

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**O RELACIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES
COM FIBROMIALGIA: PROPOSTA DE CARTILHA PARA PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

JOYCE DUTRA DE PAIVA NEVES

**UBERLÂNDIA
2023**

JOYCE DUTRA DE PAIVA NEVES

**O RELACIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES
COM FIBROMIALGIA: PROPOSTA DE CARTILHA PARA PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.**

Área de concentração: Ciências da Saúde.

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Martins
da Silva**

**Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches
Peres**

**UBERLÂNDIA
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

N518r
2023 Neves, Joyce Dutra de Paiva, 1996-
 O relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes com
 fibromialgia [recurso eletrônico] : proposta de cartilha para profissionais
 de saúde/ Joyce Dutra de Paiva Neves. - 2023.

 Orientador: Carlos Henrique Martins da Silva.

 Coorientador: Rodrigo SanchesPeres.

 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

 Modo de acesso: Internet.

 Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.8071>

 Inclui bibliografia.

 1. Ciências médicas. I. Silva, Carlos Henrique Martins da, 1956-,
 (Orient.). II. Peres, Rodrigo Sanches, 1979-, (Coorient.). III.
 Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
 Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

 André Carlos Francisco
 Bibliotecário - CRB-6/3408



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 11 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: (34) 3225-8628 - www.ppcs.famed.ufu.br - ppcs@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional Nº 02/PPCSA				
Data:	05.06.2023	Hora de início:	10:00h	Hora de encerramento:	13:00h
Matrícula do Discente:	12112PSC009				
Nome do Discente:	Joyce Dutra de Paiva Neves				
Título do Trabalho:	O RELACIONAMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES COM FIBROMIALGIA: PROPOSTA DE CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	Prevenção de Agravos à Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Qualidade de Vida e Bioética				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Mconf-Rnp, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Karina Gramani Say (UFSCAR), Marciana Gonçalves Farinha (UFU) e Carlos Henrique da Silva Martins (UFU), orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos, o presidente da mesa, Dr. Carlos Henrique da Silva Martins, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta ocorreram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Karina Gramani Say, Usuário Externo**, em 05/06/2023, às 12:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Henrique Martins da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 05/06/2023, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marciana Gonçalves Farinha, Membro de Comissão**, em 05/06/2023, às 14:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4545388** e o código CRC **77CE0DAF**.

Referência: Processo nº 23117.038743/2023-45

SEI nº 4545388

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Prof. Dr. Carlos Henrique da Silva Martins e ao Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres, pois sem eles nada disso seria possível. Agradeço ao Prof. Carlos pela oportunidade, profissionalismo e apoio na elaboração deste trabalho. Ao Prof. Rodrigo, agradeço pelo conhecimento compartilhado e por sua gentileza e compreensão em cada etapa.

À minha querida mãe Celia, agradeço por tanto que não caberia aqui. Agradeço por me dar as condições e ferramentas para chegar até aqui.

À minha amiga Ludmilla, que trouxe riso e conforto à minha jornada na residência e no mestrado. Nos últimos anos, compartilhamos ansiedades, tristezas e alegrias e comemoramos as conquistas uma da outra como se fossem nossas, obrigada!

Ao Cesar, por ser meu maior motivador, parceiro e melhor amigo em todos os momentos e por me trazer segurança nos momentos mais difíceis.

À minha irmã Bárbara, por vibrar comigo a cada pequena conquista!

Aos meus amigos, que mesmo que de forma online, me ajudaram a manter contato com meu lado alegre e descontraído durante o percurso do mestrado.

Aos membros da banca de qualificação e da banca examinadora da dissertação por terem gentilmente aceitado participar da avaliação deste estudo. Obrigada pelas contribuições tão importantes.

A todos que participaram e contribuíram de alguma maneira para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: A fibromialgia é uma condição clínica, caracterizada por dor crônica e generalizada, inserida em um cenário de incertezas quanto à sua validade e diagnóstico. Nesse contexto, a relação profissional de saúde-paciente pode ser complexa e frustrante, para ambas as partes. A invalidação e o despreparo dos profissionais de saúde impactam negativamente na qualidade de vida de pessoas com fibromialgia, adicionando um fardo significativo para os sintomas. **Objetivo:** Diante disso, o objetivo do estudo é a elaboração de uma cartilha para profissionais de saúde sobre o relacionamento com pacientes com fibromialgia. **Métodos:** Para isso, foi realizada revisão narrativa da literatura, com síntese qualitativa de 19 artigos. **Resultados e Discussão:** As etapas da construção da cartilha possibilitaram o mapeamento, a articulação e a identificação das principais problemáticas relativas ao relacionamento entre profissionais de saúde e pessoas com fibromialgia. Dessa forma, a cartilha buscou contemplar esses diferentes problemas vivenciados na relação, conforme delimitados pelas referências incluídas na amostra bibliográfica. **Conclusão:** Espera-se que a cartilha possa auxiliar profissionais de saúde a estarem preparados para atuar com pessoas com FM, sendo um facilitador e mediador do relacionamento entre ambos.

Palavras-chave: Relacionamento Profissional-Paciente; Fibromialgia; Assistência Centrada no Paciente; Assistência ao Paciente; Atitude do Pessoal de Saúde; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia is a clinical condition characterized by chronic and widespread pain, surrounded by uncertainties regarding its validity and diagnosis. In this context, the healthcare professional-patient relationship can be complex and frustrating for both parties. The invalidation and lack of preparedness of healthcare professionals have a negative impact on the quality of life of people with fibromyalgia, adding a significant burden to their symptoms. **Objective:** Therefore, the aim of this study is to develop a booklet for healthcare professionals on their relationship with patients with fibromyalgia. **Methods:** To achieve this, a narrative literature review was conducted, with a qualitative synthesis of 19 articles. **Results and Discussion:** The steps involved in creating the booklet allowed for the mapping, articulation, and identification of the main issues related to the relationship between healthcare professionals and individuals with fibromyalgia. Thus, the booklet sought to address the different problems experienced in this relationship, as delimited by the references included in the literature sample. **Conclusion:** The aspiration is that the booklet will assist healthcare professionals in being prepared to work with individuals with fibromyalgia, serving as a facilitator and mediator in their relationship.

Keywords: Professional-Patient Relationship; Fibromyalgia; Patient-Centered Care; Patient Care; Attitude of Health Personnel; Health Personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma das etapas da revisão narrativa de literatura.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das referências selecionadas, por autores e ano de publicação, objetivos, procedimentos de coleta e análise de dados, participantes, principais achados e conclusão

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

FM – Fibromialgia

MeSH - *Medical Subject Headings*

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma condição clínica, predominante em mulheres, caracterizada por dor crônica e generalizada, que se manifesta no sistema musculoesquelético, podendo estar relacionada a sintomas sistêmicos, como insônia, fadiga e disfunções cognitivas (WOLFE, 2010). Apesar da existência de relatos compatíveis com a doença que datam de séculos atrás, a FM foi descrita apenas recentemente, em meados do século dezenove, quando ainda não era uma entidade clinicamente bem definida (WOLFE et al., 1990; JÚNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012).

Desde a definição, pelo Colégio Americano de Reumatologia, da FM como uma condição clínica dolorosa musculoesquelética, com presença de dor difusa e de regiões dolorosas (tender points), foram elaboradas revisões que colocaram em pauta os conceitos e critérios diagnósticos da doença, como em 2010, quando foi proposta uma nova categorização, além das revisões publicadas em anos seguintes (WOLFE et al., 1990; WOLFE et al., 2011; WOLFE et al., 2016).

Porém, mesmo com esforços contínuos em conceituar e categorizar a FM de forma homogênea na comunidade científica, a incerteza e a falta de confiança nos critérios diagnósticos permanecem (ATZENI et al., 2019). Do ponto de vista biomédico, a FM ainda apresenta diversos aspectos que não se encontram adequadamente compreendidos, e, nos últimos anos, sua etiologia tem sido associada a uma série de fatores: neurológicos, inflamatórios, imunológicos, endócrinos, genéticos e psicossociais (SIRACUSA, 2021). A falta de consenso a respeito e a variabilidade sintomatológica instauram um constante debate sobre a legitimidade da FM.

A prevalência da FM na população geral é relativamente alta, entre 0,2% a 6,4% em estudos internacionais, e de 2% em estudos na população brasileira (GOREN et al., 2012; SENNA et al., 2004; SOUZA; PERISSINOTTI, 2018). Diferenças nos critérios e métodos diagnósticos contribuem para a variabilidade das estimativas de prevalência e distribuição da FM (WOLFE et al., 2018).

Ou seja, indivíduos com FM não representam um grupo estatisticamente discreto. Ainda assim, a FM carece de reconhecimento entre os profissionais de saúde, e esses frequentemente relatam treinamento inadequado no manejo dessa condição clínica (SILVERWOOD et al., 2017; KUMBHARE et al., 2018). Segundo Shattok et al. (2013), a escassez de conhecimento sobre FM entre os profissionais de saúde indica que

as condições sem explicação médica são ativamente desprezadas nos currículos de saúde.

A história da Medicina demonstra que, desde o fim do século XVIII, condições sem explicação médica têm se apresentado como problemas para a lógica do método anatomopatológico. Segundo Foucault (1977), o nascimento da clínica ocorre justamente nesse contexto, em que há uma busca desenfreada pela produção de um discurso puramente científico e racional sobre as doenças, mantendo-as o mais distante possível dos sujeitos adoecidos.

As formas da racionalidade médica penetram na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo como face primeira da verdade a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência. O espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, dessa vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis (FOUCAULT, 1977, p. XI).

Nos dias de hoje, as tecnologias em saúde se apresentam cada vez mais avançadas, e o diagnóstico via imagem é considerado pela comunidade científica como produtor de uma verdade incontestável sobre o corpo adoecido. Ortega (2008) aponta que, desde que se tornou possível visualizar, através da instrumentalização de novas tecnologias médicas de imageamento corporal, o corpo em seu caráter científico e objetivo sob a ótica biomédica, esse foi privado de sua dimensão subjetiva. Logo, a clínica foi conduzida a um processo de objetificação, e o corpo, agora desvendado pelas tomografias, ressonâncias magnéticas, termômetros e eletrocardiogramas, destituído de uma concepção holística.

Nesse contexto, a dor é vista como expressão de um corpo orgânico adoecido, e, portanto, que precisa ser detectada de alguma forma pelas tecnologias em saúde para ser validada. Quando, mesmo diante de exames avançados, não se encontra agente etiológico que justifique as queixas e os sintomas persistentes, instaura-se um campo de incerteza, tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente (ZORZANELLI, 2011).

Paul-Savoie et al. (2018), abordam como até o cuidado centrado na pessoa e os comportamentos empáticos dos profissionais de saúde tendem a ser significativamente menores para pacientes sem sinais visíveis de dor, como na FM, em comparação com aqueles que apresentam sinais visíveis de dor, como na artrite reumatoide.

Consequentemente, muitas pessoas com FM frequentemente descrevem uma grande falta de compreensão e de reconhecimento por parte dos profissionais de saúde (REIBEL; PEARSON, 2017; HASSELROTH, 2021). A invalidação impacta de modo

bastante negativo na qualidade de vida dos pacientes com FM, adicionando um fardo significativo para os sintomas e acentuando as limitações associadas (LOBO et al, 2014; SANTIAGO et al, 2018; SINGH; ABDUL, 2021).

Segundo Peres (2021), a contestação social de tal condição clínica pode ser vivenciada pelos pacientes como uma “dor extra”. Portanto, além do sofrimento psíquico e físico próprio da FM, muitos deles experimentam um sofrimento ainda mais intenso, produzido pela estigmatização da doença e vivenciado como dor.

Nesse cenário de incertezas quanto à causa e ao tratamento para a FM, a relação profissional de saúde-paciente pode se tornar frustrante, para ambas as partes. Pensando nisso, estudos recentes vão abordar a importância de se colocar em pauta aspectos envolvidos nessa relação, como a comunicação, as crenças e o nível de validação sobre a doença (BIDARI; GHAVIDEL; GHALEHBAGUI, 2018; GOTA, 2018).

JUSTIFICATIVA

Por ter características inespecíficas, a FM carece tanto de conhecimento quanto de reconhecimento dos profissionais de saúde, sendo diagnosticada quase sempre tardiamente (QURESHI, et al, 2021). O tempo médio entre a procura por diagnóstico logo após os primeiros sintomas e o diagnóstico de FM é extenso, com uma média de 6,5 anos (KWIATKOWSKA; AMITAL, 2018). Nesse período, o paciente entra em contato com vários profissionais de saúde, realizando exames onerosos, muitas vezes custeados pela saúde pública.(GHAVIDEL-PARSA et al., 2015; SOUZA, PERISSINOTTI, 2018).

Além disso, a maioria dos pacientes apresenta múltiplas queixas, como dor crônica nas juntas, músculos, cabeça, lombar; fadiga, insônia, deterioração cognitiva, câimbras; formigamento; sintomas ansiosos e depressivos; de difícil manejo, que impactam na qualidade de vida e costumam limitar a capacidade laboral dos indivíduos (GALVEZ-SANCHEZ; DUSCHEK; REYES DEL PASO; 2019; OLIVEIRA JUNIOR; RAMOS, 2019; MAZO; ESTRADA, 2020). Ou seja, a FM requer uma série de investimentos (e não apenas financeiros) por parte do paciente, do profissional de saúde e do sistema de saúde em que eles interagem (COOPER; GILBERT, 2017).

Tais fatos localizam a FM como uma importante questão de saúde pública e colocam em evidência a complexidade do relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde. Assim, constata-se a importância de pesquisas que visem à sistematização de direcionamentos para esses últimos, na linha do que se pretende com o presente estudo por meio da elaboração de uma cartilha.

O presente estudo também se justifica considerando-se que cartilhas representam valiosas ferramentas em termos da educação em saúde, na medida em que podem favorecer a organização e a popularização do conhecimento científico sobre os mais variados aspectos do processo saúde-doença e, por extensão, fomentar a conscientização e a sensibilização a respeito (VASCONCELOS et al, 2015; HECK; CARRARA; VENTURA, 2022).

Além disso, quando direcionadas especificamente a profissionais de saúde, cartilhas são capazes de proporcionar subsídios para a uniformização de condutas e para o aprimoramento de práticas clínicas com o devido respaldo de evidências científicas (MENDEZ et al, 2017; ENUMO et al, 2020).

Portanto, o presente estudo está intimamente relacionado com a prática profissional na área da saúde e visa a atender demandas sociais e profissionais nesse âmbito. Nesse sentido, intenta a produção de conhecimentos que possam contribuir para a assistência em saúde. É preciso ressaltar que, embora a FM cause acentuados prejuízos à qualidade de vida em boa parte dos casos, a baixa adesão aos tratamentos é frequente, e tem sido associada a fatores diversos, dentre os quais problemas concernentes à relação profissional de saúde-paciente (OLIVEIRA JUNIOR; RAMOS, 2019). No entanto, não temos conhecimento de nenhuma cartilha sobre o tema. Logo, o presente estudo possibilitará o preenchimento de uma importante lacuna na literatura científica especializada.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo a elaboração de uma cartilha para profissionais de saúde sobre o relacionamento com pacientes com FM.

MÉTODOS

Acompanhando os procedimentos metodológicos utilizados por Vasconcelos et al (2015) e Conceição, Santos e Maciel (2021), o presente estudo foi realizado em duas etapas, as quais serão descritas a seguir. A primeira etapa se refere a uma pesquisa bibliográfica sobre o tema da cartilha. Já a segunda etapa concerne à elaboração da cartilha propriamente dita, levando em conta informações proporcionadas pela pesquisa bibliográfica.

Com respaldo em Mendez et al (2017), a pesquisa bibliográfica foi desenvolvida por meio de uma revisão narrativa da literatura, modalidade de pesquisa cujo objetivo é descrever e discutir o conhecimento científico sobre um determinado assunto, fazendo-o a partir do mapeamento não-sistemático de publicações acadêmicas prévias (ROTHER,

2007; CAVALCANTE; OLIVEIRA, 2020). De qualquer forma, o processo de localização de referências para a composição da amostra bibliográfica buscou responder à seguinte pergunta norteadora: *Quais são as evidências científicas qualitativas existentes na literatura científica sobre a relação profissional de saúde-paciente com FM?*

Foram privilegiadas pesquisas qualitativas considerando-se que a relação profissional de saúde-paciente é um tema cuja complexidade é determinada por sua natureza subjetiva, conforme Peres (2021). E a utilização de métodos qualitativos valoriza, justamente, a qualidade subjetiva de seus objetos de estudo (Flick, 2009). Vale esclarecer também que, para uma formulação mais precisa da pergunta norteadora, foi empregada a estratégia de acrônimo “Paciente” [P], “Interesse” [I] e “Contexto” [Co] (PICO), embora a mesma seja mais frequente em revisões integrativas (MASCARENHAS et al, 2019).

O processo de localização de referências foi desenvolvido junto a diferentes bases de dados nacionais e internacionais de notória relevância acadêmica, como PubMed, Scielo, MEDLINE e LILACS, a partir de variadas táticas, dentre as quais o cruzamento dos descritores “fibromyalgia” e “professional-patient relations”, tendo em vista que esses constam do *Medical Subject Headings* (MeSH), vocabulário técnico amplamente utilizado para a indexação de artigos veiculados em periódicos científicos.

Vale ressaltar que a busca foi primeiro realizada em setembro de 2022 e atualizada em março de 2023, a fim de verificar a publicação de novos estudos sobre a temática. Além disso, para viabilizar a obtenção de uma amostra bibliográfica mais abrangente, foram cheçadas as publicações citadas pelas referências selecionadas, onde foram encontrados artigos adicionais para a amostra da revisão.

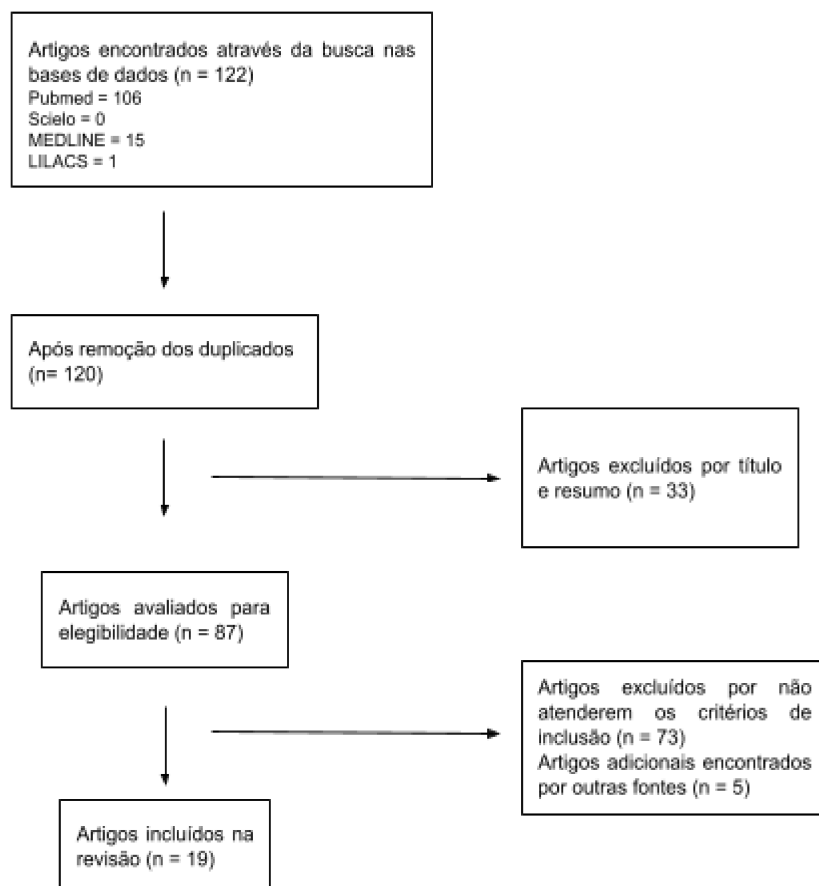
O processo de seleção das referências localizadas foi conduzido em função de três critérios, pois foram incluídas na amostra bibliográfica aquelas: (1) que se enquadraram como artigos revisados por pares veiculados em periódicos científicos, (2) que eram advindas de pesquisas empíricas qualitativas que contaram com a participação de pacientes com FM ou de profissionais de saúde com alguma experiência com esse público e (3) que discutiam, de maneira direta ou indireta, aspectos do vínculo entre os membros da díade.

Foram excluídos estudos que coletaram dados usando métodos qualitativos, mas não analisaram esses dados usando métodos de análise qualitativa (por exemplo, pesquisas em que os dados foram analisados usando apenas estatísticas descritivas). Além disso, foi excluído artigo de método misto que, apesar de ter seu conteúdo

qualitativo identificável, não fornecia informações suficientes sobre os aspectos metodológicos da fase qualitativa do estudo.

Para facilitar a visualização das etapas da revisão, foi realizado fluxograma, que pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma das etapas da revisão narrativa de literatura.



Após a definição da amostra bibliográfica, as referências selecionadas foram submetidas ao processo de avaliação, cuja finalidade foi, mediante uma leitura exaustiva, a extração e a tabulação de informações sobre seus objetivos, procedimentos de coleta e análise de dados, participantes, principais achados e conclusão. Assim, foi possível a obtenção de um panorama das evidências científicas qualitativas atualmente disponíveis a respeito da relação profissional de saúde-paciente com FM. Esse panorama proporcionou os elementos necessários para a segunda etapa do presente estudo, por meio da qual se deu a elaboração da cartilha.

Mais especificamente, buscou-se contemplar na cartilha diferentes problemas vivenciados na relação profissional de saúde-paciente com FM, conforme delimitados pelas referências incluídas na amostra bibliográfica. Além disso, o conteúdo foi elaborado com o intuito de apresentar recomendações práticas quanto ao que deve ser

feito e ao que deve ser evitado, por parte de profissionais de saúde de diferentes áreas, particularmente não especialistas, para prevenir ou atenuar esses problemas. Trata-se, portanto, de recomendações voltadas a profissionais assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais. Entende-se também que as recomendações da cartilha podem, em determinados contextos, serem úteis também para médicos não especialistas.

As recomendações foram formuladas a partir da articulação de aportes teóricos provenientes de diferentes disciplinas, dentre as quais Psicologia (HAYNAL, 2005; CAPRARA; FRANCO, 2006; STRAUBE, 2019), Bioética (TURBAY; EVANGELISTA, 2017), Enfermagem (SILVA, 2022) e Psicossomática (CANELLA, 2010; CALDEIRA, 2001). Cumpre assinalar que a elaboração da cartilha seguiu as principais recomendações preconizadas pela literatura científica especializada quanto à linguagem, ilustração e diagramação, conforme sumarizadas por Mendez et al. (2017). Dessa forma, não foram utilizados termos específicos de qualquer área de formação, as ideias foram apresentadas conforme uma determinada ordem lógica, imagens foram empregadas para tornar a leitura mais leve e o conteúdo foi dividido em subtítulos e disposto em frases curtas, redigidas em fonte escura sobre fundo claro.

Deve-se esclarecer que o *layout* da cartilha foi elaborado por um profissional ilustrador/designer gráfico, para obtenção de um produto de boa qualidade visual. Por fim, é preciso informar que a cartilha está sendo produzida em versão digital, a exemplo daquela elaborada por Enumo et al (2020).

RESULTADOS

A amostra bibliográfica relativa à primeira etapa do presente estudo foi composta por 19 referências, as quais foram selecionadas por preencherem os critérios de inclusão estabelecidos. Na Tabela 1 (Anexo 1) encontram-se identificadas cada uma delas, por ano de publicação em ordem crescente, com os respectivos resultados do processo de avaliação norteado pelos parâmetros já mencionados. O panorama da literatura científica proporcionado pelo exame dessas referências revela que, em diferentes contextos, a relação profissional de saúde-paciente com FM tende a ser atravessada por diferentes problemas.

Quanto à segunda etapa do presente estudo, de elaboração da cartilha propriamente dita, cumpre assinalar, inicialmente, que foi priorizado um título atrativo, seguido de um subtítulo informativo, em complemento. Na primeira parte da cartilha encontra-se uma seção de apresentação, a qual a contextualiza e também veicula um

conteúdo introdutório sobre a FM. A seguir, constam 10 recomendações que contemplam especificamente o manejo da relação profissional de saúde-paciente com FM e obedecem a uma sequência lógica, avançando das mais genéricas para as mais específicas quanto aos problemas que abordam.

Porém, todas as recomendações possuem o mesmo formato: (a) uma frase mais curta, que resume a ideia principal, como um subtítulo, (b) um parágrafo inicial, que demarca o problema contemplado pela recomendação, e (c) um parágrafo final, com um detalhamento da recomendação. Encerrando a cartilha, há duas tabelas com verbalizações e atitudes relativas às recomendações.

Vale destacar que as referências em que são descritos os problemas contemplados na cartilha se encontram devidamente citadas. Por outro lado, o mesmo não ocorre a propósito das recomendações, na medida em que foram elaboradas com base na articulação de aportes teóricos provenientes de diferentes disciplinas, como já mencionado. De qualquer forma, as referências utilizadas como inspiração nesse processo foram citadas na apresentação.

DISCUSSÃO

A seguir, realizou-se breve discussão dos principais achados qualitativos da revisão narrativa de literatura, visto que essa foi etapa indispensável no processo de construção da cartilha.

O diagnóstico é abordado direta e indiretamente em todos os estudos, e exposto como um processo lento e árduo devido às (in)especificidades da FM: a falta de uma etiologia específica ou de critérios diagnósticos bem delimitados. Devido a tais questões, é uma condição que pode demorar anos para ser diagnosticada, período em que o paciente precisa passar por uma série de consultas, exames e que continua a vivenciar uma série de sintomas (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; DURIF-BRUCKERT; ROUX; ROUSSET, 2014; COLMENARES-ROA et al., 2014; ASHE et al., 2017; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2017; VARINEN et al., 2022).

Os estudos abordam como os profissionais de saúde têm ciência da falta de reconhecimento, a nível social, da FM, o que pode dificultar ainda mais o diagnóstico (MAEDA, POLLAK, MARTINS, 2009; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; ASHE et al., 2017). Alguns profissionais podem inclusive evitar fornecer o diagnóstico de FM, por acreditarem que os pacientes terão que lidar com o peso e estigma de um diagnóstico não reconhecido socialmente (MAEDA, POLLAK, MARTINS, 2009; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; VARINEN et al., 2022) ou assumir o papel de

uma pessoa doente e apresentar decréscimo nos esforços de reabilitação (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; ROINTENBERG; SHOSHANA, 2019; SCHULTZ et al., 2021).

O diagnóstico também é contestado entre os profissionais de saúde, e diversos estudos vão abordar como a FM é tomada, por alguns profissionais, como uma condição que não merece atenção especializada, minimizando o problema de saúde e até desdenhando da condição e de seu tratamento (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; DURIF-BUCKERT; ROUX; ROUSSET, 2014; COLMENARES-ROA et al., 2014; ASHE et al., 2017; BRIONES-VOZMEDIANO, 2017; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2017; MUNÕZ et al., 2018; SCHULTZ et al., 2021; NISHIKAWARA, 2023). Os pacientes, ao escutarem dos profissionais de saúde que sua condição não é grave, mesmo quando a fala desses é bem intencionada, sentem que seus sintomas são desconsiderados e não são levados a sério (MAEDA; POLLAK; MARTINS, 2009; ASHE et al., 2017; VARINEN et al., 2022).

Profissionais que atestam o caráter biopsicossocial da condição possuem impacto positivo nos pacientes (MAEDA; POLLAK; MARTINS, 2009; ASHE et al., 2017; BRIONES-VOZMEDIANO, 2017; NISHIKAWARA, 2023), a despeito daqueles que atribuem os sintomas a fatores psicológicos, diminuindo a experiência física da dor (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; SCHULTZ et al., 2021; VARINEN et al., 2022). Assim, intervenções interdisciplinares com equipe multiprofissional se mostram mais eficientes no tratamento da FM, enquanto a escassez de serviços especializados pode ser um fator limitante importante (NISHIKAWARA, 2023).

A comunicação entre profissional de saúde e paciente sobre a FM é exposta no estudo de Colmenares-Roa et al. (2014) como algo a ser considerado, visto que, quando acontece de forma negativa, pode levar a sentimentos de angústia, incerteza e desesperança. A comunicação sobre um diagnóstico está relacionada à condição do profissional de saúde em se comunicar bem e promover ensino-aprendizagem, já que se trata de uma relação pedagógica, no sentido em que necessita acessar o outro para que este se responsabilize pelo seu tratamento e busque ativamente mudanças (OLIVEIRA; LEFÈVRE, 2017).

Chegar a um diagnóstico pode ser o ponto de virada no processo de saúde e doença por dar credibilidade ao paciente e legitimar seus sintomas (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; DENNIS; LARKIN; DERBYSHIRE, 2013;

COLMENARES-ROA et al., 2014; BOULTON, 2019). Porém, pacientes que recebem o diagnóstico sabendo do estigma e sem acesso a orientações do profissional de saúde podem ter dificuldades em aceitar o diagnóstico, procurando outros profissionais ou fazendo mais exames, como constatado na experiência dos participantes dos estudos de Colmenares-Roa et al. (2014), Munõz et al., 2018 e Boulton (2019).

A habilidade de abordar um diagnóstico com o paciente pode ser adquirida com informações e treinamento, a fim de que consequências negativas para os pacientes sejam minimizadas (FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGO, 2019). Sobre a questão, diversos estudos expõem as consequências de uma formação técnica deficitária, que inclui dificuldades em fornecer diagnóstico em tempo hábil, fazer procedimentos incorretos ou desnecessários, não fornecer tratamentos e estratégias atualizadas e coerentes com o diagnóstico, além de despreparo para lidar com questões emocionais (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; COLMENARES-ROA et al., 2014; DURIF-BUCKERT; ROUX; ROUSSET, 2014; SCHULTZ et al., 2021; NISHIKAWARA, 2023). Tais questões, do ponto de vista do paciente, resultam em confusão e sofrimento, contribuindo para que eles migrem de um profissional para outro (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; DENNIS; LARKIN; DERBYSHIRE, 2013; MUNÕZ et al., 2018; CHEN, 2020).

Diante disso, cabe ao profissional de saúde desenvolver uma atuação técnica, ética e humanizada, valorizando as tecnologias relacionais (PERES, 2021), e compreendendo que o encontro com o paciente é indissociável às inquietudes, aos sentimentos e às noções que o paciente tem acerca de sua doença (BUCKER et al., 2018). A própria adesão ao tratamento depende de uma melhor relação entre profissionais de saúde e pacientes, na qual ambos são responsáveis pela tomada de decisão (MAEDA; POLLAK; MARTINS, 2009; COLMENARES-ROA et al., 2014; CHEN, 2020; NISHIKAWARA, 2023).

Para incentivar a aderência ao tratamento, os profissionais de saúde devem buscar estabelecer um diálogo que leve em consideração as crenças, dúvidas e opiniões do paciente. Assim, no manejo da FM, o modelo clínico centrado na pessoa parece ser o mais adequado e eficaz, por valorizar o indivíduo e suas crenças e por englobar os aspectos biopsicossociais dessa condição (MUNÕZ et al., 2018; HASSELROTH et al., 2021). O estilo de comunicação centrado no paciente tem demonstrado resultados

positivos na satisfação de pacientes com FM também em estudos quantitativos (ALAMO; MORAL; TORRES, 2002; ULLRICH; HAUER; FARIN, 2014).

De uma forma geral, as expectativas do paciente com FM sobre o atendimento em saúde parecem diferir das percebidas pelos profissionais de saúde. Enquanto os profissionais de saúde tendem a pensar que os pacientes chegam aos consultórios com expectativas de cura ou tratamento medicamentoso, os pacientes expõem que ter seus sintomas validados e seus sentimentos acolhidos é a principal expectativa nesse contexto (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; DENNIS; LARKIN; DERBYSHIRE, 2013; COLMENARES-ROA et al., 2014; ULLRICH; HAUER; FARIN, 2014; BRIONES-VOZMEDIANO, 2017; CHEN, 2020). Ou seja, os pacientes parecem valorizar mais os aspectos relacionais do atendimento do que a melhora sintomática *per si*.

O desencontro das concepções do paciente e do profissional de saúde aponta para um modelo de saúde curativo, que pressupõe as necessidades do paciente ao invés de escutá-las. Segundo Foucault (1977), o modelo biomédico de saúde contribuiu significativamente para que o foco da saúde se volte para a patologia em detrimento dos sujeitos que as vivenciam. E no caso da FM, a impossibilidade de uma confirmação visual da dor, faz com que a experiência subjetiva dos sintomas seja inadmissível como indicadora de adoecimento e sofrimento (JUUSO et al., 2011; ASHE et al., 2017; BOULTON, 2019; PERES, 2022; VARINEN et al., 2022).

Os estudos abordam a existência de diversas crenças de profissionais de saúde sobre a FM: de que os pacientes estão fingindo (JUUSO et al., 2011; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; BRIONES-VOZMEDIANO, 2017; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2017; SCHULTZ et al., 2021; NISHIKAWARA, 2023), de que a FM é uma doença de mulher (BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2013; BRIONES-VOZMEDIANO, 2017; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2017; NISHIKAWARA, 2023), que a FM é uma condição de origem emocional (ASHE et al., 2017; BRIONES-VOZMEDIANO et al., 2017; MUNÕZ et al., 2018; ROINTENBERG; SHOSHANA, 2019; SCHULTZ et al., 2021), entre outras.

Tais crenças são construídas e internalizadas, muitas vezes de forma inconsciente, durante o percurso de formação e atuação em saúde e devem ser reavaliadas (MAEDA; POLLAK; MARTINS, 2009; PERES, 2022). Nesse sentido, a

incorporação de materiais educativos na formação em saúde pode facilitar e contribuir para o fortalecimento das práticas profissionais.

As etapas da construção da cartilha possibilitaram o mapeamento, a articulação e a identificação das principais problemáticas relativas ao relacionamento entre profissionais de saúde e pessoas com FM. Portanto, os conteúdos abordados na cartilha, em forma de dez recomendações, embasam-se na literatura científica disponível sobre o assunto e contribuem para uma prática profissional pautada e fundamentada na ética em saúde.

A cartilha foi sistematizada em dez recomendações no intuito de facilitar a compreensão e a organização do conteúdo, para que o leitor se sinta mais motivado a ler o texto na íntegra. Apesar de a cartilha ter como público-alvo profissionais de saúde, e, portanto, indivíduos com pelo menos formação técnica em saúde, ela foi redigida com linguagem simples, buscando facilitar a compreensão e elevar a motivação do leitor (OLIVEIRA; LOPES, 2014; GRUDNIEWICZ et al., 2015).

Retratou-se também, através de exemplos, situações, e tabela de atitudes e verbalizações, a realidade do cotidiano dos profissionais de saúde no atendimento a pacientes com FM, pois, segundo Lima et al. (2014), indivíduos que participam de abordagens educativas tornam-se mais propensos a adotar novos comportamentos quando sentem que as informações obtidas colaboram com sua realidade de atuação. Os documentos e as tecnologias educativas, como cartilhas, manuais e protocolos, quando sistematizados através de revisão de literatura, facilitam a aplicação de conhecimentos científicos na prática clínica, e, conseqüentemente, contribuem para a prestação de uma assistência em saúde baseada em evidências (MEDEIROS et al., 2015).

Como contribuição para a prática, destaca-se que a cartilha produzida pode ser considerada um material mediador para a interação entre profissionais de saúde e pessoas com FM, visto que foi produzida a partir de estudos com a perspectiva de ambos os atores. Nesse sentido, pode ajudar a minimizar as principais dificuldades dessa relação e possibilitar a construção de uma parceria no tratamento da FM. Além disso, ressalta-se a originalidade da cartilha, que se propõe a abordar os aspectos relacionais da assistência em saúde, enfatizando a importância de um atendimento centrado no paciente.

Em relação às limitações do estudo, cabe ressaltar que os estudos selecionados para a construção da cartilha eram heterogêneos quanto ao país de realização da pesquisa. Compreende-se tal questão como fator limitante, tendo em vista que as nuances dos relacionamentos entre profissionais de saúde e pacientes podem variar de acordo com o contexto sociocultural, particularmente quando uma condição dolorosa está presente (LIPTON; MARBACH, 1984). Por outro lado, demonstra que as problemáticas que embasaram a cartilha foram relatadas em estudos dos mais variados países, podendo ser utilizado como instrumento educativo para profissionais de saúde de diversas realidades.

Além disso, foi possível constatar, através da análise do método dos 15 estudos que tiveram como participantes pacientes com FM, que apenas oito deixaram clara a necessidade de diagnóstico médico especializado, com base em critérios diagnósticos reconhecidos, para a seleção da amostra.

Como principal limitação do presente estudo, pode-se citar o fato de que a cartilha ainda não foi submetida a um processo sistemático de validação. Tal limitação será superada futuramente, o que conferirá maior credibilidade ao material educativo em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este estudo pode auxiliar profissionais de saúde a estarem bem preparados para atuar com pessoas com FM, partindo do pressuposto de que a obtenção de conhecimentos teóricos instrumentaliza o indivíduo na prática clínica. A cartilha contemplou aspectos relevantes da literatura científica para serem trabalhados na relação profissional de saúde e paciente com FM, podendo direcionar a prática clínica dos profissionais e ampliar o cuidado do paciente. Além disso, espera-se que esse estudo possibilite o desdobramento para futuras pesquisas a respeito da elaboração e desenvolvimento de cartilhas voltadas à aspectos relacionais no âmbito da saúde.

REFERÊNCIAS

ABLIN J. N. Fibromyalgia 2019: myths and realities. **Israel Medical Association Journal.** v. 21, n. 6, p. 426- 428, Jun. 2019. Disponível em: <https://www.ima.org.il/MedicineIMAJ/viewarticle.aspx?year=2019&month=06&page=426>. Acesso em: 17 set. 2021.

ALAMO, M.M., MORAL, R.R, TORRES, L.A.P. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary

care. **Patient Education and Counseling**. v. 48, n. 1, p. 23-31. Sep. 2002. DOI: [https://doi-org/10.1016/s0738-3991\(02\)00095-2](https://doi-org/10.1016/s0738-3991(02)00095-2).

ASHE, S. C., FURNESS, P. J., TAYLOR, S. J., HAYWOOD-SMALL, S., LAWSON, K. A qualitative exploration of the experiences of living with and being treated for fibromyalgia. **Health Psychology Open**, v. 4, n. 2, Jul/Dez. 2017. DOI: <https://doi-org/10.1177/2055102917724336>

ATZENI, F; TALOTTA, R; MSALA, I.F. et al. One year in review 2019: fibromyalgia. **Clinical and Experimental Rheumatology**. v. 37, n. 1, p. 3-10, Jan./Feb. 2019. Supplement 126. Disponível em: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=13903>. Acesso em: 09 out. 2021.

BIDARI, A; GHAVIDEL PARSA B; GHALEHBAGHI, B. Challenges in fibromyalgia diagnosis: from meaning of symptoms to fibromyalgia labeling. **Korean Journal of Pain**, v. 31, n. 3, p. 147-154, Jul. 2018. DOI: <https://doi-org/10.3344/kjp.2018.31.3.147>

BOULTON, T. Nothing and everything: fibromyalgia as a diagnosis of exclusion and inclusion. **Qualitative Health Research**. v. 29, n. 6, p. 809-819, 2019. DOI: <https://doi-org/10.1177/1049732318804509>.

BRIONES-VOZMEDIANO, E., VIVES-CASES, C. RONDA-PÉREZ, E. GIL-GONZÁLEZ, D. Patients' and Professionals' Views on Managing Fibromyalgia. **Pain Research and Management [Internet]**. v. 18, n. 1, p. 19-24, 2013. DOI: <https://doi-org/10.1155/2013/742510>.

BRIONES-VOZMEDIANO E. The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients. **Global Health Action**. v. 10, n. 1:1275191, Jan 2017. DOI: <https://doi-org/10.1080/16549716.2017.1275191>.

BRIONES-VOZMEDIANO E, ÖHMAN A, GOICOLEA I, VIVES-CASES C. "The complaining women": health professionals' perceptions on patients with fibromyalgia in Spain. **Disability and Rehabilitation**. v. 40, n. 14, p. 1679–85, Apr. 2017. DOI: <https://doi-org/10.1080/09638288.2017.1306759>.

BUCKER L.C.G, FRANCO L.S, LEÃO M, Oliveira M.R, HIGINO S., MELLO D.R, et al. COMUNICAÇÃO ACESSÍVEL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DURANTE A ANAMNESE. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**. v. 4, n.1, p. 133–42, Jun 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v4n1a16>

CALDEIRA, G. Abordagem do paciente. In: CALDEIRA, G; MARTINS, J. D., Orgs. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 211-224.

CANELLA, P. **Relação médico-cliente**. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 522-545.

CAPRARA, A., FRANCO, A. L. S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 85-108.

CAVALCANTE, L. T. C.; OLIVEIRA, A. A. S. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 1, p. 83-102, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>.

CHEN, A.T., SWAMINATHAN, A. Factors in the Building of Effective Patient–Provider Relationships in the Context of Fibromyalgia. **Pain Medicine**. v. 21, n. 1, p. 138–49, Jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/pm/pnz054>

COLMENARES-ROA T, HUERTA-SIL G, INFANTE-CASTAÑEDA C, LINO-PÉREZ L, ALVAREZ-HERNÁNDEZ E, PELÁEZ-BALLESTAS I. Doctor–Patient Relationship Between Individuals With Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico. **Qualitative Health Research**. v. 26, n. 12, p. 1674–88, Jul., 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315588742>.

CONCEIÇÃO, A. N., SANTOS, I. V. R., MACIEL, R. P. Proposta de uma cartilha educativa para pacientes acamados sobre medidas preventivas de lesão por pressão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, e468101624167, 2021. DOI:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24167>.

COOPER S, GILBERT L. An exploratory study of the experience of fibromyalgia diagnosis in South Africa. **Health.**, v. 21, n. 3, p. 337-353, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459316677623>.

DENNIS N.L., LARKIN M., DERBYSHIRE S.W.G. “A giant mess” - making sense of complexity in the accounts of people with fibromyalgia. **British Journal of Health Psychology**. v. 18, n. 4, p. 763–81, Jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12020>.

DURIF-BRUCKERT C, ROUX P, ROUSSET H. Medication and the patient-doctor relationship: a qualitative study with patients suffering from fibromyalgia. **Health Expectations**. v. 18, n. 6, p. 2584–94, Jul., 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12230>.

ENUMO, S. R. F. et al Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 2020, v. 37, e200065. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>.

ESCUDERO-CARRETERO M.J, GARCÍA-TOYOS N., PRIETO-RODRÍGUEZ M.A., PÉREZ-CORRAL O., MARCH-CERDÁ J., LÓPEZ-DOBLAS M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud – estudio de investigación cualitativa. **Reumatología Clínica**. v. 6, n. 1, p. 16-22, 2010. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.04.008>.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREIBERGER M.H., CARVALHO D. de, BONAMIGO E.L. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Revista Bioética**. v. 27, n. 2, p.318–25, Jun. 2019.DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272316>.

GALVEZ-SÁNCHEZ, C.M., DUSCHEK, S., REYES DEL PASO, G.A. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 12, p. 117-127, Feb. 2019. DOI: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240>

GHAVIDEL-PARSA, B., BIDARI, A., AMIR MAAFI, A., GHALEBHAGUI, B. The Iceberg Nature of Fibromyalgia Burden: The Clinical and Economic Aspects. **Korean**

Journal of Pain. v. 28, n. 3, p. 169-76, Jul. 2015. DOI: <https://doi.org/10.3344/kjp.2015.28.3.169>.

GOREN, A. et al. Prevalence of pain awareness, treatment, and associated health outcomes across different conditions in Brazil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 308-319, Dec. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000400002>

GOTA, C.E. What you can do for your fibromyalgia patient. **Cleveland Journal of Medicine**, v. 85, n. 5, p. 367-376, May 2018. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.85gr.18002>.

GRUDNIEWICZ A, BHATTACHARYYA O, MCKIBBON KA, STRAUS SE. Redesigning printed educational materials for primary care physicians: design improvements increase usability. **Implementation Science**. v. 10, n.1, Nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0339-5>.

HASSELROTH, R., BJORLING, G., FAAG, C., BOSE, C. N. "Can Someone as Young as You Really Feel That Much Pain?" - A Survey on How People With Fibromyalgia Experience Healthcare in Sweden. **SAGE Open Nursing**,v. 24, n. 7, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/23779608211026145>.

HAUSER, W., FIRTZCHARLES, M. A. Facts and myths pertaining to fibromyalgia. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 20, n. 1, p. 53–62, Mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/whauser>

Haynal, A. A Psicologia Médica e o diálogo médico-paciente. In: Caixeta M, Org. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 9-11.

HECK, L. O., CARRARA, B. S., VENTURA, C. A. A. ENFERMAGEM E A ADVOCACIA EM SAÚDE: PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA. **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 31, 20210364, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0364pt>.

HELFENSTEIN JUNIOR, M., GOLDENFUM, M. A., SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira [online]**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 358-365, Jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300018>

JUUSO P., SKÄR, L., OLSSON, M., SÖDERBERG, S. Living with a double burden: meanings of pain for women with fibromyalgia. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**. v. 6, n. 3, 7184, p. 1-9, 2011. DOI: <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i3.7184>

KOOL, M. B., VAN MIDDENDORP, H. BOEIJE, H. R., GEENEN, R. Understanding the lack of understanding: invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. **Arthritis & Rheumatology**, v. 61, n. 12, p.1650–1656, Dec. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.24922>.

KUMBHARE, D., AHMED, S., SANDER T, GROSMAN-RIMON, L., SRBELY, J. A survey of physicians' knowledge and adherence to the diagnostic criteria for fibromyalgia. **Pain Medicine**, v. 19, v. 6, p. 1254-1264, Jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/pm/pnx271>

KWIATKOWSKA, B., AMITAL, H. Diagnostic and therapeutic challenge - fibromyalgia. **Reumatologia**, v. 56, n. 5, p. 273-274, Oct. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5114/reum.2018.79495>

LIMA M.A. de, PAGLIUCA L.M.F., NASCIMENTO J.C. do, CAETANO J. Á. Virtual Guide On Ocular Self-Examination To Support The Self-Care Practice For People With HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 48, n. 2, p. 285–91, Apr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000013>.

LIPTON, J.A., MARBACH J. J. Ethnicity and the pain experience. **Social Science & Medicine [Internet]**. v. 19, n. 12, p. 1279–98, 1984. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90015-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90015-7)

LOBO, C. P., PFALZGRAF, A. R., GIANNETTI, V., KANYONGO, G. Impact of invalidation and trust in physicians on health outcomes in fibromyalgia patients. **The primary care companion for CNS disorders**, v. 16, n. 5, Oct. 2014. DOI: <https://doi.org/10.4088/PCC.14m01664>.

MAEDA, A.M.C, POLLAK, D.F., MARTINS, M.A.V. A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 3, p. 393-404, Sep. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300010>.

MARQUES FILHO, J. Relacionamento médico-paciente. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 238-239, Ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/BgzFSjFJCrGnqcK7bnRXH4j/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 02 jan. 2020.

MASCARENHAS, V. H. A. et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 350-357, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>.

MEDEIROS, R.S., FERREIRA JÚNIOR, M.A., PINTO, D.P.S.R., FORTES, V. A., SANTOS, V.E.P, BARICHELO, E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Referência - Revista de Enfermagem [Internet]**, v. IV, n. 4, p. 127-35, Jan./Feb., 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974007.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2022.

MENDEZ, S. P., SÁ, K. N., ARAÚJO, P. C. S., OLIVEIRA, I. A. V. F., GOSLING, A. P., BAPTISTA, A. F. Desenvolvimento de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica. **Dor**, v. 18, n. 3, p. 199-121, 2017.

MUÑOZ, R. L. S., SILVA, A. E. V. F., DANTAS, D. I., FERNANDES, A. M. B. L.Itinerários terapêuticos de pessoas com fibromialgia até um centro de tratamento da dor: um estudo qualitativo. **ABCS Health Science**, v. 43, n. 3, p. 148-155, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i3.1087>

NISHIKAWARA, R. K., SCHULTZ, I. Z., BUTTERFIELDS, L. D. MUWWAY, J. W. “You have to believe the patient”: What do people with fibromyalgia find helpful (and hindering) when accessing healthcare? **Canadian Journal of Pain**, v. 7, n. 2, p. 3-16, Feb. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/24740527.2023.2176745>.

OLIVEIRA S.C., LOPES M.V. de O., FERNANDES A. Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy. **Revista Latino-Americana**

de Enfermagem [Internet]. v. 22, n. 4, p. 611–20, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3313.2459>.

OLIVEIRA, R. A. DE, LEFÈVRE F. COMMUNICATION ON DISCLOSURE OF TUBERCULOSIS DIAGNOSIS AND ADHERENCE TO TREATMENT: SOCIAL REPRESENTATIONS OF PROFESSIONALS AND PATIENTS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006790015>.

OLIVEIRA JUNIOR, J. O. de; RAMOS, J. V. C. Adherence to fibromyalgia treatment: challenges and impact on the quality of life. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 81-87, Mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190015>

ORTEGA, F. O **Corpo Incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, 256 p.

PERES, R. S. La relación entre profesional de la salud y paciente desde la perspectiva de mujeres con fibromialgia. In: TRIMBOLI, A.; GRANDE, E.; RAGGI, S.; FANTIN, J. C.; FRIDMAN, P.; BERTRAN, G. (Orgs.). **Construcción colectiva de políticas sanitarias en tiempos de pandemia**. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, 2021. p. 632-634.

PERES, R. S.. Experiences of Falling Ill with Fibromyalgia: An Incursion into the Collective Imaginary of Women. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 31, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3140>.

QUEIROZ, L. P. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. **Current Pain and Headache Reports**, v. 17, n.8, p. 356, Jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>.

QURESHI, A. G. SAURAV, K. J., ISKANDER, J., AVANTHIKA, C., JHAVERI, S., PATEL, V. H., RASAGNA-POTINI, B., TALHA-AZAM, A. Diagnostic Challenges and Management of Fibromyalgia. **Cureus**, v. 13, n. 10, Oct. 2021. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.18692>.

ROITENBERG, N., SHOSHANA, A. Physiotherapists' accounts of fibromyalgia: role-uncertainty and professional shortcomings. **Disability and Rehabilitation**, v. 43, n. 4, p. 545-552, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1632939>

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SANTIAGO, M.G., MARQUES, A., KOOL, M., GEENEN, R., SILVA, J. A. P. Invalidation in Patients with Rheumatic Diseases: Clinical and Psychological Framework. **The Journal of Rheumatology**, v. 44, n. 4, p. 512-518, Apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.160559>.

SENNA, E.R., BARROS, A. L., SILVA, E., COSTA, I., PEREIRA, L., CICONELLI, R., FERRAZ, M. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **The Journal of Rheumatology**, v. 31, n. 3, p. 594-597, Mar. 2004. Disponível em: <https://www.jrheum.org/content/31/3/594> Acesso em: 02 jan. 2021.

SINGH, G., ABDUL, H. Invalidation in fibromyalgia and rheumatoid arthritis and its effect on quality of life in Indian patients. **International journal of rheumatic diseases**, v. 24, n. 8, p. 1047-1052, Aug. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.14163>.

SHATTOCK, L., WILLIANS, H., CALDWELL, K., ANDERSON, K., PETERS, S. 'They've just got symptoms without science': medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms. **Patient Education and Counseling**, v. 91, n. 2, p. 249-54, May 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.015>.

SCHULTZ, R., LA COUR, P., KOUSGAARD, M.B., DAVIDSEN, A.S. "My private theory is that it's all in the head": Understandings of chronic widespread pain among social workers from municipality job centers in Denmark. **Health Psychology Open**, v. 8, n. 1, p. 205510292199536, Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/2055102921995367>.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Loyola, 2022.

SILVERWOOD, V., CHEW-GRAHAM, C.A., RAYBOULD, I., THOMAS, B., PETERS, S. 'If it's a medical issue I would have covered it by now': learning about fibromyalgia through the hidden curriculum: a qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 12, n. 17, p. 160, Sep 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0972-6>.

SIRACUSA, R., PAOLA, R. D., CUZZOCREA, S., IMPELLIZZERI, D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 22, n. 8, p. 3891, Apr 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms22083891>.

SOUZA, J. B. de; PERISSINOTTI, D. M. N. A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira, **Brazilian Journal of Pain, São Paulo**, v. 1, n. 4, p. 345-348, Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>

STRAUB, R. O. **Health Psychology: a biopsychosocial approach**. 6th ed. New York: Macmillan, 2019.

ULLRICH, A., HAUER, J., FARIN, E. Communication preferences in patients with fibromyalgia syndrome: descriptive results and patient characteristics as predictors. **Patient Preference and Adherence [Internet]**, v. 8, p. 135-45, Jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.2147/PPA.S53474>

VARINEN, A., VUORIO, T., KOSUNEN, E., KOSKELA, T.H. Experiences of patients with fibromyalgia at a Finnish Health Centre: A qualitative study. **European Journal of General Practice**, v. 28, n. 1, p. 157-64, Jun 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2085683>.

VASCONCELOS, T. B., LOURENÇO, D.R.L., CARDOSO A. R. N. R., MACENA R. H. M., BASTOS, V. P. D., MATOSO, G.R. Cartilha educativa para orientação dos profissionais de saúde sobre os equipamentos de proteção individual. **Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 232-244, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2550>. Acesso em: 10 nov. 2022.

VINCENT, A., WHIPPLE, M. O., RHUDY, L. M. Fibromyalgia flares: a qualitative analysis. **Pain Medicine**, n. 17, n. 3, p. 463-468, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/pme.12676>.

WOLFE, F., et al. "The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee," **Arthritis and Rheumatism**, v. 33, n. 2, p. 160-172, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>.

WOLFE, F., et al. "The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity," **Arthritis Care and Research**, v. 62, n. 5, p. 600-610, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

WOLFE, F., et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. **The Journal of Rheumatology**, v. 38, n. 6, p. 1113-1122, Jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.100594>

WOLFE, F., et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 46, n. 3, p. 319-329, Dec. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

WOLFE, F., et al. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. **PLoS One**, v. 13, n. 9. Sep. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203755>.

ZORZANELLI, R. T. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 25-31, Mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/jsTTfg7sbQ8gKX67MwqCnrk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2022.

ANEXO 1

Tabela 1. Distribuição das referências selecionadas, por autores e ano de publicação, objetivos, procedimentos de coleta e análise de dados, participantes, principais achados e conclusão

Autores e ano de publicação	Objetivos	Coleta e Análise de dados	Participantes	Principais achados	Conclusão
Maeda, Pollak, Martins, 2009.	Entender como o residente médico em reumatologia compreende o atendimento ao paciente com FM.	Discursos espontâneos orais, com análise idiossincrática, nomotética e de proposição.	15 residentes do segundo ano de reumatologia de três hospitais.	O atendimento causa frustração, trazendo sentimento de impotência e indignação; o paciente sofre preconceito; o médico necessita de preparo emocional para atender; o diagnóstico é marcado pela falta de comprovação laboratorial e subjetividade da anamnese; o médico necessita do apoio da psicologia, e o tratamento requer uma equipe multidisciplinar.	O atendimento é frustrante e gera sentimento de impotência, sendo preciso maior preparo psicológico na formação médica e uma atuação mais integrada entre medicina, psicologia e fisioterapia.
Escudero-Carretero, García-Toyos, Prieto-Rodríguez, Pérez-Corral, March-Cerdá, López-Doblas, 2010.	Conhecer a experiência de pessoas com FM e suas expectativas sobre o sistema de saúde e seus profissionais.	Grupos focais e análise de conteúdo.	20 mulheres e 1 homem com diagnóstico de FM.	Os pacientes descrevem uma experiência difícil com sintomas incapacitantes, de vida, agilizandopresença de sentimentos de incompreensão e angústias, diminuindo sua solidão. Eles desenvolvem diferentes estratégias de enfrentamento e têm expectativas do sistema de saúde e dos profissionais de saúde.	A atenção à saúde do paciente com FM deve cuidar especialmente de sua qualidade de vida, agilizando diagnósticos, diminuindo suas angústias, facilitando seu processo de cuidado e oferecendo acompanhamento, interesse, compreensão e apoio dos profissionais.
Juuso, Skär, Olsson, Söderberg, 2011.	Elucidar os significados da dor para pacientes com FM.	Entrevistas narrativas e análise hermenêutica fenomenológica.	15 mulheres com diagnóstico de FM.	Os achados mostraram que os significados da dor para mulheres com FM podem ser entendidos como viver com um fardo duplo: o de conviver com uma dor imprevisível e avassaladora de toda a sua existência e o de ser questionado pelos outros	É importante que os enfermeiros e demais profissionais de saúde reconheçam e compreendam as mulheres com FM e suas experiências de dor, a fim de apoiá-las em suas necessidades e ajudá-las a se sentirem bem, apesar da dor.

				em relação à dor invisível.	
Briones-Vozmediano, Vives-Cases, Ronda-Pérez, Gil-González, 2013.	Examinar três aspectos do manejo da FM (diagnóstico, tratamento e relação profissional de saúde-paciente) para explorar áreas específicas do processo de cuidado em saúde que profissionais e pacientes podem considerar insatisfatórias.	Entrevistas semiestruturadas, com análise de discurso descritiva interpretativa, baseada no raciocínio indutivo.	12 pacientes com diagnóstico de FM e nove profissionais de saúde.	As autoras constataram a insatisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais com o manejo da FM como um todo.	Os serviços de saúde devem oferecer um maior suporte a esses pacientes na forma de recursos específicos, como ambulatórios de FM a profissionais de saúde com maior conscientização sobre a doença.
Dennis, Larkin, Derbyshire, 2013.	Entender a variação nas interpretações dos pacientes sobre seus próprios sintomas.	20 pessoas com FM.	Entrevistas via e-mail, com análise interpretativa fenomenológica.	Os entrevistados demonstraram seus consideráveis esforços para impor ordem e sentido à complexidade e à multiplicidade, em termos da instabilidade de seus sintomas. Eles expressaram ambivalência em relação ao diagnóstico, médicos e medicação.	Questões de estigma e legitimidade precisam ser consideradas cuidadosamente pelos profissionais de saúde em contexto da experiência complexa e incerta dos pacientes.
Colmenares-Roa, et al. 2015.	Descrever e analisar a relação entre pacientes com FM e reumatologistas em contextos públicos e privados do Sistema de Saúde do México.	Entrevistas em profundidade com análise narrativa.	Oito pacientes com diagnóstico de FM e quatro médicos reumatologistas.	O estigma, a rejeição e a negação da existência da doença foram identificados. Na relação médico-paciente, os encontros foram mais fluidos nas consultas privadas em comparação com os hospitais públicos. O modelo de atenção à saúde centrado no médico é prevalente nas instituições públicas, enquanto no setor privado, para além dessa, foram observadas as características do modelo centrado no paciente.	Cada tipo de subsistema de assistência médica (público ou privado) molda diferentes relacionamentos entre pacientes e médicos. Deve haver uma mudança de atitude de ambos os atores e a consideração de fatores sociais e culturais na percepção médica.
Durif-Bruckert, Roux, Rousset, 2015.	Compreender a experiência de medicação de pacientes com FM e seu relacionamento com os médicos.	Entrevistas semiestruturadas com análise de conteúdo qualitativa.	35 pacientes com diagnóstico de FM.	Os resultados mostram que os pacientes procuram reconhecimento, validação, parceria e colaboração com seus médicos. Desenvolver um modelo de parceria com o médico possibilita ao paciente moldar sua própria doença, por meio da medicação.	A experiência dos pacientes com a medicação deve ser analisada como indissociável da apropriação da doença, na validação, parceria e colaboração com seus médicos. É mediando sua relação com a medicação que os pacientes dão sentido à colaboração que desenvolvem com seus médicos.
Briones-Vozmediano, Öhman, Goicolea, VivesCases, 2017.	Explorar as percepções dos prestadores de serviços de saúde em relação aos pacientes com FM na Espanha	Entrevistas semiestruturadas com análise qualitativa de conteúdo	12 prestadores de serviços de saúde envolvidos no atendimento de pacientes com diagnóstico de FM.	Foi identificado um estereótipo do paciente com FM: a “mulher doente queixosa”. Observou-se também que a FM é considerada um problema de saúde da mulher e que isso pode dificultar o acesso a benefícios; e que os profissionais de saúde podem ter diferentes atitudes com relação aos pacientes com FM.	A incerteza em torno da FM, juntamente com o fato de que os afetados são principalmente mulheres, parecem influenciar a prática profissional em termos de falta de reconhecimento da FM como uma doença grave. O aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde é essencial para melhorar o apoio e a atenção aos pacientes com FM.
Briones-Vozmediano 2017.	Explorar a construção social da FM na perspectiva das políticas de saúde, dos pacientes	Entrevistas com análise temática de conteúdo.	16 pacientes com diagnóstico de FM e 12 profissionais de saúde.	Os resultados mostram que, na Espanha, o fato de que a FM não tem reconhecimento ainda permanece: nas políticas,	As esferas política, profissional e individual influenciam a forma como essa doença é construída em nível social.

	e dos profissionais de saúde.			nos campos clínico e profissional e no círculo social dos pacientes.	
Ashe, Furness, Taylor, Haywood-Smale, Lawson, 2017.	Explorar a experiência de vida e tratamento de pessoas com FM no Reino Unido com a intenção de projetar intervenções.	Entrevistas semiestruturadas em profundidade e análise interpretativa fenomenológica.	14 pessoas com diagnóstico de FM.	Foram identificados os seguintes temas: Inautenticidade da FM, Uma experiência de saúde não convencional, Recriar redes de apoio, Desafiar a identidade laboral, Ameaçar a dinâmica familiar e lutar, aceitar ou se acomodar?	A natureza contestada levou a uma construção social da FM, que impacta negativamente a experiência daqueles que vivem com ela e a reformulação da FM exigiria tanto a validação dessa condição clínica pelos profissionais de saúde quanto uma maior conscientização pública.
Muñoz, Silva, Dantas, Fernandes, 2018.	Analisar os itinerários terapêuticos (IT) construídos por pessoas com diagnóstico de FM ao percorrer o sistema de saúde até chegar a um centro de reabilitação na cidade de João Pessoa, Paraíba.	Análise de conteúdo, a partir de entrevistas abertas com pacientes.	15 mulheres com diagnóstico de FM.	Os autores identificaram através dos discursos três núcleos semânticos ou dificuldades na busca de IT: a percepção do problema através dos sintomas e do seu impacto; o processo diagnóstico demorado, o conjunto de experiências frustradas e demoradas no sistema de saúde, e marcado por experiências negativas na relação médico-paciente.	As narrativas evidenciaram uma série de sofrimentos e dificuldades na busca de diagnóstico e tratamento, os quais podem subsidiar o planejamento da atenção em saúde à pessoa fibromiálgica.
Chen, Swaminathan, 2020.	Examinar, do ponto de vista dos pacientes, os fatores que influenciam a formação de relacionamentos eficazes entre paciente com FM e profissionais de saúde.	Entrevistas semiestruturadas com análise qualitativa interpretativa fenomenológica e teoria fundamentada construtivista.	23 pacientes com diagnóstico de FM.	Os autores identificaram três fatores importantes que influenciaram a construção de relacionamentos eficazes: e três temas importantes relativos à informação.	A compreensão dos elementos-chave do desenvolvimento do relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde pode ser utilizada de várias maneiras para melhorar o atendimento clínico.
Boulton, 2019.	Examinar as experiências dos participantes do processo diagnóstico e como eles se sentem ao receber o rótulo de paciente com FM.	Entrevistas qualitativas em profundidade e análise narrativa.	31 mulheres e homens no Canadá e no Reino Unido que foram diagnosticados com FM.	O diagnóstico de FM é incerto e vago, resultando em sentimentos de dúvida. Além disso, é visto como uma “promessa vazia” porque falha em fornecer respostas definitivas ou conferir significado e legitimidade às experiências de doença.	Apesar de compartilharem o mesmo diagnóstico, pessoas com FM não têm um conjunto comum de sintomas e uma única experiência de doença. Portanto, é importante que profissionais de saúde escutem histórias das pessoas com FM, levando em consideração todos os aspectos da experiência da doença.
Schultz, Cour, Kousgaard, Davidse 2021.	Investigar o entendimento de assistentes sociais de um centro municipal de empregos sobre a dor crônica generalizada (DCG).	Entrevistas semiestruturadas com análise fenomenológica interpretativa.	12 assistentes sociais.	Os resultados mostraram que os participantes percebem predominantemente o adoecimento dos cidadãos como mediado psicossocialmente. Apenas alguns participantes mencionaram possibilidades de explicações somáticas da DCG.	Iniciativas com educação de assistentes sociais podem superar alguns dos desafios e otimizar os entendimentos e a comunicação dos assistentes sociais em relação à DCG. Clínicas interdisciplinares para avaliar as condições das pessoas com DCG podem ser outra possibilidade de contrariar a visão dicotômica dos profissionais.
Peres, 2021.	Investigar o imaginário coletivo sobre FM segundo mulheres afetadas.	Entrevistas grupais com uso de recurso mediador (Procedimento desenho-estória com tema) e método de investigação psicanalítica.	18 mulheres com diagnóstico de FM.	Os resultados mostraram que, após adoecer, as participantes não sentem as mesmas pessoas que eram antes ou, em certos casos, nem se consideram mais como pessoas. A deslegitimação sofrimento psíquico, que é descrito pelas participantes como uma espécie de dor.	Deve-se valorizar as tecnologias relacionais não oferecido por equipes multiprofissionais a mulheres com FM, a fim de mitigar os efeitos negativos da deslegitimação e da contestação social nas experiências dessas pacientes.

Roitenberg, Shoshana, 2021.	Examinar os relatos sobre FM fornecidos por fisioterapeutas, com foco em definição e tratamento.	Entrevistas semi-estruturadas em profundidade, e análise temática dos dados.	20 fisioterapeutas com experiência em conjunto a pacientes com diagnóstico de FM.	Ocorreram dois temas abrangentes: (a) a FM como um diagnóstico ambíguo e incerto, sendo desvalorizada pelos fisioterapeutas; (b) o papel da criatividade no desenvolvimento de tratamentos focando no manejo da doença.	O tratamento de pacientes com FM desafia os fisioterapeutas, principalmente por deficiências que se dedicam a pacientes com FM devem receber treinamento especial para reduzir sua incerteza e ambiguidade de papel. Os profissionais de saúde devem melhorar a comunicação entre si, para estabelecer metas compartilhadas de tratamento baseadas em evidências.
Hasselroth, Björling, Faag, Nahlén Bose, 2021.	Explorar as experiências de pessoas com fibromialgia em seus encontros com profissionais de saúde na Suécia.	Survey com análise do conteúdo dos dados das perguntas abertas	409 pessoas com FM. Porém, 377 responderam as perguntas abertas.	Os achados quantitativos do estudo foram confirmados nas respostas de texto livre que foram categorizadas em: Ceticismo e desinteresse e Profissionalismo e empatia.	O conhecimento sobre a fibromialgia precisa ser aumentado e os pacientes devem ser levados a sério e tratados com respeito, além de receber suporte adequado.
Varinen, Vuorio, Kosunen, Koskela, 2022.	Explorar as experiências dos pacientes com FM durante o processo diagnóstico na atenção primária à saúde e determinar como a consulta diagnóstica poderia ser melhorada.	Grupos focais com análise temática do conteúdo.	18 pacientes com diagnóstico de FMA divididos em quatro grupos focais distintos.	Os resultados mostraram a presença de incertezas e contradições durante todo o percurso de saúde do paciente com FM. Além disso, os pacientes expressaram o desejo por uma abordagem holística, empática e atualizada de seus sintomas.	Os autores explicitam a importância de alguns fatores: uma boa relação médico-paciente, a continuidade do cuidado, a atitude e conhecimento do médico sobre a FM.
Nishikawara, Schultz, Butterfield, Murray, 2023.	O estudo objetivou investigar as experiências de saúde de pessoas com FM, com foco nas barreiras e nos facilitadores.	Técnica do Incidente Crítico	14 pacientes com diagnóstico de FM.	Os autores identificaram três categorias de experiências de saúde: Navegação sistêmica; Aliança clínico-paciente; e Estratégias de autogestão do paciente. Os participantes tendiam a conceituar sua educação e a conscientização sobre os aspectos psicossociais da saúde como um problema sistêmico de várias camadas.	É preciso reconhecer as complexidades e o impacto psicológico da dor, confiar nas relações médico-paciente, cuidar de maneira multidisciplinar/interdisciplinar dentro de uma estrutura biopsicossocial e melhorar a educação e a conscientização sobre os aspectos psicossociais da saúde como um problema sistêmico de várias camadas.

ARQUIVOS ADICIONAIS

Arquivo adicional 1. Cartilha para o manejo da relação profissional de saúde-paciente com FM.

TENHO UM(A) PACIENTE COM FIBROMIALGIA: E AGORA?

RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DA
RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE



Joyce Dutra de Paiva Neves
Carlos Henrique Martins da Silva
Rodrigo Sanches Peres

APRESENTAÇÃO

A fibromialgia é uma condição clínica crônica, que acomete predominantemente mulheres, cujos principais sintomas são dor musculoesquelética difusa, de origem não-inflamatória, e distúrbios da atenção, da memória, do humor e do sono¹⁻². Devido à inexistência de marcadores objetivos em testes de laboratório e exames de imagem, o diagnóstico é baseado, principalmente, nas queixas dos(as) pacientes³⁻⁴.

Embora esteja associada a alterações no sistema nervoso central quanto ao processamento da dor⁵, a fibromialgia não possui etiologia suficientemente estabelecida. De qualquer modo, para a maioria dos(as) pacientes acometidos(as), os prejuízos à qualidade de vida são acentuados, já que, a despeito de não causar deformidades, a fibromialgia tende a acarretar diversas limitações físicas⁶.

Devido a tais particularidades, a assistência em saúde a esse público geralmente suscita uma série de desafios, para todos os envolvidos, os quais podem ser superados com maior ou menor dificuldade a depender, dentre outras variáveis, da qualidade da relação profissional de saúde-paciente⁷.

Sabe-se, por exemplo, que pacientes com fibromialgia que se sentem desvalorizados(as) e incompreendidos(as) pelos(as) profissionais de saúde tendem a se mostrar mais insatisfeitos(as) com a própria saúde, e isso leva à utilização excessiva dos serviços de saúde, o que, por sua vez, pode gerar sobrecarga nos(as) profissionais de saúde⁸⁻⁹.

Portanto, o objetivo desta cartilha é proporcionar a você, profissional de saúde, subsídios para o manejo de sua relação com pacientes com fibromialgia em prol da resolutividade e do acolhimento, em consonância com os princípios da humanização.

Você encontrará a seguir 10 recomendações práticas sobre o que fazer e o que evitar durante os atendimentos que realiza junto a esse público, independentemente de sua área de formação.

Elaboramos essas recomendações, por um lado, com base na articulação de aportes teóricos provenientes de diferentes disciplinas¹⁰⁻¹⁶. Por outro lado, nos preocupamos em contemplar problemas delimitados por meio de pesquisas científicas recentes sobre a relação profissional de saúde-paciente com fibromialgia.

Mas ressaltamos que cabe a você, profissional de saúde, avaliar até que ponto as recomendações apresentadas a seguir se aplicam ao(a) seu(sua) paciente com fibromialgia. Isto é: utilize seu julgamento clínico para a tomada de decisões referentes tanto às questões técnicas quanto às questões relacionais da assistência em saúde.



“Acho que não é para tanto”. “Parece-me que você está exagerando”. Muitos(as) pacientes com fibromialgia afirmam que já ouviram de profissionais de saúde avaliações semelhantes a essas após relatarem quadros dolorosos ou outros sintomas e, como consequência, sentiram que não estavam sendo levados(as) a sério¹⁷⁻¹⁸. Tal sentimento, além de desagradável, geralmente se mostra desfavorável para a continuidade dos tratamentos.

Posto isso, cabe a você, profissional de saúde, acreditar na honestidade de seu(sua) paciente com fibromialgia quanto às queixas que ele(a) apresenta, até porque os sintomas de tal condição clínica são reais. Além disso, a confiança mútua é um dos alicerces da assistência em saúde. Em contrapartida, eventualmente um caso de simulação pode ser confundido, ao menos em um primeiro momento, com um caso de fibromialgia. Porém, a confirmação de um caso de simulação demanda uma avaliação psiquiátrica e psicológica criteriosa, para que se estabeleça um diagnóstico diferencial com segurança e, então, sejam adotadas as condutas adequadas.



PARA AUXILIAR SEU(SUA) PACIENTE A CONVIVER COM A FIBROMIALGIA, DEMONSTRE INTERESSE POR ELE(A) TAMBÉM COMO PESSOA

Principalmente devido às limitações físicas que provoca, a fibromialgia leva muitos(as) pacientes a não se sentirem mais as mesmas pessoas que eram antes do adoecimento. Em alguns casos mais extremos, eles(as) passam até mesmo a não se enxergar mais como pessoas, na medida em que vivenciam um processo complexo por meio do qual, simbolicamente, se consideram reduzidos(as) a um corpo que padece de dor¹⁹.

Por mais que sua rotina de trabalho seja repleta de compromissos, você, profissional de saúde, pode auxiliar a prevenir ou atenuar esse problema procurando conhecer a singularidade humana de seu(sua) paciente para favorecer a adaptação à tal condição clínica. Uma boa forma de fazer isso é reservar alguns instantes durante os atendimentos para conversar sobre atividades prazerosas que foram abandonadas devido ao surgimento da fibromialgia, mas que talvez possam ser retomadas com algumas modificações. Ou então busque conhecer um pouco dos gostos e costumes de seu(sua) paciente, para ajudá-lo(a) a descobrir novas atividades prazerosas.



Crenças são interpretações da realidade que, apesar de não serem fundamentadas apenas racionalmente, influenciam as relações humanas. De acordo com as crenças de alguns(mas) profissionais de saúde, a fibromialgia seria somente um subtipo de depressão, ou então seus sintomas não seriam reais. Por outro lado, segundo uma crença bastante comum entre pacientes, a fibromialgia se caracterizaria pela imprevisibilidade, pois surgiria inexplicavelmente, bem como seus sintomas seriam amenizados ou acentuados de modo aleatório²⁰⁻²¹.

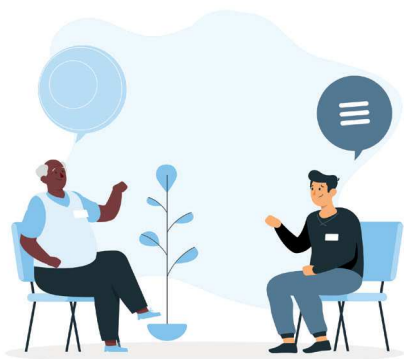
Crenças como essas tendem a tornar a relação profissional de saúde-paciente tensa e conflituosa, em especial porque, além de gerarem uma incômoda sensação de impotência, são capazes de causar indisposição e até mesmo indignação. Para que isso não ocorra, é importante que você, profissional de saúde, esteja sempre atento(a) tanto às suas crenças quanto às crenças de seu(sua) paciente com fibromialgia. Busque identifica-las e problematiza-las, sobretudo a fim de compreender como, quando e porque elas se originaram.



VALORIZE A PERSPECTIVA DE SEU(SUA) PACIENTE COM FIBROMIALGIA NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Muitos(as) pacientes com fibromialgia alegam que não tiveram oportunidade de conversar suficientemente com os(as) profissionais de saúde acerca das intervenções que lhes foram prescritas. Outros(as) afirmam não terem recebido informações sobre os possíveis efeitos adversos dos tratamentos aos quais acabaram se submetendo e, por essa razão, se sentiram desrespeitados(as). Situações como essas tendem a desgastar significativamente a relação profissional de saúde-paciente^{22, 23}.

Logo, valorizar a perspectiva de seu(sua) paciente no processo de elaboração do plano terapêutico é a estratégia mais aconselhável. Ao fazer isso, você, profissional de saúde, não estará desconsiderando seus conhecimentos, mas, sim, compartilhando a tomada de decisões sobre a assistência em saúde. Consequentemente, as chances de adesão aos tratamentos serão potencializadas.



Para muitos(as) pacientes, a confirmação do diagnóstico de fibromialgia representa, inicialmente, um certo alívio, pois encerra um período de grandes incertezas quanto à própria saúde. Contudo, pode passar a ser vista como uma “promessa vazia” em um segundo momento, pois, frequentemente, não viabiliza o acesso aos diversos tratamentos existentes. Um(a) profissional de saúde que assume um postura conformista frente à fibromialgia, como se nada pudesse ser feito, pouco contribui para a reversão de tal cenário²⁴⁻²⁵.

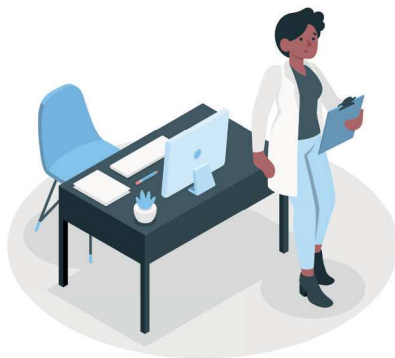
Por essa razão, é importante que você, profissional de saúde, demonstre empatia e solidariedade por seu(sua) paciente com fibromialgia e forneça a ele(a) informações apropriadas e atualizadas sobre diferentes possibilidades terapêuticas. Isso vai estimulá-lo(a) a vislumbrar o futuro com esperança quanto ao alívio dos sintomas, algo viável a despeito da inexistência de tratamentos curativos. E leve em conta que uma abordagem multidisciplinar habitualmente é mais efetiva devido à complexidade típica da fibromialgia.



DEMONSTRE ABERTURA PARA DISCUTIR INFORMAÇÕES SOBRE A FIBROMIALGIA ADQUIRIDAS POR SEU(SUA) PACIENTE

Como a fibromialgia ainda está envolta em uma série de controvérsias devido à sua etiologia indefinida, é natural que seu(sua) paciente busque obter informações sobre variados aspectos de tal condição clínica junto a diferentes fontes, inclusive via *internet*. Ele(a) provavelmente reportará a você algumas das informações que vier a encontrar, até para saber sua opinião a respeito²⁶.

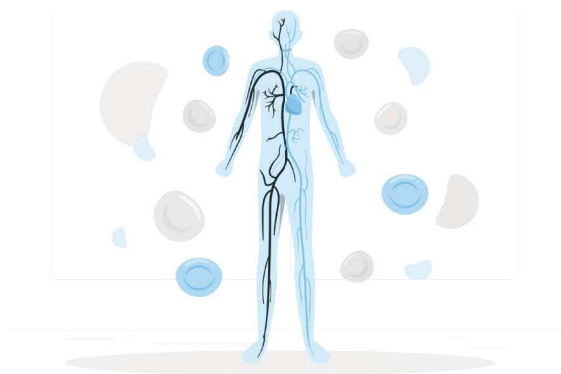
Quando isso ocorrer, seja receptivo(a). Não recrimine seu(sua) paciente por tentar entender melhor o que se passa com ele(a) mesmo(a). Se necessário, retifique didaticamente informações incorretas e, com respeito e cordialidade, sugira fontes confiáveis para necessidades futuras, atuando como um(a) facilitador(a) estratégico(a).



NÃO LEVE SEU(SUA) PACIENTE A PENSAR QUE A FIBROMIALGIA É CAUSADA EXCLUSIVAMENTE POR UM “PROBLEMA EMOCIONAL”

Diversos(as) pacientes com fibromialgia referem que já ouviram algum(a) profissional de saúde afirmar ou sugerir que a origem de tal condição clínica é unicamente emocional, o que é inapropriado por, pelo menos, dois motivos. Em primeiro lugar, porque, de acordo com a hipótese mais amplamente aceita na atualidade, a fibromialgia resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. E, em segundo lugar, porque, ainda que involuntariamente, associar o surgimento da fibromialgia a questões emocionais acaba provocando um penoso processo de culpabilização²⁷⁻²⁸.

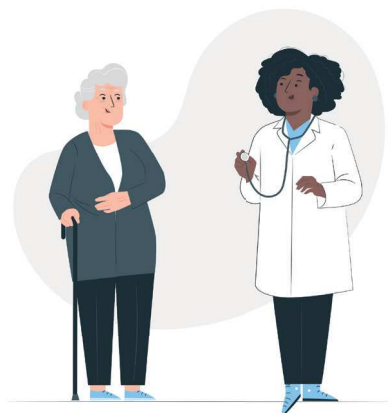
Para destacar a importância de seu(sua) paciente com fibromialgia cuidar da própria saúde mental, é preferível que você, profissional de saúde, deixe claro que as intervenções psicológicas, em seus diferentes formatos, tendem a auxiliar no enfrentamento de situações estressantes, como aquelas que costumam ser desencadeadas pelos sintomas dessa condição clínica. Por esse motivo, não são indicadas apenas para portadores de transtornos mentais graves.



TENHA CUIDADO PARA NÃO PROVOCAR INVALIDAÇÃO EMOCIONAL QUANDO TENTAR CONFORTAR SEU(SUA) PACIENTE COM FIBROMIALGIA

Quando pacientes com fibromialgia relatam que se sentem tristes, desanimados(as) ou infelizes devido ao impacto psicológico negativo do adoecimento, profissionais de saúde comumente buscam fornecê-los conforto enfatizando que tal condição clínica não é tão grave em comparação com outras que oferecem risco direto à vida²⁹. Porém, essa estratégia supostamente tranquilizadora tende a causar frustração e a gerar uma marcante sensação de desamparo.

O ideal é que você, profissional de saúde, além de oferecer uma escuta atenta, proporcione validação emocional, comunicando que os sentimentos expressos por seu(sua) paciente com fibromialgia são compreensíveis diante das circunstâncias. Vale destacar que, eventualmente, você precisará distanciar-se de suas opiniões pessoais para fazer isso, pois validação emocional não equivale à concordância.



ADOTE UMA POSTURA ESPECIALMENTE COMPREENSIVA FRENTE À SEU(SUA) PACIENTE COM FIBROMIALGIA DURANTE AS “CRISES”

Pacientes com fibromialgia apresentam, com certa frequência, episódios de exacerbação dos sintomas, os quais são chamados popularmente de “crises” e, de forma geral, não podem ser previstos com precisão. Esses episódios costumam provocar irritabilidade e fadiga acentuadas e, logo, levam à desmarcação de muitos compromissos, inclusive atendimentos com profissionais de saúde³⁰⁻³¹.

Diante do exposto, é importante que você, profissional de saúde, demonstre uma compreensão diferenciada frente a(à) seu(sua) paciente com fibromialgia quando ele(a) estiver vivenciando uma “crise”. Não levante suspeitas sobre a veracidade da situação com base na identificação de uma fase anterior marcada pelo alívio dos sintomas. Além disso, não leve para o lado pessoal eventuais atitudes ríspidas de seu(sua) paciente durante uma fase de piora do quadro clínico. Por fim, procure facilitar a remarcação de atendimentos desmarcados devido à ocorrência de uma “crise”.



AVALIE CRITERIOSAMENTE A PERTINÊNCIA DE FAZER COMENTÁRIOS “POSITIVOS” SOBRE A APARÊNCIA DE SEU(SUA) PACIENTE COM FIBROMIALGIA

Alguns(mas) profissionais de saúde fazem comentários “positivos” sobre a aparência de seus(suas) pacientes com fibromialgia, procurando animá-los(as). Embora bem-intencionados, comentários dessa natureza podem ser interpretados como sinal de certa incredulidade quanto ao adoecimento, gerando, conseqüentemente, desdobramentos relacionais negativos³².

Ocorre que, quando pacientes com fibromialgia manifestam indisposição para compromissos ou afazeres cotidianos devido aos seus sintomas, muitos familiares ou colegas desdenhosamente dizem que eles(as) não parecem estar doentes. Ou seja: a invisibilidade típica da fibromialgia tende a suscitar ceticismo quanto às limitações físicas que ela é capaz de causar. Portanto, com o intuito de agradar ou estimular seu(sua) paciente, é melhor que, você, profissional de saúde, demonstre satisfação por conhecê-lo(a) ou por revê-lo(a) e o(a) parabeneze por estar buscando assistência em saúde.



SÍNTESE

Para consolidar as 10 recomendações aqui apresentadas, consideramos relevante sintetizá-las em atitudes e verbalizações contraindicadas e indicadas, como se vê nos quadros a seguir:

Atitudes contraindicadas	Atitudes indicadas
Suspeitar da veracidade dos sintomas de seu(sua) paciente	Depositar confiança na palavra de seu(sua) paciente
Relacionar-se com seu(sua) paciente superficialmente e fornecer a ele(a) orientações genéricas sobre restrições decorrentes do adoecimento	Conhecer a individualidade de seu(sua) paciente e auxiliá-lo(a) a (re)descobrir atividades que podem fazer bem a ele(a)
Amparar suas condutas em crenças sobre a fibromialgia	Delimitar e questionar a origem de crenças sobre a fibromialgia, quer sejam suas ou de seu(sua) paciente
Priorizar seus conhecimentos na elaboração do plano terapêutico	Levar em conta tanto seus conhecimentos quanto as preferências de seu(sua) paciente na elaboração do plano terapêutico
Apresentar a(à) seu(sua) paciente um panorama demasiadamente restrito acerca das possibilidades terapêuticas	Fornecer a(à) seu(sua) paciente informações quanto aos diferentes tratamentos multidisciplinares existentes
Repreender seu(sua) paciente por buscar informações sobre a fibromialgia em múltiplas fontes	Apoiar iniciativas de seu(sua) paciente voltadas à aquisição de informações sobre a fibromialgia

Verbalizações contraindicadas

“A fibromialgia é ‘coisa’ da sua cabeça”

“Não fique triste assim por causa da fibromialgia. Existem doenças muito piores e que podem levar à morte”

“Que estranho essa sua crise...Até outro dia você estava tão bem”

“Você está com uma aparência ótima”

Verbalizações indicadas

“É importante que você cuide da sua saúde mental, e não apenas da sua saúde física”

“A tristeza que você sente por causa da fibromialgia é compreensível considerando tudo o que você está passando”

“Muitos(as) pacientes apresentam crises que surgem de repente. Eles(as) vão dormir bem e acordam mal no dia seguinte”

“Que bom conhecê-lo(a)/revê-lo(a). Fico feliz por você estar aqui, buscando se cuidar”

REFERÊNCIAS

1. Häuser W, Fitzcharles MA. Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018; 20(1): 53-62.
2. Maffei ME. Fibromyalgia: recent advances in diagnosis, classification, pharmacotherapy and alternative remedies. *Int J Mol Sci.* 2020; 21(21): 7877.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010; 62(5): 600-610.
4. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein M Jr, Rezende MC, Provenza JR, Ranzolin A, Assis MR, Feldman DP, Ribeiro LS, Souza EJR. New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol.* 2017; 57 Suppl 2: 467-476.
5. Pérez-Neri I, Sandoval H, Estêvão MD, Vasanthan LT, Alarcon-Ruiz CA, Ruszkowski J, Mathangasinghe Y, Ríos C, Pineda C. Central and peripheral mechanisms of pain in fibromyalgia: scoping review protocol. *Rheumatol Int.* 2023; 43 (4): 757-762.
6. Ben-Yosef M, Tanai G, Buskila D, Amital D, Amital H. Fibromyalgia and its consequent disability. *Isr Med Assoc J.* 2020; 22(7): 446-450.
7. Oliveira JO, Ramos JVC. Adherence to fibromyalgia treatment: challenges and impact on the quality of life. *Br J P.* 2019; 2(1): 81-87.
8. Homma M, Ishikawa H, Kiuchi T. Illness perceptions and negative responses from medical professionals in patients with fibromyalgia: association with patient satisfaction and number of hospital visits. *Patient Educ Couns.* 2018; 101(3): 532-540.
9. Kool MB, van Middendorp H, Lumley MA, Schenk Y, Jacobs JW, Bijlsma JW, Geenen R. Lack of understanding in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: the Illness Invalidation Inventory (3*I). *Ann Rheum Dis.* 2010; 69(11): 1990-1995.
10. Straub RO. *Health Psychology: a biopsychosocial approach.* 6th ed.

New York: Macmillan, 2019.

11. Caprara A, Franco ALS. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: Deslandes SF, Org. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 85-108.

12. Caldeira G. Abordagem do paciente. In: Caldeira G, Martins JD, Orgs. Psicossomática: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 211-224.

13. Turbay EMN, Evangelista S. A subjetividade na assistência: o olhar além das queixas físicas e o simbólico na relação terapêutica. In: Oishi ACEN, Chemin MRC, Orgs. Reflexões bioéticas: a humanização do cuidado em saúde. Curitiba: Prismas, 2017. p. 79-97.

14. Canella P. Relação médico-cliente. In: Mello Filho J, Burd M, Orgs. Psicossomática hoje. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 522-545.

15. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 10ª ed. São Paulo: Loyola, 2022.

16. Haynal A. A Psicologia Médica e o diálogo médico-paciente. In: Caixeta M, Org. Psicologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 9-11.

17. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Ronda-Pérez E, Gil-González D. Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Res Manag.* 2013; 18(1): 19-24.

18. Juuso P, Skär L, Olsson M, Söderberg S. Living with a double burden: meanings of pain for women with fibromyalgia. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2011; 6(3): 7184.

19. Peres RS. Experiences of falling ill with fibromyalgia: an incursion into the collective imaginary of women. *Paidéia.* 2021; 31: e3140.

20. Peres RS. Patients' beliefs about fibromyalgia. In: Buella-Casal G, Org. International handbook of Clinical Psychology. Toronto: Thomson Reuters, 2022.

REFERÊNCIAS

21. Briones-Vozmediano E, Öhman A, Goicolea I, Vives-Cases C. “The complaining women”: health professionals’ perceptions on patients with fibromyalgia in Spain. *Disabil Rehabil.* 2018; 40(14): 1679-1685.
22. Muñoz RLS, Silva AEVF, Dantas DI, Fernandes, AMBL. Itinerários terapêuticos de pessoas com fibromialgia até um centro de tratamento da dor: um estudo qualitativo. *ABCS Health Sci.* 2018; 43(3): 148-155.
23. Nishikawara RK, Schultz IZ, Butterfield LD, Murray JW. “You have to believe the patient”: What do people with fibromyalgia find helpful (and hindering) when accessing healthcare?. *Can J Pain.* 2023; 7(2), 2176745.
24. Boulton T. Nothing and everything: fibromyalgia as a diagnosis of exclusion and inclusion. *Qual Health Res.* 2019; 29(6): 809-819.
25. Escudero-Carretero MJ, García-Toyos N, Prieto-Rodríguez MA, Pérez-Corral O, March-Cerdá J, López-Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud – estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin.* 2010; 6(1): 16-22.
26. Chen AT, Swaminathan A. Factors in the building of effective patient-provider relationships in the context of fibromyalgia. *Pain Med.* 2020; 21(1): 138-149.
27. Ashe SC, Furness PJ, Taylor SJ, Haywood-Small S, Lawson K. A qualitative exploration of the experiences of living with and being treated for fibromyalgia. *Health Psychol Open.* 2017; 4(2): 2055102917724336.
28. Roitenberg N, Shoshana A. Physiotherapists’ accounts of fibromyalgia: role-uncertainty and professional shortcomings. *Disabil Rehabil.* 2021; 43(4): 545-552.
29. Colmenares-Roa T, Huerta-Sil G, Infante-Castañeda C, Lino-Pérez L, Alvarez-Hernández E, Peláez-Ballesteros I. Doctor-patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. *Qual Health Res.* 2016; 26(12): 1674-1688.
30. Vincent A, Whipple MO, Rhudy LM. Fibromyalgia flares: a qualitative analysis. *Pain Med.* 2016; 17(3): 463-468.

31. Dennis NL, Larkin M, Derbyshire SW. “A giant mess”: making sense of complexity in the accounts of people with fibromyalgia. *Br J Health Psychol.* 2013; 18(4): 763-781.
32. Varinen A, Vuorio T, Kosunen E, Koskela TH. Experiences of patients with fibromyalgia at a Finnish Health Centre: a qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2022; 28(1): 157-164.

SOBRE OS AUTORES

Joyce Dutra de Paiva Neves

Psicóloga. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.

Carlos Henrique Martins da Silva

Médico. Mestre e Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo. Professor da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Rodrigo Sanches Peres

Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professor do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

APOIO:

