

## CRENÇAS DE MULHERES COM FIBROMIALGIA

### BELIEFS OF WOMEN WITH FIBROMYALGIA

### CREENCIAS DE MUJERES CON FIBROMIALGIA

ANA CLÁUDIA DE SOUZA LEITE<sup>1</sup>

Elys OLIVEIRA BEZERRA<sup>2</sup>

ANA CLARA PATRIOTA CHAVES<sup>3</sup>

FABIANE DA SILVA SEVERINO LIMA<sup>4</sup>

*Esta pesquisa objetivou identificar crenças que permeiam a vivência dolorosa de mulheres com fibromialgia segundo o referencial teórico de Rokeach. Foram entrevistadas 42 mulheres atendidas em Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia do Ceará. Utilizou-se um questionário que continham perguntas sobre crenças espirituais, enfrentamento da dor e valores pessoais. Foram identificadas crenças centrais primitivas de consenso unânime, quando afirmam crença em Deus e buscar apoio na religião; e de consenso zero, relacionadas a sentimentos de medo e ao acreditarem que Deus ajuda no alívio da dor. Na crença de autoridade destacaram-se Deus e a família. Esta classificação permitiu a visualização de crenças propícias a mudanças, incitando o profissional de saúde a orientar também o familiar sobre a sua importância na participação do tratamento da fibromialgia. Percebe-se que crenças espirituais podem auxiliar no enfrentamento da fibromialgia e contribuir para uma boa saúde mental por serem constantemente fortalecidas pelas mulheres.*

**DESCRIPTORES:** Fibromialgia; Dor; Religião.

*This research aimed at identifying beliefs that permeate the painful experience of women with fibromyalgia, according to the Rokeach's theory. We interviewed 42 women attended in a Clinic of Orthopedics and Traumatology in the state of Ceara. We used a questionnaire that inquired about spiritual beliefs, coping with pain and personal values. The features which were identified were the following: central beliefs of unanimous consensus; Belief in God and seek of support in religion, zero consensus related to feelings of fear and belief that God helps ease the pain. As for the belief in authorities, which were also identified, God comes first and then the family. This classification allowed the visualization of beliefs that can be changed, encouraging the health professional to guide the participation of the family in the treatment of fibromyalgia. We can infer that spiritual beliefs can help in the confrontation of fibromyalgia and contribute to good mental health by being constantly strengthened by women.*

**DESCRIPTORS:** Fibromyalgia; Pain; Religion.

*Esta investigación buscó identificar las creencias que permean la experiencia dolorosa de mujeres con fibromialgia según el referencial teórico de Rokeach. La técnica de entrevista fue aplicada a 42 mujeres atendidas en una Clínica de Ortopedia y Traumatología en Ceará. Se utilizó un cuestionario que contenía preguntas acerca de creencias espirituales, enfrentamiento del dolor y valores personales. Fueron identificadas creencias centrales primitivas de consenso unánime, cuando afirman que creen en Dios y buscan apoyo en la religión; y de consenso cero, relacionadas a sentimientos de miedo y de creer que Dios ayuda a aliviar el dolor. En la creencia de autoridad se destacaron Dios y la familia. Esta clasificación permitió la visualización de creencias propicias a cambios, incitando al profesional de salud a orientar también al familiar sobre su importancia en el tratamiento de la fibromialgia. Se percibe que las creencias espirituales pueden ayudar a enfrentar la fibromialgia y contribuir para una buena salud mental por ser constantemente fortalecidas por las mujeres.*

**DESCRIPTORES:** Fibromialgia; Dolor; Religión.

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa TECDOR da UECE/Brasil. E-mail: ana.claudia@pq.cnpq.br

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem da UECE. Bolsista de Iniciação Científica (IC) do PIBIC. Integrante do TECDOR/Brasil. E-mail: elys@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de IC da FUNCAP. Integrante do TECDOR/Brasil. E-mail: patriota@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de IC da PROVIC/UECE. Integrante do TECDOR/Brasil E-mail: fabianeseverino@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve por objetivo identificar a organização das crenças de mulheres com fibromialgia levantadas em consulta de enfermagem, segundo abordagem teórica de crenças que explica que o comportamento humano é fundamentado em um sistema de crenças, atitudes e valores<sup>(1)</sup>.

