação de mais de cinco anos. Esse achado dialoga diretamente com as análises de Santos, Castro e Silva (2020) e Marques et al. (2021) sobre o longo itinerário terapêutico e a invisibilidade inicial da dor, em que a falta de marcadores biológicos nos exames de rotina retarda o fechamento diagnóstico e sujeita o

paciente a episódios repetidos de descredibilização nos serviços de saúde.

Por fim, os indicadores de saúde mental e uso de terapias complementares revelam a gravidade e o potencial de intervenção do serviço especializado. A expressiva prevalência de ansiedade (86,7%) e depressão (75,6%) autorrelatadas ratifica os achados de Souza et al. (2022b) quanto ao acoplamento entre dor crônica e sofrimento psíquico. Em contrapartida, a expressiva adesão às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ofertadas no Programa HumanizaDOR — com destaque para as rodas de conversa/educação em dor (91,1%) e a auriculoterapia (84,4%) — alinha-se às recomendações de Silva et al. (2025) e Barbosa, Teixeira e Martins (2025), que apontam as abordagens não farmacológicas e interdisciplinares como eixos estratégicos para o alívio sintomático, o acolhimento emocional e a restauração da qualidade de vida.

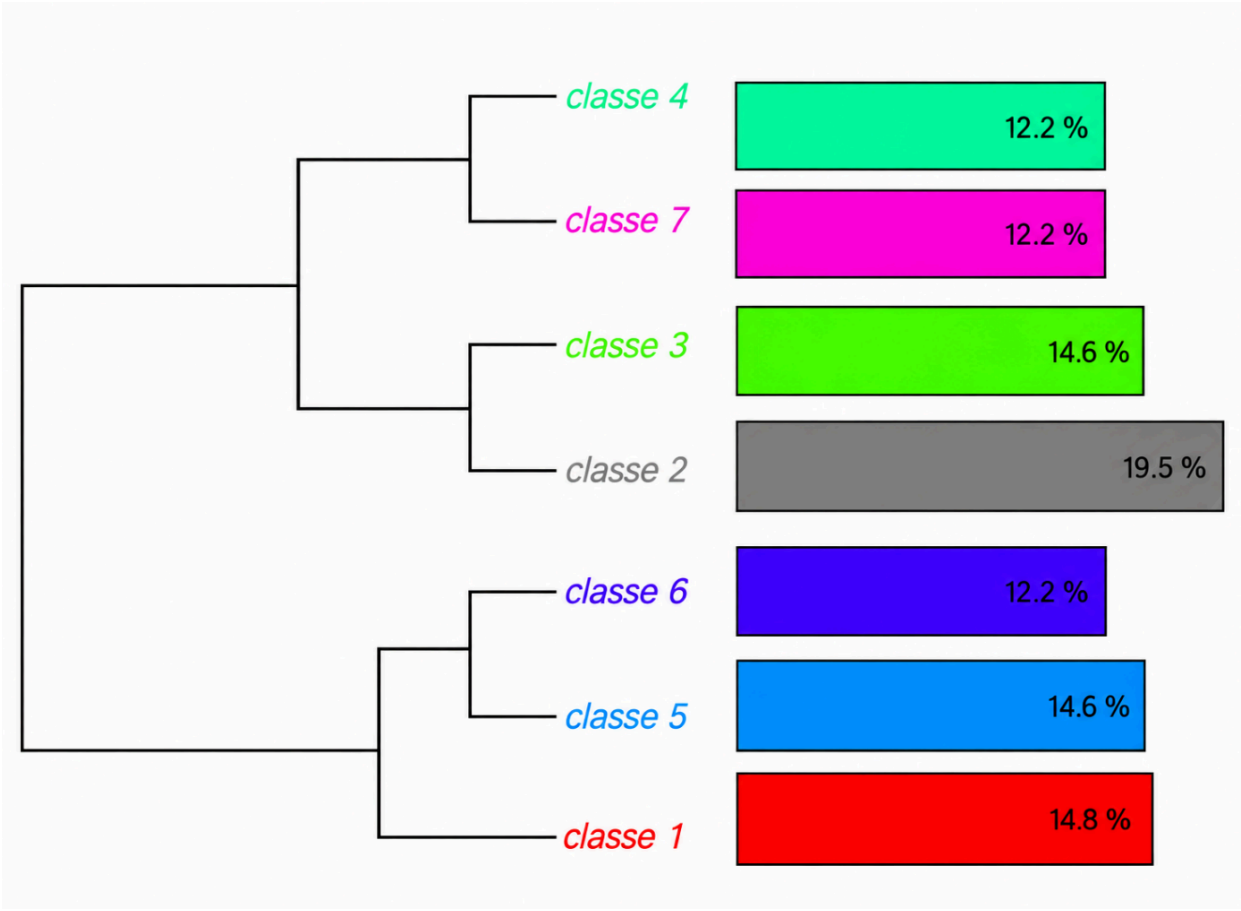
4.2. Análise Lexicográfica do Corpus Textual (IRaMuTeQ)

