



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE

NEIDE SCALDAFERRI SAMPAIO COSTA

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM
FIBROMIALGIA – UM ESTUDO OBSERVACIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvado-BA
2023

NEIDE SCALDAFERRI SAMPAIO COSTA

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM
FIBROMIALGIA – UM ESTUDO OBSERVACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Almeida

Salvador - BA

2023

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

C867 Costa, Neide Scaldaferrri Sampaio

Relação médico-paciente e qualidade de vida em mulheres com fibromialgia – um estudo observacional. /. Neide Scaldaferrri Sampaio Costa – 2023.
62f.: 30cm.

Orientador: Prof.º Dr. Marcos Almeida

Mestre em Tecnologias em Saúde

Inclui bibliografia

1. Fibromialgia. 2. Mulher. 3. Relação médico-paciente. 4. Qualidade de vida.
I. Almeida, Marcos. II. Relação médico-paciente e qualidade de vida em mulheres com fibromialgia – um estudo observacional.

CDU: 616.72

NEIDE SCALDAFERRI SAMPAIO COSTA

“IMPACTO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM FIBROMIALGIA”

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 16 de junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Thessika Hiaila Almeida Araújo
Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS

Prof.^a Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro
Doutora em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS

Prof.^a Dra. Cristiane Maria Carvalho Costa Dias
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde

PúblicaCOT – Hospital COT

Clínica Salva’Dor – Clínica da Dor

Aos profissionais de saúde que dedicam suas vidas a compreenderem o sofrimento dos seus pacientes.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e aos professores que transformaram o meu propósito como profissional de saúde, em um trabalho científico.

Aos pacientes da Clínica da Dor, todo o meu respeito e gratidão por terem compartilhado suas dores e sofrimento, oportunizando o desenvolvimento desta dissertação e por me proporcionarem um grande enriquecimento como ser humano e como médica.

À diretora médica da Clínica SALVA'dor Cristiane Leony, a José Fonseca Fróes Neto e à Juliana Scaldaferri Sampaio Costa que colaboram com essa pesquisa.

RESUMO

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome clínica caracterizada por dores crônicas generalizadas do tipo miofascial e hipersensibilidade geral, com pontos dolorosos difusos na ausência de afecções específicas, associada à fadiga, anormalidades do sono, queixas cognitivas e alterações do humor, que têm importante impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas. Trata-se de uma condição clínica multicausal com prevalência mundial de 1,5 a 4,4%, com proporção de nove mulheres para cada homem, e representa 40% dos atendimentos realizados em Clínicas de Dor. O tratamento é multidisciplinar incluindo diversas modalidades terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Embora com tratamento disponível, cerca de 50% dos pacientes acometidos podem persistir com sintomas clínicos por até quinze anos, e entre os fatores de pior prognóstico estão o humor depressivo, grau de comprometimento global, maior número de pontos dolorosos e intensidade da dor. Portanto, uma relação médico-paciente baseada em empatia, entendimento mútuo, responsabilidades compartilhadas e aliança terapêutica podem resultar em uma melhor adesão ao tratamento e mudança geral de comportamento, visando bem-estar e saúde. Desse modo, a relação médico-paciente precisa ser melhor avaliada nas pessoas com fibromialgia, assim como, a qualidade de vida deve ser estudada de uma forma mais ampla nesses pacientes. Adicionalmente foi elaborado um Guia de Relação médico-paciente direcionado para o atendimento dessa população em clínicas especializadas. Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com mulheres com fibromialgia em acompanhamento em clínicas de dor, no qual foram aplicados questionários para avaliação da relação médico-paciente e qualidade de vida. Os resultados demonstraram uma correlação entre o *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ) e a qualidade de vida baseada nos escores de todos os domínios do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref), sendo que os domínios do Meio Ambiente apresentou correlação positiva, com as questões 1 (R 0,28), 2 (R 0,23), 5 (R 0,32), 7 (R 0,25), 9 (R 0,31), 11 (R 0,29), 12 (R 0,29), 13 (R 0,31) e 15 (R 0,23) e Psicológico com as questões 9 (R 0,23), 13 (R 0,22) e 14 (R 0,26) quando associados aos escores do PDRQ. Portanto, os aspectos físicos, emocionais, das relações interpessoais e ambientais prejudicados pela doença foram influenciados de forma positiva na medida em que as pacientes se sentiram acolhidas, confiantes e satisfeitas com o seu médico assistente.

Palavras-chave: Fibromialgia; Mulher; Relação médico-paciente, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Fibromyalgia Syndrome (FMS) is a chronic painful condition characterized by generalized myofascial pain and general hypersensitivity, with diffuse tender points in the absence of specific conditions, associated with fatigue, sleep abnormalities, cognitive complaints and mood changes, which have important impact on the quality of life of affected people. It is a multi-causal clinical condition with a worldwide prevalence of 1.5 to 4.4%, with a proportion of nine women for every man, and represents 40% of consultations performed in Pain Clinics. Treatment is multidisciplinary, including several pharmacological and non-pharmacological therapeutic modalities. Although treatment is available, approximately 50% of affected patients may persist with clinical symptoms for up to fifteen years, and among the worst prognostic factors are depressive mood, degree of global impairment, greater number of tender points and pain intensity. Therefore, a doctor-patient relationship based on empathy, mutual understanding, shared responsibilities and therapeutic alliance can result in better adherence to treatment and general behavior change, aiming at well-being and health. Thus, the doctor-patient relationship needs to be evaluated to measure possible impacts on quality of life, in a broader sense, in people with fibromyalgia. This work aims to evaluate the impact of the doctor-patient relationship on the quality of life of women with Fibromyalgia undergoing treatment at Clínica da Dor. This is a cross-sectional study carried out with patients being followed up at pain clinics, in which questionnaires were applied to assess the doctor-patient relationship and quality of life. The results showed a correlation between the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ) and quality of life based on the scores of all domains of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), with the Environment domains presenting a significantly positive correlation statistics with questions 1 (R 0.28), 2 (R 0.23), 5 (R 0.32), 7 (R 0.25), 9 (R 0.31), 11 (R 0.29), 12 (R 0.29), 13 (R 0.31) and 15 (R 0.23) and Psychological with questions 9 (R 0.23), 13 (R 0.22) and 14 (R 0.26) when associated with the PDRQ scores. Therefore, the physical, emotional, interpersonal and environmental aspects affected by the disease were positively impacted to the extent that patients felt welcomed, confident and satisfied with their attending physician.

Keywords: Fibromyalgia; Woman; Doctor-patient relationship, Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Análise das respostas dos questionários PDRQ e WHOQOL-bref	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas	28
Tabela 2 – Matriz de correlação PDRQ vs. WHOQOL-bref	30
Tabela 3 – PDRQ vs. Dados sociodemográficos	31
Tabela 4 – PDRQ vs. EVA.....	32

LISTA DE ABREVIATURA DAS SIGLAS

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

EVA – Escala Visual Analógica

FM - Fibromialgia

IMC – Índice de Massa Corpóreo

PDRQ-9 – Patient-Doctor Relationship Questionnaire

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Q1 – Questão um

Q2 – Questão dois

Q3 – Questão três

Q4 – Questão quatro

Q5 – Questão cinco

Q6 – Questão seis

Q7 – Questão sete

Q8 – Questão oito

Q9 – Questão nove

Q10 – Questão dez

Q11 – Questão onze

Q12 – Questão doze

Q13 – Questão treze

Q14 – Questão catorze

Q15 – Questão quinze

RMP – Relação médico-paciente

SFM – Síndrome Fibromiálgica

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

WHOQOL – World Health Organization Health Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Objetivo Geral.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1	Fibromialgia.....	14
2.2	Qualidade de vida.....	20
2.3	Relação Médico-Paciente.....	22
3	MÉTODOS.....	26
3.1	Desenho do estudo.....	26
3.2	Participantes do estudo.....	26
3.2.1	Participantes da pesquisa.....	26
3.2.2	Critérios de inclusão.....	27
3.2.3	Critérios de exclusão.....	27
3.3	Amostragem.....	27
3.4	Medidas de desfecho.....	28
3.5	Análise estatística.....	29
4	RESULTADOS.....	30
5	DISCUSSÃO.....	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
7	REFERÊNCIAS.....	40
8	ANEXOS.....	52

1 INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma condição álgica crônica caracterizada por dores generalizadas do tipo miofascial e hipersensibilidade geral, com pontos dolorosos difusos na ausência de afecções específicas, associada à fadiga, anormalidades do sono, queixas cognitivas e alterações do humor (1,2). Sakrajai et al. (2014) relatam que esses sintomas podem persistir por até 15 anos e apenas 50% dos pacientes melhoram após as intervenções terapêuticas atualmente disponíveis. Trata-se de uma condição clínica que certamente tem importantes impactos na qualidade de vida das pessoas acometidas.

A prevalência mundial da FM na população em geral varia de 1,5 a 4,4 % (4), ocorrendo em cerca de 40% dos pacientes avaliados em centros especializados em tratamento da dor (5). Há predomínio no sexo feminino na proporção de nove mulheres para cada homem (6), sendo independente da situação socioeconômica e cultural dos indivíduos (7), embora no Brasil tenha maior prevalência em pacientes com condição socioeconômica baixa (4).

A abordagem da FM deve ser multidisciplinar e consiste no emprego de tratamento farmacológico e não farmacológico. Consiste na administração de antidepressivos, analgésicos, relaxantes musculares, psicotrópicos, gabapentinóides (8), e anestésicos locais (9). Já o tratamento não farmacológico é composto de programas educativos, atividade física, Terapia Cognitivo Comportamental, Acupuntura (10). Alguns fatores associados ao pior prognóstico dos pacientes com SFM incluem humor depressivo, grau de comprometimento global, maior número de pontos dolorosos e intensidade da dor. Portanto, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) desses pacientes quase sempre está associada ao quadro clínico e pode ser afetada positivamente com a compreensão do seu sofrimento, iniciação de aprendizado para mudança geral de comportamento, visando o seu bem-estar (11).

Embora haja muitas opções de tratamento com níveis de evidência e eficácia comprovada em analgesia multimodal com terapia centrada no paciente, sabe-se que há pouca adesão dos pacientes às diversas modalidades terapêuticas. Dentre os múltiplos fatores para não adesão, deve-se incluir aqueles pertinentes à relação do paciente com o médico assistente, posto que este fator influencia diretamente o entendimento compartilhado da condição dolorosa e das expectativas da proposta terapêutica, compreensão da necessidade de uma mudança geral de comportamento visando bem-estar e saúde (12). Dessa forma, a relação médico-paciente precisa ser melhor avaliada, assim

como a qualidade de vida relacionada à saúde deve ser vista de uma forma mais ampla, nas pessoas com fibromialgia; observando as possíveis repercussões desses diversos fatores no prognóstico da doença.

Embora seja reconhecida há muito tempo, a FM, cujo fator mais importante é a dor que se repercute e modifica o estilo e a qualidade de vida dos pacientes, restringindo suas atividades, trabalho e as relações familiares e sociais, essa síndrome tem sido pesquisada, porém com pouca evidência em termos da eficácia no tratamento da dor, e especialmente no que compreende sobre a relação médico-paciente. A FM revela como critérios objetivos os pontos dolorosos e sintomas associados, porém constitui dificuldades de precisão de diagnóstico que envolvem o subjetivo através da expressão do paciente e o da interpretação médica.

Portanto, considera-se a importância da análise dessa relação no tratamento e no atendimento ao fibromiálgico, que deve ser multidisciplinar, individualizado e contar com a participação ativa do paciente. Acredita-se que uma relação médico-paciente satisfatória pode ser a chave para melhoria nos aspectos da qualidade de vida relacionada a limitações impostas pelo meio ambiente enfrentadas pelos pacientes com fibromialgia. O fato do paciente ser entendido pelo médico assistente aumenta o nível de confiança, satisfação com o tratamento, podendo contribuir com a resposta terapêutica favorável. Ou seja, em que medida a relação médico-paciente baseada em empatia, aliança terapêutica, concordância e responsabilidade mútua pode influenciar positivamente na vida de mulheres com Fibromialgia?

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação médico-paciente e a qualidade de vida em mulheres com Fibromialgia em Tratamento na Clínica da Dor.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fibromialgia

A fibromialgia é uma síndrome clínica caracterizada por dores musculoesqueléticas difusas e crônicas, com mais de três meses de evolução, além de sintomas de fadiga e rigidez, principalmente matinal, distúrbios do sono, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos (13,14). É comum a associação com outras comorbidades como depressão, ansiedade, síndrome da fadiga crônica, síndrome miofascial, síndrome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica (15).

Há uma prevalência de 0,2 a 6,6% de fibromialgia na população mundial. Entre as mulheres, cerca de 2,4 e 6,8%, considerando os locais de residência, a prevalência nas áreas urbanas está entre 0,7 e 11,4% e nas áreas rurais entre 0,1 e 5,2%, e em populações especiais valores entre 0,6 e 15% (16). No Brasil a prevalência estimada é de 2,5% na população geral, o que corresponde aos dados mundiais (6,17).

Em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) definiu como critério primordial para o diagnóstico da fibromialgia a presença de dor difusa (em ambos os hemisférios acima e abaixo da cintura) com evolução de mais de três meses consecutivos e dor à palpação com pressão de 4kgf/cm² em 11 a 18 pontos dolorosos previamente definidos, juntamente com outros sintomas de fadiga, sono não reparador, dificuldade cognitiva e outros sintomas somáticos (18).

Estudos posteriores comprovaram que a contagem do número de pontos pode estar relacionada a situações de estresse emocional, aumentando a intensidade dos sintomas dolorosos. E a presença da queixa da dor generalizada é muito mais comum em pacientes com FM em comparação com as outras afecções reumáticas que fazem parte do diagnóstico diferencial, como lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite reumatoide (AR) e osteoartrite. Portanto, a intensidade da dor difusa e a fadiga foram considerados como sintomas mais significativos do que a quantidade de pontos dolorosos detectados no exame físico (19).

Foi realizada em 2017 uma revisão sistemática, onde foram revistos os critérios diagnósticos e definidas como recomendações que em relação ao quadro clínico que o diagnóstico de FM pode ser feito sem o uso dos critérios ACR 1990. Entretanto, sua aplicação junto aos critérios de 2010 aumenta a acurácia diagnóstica, bem como os sintomas associados de distúrbios do sono, as alterações de cognição e a fadiga devem ser

considerados para o diagnóstico e na avaliação da gravidade dos casos. Além disso, é importante ressaltar que a fibromialgia não deve ser considerada um diagnóstico de exclusão, pois se trata de uma síndrome bem definida, embora com ausência de testes laboratoriais específicos, sintomas dolorosos e similares a várias patologias reumáticas, que devem ser avaliadas como diagnósticodiferencial (20–22).