As crenças são inferências que as pessoas fazem a respeito do seu eu e do mundo. Constituem um sistema desenvolvido e aprendido, estruturado de forma subjetiva e social, recebendo influências emocionais, que pode estar relacionado ao controle da percepção, pensamento, memória, aprendizagem e ação<sup>(1)</sup>.

Construídas e elaboradas ao longo da vida, as crenças podem repercutir sobre a vivência dolorosa, pois aspectos cognitivos participam desta experiência e são culturalmente adquiridos, podendo ser modificados<sup>(2)</sup>. Considera-se a possibilidade do comportamento de dor ser aprendido a partir de vivências de dor aguda ao longo da vida<sup>(3)</sup>.

Pesquisadores sobre a dor, confirmam a afirmativa de que as emoções e pensamentos podem ter um grande impacto na experiência dolorosa e acreditam que crenças de pacientes com dor funcionam como fator de modulação da sintomatologia dolorosa, repercutindo no seu modo de enfrentamento<sup>(4)</sup>. Portanto, identificar pensamentos negativos e crenças disfuncionais é fundamental para o planejamento de intervenções específicas.

Dentre as sintomatologias dolorosas encontra-se a fibromialgia, onde a dor músculo-esquelética crônica corresponde à principal queixa do portador.

A fibromialgia acomete principalmente mulheres na faixa etária de 35 a 60 anos<sup>(5)</sup>, sua fisiopatologia não é bem conhecida<sup>(6-8)</sup>; caracteriza-se por dor muscular crônica e difusa, com sítios dolorosos específicos, associados, freqüentemente, à rigidez matinal, fadiga, cefaléia crônica, distúrbios do sono, sintomas psíquicos (ansiedade e depressão) e intestinais funcionais<sup>(4,7-8)</sup>.

Esses sintomas associados à dor podem variar de leve até impedimento da realização da atividade profissional e social, gerar incapacidade funcional, laboral e na realização das atividades de vida diária. Conseqüentemente,

causam grande impacto no cotidiano e promovem a ruptura da rotina, o que tende a se manter ao longo do tempo, em razão da cronicidade da dor<sup>(4,8)</sup>.

A etiologia do fenômeno álgico na fibromialgia constitui-se não apenas de causas físicas, mostrando evidências em casos de violência na infância com introjeção de crenças de auto-desvalorização pessoal de mulheres, elaboradas durante a vida e somatizadas em dores musculares<sup>(9)</sup>.

A dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos emocionais, sociais, culturais, ambientais e cognitivos. É uma experiência subjetiva e multidimensional, geralmente associada a dano real ou potencial nos tecidos, que pode ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características<sup>(10)</sup>.

Indivíduos com dor crônica, em geral, possuem longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento laborativo e físico; por experiências anteriores e resultados insatisfatórios apresentam, também, descrença no tratamento<sup>(11)</sup>.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A classificação das crenças tem pressupostos no consenso pessoal e social sobre valores atribuídos aos objetos e na variação das referidas crenças ao longo de uma dimensão periférico-central. Assim, quanto mais central uma crença tanto mais resistente ela é a mudanças. No entanto, se crenças centrais são modificadas, maiores são as repercussões sobre o sistema de crenças<sup>(1)</sup>.

Este modelo descreve a existência de cinco tipos de crenças, a partir de uma organização periférico-central, onde as crenças centrais oferecem maior resistência à mudança, de maior repercussão no restante do sistema de crenças, o que não ocorre com as crenças periféricas. Os cinco tipos descritos são: 1) TIPO A (crenças primitivas de consenso unânime) – as dos primeiros estágios do desenvolvimento do senso de realidade e da imagem do corpo; 2) TIPO B (crenças primitivas de consenso zero) – decorrentes dos impulsos próprios de alguém (as emoções e a auto-estima, baseadas na fé, ilusão e alucinação); 3) TIPO C (crenças de autoridade) – decorrentes do superego, ou das representações internalizadas da sociedade; 4) TIPO D (crenças derivadas) – derivados cognitivos da

realidade; 5) TIPO E (crenças inconsequentes) – estão relacionadas a crenças psicodinâmicas e significativamente consequentes.

As crenças centrais são mais difíceis de serem alteradas, devido ao grande número de ligações com outras crenças e das consequências funcionais resultantes desse encadeamento. São crenças centrais: as consensuais, reforçadas por um consenso social unânime entre todas as referências de pessoas e grupos, e as primitivas, que se originam do encontro direto com o objeto da crença, portanto, não derivadas de outras crenças. São crenças periféricas: as crenças de autoridade, pois estas são derivadas de outras crenças; as crenças inconsequentes, relativas à questão de gosto, que não influenciam outros tipos de crenças; e as crenças derivadas, que são aceitas pelo processo de identificação com a autoridade<sup>(1)</sup>.

O comportamento de uma pessoa em diferentes situações depende de suas crenças e das predisposições situacionais. As crenças orientam os sujeitos no mundo social e físico em que vivem e, ainda que tais crenças não possam ser diretamente observadas, elas podem ser inferidas<sup>(1)</sup>.

Portanto, para compreender a dor e ser capaz de aliviá-la, é preciso considerá-la em seu contexto mais amplo, observar as atitudes e expectativas mentais do paciente, seu sistema de crenças, o apoio emocional da família e dos amigos, e muitas outras circunstâncias<sup>(12)</sup>.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, fundamentada em referencial teórico<sup>(1)</sup>. Na análise dos dados obtidos realizamos, em alguns aspectos, uma abordagem quantitativa, a fim de descrever e explicar fenômenos evidenciados, além de uma abordagem qualitativa, na tentativa de entender fenômenos observáveis segundo as perspectivas dos participantes do estudo. Esta abordagem permitiu aprofundar a descrição das falas, analisando o encadeamento lógico-funcional das crenças das mulheres com fibromialgia.

A pesquisa trata-se de um recorte de um projeto maior intitulado Tecnologia Tátil para Avaliação da Dor em Pessoas com Fibromialgia e Lombalgia. O universo compreendeu 81 pacientes com dores crônicas do tipo mus-

culoesquelética, atendidos em Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia do Ceará, durante os meses de maio de 2005 a julho de 2006. A amostra selecionada para estudo foi de somente 42 mulheres, pois foram utilizados como critérios de inclusão apresentar o diagnóstico médico de fibromialgia e a aceitação em participar da pesquisa.

Os aspectos éticos, constantes das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 196/96<sup>(13)</sup>, foram respeitados. Obteve-se parecer favorável (Nº 04545014-5) do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, sendo garantida a privacidade, anonimato e benefícios sem ônus para as clientes e a suspensão ou cancelamento da participação na pesquisa no momento que as mesmas desejassem.

Os dados foram obtidos a partir de um questionário de pesquisa clínica, utilizado para coleta de dados do projeto do qual foi feito o recorte. Tal instrumento abordava questões sobre identificação pessoal, características, enfrentamento e repercussões da dor nas atividades de vida diária e, por fim, as crenças e valores sobre si, sobre as pessoas e a vida. A elaboração das questões contidas no questionário se deu a partir da busca de questionamentos que pudessem contemplar os objetivos especificados na presente pesquisa.

A aplicação do questionário foi realizada por pesquisadores enfermeiros e estudantes de enfermagem envolvidos, durante consultas de enfermagem de avaliação da dor crônica, após o consentimento assinado pelo participante da pesquisa.

Os aspectos abrangidos por este estudo compreenderam questionamentos sobre: crenças espirituais, como preferência religiosa, sentimento de vazio espiritual; enfrentamento da dor, presença de sentimentos de medo, ansiedade, nervosismo, o que procura fazer para aliviar a dor; identificação de valores pessoais, sendo apresentadas as opções família, filhos, confiança nos outros, confiança em si mesma, respeito e ter amigos.

Para visualização dos campos de análise dos dados quantitativos utilizou-se estatística descritiva simples e apresentação de dados em gráfico, com utilização do programa Microsoft Office Excell. As falas foram organizadas em categorias analíticas após leitura e re-leitura dos relatos registrados de forma numérica durante as entre-

vistas, sendo analisados, permitindo a identificação e classificação das crenças de acordo com a teoria de Rokeach apresentada inicialmente.

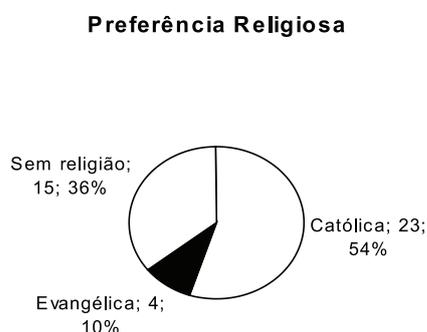
## RESULTADOS

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa apresentavam idades entre 22 e 67 anos, a maioria (26; 61,9%) estando na faixa etária de 40 a 60 anos, casada (27; 64,3%), não havia concluído o ensino fundamental (17; 40,5%) e com renda familiar entre um e três salários mínimos (22; 52,4%). Quase todas (40; 95,3%) possuíam filhos, sendo a média 2,2 filhos por mulher.

A partir das categorizações fundamentadas na teoria rokeacheana, foi possível observar as crenças presentes e que interferem na vivência dolorosa das mulheres com fibromialgia participantes desta pesquisa. A análise dos relatos das entrevistadas possibilitou a identificação de crenças de consenso unânime, crenças de consenso zero e crenças de autoridade.

### Crenças primitivas de consenso unânime

Todas as participantes desta pesquisa relataram a importância das crenças espirituais e religiosas para o enfrentamento da dor, principalmente a crença em Deus, sendo a maioria seguidora de uma religião, predominando a preferência da prática do catolicismo (54%; 23). O gráfico 1, seguinte, ilustra a distribuição das mulheres quanto a preferência religiosa.



**Figura 1** – Preferência religiosa das mulheres com fibromialgia atendidas em ambulatório de ortopedia e traumatologia do Ceará.

A crença em uma dada religião é considerada “primitiva de consenso unânime” ou “Tipo A”, dos primeiros

estágios do desenvolvimento do senso de realidade, que são aprendidas por contato direto com o objeto da crença e são reforçadas por um consenso unânime, que todos acreditam, livre de contestação<sup>(1)</sup>.

A fé religiosa ou a fé simplesmente humana é um fenômeno inerente ao homem, pois é a fé em algo que dá mobilidade a vida. A religião nos fornece fundamentos por meio dos quais organizamos nosso caminho em direção ao fim<sup>(14)</sup>. A dor amplia o olhar sobre a relação entre o sofrimento causado pela fibromialgia e o sentido da religiosidade<sup>(15)</sup>.

Percebe-se, nas falas seguintes, que a religião é um ponto de apoio para as mulheres da pesquisa, é onde constantemente encontram auxílio para o enfrentamento da condição dolorosa crônica e esperança de melhora. *Me sinto um pouco melhor depois que vou à minha igreja* (P2). *Deus me ajuda com a minha dor, vou à minha igreja, rezo e peço a ele para me ajudar e tudo fica melhor* (P11).

A fé pessoal, convicções e oração, oferecem ajuda e apresentam-se como recurso para afrontar o sofrimento<sup>(16)</sup>, que em pessoas com fibromialgia, são constantes e acompanham os sintomas dolorosos e sentimentos negativos de medo e ansiedade.

### Crenças primitivas de consenso zero

O convívio constante com a dor e a inexistência de um tratamento eficaz, que promova a cura e elimine tal sintoma, faz aflorar sentimentos negativos, que representam as crenças sobre o que temem as mulheres com fibromialgia desta pesquisa, sentimentos autodesestimulantes referentes à sua condição de vida.

O comportamento do paciente diante da dor, fadiga e estresses influem na manifestação e intensificação dos sintomas da fibromialgia. Muitos deles respondem com frequência a essas sensações com atitudes negativas como raiva, perda da auto-estima, angústia e medo, principalmente devido às incertezas relacionadas ao seu diagnóstico.

A maioria das mulheres entrevistadas (25; 59,5%) referiram sentimentos de medo ou receio de algo, principalmente o medo de que as dores piores, de possuir uma doença grave, e medo da morte. ... *tenho medo de estar doente e não ter cura, como fazer com os meus filhos se isso piorar* (P13).

... tenbo medo de não poder continuar mais e as pessoas não podem fazer mais nada (P24). Sinto medo quando a dor aumenta (P25). Sinto medo de piorar, medo de morrer... (P30). Tenbo medo de que a dor piore e impeça de fazer as coisas (P39).

A partir das falas citadas acima, podemos perceber que o sentimento de medo estava consideravelmente presente na vida das mulheres estudadas. O medo era relacionado tanto à presença da dor, quanto às limitações que possam ser consequências da presença de dor ou ameaça de morte.

As falas refletiram crenças primitivas de consenso zero ou do tipo “B”, extremamente resistente a mudanças, pois não dependem de um suporte ou consenso social, originando-se de experiências pessoais profundas, subjetivas. As falas apontaram para crenças sobre o que tememos, logo, são consideradas como negativas<sup>(1)</sup> neste modelo de análise.

Também foram encontradas crenças primitivas de consenso zero positivas, relacionadas a atitudes baseadas em emoções e na fé, que segundo as entrevistadas, ajudam no enfrentamento da dor. Os relatos abaixo exprimem a crença de que Deus traz o alívio para o sintoma. Das mulheres que apontaram “acreditar em Deus”, encontrou-se que 81,0% (34) acreditam que Deus pode ajudar de diversas formas para o alívio da dor. Elas referiram crenças sobre o modo de viver diante da situação de sofrimento e dor vivenciada pela fibromialgia, relacionando-a a uma autoridade (Deus). *Quando estou mal, com problema, rezo, converso com Deus, e me sinto bem* (P15). *Rezo e peço a Deus que me oriente como agir quando sinto dor* (P20). *Deus me auxilia a suportar a dor* (P34).

As crenças tipo B positivas representam autoconceitos positivos sobre o que somos capazes, e despertam nessas mulheres uma esperança e busca pela melhora de sua saúde. O campo da fé pessoal oferece bom recurso de ajuda para amenizar e enfrentar o sofrimento<sup>(16)</sup>, o que pode contribuir no alívio de emoções negativas que acompanham a fibromialgia.

### **Crenças de autoridade para o enfrentamento da dor**

Os relatos das entrevistadas permitiram a identificação de figuras de autoridade, quem elas consideram

confiáveis para pedir ajuda ou de quem gostariam de receber auxílio nos momentos mais difíceis de enfrentamento dor, com destaque importante para a figura de Deus e da família.

As crenças de autoridade (tipo C) foram identificadas nos relatos das entrevistadas sobre o enfrentamento da dor. Estas crenças se referem àquelas que possuímos sobre em quem confiar ou não enquanto autoridades em determinados assuntos. Elas são menos centrais do que as crenças primitivas e mais fáceis de mudar<sup>(1)</sup>.

A figura de autoridade mais referida neste estudo foi a de Deus. Elas referiram a forte importância da percepção de Deus como uma autoridade em suas vidas. *Vida sem Deus não é nada* (P29). *Deus me auxilia no enfrentamento da dor, Deus me ajuda* (P7). ... *a força de Deus, a presença dele me acode* (P35).

Também foram encontradas crenças negativas de que a dor poderia resultar da vontade de Deus, ou de que só ele pode ajudar, o que pode despertar sentimentos de solidão e descredibilidade nas pessoas de seu convívio. *Tenho medo que as dores sejam um castigo de Deus* (P41). *Só existe Deus, temos que pedir as coisas a ele* (P1).

Dentre as mulheres entrevistadas 35,7% (15) caracterizaram as pessoas em cruéis ou não dignas de confiança. Tal crença contribui para reforçar o isolamento frequentemente adotado por pessoas com fibromialgia, que muitas vezes se sentem incompreendidas e desacreditadas com relação aos seus sintomas.

Outra autoridade importante destacada por 47,6% (20) das mulheres foi a figura do filho. As mulheres ressaltaram a importância da família, e principalmente dos filhos, na compreensão de sua condição dolorosa e no enfrentamento da dor. *É importante ter o apoio da família, fico mal quando meu filho não acredita no que sinto* (P12). *Tenho medo que os meus filhos e meu marido não acreditem em mim, tenho medo de perder eles* (P23).

O confronto com o sofrimento diário e a convivência com a dor trazem consequências que afetam o indivíduo não apenas em sua dimensão biológica, mas também na dimensão psico-emocional, o que pode resultar na modificação da imagem que a pessoa tem de si, do mundo, dos outros, de Deus e do sentido da vida. A imagem de Deus é a que se mostra menos modificada, a

imagem dos outros é a que muda mais, seguindo-se do sentido da vida que é abalado, juntamente com a imagem do mundo<sup>(16)</sup>.

A família adquire relevância por ser o meio onde o indivíduo desenvolve primariamente a capacidade de amar e de sentir-se amado, amparado, útil e valorizado, nas diversas fases da vida<sup>(17)</sup>. Em decorrência, as crenças inferidas do meio familiar contribuem para a compreensão e expressão da dor sentida, e a necessidade do apoio familiar é percebida como um fator essencial no enfrentamento da condição dolorosa crônica da fibromialgia.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, a partir dos relatos das mulheres com fibromialgia foi possível a identificação de crenças centrais de “consenso unânime” e “consenso zero” e crenças periféricas de “autoridade”, classificadas segundo a teoria rokeacheana.

No enfrentamento da condição dolorosa crônica, as mulheres com fibromialgia desta pesquisa, encontram auxílio principalmente na religião, em suas crenças pessoais e espirituais, classificadas por Rokeach como crenças centrais, resistentes a mudanças, dificultando o alcance do trabalho do profissional de saúde. Tais crenças podem interferir na maneira que o indivíduo interpreta sua dor ou como ele a enfrenta, supondo-se que podem auxiliar na tolerância deste sintoma e contribuir para uma boa saúde mental por serem crenças constantemente fortalecidas pelas mulheres.

Os familiares foram identificados como autoridades, pessoas importantes e cuja acreditação no que sentem é de grande importância para aqueles que sofrem desta síndrome. Os cuidadores sejam o pai, a mãe, os irmãos ou indivíduos mais próximos considerados pelas mulheres desta pesquisa, também necessitam de orientação dos profissionais de saúde para que sejam envolvidos e contribuam no tratamento e alívio da dor. Este manejo deve ocorrer de forma co-participativa entre familiares e profissionais, contribuindo para a tolerância e enfrentamento dos sintomas.

Esta classificação permitiu visualizar crenças mais propícias a mudanças, como a crença de autoridade, inci-

tando o profissional de saúde a orientar também o familiar sobre a fibromialgia e sua importância na participação do tratamento.

Os resultados desta pesquisa evidenciam a importância da família no cuidado do paciente, reforçando a necessidade de torná-las foco das ações de enfermagem, como também a importância de se abordar aspectos culturais que contribuem e influenciam na experiência dolorosa e na qualidade de vida, portanto, na saúde dos indivíduos.

### REFERÊNCIAS

1. Rokeach M. Crenças, atitudes e valores, uma teoria de organização e mudança. 1ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 1981.
2. Salvetti MG, Pimenta CA. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005; 2(4):202-10.
3. Pimenta CAM. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Rev Psiquiatr Clín.* 2001;28(6):288-94.
4. Sá E, Veiga C, Matela S, Morais R, Silva R, Seixas AR, et al. A dor e o sofrimento: algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Rev Portuguesa Psicossomática.* 2005;7(1/2):102-13.
5. Cavalcante AB, Sauer FJ, Chalot SD, Assumpção A, Lage IV, Matsutani LA, et al. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):40-8.
6. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(1):8-14.
7. Martinez JE, Panossian C, Gavioli F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):32-6.
8. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45(2):47-54.

9. Toniolli ACS, Leitão GCM. As posições existenciais de Eric Berne em mulheres com fibromialgia. *Rev Rene*. 2001;2(2):32-41.
10. Internacional Association for the Study of Pain. IASP pain terminology. [Internet]. [citado 2007 set 12]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
11. Kurita GP, Pimenta CA. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(2-B):416-25.
12. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
14. AmatuZZi MM. Fé e ideologia na compreensão psicológica da pessoa. *Psicol Reflex Crít*. 2003;16(3):569-75.
15. Mazza SR, Madeira LON. Fibromialgia, religiosidade e feminilidade. *Rev Bras Doenças Osteometabol*. 2007;2(1):8-12.
16. Jaspard JM. Significação religiosa do sofrimento e posição psicológica na fé. *Psicol USP*. 2004;15(3):191-212.
17. Rodrigues MSP, Sobrinho EHG, Silva RM. A família e sua importância na formação do cidadão. *Fam Saúde Desenv*. 2000;2(2):40-8.

**RECEBIDO:** 04/08/2008

**ACEITO:** 11/11/2009