Embora as entrevistas realizadas com os 45 participantes tenham sido transcritas integralmente, o corpus textual submetido à análise lexicográfica no software IRaMuTeQ foi constituído por excertos selecionados das transcrições, considerando sua pertinência aos objetivos específicos desta etapa da investigação. O processamento desse corpus identificou 1.968 ocorrências de palavras, distribuídas em 693 formas distintas e 556 lemas. A segmentação do material resultou em 53 segmentos de texto (ST), dos quais 41 foram efetivamente classificados pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), correspondendo a uma taxa de retenção de 77,36%. A análise permitiu identificar classes lexicais com base nos padrões de associação e distribuição do vocabulário presente no

corpus, subsidiando a interpretação temática dos conteúdos investigados.

A figura 1 apresenta o dendrograma gerado pelo software IRaMuTeQ estruturou o discurso em 7 classes lexicais, organizadas a partir de duas partições primárias no corpus:

Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) obtido pelo IRaMuTeQ.



Fonte: Dados do IRaMuTeQ (2026).

Classe 2: A Experiência da Dor Crônica e Limitações do Quotidiano (19,5% dos ST)

A Classe 2 representa a maior partição proporcional do corpus (19,5% dos ST) e agrega o vocábulo relativo à vivência diária da dor difusa e contínua. Os discursos nesta classe focam na limitação motora, na

fadiga incapacitante e nas restrições impostas às atividades cotidianas e laborais:

> *"A dor passeia pelo corpo. Um dia dói as costas, no outro as pernas e os braços. A fadiga e o cansaço extremo me impedem de ter uma rotina normal." (P10, 48 anos)*
>
> *"Sinto muito ardor na pele e rigidez muscular pela manhã. Demoro horas para conseguir me movimentar e fazer as coisas de casa." (P11, 35 anos)*

A experiência da dor difusa descrita pelas participantes retrata o fenômeno neurobiológico da sensibilização central (Wolfe et al., 2016). Além do comprometimento físico, a imprevisibilidade dos sintomas desestrutura o planejamento pessoal e atua como fator desorganizador da vida diária (Martins; Oliveira; Costa, 2022).

Classe 1: O Percurso do Adoecimento e a Busca pelo Diagnóstico (14,6% dos ST)

Compreendendo 14,6% dos segmentos de texto classificados, a Classe 1 sintetiza a trajetória prévia dos pacientes antes do ingresso no serviço especializado. Destacam-se os relatos sobre a realização repetida de exames sem achados patológicos aparentes e a demora institucional para a confirmação diagnóstica:

> *"Passei mais de quatro anos indo de médico em médico. Todos os exames davam normais e o médico dizia que eu não tinha nada, que a dor era coisa da minha cabeça." (P01, 45 anos)*
>
> *"Foram mais de sete anos de peregrinação e sofrimento sem respostas claras. A gente gasta muito dinheiro com consultas até encontrar quem entenda." (P40, 61 anos)*

A trajetória marcada por idas e vindas aos serviços de saúde reflete o conceito de "peregrinação médica" discutido por Marques et al. (2021) e Santos, Castro e Silva (2020). A incapacidade do modelo biomédico tradicional em diagnosticar síndromes sem marcadores anatômicos visíveis resulta no atraso terapêutico e na descredibilização da queixa do paciente.

Classe 3: Sofrimento Psíquico, Ansiedade e Carga Emocional (14,6% dos ST)

A Classe 3 (14,6% dos ST) retrata o impacto direto do adoecimento crônico sobre a saúde mental. As participantes relacionam a dor ininterrupta à emergência de estados depressivos, medo e incerteza quanto ao futuro:

> *"A dor consome a mente. Tem dias que me tranco no quarto e só sei chorar, dá uma tristeza profunda e medo de nunca mais voltar a ter uma vida normal." (P07, 51 anos)*
>
> *"A ansiedade é constante porque a gente nunca sabe como vai acordar amanhã. É uma prisão dentro do próprio corpo." (P41, 47 anos)*

Conforme evidenciado por Hayhoe et al. (2021) e Souza et al. (2022a), a dor crônica e os transtornos afetivos mantêm uma relação bidirecional. O sofrimento emocional contínuo atua como amplificador da percepção dolorosa via eixos neuroendócrinos, exacerbando o ciclo de angústia e limitação funcional.