O diagnóstico dessa síndrome é baseado no quadro clínico, já bem definido, e não foram encontradas evidências científicas significativas para a realização de exames complementares para confirmação diagnóstica. Embora alguns estudos mostrem uma coincidência de pontos quentes com os pontos dolorosos de fibromialgia na termografia, ainda não foi demonstrado um padrão de alteração termográfica específico que caracterize a síndrome, assim, a termografia não está indicada para confirmação diagnóstica (13,21,23,24).

A FM compromete bastante a qualidade de vida dos pacientes acometidos, devido à intensidade e diversidade dos sintomas, que muitas vezes são incapacitantes (25). A intensidade da dor difusa e a fadiga foram considerados como sintomas mais significativos do que a quantidade de pontos dolorosos detectados no exame físico (1). Os distúrbios do humor são bastante comuns, principalmente os sintomas psiquiátricos de depressão e ansiedade, que estão associados à piora da sua condição clínica, assim como a coexistência de outras patologias musculoesqueléticas, que podem gerar dor como osteoartrose, dentre outras (15).

A Fisiopatologia dessa doença envolve modelos multicausais que abrangem várias alterações ou disfunções nos mecanismos da percepção e modulação do fenômeno doloroso, que podem levar a uma elevação da resposta dolorosa ou gerar dor espontânea nesses pacientes (26). Foi encontrado grau elevado da substância P (SP) no líquido em pacientes fibromiálgicos, o que indica maior ativação das vias aferentes dolorosas. Esse neuromodulador está presente nas fibras nervosas do tipo C, não mielinizadas, responsáveis pela condução do estímulo doloroso e envolvidas no fenômeno “Wind up” de cronificação da dor, que ocorre no corno dorsal da medula espinhal (27,28).

Foram observados distúrbios relacionados ao metabolismo da serotonina, importante neurotransmissor atuante no sistema inibitório descendente da dor. Esse sistema é formado por diversas fibras que partem de estruturas do tronco encefálico para os diversos segmentos da medula, e recebem ativação constante de estímulos nociceptivos gerando uma retroalimentação negativa, e parece ser ativado por condicionamento e estado motivacional, induzindo a produção de substâncias anti-algôgenas para controle da dor.

Sabe-se que a serotonina e a noradrenalina atuam ao nível do tronco encefálico e as dinorfinas e encefalinas a nível segmentar medular diminuindo a percepção dolorosa. Foram encontrados níveis reduzidos de serotonina no líquido e no soro de pacientes fibromiálgicos, e nos receptores plaquetários e séricos, fatores esses que podem levar a uma elevação da resposta dolorosa ou gerar dor espontânea nesses pacientes (28–30).

Foi identificado um polimorfismo no gene codificador para serotonina em pacientes com FM, o que pode justificar a atividade reduzida desse neurotransmissor devido algum tipo de diferença funcional em fibromiálgicos. Existem receptores de 5HT₃ no Sistema Nervoso Central (SNC) em diversos sítios (hipocampo, amígdala, núcleo solitário, núcleo vaudatus, núcleos accubens, córtex cingulado e corno posterior da medula espinhal) e no Periférico, Sistema Nervoso Autônomo (SNA), nervos sensitivos e sistema nervoso entérico, além de várias outras células. Foi demonstrado que esse receptor modula a liberação de outros neurotransmissores e neuropeptídeos (Dopamina, colecistocinina (CCK), acetilcolina, GABA, Substância P e a Serotonina), envolvidos na transmissão sensitiva da dor, regulação de funções autonômicas e controle de ansiedade. Observou-se também aumento das citocinas pró inflamatórias (17-21, 31,32).

Além das alterações nociceptivas e de inibição da dor, foi identificada nos pacientes fibromiálgicos uma alteração global de atenção e distorção sensorial em regiões rostrais de encéfalo, levando à perversão de estímulos sensitivos, térmicos, tácteis e propioceptivos (33,34). Essas alterações podem ser responsáveis pelos sintomas de alterações do sono, transtornos ansiosos e síndromes disfuncionais associadas a ativações simpáticas, fatores esses que podem agravar sua condição dolorosa (33,35).

O tratamento da FM deve ser baseado em abordagem multidisciplinar e multiprofissional. O manejo desses pacientes deve ser focado no esclarecimento sobre a doença, na educação para cuidados com a saúde e mudanças de hábitos de vida, como alimentação saudável balanceada, programa de práticas de relaxamento e exercícios físicos aeróbicos moderados, em particular a hidroterapia, evitando esforço físico exagerado e mialgia pós- atividade física. As terapias não farmacológicas mais indicadas são a acupuntura, a psicoterapia, sendo a técnica cognitivo-comportamental com maior nível de evidência científica (36–38).

Entretanto a base do tratamento ainda continua sendo farmacológica, principalmente para os pacientes não responsivos às terapias não farmacológicas, e que possuem distúrbios de humor, alterações do sono e outras doenças associadas (36, 39, 108, 125 e 126). Os fármacos indicados são de diferentes classes e bastante variados, em função

da diversidade de mecanismos envolvidos na fisiopatologia dessa doença complexa e de etiologia ainda desconhecida. As doses são variadas e individualizadas, devem ser tituladas de acordo com a gravidade dos sintomas dolorosos, tolerância do paciente e a experiência do profissional médico, sem pretensão de cura do paciente, porquanto nenhuma das drogas indicadas nos *guidelines*, se mostrou completamente eficaz isoladamente. Podem ser associadas drogas com diferentes mecanismos de ação em doses terapêuticas menores, analgesia multimodal, para potencialização do efeito analgésico e redução de efeitos adversos (36,39).

Dentre as medicações utilizadas estão os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina), que funcionam como inibidor da recepção de endorfina e noradrenalina indicados no tratamento de dores neuropáticas e na FM nas doses de 10 a 50mg (36,40). Os anticonvulsivantes gabapentinóides (assim chamados por terem estrutura química semelhante ao GABA), agem como neuro moduladores, cujo efeito analgésico ocorre pelo bloqueio da subunidade alfa dos canais de cálcio voltagem dependentes no sistema nervoso central (SNC). A Pregabalina se mostrou mais eficaz que a Gabapentina, quando comparadas no manejo da dor crônica nociplástica. A dose sugerida de Pregabalina é de 300-450mg/dia, embora podendo ser usadas doses menores de acordo com a experiência clínica do médico assistente. O aumento da dose para 600mg, não trouxe maior controle da dor e são menos toleradas pelos efeitos adversos de tontura, sonolência, ganho de peso, edema periférico e efeitos neurocognitivos negativos. A gabapentina pode ser usada 600mg até 1.200mg/dia (41,42).

Os inibidores da recaptação de serotonina (5-HT) e noradrenalina, os duais, também estão indicados para controle dos sintomas algícos, através da sua ação mediadora nas vias inibitórias descendentes da dor, envolvidas na fisiopatologia da fibromialgia. Estudos sugerem que pacientes com FM apresentam concentração diminuída de 5-HT e seu precursor (triptofano) no soro e no Líquido Cefalorraquidiano. A serotonina influencia os distúrbios psíquicos de depressão e ansiedade que estão presentes nesses pacientes, bem como no controle no limiar da dor e no estágio 4 do sono (43). Assim, a Duloxetina (DXL) foi indicada por diversas diretrizes na dose de 30 a 60mg/dia, principalmente para pacientes com transtorno depressivo mórbido, com ou sem transtorno de ansiedade geral. Ela possui efeito cinco vezes mais potente na inibição da recaptação da serotonina do que na noradrenalina (44).

A ciclobenzaprina, um miorelaxante com ação no sistema nervoso central, na dose de 10 a 20mg/dia, também pode ser usado, porém com fraca recomendação em diversos

estudos, pois mostrou controle parcial dos sintomas dolorosos em pacientes com fibromialgia e não se mostrou efetivo na melhora da fadiga. Além disso seu uso pode ser limitado em função dos efeitos adversos (45). Em relação aos antidepressivos duais – milnacipran e venlafaxina – não há evidências suficientes para sua indicação no manejo de pacientes com Fibromialgia (46). O mesmo se dá com os inibidores da recaptação da serotonina (IRRS), fluoxetina, paroxetina, citalopram, que são indicados para tratar sintomas depressivos e ansiosos associados, mas não se mostraram eficazes no controle da dor, da fadiga e dos distúrbios do sono dos pacientes com FM (46,47).

Os analgésicos simples, dipirona e paracetamol, podem ser usados em doses terapêuticas ideais e individualizadas para cada paciente, respeitando a meia vida das substâncias (36,37). Os anti-inflamatórios (AINES) não estão indicados para o tratamento dos sintomas de fibromialgia, exceto nos casos de presença de comorbidade como a osteoartrite ou comorbidades que possuem componentes inflamatórios importantes. Assim, os AINES podem ser utilizados por tempo limitado e na menor dose possível (48,49).

O uso de opioides clássicos não está indicado devido à limitação no mecanismo de ação da droga em pacientes com FM. Esses pacientes possuem um déficit na atividade antinociceptiva descendente mediada por opioides, com aumento do nível de opioides endógenos no LCR e diminuição da disponibilidade de receptores μ -opioides centrais, que explica a ineficácia dos opioides exógenos. O tramadol, por ser um opioide atípico, agonista fraco do receptor μ com efeito inibitório na recaptação da 5HT e norepinefrina pode beneficiar os pacientes com fibromialgia no controle da dor, com uso por tempo limitado, embora haja controvérsias entre os estudos (36, 37, 50 e 51).

A Metadona, opioide agonista do receptor μ e antagonista do receptor NMDA (N-metil-D-aspartato), também tem sido usada no tratamento de pacientes com fibromialgia, levando em consideração sua ação na inibição dos receptores NMDA no corno dorsal da medula espinhal, responsável pela cronificação do processo doloroso e hiperalgesia, através do fenômeno de “Wind up” mediado pelas fibras C. Porém, seu uso é controverso por ser uma droga de difícil manejo, em função do seu efeito prolongado, meia vida longa e variável, com risco de abuso, levando a depressão respiratória e altos índices de dependência, apesar de ser droga de escolha para tratamento de dependentes químicos (37,50–52).

O tapentadol, analgésico de ação central, se mostrou eficaz na Síndrome fibromiálgica, pelo seu mecanismo de ação duplo como agonista sobre os receptores

opioides tipo μ (MOR), sobre os receptores KOR (receptor opioide kappa) e os DOR (receptor opioide delta), além de ação inibitória sobre a recaptção da noradrenalina (IRN), importante neurotransmissor com ação nas vias descendentes de inibição da dor no corno dorsal da medula espinhal (53–56).

Os Canabinóides (CBD) têm despontado como opção eficaz no tratamento de dores refratárias ao tratamento medicamentoso instituído padrão. Isso se deve as suas propriedades analgésicas e efeitos ansiolíticos e promotores do sono. Existem receptores para os endocanabinóides (CBD1 e CBD2) em várias partes do sistema nervoso periférico e central, e seus efeitos moduladores associados à percepção da dor, ao controle do humor, da memória, do apetite, aos distúrbios do sono são bem reconhecidos. Entretanto, não há recomendações precisas para seu uso pelo risco de abuso, e necessidade de mais estudos (57-59–61).

Os anestésicos locais – lidocaína e cetamina – também estão indicados no controle da intensidade dos sintomas dolorosos dos pacientes com fibromialgia, reduzindo as dores musculares no repouso, a dor referida e a hiperalgesia muscular, assim como a sensibilização central (62,63). A Lidocaína venosa na dose de 2mg/kg a 5mg/Kg está indicada para controle da dor em pacientes com Fibromialgia. A injeção de soluções de lidocaína intramuscular, em pontos dolorosos também se mostrou eficaz segundo alguns estudos. A Cetamina é administrada por via venosa e pode ser usada para fins analgésicos e sedativos, a depender da dose, porém possui efeito adverso dissociativo. O mecanismo de ação dessas substâncias está relacionado ao bloqueio dos canais iônicos voltagens dependentes, tanto nos neurônios quanto nos miócitos, além de modulação de vias nociceptivas em diferentes receptores no SNC para controle da dor crônica (64).

Os pacientes com fibromialgia, a despeito do tratamento instituído, podem apresentar uma certa estabilidade clínica, porém com dificuldade na remissão completa dos sintomas dolorosos. Baseada na resposta terapêutica bastante variada encontrada nesses pacientes, a maioria dos autores sugere uma individualização do tratamento para o controle mais efetivo dos sintomas algícos. O manejo desses pacientes deve ser focado numa boa relação com a equipe médica assistente, no sentido da criação de vínculo terapêutico e responsabilidade compartilhada em relação aos cuidados com a saúde, visando uma melhora na qualidade de vida (65).

2.2 Qualidade de vida

A Qualidade de vida (QV) constitui um fator importante na avaliação de vários aspectos relacionados à saúde, seja na evolução de doenças, resultados de tratamento, nas reabilitações de pacientes, seja no desenvolvimento de processos diagnósticos, nos modelos assistenciais de promoção e prevenção em saúde (66). A comunidade científica nacional e internacional tem demonstrado interesse em pesquisas incluindo a qualidade de vida e historicamente vem aprimorando e discutindo o seu conceito nas diversas áreas do conhecimento, bem como desenvolvendo e validando instrumentos adequados para a sua mensuração (67).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (68). A partir dessa definição foi elaborado um instrumento de avaliação da QV numa perspectiva internacional e transcultural – *World Health Organization Quality Of Life Assesment* (WHOQOL-100) – incluindo pessoas saudáveis ou com doenças específicas (69).

Muitos pesquisadores brasileiros validaram a qualidade psicométrica dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida em versões brasileiras, entre os quais o *World Health Organization Quality Of Life Assesment*, *Medical Outcomes Study SF 36*, *Health Survey 18*, *Sickness Impact Profile 19*, que avaliam a qualidade de vida num sentido mais amplo (70–72). Esses questionários são aplicados em pessoas acometidas por várias enfermidades, nas diversas áreas da medicina, relacionados com a fisiopatologia e a evolução de cada doença, os graus de acometimento, características sociodemográficas das populações estudadas, considerando as diferenças regionais e culturais presentes no país.

Os estudos sobre a aplicação da versão em português do instrumento apontaram um bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade simultânea e confiabilidade teste-reteste (71). Posteriormente, foi desenvolvida uma versão abreviada da escala, denominada Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref), devido à necessidade de instrumentos que demandem tempo menor para preenchimento e que mantenham a qualidade das características psicométricas, também testada nos mesmos moldes do WHOQOL-100 no Brasil e nos demais centros de pesquisa (71).

O instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pela OMS engloba uma análise que envolve dimensões das percepções do sujeito do ponto de vista físico (condição de saúde física), psicológico (condição afetiva e cognitiva), do relacionamento social (como ele se relaciona e desempenha seu papel na sociedade), diversos aspectos do ambiente onde vive e de que forma ele avalia sua qualidade de vida de uma maneira global. São avaliadas quatro dimensões, subdivididas em 24 facetas, mais os quatro itens específicos que avaliam a QV computados em um único escore (73).

Os aspectos incluídos nesse instrumento para a mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde, mantém características multidimensionais, avaliando a percepção geral da QV em seu conceito mais amplo e não apenas para quantificar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo (68). Envolve fatores relacionados à saúde mental, ao funcionamento físico, capacidade funcional e aos aspectos sociais da vida do sujeito (74). É importante que as pessoas se sintam bem do ponto de vista psicológico, tenham boas condições físicas, estejam socialmente integradas e funcionalmente competentes para garantir uma boa qualidade de vida (68,73).

Devido a importância do tema, algumas especialidades desenvolveram questionários específicos que foram validados no Brasil, no intuito de quantificar o impacto de determinada doença sobre a vida do indivíduo, considerando aspectos peculiares de cada patologia. Em 2016 foi validado no Brasil “O Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)”, criado em 1991 por Burckhardt et al, envolvendo questões diretamente relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos que comprometem a qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, alguns pesquisadores consideram o seu uso mais indicado na prática clínica, para identificar as necessidades dos pacientes e avaliar (estimar, calcular, dimensionar) a efetividade das intervenções terapêuticas, e não para avaliar a qualidade de vida em seu conceito mais amplo (75).

A mensuração adequada e ampla da qualidade de vida do indivíduo poderá resultar em ações interdisciplinares, surgimento de novas perspectivas de entendimento no binômio saúde-doença, criação de novas estratégias e práticas de atendimento em serviços médicos ambulatoriais e/ou hospitalares, considerando-se os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais que envolvem os indivíduos. De acordo com essa perspectiva, poderão ser desenvolvidos modelos médicos assistenciais mais humanos e democráticos, com poder e responsabilidades compartilhadas, centrados nas necessidades dos pacientes

(66).

2.3 Relação Médico-Paciente

A percepção da importância da relação médico-paciente no contexto de atendimento à saúde está bem descrita na literatura (76,77), embora o seu conceito ainda seja diverso, levando em consideração a complexidade e subjetividade do tema, bem como sua contextualização histórica e cultural (78).

A relação médico-paciente, assim como as habilidades de comunicação e interação do médico e a relação de continuidade do atendimento entre médico e paciente foram igualmente objetos de estudo (79–81). Além disso, são citados componentes relacionados à troca de informações associados a fatores socioemocionais (82).

Segundo os pesquisadores, a relação médico-paciente pode ser definida como um tipo de relação humana, um componente do cuidado, em termos de função e estrutura operativa, com potencial de afetar os desfechos em saúde (79,83).

Para a definição da relação médico-paciente devem ser considerados alguns fatores, tais como o nível de satisfação que envolve empatia; confiança gerada pela competência e privacidade; formação de aliança terapêutica criada pela concordância em relação aos objetivos, definição de responsabilidades e vínculo (84).

A relação do médico com o seu paciente vai muito além de um modelo assistencial pré-determinado visando um aconselhamento em saúde, determinação de um diagnóstico e indicação de tratamento. Ao considerar um relacionamento baseado na participação mútua de dois indivíduos, o termo “relacionamento” não se refere à estrutura nem à função, mas sim a uma abstração que engloba as atividades de dois sistemas ou pessoas em interação (66).

Ao longo da história observamos mudanças na maneira como médicos e pacientes se relacionam, influenciados pelo contexto social e pela evolução da própria medicina (78). A capacidade de autorreflexão e comunicação do médico e do paciente, bem como as habilidades técnicas foram incorporadas nos contextos sociopolítico e intelectual-científico das diferentes épocas. A relação médico-paciente depende desses diferentes cenários (83).

Nas civilizações antigas, entre 4000 a.C. – 1000 a.C., a medicina era exercida por curandeiros, magos ou sacerdotes; a magia e o misticismo eram partes integrantes do cuidado. Eles possuíam o conhecimento da natureza e das enfermidades. A partir do quinto século a.C. os gregos desenvolveram uma abordagem empírico-racional através de

observação naturalista das disfunções corporais humanas, e as justificativas mágicas e religiosas foram abandonadas (83).

A partir da “Declaração de direitos para o paciente”, descrita por Hipócrates na Grécia antiga (460 a.C. – 370 a.C.), a prática da medicina passou a ser orientada pelo princípio da beneficência e não maleficência (78). Esse juramento proporciona maior humanismo ao lidar com as necessidades, bem-estar e interesses das pessoas, e elevou a ética médica acima dos interesses próprios da classe e status (83).

Na Idade Média, com o avanço do poder da igreja, ciência e religião estavam novamente interligadas. Há um retorno da visão mítica do mundo (78). Somente após a reforma protestante e o movimento renascentista houve uma mudança de paradigmas, com estímulo ao ensino nas universidades e para a ciência empírica (85).

A partir do século XVIII até o XIX a medicina se estabelece como uma profissão liberal, seguindo os princípios hipocráticos. O desenvolvimento técnico-científico, nas áreas da microbiologia e a cirurgia, ajuda a aumentar a autoridade dos médicos perante a sociedade (85). Assim, desenvolveu-se uma nova medicina baseada num diagnóstico preciso de uma lesão patológica dentro do corpo e não nos sintomas – modelo biomédico de doença (83).

No final do século XIX, com o surgimento das teorias psicanalistas e psicossociais propostas por Breuer e Freud, desenvolveu-se um novo modelo terapêutico, centrado no paciente, baseado numa comunicação genuína entre médico e paciente, com ampla participação do paciente (78,86). Dessa forma, parafraseando Crichton-Miller, o médico tornou-se consciente da personalidade do paciente: “o paciente não era simplesmente um objeto, mas uma pessoa, necessitando de esclarecimento e segurança”.

Vários autores citam elementos relacionados às mudanças profundas da relação médico-paciente ao longo do século XX. O avanço científico proporcionou novas possibilidades diagnósticas e terapêuticas, levando à melhoria da sobrevivência da população em geral e, conseqüentemente, ao aumento das doenças crônico-degenerativas. O paciente passou a ter responsabilidade mútua no cuidado com a sua saúde, sem a qual não é possível o controle da doença ou o sucesso terapêutico. O conhecimento da psicologia e da psicanálise possibilitou identificar a importância de pensamentos conscientes e inconscientes no desenvolvimento das doenças. Já o trabalho em equipe multidisciplinar passou a ser rotina com a proliferação das especialidades em saúde; foi inserido um terceiro elemento junto à relação médico-paciente com o aparecimento de sistemas de serviços de saúde públicos ou privados, com maior burocratização do

atendimento, interferindo no processo diagnóstico e terapêutico (78,85,87). Mais recentemente, a internet transformou, de forma significativa, o cenário da relação médico-paciente. Além de trazer informações científicas sobre as doenças e os tratamentos, inserindo o paciente ativamente na tomada de decisões, culminou com a telemedicina, criando um novo modelo de relação médico-paciente. Embora o contexto da medicina atual tenha se modificado, com o implemento da tecnologia e as mudanças na prestação dos serviços médicos, os aspectos subjetivos que caracterizam a relação do médico com o seu paciente devem ser considerados (88).

Em virtude da importância e influência da relação médico-paciente sobre os desfechos em saúde, a comunidade científica vem buscando a validação de métodos de avaliação. O método quantitativo é defendido por muitos autores, pois apresentam vantagens em termos de validade externa e comparabilidade dos resultados, visto que as análises qualitativas são de natureza fundamentalmente interpretativa (89). A estratégia mais comumente utilizada com o objetivo de avaliação dos processos de interação médico-paciente é o uso de escalas validadas de acordo com Eveleigh et al. (2012).

O Questionário de Relacionamento Paciente-Médico (PDRQ-9) foi originalmente desenvolvido na Holanda com base na versão holandesa do *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ) de 11 itens, com o objetivo de criar um instrumento quantitativo curto, focado em avaliar o quanto o paciente considera seu médico como um profissional de saúde competente e prestativo. Foi escolhida essa escala como base para a construção de um instrumento de avaliação da relação médico-paciente, considerando que essa relação apresenta muitos pontos de convergência com a aliança psicoterapêutica (altos níveis de confiança, cooperação, compreensão empática e pessoalidade (90,91).

Importante salientar que os instrumentos utilizados para medir variáveis, conceitos ou construtos teóricos na área das ciências da saúde devem estar validados (estejam medindo o que querem medir) e devem ser fidedignos (sejam precisos nessa mensuração) (92). O PDRQ-9 tem sido traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil, no contexto da atenção primária à saúde (93–95).

O PDRQ-9 detalha cada item do instrumento final que examina os vários aspectos da relação médico-paciente (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, disponibilidade, contentamento e acessibilidade) e avalia diferentes aspectos relacionais e de satisfação a partir do ponto de vista do paciente. Porém, esse questionário não avalia a competência técnica, qualidade do cuidado e nem os padrões de comunicação empregados

pelo médico (84).

3 MÉTODOS

Tendo em vista que o parâmetro de interesse deste estudo é avaliar a relação médico-paciente e a qualidade de vida em mulheres com Fibromialgia em Tratamento na Clínica da Dor o caminho metodológico adotado é um estudo analítico de corte transversal, onde a relação e/ou associações de exposição-doença dessa população será investigada, em um momento particular, proporcionando um retrato da situação naquele momento.

Nesse tipo de investigação científica, por meio da observação das variáveis, igualmente se pretende responder à seguinte pergunta: em que medida a relação médico-paciente baseada em empatia, aliança terapêutica, concordância e responsabilidade mútua pode influenciar positivamente na vida de mulheres com Fibromialgia?

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com pacientes em acompanhamento da clínica da dor do Hospital COT e da Clínica SALVA'dor, ambos na cidade de Salvador – BA, no período de agosto de 2021 a agosto de 2022. O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia da Bahia – Hospital Santa Izabel, sob o número 4.944.427, CAAE: 0872921.2.0000.5520, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo foram orientados dos riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2 Participantes do estudo

3.2.1 Participantes da pesquisa

Pacientes do sexo feminino com diagnóstico de fibromialgia de acordo com os critérios do Novo Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia publicado em 2017 (2), sendo acompanhadas nas instituições onde a pesquisa foi conduzida.

3.2.2 Critérios de inclusão

Ter idade superior a 30 anos e inferior a 65 anos; aceitarem participar do estudo, independentemente do tempo do diagnóstico e das opções terapêuticas utilizadas e que estejam em tratamento nas instituições onde a pesquisa foi realizada.

3.2.3 Critérios de exclusão

Pacientes sem dados disponíveis das variáveis listadas; pacientes com diagnóstico de qualquer patologia psiquiátrica grave que impossibilite o estabelecimento de comunicação, de acordo com as diretrizes do DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*)⁽⁹⁶⁾.

3.3 Amostragem

A amostragem foi do tipo não probabilística, consecutiva por conveniência. Foram selecionadas pacientes do sexo feminino com faixa etária entre 30 e 65 anos, devido a maior prevalência da fibromialgia nessa população. O cálculo do tamanho amostral foi realizado de acordo com a incidência geral na população brasileira. Para o diagnóstico da fibromialgia foram seguidos os critérios da SBR 2017, em acompanhamento médico, realizando consultas e procedimentos regulares com frequência semanais ou quinzenais, garantindo continuidade de tratamento. De todas as pessoas foram colhidos dados clínicos e sociodemográficos, a partir de questionário padronizado para este fim, constando variáveis tais como escala visual de dor – EVA para avaliar dor, além de idade, IMC (índice de massa corpórea), sexo, estado civil, etnia, nível de escolaridade, atividade laboral exercida, renda média, crenças religiosas, intervenções cirúrgicas prévias, número de profissionais pelos quais já passou anteriormente, associação à trauma pregresso que justifique estado atual, impacto da pandemia (isolamento social, sedentarismo, perda de emprego, morte ou adoecimento na família, outros), infecção pelo COVID, comorbidades associadas, tempo de diagnóstico da fibromialgia, terapêutica domiciliar em uso, procedimentos médicos intervencionistas regulares, medicações, doses e vias de

administração em vigência, tratamentos complementares e paralelos (acupuntura, fisioterapia, psicoterapia, nutrologia).

Além dos dados sociodemográficos, também foram aplicados instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e para avaliação da relação médico-paciente. O questionário WORLD HEALTH ORGANIZATION HEALTH QUALITY OF LIFE – **WHOQOL-bref modificado** (Anexo II) foi utilizado para avaliação da QVRS; e o instrumento PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE – **PDRQ** (Anexo III) foi utilizado para avaliação de relação médico-paciente.

Ambos os questionários – WHOQOL-bref e PDRQ – foram validados em estudos no Brasil e apresentaram resultados consistentes na sua aplicação. O PDRQ teve uma versão adaptada no Brasil; contudo, apenas nove questões foram validadas (97). Por outro lado, o WHOQOL-bref apresentou características satisfatórias de consistência, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (98).

No PDRQ cada um dos itens, representado por uma afirmação, é pontuado em uma escala Likert de 5 pontos, variando de “nada apropriado” a “totalmente apropriado”. As pontuações da soma bruta variam de 15 a 75, com pontuações mais altas indicando que a percepção do paciente sobre a relação médico-paciente é mais favorável. O escore de cada item é calculado através de média aritmética das respostas daquele item e um escore geral pode ser calculado com a média aritmética das respostas dos nove itens.

O WHOQOL-bref é constituído de 26 perguntas, sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral; as respostas seguem uma escala de Likert de 1 a 5 – quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas, as quais compõem 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. É importante salientar que neste instrumento é necessário recodificar o valor das questões 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), devido ao caráter das questões (98).

3.4 Medidas de desfecho

A medida de desfecho para a testagem do objetivo principal será a correlação dos domínios da WHOQOL-bref com os escores obtidos através do PDRQ.

3.5 Análise estatística

Os dados foram colhidos a partir de aplicação de questionário no Hospital COT e na Clínica SALVA'dor e foram registrados em Excel, atendendo às especificidades dos critérios de exclusão e inclusão. As variáveis sociodemográficas avaliadas foram idade, escolaridade, profissão, renda, IMC, etnia, estado civil, crença religiosa, comorbidades, trauma emocional pregresso, tempo de diagnóstico, número de cirurgias, EVA, que foram correlacionadas com os domínios do WHOQOL e as questões do PDRQ.

No banco de dados, códigos numéricos foram utilizados para impedir que os registros fossem associados ao nome do paciente. Para análise de dados foram observados os parâmetros da estatística descritiva e inferencial. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio das medidas de tendência central e dispersão, como média e desvio-padrão. As variáveis qualitativas ficaram evidenciadas através das frequências absoluta e relativa. Foi aplicado o teste de normalidade para diferenciar as variáveis quantitativas em paramétricas e não-paramétricas, sendo escolhidos os testes e a realização de análise inferencial. Para investigar a associação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes, foram utilizadas medidas de associação e intervalo de confiança (IC) de 95%. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. As análises estatísticas e figuras foram realizadas nos programas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 25) e *GraphPad Prism* 8.0.

4 RESULTADOS

A amostra deste estudo constou de 84 pacientes com diagnóstico de fibromialgia, sendo selecionada em duas clínicas especializadas em tratamento da dor, com média de idade de 51 anos – a maior parte profissionais da área de saúde e da área administrativa. Quase metade das participantes possuía renda de até R\$ 3.000,00 e eram negras ou pardas em sua maioria. As evangélicas compunham mais da metade da amostra e a presença de comorbidades prevaleceu em mais de 60% dos casos. A história de trauma associado à doença esteve presente em 35,7% das entrevistadas. Cerca de 67,9% das participantes tinham pelo menos de uma a duas comorbidades associadas. O Índice de Massa Corpórea (IMC) se mostrou elevado, com valor médio de 23 (13), representando sobrepeso. Detalhes dos achados estão descritos na Tabela 1.

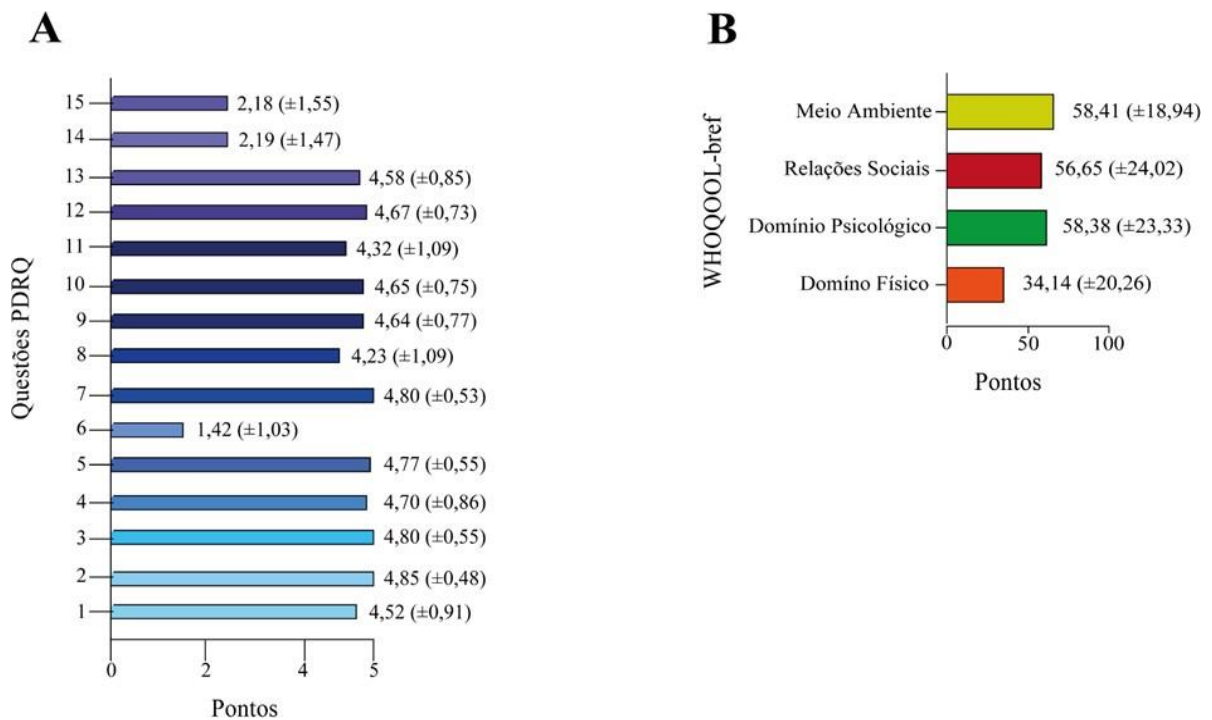
Tabela 1 – Características sociodemográficas

Características	n (%)		
Idade	51 (13)	IMC	23 (13)
Escolaridade		EVA	8 (2)
Cursou até nível médio	34 (40,5%)	Etnia	
Cursou até nível superior	50 (59,5%)	Negras e pardas	65 (77,4%)
Profissão		Outros	19 (22,6%)
Profissional da Área de Saúde	19 (22,6%)	Estado Civil	
Funcionário Público	9 (10,7%)	Com companheiro	42 (50%)
Autônoma	7 (8,3%)	Sem companheiro	42 (50%)
Estudante	2 (2,4%)	Crença Religiosa	
Aposentada	13 (15,5%)	Católica	22 (26,2%)
Profissional da Área Administrativa	12 (14,3%)	Protestante	48 (57,1%)
Professora	10 (11,9%)	Outros	14 (16,7%)
Dona do Lar	5 (6%)	Comorbidades	
Profissional da Área de Humanas	4 (4,8%)	Até 02 comorbidades	57 (67,9%)
Serviços Gerais	3 (3,6%)	Acima de 02 comorbidades	27 (32,1%)
Renda		Número de Cirurgias	
Até 3000	43 (51,2%)	Até 02 cirurgias	30 (35,7%)
Acima de 3000	36 (42,8%)	Acima de 02 cirurgias	54 (64,3%)
Não informaram	5 (6%)	Tempo de diagnóstico	
Trauma Emocional Progresso		Até 05 anos	50 (59,5%)
Não	54 (64,2%)	Acima de 05 anos	34 (40,5%)
Sim	30 (35,7%)		

Nota: As variáveis contínuas são representadas como média (desvio padrão). As variáveis qualitativas são apresentadas como frequência (%). Abreviatura: Índice de Massa Corporal (IMC).

A análise da frequência das respostas coletadas pela aplicação do questionário PDRQ demonstrou média de resposta igual a 5 nas questões 1-5, 7, 9, 10, 12 e 13; questões 8 e 11 tiveram média de resposta igual a 4; questões 14 e 15 média de 2; e a questão 6 com média 1. O Desvio-Padrão (DP) das questões 1, 3-14 foi de 1; enquanto a questão 2 teve DP 0; e questão 15 DP 2 (Fig. 1A). Por fim, quando observado os escores finais do questionário WHOQOL- bref (Fig. 2B) percebe-se os domínios Físico com média igual a 34,14 ($\pm 20,25$); Psicológico com média 58,38 ($\pm 23,33$); Relações Sociais com média 56,65 ($\pm 24,02$); e Meio Ambiente com média igual a 58,41 ($\pm 18,94$). Ver Figura 1.

Figura 1 – Análise das respostas dos questionários PDRQ e WHOQOL-bref aplicados em mulheres com Fibromialgia



Nota: Distribuição e frequência das respostas do questionário de avaliação da relação médico-paciente, PDRQ (A) e das respostas da avaliação do questionário de qualidade de vida, WHOQOL (B). Os números apresentados ao lado das barras de ambos os gráficos representam a média e (desvio-padrão), nesta ordem.

A correlação entre PDRQ e qualidade de vida baseada nos escores dos domínios do WHOQOL-Bref demonstrou haver correlação com todos os domínios, sendo que os domínios Meio Ambiente e Psicológico foram os mais frequentemente associados aos escores do PDRQ. Vale ressaltar que as correlações encontradas foram consideradas pela classificação de Cohen (99,100) como fracas quando $R < 0,10$ e moderadas quando $0,10 > R < 0,50$ (Tabela 2).

Tabela 2 – Matriz de correlação PDRQ vs. WHOQOL-bref

PDRQ / WHOQOL-bref	Físico	Psicológico	Meio Ambiente	Relações Sociais
Questão 1	R 0,13 (p 0,24)	R 0,19 (p 0,09)	R 0,28 (p<0,05)	R 0,19 (p 0,09)
Questão 2	R 0,08 (p 0,49)	R 0,08 (p 0,49)	R 0,23 (p<0,05)	R 0,06 (p 0,24)
Questão 3	R 0,02 (p 0,88)	R 0,06 (p 0,59)	R 0,18 (p 0,094)	R 0,06 (p 0,59)
Questão 4	R -0,04 (p 0,74)	R 0,05 (p 0,63)	R 0,13 (p 0,24)	R -0,05 (p 0,66)
Questão 5	R 0,08 (p 0,48)	R 0,19 (p 0,08)	R 0,32 (p<0,05)	R 0,08 (p 0,48)
Questão 6	R 0,11 (p 0,34)	R -0,16 (p 0,29)	R -0,14 (p 0,19)	R -0,13 (p 0,26)
Questão 7	R -0,08 (p 0,47)	R 0,13 (p 0,24)	R 0,25 (p<0,05)	R -0,01 (p 0,94)
Questão 8	R -0,12 (p 0,26)	R -0,50 (p 0,65)	R 0,11 (p 0,31)	R -0,34 (p 0,76)
Questão 9	R 0,14 (p 0,19)	R 0,23 (p<0,05)	R 0,31 (p<0,05)	R 0,09 (p 0,44)
Questão 10	R 0,03 (p 0,81)	R 0,01 (p 0,94)	R 0,14 (p 0,19)	R 0,06 (p 0,62)
Questão 11	R 0,03 (p 0,76)	R 0,10 (p 0,36)	R 0,29 (p<0,05)	R 0,05 (p 0,67)
Questão 12	R 0,09 (p 0,40)	R 0,14 (p 0,20)	R 0,27 (p<0,05)	R 0,16 (p 0,22)
Questão 13	R 0,05 (p 0,68)	R 0,22 (p<0,05)	R 0,31 (p<0,05)	R 0,1 (p 0,38)
Questão 14	R 0,20 (p 0,07)	R 0,26 (p<0,05)	R 0,19 (p 0,09)	R 0,21 (p 0,06)
Questão 15	R 0,24 (p<0,05)	R 0,17 (p 0,11)	R 0,23 (p<0,05)	R 0,26 (p<0,05)

Nota: O Coeficiente de Correlação de Pearson (R) foi obtido por meio do teste de Correlação de Pearson. A significância estatística está representada (p) e foi considerada significativa quando <0,05.

Os dados sociodemográficos tiveram associações significativas (p<0,05) com o questionário PDRQ (Tabela 3). Dessa forma, ter escolaridade até nível superior demonstrou significância estatística quando testado com a Questão 13 (Graças ao meu médico, ganhei uma nova visão). Pacientes que possuem renda até R\$ 3000,00 reais se associou significativamente com a Questão 6 (Acho que meu médico acha difícil lidar comigo) e Questão 15 (Meus sintomas médicos provavelmente irão desaparecer).

Segundo as análises, pacientes protestantes se associaram positivamente com a Questão 3 (Meu médico se dedica a me ajudar), Questão 10 (Meu médico e eu concordamos com a natureza dos meus sintomas), Questão 11 (Eu acho fácil ter acesso ao meu médico) e Questão 13 (Graças ao meu médico, ganhei uma nova visão). Além disso, ter até 02 comorbidades foi significativamente associado com a Questão 15 (Meus sintomas médicos provavelmente irão desaparecer).

As pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos prévios, independentemente da quantidade, foram significativamente associadas com Questão 3 (Meu médico se dedica a me ajudar). Por fim, a Questão 9 (Eu me benefício com o tratamento do meu médico) apresentou correlação com as pacientes que não associam trauma emocional progresso ao

quadro atual.

Tabela 3 – PDRQ vs. Dados sociodemográficos

Características	n (%)	PDRQ						
		Q3	Q6	Q9	Q10	Q11	Q13	Q15
Escolaridade		0,40	0,70	0,27	0,21	0,32	<0,05	0,32
Cursou até nível médio	34 (40,5%)							
Cursou até nível superior	50 (59,5%)							
Renda		0,49	<0,05	0,93	0,98	0,93	0,96	<0,05
Até 3000	43 (51,2%)							
Acima de 3000	36 (42,8%)							
Não informaram	5 (6%)							
Crença Religiosa		<0,05	0,90	0,53	<0,05	<0,05	<0,05	0,40
Católica	22 (26,2%)							
Protestante	48 (57,1%)							
Outros	14 (16,7%)							
Comorbidades		0,54	0,54	0,92	0,92	0,78	0,64	<0,05
Até 02 comorbidades	67 (79,8%)							
Acima de 02 comorbidades	17 (20,2%)							
Número de Cirurgias		<0,05	0,06	0,34	0,09	0,33	0,23	0,81
Até 02 cirurgias	42 (50%)							
Acima de 02 cirurgias	42 (50%)							
Trauma Emocional Progresso		0,66	0,91	<0,05	0,27	0,05	0,90	0,35
Não	54 (64,2%)							
Sim	30 (35,7%)							

Nota: As variáveis qualitativas são apresentadas como frequência (%) e comparadas pelo teste de Mann-Whitney.

A intensidade da dor das pacientes foi avaliada pela escala visual analógica de dor, apresentou média de 8 (2) e teve correlação com as Questões 2, 5 e 9, 11 a 13 do PDRQ. Todos esses resultados apresentaram relação negativa fraca/moderada – indicam que o aumento de uma variável implica no decréscimo de outra. Nesse caso, quanto melhor for a relação médico-paciente, menor foi a dor referida pela paciente (Tabela 4).

Tabela 4 – PDRQ vs. EVA

Questão 1	R -0,11 (p 0,33)
Questão 2	R -0,23 (p<0,05)
Questão 3	R -0,13 (p 0,24)
Questão 4	R -0,16 (p 0,16)
Questão 5	R -0,27 (p<0,05)
Questão 6	R 0,15 (p 0,19)
Questão 7	R -0,14 (p 0,23)
Questão 8	R -0,06 (p 0,61)
Questão 9	R -0,22 (p<0,05)
Questão 10	R -0,15 (p 0,19)
Questão 11	R -0,30 (p<0,05)
Questão 12	R -0,27 (p<0,05)
Questão 13	R -0,25 (p<0,05)
Questão 14	R 0,11 (p 0,35)
Questão 15	R -0,12 (p 0,29)

Nota: O Coeficiente de Correlação de Pearson (R) foi obtido por meio do teste de Correlação de Pearson. A significância estatística está representada (p) e se mostrou relevante quando <0,05.

5 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram influência positiva da relação médico-paciente (questionário PDRQ) na qualidade de vida utilizando o questionário WHOQOL. Essa influência foi demonstrada também na correlação entre a escala visual analógica de dor e os escores do PRDQ. As correlações entre os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde com a relação médico-paciente, seguem detalhadas minuciosamente em cada item pesquisado.

No domínio meio ambiente observa-se correlação com: percepção de ser entendido (Q1), confiança do paciente no profissional (Q2), sentir-se contente com o tratamento (Q5), sentir-se ajudado pelo médico (Q3), achar-se beneficiado pelo tratamento (Q9), ter fácil acesso ao médico (Q11), entender que o médico faz sentir-se melhor (Q12), entender que o médico apresentou nova visão sobre a doença (Q13), e acreditar que os sintomas irão desaparecer (Q15).

Uma relação médico-paciente satisfatória pode ser a chave para melhoria nos aspectos da qualidade de vida relacionada a limitações impostas pelo meio ambiente enfrentadas pelos pacientes com fibromialgia. Os sintomas dolorosos e a fadiga crônica podem trazer uma série de dificuldades e limitações para a vida diária das pacientes, inclusive comprometendo o seu deslocamento, o exercício de suas atividades laborais. O fato de o paciente ser entendido pelo médico assistente aumenta o nível de confiança, satisfação com o tratamento, podendo contribuir com a resposta terapêutica favorável. Acredita-se que esse entendimento compartilhado proporciona melhor adesão dos pacientes às diversas opções de tratamento já comprovadamente eficazes para controle dos sintomas clínicos (12).

A disponibilidade do médico em esclarecer as dúvidas, bem como o acompanhamento do tratamento através de visitas regulares e fácil acessibilidade faz o paciente sentir-se melhor(65). O profissional de saúde pode se tornar um aliado no enfrentamento das dificuldades impostas pela doença através desse entendimento mútuo criado numa boa relação médico- paciente (96). O acesso ao serviço de saúde e a obtenção de informações necessárias para as tarefas do seu dia a dia, com a criação de um ambiente físico saudável, faz o paciente sentir-se mais seguro, oportunizando atividades de lazer, contribuindo para a melhoria nas condições devida relacionadas ao meio ambiente (65).

De acordo com Kaba e Sooriakumaran em 2007 (83) o paciente deve ser entendido sob uma perspectiva biopsicossocial. O profissional de saúde deve ter disposição para

compreenderas distintas dificuldades que o paciente lhe relata, para, dessa forma, não apenas tratar apenas de seu problema biológico, mas sim enxergá-lo de forma sistêmica, como um ser social e biológico, inserido em um ambiente com diversos estímulos, além de levar em consideração a perspectiva e expectativas do paciente abordado (101).

A intensidade dos sintomas clínicos das pacientes com fibromialgia pode gerar insatisfações pessoais com a sua aparência e com a sua própria vida, baixa autoestima, diminuição da capacidade de concentração, suscitando sentimentos negativos de tristeza, desespero, ansiedade ou depressão (83). No presente estudo, esses aspectos relacionados ao domínio Psicológico do WHOQOL sofreram influência positiva quando os pacientes se sentiram beneficiados pelo tratamento instituído, por terem adquirido uma nova visão sobre a doença, e pela capacidade de lidar melhor com os sintomas clínicos, graças a uma boa relação médico-paciente.

Este estudo reforça a ideia de que, para entender a doença e aliviar o sofrimento dos pacientes, os médicos devem compreender o significado pessoal da doença para cada indivíduo. É um conceito que faz parte da abordagem denominada medicina centrada no paciente e que busca a integralidade do sujeito, como defendida por Cunha em 2007 (92), ao invés de pura e simplesmente focar em perspectivas conceituais da fisiopatologia da doença.

A fibromialgia é considerada uma doença de característica disfuncional, nociplástica, de etiologia ainda desconhecida, cujo diagnóstico é eminentemente clínico (26,31,32,102,103). Sua fisiopatologia envolve diversas alterações nos mecanismos neuromodulatórios do fenômeno doloroso, possuindo também algumas doenças associadas que levam ao agravamento do quadro clínico (1,26,32,102,103). Foi observado que o esclarecimento sobre a fisiopatologia da fibromialgia apelidada de “dor invisível” consegue trazer para o paciente uma nova visão da doença e fazê-lo acreditar que os sintomas podem desaparecer (104).

Os achados deste estudo demonstraram correlação entre os domínios Físico e Relações Sociais do WHOQOL e o item do PDRQ que descreve a expectativa de desaparecimento dos sintomas clínicos. As dores musculares generalizadas, fadiga crônica, distúrbios do sono, e alterações cognitivas que caracterizam a síndrome fibromiálgica, podem prejudicar a diminuição da capacidade de mobilidade do paciente e o desempenho de suas atividades diárias. O impacto físico da doença e a dependência de cuidados médicos constantes podem comprometer sobremaneira sua capacidade laboral e suas relações sociais (104).

Entretanto, uma visão otimista e a expectativa de melhora clínica construída numa boarelaboração médico-paciente podem influenciar positivamente em sua qualidade de vida e refletir na maneira como o paciente se percebe fisicamente. Esta visão é corroborada por Harper em 1998 (73) que concluíram que os médicos podem interferir positivamente na vida dos seus pacientes através do cuidado cognitivo e emocional, influenciando nas suas crenças e expectativas acerca da doença e do tratamento, melhorando a qualidade de vida do sujeito em relação aos desfechos em saúde (redução da dor e tempo de recuperação) e consequentemente melhorando a sua disposição para cumprir tarefas físicas.

O acompanhamento clínico dessas pacientes ocorreu em encontros semanais ou quinzenais com o médico assistente, quando foram realizadas as intervenções médicas e avaliações do quadro clínico, por um período mínimo de seis meses antes da pesquisa. Dessa forma, foi oportunizada a criação de um vínculo terapêutico que favoreceu a relação médico-paciente em seu sentido mais amplo, através de intervenções psicológicas que abrangem uma ressignificação com um novo entendimento sobre a doença, bem como o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos impactos produzidos pela fibromialgia na qualidade de vida dessas pacientes. Todos esses aspectos envolvidos na relação médico-paciente são defendidos por diversos autores, dentre eles Hortavath e Luborrsky em 1993 (91) e Van Der Feltz-Cornelisem 2004 (90).

Em 1988, Michael Balint argumentou que a doença é tanto um fenômeno psicossocial quanto biológico e o médico não é somente um elemento passivo a prescrever tratamentos, mas ele próprio pode ser considerado um agente de cura. O conceito de Balint de “médico como droga” enfatizou também a natureza dinâmica da relação médico-paciente. Ele afirmava que “aferramenta terapêutica mais poderosa que o médico possuía era ele mesmo”. Segundo esse autor, a continuidade das consultas funcionava como um investimento mútuo, no qual o médico passaria a conhecer melhor a personalidade do seu paciente, e este iria desenvolver uma maior percepção das suas reais necessidades.

Foi avaliada a intensidade da dor através da escala analógica verbal, tendo-se observado correlação com a diminuição da dor nas questões relacionadas à confiança do paciente no profissional (Q2), conseguir conversar com o seu médico (Q4), sentir-se contente com o tratamento (Q5), achar-se beneficiado pelo tratamento (Q9), médico e paciente concordam com a natureza dos sintomas (Q10), ter fácil acesso ao médico (Q11), achar que o médico faz sentir-se melhor (Q12), e entender que o médico apresentou uma nova visão da doença (Q13). Fica evidente a melhora dos sintomas quando o paciente percebe que está sendo entendido pelo médico assistente, o que corrobora estudos que já

trouxeram esses achados. Ademais, fortaleceu conceito de abordagem multissetorial do paciente para, assim, conseguir melhores resultados de tratamento e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade de vida (5,12).

Este estudo apresenta limitações que merecem ser pontuadas. Cada paciente avaliou o seu médico assistente de acordo com PDRQ; portanto, vários profissionais que trabalhavam nas instituições onde a pesquisa foi realizada estavam envolvidos na avaliação, o que pode gerar heterogeneidade. A fibromialgia é uma doença multifacetada e não foi possível quantificar ou detalhar todos os sintomas da síndrome que interferiram especificamente na melhora da qualidade de vida das pacientes entrevistadas.

A despeito dessas limitações, foi possível detectar que a relação médico-paciente, avaliada de acordo com a percepção subjetiva das pacientes, têm influência significativa na melhoria de diversos aspectos relacionados à qualidade de vida das mulheres com fibromialgia, ou seja, a qualidade da assistência impactando positivamente nos desfechos em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto de qualidade de vida relacionada à saúde, em seu sentido mais amplo, foi observado que uma relação médico-paciente baseada em empatia, aliança terapêutica, concordância e responsabilidade mútua pode influenciar positivamente na vida de mulheres com Fibromialgia. Observou-se neste estudo que os aspectos físicos, emocionais, das relações interpessoais e ambientais prejudicados pela doença foram impactados de forma positiva na medida em que os pacientes se sentiram acolhidos, confiantes e satisfeitos com o seu médico assistente.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de fevereiro de 1990 [citado 5 de outubro de 2022];33(2):160–72. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780330203>
2. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein M, Rezende MC, Provenza JR, et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2017;57(S 2):467–76. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2017.05.006>
3. Sakrajai P, Janyacharoen T, Jensen MP, Sawanyawisuth K, Auvichayapat N, Tunkamnerdthai O, et al. Pain Reduction in Myofascial Pain Syndrome by Anodal Transcranial Direct Current Stimulation Combined With Standard Treatment. *Clin J Pain* [Internet]. dezembro de 2014 [citado 5 de outubro de 2022];30(12):1076–83. Available at: https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2014/12000/Pain_Reduction_in_Myofascial_Pain_Syndrome_by.9.aspx
4. Assumpção A, Cavalcante AB, Capela CE, Sauer JF, Chalot SD, Pereira CAB, et al. Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10(1):1–7.
5. Brill S, Ablin JN, Goor-Aryeh I, Hyat K, Slefer A, Buskila D. Prevalence of fibromyalgia syndrome in patients referred to a tertiary pain clinic. *J Investig Med*. 2012;60(4):685–8.
6. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de janeiro de 1995 [citado 5 de outubro de 2022];38(1):19–28. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780380104>
7. Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994;8(4):811–37.
8. International Association for the Study of Pain. Fibromyalgia - clinical update. *PAIN Clin Updat* [Internet]. 2010;18(4):1–4. Available at: <papers3://publication/uuid/DF52D1C5-00E3-4508-AB8C-1EDF258FE900>
9. Schafranski MD, Malucelli T, Machado F, Takeshi H, Kaiber F, Schmidt C, et al. Intravenous lidocaine for fibromyalgia syndrome: An open trial. *Clin Rheumatol*. 2009;28(7):853–5.
10. Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - A systematic review. *Eur J Pain* [Internet]. 2010;14(1):5–10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.01.006>
11. Oliveira CC. Para compreender o sofrimento humano. *Rev Bioética* [Internet].

- agostode 2016 [citado 8 de dezembro de 2022];24(2):225–34. Available at: <http://www.scielo.br/j/bioet/a/mhFhLXsrNGTgMKKyCLfGjsM/?lang=pt>
12. Oosterhof B, Dekker JHM, Sloots M, Bartels EAC, Dekker J. Success or failure of chronic pain rehabilitation: The importance of good interaction - A qualitative study under patients and professionals. *Disabil Rehabil.* 2014;36(22):1903–10.
 13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* maio de 2010;62(5):600–10.
 14. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum.* 1 de agosto de 1981;11(1):151–71.
 15. Heymann RE, Paiva EDS, Helfenstein M, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2010 [citado 5 de outubro de 2022];50(1):56–66. Available at: <http://www.scielo.br/j/rbr/a/VD3Vcmj5QPNbM6MDcHGwF3f/?lang=pt>
 16. Senna ER, De Barros ALP, Silva EO, Costa IF, Pereira LVB, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol.* 2004;31(3).
 17. Pereira AM, Valim V, Zandonade E, Ciconelli RM. Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: A study using COPCORD questionnaires. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. janeiro de 2009 [citado 5 de outubro de 2022];27(1):42–6. Available at: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=3568>
 18. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de fevereiro de 1990 [citado 16 de abril de 2023];33(2):160–72. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780330203>
 19. Heymann RE, Paiva EDS, Helfenstein M, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2010 [citado 16 de abril de 2023];50(1):56–66. Available at: <http://www.scielo.br/j/rbr/a/VD3Vcmj5QPNbM6MDcHGwF3f/?lang=pt>
 20. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein M, Rezende MC, Provenza JR, et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 1 de janeiro de 2017;57:467–76.
 21. Pik-Yuk P, Scudds HRA, Harth M. An Evaluation of Mechanically Induced Neurogenic Flare by Infrared Thermography in Fibromyalgia. http://dx.doi.org/101300/J094v04n03_02 [Internet]. 2010 [citado 16 de abril de 2023];4(3):3–20. Available at:

https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J094v04n03_02

22. Shleyfer E, Jotkowitz A, Karmon A, Nevzorov R, Cohen H, Buskila D. Accuracy of the Diagnosis of Fibromyalgia by Family Physicians: Is the Pendulum Shifting? *J Rheumatol* [Internet]. 1 de janeiro de 2009 [citado 16 de abril de 2023];36(1):170–3. Available at: <https://www.jrheum.org/content/36/1/170>
23. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol* [Internet]. 1 de junho de 2011 [citado 16 de abril de 2023];38(6):1113–22. Available at: <https://www.jrheum.org/content/38/6/1113>
24. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 1 de dezembro de 2016;46(3):319–29.
25. Hawley DJ, Wolfe F, Cathey MA. Pain, functional disability, and psychological status: a 12-month study of severity in fibromyalgia. *J Rheumatol* [Internet]. 1 de outubro de 1988 [citado 5 de outubro de 2022];15(10):1551–6. Available at: <https://europepmc.org/article/med/3204601>
26. Lautenbacher S, Rollman GB. Possible deficiencies of pain modulation in fibromyalgia. *Clin J Pain* [Internet]. 1 de setembro de 1997 [citado 5 de outubro de 2022];13(3):189–96. Available at: <https://europepmc.org/article/med/9303250>
27. Riberto M, Pato TR. Fisiopatologia da fibromialgia. *Acta Fisiátrica* [Internet]. 9 de agosto de 2004 [citado 16 de abril de 2023];11(2):78–81. Available at: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102482>
28. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance p in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de novembro de 1994 [citado 16 de abril de 2023];37(11):1593–601. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780371106>
29. Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de maio de 1992 [citado 16 de abril de 2023];35(5):550–6. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780350509>
30. Mense S. Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain. *Pain* [Internet]. 1993 [citado 16 de abril de 2023];54(3):241–89. Available at: https://journals.lww.com/pain/Fulltext/1993/09000/Nociception_from_skeletal_muscle_in_relation_to.3.aspx
31. Bondy B, Spaeth M, Offenbaecher M, Glatzeder K, Stratz T, Schwarz M, et al. The T102C polymorphism of the 5-HT_{2A}-receptor gene in fibromyalgia. *Neurobiol Dis*. 1999;6(5):433–9.

32. Moldofsky H, Warsh JJ. Plasma tryptophan and musculoskeletal pain in non-articular rheumatism (“fibrositis syndrome”). *Pain* [Internet]. 1978 [citado 5 de outubro de 2022];5(1):65–71. Available at: https://journals.lww.com/pain/Fulltext/1978/06000/Plasma_tryptophan_and_musculoskeletal_pain_in.7.aspx
33. Henriksson KG. Is Fibromyalgia a Central Pain State? http://dx.doi.org/10.1300/J094v10n01_05 [Internet]. 2010 [citado 5 de outubro de 2022];10(1–2):45–57. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J094v10n01_05
34. Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cospes CJ, Mullins PG. Habituation and sensitization to heat and cold pain in women with fibromyalgia and healthy controls. *Pain* [Internet]. dezembro de 2008 [citado 5 de outubro de 2022];140(3):420–8. Available at: https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2008/12000/Habituation_and_sensitization_to_heat_and_cold.7.aspx
35. Moldofsky H. Sleep and pain. *Sleep Med Rev*. 1 de outubro de 2001;5(5):385–96.
36. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 1 de abril de 2008 [citado 5 de outubro de 2022];67(4):536–41. Available at: <https://ard.bmj.com/content/67/4/536>
37. Buckhardt C, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowens S, Jackson K, et al. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children (Clinical practice guideline; no.4). Glenview, IL, Am Pain Soc [Internet]. 2005; Available at: http://teamworkstherapy.com/pdf/APS_guideline-Fibromyalgia.pdf
38. Mannerkorpi K, Iversen MD. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 1 de agosto de 2003;17(4):629–47.
39. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA* [Internet]. 17 de novembro de 2004 [citado 5 de outubro de 2022];292(19):2388–95. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/199786>
40. Thomas E, Blotman F. Are antidepressants effective in fibromyalgia? *Jt Bone Spine*. 1 de dezembro de 2002;69(6):531–3.
41. Crofford LJ. Pain management in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol* [Internet]. maio de 2008 [citado 5 de outubro de 2022];20(3):246–50. Available at: https://journals.lww.com/co-rheumatology/Fulltext/2008/05000/Pain_management_in_fibromyalgia.4.aspx
42. Choy EHS, Mease PJ, Kajdasz DK, Wohlreich MM, Crits-Christoph P, Walker DJ, et al. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials. *Clin Rheumatol*

- [Internet]. 18 de junho de 2009 [citado 5 de outubro de 2022];28(9):1035–44. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-009-1203-2>
43. Perrot S, Javier RM, Marty M, Le Jeune C, Laroche F. Is there any evidence to support the use of anti-depressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology* [Internet]. 1 de agosto de 2008 [citado 5 de outubro de 2022];47(8):1117–23. Available at: <https://academic.oup.com/rheumatology/article/47/8/1117/1784812>
 44. Vanderweide LA, Smith SM, Trinkley KE. A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 1 de fevereiro de 2015 [citado 16 de abril de 2023];40(1):1–6. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpt.12216>
 45. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of Fibromyalgia with Cyclobenzaprine: A Meta-Analysis. *Arthritis Care Res*. 15 de fevereiro de 2004;51(1):9–13.
 46. Zijlstra TR, Barendregt PJ van DLM. Venlafaxine in fibromyalgia: results of a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Arthritis Rheum*. 2002;46:105.
 47. Díaz-Marsá M, Palomares N, Morón MD, Tajima K, Fuentes ME, López-Ibor JJ, et al. Psychological Factors Affecting Response to Antidepressant Drugs in Fibromyalgia. *Psychosomatics*. 1 de maio de 2011;52(3):237–44.
 48. Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. Short term effects of ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome: a double blind, placebo controlled trial. *J Rheumatol* [Internet]. 1 de abril de 1989 [citado 5 de outubro de 2022];16(4):527–32. Available at: <https://europepmc.org/article/med/2664173>
 49. Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H. A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de novembro de 1986 [citado 5 de outubro de 2022];29(11):1371–7. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780291110>
 50. Baraniuk JN, Whalen G, Cunningham J, Clauw DJ. Cerebrospinal fluid levels of opioid peptides in fibromyalgia and chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 9 de dezembro de 2004 [citado 5 de outubro de 2022];5(1):1–7. Available at: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-5-48>
 51. Fitzcharles MA, Faregh N, Ste-Marie PA, Shir Y. Opioid use in fibromyalgia is associated with negative health related measures in a prospective cohort study. *Pain Res Treat*. 2013;2013.
 52. Peng X, Robinson RL, Mease P, Kroenke K, Williams DA, Chen Y, et al. Long-term evaluation of opioid treatment in fibromyalgia. *Clin J Pain* [Internet]. 14 de janeiro de 2015 [citado 5 de outubro de 2022];31(1):7–13. Available at:

- https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2015/01000/Long_term_Evaluation_of_Opioid_Treatment_in.2.aspx
53. Hoy SM. Tapentadol extended release: In adults with chronic pain. *Drugs* [Internet]. 12 de dezembro de 2012 [citado 16 de abril de 2023];72(3):375–93. Available at: <https://link.springer.com/article/10.2165/11208600-000000000-00000>
 54. Knezevic NN, Tverdohle T, Knezevic I, Candido KD. Unique pharmacology of tapentadol for treating acute and chronic pain. <http://dx.doi.org/10.1517/1742525520151072169> [Internet]. 2 de setembro de 2015 [citado 16 de abril de 2023];11(9):1475–92. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/17425255.2015.1072169>
 55. Singh DR, Nag K, Shetti AN, Krishnaveni N. Tapentadol hydrochloride: A novel analgesic. *Saudi J Anaesth* [Internet]. julho de 2013 [citado 16 de abril de 2023];7(3):322. Available at: </pmc/articles/PMC3757808/>
 56. Fornasari D. Pain pharmacology: focus on opioids. *Clin Cases Miner Bone Metab* [Internet]. 1 de setembro de 2014 [citado 16 de abril de 2023];11(3):165. Available at: </pmc/articles/PMC4269136/>
 57. Pacher P, Bátkai S, Kunos G. The Endocannabinoid System as an Emerging Target of Pharmacotherapy. *Pharmacol Rev* [Internet]. 1 de setembro de 2006 [citado 5 de outubro de 2022];58(3):389–462. Available at: <https://pharmrev.aspetjournals.org/content/58/3/389>
 58. De Vries M, Van Rijckevorsel DC, Wilder-Smith OH, Van Goor H. Dronabinol and chronic pain: importance of mechanistic considerations. <http://dx.doi.org/10.1517/146565662014918102> [Internet]. 2014 [citado 5 de outubro de 2022];15(11):1525–34. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14656566.2014.918102>
 59. Pacher P, Bátkai S, Kunos G. The Endocannabinoid System as an Emerging Target of Pharmacotherapy. *Pharmacol Rev* [Internet]. 1 de setembro de 2006 [citado 16 de abril de 2023];58(3):389–462. Available at: <https://pharmrev.aspetjournals.org/content/58/3/389>
 60. Russo EB. Clinical Endocannabinoid Deficiency Reconsidered: Current Research Supports the Theory in Migraine, Fibromyalgia, Irritable Bowel, and Other Treatment-Resistant Syndromes. *Cannabis cannabinoid Res* [Internet]. 1 de janeiro de 2016 [citado 16 de abril de 2023];1(1):154–65. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28861491>
 61. De Vries M, Van Rijckevorsel DC, Wilder-Smith OH, Van Goor H. Dronabinol and chronic pain: importance of mechanistic considerations. <http://dx.doi.org/10.1517/146565662014918102> [Internet]. 2014 [citado 16 de abril de 2023];15(11):1525–34. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14656566.2014.918102>
 62. Kendall SA, Henriksson KG, Hurtig I, Raak R, Bengtsson A, Sören B, et al. Differences in Sensory Thresholds in the Skin of Women with

- Fibromyalgia Syndrome: A Comparison Between Ketamine Responders and Ketamine Non- Responders. https://doi.org/10.1300/J094v11n02_02 [Internet]. 2010 [citado 5 de outubro de 2022];11(2):3–9. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J094v11n02_02
63. Wilderman I, Pugacheva O, Perelman V, Wansbrough MCT, Voznyak Y, Zolnierczyk L. Repeated Intravenous Lidocaine Infusions for Patients with Fibromyalgia: Higher Doses of Lidocaine Have a Stronger and Longer-Lasting Effect on Pain Reduction. *Pain Med* [Internet]. 1 de junho de 2020 [citado 5 de outubro de 2022];21(6):1230–9. Available at: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/21/6/1230/5588959>
 64. Macêdo JL de, Pascoal MDF, Maia Filho PHB, Venâncio ACDC, Teles FPSC, Mascarenhas WP, et al. Utilização da Cetamina no tratamento da dor aguda/crônica em seres humanos / Use of ketamine in the treatment of acute or chronic pain in humans. *ID line Rev Psicol*. 2019;13(44):169–84.
 65. SAÚDE M DA. Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica. 2014.
 66. Bullinger M. Quality of Life Assessment: International Perspectives. *Qual Life Assess Int Perspect*. 1994;33–40.
 67. Santos EAP dos, Cruz MT de S. Gestão de Pessoas no Século XXI: Desafios e Tendências para além de modismos [Internet]. Vol. 1. 2019. 1–236 p. Available at: <https://www.pucsp.br/sites/default/files/2019-12/livro-de-gestao-de-pessoas-seculo-xxi-versao-correta.pdf>
 68. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1 de novembro de 1995;41(10):1403–9.
 69. Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2000 [citado 5 de outubro de 2022];5(1):33–8. Available at: <http://www.scielo.br/j/csc/a/3LP73qPg5xBDnG3xMHBVVNK/?lang=pt>
 70. de Lima MJB, Portela MC. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 [citado 5 de outubro de 2022];26(8):1651–62. Available at: <http://www.scielo.br/j/csp/a/K5FnMCfLCLbRpddthJ7gSxf/?lang=pt>
 71. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saude Publica* [Internet]. 1999 [citado 5 de outubro de 2022];33(2):198–205. Available at: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/fDYbfkDmpMdT9LtHxP6bgzb/?lang=pt>
 72. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de

- vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras Reum.* 1999;143–50.
73. Harper A, Power M, Orley J, Herrman H, Schofield H, Murphy B, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* [Internet]. maio de 1998 [citado 7 de outubro de 2022];28(3):551–8. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/development-of-the-world-health-organization-whoqolbref-quality-of-life-assessment/0F50596B33A1ABD59A6605C44A6A8F30>
 74. Fox-Rushby J, Parker M. Culture and the Measurement of Health-Related Quality of Life. *eweb*:155667.
 75. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage L V., Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol* [Internet]. fevereiro de 2006 [citado 16 de abril de 2023];46(1):24–31. Available at: <http://www.scielo.br/j/rbr/a/VbJNBxFTfpn6PTTMwhpDBpB/?lang=pt>
 76. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D’Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. <https://doi.org/10.2105/AJPH.71.2.127> [Internet]. 7 de outubro de 2011 [citado 5 de outubro de 2022];71(2):127–32. Available at: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.71.2.127>
 77. Kearley KE, Freeman GK, Heath A, Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1 de setembro de 2001 [citado 5 de outubro de 2022];51(470):712–8. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/11593831/?tool=EBI>
 78. SZASZ TS, KNOFF WF, HOLLENDER MH. THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AND ITS HISTORICAL CONTEXT. <https://doi.org/10.1176/ajp.115.6.522> [Internet]. 1 de abril de 2006 [citado 5 de outubro de 2022];115(6):522–8. Available at: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.115.6.522>
 79. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1 de abril de 2009 [citado 5 de outubro de 2022];59(561):e116–33. Available at: <https://bjgp.org/content/59/561/e116>
 80. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship--part 1: objective approaches. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 1 de dezembro de 2010 [citado 5 de outubro de 2022];19(6):475–8. Available at: <http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/19/6/475>
 81. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship--part 2: subjective approaches. *Qual Saf Health Care* [Internet]. dezembro de 2010 [citado 5 de outubro de 2022];19(6):479–83. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21127108/>

82. Roter DL, Hall JA. STUDIES OF DOCTOR-PATIENT INTERACTION. 1989;(28).
83. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 1 de fevereiro de 2007;5(1):57–65.
84. Eveleigh RM, Muskens E, Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: Different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1 de janeiro de 2012 [citado 5 de outubro de 2022];65(1):10–5. Available at: <http://www.jclinepi.com/article/S0895435611002228/fulltext>
85. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist SanitNavar* [Internet]. 2006 [citado 5 de outubro de 2022];29:7–17. Available at: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
86. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med* [Internet]. 1 de maio de 1956 [citado 5 de outubro de 2022];97(5):585–92. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/560914>
87. Hellín T. The physician–patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia* [Internet]. 1 de maio de 2002 [citado 5 de outubro de 2022];8(3):450–4. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x>
88. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One* [Internet]. 9 de abril de 2014 [citado 5 de outubro de 2022];9(4):e94207. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094207>
89. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet* [Internet]. 11 de agosto de 2001 [citado 5 de outubro de 2022];358(9280):483–8. Available at: <http://www.thelancet.com/article/S0140673601056276/fulltext>
90. Van Der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 de março de 2004;26(2):115–20.
91. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1993 [citado 5 de outubro de 2022];61(4):561–73. Available at: [/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-006X.61.4.561](https://doi.org/10.1037%2F0022-006X.61.4.561)
92. Cunha JA. Psicodiagnóstico V. *Psicodiagnóstico*. 2007. 158–170 p.

93. Martín-Fernández J, Del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfação do paciente com a relação consu médico de família: um estudo com el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria*. 1 de abril de 2010;42(4):196–203.
94. Zenger M, Schaefert R, Van Der Feltz-Cornelis C, Brähler E, Häuser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a Representative Cross-Sectional German Population Survey. *PLoS One* [Internet]. 17 de março de 2014 [citado 5 de outubro de 2022];9(3):e91964. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0091964>
95. Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Agostinho MR, Roman R, Van Der Feltz-Cornelis CM, et al. Cross-cultural adaptation of the Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 3 de agosto de 2018 [citado 5 de outubro de 2022];52:71–71. Available at: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/148594>
96. Sena T. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. Vol. 11, *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*. 2014. 96 p.
97. Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Agostinho MR, Roman R, Van Der Feltz-Cornelis CM, et al. Adaptação transcultural do instrumento *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 26 de julho de 2018 [citado 5 de outubro de 2022];52. Available at: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/qSqM8qrWvt8mBqJDNVB4Rst/?lang=pt>
98. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2000 [citado 5 de outubro de 2022];34(2):178–83. Available at: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>
99. Cohen J. *STATISTICAL POWER ANALYSIS for the BEHAVIORAL SCIENCES* [Internet]. 2nd Editio. New York: LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES; 1988. 567 p. Available at: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
100. Durlak JA. How to Select, Calculate, and Interpret Effect Sizes. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 1 de outubro de 2009 [citado 8 de dezembro de 2022];34(9):917–28. Available at: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/34/9/917/939415>
101. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. *Cons Fed Med*. 2019;108.
102. Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de maio de 1992 [citado 5 de outubro de 2022];35(5):550–6. Available at:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780350509>

103. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance p in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1 de novembro de 1994 [citado 5 de outubro de 2022];37(11):1593–601. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.1780371106>
104. Helfenstein M, Goldenfum MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012 [citado 25 de outubro de 2022];58(3):358–65. Available at: <http://www.scielo.br/j/ramb/a/b3TBKjLzThPHNtqm3rnL35D/?lang=pt>
105. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 1988. p. 180.
106. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2011 [citado 19 de agosto de 2023];9(2):100. Available at: </pmc/articles/PMC3056855/>
107. Charon R. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*.
108. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not All Patients Want to Participate in Decision Making: A National Study of Public Preferences. *J Gen Intern Med* [Internet]. junho de 2005 [citado 19 de agosto de 2023];20(6):531. Available at: </pmc/articles/PMC1490136/>
109. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* [Internet]. setembro de 2005 [citado 19 de agosto de 2023];3(5):415–21. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16189057/>
110. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 1 de dezembro de 2015 [citado 19 de agosto de 2023];90(12):1600–13. Available at: <http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025619615007168/fulltext>
111. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 1 de fevereiro de 2007;5(1):57–65.
112. Eveleigh RM, Muskens E, Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: Different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1 de janeiro de 2012 [citado 19 de agosto de 2023];65(1):10–5. Available at: <http://www.jclinepi.com/article/S0895435611002228/fulltext>
113. Cole M, Scribner S, Vygotsky L. *A formação social da mente*. 1998;
114. The WHOQOL Group. WHO Quality of Life Scale (WHOQOL). *Psychol Med*. 1998;28(3):551–8.

115. Alves ME dos S, Barakat SH, Oliveira MPS de, Lima BD de S de, Oliveira TR de, Ferreira REB, et al. Espiritualidade e religiosidade em pacientes hospitalizados com dor crônica. *Res Soc Dev*. 2022;11(13):e456111335749.
116. Panzini R, Bandeira D. Coping Religioso/Espiritual [Spiritual/Religious Coping]. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(1):126–35.
117. Gonçalves J. *O Livro da Filosofia*. 2014.
118. Pargament KI. Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. *Relig Clin Pract Psychol*. 27 de outubro de 2004;215–39.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado: **“O IMPACTO DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA.”** que será realizado pelo Mestrado de Tecnologia em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A sua participação é totalmente voluntária e a sua permissão para participar do estudo não modificará o tratamento instituído pelo seu médico e você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, não resultando em qualquer implicação no seu tratamento.

Essa pesquisa tem como objetivo observar quais fatores estão relacionados com a melhoria da qualidade de vida em pacientes com Fibromialgia em Tratamento na Clínica da Dor com foco específico na Relação Médico-Paciente. Com base nesse trabalho, será possível verificar a influência da relação médico paciente no seu tratamento e na qualidade de vida.

Será aplicado um questionário não necessariamente identificado contendo variáveis sociodemográficas, informações acerca do tratamento e perguntas sobre a relação médico-paciente e sua qualidade de vida. Caso o questionário seja identificado, sua identidade será mantida em segredo e ninguém terá acesso às informações coletadas.

A sua concordância sobre a participação no estudo implica na permissão para aplicar os questionários referidos. Ademais, queremos que você concorde com a publicação dos resultados coletados, sempre seguindo os aspectos éticos determinados na resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

A sua participação no estudo poderá trazer benefícios futuros na medida em que auxiliará na elaboração de possíveis métodos de tratamento, além da busca de melhor conhecimento sobre os pacientes com fibromialgia e a melhor forma de conduzir os quadros desses pacientes. Você não terá nenhum benefício direto ou financeiro pela participação; também não terá riscos diretos, tendo em vista que a pesquisa não interfere com o tratamento proposto pelo seu médico, mas terá riscos indiretos de quebra de sigilo de suas informações; no entanto, os pesquisadores se comprometem em hipótese nenhuma revelar a outras pessoas as informações que você fornecer.

Você teve todas as explicações sobre o projeto, mas em caso de dúvidas ou questionamentos, poderá recorrer diretamente aos pesquisadores Marcos Almeida (71 98719-0773) e Neide Scaldaferrri (71 99978-9585), ou ao CEP Professor Doutor Celso Figueirôa no endereço Praça Conselheiro Almeida Couto, 500 Nazaré - Salvador – Bahia, telefone 71 2203-

8362. Caso consinta com a participação no estudo, você deverá assinar uma cópia do presente termo.

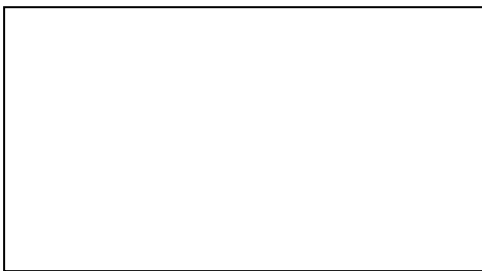
Nome em letras de forma _____

Assinatura do participante _____

Assinatura do responsável _____ Data ___/___/___

Contato dos pesquisadores responsáveis: Dr. Marcos Almeida – Orientador do projeto – e-mail: marcos.almeida@hotmail.com / Fone (71) 98719-0773, Dra. Neide Scaldaferrri – Autora do projeto – e-mail: neidescaldaferrri@gmail.com / (71) 99978-9585.

Impressão dactiloscópica.



ANEXO II -WHOQOL-bref modificado

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

DADOS PESSOAIS

Idade: _____ anos

Data de nascimento: ___/___/_____

Grau de escolaridade: _____

Profissão: _____

Renda média: _____

Etnia: _____

Estado civil: _____

Número de filhos: _____

Possui crença religiosa: () não () sim, qual? _____

INSTRUÇÕES

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido

bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo e volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANTROPOMETRIA, BIOIMPEDÂNCIA E EXAMES LABORATORIAS

Peso: _____ kg **Altura:** _____ cm **IMC:** _____ **Body Fat (BF):** _____ %
Body Water: _____ % **Ossos:** _____ Kg **Músculos:** _____ %
VHS: _____ **PCR:** _____ **FAN:** _____

DADOS MÉDICOS

Diagnósticos de comorbidades: _____

Histórico de cirurgia: () não () sim, quantas: _____; quais: _____

Número de profissionais pelos quais já passou: _____; **Tempo** _____ **de diagnóstico:** _____

Trauma pregresso que justifique estado atual: () não () sim,
qual: _____

Você contraiu o corona vírus (COVID-19): () não; () sim.

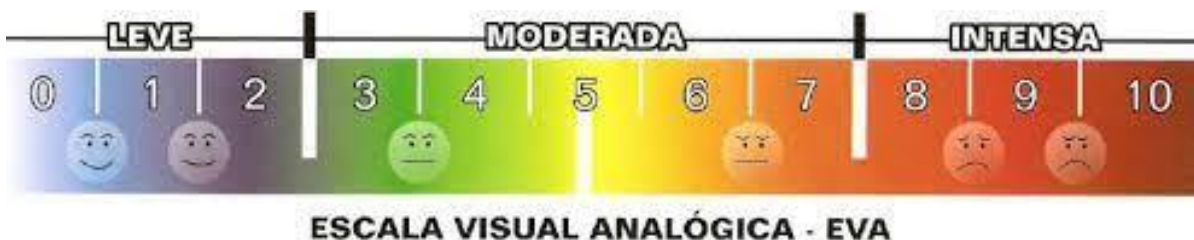
Houve necessidade de internamento hospitalar: () não; () sim;

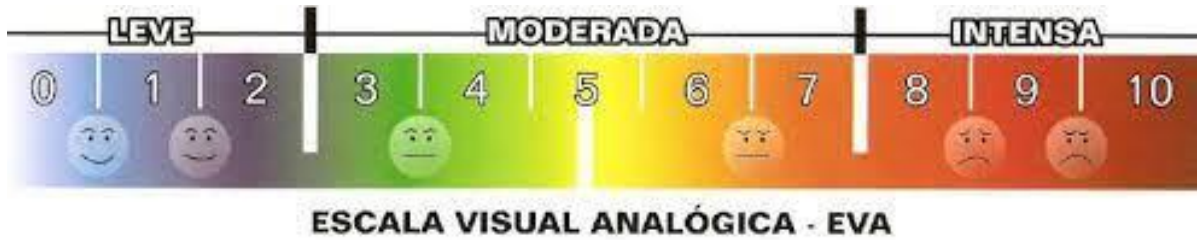
() Enfermaria. Tempo: _____	() UTI. Tempo: _____
------------------------------	-----------------------

A pandemia impactou na sua vida de alguma forma: () não () sim;

() Isolamento social;	() Perda de emprego;	() Adoecimento de familiar
() Sedentarismo;	() Morte de familiar;	() Outros: _____

EVA NO ÍNICIO DA SESSÃO DE TRATAMENTO:



EVA NO FINAL DA SESSÃO DE TRATAMENTO:**Terapêutica domiciliar em uso:**

<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Metadona	<input type="checkbox"/> Tramadol	<input type="checkbox"/> Codeína
<input type="checkbox"/> Pregabalina	<input type="checkbox"/> Gabapentina	<input type="checkbox"/> Desvenlafaxina	<input type="checkbox"/> Venlafaxina
<input type="checkbox"/> Duloxetina	<input type="checkbox"/> Dipirona	<input type="checkbox"/> Paracetamol	<input type="checkbox"/> Outros:_____

Terapêutica intervencionista:

Bloqueio venoso: não sim

<input type="checkbox"/> Lidocaína	<input type="checkbox"/> Metadona	<input type="checkbox"/> Diazepam
<input type="checkbox"/> Cetamina	<input type="checkbox"/> Ranitidina	<input type="checkbox"/> Amplictil
<input type="checkbox"/> Dipirona	<input type="checkbox"/> Buscopam Composto	<input type="checkbox"/> Nausebron
<input type="checkbox"/> Dexametasona	<input type="checkbox"/> MgSO4	<input type="checkbox"/> Hidrocortisona
<input type="checkbox"/> Tramal	<input type="checkbox"/> Traumell	<input type="checkbox"/> Clonidina
<input type="checkbox"/> Toragesic	<input type="checkbox"/> Complexo B	<input type="checkbox"/> Efortil
<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Vitamina C	<input type="checkbox"/> Outros:_____

PA na chegada: _____ mmHg PA na saída: _____ mmHg

FC: _____ bpm SatO2: _____ % FC: _____ bpm SatO2: _____ %

Bloqueio anestésico com Bupivacaína: não sim

<input type="checkbox"/> Bloqueio de nervo craniano	<input type="checkbox"/> Bloqueio simpático lombar	<input type="checkbox"/> Bloqueio de nervo periférico
---	--	---

Procedimentos realizados:

<input type="checkbox"/> Agulhamento a seco	<input type="checkbox"/> Eletroestimulação	<input type="checkbox"/> Acupuntura
<input type="checkbox"/> Auriculoterapia	<input type="checkbox"/> Ventosa	<input type="checkbox"/> Outros:_____

Terapias associadas:

<input type="checkbox"/> Psicoterapia;	<input type="checkbox"/> Massoterapia;	<input type="checkbox"/> Laserterapia
<input type="checkbox"/> Fisioterapia;	<input type="checkbox"/> Nutrologia;	<input type="checkbox"/> Outros:_____

**ANEXO III - PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (PDRQ) –
VERSÃO ORIGINAL E VERSÃO TRADUZIDA**

ORIGINAL	PORTUGUÊS
Apresentação	
<p>You will read nine statements that a person can make about his/her primary care physician (PCP). Please choose the appropriateness of each statement for your PCP by marking one number per statement. The meaning of the numbers is as follows:</p>	<p>Eu vou ler pra você/Você vai ler nove frases sobre o relacionamento que você tem com o Dr. _____ (MÉDICO DA PESSOA). Por favor, eu quero que você me diga/marque o quanto você concorda com cada uma dessas frases, de acordo com as seguintes alternativas:</p>
Opções de respostas	
<p>1 = not at all appropriate 2 = somewhat appropriate 3 = appropriate 4 = mostly appropriate 5 = totally appropriate</p>	<p>1 = Não concordo 2 = Concordo um pouco 3 = Concordo 4 = Concordo muito 5 = Concordo totalmente</p>
Itens do instrumento	
My primary care physician (PCP) understands me.	Meu médico me entende.
I trust my PCP.	Eu confio no meu médico.
My PCP is dedicated to help me	Meu médico se dedica a me ajudar.
I can talk to my PCP.	Eu consigo conversar com o meu médico.
I feel content with my PCP's treatment.	Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece.
I think my PCP finds me hard to deal with	Acho que meu médico acha difícil lidar comigo
My PCP helps me.	Meu médico me ajuda.
My PCP has enough time for me	Meu médico tem tempo suficiente para mim.
I benefit from the treatment of my PCP	Eu me benefício do tratamento do meu médico
My PCP and I agree on the nature of my medical symptoms.	Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas
I find my PCP easily accessible	Eu acho fácil ter acesso ao meu médico
Thanks to my PCP I feel better	Graças ao meu médico, sinto-me melhor
Thanks to my PCP I gained new insight	Graças ao meu médico, ganhei uma nova visão
I can handle my medical symptoms now (Even if my PCP and I have no further meetings)	Eu posso lidar com meus sintomas médicos agora (mesmo se meu médico e eu não tivermos mais reuniões)
My medical symptoms will probably disappear	Meus sintomas médicos provavelmente irão desaparecer

ANEXO IV- Modelo de medicina centrado no paciente com Fibromialgia Guia de Relação médico-paciente em Clínica de Dor

1. Confiança no profissional de saúde;
2. Entendimento compartilhado sobre o processo de adoecimento;
3. Concordância e satisfação com o tratamento escolhido;
4. Dedicção, ajuda, empatia, disponibilidade e acessibilidade do médico;
5. Criação de expectativa positiva diante do diagnóstico e da proposta terapêutica escolhida;
6. Desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença e do sofrimento;
7. Formação de Aliança terapêutica e responsabilidades compartilhadas visando a autonomia do paciente no cuidado com a sua saúde;
8. Trazer construtos relacionados à espiritualidade/religiosidade na abordagem do paciente com Dor crônica.

A abordagem tradicional na prática médica muitas vezes se concentra no diagnóstico de doenças e no tratamento de sintomas específicos. Isso de certa forma negligencia o papel fundamental do paciente como um parceiro ativo na busca pela sua saúde. No entanto, nas últimas décadas, o conceito de Medicina Centrada no Paciente (MCP) emergiu como um paradigma transformador no campo da saúde. A MCP coloca o paciente no centro do processo de cuidado, reconhecendo suas necessidades e preferências individuais.

A Medicina Centrada no Paciente é uma abordagem que enfatiza a importância de compreender as necessidades, valores e preferências do paciente, envolvendo-o de forma ativa e colaborativa nas decisões relacionadas à sua saúde. Segundo Epstein e Street (2011), a MCP busca criar uma parceria terapêutica entre médico e paciente, onde a comunicação eficaz, a empatia e o respeito mútuo são essenciais para uma relação saudável (106).

Um dos fundamentos centrais da MCP é a mudança de uma perspectiva orientada pela doença para uma perspectiva orientada pela pessoa. Charon (2006) destaca que a compreensão da narrativa do paciente - suas experiências, crenças e contexto de vida - é crucial para um diagnóstico e tratamento precisos (107). Considerando que a MCP promove uma abordagem mais holística, não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos psicossociais do paciente.

A implementação da Medicina Centrada no Paciente tem demonstrado diversos benefícios tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. De acordo com

Levinson et al. (2010), a MCP melhora a adesão ao tratamento, a satisfação do paciente e os resultados clínicos, uma vez que o paciente se sente mais envolvido e empoderado em seu próprio cuidado (108). Além disso, a MCP tem sido associada a uma maior eficácia na comunicação médico-paciente, o que por sua vez resulta em diagnósticos mais precisos e melhor entendimento das opções de tratamento (109).

O impacto positivo da MCP se estende também aos profissionais de saúde. A abordagem centrada no paciente está associada a menores níveis de estresse e burnout entre os médicos, pois a colaboração ativa com os pacientes pode reforçar o senso de propósito e realização na prática médica (110). Pois subentende-se um tipo de relação humana, um componente do cuidado, que envolve a participação mútua de dois indivíduos, e vai além de uma estrutura com funções pré-definidas, visando uma avaliação técnica e indicação de condutas ou procedimentos em saúde (84).

O Modelo de medicina centrado no paciente com fibromialgia- Guia de Relação médico paciente em Clínica da Dor foi desenvolvido a partir da análise dos resultados do estudo observacional de corte transversal realizado em uma população de 84 mulheres com diagnóstico de fibromialgia, em acompanhamento em duas clínicas de dor na cidade de Salvador-Ba.

Esse estudo avaliou a relação médico paciente através da aplicação do Questionário de Relacionamento Médico-Paciente (PDRQ-9); considerado um instrumento fidedigno de avaliação da relação médico-paciente, traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (92,93,95). O PDRQ-9 examina os vários aspectos da relação médico-paciente (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, disponibilidade, contentamento e acessibilidade) e avalia diferentes aspectos relacionais e de satisfação a partir do ponto de vista do paciente (84); considerando que essa relação apresenta muitos pontos de convergência com a aliança psicoterapêutica (altos níveis de confiança, cooperação, compreensão empática e pessoalidade (90,91).

Consideramos como pontos chaves no Guia de relação médico paciente em clínica de dor os seguintes itens: Confiança no profissional de saúde; Entendimento compartilhado sobre o processo de adoecimento; Concordância e satisfação com o tratamento escolhido; Dedicação, ajuda, empatia, disponibilidade e acessibilidade do médico; Criação de expectativa positiva diante do diagnóstico e da proposta terapêutica escolhida; Desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença e do sofrimento; Formação de Aliança terapêutica e responsabilidades compartilhadas visando a autonomia

do paciente no cuidado com a sua saúde; Trazer construtos relacionados à espiritualidade/religiosidade na abordagem do paciente com fibromialgia.

A partir desse guia para atendimento de pacientes com fibromialgia em clínica de dor poderão surgir ações interdisciplinares, com novas perspectivas de entendimento no binômio saúde-doença, bem como criação de novas estratégias e práticas de atendimento em serviços médicos ambulatoriais e/ou hospitalares, considerando-se os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais que envolvem os indivíduos portadores dessa patologia tão incapacitante, visando melhoria na qualidade de vida nessa população (66).

De acordo com dados da literatura, os pacientes portadores de fibromialgia, independentemente do tempo diagnóstico e do tratamento instituído, podem apresentar uma certa estabilidade clínica, porém em 50 % dos pacientes pode haver dificuldade na remissão completa dos sintomas dolorosos, que podem persistir por cerca de quinze anos (15). Esse fato ocorre em virtude das alterações nociplástica, e os fatores multicausais, que explicam a fisiopatologia da doença, envolvendo sensibilização do sistema de transmissão, e alterações na modulação do fenômeno doloroso ao nível do sistema nervoso central e periférico (27,28).

Baseada na resposta terapêutica bastante variada encontrada nesses pacientes, a maioria dos autores sugere uma individualização do tratamento para o controle mais efetivo dos sintomas algícos. O manejo desses pacientes deve ser focado numa boa relação com a equipe médica assistente, no sentido da criação de vínculo terapêutico e responsabilidade compartilhada em relação aos cuidados com a saúde, visando uma melhora na qualidade de vida (65). Durante a consulta o médico precisa se dispor a escutar atentamente as queixas dos pacientes desenvolvendo empatia diante do seu relato e descrição da dor (111).

Todos os sintomas devem ser valorizados e detalhados minuciosamente e reavaliados periodicamente pelo médico assistente após a introdução da terapêutica. É importante uma análise dos sinais clínicos, exame físico do paciente, assim como correlacionar com exames complementares, quando estes se fazem necessário no processo do diagnóstico e tratamento. A escuta ativa se faz nesse momento de atenção plena ao discurso do paciente, demonstrando interesse em entendê-lo, desenvolvendo uma compreensão empática, levando em consideração o impacto direto da doença na vida daquele indivíduo, bem como nas limitações impostas pela dor e pelo sofrimento (12).

De um modo geral os pacientes com fibromialgia são mal compreendidos no meio social onde vive devido a complexidade e subjetividade do seu sofrimento e na maneira

como cada paciente reage no seu cotidiano. A confiança ao profissional que o assiste é criada a partir da competência técnica, criação de vínculo, pessoalidade e confidencialidade (111).

O respeito às particularidades e necessidades reais de cada um dos envolvidos no processo de cuidados com a saúde devem ser considerados durante todo o processo de avaliação clínica (92). Os métodos de diagnóstico e os possíveis tratamentos devem ser sugeridos e escolhidos de acordo com a viabilidade e aplicabilidade para aquele indivíduo em particular, considerando os seus aspectos biopsicossocial. Devem ser respeitados os princípios básicos da beneficência e não maleficência na relação do médico com o seu paciente, desde a sua primeira abordagem durante a consulta. (112)

O entendimento compartilhado acontece quando o médico expõe para o seu paciente através de uma linguagem acessível as explicações técnicas sobre suas queixas, os achados do exame clínico e dos exames complementares, correlacionando com os possíveis diagnósticos (12). O detalhamento sobre os processos de adoecimento e fisiopatologia das doenças, bem como mecanismo de ação das medicações e/ou intervenções indicadas trazem mais segurança, aumentam o nível de confiança e adesão ao tratamento. (113)

O conhecimento sobre a causa do seu sofrimento, aumenta o interesse e a dedicação do paciente em participar ativamente na melhoria de sua qualidade de vida (104). Deve ser formada uma aliança terapêutica a partir de uma concordância em relação à doença, ao diagnóstico e à terapêutica escolhida. Nesse processo as responsabilidades serão compartilhadas com definições claras de papéis, compromisso no cumprimento de tarefas para um desfecho positivo, visando bem-estar e saúde. O comprometimento do paciente em desempenhar seu papel como agente transformador da sua própria vida sem delegar essa função exclusivamente para o profissional de saúde que o acompanha é fundamental e deve ser considerado durante as sessões de atendimento/tratamento. (12)

Os profissionais de saúde devem estar disponíveis e demonstrar interesse e dedicação em cuidar do paciente com fibromialgia, esclarecendo suas dúvidas e tornando-se acessíveis durante o tratamento, para acompanhar a resposta terapêutica e dirimir dúvidas que porventura surjam durante o uso de medicações domiciliares. A abordagem desses pacientes é contínua e o tratamento é multimodal, ou seja, envolve o uso de vários medicamentos com diferentes mecanismos de ação, e na maioria das vezes é realizado por

tempo mais prolongado, variando de acordo com as comorbidades associadas, que podem vir a agravar o seu prognóstico. (114)

Além disso, a fadiga e os sintomas depressivos associados à doença podem comprometer e dificultar a recuperação clínica e a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos. Sendo assim, o acolhimento e as regularidades de visitas às instituições de tratamento especializados se fazem necessárias para uma atenção médica de qualidade com equipe multidisciplinar (15). A criação e fortalecimento de vínculo com o médico assistente pode melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e viabilizar ações complementares com mudança de hábitos de vida visando o bem-estar do paciente. (111)

O desenvolvimento de técnicas em educação para a saúde poderá facilitar a autonomia do paciente no cuidado com a sua própria saúde e conseqüentemente possibilitar uma melhoria de sua qualidade de vida de uma forma mais ampla, não só do ponto de vista físico, psicológico, mas também nas suas relações interpessoais e no meio ambiente onde vive. (65; 101). Desse modo o paciente obtém o comprometimento em adquirir hábitos de vida saudável com modificações na sua rotina diária, incluindo alimentação saudável e atividade física regular compatíveis com sua condição clínica.

O entendimento compartilhado da sua patologia e a aliança terapêutica formada numa boa relação do médico-paciente irá possibilitar a criação de estratégias eficazes de enfrentamento da dor e das limitações impostas pela doença no exercício de suas atividades diárias, e conseqüentemente diminuído o seu sofrimento (12). É possível adquirir uma visão mais otimista diante da sua doença através de medidas concretas de transformação de padrões de comportamento que comprometem a realização de suas necessidades básicas que trarão mais felicidade e satisfação para sua vida (96).

Cada vez mais a comunidade científica vêm buscando discutir a importância em abordar o paciente com dor crônica de forma integrada, inclusive levando em consideração a espiritualidade/religiosidade no contexto do seu tratamento (115). A espiritualidade, busca pela transcendência, pode auxiliar pessoas em condições de vulnerabilidade e sofrimento mediante a ressignificação das experiências dolorosas. O cuidado espiritual, respeitando a religiosidade e crenças dos pacientes permitem aliviar a dor, que apesar de ser um sintoma físico, engloba outras dimensões, e seu tratamento eficaz não se limita à terapia farmacológica (115).

Algumas pesquisas demonstraram que visões pessimistas sobre a doença, onde os

indivíduos se julgam “vítimas sofredoras” ou “merecedores de sofrimento”, podem levar a piora do quadro clínico e influenciar negativamente na adesão do paciente ao tratamento instituído. Por outro lado, fortalecer vínculos com espiritualidade, adotar práticas religiosas como leituras edificantes, meditações, orações e reflexões, que trazem visão mais otimista sobre a dor e o sofrimento, podem beneficiar os pacientes, diminuir seu sofrimento, e estimular a sua recuperação (116).

A capacidade de superação da dor através do aprendizado contínuo, compartilhando experiências positivas, com propósitos direcionados para o bem comum, respeitando a individualidade de cada um, deve ser considerada no contexto do paciente com fibromialgia. Independentemente da religiosidade do médico que o assiste, a espiritualidade do paciente deve ser respeitada. Seja o médico agnóstico, “não afirma e nem nega a existência de Deus”; apateísta, “indiferente à religião”, ou ateu “nega a existência de Deus”, e embora a ciência médica não entre no mérito de Deus ou da espiritualidade (117); a fé ou crença religiosa do médico e/ou do seu paciente possibilitam a criação de estratégias transformadoras para lidar com problemas de saúde, e podem trazer uma outra dimensão para o sofrimento ou significado da vida para essas pessoas (118).

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Pesquisador: Marcos Antônio Almeida Matos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50872921.2.0000.5520

Instituição Proponente: SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.944.427

Apresentação do Projeto:

IMPACTO DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da relação médico-paciente na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com Fibromialgia em Tratamento na Clínica da Dor.

Objetivo Secundário:

Avaliar a associação entre relação médico-paciente e aderência ao tratamento; Avaliar os impactos da relação médico-paciente nos resultados do tratamento dos sujeitos com SFM, avaliando controle da dor, remissão dos sintomas, e modificação de hábitos de vida do paciente. Relacionar eventos ligados ao momento atual da Pandemia que influenciaram na qualidade de vida dos pacientes em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco potencial para este estudo é a quebra da confidencialidade dos dados que associem o

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500

Bairro: Nazaré

CEP: 40.050-410

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 4.944.427

participante da pesquisa aos dados coletados, entretanto, para diminuir esse risco, todos os participantes receberão um código de identificação específico e único. Além disso, os dados serão armazenados em banco de dados que possui servidor seguro, a serem acessados apenas pela equipe de pesquisa, entrevistadores previamente treinados. Os dados coletados serão apresentados apenas em eventos e revistas científicas, sendo o anonimato dos pacientes garantido através da não identificação dos seus nomes.

Benefícios:

O estudo não apresenta benefícios diretos para os participantes, à medida que a coleta de dados não irá interferir no desfecho dos pacientes. A despeito disso, esperam-se benefícios indiretos pela busca de melhor conhecimento científico sobre a fibromialgia e o tratamento dispensado aos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista científico. Avalia o efeito da relação na evolução da doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE APRESENTADO.

RISCOS E BENEFÍCIOS

DEMONSTRADOS. CARTA DE

APRESENTAÇÃO.

TERMO DE COMPROMISSO DO

PESQUISADOR. FOLHA DE ROSTO.

Recomendações:

Manter este comitê ciente de alterações e andamento do trabalho.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta evidencia de ilícitos.

Considerações Finais a critério do CEP:

A Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueirôa-Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com a Resolução 466/12.

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500

Bairro: Nazaré

CEP: 40.050-410

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 4.944.427

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

No período de vigência do protocolo de pesquisa aprovado deverá ser apresentado ao CEP Prof. Dr.

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500

Bairro: Nazaré

CEP: 40.050-410

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 4.944.427

Celso Figueiroa o envio do relatório semestral da pesquisa e o relatório final na conclusão do projeto. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf	17/08/2021 11:55:22	MANOELA CERQUEIRA BEZERRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1783215.pdf	16/08/2021 19:48:58		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/08/2021 12:25:54	NEIDE SCALDAFERRI	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	pesquisador.pdf	16/07/2021 19:38:58	NEIDE SCALDAFERRI SAMPAIO COSTA	Aceito
Declaração de concordância	carta.pdf	16/07/2021 19:36:20	NEIDE SCALDAFERRI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	13/07/2021 20:06:54	NEIDE SCALDAFERRI SAMPAIO COSTA	Aceito
Orçamento	O.docx	13/07/2021 20:03:23	NEIDE SCALDAFERRI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/07/2021 20:02:12	NEIDE SCALDAFERRI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/07/2021 20:01:41	NEIDE SCALDAFERRI SAMPAIO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500

Bairro: Nazaré

CEP: 40.050-410

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

Continuação do Parecer: 4.944.427

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



SALVADOR, 31 de
Agosto de 2021

Assinado por:
Jedson dos Santos
Nascimento
(Coordenador(a))

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500

Bairro: Nazaré

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.050-410

Telefone: (71)2203-8362

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br