

# Programa de promoção da saúde em pacientes com fibromialgia: avaliação qualitativa e quantitativa\*

## *Fibromyalgia health education program: qualitative and quantitative evaluation*

Juliana Barcellos de Souza, PhD<sup>1</sup>, Patricia Bourgault, PhD<sup>2</sup>, Jacques Charest, PhD<sup>3</sup>, Serge Marchand, PhD<sup>4</sup>

\*Recebido da Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc/Canada.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** O objetivo de programas de promoção de saúde e educação dos pacientes é favorecer mudanças nos hábitos de vida, atividade física e comportamental. Neste artigo descreve-se a elaboração de um programa de promoção de saúde à pacientes com fibromialgia, e sua avaliação a curto e em longo prazo. Este programa é denominado: “escola inter-relacional de fibromialgia”.

**MÉTODO:** O estudo foi composto por 50 mulheres com o diagnóstico de fibromialgia. Variáveis qualitativas e quantitativas foram coletadas para avaliar a eficácia do programa. Dados qualitativos foram coletados por um questionário aberto, após o término do programa. Dados quantitativos (SF-36) foram coletados imediatamente após o programa e um ano depois.

**RESULTADOS:** Apenas uma paciente não completou o programa e seis não compareceram à avaliação um ano

após a alta. Houve melhora significativa (ANOVA, correção de Bonferroni;  $p < 0,05$ ) a curto e em longo prazo na capacidade funcional, aspectos físicos e sociais da saúde e qualidade de vida, incapacidade gerada pela dor, percepção de saúde e vitalidade. Não houve melhora significativa na saúde mental e aspectos emocionais da saúde e qualidade de vida, embora haja evidências qualitativas de melhora.

**CONCLUSÃO:** O programa de promoção à saúde de pacientes com fibromialgia demonstrou melhora a curto e longo em prazo na análise dos dados quantitativos. Os dados qualitativos ilustraram e confirmaram os achados anteriores.

**Descritores:** Análise quantitativa, fibromialgia, promoção de saúde, qualidade de vida.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** The aim of health promotion and patient's education programs is to favor changes in life style, physical and behavioral activities. This paper describes the development of a health education program for fibromyalgia patients and its short and long-term evaluation. The program is called “inter-relational fibromyalgia school”.

**METHOD:** The study involved 50 women diagnosed with fibromyalgia. Qualitative and quantitative variables were collected to evaluate the efficacy of the program. Qualitative data were collected via an open questionnaire, at the end of the program. Quantitative data (SF-36) were collected immediately after the program and one year later.

**RESULTS:** Only one patient has not completed the program and six have not returned for evaluation one year after discharge. There has been significant short and long-term improvement (ANOVA, Bonferroni's correction;  $p < 0.05$ ) in functional capacity, health physical

1. *Équipe de recherche sur la douleur - Université de Sherbrooke, Sherbrooke/Canada; Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/Brasil, Presidente Comitê Científico da Associação Catarinense do Estudo da Dor (ACED/SBED); Presidente do Comitê Científico do Conselho de Fisioterapia da Sociedade Brasileira do Estudo da dor (SBED).*

2. *Équipe de recherche sur la douleur, Dep. Sciences Infirmière - Université de Sherbrooke, Sherbrooke/Canada.*

3. *Dep. Sciences de la Santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, Qc, Canada.*

4. *Équipe de recherche sur la douleur - Université de Sherbrooke, Sherbrooke/Canada*

Endereço para correspondência:

Juliana Barcellos de Souza

Rua Lauro Linhares, 2123, 309-A,

88026-002 Florianópolis, SC.

E-mail: juliana.barcellos.de.souza@usherbrooke.ca

and social aspects, quality of life, pain-related disability, health perception and vitality. There has been no significant improvement in mental health, emotional health and quality of life aspects, although there have been qualitative evidences of improvement.

**CONCLUSION:** The health education program for fibromyalgia patients has shown short and long-term improvement according to qualitative data analysis. Qualitative data have illustrated and confirmed previous findings.