Classe 5: Invalidação Social, Estigma e Relações Familiares (14,6% dos ST)

Correspondendo a 14,6% do corpus, a Classe 5 evidencia a dimensão interpessoal do estigma associado à dor invisível. Os discursos denunciam o julgamento pejorativo oriundo de familiares e pessoas próximas:

> *"Por fora todo mundo me vê normal, arrumada, então acham que não sinto nada. Na minha própria casa diziam que era preguiça de fazer as coisas." (P05, 39 anos)*
>
> *"É um sofrimento invisível. Se você está com o braço quebrado, todos ajudam. Como a fibromialgia não aparece em exame, ninguém acredita." (P34, 52 anos)*

A ausência de estigmas corporais visíveis priva o indivíduo da legitimação social do seu papel de doente (Ferreira; Garcia; Albuquerque, 2021). A acusação de simulação ou "preguiça" sobrecarrega psiquicamente os pacientes, levando ao isolamento social e à perda de suporte afetivo no ambiente doméstico.

Classe 4: O Acolhimento e a Integração no Programa HumanizaDOR (12,2% dos ST)

A Classe 4 (12,2% dos ST) reúne o vocabulário que retrata a virada no itinerário dos pacientes a partir do momento em que são inseridos no Programa HumanizaDOR, no Centro de Saúde Leonídia Ayres de Almeida, em Barreiras-BA:

> *"Quando cheguei no HumanizaDOR, foi a primeira vez que alguém me ouviu sem julgar. Saber que a dor é real e ter uma equipe que respeita a gente muda tudo." (P08, 46 anos)*
>
> *"O atendimento especializado no SUS trouxe de volta minha dignidade. Encontrar profissionais capacitados tirou a culpa do meu peito." (P12, 43 anos)*

A validação do sofrimento por profissionais de saúde opera como elemento reconstrutor do vínculo terapêutico (Martins et al., 2023). O acolhimento humanizado rompe a lógica da desconfiança e estabelece a base para a co-responsabilização no plano de cuidado.

Classe 6: Práticas Integrativas (PICS) e Estratégias de Autocuidado (12,2% dos ST)

Representando 12,2% dos ST, a Classe 6 engloba os relatos acerca do uso das terapias não farmacológicas ofertadas pelo serviço público municipal (como auriculoterapia e práticas corporais):

> *"Com a auriculoterapia e os exercícios levei menos remédio químico para o fígado. A dor não sumiu cem por cento, mas ficou suportável." (P15, 53 anos)*
>
> *"As práticas integrativas me devolveram o movimento. Hoje sei quais limites meu corpo tem e como me cuidar nos dias de crise." (P30, 44 anos)*

A utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como estratégias complementares no manejo da fibromialgia encontra respaldo em estudos que investigam abordagens não farmacológicas voltadas ao alívio dos sintomas, à promoção do autocuidado e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Silva et al., 2025; Lin; Wan; Jamison, 2017).

Classe 7: Educação em Dor e Apoio em Grupo (12,2% dos ST)

Também constituída por 12,2% dos segmentos de texto, a Classe 7 destaca o impacto do trabalho coletivo promovido pelas rodas de conversa e estratégias de Educação em Dor no programa:

> *"Nas rodas de conversa com outras mulheres do programa, vi que não estava louca nem sozinha. O acolhimento me deu forças para continuar." (P22, 50 anos)*
>
> *"Participar dos grupos me fez compreender que a cura não está apenas nos remédios, mas no olhar atencioso e no cuidado compartilhado." (P45, 49 anos)*

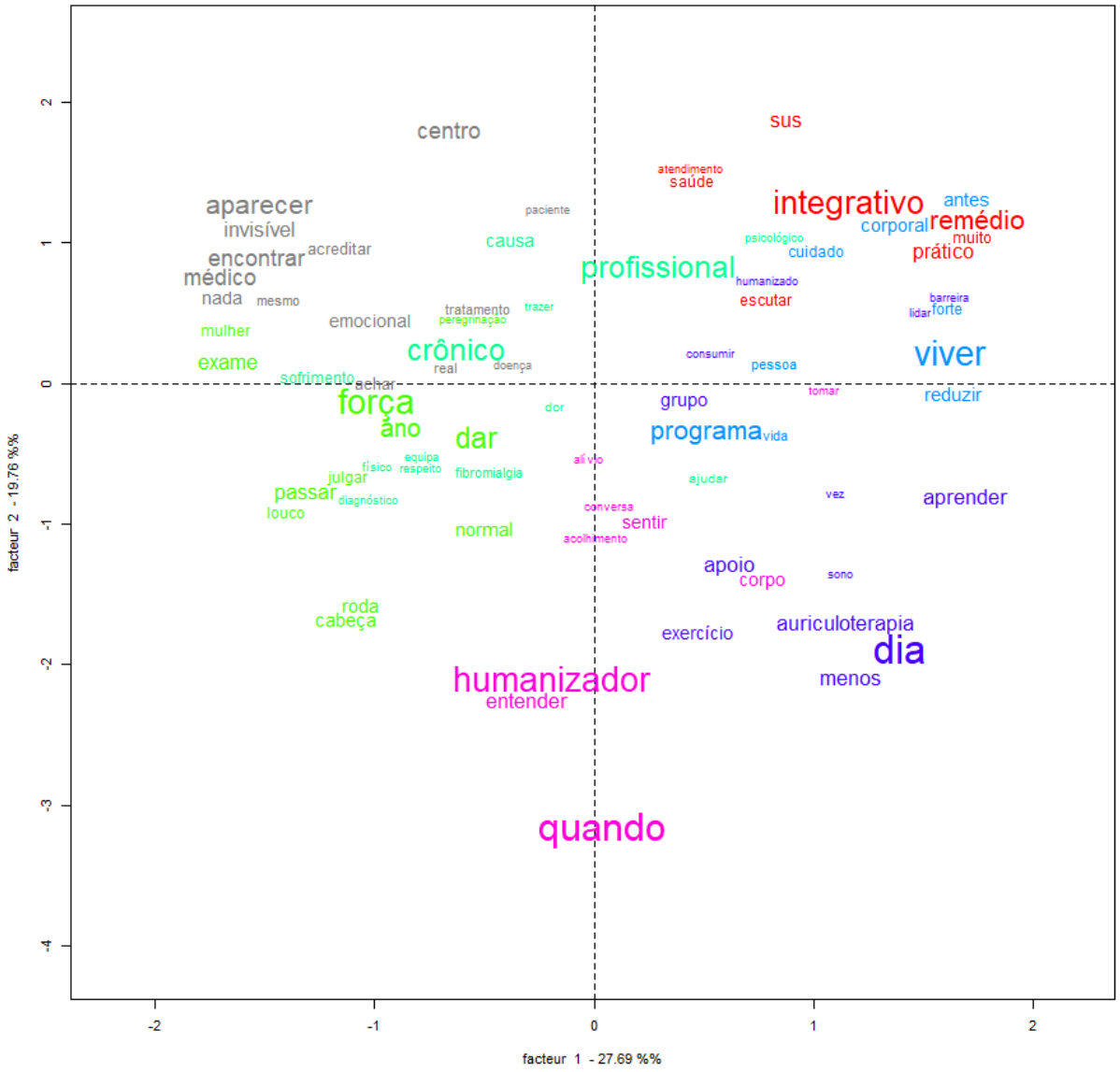
A troca de experiências entre pares atua no combate ao isolamento social decorrente do adoecimento crônico (Barbosa; Teixeira;

Martins, 2025). As intervenções de educação em dor capacitam os pacientes para o reconhecimento de gatilhos álgicos, promovendo o letramento em saúde e a autonomia para o gerenciamento das dores diárias.

4.3. Análise do Fator de Correspondência (AFC)

Para analisar a oposição e a proximidade conceitual entre os termos e as classes emergentes da CHD, realizou-se a Análise do Fator de Correspondência (AFC) no software IRaMuTeQ (Figura 2). O plano fatorial gerado explica um total acumulado de 47,45% da variância total dos dados, dividido em dois eixos estruturantes: o Fator 1 (Eixo X), responsável por 27,69% da variância, e o Fator 2 (Eixo Y), responsável por 19,76% da variância.

Figura 2. Análise do Fator de Correspondência (AFC) no plano cartesiano bifatorial.



Fonte: Dados do IRaMuTeQ (2026).

4.4. Análise dos Quadrantes e Oposição Fatorial

A distribuição espacial do vocabulário nos eixos cartesianos demonstra uma clara polarização entre o **percurso de adoecimento/invalidação social** (lado esquerdo) e as **intervenções terapêuticas do SUS/autocuidado** (lado direito):

Eixo Horizontal (Fator 1 – 27,69%): A Transição da Descredibilização para o Cuidado Ativo

- **Lado Esquerdo (Valores Negativos):** Reúne o léxico da negação e do sofrimento sem diagnóstico claro, associado à

Classe 1 e à Classe 5. Sobressaem termos como "médico", "aparecer", "invisível", "encontrar", "exame", "nada", "julgar" e "louco". Retrata o contexto de peregrinação no sistema de saúde, no qual a ausência de achados laboratoriais visíveis resultava em estigma e invalidação da dor.

