

PROGRAMA DE AUTOCUIDADO FÍSICO APOIADO: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Supervised self-managed physical activity program: proposal of popular health education for fibromyalgia patients

Suélem Barros de Lorena¹, José Eudes de Lorena Sobrinho²

RESUMO

Estratégias de educação em saúde têm sido recomendadas para estimular o autocuidado dos portadores de doenças crônicas em serviços primários. Este estudo objetiva descrever o programa de autocuidado físico apoiado para pacientes com fibromialgia na atenção primária à saúde, fruto da realização de um ensaio clínico randomizado, monocego, comparado a um grupo controle que foi apenas monitorado por consultas clínicas reumatológicas, sem intervenção física. Observou-se que houve melhora significativa da dor, fadiga, rigidez matinal, qualidade de vida e flexibilidade nos participantes, além da redução da automedicação. A metodologia participativa valorizou o conhecimento prévio e limites físicos dos participantes, que foram, em todos os encontros, protagonistas do processo de aprendizagem. O profissional de saúde, facilitador das experiências, auxiliou na integração entre o educar e o cuidar e contribuiu, de maneira progressiva, na formação dos sujeitos, tornando-os mais independentes e corresponsáveis pela melhoria da sua qualidade de vida. Sugere-se a inclusão deste programa como modalidade educativa no acompanhamento de pacientes na atenção primária à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Fibromialgia; Educação em Saúde; Autocuidado.

ABSTRACT

Health education strategies have been recommended to stimulate self-care of patients with chronic diseases in primary care. This study aims to describe the physical self-care program supported for fibromyalgia patients in primary health care fruit conducting a randomized, single-blind, compared to a control group that was only monitored by rheumatic clinic visits without physical intervention. It was observed that there was significant improvement in pain, fatigue, morning stiffness, quality of life and flexibility in participants, besides the reduction of self-medication. The participatory methodology valued prior knowledge and physical limits of the participants who were in all the meetings, protagonists of the learning process. The health care provider, facilitator of experiences, helped the integration between education and the care and contributed progressively in the formation of the subjects, making them more independent and share responsibility for improving their quality of life. The inclusion of this program as an educational modality in the management of patients in primary health care is suggested.

KEYWORDS: Fibromyalgia; Health Education; Self Care.

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica que vem ocorrendo nos países em desenvolvimento indica um crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT),¹ as quais são definidas como condições persistentes na vida

das pessoas, que se iniciam e evoluem lentamente, apresentam múltiplas causas variáveis ao longo do tempo e, muitas vezes, geram um ciclo vicioso de sintomas, levando à perda da capacidade funcional.² Exigem a adoção de estratégias globais de abordagem interdisciplinar como tratamento, com intervenções nos âmbitos físico, farma-

¹ Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Traumato-ortopédica e Saúde Pública. Mestra em Ciências da Saúde. Doutoranda em Saúde Pública. E-mail: suelembarros@hotmail.com.

² Cirurgião-dentista. Especialista em Educação na Saúde. Mestre em Saúde Coletiva. Doutor em Saúde Pública.

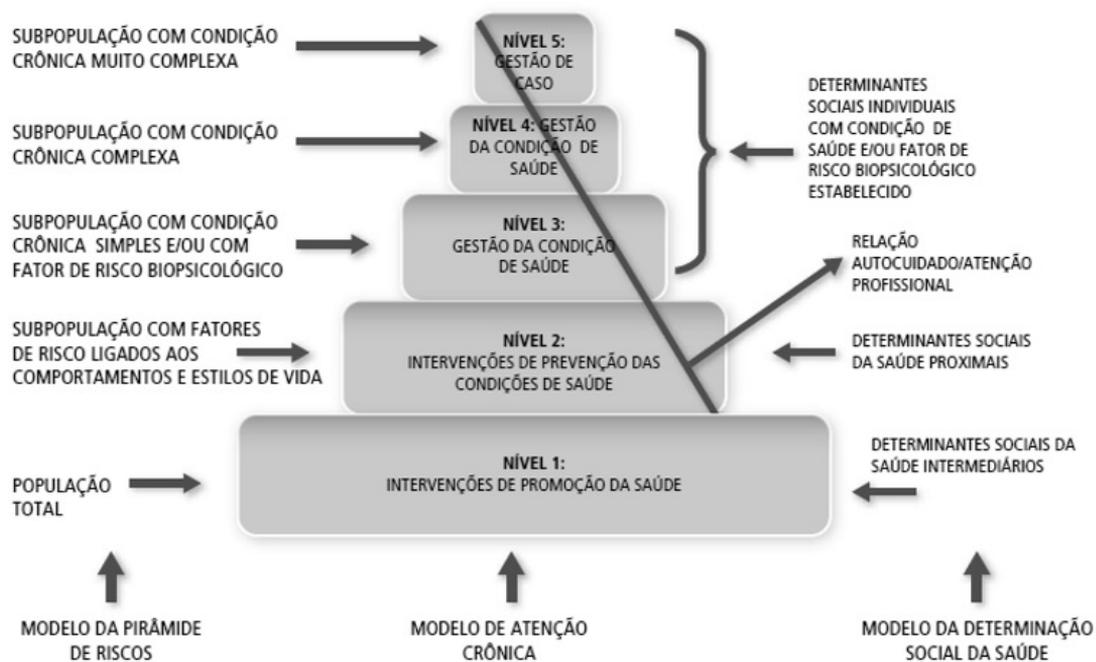
cológico, cognitivo-comportamental e educacional.³

As DCNT contribuem para elevar os índices de morbidades nas estatísticas nacionais e determinam um aumento no volume de gastos pela previdência, repercutindo socialmente por atingir pessoas em idade produtiva. As doenças osteomusculares e as do aparelho circulatório, enquadradas nesse grupo, segundo a classificação internacional de doenças (CID-10), já foram eleitas as principais causas para concessão de auxílio-doença no município de

Recife-PE.⁴

Essas circunstâncias socioeconômicas exigiram a reconfiguração do sistema nacional de saúde para superar a descontinuidade dos cuidados e a fragmentação da atenção à saúde.⁵ Para atender esta demanda, foi proposto um modelo de atenção às condições crônicas (MACC)² a ser adotado no âmbito do sistema único de saúde (SUS), o qual pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: extraído de Mendes (2012).

O MACC deve ser lido em três colunas: à esquerda, encontra-se a subdivisão das populações por grupos de risco; ao centro, estão os níveis de intervenção; à direita, estão os determinantes sociais que exercem influência sobre a condição de saúde do sujeito, classificados em individuais (idade, sexo e herança genética), proximais (estilo de vida) e intermediários (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação). A linha transversal que corta o MACC corresponde à forma de atenção à saúde dos usuários, ou seja, a relação entre ações de autocuidado e de atenção profissional.²

Considerando que pacientes portadores de múltiplos diagnósticos e queixas confusas costumam ter suas ne-

cessidades atendidas em serviços primários de saúde,⁶ a adoção de estratégias de educação em saúde voltadas para promoção do autocuidado pode ser empregada para uma porcentagem significativa de pacientes crônicos, em especial portadores de fibromialgia (FM).

A FM compõe o grupo de doenças osteomusculares, segundo CID-10, sendo definida como uma síndrome reumatológica de etiologia desconhecida, que ocorre predominantemente em mulheres na faixa etária de 30-55 anos.⁷ É caracterizada por dor musculoesquelética crônica e generalizada com duração maior que três meses, podendo estar associada à fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, transtornos do humor, problemas de equilíbrio, sensação subjetiva de edema, parestesias, cefaleia, síndrome do cólon irritável, fenômeno de Raynaud,

assim como depressão, síndrome do pânico e ansiedade.⁸⁻⁹

Sabendo-se que o MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais, a FM enquadra-se como doença de baixo/médio risco, condição crônica simples com fator de risco biopsicológico, classificada no nível 3 de intervenção, que corresponde a 70-80% de atendimentos voltados para tecnologias de autocuidado apoiado, uma vez que o paciente passa a maior parte do tempo administrando sua condição de saúde, sem a presença de um profissional.²

Os alongamentos ativos, ou seja, realizados pelo próprio paciente, são um exemplo de abordagem física de fácil execução e com efeitos clinicamente relevantes que pode ser implementada à rotina diária dos indivíduos com FM, visto que a síndrome não tem cura e necessita de um controle ativo do portador da condição crônica.^{3,10}

Porém, sabe-se que mudanças comportamentais estão atreladas a dimensões cognitivas e emocionais e não ocorrem somente, a partir do fornecimento de informações educativas; consistem na decisão pessoal à adesão de novos costumes ou atividades diárias que propiciem a melhora dos sintomas e, conseqüentemente, da qualidade de vida.¹¹

A adoção de hábitos, como a prática de alongamentos, pode ser fortalecida quando iniciada por um grupo que crie relações de vínculo e interaja, sob a supervisão de um profissional de saúde dito apoiador, no sentido de alcançar um objetivo comum. Tal intervenção é intitulada autocuidado apoiado.^{2, 12-13}

Na atenção primária à saúde, o manejo com ênfase na “proximidade com as pessoas” deve proporcionar a melhoria da qualidade global da vida e de seu funcionamento.⁶ Solidariedade, humanização, respeito às diversidades e correponsabilidade são alguns dos valores fundantes da política nacional de promoção da saúde que devem ser empregados no desenvolvimento das estratégias de educação em saúde.¹⁴

Partindo-se da concepção de que o método da educação popular proposto por Paulo Freire se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares,¹⁵ cabe identificar as potencialidades e desenvolver capacidades nos usuários dos serviços primários de saúde para que estes realizem escolhas conscientes sobre suas ações e trajetórias.

A atenção primária à saúde é o nível de atenção de maior contato com as populações, que são atendidas como sujeitos sociais e emocionais, portadores de doenças e/ou riscos. Ao ser intitulada como a porta de entrada dos sistemas de saúde organizados, deve filtrar a demanda assistencial para os serviços de maior complexidade e prezar pelo cumprimento dos princípios básicos do SUS: universalidade, integralidade, equidade e hierarquização, sendo a educação em saúde uma das estratégias eleitas

para tais fins.^{14, 16}

Nessa perspectiva, este estudo objetiva descrever o programa de autocuidado físico apoiado como estratégia para a promoção do autocuidado de pacientes com FM na atenção primária à saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se da apresentação de uma proposta de educação popular em saúde para pacientes com FM, fruto da realização de um ensaio clínico randomizado, monocego, de um programa de autocuidado físico apoiado para pacientes com FM comparado a um grupo controle, que foi apenas monitorado por consultas clínicas reumatológicas, sem intervenção física. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, envolvendo seres humanos do centro de ciências da saúde da Universidade Federal de Pernambuco, registrado sob o CAAE 00701512.7.0000.5208.

Participaram do estudo 45 mulheres selecionadas em ambulatório especializado do serviço de reumatologia de um hospital público universitário da cidade do Recife, a partir de critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para garantia de homogeneidade entre as participantes. O número amostral foi obtido, a partir do cálculo do tamanho mínimo da amostra; as pacientes foram randomizadas por *software* estatístico e igualmente distribuídas nos dois grupos supracitados. Todas as participantes foram convidadas a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

O programa de autocuidado físico apoiado objetivou, essencialmente, orientar cuidados posturais e exercícios de alongamento ativo, a serem realizados em domicílio. Uma fisioterapeuta foi a responsável pela condução do programa nos dois grupos de intervenção, que teve duração de dez semanas, havendo avaliações cegas, antes e após o período de intervenção.

Por meio do questionário de impacto da fibromialgia (FIQ), foi possível avaliar a qualidade de vida das participantes e aspectos sintomatológicos, por exemplo, fadiga e rigidez matinal. A escala visual analógica da dor (EVA) foi utilizada para mensurar o nível de dor relatada pelas pacientes, enquanto o teste sentar e alcançar (TSA) foi o exame físico adotado para avaliar a flexibilidade corporal. O número de comprimidos analgésicos ingeridos pelas participantes foi mensurado através do registro diário, realizado individualmente, no diário de analgésicos, instrumento elaborado especificamente para esta pesquisa.

Os dados foram tabulados em planilha Excel para *Windows* e analisados por meio do programa SPSS 17.0 e comparados através do teste t de Student, Mann-Whitney e teste de Wilcoxon, sendo considerado o intervalo de

confiança de 95%. Para a adesão à normalidade, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk.

O protocolo de realização do programa, bem como os resultados da experiência vivenciada, encontram-se detalhadamente descritos a seguir.

RESULTADOS

O programa de autocuidado físico apoiado teve como objetivos principais: promover o conhecimento da síndrome, orientar técnicas de autoalongamento e direcionar mudanças posturais nas atividades cotidianas. Procurou desenvolver, essencialmente, a capacidade de autogerenciamento de problemas de saúde relacionados à FM. O programa tomou por base a conscientização e a motivação individual para mudança de comportamento, apresentada como necessidade básica para melhora da condição clínica de indivíduos portadores de doenças crônicas.

Este programa consistiu de encontros semanais com duração de uma hora e 30 minutos, durante 10 semanas, sendo formados dois grupos fixos de aproximadamente 10 indivíduos e tolerância para, no máximo, 20% de faltas não consecutivas. Houve reposição de faltas nos dias subsequentes para garantir a continuidade do tratamento.

Inspirados na dimensão freireana das práticas pedagógicas, em que se admite que “uma prática educativa só pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos, buscando-se um círculo de cultura”,¹⁷ os encontros sempre foram iniciados com rodas de conversa, com o intuito de trocar experiências e sanar dúvidas referentes à reunião anterior. A disposição das cadeiras em sala foi realizada em círculo, simbolizando a igualdade entre os participantes. Houve momentos em que o solo pôde fazer parte do campo de prática, tendo colchonetes para auxiliar e promover conforto.

No decorrer dos encontros, os participantes receberam panfletos contendo os exercícios aprendidos, para que pudessem dar continuidade ao tratamento no âmbito domiciliar, e cartilhas com orientações posturais para a realização das atividades de vida diária, para evitar a exacerbação dos sintomas. O material educativo utilizado foi autoexplicativo com bastantes ilustrações e apresentando uma linguagem acessível para a população.

As atividades domiciliares foram acompanhadas, por meio de diários semanais, construídos para registro das pacientes, em que cada uma anotava que orientações eram seguidas, sendo possível o acompanhamento da adesão ao programa por parte dos profissionais envolvidos. Aulas projetadas, quadro branco, demonstrações práticas, ginca e dinâmicas de grupo foram empregados como recursos didáticos.

O fisioterapeuta foi o profissional mais indicado para ser responsável pelo programa, sendo nomeado como facilitador. O programa de autocuidado físico apoiado, construído para as pacientes com FM, que fizeram parte do ensaio clínico randomizado, que foi desenvolvido, trouxe para as voluntárias 36 dicas de postura e 46 exercícios de autoalongamento, sendo 11 direcionados para a coluna vertebral, 16 para os membros inferiores, 10 para os membros superiores e 9 para ganho de mobilidade e flexibilidade corporal. Inicialmente, os alongamentos foram trabalhados em 3 séries de 30 segundos de manutenção do posicionamento, evoluindo, posteriormente, para 45 segundos e 1 minuto, tempo este descrito como ideal para alcance dos benefícios da técnica.¹⁸⁻¹⁹

Foram apresentadas, também, práticas que promovem conscientização e/ou liberação do tecido miofascial, o que potencializa os efeitos benéficos do alongamento.¹⁹ Dentre as técnicas preparatórias para a realização do alongamento, foram trazidas: respiração diafragmática, relaxamento muscular ativo, automassagem e compressa quente.

Os conteúdos previstos foram distribuídos ao longo de 10 semanas, de maneira progressiva, para fins didáticos e garantia de preparação física dos participantes. É válido ressaltar a necessidade de objetivos de trabalho, não só para os momentos de encontro, mas, também, para os demais dias da semana destinados para cuidados domiciliares.

No programa de autocuidado físico realizado, o trabalho foi desenvolvido em três etapas: I – Informação e preparação física (1º-3º encontros); II – ganho de flexibilidade e tratamento de áreas corporais específicas (4º-7º encontros); III – promoção da independência no gerenciamento de sintomas através da integração do conhecimento construído (8º-10º encontros). Os temas e respectivos objetivos específicos de trabalho foram distribuídos conforme apresentação no quadro 1.

Foram objetivos comuns aos encontros: motivar a adesão ao programa e à mudança de comportamento, destacando a importância do autocuidado físico no tratamento da FM; realizar as adaptações necessárias às atividades físicas propostas para que o tratamento pudesse ser individualizado; ensinar dicas de postura e sua aplicabilidade, reforçando a necessidade de adoção de posturas corretas nas atividades cotidianas; explicar a importância da manutenção de boa flexibilidade corporal, através da adoção de alongamentos diários no tratamento da FM; desenvolver nas pacientes a capacidade individual de construção de um protocolo semanal de alongamentos.

Ao final do programa de autocuidado físico apoiado, cada participante teve em mãos um kit do autocuidado, construído no decorrer das 10 semanas, composto por:

bolsa ecobag, pasta, caneta esferográfica, lápis com borracha, caderneta, cd com músicas de relaxamento, bola de

cravos, bola de tênis, flutuador de piscina, faixa crepe, 10 panfletos e cartilha com dicas de postura.

Quadro 1 - Descrição dos temas desenvolvidos e seus objetivos específicos de acordo com os encontros semanais propostos pelo programa de autocuidado físico apoiado

Dia	Tema	Objetivos Específicos
1º	Importância do autocuidado no tratamento da FM: a descoberta da motivação individual a partir de uma prática de grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a proposta e promover o reconhecimento enquanto grupo, destacando o papel individual de cada integrante; - explicar conhecimentos teóricos a respeito da FM e suas principais características.
2º	Incentivo ao uso de técnicas de relaxamento e respiração diafragmática para alívio de sintomas e percepção corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar e desenvolver a aptidão para realizar técnicas de relaxamento e respiração diafragmática; - desenvolver a capacidade de percepção corporal a partir do profundo relaxamento.
3º	Compressa quente e massagem terapêutica: recursos para tratamento de regiões corporais específicas	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a compreensão do significado de tensão muscular e a importância do seu tratamento, através do reconhecimento da compressa quente e da automassagem como recursos para alívio de sintomas dolorosos; - ensinar e desenvolver a aptidão para correta aplicação da compressa quente e da automassagem com as mãos, bola de cravos, bola de tênis e espaguete.
4º	Alongamentos matinais: um despertar ativo e livre de sintomas dolorosos	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar a rigidez matinal presente na FM, oferecendo as mobilizações ativas e os alongamentos de curta duração como alternativas para alívio dos sintomas; - conceituar alongamento e explicar sua importância no tratamento da FM; - ensinar sequência de alongamentos de curta duração que podem ser introduzidos à rotina diária matinal.
5º	Coluna vertebral: como cuidar?	<ul style="list-style-type: none"> - Conceituar anatomicamente a coluna vertebral, colocando-a como base estrutural da postura humana; - ensinar opções de alongamentos para coluna.
6º	Membros inferiores: como cuidar?	<ul style="list-style-type: none"> - Conceituar anatomicamente os membros inferiores, colocando-os, junto com a coluna, em posição de destaque para avaliação da flexibilidade corporal; - ensinar opções de alongamentos para os membros inferiores.
7º	Membros superiores: como cuidar?	<ul style="list-style-type: none"> - Conceituar anatomicamente os membros superiores, destacando-os como instrumentos de realização de atividades de vida diária e profissional; - ensinar opções de alongamentos para os membros superiores.
8º	Construção individual de programa terapêutico de alongamentos diários	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar o conhecimento adquirido nos encontros anteriores através da construção individual de um protocolo de alongamentos para ser empregado na rotina diária.
9º	Alongamentos globais como forma de desenvolvimento e manutenção da qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os alongamentos globais como forma de atividade física e não apenas tratamento; - ensinar técnicas de alongamentos globais para manutenção de bons níveis de flexibilidade.

Dia	Tema	Objetivos Específicos
10º	O autocuidado continua	- Discutir em grupo os pontos positivos e negativos do programa; - despertar a motivação para continuar com as atividades, a partir da retrospectiva da condição inicial.

Fonte: dados da pesquisa.

Observou-se que as pacientes aderiram bem à proposta, havendo perda amostral de apenas 11%, o que corresponde a um valor inferior ao previsto pelo CONSORT (2010). Através do FIQ, da EVA e do TSA, instrumentos validados escolhidos para avaliação das participantes da pesquisa, observou-se que houve melhora significativa da dor ($p=0,004$), fadiga ($p=0,006$), rigidez matinal ($p=0,037$), qualidade de vida ($p=0,001$) e flexibilidade ($p=0,001$) em pacientes com FM. Por meio do diário de analgésicos elaborado para pesquisa, foi possível mensurar que o grupo experimental reduziu, de maneira estatisticamente significativa, o índice de automedicação, quando comparado ao grupo controle ($p=0,046$).

As participantes puderam, ainda, se fortalecer enquanto grupo, relatando que a superação dos obstáculos provenientes da sintomatologia tornou-se mais fácil pelo apoio coletivo que foi construído. Os resultados individuais foram satisfatórios e a equipe de profissionais envolvidos pode adotar essa estratégia de educação em saúde como prática do serviço especializado em reumatologia do hospital universitário em questão, para que mais pessoas pudessem ser beneficiadas com o recurso.

DISCUSSÃO

A teoria do autocuidado de Orem²⁰ retrata que pessoas portadoras de doenças crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde, havendo, portanto, a necessidade de despertar a motivação do indivíduo para a tomada de atitudes positivas diante do quadro clínico, responsabilizando-o pelo sucesso parcial da terapia, programação de alta terapêutica e manutenção do seu bem estar.²¹

mentamento para problemas decorrentes de outras doenças osteomusculares, grupo que integra as queixas mais comuns na atenção primária à saúde. Preconiza-se que os indivíduos devem ser acolhidos e tratados, principalmente, com orientação postural para as principais atividades de vida diária e o incentivo à participação em grupos de atividades físicas ou grupos de práticas integrativas que visam o fortalecimento da coluna, alongamento e/ou relaxamento.²⁸

A educação em saúde é considerada um pilar importante no tratamento de pacientes com dor musculoesquelética crônica. Condutas como orientações sobre as atividades diárias, estímulo à redução de peso, correção de postura e controle de estresse são fatores importantes no tratamento não-farmacológico.²²

Estudo conduzido em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre sobre os efeitos da participação dos usuários em um “Grupo de Coluna” para melhoria de dores musculoesqueléticas, constatou que houve diminuição da intensidade da dor, melhora da funcionalidade e qualidade de vida.²⁹ Orientações voltadas para tratamento e prevenção das algias da coluna são aplicadas nacionalmente e internacionalmente, desde a criação da “Escola de Coluna” ou “Back School”, em 1969, trazendo melhora significativa para os pacientes e, principalmente, estimulando a adoção de novos hábitos de vida.³⁰⁻³²

Quanto à relevância da técnica de intervenção escolhida, pode-se dizer que os efeitos positivos dos exercícios físicos para tratamento de pacientes com FM são amplamente divulgados na literatura científica,²³⁻²⁴ incentivando-se, inclusive, a prática de terapias complementares e alternativas para manutenção e melhora da qualidade de vida desses indivíduos.²⁵⁻²⁶ Autoalongamentos associados a técnicas ativo-assistidas, como as automassagens e compressas quentes aplicadas neste programa, promovem o deslizamento miofascial e são descritos como eficazes para tratamento dessa população.²⁷

Atualmente, podem-se localizar *sites* informativos, provenientes de universidades nacionais ou sociedades profissionais, que pregam a respeito de doenças reumatológicas. Porém, ainda é escassa a produção científica a respeito da real eficácia da abordagem educativa e os efeitos que ela pode proporcionar para os pacientes, não só a longo prazo, mas, de maneira isolada, na promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.

Condutas similares também são apontadas como trata-

Talvez o mais difícil seja comprovar a eficácia da prevenção primária, principalmente porque o ajuste de

fatores comportamentais é complexo. Exige-se um compromisso sustentado ao longo do tempo e, muitas vezes, as escolhas individuais são limitadas pelo ambiente, por exemplo, a disponibilidade de alimentos frescos ou de locais para realizar atividades físicas. No entanto, há evidências de que o contato regular com uma unidade básica de saúde pode ser associado com um aumento do compromisso dos indivíduos na adesão a planos de mudança de comportamento.³³

A automedicação, um dos parâmetros avaliados pela aplicação do programa de autocuidado físico apoiado, é apontada como prática de cuidado em relação à dor por usuários do sistema único de saúde e até mesmo por universitários de cursos de graduação em saúde,³⁴⁻³⁵ confirmando a atual hegemonia de um modelo de saúde que enfatiza apenas o diagnóstico e a cura de doenças, sobretudo as de características agudas, em detrimento a um modelo de saúde voltado para não medicalização da sociedade e empoderamento dos sujeitos.³⁶

A atenção primária à saúde conduz essa empreitada de melhorar a saúde da população, prevenindo doenças e/ou reduzindo a gravidade dos problemas de saúde e suas complicações, através de atividades de promoção, prevenção de lesões, diagnóstico e tratamento precoce, gestão apropriada de doenças e acompanhamento adequado dos casos, utilizando a educação em saúde como estratégia base para alcançar tais objetivos.³³

Esta é uma das linhas de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) criados em 2008, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de ampliar o escopo e a atuação da Estratégia Saúde da Família. Diversos profissionais da saúde compõem as equipes do Nasf para proporcionar, dentre outras ações, a reabilitação, o estímulo às práticas corporais e atividades físicas.³⁷

Um dos desafios para que sejam desenvolvidas estratégias de educação em saúde reside no perfil profissional do pessoal que atua nos serviços primários de saúde, pois estes precisam potencializar capacidades como o trabalho em equipe e a incorporação de novas tecnologias nas rotinas de trabalho e na relação com os pacientes.³⁸

CONCLUSÃO

O programa de autocuidado físico apoiado mostrou-se como espaço de reflexão e debate sobre a adoção de hábitos físicos saudáveis, sendo considerado uma modalidade educativa adequada para o acompanhamento de pacientes com FM na atenção primária à saúde. A metodologia participativa valorizou o conhecimento prévio e limites físicos das participantes, que foram, em todos os encontros, protagonistas do processo de aprendizagem. O

profissional de saúde, facilitador das experiências, auxiliou na integração entre o educar e o cuidar e contribuiu de maneira progressiva na formação dos sujeitos, tornando-os mais independentes e corresponsáveis pela melhoria da sua qualidade de vida.

Assim, sugere-se maior incentivo à implementação de políticas educacionais como formas alternativas e/ou complementares de tratamento da FM, em decorrência da cronicidade do quadro clínico e à notória dificuldade do acesso à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Tais políticas, entretanto, devem ser monitoradas por profissionais, com o intuito de oferecer suporte às dificuldades apresentadas no processo de mudança de comportamento e realizar, junto com o paciente, as adaptações necessárias para que o programa de intervenção torne-se individualizado e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS; 2015. 128p.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
3. Lorena SB, Lima MCC, Ranzolin A, Duarte ALBP. Efeitos dos exercícios de alongamento muscular no tratamento da fibromialgia: uma revisão sistemática. Rev Bras Reumatol. 2015; 55(2):167-73.
4. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciênc. Saúde Coletiva 2007; 12(6):1661-72.
5. Cecílio LCO. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2893-2902.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 717p.
7. Marques AP, Assumpção A, Matsutani LA. Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole; 2007. 160p.
8. Smith HS, Harris R, Clauw D. Fibromyalgia: an afferent

processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician*, 2011 mar./abr.; 14(2):217-45.

9. Wolfe F et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*. 2010 maio; 62(5):600-10.

10. Marues PA et al. Exercícios de alongamento ativo em pacientes com fibromialgia: efeito nos sintomas e na qualidade de vida. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2007 set./dez.; 14(3):18-24.

11. Thieme K, Turk DC. Cognitive-behavioral and operant-behavioral therapy for people with fibromyalgia. *Reumatism*. 2012; 64(4):275-85.

12. Bastos I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo informação*. 2010; 14(14):160-9.

13. Curitiba. Autocuidado Apoiado: Manual do profissional de Saúde. Ana Maria Cavalcanti AM, Oliveira ACL (org.). – Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2012. 92p.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.446 de 11 de novembro de 2014 – redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 13 novembro 2014; N. 1, Sec. 1, p. 68-70.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da saúde; 2007. 158p.

16. Roman AC. Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da estratégia saúde da família [tese]. São Paulo: Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009. 121p.

17. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. 150p.

18. Achour Jr A. Flexibilidade e alongamento: saúde e bem-estar. São Paulo: Manole; 2004. 364p.

19. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole; 2009. 841p.

20. Orem DE. Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill, 1980. Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.

21. Souza JB, Bourgault P, Charest J, Marchand S. Escola Inter-relacional de Fibromialgia: aprendendo a lidar com a dor – estudo clínico randomizado. *Rev Bras Reumatol*. 2008; 48(4):218-25.

22. Camargo Neto AA et al. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev Bras Clin Med. São Paulo*. 2010 set./out.; 8(5):428-33.

23. Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Peloso PM. Exercise for Fibromyalgia: A Systematic Review. *J Rheumatol*. 2008; 35(6):1130-44.

24. Busch AJ, Webber SC, Brachaniec M, Bidonde J, Danyliw AD, Overend TJ, et al. Exercise Therapy for Fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2011; 15:358–67.

25. Ablin J, Fitzcharles M, Buskila D, Shir Y, Sommer C, Häuser W. Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 485272.

26. Langhorst J, Häuser W, Bernardy K, Lucius H, Settan M, Winkelmann A, et al. Complementary and alternative therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. *Schmerz*. 2012; 26:311–17.

27. Valencia M, Alonso B, Alvarez MJ, Barrientos MJ, Ayán C, Martín Sánchez V. Effects of 2 physiotherapy programs on pain perception, muscular flexibility and illness impact in women with fibromyalgia: a pilot study. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009; 32(1):84-92.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea – queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, *Cadernos de Atenção Básica*. 2013; II(28).

29. Borges RG et al. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – Brasil. *Motriz*. 2011 out./dez.; 17(4):719-27.

30. Andrade SC, Araújo AGR, Vilar MJP. “Escola de Coluna”: uma revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. *Rev Bras Reumatol*. 2005; 45(4):224-8.

31. Caraviello EZ, Wasserstein S, Chamlian TR, Masiero

D. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. *Acta Fisiatr.* 2005; 12(1):11-4.

32. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortop Bras.* 2010; 18(3):127-31.

33. Macinko J, Dourado I, Guanais FC. Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2011. 33p.

34. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(1):90-6.

35. Martinez JE, Pereira GAF, Ribeiro LGM, Nunes R, Ilias D, Navarro LGM. Estudo da automedicação para dor musculoesquelética entre estudantes dos cursos de enfermagem e medicina da Pontifícia Universidade Católica - São Paulo. *Rev Bras Reumatol.* 2014; 54(2):90-4.

36. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da saúde. *Cadernos de Atenção Básica.* 2009; 27.

38. Goulart FAA. Doenças crônicas não-transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2011.

Submissão: junho de 2015

Aprovação: setembro de 2015