**Keywords:** Fibromyalgia, health promotion, quality of life, quantitative analysis.

## INTRODUÇÃO

A promoção de saúde e educação dos pacientes é destaque em publicações internacionais<sup>1,2</sup> e nacionais<sup>3</sup>. A promoção de saúde é tema de interesse de políticas governamentais mundiais. No Brasil temos o programa de Pacto pela Saúde do Sistema Único de Saúde<sup>4</sup>. Nos Estados Unidos da América, iniciou-se em 1979 o programa *Health people*<sup>5</sup> enquanto na Europa, o foco é nas cidades com o programa *Healthy cities*<sup>6</sup>. Estes projetos são hoje apoiados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O papel do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar exige uma atuação holística permitindo a promoção da saúde em harmonia e a atuação dos outros membros da equipe. A responsabilidade social dos profissionais da saúde vai além do tratamento da doença ou desordem. A abordagem holística dos profissionais da saúde insere-se melhor na sociedade, atendendo com eficácia as necessidades da população, contribuindo à autonomia dos indivíduos na gestão de sua condição de saúde<sup>7</sup>.

Programas multidisciplinares e interdisciplinares que favoreçam a autonomia dos pacientes e consideram-nos gestores de sua saúde ainda são escassos<sup>8,9</sup>. No Brasil, dentre vários programas, destacamos Programa de Promoção à Saúde Mental na Unidade de Atenção Básica de Saúde, realizado em no município de Florianópolis. Neste programa, as Equipes de Saúde da Família agem de forma interdisciplinar, intervindo e acompanhando pacientes com sofrimento psíquico sem necessariamente encaminhá-los ao psiquiatra ou psicólogo<sup>3</sup>.

Alguns protocolos para a elaboração e estruturação de programas de promoção de saúde são descritos na literatura. Para desenvolver o presente programa, seguiu-se o protocolo de Gahimer e Morris<sup>10</sup>, que sugere seis etapas: (1) identificar o problema de saúde; (2) identificar as necessidades deste grupo de indivíduos; (3) identificar os recursos disponíveis para realizar a intervenção; (4) elaborar o programa de tratamento; (5) realizar um

estudo piloto e finalmente (6) avaliar o programa e se efetivo lançá-lo em grande escala.

O programa proposto é uma intervenção interdisciplinar em grupo que visa o aprendizado de estratégias para a gestão da dor crônica e dos sintomas associados. Denomina-se “Escola inter-relacional de fibromialgia” onde dados quantitativos já foram publicados<sup>2,8</sup>. O modelo de escolas inter-relacionais para o tratamento de problemas crônicos foi criado na década de 1980 no Canadá, sendo seu primeiro produto a “École du dos” ou “École interactionnelle du dos” para o tratamento da lombalgia crônica<sup>11</sup>. Na mesma época, grupos de pesquisa europeus propunham as “escolas de postura”.

O objetivo deste estudo foi descrever brevemente as seis etapas de elaboração do programa e avaliamos sua eficácia a curto e longo prazo, com base em dados quantitativos e qualitativos.

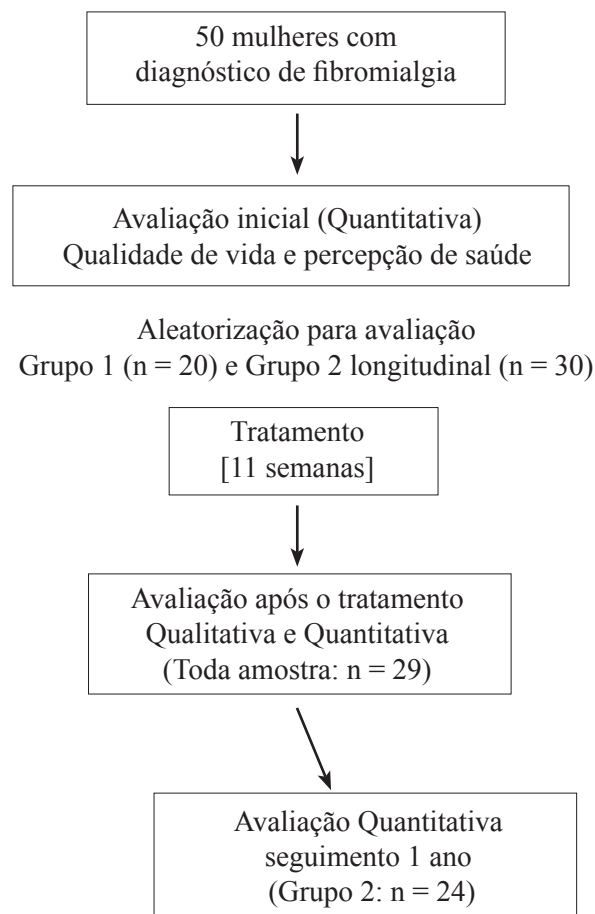


Figura 1 – Procedimentos da pesquisa

## MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética, protocolo nº CRC 04-078, em pesquisa com seres humanos das duas instituições onde se realizaram os experimen-

tos. Todos os participantes eram voluntários, podendo retirar-se do estudo a qualquer momento, sem comprometer seus direitos de cidadão.

Trata-se de estudo misto, qualitativo e quantitativo, do tipo experimental sem grupo controle, longitudinal. Na figura 1 ilustra-se os procedimentos do estudo. Todos os pacientes incluídos no estudo seguiram o tratamento proposto. A amostra foi dividida aleatoriamente em dois grupos: Grupo 1: composto por 20 pacientes que foram avaliadas apenas no pré e no pós-tratamento, respondendo aos questionários qualitativos e quantitativos. Grupo 2: composto por 30 mulheres que além de realizarem as mesmas avaliações que o Grupo 1, também foi reavaliado um ano após a alta.

Participaram do estudo 50 mulheres com o diagnóstico de fibromialgia, com idade entre 30 e 60 anos, que não tomavam medicamentos, ou com tratamento farmacológico estável havia mais de três meses. Esta estabilidade no consumo de fármacos é primordial para que o paciente perceba sua eficiência sobre seus sintomas, sem a interferência da sua adaptação fisiológica a novas substâncias químicas. Pacientes com fibromialgia e comorbidades do tipo depressão, lombalgia, hipotireoidismo, síndrome do estresse pós-traumático também foram incluídas no estudo. Sendo excluídas apenas as mulheres gestantes e lactantes ou com comorbidades do tipo câncer, depressão grave associada a pensamentos suicidas (em fase de planejamento), esquizofrenia e outros distúrbios psicológico-psiquiátricos graves, artrite reumática, cardiopatia não controlada.

Foram coletados dados qualitativos e quantitativos. Os dados qualitativos foram coletados através de um questionário aberto, onde as pacientes deviam informar os pontos forte e fraco do tratamento participativo; e informar as mudanças proporcionadas pelo tratamento no plano pessoal, familiar, social e profissional.

Os dados quantitativos foram coletados em uma sub-amostra de 30 pacientes, selecionada aleatoriamente. Estas 30 participantes foram convidadas a responderem ao questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36), antes, após o tratamento e um ano depois da alta. Este questionário é auto-aplicável, contém 36 itens que permitem acessar a qualidade geral de saúde. Oito sub-escalas são mensuradas: capacidade funcional; aspectos físicos, sociais, emocionais da saúde e qualidade de vida; incapacidade gerada pela dor corporal; percepção de saúde; vitalidade e saúde mental. Cada escala com pontuação variando de zero a 100<sup>12</sup>.

Os dados quantitativos foram analisados através de comparação de médias por Análise de Variância (ANOVA) entre os três tempos de coleta de dados (antes e depois do tratamento e um ano após a alta). Para a comparação das variáveis dependentes entre os tempos de medida

aplicou-se um *post-hoc* com correção de *Bonferroni*, garantindo um nível de significância de 5%. Os dados qualitativos foram transcritos e apresentados em paralelo aos dados quantitativos ilustrando os efeitos do tratamento na vida dos pacientes. Dentre os relatos dos pacientes, os pontos fortes e as sugestões propostas para melhorar o programa são apresentados de forma enumerada.

## PROTOCOLO DE ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO À SAÚDE

### *Primeira etapa: Identificação do problema de saúde*

A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica difusa e complexa, considerada como um dos maiores desafios aos profissionais da saúde e pesquisadores<sup>13</sup>. No Brasil, estudos apontam uma prevalência de 2,5% de fibromialgia<sup>14</sup>, semelhante ao resto do mundo que aceita uma prevalência em torno de 2%<sup>15</sup>. Esta população está associada a elevadas taxas de absenteísmo, baixa produtividade, alto índice de desemprego<sup>16</sup>, além de ser descrita como fator agravante das filas no sistema de saúde em função da frequência de consultas realizadas<sup>15</sup>.

A fibromialgia caracteriza-se por dor difusa persistente, presente por mais de três meses consecutivos, associada à sensibilidade à palpação de pontos anatômicos precisos<sup>1,7</sup>. Clinicamente também está associada à fadiga, rigidez matinal, distúrbios do sono e do humor.

### *Segunda etapa: Identificação das necessidades*

Em geral, pacientes com dores crônicas precisam aprender técnicas de controle da dor<sup>18</sup> utilizando como base um modelo bio-psicossocial. Esta abordagem considera a dor como sintoma de origem multifatorial, incluindo no tratamento a componente emotiva da dor, a física, assim como seu impacto em: relações interpessoais, participação social e produtividade no trabalho<sup>19</sup>.

Embora as necessidades da população fibromiálgica estejam mapeadas na literatura, há vários relatos da ineficácia dos programas de tratamento a médio e em longo prazo, associados à frustração de pacientes e profissionais da saúde<sup>20</sup>. Este fator pode justificar a baixa adesão dos efeitos benéficos após a conclusão do programa<sup>21</sup>.

### *Terceira etapa: Identificação (da carência) de recursos disponíveis*

Os programas multidisciplinares agregam um custo elevado em recursos humanos, exigindo tanto a disponibilidade de vários profissionais da saúde, bem como recursos de infra-estrutura, local, equipamentos e tecnologia. Estimam-se gastos de aproximadamente 10 mil dólares

por ano por paciente fibromiálgico<sup>15</sup>. No Brasil, quase 25% dos benefícios concedidos pelo INSS são destinados aos trabalhadores afastados por ressentirem dores crônicas, como dorsalgias, enxaquecas e fibromialgia<sup>22</sup>.

Com o intuito de solucionar estes problemas práticos, desenvolveu-se um programa interdisciplinar em um contexto participativo, onde pacientes, terapeutas e família agem simultaneamente para garantir a melhora do paciente com fibromialgia.

#### *Quarta etapa: Descrição do programa de tratamento*

Visando atender as necessidades desta população, reduzir os custos do programa e aperfeiçoar os resultados a curto e em longo prazo, elaborou-se um programa participativo de gestão da dor. Este programa, “Escola”, consiste em nove encontros em grupo que ocorrem ao longo de 11 semanas. Os seis primeiros encontros têm uma frequência semanal e se caracterizam pela discussão de um tema e prescrição de uma nova atividade. As atividades prescritas ao longo destas semanas são cumulativas, sendo que ao final deste período os pacientes terão uma rotina com atividade física, mental, social e nutricional.

As sessões ocorrem com grupos de sete a oito pacientes, com a supervisão e orientação de profissionais da saúde (por exemplo: fisioterapeuta e enfermeiro ou fisioterapeuta e psicólogo). Para aperfeiçoar sua aplicação na realidade clínica, o programa foi desenvolvido exigindo poucos recursos humanos (dois profissionais da saúde) e poucos recursos materiais (sala, oito cadeiras, oito colchonetes, oito bolinhas, um computador e um projetor). Os temas discutidos durante os encontros em grupo são: objetivos pessoais; estratégias desenvolvidas pelas pacientes para a gestão da dor e de sintomas associados como a fadiga, o sono e o estresse; estratégias desenvolvidas para a gestão de seus limites e capacidades; a importância da atividade física, do relaxamento e da nutrição; a sexualidade; a depressão e os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. A descrição do programa foi publicada em artigos anteriores<sup>2,8</sup>.

Dentre os aspectos inovadores do presente programa participativo de gestão da dor, coloca-se em destaque seis tópicos: (a) entrevista motivadora com a equipe interdisciplinar, favorecendo a construção de uma relação terapêutica de confiança onde os méritos do tratamento serão sempre transferidos ao esforço do paciente. Esta atitude favorece a participação ativa do paciente no controle de sua saúde/dor; (b) adaptação do tratamento aos interesses/objetivos do paciente através de um contrato terapêutico entre terapeutas, paciente e um membro da família (ou amigo); (c) discussão de temas em grupo res-

peitando a linguagem dos pacientes (utilizando suas expressões e seus termos descritivos da dor); (d) prescrição de tarefas/atividades adaptadas a individualidade de cada um 23; (e) período sem encontros em grupo, para favorecer a autonomia após o tratamento; (f) três últimas semanas: discussões sobre aspectos motivacionais para aumentar a assiduidade pós-tratamento.

## RESULTADOS

As 50 mulheres que participaram do estudo tinham média de idade de  $49 \pm 6,8$  anos, com o diagnóstico de fibromialgia há  $6 \pm 5$  anos, convivendo com os sintomas de fibromialgia há  $12 \pm 8,7$  anos. Desta amostra de mulheres com fibromialgia, 48% estavam afastadas do trabalho devido aos sintomas. Apenas uma das 50 pacientes não completou o tratamento. Seis das 30 participantes do Grupo 2 (análise quantitativa longitudinal) não compareceram à avaliação de um ano após o tratamento. Esta sub-amostra de 24 pacientes tinha idade média  $48 \pm 6,6$  anos; diagnóstico há  $6 \pm 5,6$  anos e sintomas há  $13 \pm 8,8$  anos, com 40% das mulheres afastadas do trabalho. O desempenho das pacientes na realização das atividades físicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se, transportar pesos, deslocar-se, subir escadas, melhorou significativamente com o programa participativo de gestão da dor ( $F_{66,2} = 4,958$ ;  $p = 0,01$ ). Houve uma melhora média de 14% ( $p = 0,01$ ) após o tratamento e uma melhora clínica de 12% ( $p = 0,06$ ) um ano após o término do tratamento. Esta melhora na capacidade física pode ser confirmada pela avaliação qualitativa das pacientes, como ilustrado pelos relatos das pacientes a seguir transcritos:

*“depois da escola [Escola inter-relacional de fibromialgia: programa participativo de gestão da dor], estou mais disposta e com mais resistência física. Sinto-me preparada para continuar fazendo os exercícios, as caminhadas, o relaxamento etc., pois sinto e vejo uma melhora”.*

As outras três sub-escalas do SF-36 associadas à qualidade de vida e percepção da saúde física também apresentaram melhora significativa, como ilustrado na figura 2. Houve uma redução na interferência da saúde emocional e física na participação social das participantes ( $F_{69,2} = 3,611$ ;  $p = 0,03$ ). A melhora foi de 13% após o tratamento ( $p = 0,12$ ) e de 16% ( $p = 0,04$ ) um ano após. A variável de aspecto físico das pacientes melhorou significativamente com o tratamento ( $F_{69,2} = 4,533$ ;  $p = 0,01$ ), com melhora média de 15% ( $p = 0,05$ ) após o

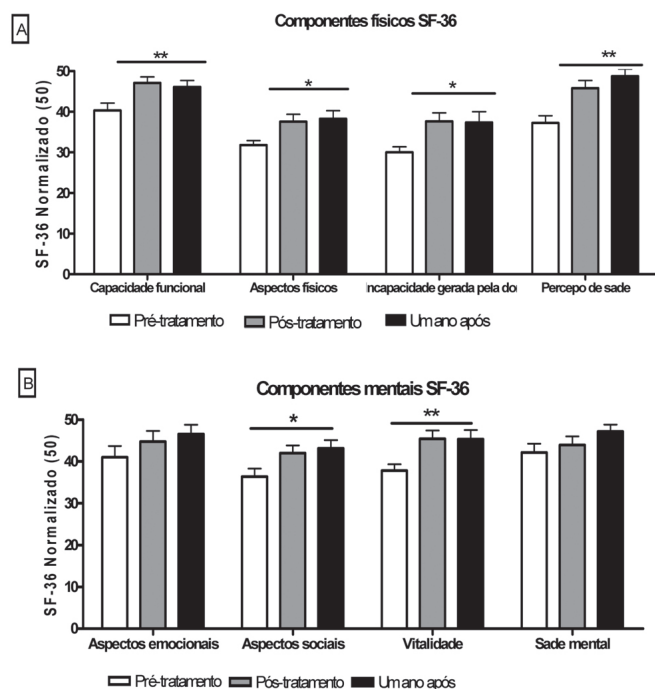


Figura 2 – Avaliação da qualidade de vida a curto e longo prazo. (A) sub-escalas do componente físico da qualidade de vida do SF-36; (B) sub-escalas do componente mental da qualidade de vida do SF-36.

tratamento e uma melhora de 17% ( $p = 0,02$ ) um ano após o término do tratamento. O programa favoreceu a participação social e estimulou as pacientes ao retorno ao trabalho, como observado nos relatos a seguir:

*“Hoje tenho menos medo de aceitar um convite para sair, e quando vou, me divirto mais do que antes. Eu converso e explico o que aprendi na escola de fibromialgia. Meus amigos me entendem e me ajudam a me manter ativa. Todos me elogiam, dizem que estou mais alegre e saudável (...) Eu me sinto mais confiante. Hoje, tenho 50% menos medo de ter que me afastar do trabalho por causa das dores. Eu consigo controlar meu estresse e planejar o meu dia. No trabalho, estou me impondo mais, tenho mais energia para enfrentar as dificuldades. É no nível profissional onde a escola de fibromialgia mais me ajudou. Hoje tenho coragem de me candidatar para um cargo superior”, “estou desempregada (...) mas agora tenho coragem de sair a procura de emprego (...) me sinto mais forte e cheia de energia”.*

A incapacidade ocorrida pela dor reduziu significativamente ( $F_{69,2} = 4,138$ ;  $p = 0,02$ ), com melhora média de 20% ( $p = 0,04$ ) após o tratamento e um ano após a alta ( $p = 0,05$ ). As mudanças na percepção da incapacidade gerada pela dor são ilustradas por relatos de

aumento no desempenho e aspecto físico. A gestão da dor permitiu às pacientes, melhor planejamento de suas atividades.

*“hoje compreendo melhor minha dor e tenho certo controle da fibromialgia. Aprendi diferentes formas de controlar minha dor e de viver melhor com a fibromialgia (...) entendo melhor o porquê dos exercícios, relaxamento e alimentação (...) A escola me ajudou a fazer exercícios regularmente”.*

A percepção de saúde também melhorou ( $F_{69,2} = 10,911$ ;  $p < 0,01$ ), 19% ( $p < 0,01$ ) após o tratamento e 24% ( $p < 0,01$ ) na avaliação de um ano após a alta. Os relatos demonstram a confirmação desta melhora pelos comentários dos familiares e amigos:

*“Com a escola de fibromialgia aprendi que mesmo estando aposentada por invalidez eu posso fazer várias coisas pela minha saúde. Eu aprendi a me valorizar e a me aceitar como sou; hoje não tenho mais vergonha de mim. (...) meu equilíbrio melhorou muito, estou caindo menos e também não deixo mais as coisas caírem com frequência. Estou mais resistente e consigo arrumar a casa. (...) meu marido está orgulhoso de mim”.*

*“Meu marido está mais atento a minha fibromialgia, ele me ajuda e torce por mim, hoje mais do que antes. Eu sinto que ele me admira mais. Também vejo que estou mais tolerante e tenho mais vontade de viver”.*

A percepção de saúde mental e o aspecto emocional não apresentaram melhora significativa ( $F_{69,2} = 1,633$ ;  $p = 0,20$ ;  $F_{69,2} = 1,608$ ;  $p = 0,21$ , respectivamente). A carência de suporte psicológico foi relatada por seis pacientes. Elas solicitavam ou um acompanhamento psicológico em paralelo aos encontros em grupo, um encontro em grupo mais voltado à depressão, e/ou um programa de tratamento mais longo. Contudo, houve melhora na vitalidade ( $F_{69,2} = 5,245$ ;  $p < 0,01$ ) de 17% ( $p = 0,02$ ) para ambas as avaliações após o tratamento. A confirmação da melhora na vitalidade e autoestima podem ser verificadas pelos relatos de pacientes:

*“Com as estratégias que aprendi para controlar minha dor eu me sinto mais segura com o futuro. Tenho coragem de enfrentar meus problemas. Agora tenho coragem de sair de casa, sem passar a noite pensando que seria melhor estar na minha cama, e isso me faz bem. Sinto-me mais preparada para planejar um jantar lá em casa, chamar os amigos sem ficar estressada, e aceitar ajuda*

*deles para fazer o jantar. Já consigo ir ao cinema, sem ter dificuldades de me levantar depois do filme! (...) Hoje tenho mais autoestima, reconheço que tenho limites, e aprendi técnicas para controlar minha dor. Consigo permanecer calma o dia todo”.*

*“A escola de fibromialgia me ajudou a desmistificar a fibromialgia. Agora eu compreendo melhor a minha doença e isto me ajudou a acreditar de novo em mim. Aprendi vários truques para controlar a minha dor, e tenho uma qualidade de vida melhor do que há alguns meses atrás”.*

Na avaliação subjetiva do programa de tratamento, as pacientes elogiaram: (a) o modelo inter-relacional, ou seja, o efeito do grupo de pacientes como um dos principais elementos ativos do tratamento (motivação e troca de experiência); (b) a capacidade de escuta dos terapeutas; (c) a simplicidade das tarefas prescritas (sobretudo os exercícios); (d) a prescrição individualizada dos exercícios; (e) a compreensão dos terapeutas (acreditaram na dor), entre outros. As modificações foram sugeridas para melhorar o programa foram: (a) “convencer os outros profissionais da saúde que a dor é real”, (b) elaborar um livro de referência para os participantes; (c) incluir um encontro individual com a psicóloga para auxílio aos pacientes com depressão; (d) incluir encontros periódicos (a cada quatro meses) para auxiliar na motivação; (e) realizar um encontro com os maridos para ajudá-los a entender a FM e ajudá-los no auxílio aos pacientes no processo de gestão da dor, e finalmente (f) incluir o programa dentro sistema de saúde, permitindo que outras pessoas também sejam beneficiadas.

## DISCUSSÃO

O principal objetivo consistiu em elaborar e avaliar um programa participativo para a gestão da dor. Para solucionar o problema da adesão ao tratamento e manutenção dos resultados em longo prazo, optou-se pelo modelo de “escolas” baseado na terapia inter-relacional<sup>11</sup>. Nesse programa obtiveram-se resultados relevantes, tanto do ponto de vista clínico quanto científico. Os pacientes relataram sucesso em suas avaliações subjetivas, assim com nos dados quantitativos.

Dentre as principais estratégias do programa podem-se citar: (a) modelo participativo favorecendo a autonomia do paciente, a troca de experiências com o grupo, e a relação familiar; (b) a prescrição individualizada de exercícios simples, com intensidade moderada, favore-

cendo a adesão; (c) a relação terapêutica, com respeito à dor dos pacientes, acreditando na dor; (d) prática de relaxamento, métodos adaptados aos interesses de cada indivíduo; (e) estratégias para melhorar suas capacidades e “treinar” seus limites; e (f) orientações para higiene de vida (sono, nutrição, entre outras).

Proporcionou melhora significativa na saúde física, participação social e vitalidade a curto e em longo prazo, dos pacientes avaliados. O mérito deste sucesso deve-se principalmente: (a) à participação e adesão dos pacientes (apenas um paciente abandonou, 3%) e (b) à relação de confiança estabelecida com os terapeutas. Ambos os fatos foram citados pelos pacientes com pontos fortes do tratamento e são critérios destacados pela literatura para garantir o sucesso do tratamento<sup>1,24</sup>.

O presente programa diferencia-se dos já propostos pelas inúmeras horas de encontros em grupos, com reuniões com diferentes profissionais da saúde (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, massagistas, nutricionistas, entre outros). A fraqueza da relação terapêutica é citada como um dos motivos da baixa adesão<sup>24,25</sup>. Os programas anteriores associavam alto custo com recursos humanos e baixa participação dos pacientes, logo, com reduzido sucesso terapêutico em longo prazo.

### *Qual a infraestrutura necessária para implantar o programa?*

O programa necessita de dois profissionais da saúde, para orientar os pacientes durante o programa. Enquanto um profissional da saúde apresenta o tema para o grupo, o outro pode dar atenção a um paciente que com dificuldade ou que exija uma atenção particular em determinado momento, sem comprometer o andamento do grupo. Por exemplo: enquanto um discute o efeito dos exercícios, o outro pode ajudar um ou outro paciente que esteja com dificuldades na execução de um exercício; ou ainda, durante a discussão de um assunto delicado, como os pensamentos suicidas: um terapeuta pode guiar a discussão em grupo enquanto o outro acompanha um paciente emotivo.

Além disto, a presença dos dois terapeutas durante todos os encontros e durante a pausa inter-relacional fortalece a relação terapêutica, que em troca garante a colaboração ativa dos pacientes à prescrição de atividades, além de garantir a interdisciplinaridade do programa.

Para enriquecer os encontros em grupo, propõe-se que os terapeutas tenham diferente formação universitária, por exemplo: fisioterapeuta e psicólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro, garantido diversidade na forma

de abordar o problema da dor crônica e atendendo as necessidades desta população heterogênea na manifestação dos sintomas.

## CONCLUSÃO

Elaborou-se e avaliou-se um programa breve de promoção de saúde em pacientes com dores crônicas difusas (fibromialgia). Os efeitos quantitativos e qualitativos demonstram que o programa atingiu seus objetivos de: alta adesão e participação dos pacientes; baixos recursos humanos para a realização da intervenção; duração breve reduzindo custos e atingindo a eficácia necessária. A aliança terapêutica, as relações do paciente com o seu sistema família, trabalho e amigos manifesta-se como fatores primordiais ao sucesso do tratamento e à conquista da autonomia do paciente.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem as agências financiadoras Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq); *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) e *Fonds de Recherche en Santé Québec* (FRSQ). Agradecemos também aos membros da equipe Michelle Provencher (psicoeducadora), Édith Normand (estagiária/farmacêutica), Paule Julien (assistente de pesquisa), Stéphanie Pagé (farmacêutica), Marie-Claude Tremblay (estagiária/farmacêutica), Serge Daigle (técnico de laboratório), Nancy Julien (nutricionista), Sylvie L'Heureux (Psicoeducadora), Christine Brown (nutricionista), Pierre Arsenault (Médico) e Gertrudes Maria de Oliveira Cardoso e Silva (Enfermeira).

## REFERÊNCIAS

1. Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clin J Pain*, 2005;21:166-174.
2. De Souza JB, Charest J, Marchand S. École interactionnelle de fibromyalgie: description et évaluation. *Douleur et Analgésie*, 2007;20:213-218.
3. Ministério da Saúde - Secretaria de atenção à saúde. Com apoio das Equipes de Saúde Mental, ESF de Florianópolis tratam transtornos leves na Atenção Básica, *Revista Brasileira Saúde da Família* 2008; 19:36-41. [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia19.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia19.pdf).
4. Pacto pela saúde/Ministério da Saúde/Brasil [http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021).
5. Health people community preventive health institute <http://www.healthpeople.org/>.
6. International healthy cities foundation <http://www.healthycities.org/>.
7. Struber JC. Physiotherapy in Australia - Where to Now? *IJAHS*, 2003;1(2): online publication.
8. Souza JB, Bourgault P, Charest J, et al. Escola inter-relacional de fibromialgia: aprendendo a lidar com a dor - estudo clínico randomizado. *Rev Bras Reumatol*, 2008;48:206-213.
9. Robalo L, Silva MG. A promoção e a proteção da saúde em fisioterapia. *Desenvolvimento Profissional*, 2005;1:52-70.
10. Gahimer J, Morris DM. Community Health Education: Evolving Opportunities for Physical Therapists. In: Shepard KF, Jensen GM. *Handbook of Teaching for Physical Therapists*. 2nd Ed, Butterworth Heinemann, 2000;439-468.
11. Charest J, Lavignolle B, Chenard JR, et al. École interactionnelle du dos. *Rhumatologie*, 1994;48:221-237.
12. Ware JE Jr, Gandek B, Kosinski M, et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*, 1998;51:1167-1170.
13. Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2003;17:685-701.
14. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*, 2004;31:594-597.
15. Penrod JR, Bernatsky S, Adam V, et al. Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *J Rheumatol*, 2004;31:1391-1398.
16. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, et al. Work and disability status of persons with fibromyalgia. *J Rheumatol*, 1997;24:1171-1178.
17. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 1990;33:160-172.
18. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheum Dis Clin North Am*, 2002;28:219-233.
19. Flor H, Hermann C. Biopsychosocial Models of Pain. In: Dworkin RH, Breitbart WS. *Psychosocial Aspect of Pain: A Handbook of Health Care Providers*. Se-

attle: IASP Press, 2004;47-75.

20. Goldenberg DL. Diagnostic and therapeutic challenges of fibromyalgia. *Hosp Pract*, 1989;24:39-52.

21. Dobkin PL, Da Costa D, Abrahamowicz M, et al. Adherence during an individualized home based 12-week exercise program in women with fibromyalgia. *J Rheumatol*, 2006;33:333-341.

22. DATAPREV, Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença concedidos segundo Códigos da Classificação Internacional de doenças – 10ª revisão (CID-10), Secretaria de políticas de previdência social, 2007.

23. Jones KD, Adams D, Winters-Stone K, et al. A com-

prehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005). *Health Qual Life Outcomes*, 2006;4:67.

24. Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, et al. Group treatment of fibromyalgia: A 6 month outpatient program. *J Rheumatol*, 1996;23:521-528.

25. Mannerkorpi K, Ahlmen M, Ekdahl C. Six- and 24-month follow-up of pool exercise therapy and education for patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*, 2002;31:306-310.

Apresentado em 06 de março de 2009.

Aceito para publicação em 20 de maio de 2009.