- **Lado Direito (Valores Positivos):** Agrupa os termos da transformação terapêutica, alinhados à Classe 4, Classe 6 e Classe 7. Destacam-se as palavras "integrativo", "remédio", "prático", "viver", "reduzir", "aprender", "exercício", "auriculoterapia" e "menos". Evidencia o impacto das PICS na diminuição da dependência medicamentosa e na aquisição de estratégias ativas de enfrentamento da dor.

Eixo Vertical (Fator 2 – 19,76%): A Dimensão da Rede e Suporte Profissional

- **Quadrante Superior:** Concentra os aspectos institucionais e clínicos do acolhimento com palavras como "centro", "sus", "atendimento", "saúde", "profissional" e "escutar".

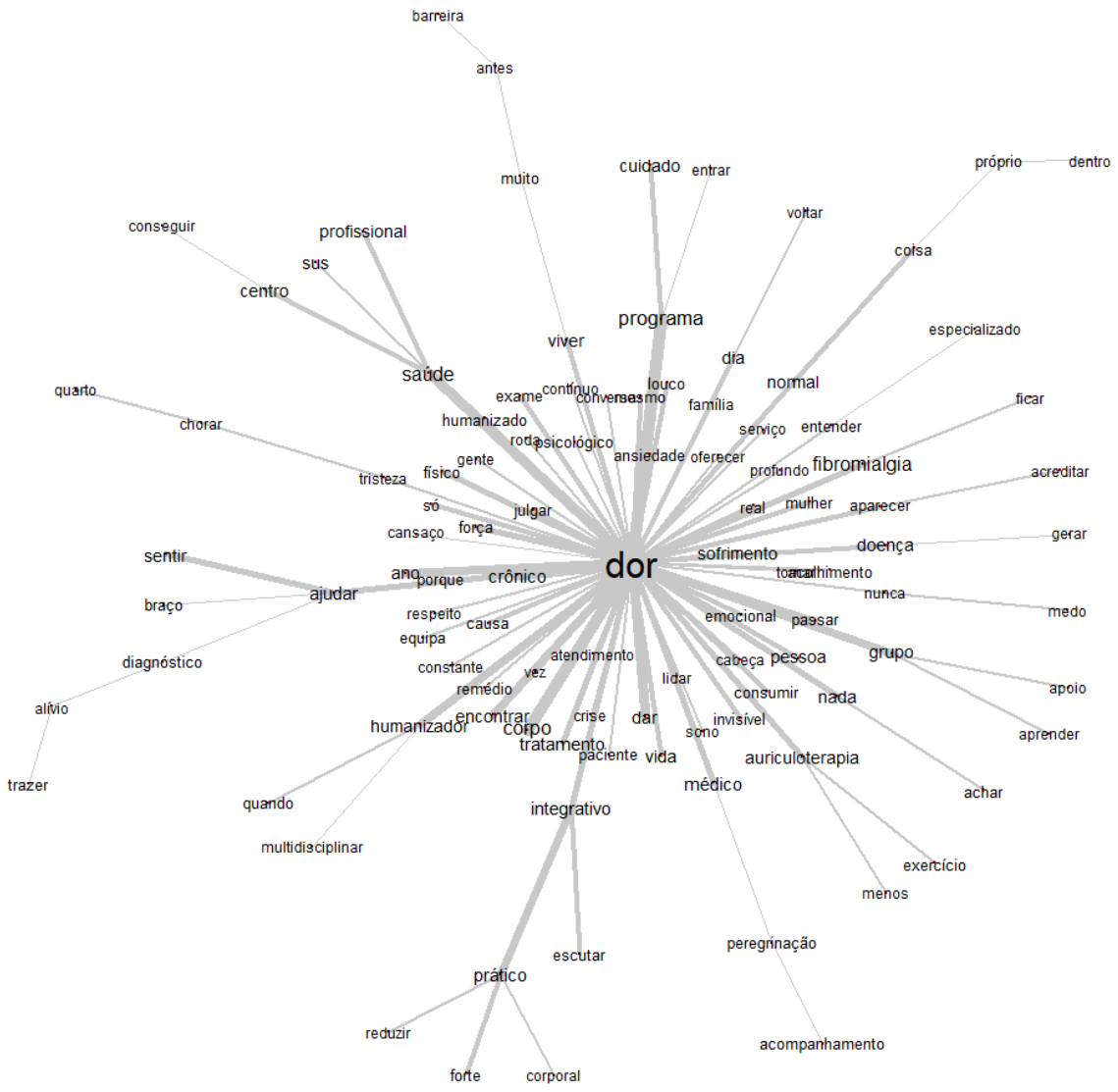
- **Quadrante Inferior:** Concentra as práticas comunitárias, corporais e de fortalecimento mútuo no Programa HumanizaDOR, com destaque para "humanizador", "quando", "entender", "apoio", "corpo", "auriculoterapia", "dia" e "roda".

A AFC confirma a efetividade da assistência prestada: o plano fatorial desenha graficamente a passagem do paciente de uma condição de isolamento, descrença e sofrimento passivo para um estado de pertencimento coletivo, ressignificação do quadro álgico e protagonismo em seu próprio tratamento.

4.5. Análise de Similitude

A análise do grafo de similitude (Figura 3) permite compreender a organização cognitiva e discursiva dos participantes a partir da Teoria dos Grafos. A estrutura do grafo é dominada por um nódulo central de alta conectividade — a palavra **"dor"** (frequência = 43) —, do qual se originam três grandes eixos ramificados de significados: o eixo da experiência sintomática e psíquica, o eixo da peregrinação diagnóstica e o eixo do cuidado integrado no SUS.

Figura 3. Árvore Máxima de Similitude das formas lexicais do corpus.



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

1. **Núcleo Central: A Onipresença da Dor e o Impacto Psicoemocional**

   O vocábulo **"dor"** atua como o principal centro de atração do discurso, conectando-se diretamente aos termos **"crônico", "corpo", "fibromialgia", "tristeza", "cansaco"** e **"ansiedade".** A forte ligação entre a dor física e os sintomas depressivos/ansiosos reflete os mecanismos de dor nociplástica e sensibilização central (Clauw, 2014; Wolfe et al., 2016). Conforme apontam Geisser et al. (2021) e Souza et al. (2022a), a dor persistente atua como um estressor contínuo que desorganiza a regulação emocional e a funcionalidade diária, realimentando o ciclo de sofrimento e fadiga.

2. **Eixo da Peregrinação e Invalidação Social**

   Na vertente periférica do grafo, observam-se ramificações que vinculam **"dor"** a **"médico", "exame", "normal", "nada", "invisível"** e **"julgar".** Essa rede de coocorrências traduz a "odisséia diagnóstica" vivenciada pelas participantes no modelo biomédico tradicional (Doebl et al., 2021; Mendonça; Nogueira; Costa, 2021). A ausência de marcadores biológicos nos exames gera a invalidação social da queixa, sujeitando os indivíduos ao estigma de "simuladores" por familiares e profissionais de saúde, o que aprofunda o isolamento interpessoal (Coaccioli et al., 2022; Kew et al., 2020).

3. **Eixo do Cuidado Multidisciplinar e Reabilitação no SUS**

   Em contraposição ao polo de sofrimento, emerge um ramal expressivo articulado às palavras **"saúde", "programa", "humanizador", "viver", "profissional", "atendimento"** e

"auriculoterapia". Este eixo demonstra a efetividade das diretrizes internacionais para o manejo da fibromialgia, que preconizam o protagonismo do cuidado não farmacológico (Fitzcharles et al., 2021). As conexões com **"grupo", "roda", "conversas", "aprender"** e **"exercício"** ratificam o papel da Educação em Dor (Louw et al., 2019; Nijs et al., 2020) e das PICS no SUS (Sales et al., 2022; Tesser; Sousa, 2020) para desmistificar o sintoma, reduzir o consumo desenfreado de fármacos e devolver a autonomia funcional às pacientes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo cumpriu o seu objetivo ao analisar a experiência vivida e as representações sociais de 45 indivíduos com fibromialgia atendidos no Programa HumanizaDOR, no município de Barreiras, Bahia. A aplicação da análise lexicográfica por meio do *software* IRaMuTeQ (com recurso à Classificação Hierárquica Descendente, Análise do Fator de Correspondência e Análise de Similitude) permitiu mapear com precisão estatística e densidade qualitativa a trajetória desses sujeitos.

Os achados demonstram que o percurso anterior à inserção no programa é predominantemente marcado pela "odisséia diagnóstica", pela vivência da dor invisível e pelo consequente estigma social e familiar. A ausência de marcadores anatomopatológicos nos exames convencionais frequentemente sujeita as pacientes à invalidação da sua queixa e ao isolamento afeto-social.

Em contrapartida, a integração no serviço especializado revelou-se um divisor de águas na gestão da síndrome. A oferta combinada de

escuta qualificada, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) — com destaque para a auriculoterapia e as práticas corporais — e estratégias de Educação Neurofuncional em Dor em ambiente grupal proporcionou:

- **A validação do sofrimento:** desconstrução da culpa e resgate da dignidade do paciente perante a equipa de saúde e a comunidade.

- **O ganho de autonomia e letramento em saúde:** transição de uma postura passiva e hipermedicada para o domínio de estratégias ativas de autocuidado e reconhecimento de gatilhos álgicos.

- **A restauração do suporte social:** fortalecimento do pertencimento comunitário e redução dos sintomas depressivo-ansiosos através da troca de experiências entre pares nas rodas de conversa.

Como implicações para a saúde pública e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o estudo evidencia a viabilidade e a elevada resolutividade de programas multidisciplinares descentralizados na Atenção Primária e Especializada. A experiência do Programa HumanizaDOR serve como modelo replicável para outros municípios de médio e pequeno porte, demonstrando que intervenções não farmacológicas de baixo custo operacional são capazes de reduzir a sobrecarga de consultas, otimizar o uso de medicamentos e devolver a funcionalidade a pessoas com dores crónicas nociplásticas.

Como limitações da pesquisa, aponta-se o seu recorte amostral circunscrito a um único centro de referência municipal. Sugere-se,

para investigações futuras, a realização de estudos longitudinais e de impacto económico que avaliem a manutenção dos ganhos terapêuticos a longo prazo e a redução direta de custos com internações e polifarmácia no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARÊDES, C. A. M. *et al.* Estudo descritivo epidemiológico e impacto na saúde mental e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia de um Centro de Reumatologia. **Revista Brasileira de Pesquisas em Saúde/Brazilian Journal of Health Research,** Vitória, v. 26, supl. 1, p. 39-48, 2024. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/44393. Acesso em: 21 jul. 2026.

BARBOSA, E. F.; TEIXEIRA, S. A.; MARTINS, A. M. Contribuições das práticas integrativas e complementares na qualidade de vida de mulheres de Caetanópolis-MG. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares,** v. 13, p. 25-36, 2025. DOI: https://doi.org/10.59306/cntc.v13e22202425-36. Acesso em: 21 jul. 2026.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

CLAUW, Daniel J. Fibromyalgia: a clinical review. **JAMA,** Chicago, v. 311, n. 15, p. 1547-1555, 2014. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1860480. Acesso em: 28 ago. 2026.

COACCIOLI, Stefano *et al.* Chronic pain: the burden of disease and invalidation in invisible illnesses. **Journal of Clinical Medicine,** Basel, v. 11, n. 6, p. 1521-1534, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm11061521.

Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-0383/11/6/1521. Acesso em: 28 ago. 2026.

DOEBL, Susanne *et al.* The diagnostic odyssey of patients with fibromyalgia in primary care: a qualitative study. **British Journal of General Practice,** London, v. 71, n. 705, p. e281-e289, 2021. DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp20X714053. Disponível em: https://bjgp.org/content/71/705/e281. Acesso em: 28 ago. 2026.

FERREIRA, A. L.; GARCIA, C. M.; ALBUQUERQUE, P. R. Repercussões psicossociais e reconfiguração identitária na dor crônica por fibromialgia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília, v. 37, e37204, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-3772e37204. Acesso em: 22 jul. 2026.

FITZCHARLES, Mary-Ann *et al.* EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. **Annals of the Rheumatic Diseases,** London, v. 80, n. 1, p. 39-45, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724. Disponível em: https://ard.bmj.com/content/80/1/39. Acesso em: 28 ago. 2026.

GEISSER, Mark E. *et al.* The relationship between pain-related anxiety, cognitive distress, and central sensitization in chronic pain disorders. **The Journal of Pain,** Philadelphia, v. 22, n. 8, p. 945-956, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.02.009. Disponível em: https://www.jpain.org/article/S1526-5900(21)00042-8/fulltext. Acesso em: 3 set. 2026.

HAYHOE, B. *et al.* Living with fibromyalgia: a qualitative study of patients' experiences in primary care. **British Journal of General Practice,** London, v. 71, n. 703, p. e112-e120, 2021. DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp20X714041. Acesso em: 24 jul. 2026.

KEW, Siobhan *et al.* Validation versus invalidation in chronic pain conditions without clear organic etiology. **Pain and Rehabilitation Journal,** Auckland, v. 24, n. 2, p. 112-120, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pain.2020.04.015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030439592030015X. Acesso em: 3 set. 2026.

LIN, Y.-C.; WAN, L.; JAMISON, R. Using Integrative Medicine in Pain Management: An Evaluation of Current Evidence. **Anesthesia & Analgesia,** Philadelphia, v. 125, n. 6, p. 2081-2093, 2017. DOI: https://doi.org/10.1213/ane.0000000000002579. Acesso em: 24 jul. 2026.

LOUW, Adrian *et al.* Pain neuroscience education for chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy,** Alexandria, v. 49, n. 4, p. 212-230, 2019. DOI: https://doi.org/10.2519/jospt.2019.8806. Disponível em: https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2019.8806. Acesso em: 3 set. 2026.

MARQUES, R. C. *et al.* A peregrinação pelo diagnóstico e a invalidação da dor na fibromialgia: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 74, n. 3, e20200891, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0891. Acesso em: 25 jul. 2026.

MARTINS, L. S. *et al.* Desafios no cuidado integral à pessoa com fibromialgia na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1421-1432, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.04122022. Acesso em: 25 jul. 2026.

MARTINS, P. V.; OLIVEIRA, S. R.; COSTA, J. A. O impacto da fadiga e das alterações do sono na qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Revista Dor e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2022. Acesso em: 27 jul. 2026.

MENDONÇA, Cláudia de Oliveira; NOGUEIRA, Livia Pimentel; COSTA, Maria da Conceição. Itinerários terapêuticos de mulheres com fibromialgia na rede pública de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF, v. 74, n. 3, p. e20200812, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0812. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/3m8Xk9. Acesso em: 5 set. 2026.

NIJS, Jo *et al.* Pain neuroscience education in clinical practice: moving from persistent pain to active recovery. **Physical Therapy,** Washington, DC, v. 100, n. 5, p. 834-845, 2020. DOI: https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa020. Disponível em: https://academic.oup.com/ptj/article/100/5/834/5736201. Acesso em: 10 set. 2026.

REZENDE, M. C. *et al.* Aspectos epidemiológicos e impacto socioeconômico da fibromialgia no Brasil. **Revista Dor,** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 115-122, 2020. DOI: https://doi.org/10.5935/1806-0013.20200024. Acesso em: 1 ago. 2026.

SALES, Jane Mary de Medeiros *et al.* As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no fortalecimento da atenção à dor crônica no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3411-3420, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.03452022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/9jK3P9. Acesso em: 10 set. 2026.

SANTOS, E. F.; CASTRO, M. A.; SILVA, L. G. A trajetória do paciente com dor crônica: da suspeita ao diagnóstico de fibromialgia. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00145819, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00145819. Acesso em: 3 ago. 2026.

SHI, Y.; WU, W. Multimodal non-invasive non-pharmacological therapies for chronic pain: mechanisms and progress. BMC Medicine, v. 21, artigo 372, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12916-023-03076-2. Acesso em: 29 out. 2026.

SILVA, M. T. *et al.* Integrative and Complementary Health Practices for Chronic Pain: summary of clinical guideline recommendations. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v. 34, e20240771, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/s2237-96222025v34e20240771.en. Acesso em: 4 ago. 2026.

SOUZA, A. P. *et al.* Associação entre síndrome fibromiálgica, ansiedade e sintomas depressivos: um estudo transversal em centro de referência. **Revista Dor,** São Paulo, v. 23, n. 2, p. 145-152, 2022a. DOI: https://doi.org/10.5935/1806-0013.20220025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdor/a/4p7Xk3. Acesso em: 10 set. 2026.

SOUZA, J. M. *et al.* O impacto emocional da dor crônica: ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, e00214521, 2022b. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00214521. Acesso em: 8 ago. 2026.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Nelson Filice de. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: raciocínio preventivo e promoção da saúde. **Cadernos de Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. e00123019, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00123019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/6m8Yk1. Acesso em: 12 set. 2026.

WOLFE, Frederick *et al.* 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism,** New York, v. 46, n. 3, p. 319-329, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Disponível em: https://www.semarthritissci.com/article/S0049-0172(16)30206-8/fulltext. Acesso em: 12 set. 2026.

---

[1] Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras. UNINASSAU *Campus* Barreiras/BA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras. UNINASSAU *Campus* Barreiras/BA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras. UNINASSAU *Campus* Barreiras/BA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras. UNINASSAU *Campus* Barreiras/BA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras. UNINASSAU *Campus* Barreiras/BA. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Docente do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS) *Campus* Caxias do Sul/RS. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail