



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Mercedes Elena Gutiérrez

Dor no corpo ou dor na alma?

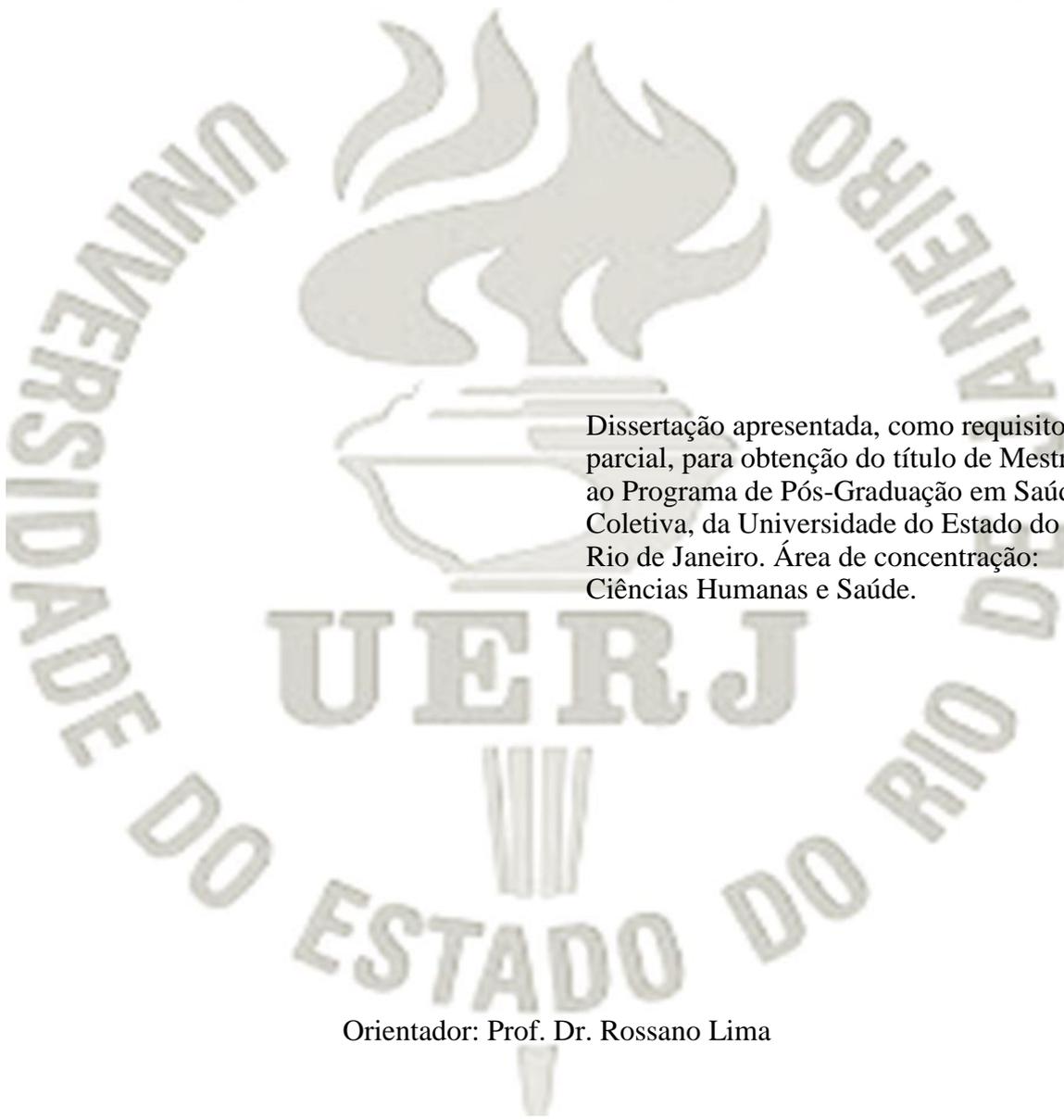
Visões contemporâneas sobre a fibromialgia

Rio de Janeiro

2014

Mercedes Elena Gutiérrez

Dor no corpo ou dor na alma? Visões contemporâneas sobre a fibromialgia.



Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Lima

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G984 Gutiérrez, Mercedes Elena

Dor no corpo ou dor na alma? : Visões contemporâneas sobre a fibromialgia / Mercedes Elena Gutiérrez. – 2014.
104 f.

Orientador : Rossano Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Fibromialgia - Teses. 2. Psicopatologia – Teses. 3. Dor - Tratamento – Teses. I. Lima, Rossano. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616-002.772

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Mercedes Elena Gutiérrez

Dor no corpo ou dor na alma? Visões contemporâneas sobre a fibromialgia.

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada 02 de junho de 2014.

Orientador: Prof. Dr. Rossano Lima
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profa. Dra. Rafaela Zorzanelli
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profa. Dra. Claudia Maria Passos Ferreira
Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – UFRJ

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que convivem diariamente com a dor, no corpo e na alma.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Rossano Lima, meu orientador, sem cujo apoio, preocupação, paciência e carinho este trabalho não teria sido possível.

A Rafaela Zorzanelli, fonte inesgotável de motivação e inspiração. Muito obrigada pela força e carinho.

À comissão de pós-graduação, por ter me outorgado um prazo maior para a culminação do trabalho. Obrigada pela compreensão e apoio.

A Claudia Passos e Benilton Bezerra Junior e Rafaela Zorzanelli, por generosamente ter aceitado participar da banca de defesa.

A Gabriel, pelo apoio, carinho e paciência infinitos.

A Cecilia, que nestes anos me ensinou como é bom receber o carinho e cuidado de uma mãe.

À maravilhosa turma de amigos que tive a felicidade de conhecer e com quem compartilhei momentos inesquecíveis: a Paula Damasceno, Klecia Renata, Anacely Costa, Felipe Stepan, Diógenes Parzianello, e um agradecimento especial a Fernanda Nunes, amiga e irmã.

A minha família, Luis Gutiérrez, Yadira Guerreiro, Luisen e Adri, que, mesmo nas dificuldades que vivem no nosso país, estiveram sempre presentes. Obrigada pelo apoio e carinho incondicional.

“Dor e o sofrimento são sempre
inevitáveis para uma grande inteligência e
um coração profundo.

Realmente grandes homens devem,
eu acho, ter uma grande tristeza na terra.”

Fiódor Dostoiévski

RESUMO

GUTIÉRREZ, M.E. *Dor no corpo ou dor na alma? Visões contemporâneas sobre a fibromialgia* 2014. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Dentro das síndromes de dor crônica, caracterizadas pela manifestação de sintomas somáticos na ausência de uma etiologia médica identificável, a fibromialgia constitui uma das categorias mais misteriosas, devido à presença de numerosos sintomas associados - tais como fadiga, perturbações do sono e alterações da memória e da concentração - e pela elevada comorbidade com transtornos de ansiedade e de humor, especialmente com a depressão. Na atualidade, a fibromialgia atinge até 5% da população e afeta profundamente a qualidade de vida dos sujeitos diagnosticados, se instituindo como um importante problema de saúde pública, realidade que demanda o aumento dos estudos relativos à doença. Partindo da revisão bibliográfica das publicações científicas sobre fibromialgia nos últimos anos (2010-2013), procurou-se alcançar uma melhor visão das abordagens contemporâneas sobre a doença em termos da sua compreensão, classificação e diagnóstico. Os resultados obtidos através desta revisão apontaram a existência de problemas inerentes à concepção da natureza ontológica e epistemológica da dor, cujas manifestações da ordem objetivo e subjetivo - dor física/ dor psíquica - embaralham as categorias compreensivas que definem a visão moderna do ser humano nas suas diferentes dimensões existenciais, dificultando a construção de instrumentos de medida e de sistemas classificatórios que permitam uma abordagem mais sofisticada da fibromialgia.

Palavras-chave: Fibromialgia. Dor crônica. Análise bibliográfica. Dor física. Dor psíquica. Medição da dor.

ABSTRACT

GUTIÉRREZ, M.E. *Pain of the Body Pain or Pain of the Soul? Contemporary visions about fibromyalgia*. 2014. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Among chronic pain syndrome, characterized by the somatic symptoms, manifestations in the absence of an identified medical etiology, the fibromyalgia is one of the most mysterious categories, due to the presence of several related symptoms – such as fatigue, sleep disturbances, memory and focusing alterations – and by a high co-morbidity with anxiety and humor disturbances, especially with depression. Currently fibromyalgia affects up to 5% of the population and affects deeply the quality of life of diagnosed subjects, becoming an important problem in public health; such reality demands the increasing of related studies to this disease. Beginning with the bibliographic revision of the scientific publications about fibromyalgia in the last years (2010-2013), the study focused to achieve a better vision of the current approaches of the disease in terms of its understanding, classification, and diagnose. The results of this investigation, point out the existence of inherent problems to the ontological and epistemological conception of pain, such manifestations objectively and subjectively- physic pain / psychic pain- shuffle the comprehensive categories which define the modern vision of the human being in their different existential dimensions, complicating the construction of instruments for measuring and classificatory systems which enable a more sophisticated approach of the fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia. Chronic Pain. Bibliographic analysis. Physic pain. Psychic Pain. Pain measurement.

RESUMEN

GUTIÉRREZ, M. E. *Dolor en el cuerpo o Dolor en el alma? Visiones contemporáneas sobre la fibromialgia*. 2014. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Dentro de los síndromes de dolor crónico, caracterizados por la manifestación de síntomas somáticos en la ausencia de una etiología médica identificable, la fibromialgia constituye una de las categorías más misteriosas, debido a la presencia de numerosos síntomas asociados- tales como fatiga, perturbaciones del sueño y alteraciones de la memoria y la concentración- y por la elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad y de humor, especialmente con la depresión. En la actualidad, la fibromialgia afecta hasta el 5% de la población y afecta profundamente la calidad de vida de los sujetos diagnosticados, instituyéndose como un problema importante en la salud pública, realidad que exige el aumento de estudios relativos a la enfermedad. Partiendo de la revisión bibliográfica de las publicaciones científicas sobre la fibromialgia en los últimos años (2010-2013), se buscó alcanzar una mejor visión del abordaje contemporáneo sobre la enfermedad en términos de su comprensión, clasificación y diagnóstico. Los resultados obtenidos a través de esta revisión destacan la existencia de problemas inherentes a la concepción de naturaleza ontológica y epistemológica del dolor, cuyas manifestaciones de orden subjetivo y objetivo- dolor físico/ dolor psíquico- modifican las categorías comprensivas que definen la visión moderna del ser humano en sus diferentes dimensiones existenciales, dificultando la construcción de instrumentos de medida y de sistemas clasificatorios que permitan una aproximación más sofisticada de la fibromialgia.

Palabras Clave: Fibromialgia. Dolor Crónico. Análisis bibliográfico. Dolor físico. Dolor psíquico. Medición del dolor.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Localização dos <i>tender points</i> para o diagnóstico de FM segundo os critérios da ACR..... | 33 |
| Tabela 1 - Tabela para o diagnóstico do IDG na FM segundo os critérios da ACR de 2010. O paciente deve apontar quais são as áreas doloridas entre as 19 opções do quadro..... | 34 |
| Tabela 2 - Tabela para o diagnóstico do IGS na FM segundo os critérios da ACR de 2010..... | 34 |
| Gráfico 1 - Número de publicações científicas sobre FM na amostra selecionada entre os anos 2010 e 2013..... | 53 |
| Gráfico 2 - Número de publicações científicas sobre FM por tema – psicológico, biomédico e relativo a outras terapias – na amostra selecionada..... | 55 |
| Gráfico 3 - Número de publicações científicas sobre FM baseadas num enfoque biomédico, classificados pelas categorias usadas na análise | 55 |
| Gráfico 4 - Hipóteses etiológicas sobre a FM pesquisadas na amostra de artigos analisados, expostos por percentagem..... | 59 |
| Gráfico 5 - Número de publicações científicas sobre FM baseadas num enfoque psicológico, classificados pelas categorias usadas na análise..... | 61 |
| Gráfico 6 - Número de publicações científicas sobre FM baseadas num enfoque psicológico, classificados pelas categorias usadas na análise | 64 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
| 5-HTTLPR | Gene transportador da serotonina |
| ACR | American College of Reumatology |
| AGS | Índice de Gravidade dos Sintomas |
| APA | Anticorpos anti-polímeros |
| ASD | Transtornos do Espectro Afetivo |
| BPI | Brief Pain Inventory |
| COMT | Catecol O-Metiltransferase EEG - Eletroencefalografia |
| EFIC | Federação Europeia da Associação Internacional para o Estudo da Dor |
| EMG | Eletromiografia |
| FB | Fibromialgia |
| FIQ | Fibromyalgia Impact Questionnaire |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale |
| HMGB1 | Proteína da Caixa de Grupo 1 da Alta-mobilidade |
| IASP | Associação Internacional para o Estudo da Dor |
| ICE | Intense Creative Energy |
| IDG | Índice de Dor Generalizada |
| MCP-1 | Proteína Quimiotática de Monócitos |
| MPI | Multidimensional Pain Inventory (Inventário Multidimensional da dor) |
| NCHS | National Center for Health Statistics |
| NIH | Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos |
| NMDA | N-metil D-aspartato |
| NPY | Neuropeptídeo Y |
| OPRM1 | Receptor Opióide Mu 1 PSG - Polissonografia |
| SDC | Síndrome de Dor Crônica |
| SF-36 | Health Survey Questionnaire |
| SNA | Sistema Nervoso Autônomo |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| SSC | Síndrome de sensibilidade Central |
| VAS | Visual Analogue Scale (Escala Analógica Visual) |
| XMRV | Xenotropic Murine Leukemia Virus (leucemia murina) |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1 FIBROMIALGIA - CARACTERÍSTICAS GERAIS..... | 23 |
| 1.1 Fibromialgia: caraterísticas gerais..... | 23 |
| 1.1.1 <u>Breve histórico.....</u> | 23 |
| 1.1.2 <u>Caraterísticas clínicas.....</u> | 27 |
| 1.1.3 <u>Epidemiologia.....</u> | 29 |
| 1.1.4 <u>Fatores sociodemográficos associados.....</u> | 30 |
| 1.1.5 <u>Comorbidades.....</u> | 30 |
| 1.1.6 <u>Diagnóstico diferencial.....</u> | 31 |
| 1.1.7 <u>Classificação.....</u> | 32 |
| 1.1.8 <u>Tratamentos.....</u> | 35 |
| 1.1.9 <u>Possíveis etiologias da fibromialgia.....</u> | 36 |
| 1.1.10 <u>Provas psicométricas usadas na pesquisa sbre FM.....</u> | 41 |
| 1.1.11 <u>Fibromialgia como entidade médica: controvérsias.....</u> | 42 |
| 2 A FIBROMIALGIA NOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS: A HEGEMONIA BIOMÉDICA..... | 45 |
| 2.1 Artigos de revisão das publicações científicas sobre FM: Goldenberg e Smith, Barker e Alonso et al. | 46 |
| 2.2 A FM nas publicações científicas a partir de 2010: uma revisão..... | 49 |
| 2.2.1 <u>Método.....</u> | 49 |
| 2.2.2 <u>Resultado.....</u> | 53 |
| 2.2.3 <u>Artigos com temática biomédica.....</u> | 55 |
| 2.2.4 <u>Artigos com temática psicológica.....</u> | 61 |
| 2.2.5 <u>Artigos com temática alternativa.....</u> | 63 |
| 2.3.4 <u>Artigos que conjugam uma temática biomédica e uma temática psicológica.....</u> | 65 |
| 3 A DIMENSÃO SUBJETIVA DA FIBROMIALGIA..... | 67 |
| 3.1 O uso de ferramentas psicométricas na pesquisa sobre FM..... | 67 |
| 3.1.1 <u>Algumas considerações sobre as ferramentas psicométricas de medição.....</u> | 67 |
| 3.1.2 <u>Uso de instrumentos psicométricos nas pesquisas sobre FM.....</u> | 69 |
| 3.1.3 <u>Uso de instrumentos psicométricos na medição da dor crônica.....</u> | 71 |

| | | |
|-------|------------------------------------------------------------------|----|
| 3.2 - | <u>Dor crônica: a pesquisa de um fenômeno indefinido</u> | 73 |
| 3.2.1 | <u>A dor crônica como fenômeno multidimensional</u> | 73 |
| 3.2.2 | <u>A dor: fenômeno subjetivo ou objetivo?</u> | 74 |
| 3.2.3 | <u>Dor física, dor mental e os perigos do reducionismo</u> | 76 |
| 3.3 | Sobre a dor como experiência subjetiva | 78 |
| 3.4 | Metáforas da dor | 81 |
| 3.5 | Metáforas da dor na fibromialgia | 83 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| | REFERÊNCIAS | 89 |

INTRODUÇÃO

A dor é um fenômeno humano universal, uma “experiência pessoal e privada, à qual mais ninguém tem acesso direto” (BASZNAGER, 1992, p. 18, tradução nossa). De fato, a dor é uma experiência individual e subjetiva que depende das circunstâncias nas quais aparece e que não apresenta signos físicos que provem sua existência (MOLLER, 2012), embora seja vivenciada pelo paciente como um processo concreto, na objetividade do corpo.

O principal mistério em relação à dor corresponde ao seu estatuto ontológico: em grande parte se desconhece a natureza dos mecanismos envolvidos na origem e manifestação da dor, especialmente quando vislumbrada no marco de uma duplicidade experiencial – objetiva e subjetiva – característica. Por um lado, a dor manifesta-se ao doente como uma experiência assustadoramente física, real e concreta: “De certa maneira, nada é mais puramente corporal do que a dor física” (THERNSTROM, 2011, p. 28, tradução nossa). De outro, apresenta-se como um fenômeno subjetivo, vivenciado individual e solitariamente, invisível aos outros.

Deste modo, a dor é um fenômeno multidimensional. Na sua dimensão biológica, a dor é concebida em função das estruturas e processos neurofisiológicos e possui uma importante função protetora. Protegendo-nos dos perigos do meio ambiente e nos preservando em condições físicas de risco (traumatismos, doenças), a dor é compreendida como um produto evolutivo fundamental na sobrevivência da espécie (MOLLER, 2012).

Entretanto, a experiência dolorosa possui uma importante dimensão psicológica: nela geralmente encontram-se envolvidos processos mentais que a originam, modulam ou contribuem no desenvolvimento e estabelecimento de patologias dolorosas (LINTON e SHAW, 2011); isto é, “a sensação dolorosa não só depende da integridade das vias neurais mediadoras, mas também depende, em grande medida, do status emocional do indivíduo” (RANGELL, 1953, p. 23, tradução nossa). Os fatores psicológicos que intervêm na experiência dolorosa são inúmeros e afetam todos os elementos que a compõem. Consequentemente, qualquer estimativa sobre a significação e prognóstico da dor deve ser feita a partir de uma avaliação da sua relação com a configuração mental e emocional do sujeito (RANGELL, 1953).

Ainda, a experiência dolorosa do indivíduo possui uma importante dimensão social, pois é em grande medida determinada pelo meio social e cultural no qual ele se encontra inserido. Segundo Morris (1991) “a dor não é criação exclusiva da nossa anatomia e fisiologia. Ela emerge só na intersecção de corpos, mentes e culturas” (p. 1, tradução nossa), razão pela qual se pode afirmar que reside na intersecção entre biologia e cultura (BENDELOW e WILLIAMS, 1995).

Uma definição consensual da dor está longe de ser alcançada, sendo possível encontrar na literatura especializada diversas definições que se diferenciam pelo grau de importância outorgado às múltiplas dimensões que a compõem, e que nem sempre é possível distinguir, constituindo uma importante fonte de confusão (COLE, 2002).

Numa perspectiva que integra as dimensões biológica e psicológica, John Bonica considera que a dor é “tanto uma experiência emocional individual, quanto o resultado de complexas adaptações fisiológicas da função molecular e biológica” (*apud* FISHMAN, BALLANTYNE e RATHMELL, 2011, tradução nossa). Alternativamente, partindo de uma perspectiva biopsicossocial, Parris e Johnson (2008) definem a dor como “uma experiência perceptiva complexa modulada por um amplo espectro de fatores biopsicossociais que incluem emoções, contexto e background cultural, tal e como crenças, atitudes e expectativas” (p. 7, tradução nossa).

Atualmente, a definição de dor usada com maior frequência entre os pesquisadores do fenômeno é a proposta pela Associação Internacional para o estudo da Dor (IASP), que a define como uma “experiência sensorial e emocional de caráter desagradável provocada por lesão tissular ou atribuída a tal” (1986, tradução nossa)¹. Neste conceito se explicita a mencionada natureza multidimensional da dor, isto é, assinala-se o duplo caráter sensorial e emocional da experiência dolorosa e se sugere a existência – ou inexistência – de uma relação causal entre tal experiência e um estímulo determinado – uma lesão tissular -, o que possibilita a integração de variáveis psicológicas no estudo da dor. A consideração da dor como uma “experiência” é de importância vital, pois aponta à sua natureza subjetiva, caracterizando-a como “um estado de consciência, aquém de uma modalidade sensorial de ordem fisiológica” (DIAZ, 2005, p. 15, tradução nossa).

¹ Esta definição sugerida pela IASP será considerada como marco de referência para o estudo da dor no presente estudo.

Contudo, embora haja um reconhecimento atual da multidimensionalidade do fenômeno doloroso - como se pode observar nas definições citadas - os componentes neurobiológicos são considerados a chave da compreensão do fenômeno doloroso, outorgando-se diferencialmente uma importância secundária aos outros fatores envolvidos; isto é, a acepção contemporânea dominante da dor é uma acepção predominantemente biomédica, que, apesar de reconhecer a participação de variáveis psicológicas e sociais, se centra nos mecanismos neurais e suas patologias na compreensão do fenômeno doloroso.

Em outros termos, se por um lado houve um consenso crescente entre as diversas perspectivas teóricas sobre a necessidade de incorporação de facetas psicológicas - como a afetiva, condutual, cognitiva e física-sensorial - na compreensão da dor, por outro, o endosso a formulações focadas numa face única são ainda proeminentes (NOVY, NELSON, FRANCIS e TURK, 1995).

Adjacentes às dificuldades na sua definição, o campo de estudo da dor apresenta também enormes dificuldades na criação de um sistema passível de organizar a complexa diversidade do fenômeno doloroso. É possível construir inúmeros sistemas de classificação, em função de múltiplos critérios possíveis. Para Guimarães (1999) a dor pode ser classificada em função de vários critérios: 1) a localização física, pontual ou difusa; 2) a qualidade da dor, caracterizada como a “principal sensação ou forma que a dor toma”; 3) a intensidade; 4) a frequência; 5) a natureza da dor, isto é, se esta é de ordem orgânica, tendo origem física reconhecível, ou na ausência desta; 6) a etiologia, ou variável desencadeadora da dor; 7) a duração.

Portanto, podem ser encontradas diversas classificações ou taxonomias alternativas sobre a dor. Por exemplo, Woolf (2010) propõe uma classificação em três categorias. Um primeiro tipo de dor, chamado “dor nociceptiva”, a qual, ativada pela presença de um estímulo nocivo, constitui um sistema fisiológico protetor de alerta precoce “essencial para a detecção e minimização do contato com estímulos nocivos”. O segundo tipo de dor estaria constituído pela “dor inflamatória”, a qual, provocada pela ativação do sistema imunológico, desencadeado, por sua vez, pela presença de um dano tissular ou de uma infecção, aumenta a sensibilidade sensorial e diminui os movimentos e o contato físico, reduzindo o risco de danos e promovendo a recuperação da parte do corpo afetada.

Nesta classificação, tanto a dor nociceptiva quanto a dor inflamatória possuem uma função adaptativa e protetora do organismo, à diferença do terceiro tipo, denominado “dor patológica”, que resulta do funcionamento inadequado do sistema nervoso. O autor assinala que a dor patológica é disfuncional, e que, se bem pode surgir em decorrência de um dano ao sistema nervoso, geralmente se apresenta na ausência de qualquer dano ou inflamação. Nesta visão, a dor patológica é concebida como a consequência da amplificação de sinais sensoriais no sistema nervoso central e da diminuição do limiar da dor.

Outra categorização possível é a comumente feita entre “dor fisiológica” e “dor psicogênica”. Por exemplo, Merskey e Spear (1967, *apud* BENDELOW E WILLIAMS, 1995) distinguem entre a “dor orgânica”, que resulta de uma lesão do sistema nervoso central ou da estimulação das terminações nervosas, e a “dor psicogênica”, a qual é consequência de fatores emocionais e independe da estimulação periférica ou de danos ao sistema nervoso.

Entretanto, para Cole (2002), a distinção entre dor física e psicogênica é pouco realista, pois “Dado que a dor é vivenciada na mente e requer a interpretação de sensações corporais, existe uma intervenção do psicológico na maioria das experiências dolorosas” (p. 26, tradução nossa). Na mesma linha Elton e cols. (1983, *apud* BENDELOW e WILLIAMS, 1995) assinalam que “toda dor orgânica tem componentes psicológicos”, razão pela qual é inconclusivo e reducionista inferir relações simples entre fatores emocionais e a chamada dor psicogênica.

Uma classificação usada com muita frequência tem como critério a duração da dor, a qual é concebida num *continuum* de duração (TURK e MELZACK, 2010; GUIMARÃES, 1999), em conjunção com a etiologia atribuída. Em função deste *continuum* a dor pode ser classificada em três categorias: “dor aguda”, quando possui uma duração curta e é decorrente de lesões tissulares ou processos inflamatórios pontuais; “dor crônica”, no caso de manter-se por um período longo de tempo e se apresentar como consequência de uma doença crônica ou como seqüela de uma lesão ou inflamação tissular, ou “dor decorrente”, quando constituída por episódios de curta duração que se repetem ao longo do tempo, e não se encontra associada a uma causa particular.

Esta classificação, baseada na duração como critério, é adotada como um dos marcos de referência na presente pesquisa, a qual tem seu foco no estudo da dor crônica; isto é, na dor que se mantém por longos períodos de tempo, embora não se considera que a dor correspondente a tal categoria seja necessariamente decorrente de alguma doença ou lesão.

De fato, paralelamente às dificuldades relativas à definição da dor, a concepção da dor crônica está “em função da orientação teórica daqueles que a designam” (NOVY D. et al. 1995, p. 238, tradução nossa). Por conseguinte, podem-se encontrar numerosas definições, nenhuma das quais tem se provado completamente satisfatório ou ganho aceitação geral (MELZACK e WALL, 1992).

Entre as numerosas acepções encontradas, no presente estudo adota-se a proposta pela IASP, que define a dor crônica como a “dor episódica ou persistente que se prolonga por um longo período de tempo, cuja origem pode residir, ou não, numa lesão tissular”.

Nesta definição os critérios classificatórios usados,- a duração e a etiologia da experiência dolorosa – combinam-se de diferentes formas, resultando em duas categorias: a dor crônica, de longa duração, e não necessariamente associada a uma lesão específica – etiologia indefinida -, e a dor aguda, de curta duração e etiologia definida.

O uso do termo “dor crônica” por parte dos pesquisadores da área é muito vago. Em ocasiões ele é usado para fazer referência a ambos os critérios de classificação, em outras é usado exclusivamente para fazer referência ao lapso de duração da dor, independentemente da sua etiologia. Além disso, não existe consenso quanto à medida do tempo usada na discriminação da dor como aguda ou crônica. Alguns autores determinam uma duração de três meses como critério de classificação, enquanto outros o determinam como uma duração de seis meses e, ainda, há quem a defina como “uma duração maior ao tempo de cura previsto” (MOLLER, 2012).

O termo “síndromes de dor crônica” (SDC) reúne uma série de transtornos caracterizados pela presença de dor crônica de etiologia obscura cujas respostas ao tratamento são bastante pobres. Neste caso há uma ênfase na etiologia do fenômeno doloroso como critério classificatório: à diferença da dor aguda - desencadeada por uma lesão –, nas síndromes de dor crônica se observa persistência da dor na ausência de um dano real dos tecidos, perdendo sua função adaptativa e assumindo um caráter patológico. Estes síndromes abarcam as cefaléias, as cervicobraquialgias, as lombalgias e as mialgias, entre outros, inclusive a fibromialgia, a qual constitui o tópico de interesse da presente pesquisa.

Pela sua longa duração, e pela ausência de uma etiologia clara, a duplicidade experiencial – objetiva/subjetiva – aparece com maior força nos fenômenos de dor crônica. Para Morris (1993), dentre das diferentes classificações da dor, “a dor crônica ... oferece um exemplo particularmente bom sobre a interdependência entre corpo e mente” (p. 145,

tradução nossa), e sobre a concepção da relação corpo-mente subjacente ao paradigma dominante inerente a toda teoria ou prática sobre a dor. De fato, pode-se afirmar que a experiência dolorosa relativa às síndromes de dor crônica embaralham as categorias classificatórias dominantes. Como assinala Jackson (2005), “certas características da dor crônica podem resultar na percepção dos portadores como transgressores da divisão categórica entre corpo e mente e dos códigos de moralidade ao redor da doença e a saúde” (p. 333, tradução nossa).

Existem inúmeras classificações da dor crônica. Atualmente, o sistema classificatório que pode ser considerado como o mais abrangente – em função das dimensões amparadas – é o desenvolvido pela IASP, na qual são usados cinco critérios classificatórios: 1) a localização ou região afetada pela dor, 2) o sistema envolvido na geração da dor, 3) a duração e padrão de apresentação da dor, 4) a intensidade e tempo de duração da dor, e, 5) sua possível etiologia. O cruzamento destes critérios resulta na formação de inúmeras categorias descritivas.

A dor crônica nas suas diferentes formas têm se convertido numa das principais fontes de sofrimento do homem contemporâneo. Hoje em dia a dor constitui um problema “predominante e oneroso” (TURK e MELZACK, 2010), e, portanto, um desafio para os profissionais da saúde que procuram, usualmente em vão, um alívio para os acometidos por este mal. Segundo Harald Breivick, ex-presidente da Federação Europeia da Associação Internacional para o estudo da dor (EFIC)², a dor crônica é um dos problemas de saúde mais subestimados do mundo atual, que causa as maiores consequências para a qualidade de vida daqueles que a padecem, assim como a maior carga do sistema de saúde do mundo ocidental. De fato, se estima que os gastos relativos ao tratamento da dor crônica possivelmente superam os gastos relativos ao tratamento do HIV, as cardiopatias e o câncer juntos (COUSINS, 1995, *apud* LIMA, ALVES e TURATO, 2011).

²Não obstante, os estudos epidemiológicos sobre esse quadro são muito escassos, tanto no Brasil quanto no resto do mundo (KRELING, CRUZ e PIMENTA, 2006), e os poucos estudos realizados são heterogêneos em muitos sentidos³, razão pela qual se observa grande variabilidade nas estimativas de prevalência (CARR, 2003). Num artigo de revisão publicado

² Retirado de artigo publicado no site da Organização mundial da saúde, “World Health Organization supports global effort to relieve chronic pain”. Disponível online: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/>, consultado em 20/01/2014.

³ Por exemplo, diferenciam-se na definição de dor crônica usada, nas amostras empregadas e nas técnicas de coleta de dados, entre outros.

pela Associação Internacional para o estudo da dor (IASP) a prevalência estimada de dor crônica reportada por 13 estudos vai do 10,1% a 55, 2% (idem).

Entretanto, as cifras reveladas pelos poucos estudos realizados são bastante assustadoras. Pesquisas realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos serviços de cuidados primários de 15 países revelaram que 22% dos pacientes reportaram presença de dor que requereu atenção médica, medicação e/ou interferência nas atividades por períodos iguais ou maiores a seis meses.

Estatísticas realizadas pela IASP mostraram que uma em cada cinco pessoas sofre de dor crônica moderada ou severa, e, destas, uma em cada três tem dificuldades ou é incapaz de manter um estilo de vida independente devido a essa condição. Segundo este estudo, mais da metade da população que padece de dor crônica tem dificuldades ou é incapaz de realizar atividades cotidianas, tal como se exercitar, manter um padrão normal de sono, realizar tarefas domésticas, participar de atividades sociais, dirigir, caminhar ou manter relações sexuais. Além disso, uma de cada quatro pessoas com dor crônica reportou que as relações com familiares e amigos foram afetadas ou interrompidas por razões relacionadas à dor.

Nos Estados Unidos estima-se que 25% da população sofrem de dor crônica ou recorrente e espera-se que as despesas da dor crônica custem ao país 100 bilhões de dólares por ano, conforme o “EmployerCareStrategySurvey”, do NCHS (National Center for Health Statistics) (*apud* TURK e MELZACK, 2010).

No Brasil, embora os estudos epidemiológicos sobre a prevalência da dor crônica na população sejam escassos, as cifras não são menos assustadoras. Numa pesquisa realizada por Dellarozael al. (2007) sobre a prevalência de dor crônica em empregados municipais de terceira idade em Londrina, Paraná, se obteve que 51,44% da população estudada são afetados por essa condição. Outra pesquisa realizada por Barreto et al. (2008) sobre a prevalência de dor lombar na população de Salvador, Bahia, revelou que a dor lombar crônica atinge níveis epidêmicos, afetando 14,7% da população.

Um estudo transversal realizado por Mendoza-Sassiet al. (2006) na cidade de Rio Grande, com o objetivo de investigar a prevalência de sinais e sintomas, os fatores sociodemográficos associados e a atitude frente aos sintomas na população adulta, revelou que o problema de maior prevalência, reportado por 55,4% da população, foi a dor de cabeça. Uma pesquisa recente realizada na cidade de São Paulo por Dias et al. (2009) mostrou que

28% da população estudada reportou dor crônica, dos quais um terço não recebe qualquer tratamento para a dor e menos da metade (42%) faz uso de medicação prescrita por um especialista.

Em definitivo, pela prevalência, alto custo e impacto negativo que provoca na qualidade de vida dos doentes e daqueles que se encontram ao seu redor, pode se afirmar que a dor crônica constitui um problema de saúde pública no mundo contemporâneo (LIMA, ALVES e TURATO, 2011), razão pela qual o aumento das pesquisas orientadas à compreensão desse fenômeno é de importância vital para o desenvolvimento de novas políticas públicas capazes de atender as demandas crescentes da população.

Entre as síndromes de dor crônica, a Fibromialgia (FM) constitui uma das doenças mais controversas e misteriosas, pelo fato de apresentar numerosos e diversos sintomas, além da dor.

As pesquisas epidemiológicas sobre a incidência de FM na população geral são tão escassas quanto às relativas à dor crônica em geral. Estudos realizados entre os anos 70 e 80 apontaram que, entre os pacientes reumáticos, de 2% a 6% foram diagnosticados com esse quadro (WHITE E HARTH, 2001). Nos anos 90 houve um importante aumento da incidência de FM, atingindo entre 10% e 15% dos pacientes das clínicas reumáticas.

Segundo Provenza et al. (2004) a prevalência da FM é de 15% nos ambulatórios de reumatologia, de 5% a 10% nos ambulatórios de clínica geral, e de 2% na população geral (PROVENZA et al., 2004).

Entretanto, apesar de constituir uma doença crônica que afeta grande parte da população, razão pela qual, tem se transformado num objeto de estudo de grande interesse pelos pesquisadores contemporâneos, a FM continua sendo um enigma, sobre o qual existem numerosas teorias e modelos, nenhum dos quais tem obtido sucesso na explicação da sua etiologia.

Neste cenário, a revisão bibliográfica das publicações científicas sobre a FM é fundamental, pois possibilita a identificação da evolução na definição, compreensão, diagnóstico e tratamento por parte da comunidade científica e dos profissionais da saúde ao longo dos anos. Mesmo assim, além de diversos estudos históricos sobre a construção da noção contemporânea da FM, poucos estudos publicados tiveram seu foco nesta metodologia como meio de conhecimento da evolução na compreensão desta misteriosa condição nas

últimas décadas.

O presente estudo se propõe a revisão bibliográfica dos artigos científicos publicados nos últimos quatro anos, com o objetivo de conhecer os tópicos de maior interesse no campo atual de pesquisa em FM e a compreensão prevalente sobre esse quadro, em relação à sua etiologia, variáveis associadas, epidemiologia e tratamento, entre outros.

Pelo fato de ter como fonte primordial registros impressos, tais como livros, artigos ou teses decorrentes de pesquisas anteriores sobre um tópico específico (SEVERINO, 2007) o presente estudo pode ser classificado como uma “pesquisa bibliográfica”, cujo objeto reside nos artigos de periódicos científicos que tem como foco o estudo da FM, além das referências e fontes bibliográficas especializadas (principalmente livros), necessárias para a análise destes artigos.

No primeiro capítulo se apresentam um breve histórico, as características clínicas, diagnósticos e possíveis hipóteses etiológicas da FM, entre outros, que possam prover um marco a partir do qual examinar e analisar os artigos selecionados.

No segundo capítulo, serão descritos os artigos de revisão publicados nas últimas décadas, que serviram de modelo e inspiração para a realização do presente trabalho. Em seguida, será exposta a metodologia usada e os resultados obtidos a partir da análise dos 140 artigos sobre FM publicados nos últimos 4 anos, escolhidos aleatoriamente por meio do uso de tabelas de números aleatórios.

No terceiro e último capítulo se pretende realizar uma reflexão de questões relevantes que surgiram a partir da análise bibliográfica realizada, tais como o uso de ferramentas psicométricas na pesquisa em FM, a dor como fenômeno limiar entre o objetivo e o subjetivo e o uso de metáforas na FM, tópico no qual se chama a atenção à necessidade de um aumento das pesquisas focadas no estudo da dimensão subjetiva da dor.

O presente trabalho se enquadra no marco da realização de uma pesquisa em curso sobre a opinião pública da fibromialgia como doença controversa; especificamente, no marco da realização de entrevistas semi-estruturadas com pacientes que padecem dessa condição, ligados ao programa de Tratamento Multidisciplinar para pacientes portadores de Fibromialgia, ligado ao Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física, do Instituto de Educação Física e Desportos-UERJ⁴

⁴ Pesquisa realizada no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, coordenado pela prof. Rafaella

1 FIBROMIALGIA - CARACTERÍSTICAS GERAIS

1.1 Fibromialgia: características gerais

Em termos gerais, a fibromialgia (FM) pode ser definida como “...uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, de etiologia desconhecida, que se manifesta no sistema músculo-esquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas” (PROVENZA et al., 2004, p. 443).

Pelo desconhecimento da sua etiologia, pela ausência de uma base orgânica que explique a sintomatologia e pela presença de características clínicas típicas de outras doenças, a FM apresenta-se como uma entidade de difícil definição. De fato, para Carville et al. (*apud* HEYMANN et al., 2010) a FM deve ser reconhecida como “...um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias” (p. 59).

No sistema classificatório proposto pela IASP a fibromialgia (FM) – também chamada de fibrositis - é categorizada entre as síndromes relativamente generalizadas, e é definida como “Dor musculoesquelética difusa com múltiplos tender points⁵ previsíveis” (tradução nossa).

1.1.1 Breve histórico

Segundo Wallace (2005), diferentes linhas de evidência convergiram, tanto na construção do conceito de dor crônica, quanto na definição da FM e de outras síndromes dolorosas. Um importante antecedente do atual diagnóstico de FM se encontra nas primeiras descrições da dor musculoesquelética e na construção do diagnóstico de reumatismo (INANICI e YUNUS, 2004; WALLACE, 2005) e da própria reumatologia como especialização médica (BARKER, 2005).

O termo “reumatismo” foi usado por primeira vez no ano 1592 por Guillaume de Bailou, quem o empregou para designar uma síndrome específica de dor

Zorzanelli.

⁵ A definição de tender point será descrita adiante.

musculoesquelética (INANICI e YUNUS, 2004; WALLACE, 2005). Posteriormente, em 1763, Sauvages de la Croix, realizou a primeira classificação de doenças reumáticas, entre as quais se encontrava o reumatismo, que passou a nomear as doenças musculoesqueléticas não articulares (WALLACE, 2005).

Em 1815, após mais de um século, William Balfour descreveu pela primeira vez a existência de nódulos dolorosos e de pontos sensíveis que segundo o autor seriam causados pela inflamação do tecido muscular conectivo, fazendo, desta forma, a primeira descrição dos “*tender points*”, noção central no diagnóstico contemporâneo da FM (YUNUS e INANICI, 2004). Em 1841, na mesma linha, Valleix descreveu a presença de pontos situados em diversas partes do corpo, associados a diversos sintomas somáticos, que ao serem pressionados podiam provocar dor, irradiando-a a outros locais (Wallace, 2005), os quais estariam relacionados às vias nervosas (YUNUS e INANICI, 2004).

Foi em 1843 que Inman fez pela primeira vez a associação entre o reumatismo e a presença de pontos dolorosos localizados nos músculos (SMYTHE, 1986). Para o autor estes nódulos dolorosos eram independentes das vias nervosas e estariam relacionados a mudanças funcionais no próprio tecido muscular, tais como hipertônus ou espasmos musculares, (YUNUS e INANICI, 2004). Instaurava-se assim um debate sobre as possíveis causas – nervosas ou musculares - destes pontos de dor que se estenderia até o momento atual.

Por exemplo, em 1903, para Cornelius os *tender points* estavam relacionados a terminações nervosas hiperativas, chamadas de “*nerve points*”, enquanto a dor referida teria sua base em mecanismos reflexos (YUNUS e INANICI, 2004). Um ano depois, Gowers introduziu o termo “fibrositis” – usado ainda hoje - para nomear as doenças consistentes numa forma de inflamação das fibras musculares, caracterizadas pela presença de dor, sensibilidade assintomática à compressão mecânica, fadiga e distúrbios do sono, agravados pela exposição ao frio e ao esforço muscular excessivo (YUNUS e INANICI, 2004). Segundo o autor a inflamação dos tecidos fibrosos produzia um reumatismo muscular, na presença ou ausência de trauma (WALLACE, 2005). Posteriormente, em 1909, Osler continua o debate, argumentando que a fonte destas doenças estaria localizada nos nervos sensoriais situados nos tecidos musculares, razão pela qual a “fibrositis” seria uma neuralgia dos nervos sensoriais musculares (OSLER *apud* SMYTHE, 1986).

Em 1930, Lewis e Kellgren realizaram um importante estudo de referência, no qual induziram dores em si mesmos e num grupo de voluntários usando injeções de solução salina. Nesta pesquisa eles conseguiram distinguir entre a sensação dolorosa de origem profunda e a dor superficial. A dor profunda estaria caracterizada por ser referida, distal, e geralmente localizada em pontos distantes da estimulação original. Para os autores as áreas de dor profunda não correspondem com a inervação segmentar da pele, pelo qual, provavelmente seguiriam as inervações segmentais das estruturas musculares profundas (LEWIS E KELLGREN *apud* SMYTHE, 1986).

Nas próximas décadas a FM, então fibrositis, transformou-se num tópico importante de pesquisa. Este movimento de interesse crescente pela fibrositis iniciou-se em 1937 quando Slocumb publicou um importante estudo sobre a distinção entre “fibrositis regional” e “fibrositis generalizada”, assinalando que tal doença era o tipo de reumatismo mais comum (YUNUS e INANICI, 2004).

Anos mais tarde, em 1968, Traut publicou uma importante descrição da “fibrositis”, muito próxima à compreensão atual da FM. O autor descreveu inúmeros sintomas associados à doença, tais como dor e rigidez generalizada, fadiga, dor de cabeça, colite, alterações do sono, preocupação excessiva e a presença de *tender points*, ressaltando a elevada incidência do transtorno na população feminina. Usando um diagrama como ferramenta, Traut demonstrou os locais comuns de apresentação dos *tender points* e assinalou a importância da interação mente-corpo na patogênese da síndrome. (TRAUT *apud* YUNUS & INANICI, 2004).

Em 1972, Smythe publicou um capítulo sobre “fibrositis” num texto sobre reumatologia que teve uma influência determinante no seu estudo nas décadas seguintes. Pela primeira vez, Smythe descreveu a FM como sendo, exclusivamente, uma síndrome de dor generalizada, acompanhada pela presença de fadiga, alterações do sono, rigidez matutina, fatores agravantes e atenuantes, aflição emocional, e múltiplos *tender points*, e especificando pontos de localização ainda usados no diagnóstico da FM. Igualmente, o autor chamou a atenção sobre o papel do sono não reparador, do trauma e da aflição emocional na formação dos sintomas e destacou o papel dos tecidos profundos na hiperalgesia e nos padrões de dor referida, diferenciando-os assim da hiperalgesia cutânea e sugerindo a existência de estresse mecânico nas estruturas profundas da região espinhal cervical e lombo-sacra (SMYTHE *apud* INANICI e YUNUS, 2004).

Anos depois, em colaboração com Moldofsky, Smythe identificou novas localizações para os *tender points* e propôs critérios diagnósticos para o quadro, os quais incluíram sintomas de dor crônica, alterações do sono, rigidez matutina, fadiga e presença de 12 de 14 *tender points* localizados em pontos específicos. Para os autores a existência de uma sensibilidade exagerada em locais anatômicos previsíveis tinha uma importância central na aceitação e reconhecimento de tal síndrome (SMYTHE e MOLDOFSKY *apud* INANICI e YUNUS, 2004).

Em 1976, Hench usou por primeira vez o termo “fibromialgia” (*apud* INANICI e YUNUS, 2004), Wallace (2005) justifica que tal mudança de nomenclatura foi feita ao considerar o termo “fibrositis” inapropriado devido à ausência de inflamação.

Posteriormente, numa pesquisa de influência notável no campo, no ano de 1981, Yunus demonstrou pela primeira vez a presença de *tender points*, de sintomas característicos descritos nas pesquisas precedentes - tais como enxaqueca tensional e migrânea - e de sintomas não descritos anteriormente - tais como “inchaço subjetivo dos tecidos”, parestesias e a associação à síndrome do intestino irritável, cuja incidência era significativamente maior em pacientes com FM. A pesquisa elaborada por Yunus levou à FM ao nível de síndrome de forma consistente e construiu os primeiros critérios diagnósticos baseados em dados, os quais foram usados com frequência até a elaboração dos critérios da ACR (American College of Reumatology) em 1990 (INANICI e YUNUS, 2004).

Em 1986, baseado na observação da associação dos sintomas da FM a outras condições médicas, Yunus propôs que estes estariam associados pela presença de mecanismos comuns (INANICI e YUNUS, 2004). Os transtornos descritos pelo autor foram agrupados sob o nome de Síndromes funcionais ou somático-funcionais, nos quais também estariam em jogo a presença de mecanismos psiquiátricos-psicológicos e sociais (INANICI e YUNUS, 2004). Baseado na sugestão de Hudson e Pope (1989) segundo a qual as síndromes funcionais e vários distúrbios psiquiátricos – tais como depressão, pânico, bulimia e transtorno obsessivo-compulsivo – estariam interconectados num espectro de transtornos afetivos aos quais subjazem os mesmos mecanismos, no ano 2000 Yunus sugeriu um modelo de sobreposição entre condições médicas e psiquiátricas marcado pela presença de mecanismos neurais de sensibilidade central. Para fundamentar tal hipótese, o autor mostrou evidência de sensibilização central em numerosas síndromes

sobrepostas, tais como a síndrome de dor miofascial, o transtorno temporomandibular, a enxaqueca tensional e a síndrome da fadiga crônica. Igualmente, descreveu evidência de sensibilização central no transtorno de estresse pós-traumático, na depressão e na sensibilidade química múltipla. (HUDSON e POPE *apud* INANICI e YUNUS, 2004).

Finalmente, em 1990, Wolfe, Smythe e Yunus publicaram um importante estudo onde foram definidos os critérios de classificação da FM usados na atualidade (WOLFE, SMYTHE e YUNUS *apud* INANICI e YUNUS, 2004).

1.1.2 Caraterísticas clínicas

A FM é uma entidade polimorfa, pois é capaz de apresentar sintomas variáveis em diferentes sistemas e hipersensibilidade diante de inúmeros estímulos internos e externos (Smythe, 1986).

A característica central da FM é a presença de dor crônica difusa, de caráter variável, que abarca o esqueleto axial e periférico. É comum que os sujeitos apresentem dificuldade para localizar a fonte da dor, e determinar se esta é de origem muscular, óssea ou articular, com frequência localizando-a em pontos peri-articulares (PROVENZA et al., 2004). A dor e a rigidez podem ser músculoesqueléticas e de caráter difuso ou localizado.

Além da dor crônica difusa, a outra característica central da FM é a presença de pontos de sensibilidade dolorosa em locais anatômicos específicos, chamados de *tender points*. Geralmente estes pontos encontram-se fora da área dolorosa referida, e geralmente não são conhecidos pelos próprios pacientes (SMYTHE, 1986; PROVENZA et al. 2004).

Dado o caráter variável da dor, ela pode ser descrita pelos pacientes de várias formas: como queimação, pontada, peso, contusão, “tipo cansaço” (PROVENZA et al., 2004). Os sujeitos com FM geralmente reportam piora destas dores no aumento do frio e da umidade, em mudanças climáticas, em situações de tensão emocional ou após realizar esforço físico (RUSSEL, 1992, *apud* PROVENZA et al. 2004).

Outra característica importante na FM é a presença de fadiga. Os pacientes reportam uma fadiga intensa “[...]...com sensação de exaustão fácil e dificuldade para realização de

tarefas laborais ou domésticas” (PROVENZA et al., 2004, p. 444), que se acentua no período da manhã.

Igualmente é característica a presença de alterações do sono, especificamente um sono não reparador. Observa-se a intrusão de ondas alfa em ondas delta, características do sono profundo, dificultando o sono reparador (MOLDOFSKY e SCARISBRICK, 1976) e uma diminuição do sono tipo REM (PROVENZA et al., 2004).

São comuns as sensações parestésicas – parestesias – que não respeitam a distribuição dermatômica (LESSARD e RUSSEL apud PROVENZA et al., 2004), a sensação de inchaço na ausência de qualquer processo inflamatório (PROVENZA et al., 2004) e o movimento periódico dos membros e a síndrome das pernas inquietas⁶.

São característicos sintomas variáveis, como tontura, cefaleia, zumbido, dor torácica, dor abdominal, palpitação, sintomas gastrointestinais – constipação, diarreia, dispepsia -, tensão pré-menstrual e dificuldade miccional, dificuldade de concentração e falta de memória (PROVENZA et al., 2004).

Quanto ao exame físico, encontram-se pouquíssimos indícios que apontem a uma base fisiológica da síndrome. Os sujeitos com FM apresentam: “[...] um bom aspecto geral, sem evidência de doença sistêmica, sem sinais inflamatórios, sem atrofia muscular, sem alterações neurológicas, com boa amplitude de movimentos e com força muscular preservada, apesar dos sintomas mencionados” (PROVENZA et al., 2004, p. 444).

Outras características clínicas associados são a diminuição do limiar da dor no teste com dolorímetro, presença de dor generalizada, rigidez matinal com mais de 15 minutos de duração, resultados moderados ou baixos no questionário de avaliação da saúde e auto-relatos de saúde pobre e insatisfação com a própria saúde (WOLF et al., 1995).

⁶ A Síndrome das pernas inquietas (SPI) “[...] é um distúrbio sensório-motor, que se manifesta pela sensação desagradável de desconforto nos membros, que é aliviada pelos movimentos. Os pacientes referem sensações disestésicas, descritas como agulhadas, um prurido interno, que melhoram com uma atividade motora intensa, com movimentos vigorosos das pernas em flexão, extensão ou cruzamento” (MASUKO, PRADO e PRADO, 2004, p. 1).

1.1.3 Epidemiologia

Os resultados dos estudos epidemiológicos sobre fibromialgia apresentam resultados contrastantes. Vários fatores podem explicar tais discrepâncias nos resultados, entre eles os critérios de referência usados pelos pesquisadores (as variações entre os pesquisadores em relação aos padrões de referência ou “referral bias”) e as variações ou erros sistemáticos no diagnóstico de cada médico sobre determinado paciente (“ascertainment bias”) (WHITE e HARTH, 2001).

Segundo White e Harth (2001) os estudos epidemiológicos realizados entre o final dos anos 70 e o início dos 80 apontavam a presença de fibromialgia entre 2% e 6% dos pacientes reumáticos. Posteriormente, nas pesquisas realizadas nos anos 90 essas percentagens aumentaram consideravelmente, apontando uma incidência entre 10% e 25% dos pacientes reumatológicos. Segundo Provenza et al. (2004) a prevalência da FM é de 15% nos ambulatórios de reumatologia, de 5% a 10% nos ambulatórios de clínica geral, e de 2% na população geral.

A FM transformou-se num diagnóstico comum nas clínicas e hospitais. Entretanto, tais resultados podem estar relacionados a um maior reconhecimento da FM por parte dos profissionais dos cuidados primários, o que se traduz em maior quantidade de diagnósticos de FM e numa maior quantidade de referência dos pacientes diagnosticados a especialistas, assim como aos fatores demográficos que influenciam a probabilidade de ser recrutado num estudo (WHITE e HARTH, 2001).

O notável aumento na incidência da FM tem feito com que alguns autores considerem a FM como uma epidemia. Contudo, tal asseveração é arriscada demais, dadas as limitações inerentes às inferências realizadas nos estudos epidemiológicos em relação à população geral, e pela inexistência de dados que sustentem a hipótese de um aumento da incidência da síndrome na população geral (WHITE e HARTH, 2001).

1.1.4 Fatores sociodemográficos associados

Numerosos estudos tem assinalado a existência de fatores sociais e demográficos associados à presença de fibromialgia. Wolf et al. (1995) descreveram, a predominância da prevalência no sexo feminino, o estado civil (divorciado), a educação básica incompleta e uma baixa renda familiar como fatores associados.

De fato, segundo Provenza et al. (2004) a prevalência de FM é muito maior nas mulheres do que nos homens, numa proporção de 6-10: 1. A idade também parece ser um fator associado, pois, embora a FM possa ocorrer na infância e na terceira idade, há uma maior prevalência entre os 30 e 50 anos.

Sujeitos com FM apresentam uma demanda de cuidados médicos e do sistema de saúde no geral muito mais elevada, tendo visitado ao médico nos 6 meses prévios e solicitado por benefícios por invalidez com maior frequência que os sujeitos sem FM (WOLF et al., 1995). De fato, sujeitos com FM apresentavam maior intensidade na dor e na fadiga e uma pior saúde geral (WHITE, SPEECHLEY e HARTH, 1999).

1.1.5 Comorbidades

São inúmeras as comorbidades associadas às SDC, entre elas a FM. As abundantes comorbidades pesquisadas até então são relativas tanto a transtornos ou doenças orgânicas quanto psicológicas/psiquiátricas.

Numerosos estudos têm demonstrado uma elevada comorbidade da FM e diversas doenças físicas. Segundo Provenza (2004) Um 25% dos pacientes com fibromialgia padecem de artrite reumatoide, um 30% lúpus eritematoso sistêmico e 50% síndrome de Sjögren.

Num estudo mais recente, Wolfe e Michaud, (2014) concluíram que um 17,1% de pacientes com FM sofre de artrite reumatoide, e que os pacientes com esta comorbidade padecem de sintomas de artrite reumatoide de maior severidade, gerando maiores custos médicos, piores resultados, maior número de comorbidades em relação a outras doenças e uma qualidade de vida substancialmente menor.

Por sua parte, Hudson et al. (1992) encontraram uma elevada comorbidade entre a FM e doenças como migrânea, síndrome do intestino irritável, síndrome da fadiga crônica, depressão maior e transtorno de pânico, razão pela qual sugerem a hipótese segundo a qual estes transtornos poderiam compartilhar alterações fisiológicas comuns.

Nesta linha, Weir et al. (2006) encontraram que pacientes com FM possuem de duas a sete vezes maior chance de desenvolver comorbidades como depressão, ansiedade, dor de cabeça, síndrome do intestino irritável, síndrome da fadiga crônica, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide.

Em relação específica às doenças psiquiátricas, Arnold et al. (2006) encontraram que pacientes com FM tem maior probabilidade de sofrer de transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade, transtornos da alimentação e abuso de substâncias. Ao igual que Hudson et al. (1992), os autores apontam às implicações teóricas e clínicas destes resultados, incluindo a hipótese segundo a qual a FM possa compartilhar algumas ligações patofisiológicas subjacentes com alguns transtornos psiquiátricos.

De fato, associação da FM aos transtornos depressivos é bastante elevada, fato que tem levado alguns autores a propor a FM como uma variação da depressão (Provenza, 2004, Blumer e Heilbronn, 1986). Entretanto, os resultados obtidos nos estudos realizados não sustentam tal hipótese (AHLES, YUNUS e MASI, 1987).

Um resultado interessante foi o encontrado por Wolfe e Hawley (1999). Na pesquisa realizada pelos autores notaram que os pacientes com FM reportam maior número de condições médicas e atribuem a estas uma maior gravidade e importância em relação a pacientes com outras doenças reumatológicas, o que sugere que paciente com FM avaliam os sintomas médicos e sua importância de forma diferente aos pacientes com outras doenças reumáticas.

1.1.6 Diagnóstico diferencial

O Diagnóstico diferencial na FM é de grande dificuldade, dada a sobreposição dos sintomas da FM aos sintomas de outras doenças, especialmente a diversos transtornos reumatológicos tais e como a síndrome de dor generalizada e a síndrome de dor miofascial. De fato, para alguns autores “A tentativa de compartimentalizar os sintomas em síndromes

diferentes torna-se um exercício de ‘riscar linhas na água’” e “Os diferentes rótulos diagnósticos aplicados refletem mais a área de interesse do examinador do que algum critério científico” (OLIVEIRA, 2000, p. 361).

De qualquer jeito, as doenças a serem levadas em conta no diagnóstico diferencial pela sua similaridade à FM, - além das já mencionadas - são principalmente:

- Reumatismo articular, que afeta várias áreas anatômicas;
- Polimialgia reumática e artrite de células gigantes;
- Polimiosites e dermatopolimiosites;
- Miopatias endócrinas – hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, insuficiência adrenal;
- Miopatia metabólica por álcool;
- Neoplasias;
- Doença de Parkinson
- Efeito colateral de drogas – corticoesteróide, cimetidina, estatina, fibratos, drogas ilícitas.

1.1.7 Classificação

Dada a confusão relativa à classificação e diagnóstico da FM, em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) desenvolveu critérios classificatórios com o objetivo de facilitar as pesquisas científicas e homogeneizar as amostras. Estes critérios são os mais usados na atualidade, tanto na pesquisa quanto na prática clínica, onde são empregados como critérios diagnósticos. São:

- a) História de dor generalizada: define-se por dor generalizada aquela que aparece em um paciente que refere dor no hemicorpo direito e esquerdo, acima e abaixo da cintura. Ainda deve existir dor no esqueleto axial (coluna cervical, coluna dorsal e lombar).
- b) Dor à palpação digital em 11 ou mais dos 18 *tender points*:
 - Occipital: bilateral, nas inserções dos músculos suboccipitais;
 - Cervical: bilateral, anteriormente aos espaços transversos de C5-C7;
 - Trapézio: bilateral, em sua origem, acima da linha escapular na borda medial;
 - Supra-espinhoso: bilateral, acima da escápula, próximo à borda medial;

- Segunda costela: bilateral, na segunda união intercostal, a 3 cm da borda do esterno;
- Epicôndilo lateral: bilateral, 2 cm abaixo dos epicôndilos;
- Glúteo: bilateral, no quadrante súpero-lateral do glúteo;
- Trocanter maior: bilateral, atrás da proeminência do trocanter maior;
- Patela: bilateral, próximo à linha articular medial.

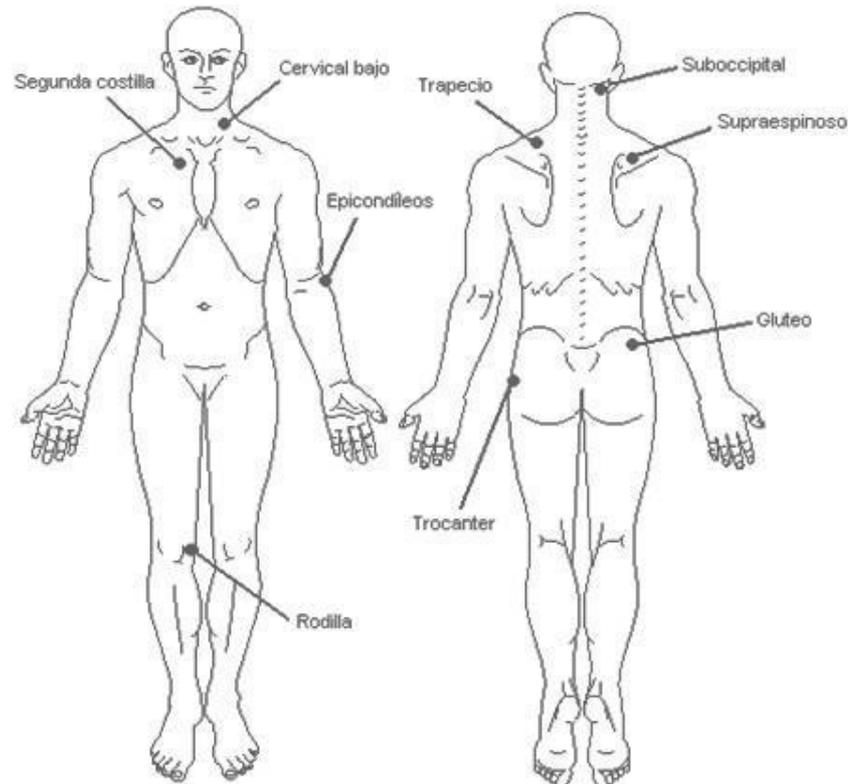


Figura 1 - Localização dos *tender points* para o diagnóstico de FM segundo os critérios da ACR⁷

Somente na presença de ambos os critérios o paciente poderá ser classificado como portador de fibromialgia. A dor difusa precisa estar presente por pelo menos três meses. A presença de um distúrbio clínico secundário não exclui o diagnóstico de fibromialgia. (WOLFE et al.,1990)

Devido às críticas sobre os critérios diagnósticos assinalados, os mesmos foram reconfigurados. Tais critérios, publicados em 2010 pelo ACR, são compostos de dois índices: Índice de Dor Generalizada (IDG) e Índice de Gravidade dos Sintomas (IGS). O IDG é

⁷ Retirado de Quijada, Valenzuela e García (2000).

calculado pela soma de 19 áreas corpóreas possíveis referidas como doloridas pelo pacientes, isto é, o paciente deve apontar o número de áreas doloridas entre as 19 áreas propostas.

| | | | |
|-------------|--|-------------|--|
| MANDÍBULA E | | MANDIBULA D | |
| OMBRO E | | OMBRO D | |
| BRAÇO E | | BRAÇO D | |
| ANTEBRAÇO E | | ANTEBRAÇO D | |
| QUADRIL E | | QUADRIL D | |
| COXA E | | COXA D | |
| PERNA E | | PERNA D | |
| CERVICAL | | DORSO | |
| TÓRAX | | LOMBAR | |
| ABDOME | | | |

Tabela 1 - Tabela para o diagnóstico do IDG na FM segundo os critérios da ACR de 2010⁸. O paciente deve apontar quais são as áreas doloridas entre as 19 opções do quadro.

O IGS é composto pela avaliação dos sintomas fadiga, sono não restaurador, distúrbios cognitivos e distúrbios somáticos, numa escala de 0 a 3.

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| FADIGA (cansaço ao executar as atividades) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SONO NÃO REPARADOR (Acordar cansado) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SINTOMAS COGNITIVOS (dificuldades de memória, concentração, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SINTOMAS SOMÁTICOS (Dor abdominal, dor de cabeça, dor muscular, dor nas juntas, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 |

Tabela 2 - Tabela para o diagnóstico do IGS na FM segundo os critérios da ACR de 2010⁹

Considera-se o diagnóstico de fibromialgia quando as três condições abaixo forem satisfeitas:

- 1) O IDG maior ou igual a 7 e índice de gravidade dos sintomas (IGS) maior ou igual a 5, ou IDG entre 3 e 6 e a pontuação IGS maior ou igual a 9.
- 2) Os sintomas estão presentes em intensidade estável por pelo menos três meses.
- 3) O paciente não deve ter outra doença que explique a dor.

⁸ Retirado de Martinez e Martinez, 2010.

⁹ Idem.

1.1.8 Tratamentos

Pela natureza multidimensional dos sintomas da FM, idealmente, seu tratamento demanda uma abordagem multidisciplinar, combinando tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, e sua elaboração deve corresponder à intensidade da dor, funcionalidade e suas características, questões biopsicossociais e culturais (HEYMANN et al., 2010).

Por constituir uma síndrome crônica, o objetivo do tratamento da FM não se centra na eliminação dos sintomas, mas no seu controle (HEYMANN, et al. 2010). Como assinala Provenza et al. (2004), o tratamento da FM “...tem como objetivo o alívio da dor, a melhora da qualidade do sono, a manutenção ou reestabelecimento do equilíbrio emocional, a melhora do condicionamento físico e da fadiga e o tratamento específico de desordens associadas” (p. 445).

Entre os tratamentos farmacológicos se encontram, principalmente, os antidepressivos tricíclicos, com os quais procura-se a alteração do metabolismo da serotonina e da noradrenalina, modificando o processo de nocicepção, “promovendo analgesia periférica e central, potencializando o efeito analgésico dos opióides endógenos, aumentando a duração da fase 4 do sono n-REM, melhorando os distúrbios do sono e diminuindo as alterações de humor” (PROVENZA et al., 2004). Também são usados os inibidores seletivos da receptação de serotonina, com o objetivo amplificar a ação dos antidepressivos tricíclicos.

Além destes, outros tratamentos farmacológicos incluem benzodiazepínicos, e analgésicos, os quais são usados com frequência no tratamento coadjuvante para o alívio da dor, entre os quais os mais usados são o paracetamol, a dipirona e o cloridrato de tramadol. (PROVENZA et al., 2004).

Entre os tratamentos não farmacológicos é indicado o tratamento psicoterapêutico, especialmente a terapia cognitivo-comportamental e a hipnoterapia.

Além destas terapias farmacológicas e não farmacológicas, é altamente recomendado o exercício, assim como inúmeras terapias alternativas como a acupuntura, o Tai chi, meditação e Yoga, entre outros.

1.1.9 Possíveis etiologias da fibromialgia

As hipóteses e teorias sobre a etiologia e as variáveis que incidem na manifestação da FM podem dividir-se em dois grandes grupos: os que postulam uma base fisiológica e os que não. Entre as que postulam uma base fisiológica podemos mencionar as seguintes:

Disfunções ou anormalidades no tecido muscular. Vários autores têm dedicado suas pesquisas na busca de anormalidades e disfunções no tecido muscular como possível etiologia da FM. Embora nas pesquisas realizadas até então não tenha sido demonstrada a presença de alguma patologia nos tecidos musculares nos pacientes com FM, seja na sua estrutura ou no seu funcionamento, alguns autores insistem na busca de provas que sustentem esta hipótese (BARKER, 2005)

Disfunções ou anormalidades do sono. Alguns autores acreditam que a FM tem sua causa em alterações do sono, chegando ao ponto de designá-la como uma “síndrome de sono não restaurador”. Entretanto, até então, as pesquisas não tem apontado resultados convincentes que apoiem esta teoria.

Doença infecciosa-alterações no sistema imunológico. Alguns autores tem associado a FM com a presença de alguma doença infecciosa ou a alterações do sistema imunológico, embora não tenham sido encontradas provas consistentes ao respeito.

Alterações neurobiológicas. Atualmente, as hipóteses mais consistentes apontam para alterações neurobiológicas na etiologia da FM, a maioria destas focadas em possíveis alterações no processamento central da dor e no processo de nocicepção, isto é, “...o processamento através do qual estímulos dolorosos são transmitidos neuroquimicamente entre o sistema nervoso periférico e o central” (BARKER, 2005, p. 30, tradução nossa).

Este processamento envolve o sistema nervoso periférico, a medula espinhal, o cérebro e neurotransmissores específicos e seu metabolismo e processamento.

Wind-up – FM como distúrbio de amplificação da dor Em termos simples, quando a dor tem uma duração e intensidade fortes o suficiente, o sistema neuroquímico é “enganado” e passa a perceber dor na ausência de estimulação dolorosa. Esta teoria é condizente com as evidências empíricas que apoiam a relação da FM com a presença de alterações neurobiológicas, e a presença de tender point como critério diagnóstico fundamental do quadro, pois “... um grande número de *tender points* que respondem a baixos níveis de

estimulação sugerem uma alteração na percepção da dor” (BARKER, 2005, p. 32, tradução nossa).

Neurotransmissores A FM tem sido associada a alterações no metabolismo de neurotransmissores, especificamente, a serotonina e a substância P.

A substância P envia os sinais dolorosos até a medula espinhal, a qual, por sua vez, envia a mensagem dolorosa ao sistema central. Numerosas pesquisas têm encontrado níveis elevados de substância P em pacientes com FM. Segundo os pesquisadores, a existência de níveis muito elevados de substância P resultam na percepção de estimulação não dolorosa como sendo dolorosa e na resposta exacerbada diante de estimulação dolorosa (Barker, 2005).

Por outra parte, a serotonina é um neurotransmissor associado à regulação e inibição das mensagens dolorosas no sistema nervoso central. Numerosas pesquisas tem encontrado uma associação entre o diagnóstico de FM e a presença de baixos níveis de serotonina. Baixos níveis de serotonina estariam associados à sensação dolorosa diante estimulação não dolorosa.

Sistema neuroendócrino Outros autores apontam à presença de distúrbios no sistema neuroendócrino, especificamente, uma desregulação do sistema hipotálamo-pituitário-adrenal, envolvido no processamento das respostas corporais ao estresse. Baseados na observação dos níveis de cortisol e da hormona do crescimento, o argumento afirma que sujeitos com FM permanecem num estado de estresse crônico pelo fato de não possuir respostas adequadas ao estresse físico e psicológico agudo (BARKER, 2005).

Teoria da sensibilidade central. Esta teoria argumenta que a FM esta baseada em alterações no processamento sensorial, sendo o processamento da dor um dos seus componentes.

As síndromes de sensibilidade central (SSC) “[...] compreendem um grupo de síndromes similares e sobrepostas sem patologia estrutural demonstrável, e que são delimitados por mecanismos patofisiológicos de sensibilidade central comum” (YUNUS, 2005, p. 29, tradução nossa). Dentro deste grupo encontram-se: a FM, enxaqueca crônica, síndrome do intestino irritável, síndrome de fadiga crônica, síndromes de dor miofascial, síndrome das pernas inquietas, transtorno de movimento periódico do membro, transtorno temporomandibular, sensibilidade química múltipla, síndrome uretral feminina, cistite intersticial, dismenorreia primária, dor pélvica crônica, desordem de estresse pós-traumático e

depressão (YUNUS, 2005).

Na SSC, o termo sensibilidade se faz alusão à hipersensibilidade – e a resposta ativa - à estimulação periférica prejudicial e não prejudicial e à estimulação ambiental, comum a esses transtornos (Yunus, 2005). Portanto, o autor define a sensibilidade central (CS) como a “[...] hiperexcitabilidade do sistema nervoso central (SNC) após a estimulação periférica, dando origem a manifestações clínicas...como resultado de um processamento sensorial alterado” (p. 31, tradução nossa).

Para Yunus (2005), à diferença das SSC, “os termos “funcional”, “síndromes somático funcionais”, “transtornos somatomorfos” e “sintomas medicamente inexplicáveis”, têm sido usados na literatura para descrever um grupo de doenças/transtornos que não mostram patologia estrutural e apresentam aflição psicológica entre os doentes” (p. 30, tradução nossa). Segundo o autor, estes termos são incorretamente usados, pois se supõe que as condições implicadas neles são predominantemente ou exclusivamente psicopatológicas. Portanto, esses termos seriam problemáticos pelo fato de implicar a ausência de mecanismos fisiológicos na base destas doenças, embora existam evidências que assinalem o contrário.

Os SSC apresentam numerosos sintomas clínicos em comum, entre eles predominância ou exclusividade do gênero feminino, predominância nas idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos, amplificação da dor, desconforto, fadiga, problemas de sono, hiperalgesia ou sensibilidade diante de estímulos físicos, psicológicos, ambientais ou químicos, parestesias, ausência de patologia estrutural e cronicidade (YUNUS, 2005).

Neste modelo, as alterações neuroquímicas associadas aos SSC consistem na liberação da substância P pré-sináptica no corno dorsal e na eliminação do magnésio e seu efeito bloqueador no receptor N-metil D-aspartato (NMDA), permitindo assim que os aminoácidos excitatórios (glutamato e aspartato) ativem o receptor NMDA pós-sináptico, produzindo importantes mudanças químicas e até morfológicas nas células e membranas do SNC pós-sináptico e sua permeabilidade. Podem também estar envolvidos neurotransmissores que diminuem a sensibilização excessiva, tais como a serotonina, a norepinefrina e as encefalinas (YUNUS, 2005).

Em sua maioria, as perspectivas neurobiológicas compreendem a FM como um transtorno primariamente orgânico, embora aceitem a associação de fatores psicológicos como variáveis moduladoras (BARKER, 2001). No caso do modelo dos SSC, se supõe que o

SC é modulado por múltiplas variáveis, sejam psicológicas, ambientais ou genéticas, e, embora se acredite que não há influência das variáveis psicológicas no relato da dor feito pelo paciente, aceita-se a influência destas no processamento da dor através dos neurônios nociceptivos. Variáveis psicológicas como trauma, experiências infantis adversas, sono alterado, aflição psicológica – como depressão e estresse mental, teriam um papel nesta modulação (YUNUS, 2005).

Por outro lado, são numerosos os autores que apostam numa etiologia psicológica da FM. De fato, como assinala Barker (2005), inicialmente numerosos pesquisadores argumentaram que a FM era a manifestação somática do *distress* psicológico. Num importante estudo realizado por Payne et al. (1982) os autores encontraram que a presença de transtornos psicológicos era significativamente maior nos pacientes com FM em relação a pacientes com outros quadros reumáticos. Estes resultados levaram aos pesquisadores à hipótese de que a FM poderia constituir um transtorno psicológico cujo sintoma principal consistiria na presença de dor musculoesquelética.

Numerosos fatores psicológicos foram descritos como possuindo uma estreita relação com a FM, entre eles a somatização, ansiedade, depressão, aumento global da severidade das doenças psiquiátricas, história de depressão – passada ou atual-, hospitalização prévia por depressão e história familiar de depressão (WOLFE et al., 1995).

A relação entre FM e depressão é muito estreita. Para Barker (2005) o link existente entre a FM e a depressão é multifacetado por três principais razões. Em primeiro lugar pela sobreposição dos sintomas de ambos os quadros, tais como a fadiga os problemas de memória, o sono irregular e a dor. Em segundo lugar, a autora aponta para a elevada comorbidade entre ambos os transtornos: “entre 50% e 70% dos pacientes com FM tem história de depressão” (p. 35, tradução nossa).

Em terceiro lugar Barker (2005) assinala o fato de que, embora ainda não exista um tratamento farmacológico suficientemente eficaz para o tratamento da FM, o uso de baixas dosagens de medicações antidepressivas constitui até então um dos tratamentos possíveis mais efetivos. Por último, a autora indica que os achados neurológicos relativos às FM realizados até então, são característicos dos transtornos depressivos e ansiosos.

De fato, a dor física é uma queixa extremamente comum nos pacientes com depressão. Segundo estudos epidemiológicos realizados por Lepine e Briley (2004) mais de 75% dos

pacientes deprimidos que procuram cuidados primários apresentam queixas de dor física: sendo as mais comuns dores de cabeça, dor abdominal, dor de costas e pescoço e dor generalizada não específica. Numerosos estudos sinalam a presença de dor em pacientes deprimidos como um poderoso prognosticador da severidade e da resistência do episódio depressivo, assim como das futuras recaídas (PELISSOLO, 2009). Nos doentes com dor crônica a prevalência de depressão pode variar entre 10% e 78%, segundo o estudo realizado (PIMENTA, KOIZUMI e TEIXEIRA, 2000).

A observação da estreita relação entre depressão e dor física tem levado a numerosos pesquisadores a chamar a atenção à necessidade de inclusão da dor física entre os sintomas de depressão. Autores como Lépine e Bradley (2004) defendem uma abordagem da depressão como sendo composta por sintomas psicológicos, somáticos e dolorosos, ao tempo que sinalam a necessidade de aprofundamento na compreensão da dor física e da sua relação com a depressão.

Alguns autores tem assinalado o *distress* psicológico como uma possível causa da FM (HUDSON e POPE, 1989). Segundo estes autores, na grande maioria dos casos, os sintomas psicopatológicos precedem o aparecimento dos sintomas dolorosos característicos da FM, razão pela qual argumentam que a FM, os transtornos afetivos e outros transtornos psiquiátricos severos poderiam ser agrupados provisionalmente num conjunto caracterizado por condições relacionadas, denominado “transtornos do espectro afetivo” (ASD), os quais compartilhariam alterações patofisiológicas comuns.

Também tem sido descrita uma associação elevada entre a FM e a história de trauma. Num estudo realizado por Jurell et al. (1996, *apud* WHITE e HARTH, 2001) encontrou-se que 25% dos pacientes com FM lembram ter acontecido algum evento traumático – geralmente físico - imediatamente antes do início dos sintomas da síndrome. De fato, segundo Barker (2005) numerosas pesquisas apontam à sobreposição de sintomas entre a FM e o transtorno por estresse pós-traumático. Num dos estudos realizados, perto de 60% dos pacientes com FM mostravam níveis clinicamente significativos de sintomas de estresse pós-traumático (COHEN et al, 2003, *apud* BARKER, 2005).

Nesta linha, alguns estudos apontam para uma possível relação entre a FM e história de abuso emocional, físico ou sexual (BARKER, 2005). Alguns destes autores encontraram erta associação entre a FM e uma história de abuso infantil ou na idade adulta - incluindo abuso de substâncias -, assim como uma associação entre a severidade dos sintomas de FM e

da frequência e severidade da história de abuso, embora nenhuma relação causal tenha conseguido ser estabelecida (BOISSET-PIORO et al., 1995).

1.1.10 Provas psicométricas usadas na pesquisa sobre FM

Dada a ausência de claros marcadores biológicos dos sintomas da FM, especialmente da dor, são usadas numerosas escalas e ferramentas psicométricas com o objetivo de obter alguma medida, tanto da dor, como sintoma principal, quanto de outros sintomas e implicações da entidade, que possibilitem não só a pesquisa, mas também a classificação e diagnóstico da FM. Entre as escalas mais usadas encontram-se:

A *Escala Analógica Visual (Visual Analogue Scale – VAS)*. Esta escala consiste numa linha continua que representa diferentes níveis de dor, que vão desde a “ausência de dor” na extremidade esquerda da linha, até a “dor extrema”, na extremidade direita, na qual o sujeito marca o nível de dor por ele experimentado. Tal escala possui diversas variações, e “é atualmente um dos instrumentos mais amplamente usado para mesurar a dor” (SOUZA e SILVA, 2005, p. 500).

O FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*). É o questionário mais amplamente usado para medir a qualidade de vida, específico para os sujeitos afetados com FM. Hoje em dia a noção de qualidade de vida é amplamente usada nas pesquisas, não só da FM, mas no campo da saúde no geral. Em termos de Marques et al. (2006):

A utilização de questionários de avaliação da qualidade de vida tem sido reconhecida como uma importante área do conhecimento científico no campo da saúde, uma vez que permite uma avaliação mais objetiva de sintomas tão subjetivos, como dor, ansiedade, depressão, entre outros. Na prática clínica, esses podem identificar as necessidades dos pacientes e avaliar (estimar, calcular, dimensionar) a efetividade da intervenção (p. 25).

O FIQ foi construído por Burckhardt et al. Em 1991, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes com FM. O questionário está composto por 19 questões, organizadas em 10 itens, que abrangem questões relativas aos sintomas físicos, distúrbios psicológicos, situação profissional e capacidade funcional. O impacto da FM na qualidade de vida do sujeito será maior a maior o resultado ou score do questionário (MARQUES et al, 2006).

O SF-36 (*Health Survey Questionnaire*) tem como objetivo primordial a avaliação do nível de saúde do paciente, e é amplamente usado nas pesquisas sobre FM. É um questionário auto-administrado que contém 36 itens. O SF-36 avalia a saúde em termos de oito dimensões, que abrangem: vitalidade, auto-percepção da saúde geral, presença de dores físicas, nível funcional físico, nível funcional emocional, nível funcional social e saúde mental (BRAZIER et al, 1992).

O *Inventário multidimensional da dor (multidimensional pain inventory-MPI)*. O MPI foi construído com o objetivo de obter uma avaliação da dor mais abrangente, que levasse em conta as condições físicas, psicossociais e comportamentais dos pacientes. Este inventário:

...é teoricamente relacionado às condições cognitivo-comportamentais e leva em consideração uma variedade de aspectos da experiência da dor de um indivíduo, incluindo a percepção do paciente das reações dos outros em relação aos próprios sintomas, bem como a percepção de limitações comportamentais e o impacto causado pela dor no estilo de vida do paciente (SOUSA e SILVA, 2005, p. 509).

O MPI é constituído por 61 itens subdivididos em três partes e é amplamente usado nas pesquisas sobre FM.

Existem muitas outras medidas usadas no campo da pesquisa sobre FM e outras síndromes dolorosas. Mas vale destacar que, segundo o Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos Estados Unidos, até então "...a auto-avaliação é o indicador mais confiável da existência e da intensidade da dor" (SOUSA e SILVA, 2005, p. 488), isto é, até hoje a dor do outro só é acessível a nós de forma indireta.

1.1.11 Fibromialgia como entidade médica: controvérsias

A apreensão da FM como uma entidade médica diferenciada tem sido amplamente criticada. Tais críticas residem, em sua maioria, na dificuldade na diferenciação dos sintomas apresentados por outras doenças ou diagnósticos, especialmente a chamada síndrome de dor generalizada. Entretanto, existem numerosos dados que indicam que os indivíduos que se ajustam à classificação de FM apresentam algumas diferenças em comparação com os sujeitos cujos sintomas se adequam ao diagnóstico da síndrome de dor generalizada, mas não preenchem os critérios para a FM (WHITE e HARTH, 2001).

Alguns autores consideram que a FM não existe como entidade médica diferenciada (HANDLER, 1998) e há aqueles que consideram a FM como uma síndrome somático funcional, onde os pacientes estariam atribuindo os desarranjos de uma função a uma condição física ao invés de uma condição psicológica (BARSKY e BORUS, 2000).

Segundo White e Harth (2001) as críticas mais robustas relativas à fibromialgia como categoria classificatória são três. A crítica principal corresponderia à dúvida sobre a fibromialgia constituir uma entidade médica diferenciada; isto é, se é apropriado ou não considerar a fibromialgia como uma entidade diferente de outras síndromes. Especificamente, dada a extrema semelhança e proximidade entre elas, questiona-se se a diferenciação entre a fibromialgia e a síndrome da dor crônica generalizada é justificável.

Partindo dos resultados de uma pesquisa, Croft e cols. (apud WHITE e HARTH, p. 321) concluíram que os tender points são comuns aos indivíduos com síndrome da dor crônica generalizada, indivíduos com dor regional e até indivíduos sem dor, pelo que chegaram à conclusão de que a combinação da dor crônica generalizada e a presença de um número elevado de tender points corresponde aos extremos superior de um espectro de dor. Nesse caso, a construção da FM como categoria diagnóstica não se justificaria, pois esta não apresentaria nenhum diferencial da síndrome de dor crônica além da intensidade da dor apresentada, isto é, simplesmente corresponderia aos casos mais graves de dor crônica generalizada.

Entretanto, White e Harth (2001) assinalam que tem encontrado que os sujeitos com FM são significativamente diferentes dos pacientes com dor crônica generalizada em relação a uma prevalência maior nas mulheres, à presença mais acentuada da fadiga e a um pior funcionamento geral e um maior nível de angústia, do qual interpretam que, ao menos em termos quantitativos, a FM difere da dor crônica generalizada.

Para grande parte dos autores a verdadeira questão é se a FM corresponde a o extremo superior de um espectro de dor ou se existe uma dicotomia entre ambas as síndromes. Em relação a isto, Russell (1999) afirma que, mesmo que a FM faça referência aos casos mais graves de dor crônica generalizada, pode ser de utilidade considera-las como categorias classificatórias separadas.

A segunda crítica de peso assinalada por White e Harth (2001) corresponde à tautologia como problema. Os critérios classificatórios definidos pelo comitê da ACR teriam

sido construídos partindo de uma aproximação tautológica. Os argumentos contra esta crítica assinalam que outras entidades médicas – tais como a artrite reumatoide - têm sido definidas da mesma forma sem levantar críticas.

A terceira crítica apontada consiste numa denegação da FM como entidade médica. Neste grupo alguns autores assinalam que tal diagnóstico está baseado em relatos subjetivos de dor, independentemente de como estes sejam obtidos (seja pela história, verbalmente ou através do exame médico). Outros autores consideram a FM como uma resposta inapropriada ao estresse, como uma síndrome somatomorfa ou uma síndrome funcional. Conforme tal perspectiva a fibromialgia seria considerada como uma somatização, sendo classificada entre os transtornos somatoformes, os chamados “sintomas somáticos não explicados” ou as “síndromes funcionais”, as quais, segundo Bombana (2006), “representam uma região obscura no conhecimento médico entre a psiquiatria e a clínica médica” (p. 309).

2 A FIBROMIALGIA NOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS: A HEGEMONIA BIOMÉDICA

A natureza misteriosa e “polimorfa” da FM e a multiplicidade de modelos e teorias a respeito da sua etiologia e características estão na base da grande confusão que ainda prevalece a respeito da doença tanto nos profissionais da saúde quanto nos pacientes. Mesmo assim, nos últimos anos, grandes avanços parecem ter sido realizados em relação ao esclarecimento da fisiopatologia e manifestações sintomáticas da FM.

A revisão bibliográfica das publicações científicas sobre a doença é de vital importância para a identificação da evolução da definição, compreensão, diagnóstico e tratamento da doença por parte da comunidade científica e dos profissionais da saúde ao longo dos anos. Mesmo assim, além de diversos estudos históricos sobre a construção da noção contemporânea da FM, poucos estudos publicados tiveram seu foco na revisão bibliográfica como meio de conhecimento da evolução na compreensão desta misteriosa doença nas últimas décadas.

Na realização da presente pesquisa foram encontrados três artigos de revisão bibliográfica das publicações científicas sobre FM: o realizado por Goldenberg e Smith (2003), o artigo de Barker (2005) e o elaborado por Alonso et al. (2007). Entretanto, a revisão realizada por estes autores, especificamente, por Alonso et al. (2007) se estende unicamente até o ano 2005.

No ano de 2010 foram publicados pela ACR novos critérios classificatórios para a FM em função das inúmeras críticas sobre os critérios publicados em 1990, o que é mais um reflexo do interesse e o esforço da comunidade científica e dos profissionais da saúde no alcance de uma melhor compreensão da doença e na consecução de melhores ferramentas de diagnósticos e tratamento. Partindo disto, e da clara tendência crescente no interesse científico pela FM a presente pesquisa tem como objetivo a revisão bibliográfica das publicações científicas sobre a FM nos últimos anos, dando seguimento à iniciativa dos autores mencionados, cujos artigos serão descritos no seguinte tópico pelo fato de ter constituído a inspiração e base do presente trabalho.

2.1 Artigos de revisão das publicações científicas sobre FM: Goldenberg e Smith, Barker e Alonso et al.

Tendo como finalidade a identificação das mudanças na cobertura da FM por parte das publicações científicas, Goldenberg e Smith (2003) realizaram uma revisão bibliográfica do número e conteúdo dos artigos publicados sobre a doença no período compreendido entre 1982 e 2001. Para os autores, a realização de tal revisão poderia oferecer um reflexo do interesse dos pesquisadores e clínicos pela FM, considerando-a uma entidade discreta de suma importância.

Nos resultados da revisão bibliográfica realizada os autores notaram um claro aumento das publicações sobre FM ao longo do tempo, tanto em periódicos sobre reumatologia quanto em periódicos de outras áreas da saúde, embora a quantidade de artigos publicados nestes últimos tenha sido muito baixa. Igualmente, não notaram nenhuma mudança significativa nos tópicos pesquisados, que foram classificados em seis categorias: patofisiologia, variáveis psicossociais, sintomas e diagnóstico, tratamentos, tratamentos farmacológicos e complicações.

Posteriormente, com o objetivo de conhecer a compreensão da FM pela comunidade científica, Barker (2005) fez uma revisão das publicações sobre FM na literatura médica entre os anos 1975 e 2000. Neste período a autora encontrou 1120 artigos sobre a síndrome, a maioria deles em jornais de reumatologia.

Barker (2005) decompôs o período total de busca (25 anos compreendidos entre 1975 e 2000) em períodos de tempo menores em função do número de artigos e a temática preponderante, e, baseada nesta divisão, realizou uma análise dos artigos publicados para cada fase, a qual proporcionou uma visão da evolução no interesse científico sobre a FM. Nos primeiros anos (de 1975 até meados de 1980), a autora localizou escassas publicações, geralmente focadas na pesquisa histórica e na descrição clínica da doença. Em meados de 1980 as publicações sobre o tema aumentaram consideravelmente e mudaram seu foco em direção à patofisiologia, etiologia e tratamentos. Segundo a autora, a partir deste período o aumento consistente nas publicações sobre a doença revela o surgimento de uma área específica de pesquisa merecedora de uma análise sistemática e crítica. No final da década de 80 o foco das publicações se centra na construção de critérios classificatórios e diagnósticos, incluindo testes de validação das diferentes propostas elaboradas. Com a publicação dos critérios diagnósticos da ACR em 1990 as publicações sobre a FM aumentaram ainda mais,

instaurando, a partir de então, um intenso debate relativo às bases científicas da síndrome e seu diagnóstico.

Segundo Barker (2005), o corpo de conhecimento encontrado pode ser dividido em dois grandes grupos sob dois argumentos abrangentes: aqueles que argumentam que a FM é uma doença de base orgânica ou cujos componentes orgânicos são de importância central, e os que argumentam que a FM é uma doença psicogênica ou comportamental, dentre os quais boa parte dos autores rejeita o valor científico do diagnóstico. Segundo Barker (2005), estes campos não são realmente exclusivos ou exaustivos, sendo possível encontrar posturas intermediárias que combinam elementos de ambos os argumentos, mas, em termos gerais, o debate sobre a doença estaria localizado entre aqueles que defendem que a FM encontra-se associada a alterações fisiológicas e aqueles que se opõem a tal hipótese.

Na análise de Barker (2005), nas pesquisas publicadas no período, focadas na possível etiologia da doença, os elementos ou variáveis mais estudados foram cinco, entre os quais quatro são fatores orgânicos, especificamente, os fatores neurobiológicos, musculares, infecciosos ou imunes e os relativos ao sono, enquanto só um faz referência aos fatores psicológicos e comportamentais.

Em um estudo posterior, Alonso et al. (2007) realizaram uma revisão bibliográfica das publicações científicas sobre FM no período entre 1980 e 2005, com o objetivo de obter uma melhor compreensão da pesquisa em FM.

No período pesquisado encontraram um total de 3201 publicações, dos quais selecionaram de forma aleatória uma amostra de 356 artigos. A partir da análise de conteúdo dos abstracts dos artigos selecionados os autores focaram a pesquisa em dois objetivos principais: uma análise de produtividade (por ano e autores) e uma análise por áreas temáticas.

Na análise de produtividade os autores notaram a mesma tendência crescente na publicação de artigos sobre FM, tal e como foi notado por Goldenberg (2003) e Barker (2005). Os autores notaram que entre o período entre 1980-1995 e o período 1996-2005 a produção científica sobre a doença triplicou-se, havendo também um aumento paralelo no número de periódicos com publicações sobre o tema.

Na análise por áreas temáticas, assim como Barker (2005), os autores identificaram dois grandes grupos: os dedicados à temática biomédica e os centrados na temática

psicológica. Em função das áreas temáticas encontradas na análise do conteúdo dos abstracts dos artigos os autores construíram as seguintes categorias classificatórias:

- **Artigos com temática psicológica:** Nesta categoria incluíram os artigos sobre pesquisas teóricas, empíricas ou artigos de revisão sobre variáveis psicológicas relacionadas com a FM. Esta categoria se subdivide nas seguintes:

1. Artigos relacionados com a intervenção, isto é, à aplicação de tratamentos psicológicos ou programas de intervenção psicológica e sua avaliação em grupos de pacientes com FM em comparação com grupos de controle ou portadores de outras doenças reumáticas.

2. Artigos relacionados com aspectos conceituais e metodológicos (não relacionados com a intervenção). Entre estes:

a) Artigos relativos a explicações psicopatológicas, quer dizer, às pesquisas focadas nas possíveis alterações psicopatológicas relacionadas com a FM.

b) Artigos relativos a fatores psicossociais. Nesta categoria os autores incluem os artigos sobre pesquisas focadas no estudo de variáveis psicossociais e de importância na adaptação e convivência do paciente com a sintomatologia da doença.

c) Artigos relacionados à qualidade de vida do paciente, isto é, que avaliam as alterações na capacidade funcional física, psicológica e social como produto da doença.

d) Artigos relativos aos instrumentos de avaliação. Nesta categoria os autores incluíram os artigos sobre as pesquisas focadas na confiabilidade e validade dos instrumentos psicométricos usados no diagnóstico e avaliação dos sujeitos com FM.

- **Artigos com temática biomédica:** Nesta categoria foram incluídos os artigos sobre pesquisas teóricas, empíricas ou artigos de revisão sobre variáveis biomédicas relacionadas à doença. Subdivide-se nas seguintes subcategorias:

1. Artigos relativos à intervenção, isto é, relativos à aplicação de tratamentos farmacológicos ou terapias alternativas e a sua avaliação em grupos de pacientes com FM em comparação com grupos de controle ou portadores de outras doenças reumáticas.

2. Artigos relativos aos aspectos conceituais e metodológicos (Não relacionados com a intervenção). Entre estes:

- a) Artigos sobre estudos epidemiológicos, isto é, focados no estudo da distribuição da FM nas populações, e nas possíveis causas desta distribuição.
- b) Artigos sobre os fatores etiológicos orgânicos. Nesta categoria se incluem os artigos sobre as pesquisas relativas às possíveis causas orgânicas e à fisiopatologia da FM.
- c) Artigos sobre o conceito, definição e diagnóstico, quer dizer, aqueles artigos focados na pesquisa sobre a definição da FM como categoria diagnóstica e sobre a construção e avaliação dos critérios diagnósticos mais adequados.
- d) Artigos sobre o impacto social e econômico da FM nos serviços de saúde. Os autores incluem nesta categoria os artigos sobre pesquisas dedicadas ao estudo do impacto social e financeiro da FM, especialmente em relação aos serviços de saúde.
- e) Artigos sem classificar. Nesta se incluem os artigos que não puderam ser classificados nas categorias anteriores.

Nos resultados da análise por temática Alonso et al. (2007) encontraram uma importante predominância das publicações focadas nos aspectos conceituais e metodológicos da perspectiva biomédica, especificamente, as relativas à possível etiologia e fisiopatologia da FM e as referentes aos critérios classificatórios e diagnósticos da doença. Os artigos encontrados relativos a uma temática psicológica foram escassos, focados, em sua maioria, na aplicação e avaliação de técnicas de intervenção cognitivo-comportamentais. Mesmo assim, os autores notaram um aumento nas publicações sobre esta temática, embora tal aumento não seja comparável aos referentes à temática biomédica.

2.2 A FM nas publicações científicas a partir de 2010: uma revisão.

2.2.1 Método

Com base nos artigos anteriores, mais especificamente, na revisão bibliográfica elaborada por Alonso et al. (2007) – descrito em detalhe no tópico anterior -, se realizou uma revisão das publicações científicas sobre fibromialgia a partir de 2010, tendo como foco a análise das temáticas abordadas. Na busca, realizada no portal de periódicos CAPES, foram

usadas as bases de dados Sciences citation index expanded e Social sciences citation index, ambas da Web of Science.

Usando a palavra chave “fibromyalgia” nas bases de dados e período citados, foram encontrados 1444 artigos , dos quais foram selecionados aleatoriamente 140 . Através da análise de conteúdo dos abstracts foram extraídas as temáticas abordadas pelos artigos selecionados.

Tomando como base as categorias classificatórias usadas por Alonso et al. (2007) a partir da análise de conteúdo dos artigos usados na sua pesquisa, e na introdução de novas categorias em função de critérios que serão explicitados, foram escolhidas as seguintes categorias para a classificação dos artigos selecionados:

- **Artigos com tema psicológico:** Esta categoria inclui os artigos sobre pesquisas teóricas, empíricas ou de revisão dedicados ao estudo das variáveis psicológicas relacionadas com a FM. Esta categoria se subdivide nas seguintes subcategorias:

1. Artigos relacionados com a intervenção, isto é, artigos focados na aplicação e avaliação de tratamentos ou programas de intervenção psicológica em grupos de sujeitos portadores de FM em relação a grupos de controle ou em relação a grupos portadores de outras doenças reumáticas ou psicológicas.

2. Artigos relacionados com aspectos conceituais e metodológicos (Não relacionados com a intervenção). Entre estes:

- a) Artigos relativos a explicações psicológicas ou psicopatológicas. Incluem os artigos focados no estudo da presença de variáveis psicológicas/psicopatológicas na FM, sejam como fator etiológico ou desencadeante, seja como fator moderador. Esta categoria inclui o uso de ferramentas psicométricas na identificação destas variáveis e a comparação do grupo portador de FM com um grupo de controle ou com grupos portadores de outras doenças reumáticas ou psicológicas.
- b) Artigos relativos a fatores psicossociais, isto é, os artigos relativos ao estudo das variáveis psicossociais relacionadas à FM e que tem um impacto na adaptação e convívio do sujeito com a doença e na relação com seus pares.
- c) Artigos relacionados à qualidade de vida. Esta categoria inclui os artigos que

avaliam como a doença afeta a qualidade de vida dos doentes, i. é, como a FM afeta ou altera a capacidade funcional física, psicológica e social do sujeito.

- d) Artigos sobre os instrumentos de avaliação e diagnóstico. Inclui os artigos que estudam as questões relacionadas aos instrumentos psicométricos empregados na avaliação e diagnóstico dos sujeitos com FM, seja à sua construção, fiabilidade e validade.
- e) Artigos relativos ao estudo da comorbidade, i. é, artigos focados no estudo da comorbidade existente entre a FM e outras doenças psicológicas/psiquiátricas. Incluem-se os artigos que tem como objetivo apontar a existência de elementos ou uma possível etiologia em comum de ordem psicológica.

3. Sem classificar. Inclui os artigos baseados numa abordagem psicológica que não puderam ser classificados nas categorias anteriores.

-Artigos com tema biomédico: artigos sobre pesquisas teóricas, empíricas ou de revisão focadas nas variáveis biomédicas relacionadas à FM.

1. Artigos relativos à intervenção, isto é, na aplicação de tratamentos farmacológicos ou técnicas de intervenção baseadas numa compreensão biomédica da doença, como por exemplo, estimulação magnética transcraniana. A aplicação do tratamento pode ser realizada em sujeitos portadores de FM em comparação a um grupo de controle ou a um grupo de portadores de outras doenças físicas, sejam reumáticas ou não.

2. Artigos relativos aos aspectos conceituais e metodológicos (Não relacionados com a intervenção). Entre estes:

- a) Artigos sobre epidemiologia. Inclui os artigos focados no estudo da FM nas diferentes populações, i. é, a sua distribuição, incluindo o estudo das variáveis sociodemográficas tais como idade, gênero e classe sociais relacionados à FM.
- b) Artigos relativos aos fatores etiológicos. Esta categoria inclui os artigos sobre as pesquisas focadas na possível etiologia orgânica da doença, i. é, ao estudo das variáveis orgânicas relacionadas à FM, sejam como fatores etiológicos, desencadeadores ou moderadores da sintomatologia associada à doença.
- c) Artigos sobre o conceito, definição e diagnóstico da FM. Artigos relativos ao

aprimoramento na definição, conceito e critérios classificatórios e diagnósticos da FM desde uma perspectiva biomédica.

d) Artigos sobre o custo social e econômico. Inclui os artigos sobre as pesquisas dedicadas ao estudo do impacto social e econômico da FM relativos aos serviços de saúde e à produtividade laboral dos sujeitos afetados pela doença.

e) Artigos relativos ao estudo da comorbidade, i. é, os artigos focados no estudo da comorbidade existente entre a FM e outras doenças orgânicas. Inclui os artigos sobre as pesquisas que sugerem a existência de elementos fisiológicos que possam indicar uma etiologia orgânica em comum.

3. Sem classificar. Inclui os artigos baseados numa abordagem biomédica que não puderam ser classificados nas categorias anteriores.

- **Artigos sobre pesquisas focadas num tema “alternativo”**, isto é, no estudo, aplicação e avaliação de modelos, tratamentos e terapias não psicológicas e não farmacológicas (ou baseadas no paradigma biomédico). Tal categoria foi incluída por Alonso et al.(2007), mas no presente estudo foi criada uma categoria separada para tais estudos, pois, inclui as chamadas “terapias alternativas” baseadas em paradigmas não ocidentais, e o exercício físico, o qual não se encaixa nas categorias psicológica e biomédica relativas ao tratamento. Portanto, tal categoria foi dividida em duas subcategorias:

1. Artigos referentes à eficácia do exercício físico no tratamento principal ou coadjuvante da sintomatologia da associada à FM.

2. Artigos relativos à eficácia de “terapias alternativas” no tratamento principal ou coadjuvante da sintomatologia da associada à FM, tais como a acupuntura, o Tai chi, e a homeopatia, entre outros.

- Sem classificar. Inclui os artigos que não puderam ser classificados em nenhuma das categorias anteriores.

A categorização da temática dos artigos selecionados não foi realizada de forma excludente, isto é, os artigos que faziam referência a mais de uma categoria foram marcados nas categorias classificatórias correspondentes, independentemente do número.

2.2.2 Resultados

Dado que na amostra escolhida só foram encontrados cinco artigos publicados em 2014, decidiu-se a sua exclusão nesta fase da análise, reduzindo o número de artigos analisados de 140 a 135. Destes 135 artigos selecionados aleatoriamente 29 foram publicados no ano de 2010, 31 no ano de 2011, 34 no ano de 2012 e 41 no ano de 2013, refletindo uma tendência crescente – embora leve - no número de publicações sobre a FM, e, portanto, um aumento no interesse sobre o tema.

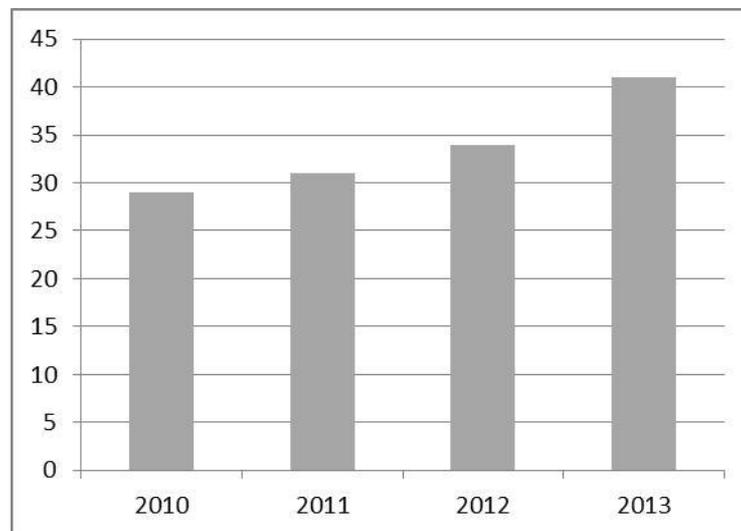


Gráfico 1 - Número de publicações científicas sobre FM na amostra selecionada entre os anos 2010 e 2013.

Embora seja impossível comparar quantitativamente os resultados obtidos nesta pesquisa com os obtidos por Goldenberg e Smith (2003), Barker (2005) e Alonso et al. (2007) devido à diferença na extensão dos períodos de tempo escolhidos para a análise pelos respectivos autores, é interessante observar como a tendência crescente na publicação de artigos científicos sobre a FM se mantém ao longo do tempo, tal e como foi assinalado no tópico anterior. Por exemplo, é relevante o fato de que, na revisão atual – na qual foi pesquisado um período de quatro anos - tenham sido encontrados quase o mesmo número de artigos encontrado por Alonso et al. (2007) num período de cinco anos, isto é, estes autores encontraram 1341 artigos publicados entre 2001 e 2005, enquanto no presente estudo foram encontrados 1444 artigos publicados entre 2010 e 2013, o que, independentemente da impossibilidade de comparações quantitativas exatas, evidencia um importante aumento nas publicações científicas sobre FM nos últimos anos .

Dos 135 artigos usados na presente análise 41 abordam a FM desde uma temática

psicológica, 93 abordam a FM a partir de uma temática biomédica e 17 partindo de uma temática alternativa . Mais especificamente, 25 dos artigos analisados possuem um enfoque meramente psicológico e 77 partem de uma perspectiva meramente biomédica, enquanto os 16 artigos restantes aparentemente levam em consideração tanto elementos psicológicos quanto elementos biomédicos na abordagem e estudo da FM.

Embora tenham sido encontrados estes 16 artigos que, à primeira vista, possuem uma visão mais abrangente da FM, fica patente, no número de artigos dedicados estritamente ao estudo de variáveis biomédicas (77) que ainda existe um marcado predomínio do estudo destas na pesquisa contemporânea sobre a FM, enquanto as variáveis psicológicas são raramente levadas em conta no estudo das variáveis relacionadas à doença.

Tal resultado mantém a tendência predominante encontrada nos estudos citados. Embora os autores usados como referência não ofereçam os dados precisos do número de artigos encontrados por matéria, ambos ressaltam a presença de uma marcada diferença entre duas agrupações temáticas, a psicológica e a biomédica. Nos gráficos apresentados por Barker (2005) o número de artigos contabilizados por assunto apresenta uma assombrosa diferença. No período de 1996 a 2000 o número de artigos publicados com temática neurobiológica é quase o triplo dos artigos com temática psicológica. Na presente análise quase o 69% dos artigos revisados abordam a FM desde uma perspectiva biomédica, enquanto só 30% do total das pesquisas publicadas estudam variáveis psicológicas associadas à FM.

Curiosamente, existe um número crescente de pesquisas publicadas sobre a aplicação e eficácia de tratamentos alternativos na FM. 10 artigos da amostra analisada foram dedicados aos efeitos do exercício físico no tratamento e controle dos sintomas característicos da FM, enquanto os nove artigos restantes se referem a pesquisas realizadas sobre a eficácia de tratamentos alternativos baseados em paradigmas e compreensões não ocidentais sobre o ser humano, o que justificou a construção de uma categoria classificatória específica para estes artigos.

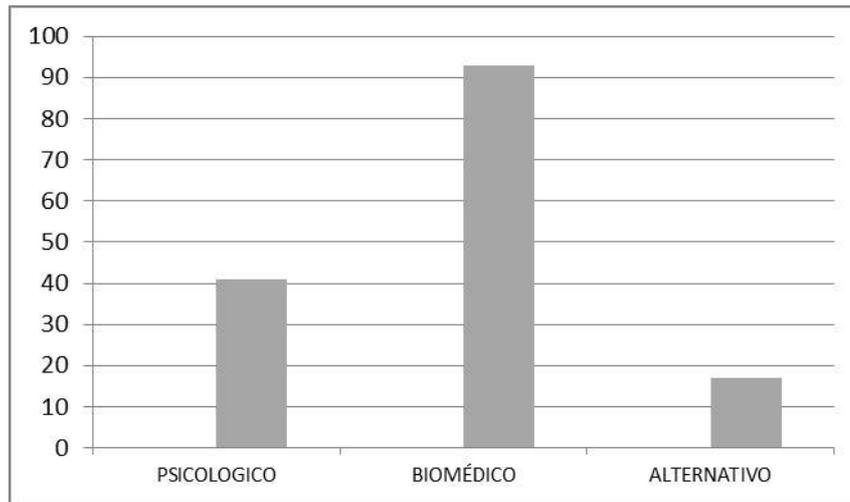


Gráfico 2 - Número de publicações científicas sobre FM por tema – psicológico, biomédico e relativo a outras terapias - na amostra selecionada.

2.2.3 Artigos com temática biomédica

Entre os artigos analisados baseados numa temática biomédica, é visível o predomínio das pesquisas relativas aos possíveis fatores etiológicos da doença seguidos pelos estudos referentes aos possíveis tratamentos, sua eficácia e efeitos adversos.

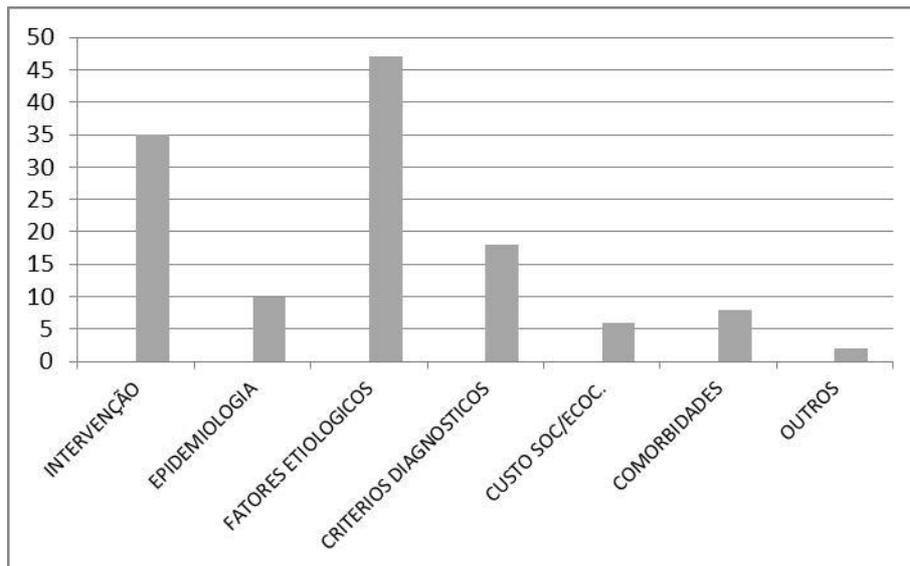


Gráfico 3 - Número de publicações científicas sobre FM baseadas num enfoque biomédico, classificadas pelas categorias usadas na análise.

Assim como nos trabalhos de Barker (2005) e Alonso et al. (2007), a maior percentagem dos artigos da amostra são relativos à pesquisa etiológica da FM desde uma perspectiva biomédica constituindo a área mais produtiva; isto é, 37% dos artigos analisados correspondem a pesquisas sobre a possível etiologia da FM. Entre estes, o fator etiológico reconhecido como o mais factível, por oferecer, até então, uma explicação mais satisfatória da doença, diz respeito a alterações nos processos inibitórios corticais relativos ao processamento da dor. Entretanto, não existe consenso em relação às causas destas alterações nem às áreas específicas onde ocorre tal alteração. Uma das pesquisas analisadas assinala a presença de problemas inibitórios no córtex somatossensorial, localizado no lobo parietal (FALLON et al., 2011), enquanto outra aponta a disfunções nos processos cognitivos inibitórios relativos a mecanismos ineficientes no lobo frontal direito (MERCADO et al., 2013).

Outros artigos assinalam que a existência de alterações inibitórias na modulação da dor se deve à presença de déficits nas conexões intra-corticais que envolvem os mecanismos gabaérgicos e glutamatérgicos (MHALLA et al., 2010), ou a existência de padrões de excitabilidade cortical, o que provocaria um aumento generalizado da percepção de estímulos dolorosos e uma redução da habituação no córtex sensorial (TOMMASO, 2011).

Alguns autores apontam para a importância das aminas biogênicas envolvidas no controle da dor como a base da sintomatologia da FM, especialmente da serotonina (5-hidroxitriptamina). Alterações nos níveis de serotonina, e, portanto, da sua função transmissora no sistema inibitório descendente da dor promoveria uma hipersensibilidade nos neurônios nociceptivos da medula espinhal (OGINO et al., 2011).

Por outro lado, alguns autores argumentam que a etiologia da FM não reside nos processos relativos ao sistema nervoso central, mas é relativa a alterações no sistema nervoso autônomo (SNA) (KINGSLEY, 2012; SHEEVA et al, 2012; VINCENT et a., 2013). Tais alterações estariam relacionadas a uma hiporeatividade do SNA aos estressores ambientais, relativas a um aumento na reatividade dos receptores alfa-adrenérgicos e a uma reatividade reduzida dos receptores adrenérgicos (van MIDDENDORP et al., 2013).

Outra hipótese amplamente estudada nos artigos analisados é a presença de problemas na interação entre neuropeptídios, citocinas, hormônios, e os sistemas imunológico e nervoso simpático. Lannuccelliet al. (2010) estudaram a relação destes e a FM medindo os níveis de

concentração sérica de oito citocinas diferentes, os neuropeptídios – neuropeptídeo Y - e anticorpos anti-polímeros (APA) em pacientes com enxaqueca tensional FM em relação a um grupo de controle, achando relação entre os níveis de interleucinas IL-6, IL-10, IL-1RA, o fator de necrose tumoral e os níveis de NPY nos pacientes com FM.

Estes estudos apontam os componentes imunológicos como possível fator etiológico da FM. Ang et al. (2011) mediram os níveis de duas citocinas, o IL-8 e a proteína quimiotática de monócitos (MCP-1) e a pontuação no Brief Pain Inventory (BPI) em pacientes com FM, com o objetivo de pesquisar se existia alguma correlação entre o aumento da concentração plasmática destas citocinas e o aumento da dor, achando uma associação significativa entre estas variáveis, que sugeriria que elevados níveis plasmáticos destas citocinas podem ter relação com a patogênese da FM.

Outra hipótese diz respeito a elevados níveis séricos da proteína HMGB1 - proteína da caixa de grupo 1 da alta-mobilidade- a qual tem uma função pro-inflamatória, isto é, é uma proteína liberada quando uma infecção ocorre ou quando um tecido é ferido ou danificado (OKTAYOGLU et al., 2013).

Parte destes autores aponta para a base genética destas alterações, assinalando que a FM teria uma fisiopatologia genética. Oktayogluet al. (2013) insiste na base genética das alterações na HMGB1, apontadas como estando na base da fisiopatologia da FM. Alguns defendem a hipótese da existência de alterações nos sistemas opióides e nas catecolaminas, especificamente, na Catecol O-Metiltransferase (COMT) e no receptor opióide Um 1 (OPRM1) (Finan et al., 2010). Outros apontam para alterações no Alfa-1-Antitripsina (A1MT), o que, segundo os autores, estaria associado a um fenótipo comportamental definido como Energia criativa intensa (ICE - intense Creative Energy). Para os autores, mutações no A1AT estão associadas a tal fenótipo comportamental (ICE), à vulnerabilidade no fígado e pulmões e à predisposição à FM, transtornos afetivos e certas síndromes neurológicas (SCHMECHEL e EDWARDS, 2012).

A relação das aminas biológicas, especificamente da serotonina, também tem sido estudada desde uma perspectiva genética. Autores tem proposto uma possível associação entre o genótipo 5-HTTLPR (gene transportador da serotonina), mas os resultados não tem sido conclusivos (POTVIN et al., 2010).

Outra hipótese estudada é a existência de alterações nos níveis de cortisol e no eixo

hipotálamo-pituitária-adrenal (RIVAS et al., 2012). Geisset al. (2012), pesquisaram a relação entre baixos níveis de cortisol (hipocortisolemia), que aumentariam os níveis de reatividade da citocina IL-6, promovendo a aparição dos sintomas da FM.

A presença de alterações dos ciclos do sono também tem sido estudada em relação à etiologia da FM (FÁTIMA et al, 2013). Segundo alguns autores, na patogênese da doença podem se encontrar alterações nos processos homeostáticos do sono, especificamente em relação à noção de estado dissociativo do sono, no qual o sujeito reúne dois estados do sono que funcionalmente não poderiam não coexistir, tais como o padrão do sono alpha-delta, onde o sujeito permanece num estado entre o sono e a vigília (OLIVEIRA, 2012).

Além das hipóteses expostas acima, as quais parecem constituir o foco das pesquisas contemporâneas, para alguns autores a possível existência de patologias neurovasculares ou vasculares, por exemplo, à existência de uma neuropatologia periférica relativa a alterações na inervação arterial e venosa cutânea (ALBRECHT et al., 2013). A presença de patologias vasculares periféricas pode provocar amplos e variados efeitos isquêmicos que poderiam provocar ou contribuir na aparição dos sintomas de dor difusa e fadiga, característicos da FM (ALBRECHT et al., 2013b).

Outras hipóteses pesquisadas na amostra de artigos analisados foi o possível déficit de substâncias de importância vital no funcionamento do organismo, tais como o déficit de Calcifediol (WEPNERA et al., 2014), baixos níveis de ferro (MADER et al., 2012) e déficit nos níveis de Magnésio (BAGIS et al., 2013), casos nos quais a suplementação de tais substâncias constituiria um tratamento para os sintomas da doença.

Só um artigo da amostra teve como foco a pesquisa de um vírus (vírus xenotrópico relacionado à leucemia murina – XMRV), o qual estaria relacionado à patogênese da FM e outras doenças reumáticas. (BAZZICHI et al. 2011)

Os resultados da análise temática dos artigos focados na pesquisa etiológica na FM mostram uma tendência à concepção da FM como uma patologia cuja origem reside em alterações no processamento nervoso central, sendo que a maior percentagem destes artigos (22,92%) se foca no estudo dos tópicos relacionados a tal concepção da doença, embora ainda boa parte dos estudos aposte na hipótese de uma patogênese de ordem periférica.

A segunda temática mais pesquisada é a relativa às alterações do sono como possível patogênese ou como variável de grande peso na manifestação dos sintomas da FM.

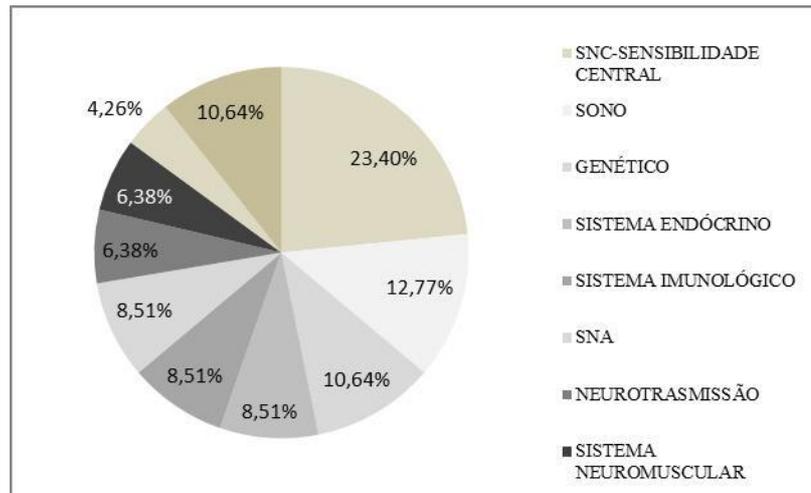


Gráfico 4 - Hipóteses etiológicas sobre a FM pesquisadas na amostra de artigos analisados, expostos por percentagem.

Mesmo assim, pode-se notar que ainda existem numerosos focos de estudo sobre a possível patogênese biológica da FM, o que demonstra que embora ainda constitua a área de maior produtividade nas pesquisas científicas sobre FM, mantendo a tendência encontrada por Barker (2005) e Alonso et al., (2007), ainda existem inúmeras teorias e falta de consenso a respeito, e a identificação de uma etiologia concreta da doença por parte dos pesquisadores parece ainda distante. Entretanto, é possível identificar uma busca pela integração de hipóteses variadas num modelo mais complexo, relacionando, por exemplo, a presença de alterações corticais à presença de distúrbios imunológicos de base genética.

A compreensão da FM como produto de uma serie de alterações metabólicas e imunológicas que provocam disfunções no processamento cortical, e cuja base pode estar em alterações genéticas, parece constituir um novo direcionamento das pesquisas sobre a etiologia da FM, embora as alterações do sono pareçam ter uma importância chave na manifestação dos sintomas da doença.

Entre os artigos relativos ao estudo dos possíveis tratamentos para a FM baseados num enfoque médico, o qual constitui a segunda categoria mais pesquisada na amostra escolhida, a grande maioria é dedicada à avaliação da eficácia de tratamentos farmacológicos. A substância mais estudada é a pregabalina (PAUERET al., 2011; ROTH et al. 2012; OHTA et al., 2013; RESNICK et al., 2013) – a qual constitui um dos tratamentos da FM mais usados na atualidade.

Outra substância pesquisada entre os artigos referentes ao tratamento biomédico é a Duloxetine (BRADLEY et al., 2010; CHEN et al., 2010) e o Milnaciprino (ARNOLD et al., 2010; McFARLAND et al., 2010; MATTHEY et al., 2010; MEASE et al., 2011), antidepressivos inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina usados frequentemente na terapêutica da FM.

Também são estudados os efeitos de outros psicofármacos tais como o Escitalopram (KRAPIVENSKY & LEWIS, 2012), a Amisulprida (RICO-VILLADEMOROSSET al., 2013) e o Oxibato de Sódio (GHB) (SPITZER & BROADMAN, 2010).

Ainda parece não existir consenso quanto à melhor substância farmacológica para o tratamento da FM, pois, embora algumas ofereçam resultados positivos, nenhuma proporciona um efeito contundente e claro na melhora dos sintomas da doença. De fato, vários artigos tentam comparar a eficácia do tratamento com diferentes substâncias na tentativa de uma melhor definição da terapêutica farmacológica mais indicada (KLEINMAN et al. 2011). O mais interessante é que na maioria destes artigos a avaliação do tratamento farmacológico mais adequado não está focada unicamente em termos da eficácia do tratamento da sintomatologia, mas também na relação custo-benefício destes tratamentos em termos dos serviços de saúde pública e do nível de produtividade média dos portadores da doença (HARNETT et al., 2011; ROBINSON et al., 2012).

Consistindo num outro reflexo da ausência de consenso da terapêutica adequada da FM, numerosos artigos tratam sobre pesquisas que tem como foco a comparação da eficácia de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (ALDA et al., 2011; NÜESCH et al., 2013; SCHEIDT et al., 2013), enquanto outros apontam para a necessidade de um tratamento multimodal, isto é, que abarque terapias farmacológicas e não farmacológicas (MOTLEY & MAXWELL, 2010; SPÄTH, 2011).

Outros artigos se focam no estudo do uso de substâncias farmacológicas alternativas, tais como a reposição de ferro (MADER et al., 2012), magnésio (BAGIS et al. 2013) e creatina (ALVES et al., 2013) e até do consumo de quetamina (WURTMAN, 2010) como possíveis tratamentos da FM.

Igualmente foram encontrados artigos direcionados ao estudo de terapias não farmacológicas baseadas numa aproximação biomédica da doença, tal e como a estimulação magnética transcraniana repetitiva (LEE et al., 2012) e a estimulação elétrica cranial (TAYLOR et al., 2013).

2.2.4 Artigos com temática psicológica

Entre as pesquisas baseadas numa temática psicológica, 17 artigos fazem referência às possíveis variáveis psicológicas/psicopatológicas que possam ter relação à manifestação da FM, sendo este o tema de maior interesse pelos pesquisadores da área. De outro lado, 12 artigos da amostra são relativos aos instrumentos de medição, isto é, à construção, confiabilidade e validade de provas psicométricas sobre a FM.

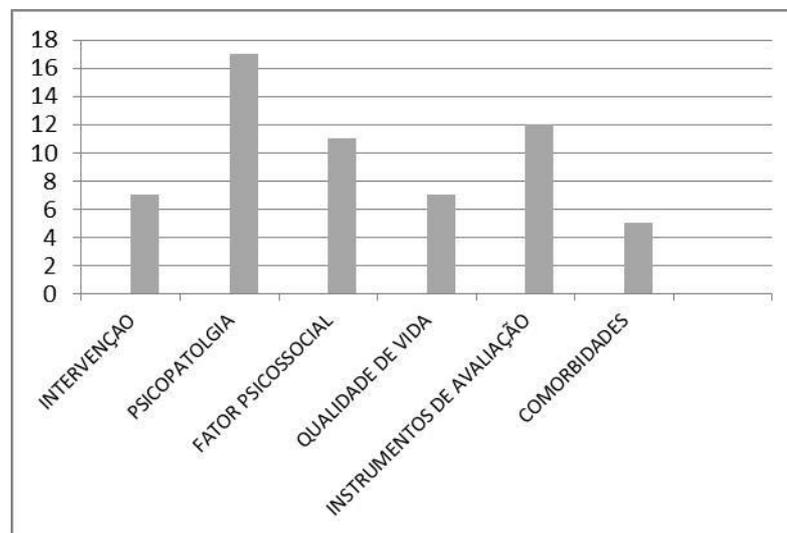


Gráfico 5 - Número de publicações científicas sobre FM baseadas num enfoque psicológico, classificados pelas categorias usadas na análise.

É importante destacar que na maioria destes artigos as variáveis psicológicas são consideradas variáveis moderadoras na manifestação da doença. Isto é, elas não são consideradas como chave na compreensão da patogênese da FM, mas na forma como o sujeito lida com a sintomatologia da doença, especialmente com a dor (a qual pode ver-se aumentada ou atenuada na presença de certas características) e como, na presença de tais sintomas, consegue uma maior ou menor funcionalidade e ajuste ao meio.

Entre os artigos focados no estudo das possíveis variáveis psicopatológicas/psíquicas mediadoras encontram-se pesquisas dedicadas ao estudo de variáveis cognitivo-afetivas, tais como a vulnerabilidade psicológica, entendida como a tendência à depressão, à ansiedade e respostas pouco eficazes em relação ao estresse, e à auto-eficácia em relação à dor somada a uma predisposição a afetos positivos (FURLONG et al., 2013); a crença de controle (entendida como a percepção de auto-eficácia e competência em relação à saúde) e as

estratégias de enfrentamento em relação à doença (PASTOR et al., 2010), a vivência da raiva e sua expressão/inibição (van MIDDENDORP et al., 2010), o perfeccionismo (MOLNAR et al., 2012) e a presença de crenças disfuncionais em relação ao sono (MIRO et al., 2012).

A maioria destes estudos não apresenta resultados concludentes sobre a importância mediadora destas variáveis. De fato, Canzonieri et al. (2013) que pesquisaram a importância de traços da personalidade como a rigidez, a organização do curso do pensamento, a capacidade de adaptação e estratégias de enfrentamento, o equilíbrio emocional e a abertura aos estímulos como variáveis mediadoras que incidem na forma como o paciente enfrenta e se adapta aos sintomas da doença, concluíram que as características da personalidade não explicam ou não tem relação nenhuma com as dificuldades de enfrentamento dos pacientes em relação à dor e demais sintomas da FM.

Da amostra de artigos analisados que versam sobre as variáveis psicológicas/psicopatológicas na FM só quatro demonstram uma abordagem diferenciada da importância ou função destas na etiologia e manifestação da doença.

Hauser et al. (2012) consideram a FM como o extremo de um *continuum* de *distress*. Na mesma linha Malin e Littlejohn (2012) propõem que os processos psicológicos associados à FM fazem parte do extremo de um espectro contínuo, no qual podem ser localizados sujeitos assintomáticos. Especificamente, segundo os autores, certos processos psicológicos podem ser entendidos como um *continuum* em cujos extremos podem ser localizados sujeitos “normais” e assintomáticos e sujeitos com diagnósticos de FM. Ou seja, certas variáveis psicológicas associadas à FM estão presentes numa medida consideravelmente menor em sujeitos assintomáticos, sendo que o aumento da intensidade destas variáveis psicológicas – consideradas de importância central na FM – aumenta a manifestação e intensidade dos sintomas da FM. Segundo Malin e Littlejohn (2012) as variáveis psicológicas que compoem este espectro são características como necessidade de controle, capacidade de enfrentamento, catastrofização, reatividade ao estresse e outros traços de personalidade relacionados ao neuroticismo e à personalidade Tipo A.

Partindo da perspectiva destes autores, a presença e medida de certas variáveis ou fatores psicológicos teriam um papel central na patogênese da FM. Entretanto, dada a escassa pesquisa dedicada a tal hipótese na amostra de artigos analisados, tal perspectiva parece ter pouca força e credibilidade nas pesquisas científicas contemporâneas sobre FM, à diferença da compreensão das variáveis psicológicas como fatores mediadores da experiência do sujeito

em relação aos sintomas da doença, descrita acima.

Igualmente, na amostra analisada, se reflete um interesse mínimo pela experiência subjetiva do portador de FM. Dos artigos revisados só dois deles pesquisaram tal tópico. Diver et al. (2013) realizaram um estudo qualitativo a respeito da experiência subjetiva dos indivíduos diagnosticados com FM, com o objetivo primário de alcançar uma melhor compreensão de tal vivência, considerada como central para compreender a doença, e com o objetivo secundário de desenvolver um modelo teórico que ajude o profissional da saúde a ter uma melhor compreensão da FM e de como tal doença afeta a vida dos pacientes.

O segundo artigo analisado que procura uma visão da vivência do sujeito com FM é o estudo de caso elaborado por Griffies (2010), no qual o autor discute a relação entre a FM e variáveis psicodinâmicas no contexto de uma análise clínica, assinalando a possibilidade das origens intrapsíquicas – especificamente relativas a experiências afetivo-relacionais primárias – ocuparem um lugar central na patogênese das FM.

A quase ausência de estudos versados sobre o tema na amostra de artigos analisadas é muito chamativa, dada a natureza subjetiva da dor, descrita no primeiro capítulo. Os sintomas centrais da FM estão constituídos pela dor e fadiga crônica, além de outros sintomas de natureza subjetiva, é de se estranhar o pouco interesse e a omissão da experiência subjetiva nos tópicos pesquisados.

2.2.5 Artigos com temática alternativa

Como foi assinalado acima, foram encontrados numerosos artigos focados na pesquisa da aplicação e eficácia de tratamentos alternativos na FM. Foram encontrados 19 artigos versados sobre este tema, dentre os quais dez foram dedicados aos efeitos do exercício físico no tratamento e controle dos sintomas característicos da FM, enquanto os nove restantes focam-se na pesquisa relativa à eficácia de tratamentos alternativos baseados numa compreensão do ser humano alheia ao paradigma biomédico ocidental.

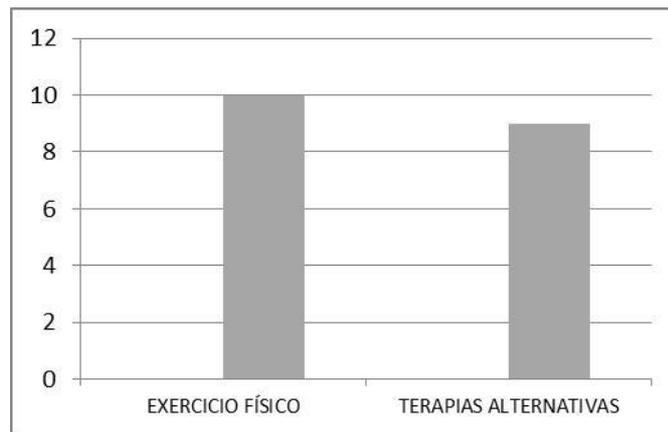


Gráfico 6 - Número de publicações científicas sobre FM baseadas num enfoque psicológico, classificados pelas categorias usadas na análise.

Quase a totalidade destes artigos tem seu foco na avaliação da eficácia do tratamento aplicado em grupos de pacientes com FM. Com exceção de dois artigos que tentaram uma compreensão biológica para a eficácia do exercício no tratamento da FM (KINGSLEY, 2012; BJERSING, 2013), nenhuma das publicações analisadas tenta realizar um modelo explicativo da FM ou procura uma explicação das razões pelas quais tais tratamentos são efetivos no tratamento da doença.

Entre os artigos relativos ao exercício físico a maioria se foca na identificação da modalidade (natação, caminhada, exercícios de resistência, entre outros), combinação e intensidade (tempo investido, número de repetições) de exercícios mais apropriados e eficazes, tendo como objetivo o desenvolvimento do melhor programa de tratamento.

Nas pesquisas sobre a aplicação de terapias alternativas no tratamento da FM o foco está na legitimação dos efeitos destes tratamentos, embora não estejam baseados no paradigma biomédico ocidental. Avalia-se a eficácia de diferentes terapias, tais como a balneoterapia (KESIKTASET al., 2011), o Tai Chi (WANG et al., 2010), a homeopatia (PERRY et al., 2010) e a acupuntura (SAAD & MEDEIROS, 2013), entre outros.

O surgimento das pesquisas dedicadas a tais tópicos parecem relacionadas às polêmicas relativas à eficácia dos tratamentos farmacológicos existentes, descrita acima. De fato, Nüesch et al. (2013) realizaram uma meta-análise sobre artigos científicos com o objetivo de comparar a eficácia dos tratamentos farmacológicos, das terapias psicológicas e dos tratamentos alternativos na FM. A partir dos resultados obtidos os autores concluíram que a eficácia dos tratamentos farmacológicos é questionável, embora a evidência dos benefícios das terapias não

farmacológicas – incluindo as psicológicas e as alternativas - seja limitada, razão pela qual, além de assinalar a inexistência de um tratamento padrão de eficácia comprovada, sugere que a combinação das várias terapias existentes constitui, na atualidade, a terapêutica mais adequada para a FM.

2.2.6 Artigos que conjugam uma temática biomédica e uma temática psicológica

Embora numerosos artigos abordem a FM tanto desde uma temática psicológica quanto de uma temática biomédica, em poucos deles se percebe uma clara tentativa de integração de ambas as abordagens para uma compreensão mais abrangente e sofisticada da doença. Dos 16 artigos que abordam ambas as temáticas só um aposta abertamente numa compreensão da FM que abranja tanto variáveis biomédicas como variáveis psicológicas. Motley e Maxwell (2010) argumentam sobre a necessidade de uma abordagem mais ampla da FM, na qual sejam levadas em conta variáveis biológicas e variáveis psicológicas do sujeito, especialmente da experiência subjetiva deste, na compreensão da doença e na construção de um programa de tratamento adequado, o qual deve, em função da avaliação destas variáveis, ser um programa personalizado, construído em conjunto com o paciente.

Os temas pesquisados pelo restante dos artigos que, pelos critérios de classificação, abordam tópicos relativos a categorias referentes tanto ao tema biomédico quanto ao tema psicológico, podem ser agrupados em vários tópicos, sendo que, em nenhum deles, a presença de ambas as perspectivas – ou da importância da conjugação destas – seja mencionada.

Alguns destes artigos pesquisam o custo social e econômico (tema biomédico) em relação à presença ou ausência de certas variáveis psicossociais e à qualidade de vida do paciente (tema psicológico) (KIM C. et al., 2013; KIM C. H. et al., 2013; OKTAYOGLU et al., 2013; VRIEZEKOLK et al., 2013), ou a estudos epidemiológicos (tema biomédico) que entre as variáveis estudadas incluem alguma de ordem psicológica (tema psicológico) (ELENA et al., 2011). Outro grupo de artigos tem como objetivo a comparação de tratamentos farmacológicos (tema biomédico) e tratamentos psicológicos (tema psicológico) (NÜESCHET al., 2013; SCHEIDT et al., ALDA et al., 2011).

O restante dos artigos aqui descritos está relacionado às questões relativas ao diagnóstico e classificação da FM, especificamente, à busca da construção de instrumentos

psicométricos mais adequados para a o diagnóstico e classificação da FM e dos seus efeitos e implicações. Por exemplo, Silverman et al. (2010) propõem a construção de um instrumento de diagnóstico da severidade da FM e Vincent et al. (2013) propõem a construção de uma escala de *distress*, relativa ao funcionamento do SNA, que possa sofisticar o diagnóstico dos sujeitos com FM.

A questão dos instrumentos psicométricos parece ser uma questão chave nos artigos da amostra analisada. Não só de forma direta, como por exemplo, nos artigos mencionados no parágrafo anterior, mas especialmente de forma indireta, pois a grande maioria dos artigos de tema biomédico, especialmente os relativos à intervenção e aos fatores etiológicos da doença, fazem uso de instrumentos psicométricos de avaliação dos tratamentos ou da validade das hipóteses pesquisadas, sem fazer em momento nenhum menção à natureza psicológica, e, portanto, subjetiva de tais ferramentas.

Tal observação traz à tona uma problemática importante na pesquisa sobre FM. Como foi notado, a compreensão de uma patogênese biológica e, conseqüentemente, a aposta na busca de tratamentos farmacológicos apropriados está permeada pela natureza subjetiva da FM, dado o uso quase geral de instrumentos psicométricos. Isto é, a avaliação de hipóteses etiológicas e tratamentos farmacológicos de uma doença de base supostamente biológica por meio de ferramentas ou instrumentos de medição psicométricos não constitui um paradoxo que, até certo ponto, compromete os resultados, e, portanto, aquilo que está querendo ser comprovado por meio da pesquisa? A discussão de tal paradoxo constitui o foco do próximo capítulo.

3 A DIMENSÃO SUBJETIVA DA FIBROMIALGIA

3.1 O uso de ferramentas psicométricas na pesquisa sobre FM

3.1.1 Algumas considerações sobre as ferramentas psicométricas de medição

Antes de continuar a discussão iniciada no segundo capítulo relativa ao uso de testes psicológicos na avaliação das hipóteses patogênicas, dos métodos de diagnóstico e classificação e dos possíveis tratamentos da FM desde uma perspectiva biomédica, é de importância central proceder à clarificação da natureza de tais ferramentas.

Um teste psicológico “[...] é, essencialmente, uma medida objetiva e estandardizada de uma amostra de conduta”¹⁰ (ANASTASI e URBINA, 1998, p. 4, tradução nossa). Na sua acepção psicológica, uma conduta ou comportamento pode ser definido como o conjunto das reações que se podem observar num indivíduo, estando este em seu ambiente e em dadas circunstâncias. Segundo Oliveira (2000), “O comportamento é a manifestação dos elementos psicológicos e sociológicos e tem a vantagem de poder ser facilmente observado, tornando-o muito útil na prática médica” (p. 362).

Por meio da medição de amostras comportamentais, os testes psicológicos pretendem aceder a construtos psicológicos de natureza subjetiva. Um construto psicológico - de natureza abstrata - só pode ser inferido a partir de uma amostra de conduta, pelo fato de não ser acessível de forma direta. Deste modo, por meio de um teste psicométrico não se pretende a medição de entidades objetivas, em termos de estas possuírem uma realidade física, mas se ambiciona atingir, por meio de uma amostra objetiva de comportamento, um conceito ou construto. Os testes psicométricos “São testes de construtos psicológicos e são úteis na medida em que os construtos teóricos que fundamentam o teste, e o teste usado para medir tal construto, sejam válidos”¹¹ (MICHELL, 1997, tradução nossa).

¹⁰ Com o termo “objetivo” os autores fazem referência à medida na qual “a aplicação, pontuação e interpretação dos resultados” do teste são “independentes do juízo do examinador” (p. 7), e com o termo “estandardizada” à “uniformidade dos procedimentos de aplicação e qualificação da prova” (p. 6).

¹¹ Em geral, a validade de um método é definida pela “exatidão com a qual é possível fazer medidas significativas e adequadas por meio do seu uso, no sentido de eles realmente constituírem uma medida daquele traço que se pretende medir” (MAGNUSSON, 1990, p. 153, tradução nossa).

Destarte, o problema central da medida – tanto na psicologia quanto em outros campos do saber - é constituído pela natureza abstrata e subjetiva dos seus objetos. Tal dificuldade é driblada por meio do procedimento designado “operacionalização”. Nele “[...] precisamos estabelecer uma relação entre um grupo de respostas observáveis (variáveis manifestas) e um conceito teórico subjacente, mas não observável (variável latente, construto)” (CHIORRI, p. 1,[s.d.]).

Portanto, só a partir da operacionalização, isto é, do estabelecimento da relação entre um construto e um evento observável, é possível estabelecer unidades de medida e, portanto, a construção de ferramentas de medição.

Neste cenário, a noção de objetividade da medida ganha um viés particular e é motivo de polêmica. Segundo Kerlinger (1988) “A objetividade é um acordo entre juízes experientes sobre aquilo que é observado. Os métodos objetivos de observação são aqueles nos quais qualquer indivíduo que siga as regras prescritas assignará os mesmos valores numéricos a objetos e a conjuntos de objetos que outra pessoa” (p. 509, tradução nossa). Ainda segundo o autor, “[...] deveria se reconhecer que todos os métodos de observação tem certo nível de objetividade. Em outras palavras, não existe uma marcada dicotomia entre os chamados métodos objetivos e outros métodos de observação. Existe, entretanto, uma diferença no grau de objetividade”. (p. 510, tradução nossa).

Em outras palavras, para Kerlinger (1988), não existe uma diferença qualitativa entre a objetividade das ferramentas psicométricas de medição e outras medidas objetivas, reduzindo tal diferença a uma questão quantitativa, de “grau”. Contudo, o mesmo autor assinala que “Todos os métodos de observação são inferenciais: implicam inferências relativas às propriedades dos membros dos conjuntos, baseadas nos valores numéricos assignados aos seus membros... As inferências feitas... são, no geral, muito extensas, apesar do seu aparente tratamento direto” (p. 510, tradução nossa). Tais asseverações evidenciam que embora as medidas se diferenciem quantitativamente e não qualitativamente na sua objetividade, esta é evidentemente menor, dada a ampla extensão de inferências que podem ser feitas a partir dos resultados.

Em contraposição, conforme Kline (2000, apud THAMBIRAJAH, 2005) a objetividade nas medidas psicológicas não é a mesma das medidas físicas, pois nelas não é possível determinar unidades psicológicas nem zeros verdadeiros. De fato, para o autor “Seja o que for uma medida psicológica, ela não é uma medida científica, tal e como são definidas

pelas ciências naturais”¹² (p. 181, tradução nossa), isto é, à diferença de Kerlinger (1988), o autor considera que a diferença entre a objetividade dos instrumentos psicométricos de medida e outros métodos de medição é qualitativa, e não só quantitativa. De fato, segundo os críticos da psicometria, é uma atitude errônea – além de muito comum - acreditar que os testes ou medidas psicológicas são objetivos, e que, portanto, os achados nas pontuações obtidas refletem a existência objetiva do constructo medido, à semelhança ou proximidade das medidas laboratoriais de variáveis físicas (THAMBIRAJAH, 2005).

Entretanto, “a observação de um comportamento, e emissão de juízo de valor a respeito dele, é um método válido e, aliás, necessário e amplamente utilizado para a formulação e diagnóstico de condutas” (OLIVEIRA, 2000, p. 363). Mesmo com todas as dificuldades que tal empreitada implica, especialmente em termos da sua objetividade, o uso de técnicas de medição é fundamental para o avanço do conhecimento sobre a doença, “[...] a evolução das ciências depende, em boa parte, da evolução técnica dos instrumentos disponíveis aos pesquisadores” (SOUSA e SILVA, 2005, p. 470).

A questão reside, então, em ter presente o “juízo de valor” inerente a todo método ou ferramenta psicométrica que implica a medição de uma conduta humana, seja por meio da sua observação por parte de avaliadores “treinados”, seja pela resposta escrita ou a linha riscando uma opção, feita pelo sujeito avaliado.

3.1.2 Uso de instrumentos psicométricos nas pesquisas sobre FM

Lembrando Smythe (1986) - citado no primeiro capítulo -, pelo fato de apresentar uma sintomatologia extremamente variável, a FM pode ser considerada uma “entidade polimorfa”. Por consistir numa síndrome dolorosa de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de dor crônica difusa de caráter variável e a presença de pontos de sensibilidade dolorosa, acompanhados, por sua vez, de múltiplos sintomas, a construção de instrumentos de diagnóstico, classificação e avaliação da FM constitui uma empreitada hercúlea.

¹² “[...] se, por exemplo, consideramos o que se quer dizer pelos termos inteligência ou extroversão, de forma nenhuma fica claro que unidades de medida devem ser usadas ou o que um zero verdadeiro poderia significar. Este problema é aplicável à maioria dos conceitos e variáveis psicológicas” (KLINE, 2000, apud THAMBIRAJAH, 2005, p.181).

De fato, na mesma linha Oliveira (2000) admite as dificuldades relativas a tal empreitada quando assinala que “As SDC não têm marcadores biológicos, sendo os diagnósticos baseados em queixas. Sinais clínicos atribuídos a algumas delas, como a fibromialgia e a síndrome do desfiladeiro torácico, são geralmente de natureza duvidosa ou então de especificidade baixa” (p. 361).

Como foi notado no capítulo anterior, o uso de instrumentos desta ordem é quase generalizado na maioria dos artigos analisados classificados nas diferentes categorias temáticas propostas. Seja na validação de uma hipótese etiológica, na avaliação de um tratamento ou na construção e avaliação de novos instrumentos de diagnóstico e classificação, as ferramentas psicométricas são praticamente onipresentes nas pesquisas sobre FM.

A medição e avaliação do sintoma principal da FM - e de outras síndromes dolorosas - , isto é, a dor de etiologia desconhecida, já constitui uma missão incrivelmente complexa. No primeiro capítulo foram descritos alguns dos instrumentos de avaliação usados no diagnóstico, na classificação e na pesquisa relativa aos sintomas dolorosos na FM, além dos variados sintomas associados e dos efeitos e implicações que a sintomatologia associada à doença gera na vida do paciente.

Cabe destacar que a presente discussão teve a sua origem nos dados recolhidos na análise bibliográfica realizada. Dos 77 artigos analisados cujo foco consistia numa temática estritamente biomédica¹³, 43 deles fizeram uso, como parte da pesquisa, de ferramentas psicométricas de medição, enquanto 34 não fizeram uso ou menção destas, isto é, mais de 55% dos artigos considerados como focados numa aproximação estritamente biomédica da FM fizeram uso de instrumentos de avaliação psicométricos sem fazer menção das variáveis subjetivas que o uso de tais instrumentos introduz na pesquisa.

Nestes artigos de temática “biomédica” são usados mais de 39 diferentes ferramentas psicométricas de medida. Entre eles os mais usados foram o VAS, o FIQ, o BPI, o SF-36, o HADS, e diários de auto-avaliação sobre a dor e os afetos vivenciados pelo paciente durante a pesquisa.

A maioria dos artigos analisados de temática estritamente biológica que fizeram uso

¹³ Dos 93 artigos categorizados dentro da categoria “tema biomédico” foram subtraídos os 16 artigos que simultaneamente foram também classificados dentro da categoria “tema psicológico” por serem relativos a temas que correspondiam a ambas categorias.

de tais ferramentas, tiveram como foco a pesquisa sobre as possíveis etiologias biológicas da FM e a pesquisa sobre os possíveis tratamentos da doença e sua eficácia.

Independentemente do uso de medidas biológicas, tais, como o nível de certas substâncias no sangue, polissonografia (PSG), eletroencefalografia (EEG), eletromiografia (EMG), potenciais evocados, biópsias, e ressonâncias magnéticas do cérebro e da medula espinhal, entre outros, o uso de medidas psicométricas constitui uma medida fundamental com a qual tais marcadores biológicos são contrastados. Em outros termos, mesmo no uso de medidas biológicas – muitas das vezes com a intenção de achar marcadores biológicos da doença – é o registro de uma medida comportamental “subjetiva” do sujeito que tem a última palavra em relação à veracidade ou falsidade da hipótese etiológica avaliada ou da eficácia do tratamento testado.

Dada à complexidade da FM, na presente discussão focaremos na medição do sintoma principal desta síndrome: a dor.

3.1.3 - Uso de instrumentos psicométricos na medição da dor crônica

Como foi mencionado no primeiro capítulo, a dor é um fenômeno multidimensional cuja definição consensual está longe de ser alcançada. Segundo a definição proposta pela IASP a dor é uma experiência sensorial e emocional que pode – ou não – ser atribuída a uma lesão tissular. Segundo Souza e Silva (2005) pelo fato de consistir num fenômeno multidimensional a avaliação da dor “[...] engloba a consideração de inúmeros domínios, incluindo o fisiológico, o sensorial, o afetivo, o cognitivo, o comportamental e o sociocultural. Em outras palavras, a dor afeta o corpo e a mente, e sua complexidade torna-a difícil de mensurá-la” (p. 488).

Como foi comentado no tópico anterior, embora a tentativa de alcançar uma explicação biomédica da doença e a identificação dos seus marcadores biológicos seja válida, na atual ausência destes marcadores a maioria destas pesquisas faz uso de técnicas psicométricas de medição. De fato, como foi citado no segundo capítulo “De acordo como o Instituto Nacional de Saúde (NIH), dos Estados Unidos, a auto-avaliação é o indicador mais confiável da existência e da intensidade da dor” (SOUZA e SILVA, 2005, p. 488).

O uso das técnicas de medição psicométrica por parte dos pesquisadores não constitui um problema em si mesmo. As dificuldades surgem na ausência do saber explícito sobre as implicações do seu uso, isto é, na implicação que o uso de técnicas de medição de construtos psicológicos – dimensão psicológica - traz numa pesquisa na qual se supõe estudar unicamente a dimensão fisiológica do fenômeno. De fato:

[...] é evidente que se, por um lado, a construção de sistemas de observação e medidas dotados de qualidades adequadas é essencial ao avanço do conhecimento, não menos indispensável é que os instrumentos sejam desenvolvidos com base numa teoria ou, pelo menos, num conjunto de princípios e objetivos claros. Qualquer instrumento de medida tem sempre a apoiá-lo um conjunto de pressupostos mais ou menos coerentes entre si, mas que, muitas vezes, por força tanto de suas características peculiares, como de sua aparente evidência, permanecem implícitos (ou totalmente ausentes) na mente dos pesquisadores. Quer se trate de proceder ao desenvolvimento de novos instrumentos, quer à simples utilização de instrumentos construídos por outrem, a explicitação de alguns destes pressupostos é um cuidado que permitirá evitar numerosos erros (SOUSA e SILVA, 2005, p. 470-71).

Neste caso, a questão não consiste no uso de provas psicométricas na pesquisa sobre a dor crônica – ou a FM -, mas na necessidade de manter clara a natureza dos construtos a serem medidos e os pressupostos e teorias sobre as quais as provas usadas em tais pesquisas são desenvolvidas.

É nessa clareza que reside boa parte dos problemas inerentes às pesquisas na área, pois, a mais importante polêmica relativa ao estudo da dor diz respeito à sua definição e classificação, isto é, não existe consenso em relação ao construto dor, pelo qual, é possível adotar diferentes definições ou acepções da mesma, as quais vão ser determinantes na apreensão dos mecanismos subjacentes a tal fenômeno e, conseqüentemente, no desenvolvimento de qualquer sistema de medida e seu uso.

Em qualquer instrumento psicométrico de medida a definição do construto a ser operacionalizado é determinante, isto é, “[...] o papel fundamental é ocupado pela teoria, desde que o processo de construção de um instrumento de medida psicológica se inicia com a definição de um construto” (CHIORRI, p. 1, tradução nossa). Aliás, para os críticos mais radicais, a dor “[...] em última instância, não pode ser estabelecida como um fato inquestionável que possa servir de base à prática médica” (BASZANGER, 1992, p. 181, tradução nossa). Ainda que assinala a dificuldade de operacionalização da dor como construto, tal crítica, na sua radicalidade e niilismo, inviabiliza a construção de qualquer

instrumento de medida, e, portanto, qualquer pesquisa em relação à dor, e o avanço do conhecimento ao respeito de tal fenômeno, avanço que pesquisas como a presente procuram alcançar.

Mas, como foi notado no tópico anterior, tal clareza está ausente na maioria dos artigos analisados. A maior parte das pesquisas que tratam a FM – e, portanto, a dor crônica – desde uma perspectiva estritamente biomédica, e faz uso de ferramentas psicométricas não assinala a dimensão psicológica – e a subjetividade - implícita ao uso destes recursos.

Tal fenômeno não é incomum; de fato, segundo Borsboom (2006), “[...] a ideia dominante é que é preciso achar uma operacionalização (leia-se: contagem observada) para um construto, após a qual se realizam análises estatísticas sob a falsa pretensão de que tal quantidade observada é de fato idêntica ao atributo em si mesmo” (p. 428, tradução nossa). Acontece uma espécie de reificação ou objetivação da dor, a qual constitui uma variável subjetiva. De fato, como assinalam Aydede e Güzeldere (2002) “talvez a questão mais premente de todas diga respeito à tensão fundamental entre a compreensão subjetiva da dor versus a caracterização objetiva da mesma” (p. 1 tradução nossa).

3.2 Dor crônica: a pesquisa de um fenômeno indefinido

3.2.1 A dor crônica como fenômeno multidimensional

A importância de levar em conta a multidimensionalidade do fenômeno doloroso ganha em importância no caso da dor crônica, caracterizada pela ausência de uma lesão tissular que explique sua existência, e, em relação à qual, mesmo após décadas de pesquisa, não tem sido possível determinar com clareza a existência de uma etiologia orgânica definitiva.

Entretanto, embora a IASP e numerosos profissionais com pesquisas relevantes sobre a dor crônica chamem a atenção à multidimensionalidade do fenômeno, existe uma ênfase na importância outorgada a certas dimensões em detrimento de outras.

Como foi possível notar nos resultados da análise bibliográfica realizada, a grande maioria das pesquisas realizadas nos últimos anos aposta na busca de uma base etiológica biológica, e de marcadores biológicos específicos da FM, enquanto é notória a quase ausência de pesquisas sobre a dimensão subjetiva da síndrome.

Os resultados descritos no segundo capítulo demonstram um marcado interesse na pesquisa etiológica biomédica e na dimensão orgânico-sensorial da doença, enquanto a dimensão psicológica, além de gerar menor interesse nos pesquisadores do fenômeno, é considerada como uma variável moderadora de importância secundária, sendo desconsiderada como um fator etiológico de valor na grande maioria das pesquisas.

Num primeiro olhar, em termos metodológicos, a ênfase na pesquisa sobre a dimensão biológica da síndrome não constitui um problema, muito pelo contrário, constitui uma necessidade, pois, como assinala Bunge (1957) “A ciência é analítica... tenta entender toda situação total em termo dos seus componentes... tenta descobrir os elementos que compõem uma totalidade... no início os problemas são estreitos, ou é preciso estreitá-los”

(p. 20). De fato, o reducionismo metodológico é fundamental para a evolução do conhecimento sobre os fenômenos, ao possibilitar a realização de pesquisas, que, no caso de pretender abordar a totalidade das dimensões de um fenômeno tão complexo quanto à dor crônica seriam completamente inviáveis.

O problema consiste justamente na dificuldade do estreitamento e na redução deste fenômeno, o qual resiste às tentativas de redução e operacionalização dos pesquisadores, não só pelas numerosas dimensões envolvidas, mas especialmente pela relação confusa de tais dimensões, que embaralha as categorias dominantes usadas em tal processo de redução.

3.2.2 A dor: fenômeno subjetivo ou objetivo?

Mesmo após importantes investimentos no estudo dos mecanismos envolvidos no fenômeno doloroso, o campo de pesquisa sobre a dor apresenta uma espantosa dicotomia: a despeito dos importantes avanços alcançados na sua compreensão, a dor continua dominando e afetando a qualidade de vida de muitos pacientes (SCHOLZ e WOOLF, 2002). O escrutínio das bases biológicas da dor tem revelado uma assombrosa complexidade que parece resistir a todas as tentativas de compreensão, criando polêmicas e questões que desafiam as pressuposições básicas da área.

O crescente interesse pelo cérebro como suporte dos fenômenos humanos se evidencia também nos estudos sobre a dor. Como assinala Woolf (2010) devido a dificuldades e limitações metodológicas, os estudos sobre a dor nociceptiva restringiram-se por muitos anos

à análise dos neurônios sensoriais e dos circuitos da medula espinhal em animais. No entanto, os métodos contemporâneos de imagem permitiram a realização de estudos sobre as áreas cerebrais ativadas pelos impulsos nociceptivos que revelaram as diferentes áreas envolvidas no processamento da dor, o que, segundo o autor, chamou a atenção sobre os componentes corticais da dor. Procura-se no cérebro a resposta que possa desvendar os mistérios que circundam a experiência dolorosa, numerosos artigos da amostra analisada investem na busca de marcadores biológicos da dor e de mecanismos neurológicos que expliquem a manifestação de dos fenômenos dolorosos¹⁴.

Neste ponto, resulta de interesse destacar a distinção comumente feita entre dor fisiológica e dor psicogênica. Para Cole (2002), a distinção entre dor física e psicogênica é pouco realista, pois “Dado que a dor é vivenciada na mente e requer a interpretação de sensações corporais, existe uma intervenção do psicológico na maioria das experiências dolorosas” (p. 26, tradução nossa).

Na base desta distinção sobre a dor – entre outras - é evidente a presença de uma dicotomia físico-mental, herdada da tradição cartesiana, que permeou a concepção médica moderna e que Morris (1991) chama do “mito das duas dores”. Segundo assinala, convivemos com a crença artificial de que a dor se apresenta de duas formas diferentes: física ou mentalmente, isto é, a dor pode corresponder ao corpo ou à mente, sendo tais tipos de dor completamente diferentes entre si.

Para o autor, o “mito das duas dores”, além de refletir a aceitação da crença de que a dor humana encontra-se dividida em duas categorias incomunicáveis separadas por um abismo intransponível, ele possui uma importante função social: nos preservar ou proteger daquilo que não pode ser explicado.

Desde esta perspectiva, assinala que,

Se o mito das duas dores (não importando quão errôneo seja) ajuda aos profissionais da medicina a promover o alívio dos pacientes que lutam com doenças crônicas, só tal razão justifica a sua preservação. Porém, hoje em dia – na era deste mito duplo – os pacientes geralmente não recebem tratamento adequado para sua dor. O hábito de dividir a dor nas duas categorias corpo e mente pode estar criando ou mantendo maiores tormentos do que alívios nos últimos tempos (MORRIS, 1991, [s.p.]).

¹⁴ De fato, o cérebro como fonte de significação se desenvolve no marco de uma cultura somática (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010) e à emergência contemporânea de bioidentidades ou identidades somáticas, em substituição de identidades construídas sobre noções psicológicas e internas (ORTEGA e VIDAL, 2007). Destarte, a função cerebral como fonte de significação não será discutida neste texto.

Morris (1991) aponta as questões relativas à relação mente-cérebro inerentes ao estudo da dor. Entretanto, como foi assinalado, a visão contemporânea predominante sobre a dor, possivelmente como uma tentativa de superação desta problemática, supõe a existência de uma correlação entre os fenômenos mentais e os fenômenos biológicos, cerebrais. De fato, “Talvez, a convicção de que ‘o grande enigma da humanidade’ – a relação entre processos cerebrais e a experiência subjetiva – finalmente aguarda uma solução científica é parte do problema que circunda as neurociências na atualidade” (CHOUDHURY e SLABY, 2012, tradução nossa).

Deste modo, uma reflexão sobre a dor aponta para a natureza da concepção da relação corpo-mente relativa ao paradigma dominante, a qual subjaz a qualquer teoria ou prática sobre a dor que parta de tal perspectiva. Aliás, na atualidade, a questão da dor não só constitui uma temática de interesse para os profissionais da saúde que procuram o alívio daqueles aos quais aflige, mas também para os profissionais de outras áreas do saber, entre eles, aqueles que tentam desvendar os mistérios da mente, pois “A dor é um importante foco da pesquisa sobre a consciência pelo fato de constituir uma via de exploração da consciência somática, da emoção e da gênese da subjetividade” (CHAPMAN e NAKAMURA, 1999, p. 391).

3.2.3 Dor física, dor mental e os perigos do reducionismo

Como foi falado em relação o uso de instrumentos de medida, a problemática não consiste no estudo da correlação entre os fenômenos mentais e os cerebrais, isto é, na correlação de duas dimensões do fenômeno multidimensional denominado “dor”, mas na redução, não só metodológica, mas também conceitual de um fenômeno a outro, isto é, na suposição de que os fenômenos mentais podem ser reduzidos (e não só correlacionados) a processos biológicos.

Como foi descrito no primeiro capítulo, nos modelos contemporâneos da dor crônica se observa o reconhecimento da multidimensionalidade do fenômeno doloroso, isto é, teoricamente falando, os modelos incluem dimensões de outras ordens - como as variáveis psicológicas e socioculturais – na sua concepção explicativa. Contudo, na prática, no campo da pesquisa aplicada – tal e como foi notado nos resultados da revisão bibliográfica realizada - se observa uma insistência no estudo diferenciado e independente das variáveis e mecanismos neurofisiológicos da dor, na ausência de qualquer clarificação relativa às teorias conceituais e classificatórias usadas como ponto de referência.

É importante destacar que seria inadequado esperar que todo artigo publicado sobre dor crônica se debruce no aprofundamento das questões teóricas relativas ao fenômeno doloroso, pois isto pode estar fora dos objetivos próprios da grande maioria das pesquisas do campo. É óbvio que, no marco de uma pesquisa neurocientífica, o foco do estudo deve consistir na dimensão neurofisiológica do fenômeno estudado.

Mesmo assim, cabe esperar a especificação das teorias e modelos usados como marco a partir do qual o fenômeno é abordado, sendo inerente a tal especificação a menção do valor e lugar que lhe são atribuídos nos resultados das pesquisas realizadas dentro de um modelo explicativo maior, que embora não constitua o objetivo do estudo, promove uma melhor compreensão dos resultados obtidos em relação às outras dimensões que compõem o fenômeno doloroso. Esta especificação se iniciaria com a clarificação da dimensão subjetiva que o uso de ferramentas psicométricas introduz nas pesquisas que delas fazem uso, tal e como foi assinalado no tópico anterior.

De fato, uma crítica comum às teorias e pesquisas desenvolvidas no campo da neurociência diz respeito à redução da complexidade destas síndromes a simples disfunções neurobiológicas, excluindo a participação de variáveis de outra ordem¹⁵. Tal redução limita os resultados alcançados pelas pesquisas, diminuindo o poder do seu aporte e dificultando o progresso no desenvolvimento de teorias e modelos mais abrangentes e sofisticados, daí a importância de uma análise dos elementos ontológicos e epistemológicos inerentes a tais pesquisas, na detecção e análise da presença – ou ausência – desta redução.

A suposta existência de um reducionismo fisicalista nas pesquisas contemporânea tem recebido inúmeras críticas por parte de autores de diversas áreas, especialmente da sociologia. Por exemplo, Novy et al. (1995), assinala que a dor crônica tem sido tradicionalmente definida a partir de perspectivas restritivas - isto é, levando em consideração só um dos aspectos envolvidos no fenômeno doloroso - ,e, ao mesmo tempo, aponta que tais teorias restritivas sobre a dor não oferecem um modelo através do qual tal fenômeno possa ser estudada minuciosamente, para o qual seria necessário a adoção de perspectivas compreensivas que integrem as diferentes faces do fenômeno doloroso.

Por sua parte, Bendelow e Williams (1995) assinalam que a medicina científica reduz

¹⁵ Reduccionismo que vai além da redução metodológica, necessária para a realização de pesquisas científicas, tal e como foi mencionado por Bunge, citado acima.

a experiência dolorosa a um elaborado sistema de transmissão de sinais, ao invés de vê-la como moldada tanto por variáveis individuais quanto pelo contexto sócio-cultural particular.

Ainda que o campo da dor tenha sido tradicionalmente dominado pela biomedicina, concentrando a maior parte do diagnóstico, pesquisa e tratamento nos aspectos neurofisiológicos do fenômeno, a polêmica consiste em que ela reside na intersecção entre biologia e cultura (BENDELOW e WILLIAMS, 1995). Segundo Morris (1991) “[...] a dor não é criação exclusiva da nossa anatomia e fisiologia. Ela emerge só na intersecção de corpos, mentes e culturas” (p. 1).

Portanto, na visão destes autores as aproximações tradicionais sobre a dor, nas quais ocorre uma sobreposição do sensitivo sobre o afetivo, resulta na desatenção em relação à subjetividade, numa aproximação limitada do sofrimento e daqueles que sofrem e na negligência dos componentes sociológicos e culturais da dor (BENDELOW e WILLIAMS, 1995). O pouco cuidado em relação à subjetividade do fenômeno doloroso é especialmente problemático, dada a natureza subjetiva inerente à experiência dolorosa (AYDEDE e GÜZELDERE, 2002), e é claramente visível nos resultados obtidos na análise bibliográfica realizada, na qual uma mínima parte dos artigos foi dedicada ao estudo da dimensão psicológica e social da dor.

3.3 Sobre a dor como experiência subjetiva

Como foi mencionado até então, embora possa possuir uma dimensão biológica, a dor é também uma “[...] experiência pessoal e privada, à qual mais ninguém tem acesso direto” (BASZNAGER, 1992, p. 181). De fato, embora seja vivenciada de forma concreta na objetividade e materialidade do corpo, a dor é uma experiência individual, subjetiva, que até então, carece de qualquer marcador biológico, isto é, “[...] não há qualquer marcador biológico disponível até o presente momento para indicar a presença ou o grau de dor” (SOUSA e SILVA, 2005, p. 488).

A duplicidade experiencial - objetiva e subjetiva - característica da dor constitui um dos principais desafios a serem desvendados em relação às síndromes de dor crônica, pois apontam ao seu estatuto ontológico. Por um lado, a dor é uma experiência física, objetiva, retomando a Thernstrom (2011), citado no primeiro capítulo, “De certa maneira, nada é mais

puramente corporal do que a dor física” (p. 28), porém, a natureza e mecanismos biológicos envolvidos na manifestação da dor nestas síndromes são ainda obscuros.

Entretanto, por outra perspectiva, a dor é uma experiência subjetiva e individual.

“Na nossa cultura, a dor crônica (tal como o estresse), oferece um exemplo particularmente bom sobre a interdependência entre corpo e mente” (MORRIS, 1991, p. 145). A natureza simultaneamente objetiva e subjetiva do fenômeno doloroso resiste a qualquer tentativa redutiva – seja sua completa objetivação, seja sua total subjetivação -, situando o doente num lugar intermediário entre o físico e o mental. Como assinala Jackson (1994), “[...] certas características da dor crônica podem resultar na percepção dos portadores como transgressores da divisão categórica entre corpo e mente e dos códigos de moralidade ao redor da doença e a saúde”¹⁶ (p. 333).

Neste cenário, o doente se mantém num lugar intermediário entre o físico e o mental:

Como sombrios espíritos homéricos da morte, o paciente com dor crônica tende a se mover num reino intermediário: claramente eles não estão bem, mas seu padecimento não nos permite vê-los como absolutamente doentes. Obviamente, uma aflição que opera de forma intermediária e secreta gera infinitos paradoxos. Como podemos combater uma epidemia tão clandestina que ninguém (com exceção das vítimas) a nota? (SCARRY, 1985, p. 835).

Este “lugar intermediário” assinalado por Scarry (1985) lembra as noções de sistema classificatório e de situação liminar, discutidas por Mary Douglas (2012). Para esta última, as pessoas ocupam uma situação liminar quando “[...] estão de algum modo excluídas do padrão social, que estão deslocadas” (p. 118); isto é, os indivíduos são considerados como liminares quando apresentam um nível de ambiguidade tal que dificulta qualquer tentativa de classificação nos padrões sociais vigentes. Os indivíduos portadores de dor crônica encaixam-se facilmente neste universo liminar; a sintomatologia por eles apresentada não é claramente física ou mental, objetiva ou subjetiva.

A confusão relativa ao estatuto ontológico daquilo que denominamos “dor” submerge os doentes num profundo conflito com respeito a suas próprias experiências dolorosas: se a dor sentida é de ordem corporal, como é possível que não seja detectada uma causa

¹⁶ Jackson (1994) usa o termo “liminaridade”, tal e como é definido por Turner (1969, p. 95, apud Jackson), fazendo referência aos “sujeitos ou entidades que eludem ou pulam entre as redes ou classificações que normalmente localizam espaços e posições no espaço cultural” (p. 333).

específica, igualmente corporal? E, no caso contrário, se a dor é de ordem psicológica, como é possível que seja impossível de controlar e eliminar através do tratamento, da vontade e do “esforço psíquico”?

Seguindo esta linha, Jackson (1994) sugere que “[...] a dor confunde a dicotomia sujeito-objeto porque processos de objetificação e subjetivação se encontram numa relação dialética” (p. 203), em outros termos, “a dor crônica desafia a noção de corpo como objeto e do self como sujeito” (p. 207). Nesta visão, os sujeitos que padecem algum transtorno de dor crônica atravessam processos de objetivação e subjetivação em relação às causas das quais se atribui a presença do transtorno, os quais são determinantes na experiência particular da dor.

Como estratégias de afrontamento, estes processos são centrais na atribuição de sentido que o doente faz da experiência dolorosa, sendo, portanto, determinantes na vivência da dor específica. Para a autora, os pacientes procuram alívio através de um movimento de objetificação ou de subjetivação crescente. A subjetivação da dor não constitui unicamente uma estratégia do doente, mas também constitui uma postura corriqueira tanto nos profissionais que cuidam dos pacientes quanto nos familiares e amigos, conformando um dos mais disseminados estigmas em relação à dor crônica. Tal estigma diz respeito à qualidade psicológica da dor, portanto, à responsabilidade que o paciente tem sobre sua própria doença e sua cura.

Nos processos de objetivação o corpo é vivenciado como objeto, e a dor é considerada como um processo concreto, real, objetivo, ocorrendo um distanciamento do sujeito - “eu” - da “dor”. O doente se configura como um sujeito que têm um corpo e uma dor objetiva. No processo de subjetivação, a dor é considerada como um produto subjetivo do eu, não possuindo “realidade” material, o sujeito se tornando um com sua dor.

Como assinala Morris (1991), independentemente do que a ciência biomédica e a filosofia [ou a psicologia e as terapias alternativas] possam nos dizer em relação à dor, oferecem ao menos a oportunidade de encontrar um sentido ou explicação para ela.

3.4 Metáforas da dor

A dor - tem um elemento vazio –

Não consegue lembrar

Quando começou – ou se houve

Um dia em que não era –

Emily Dickinson

Citando este fragmento de Emily Dickinson (2000), Thernstrom (2011) aponta para “[...] o vazio da dor... que grita pela metáfora” (p. 29). A dor isola ao doente ao subtraí-lo do universo social marcado pela linguagem; “[...] a dor física não só resiste à linguagem, mas ativamente a destrói, trazendo uma reversão imediata a um estado anterior a esta, aos sons e choros que o ser humano faz antes de aprendê-la” (SCARRY, 1985, p. 4). Neste ponto se faz evidente uma das mais importantes características da dor, isto é, sua natureza subjetiva: a dor é uma experiência individual não compartilhável.

No texto “A doença como metáfora” (2007) Sontag discorre sobre os usos figurativos ou metafóricos da doença com o objetivo central de esvaziar os sentidos que a impregnam, sentidos que, na opinião da autora, aumentam o sofrimento do portador. Para ela “Qualquer doença importante cuja causalidade seja tenebrosa, e cujo tratamento seja ineficaz, tende a ser saturada de significação” (p. 53). As manifestações patológicas de “causalidade tenebrosa” conformariam um grupo denominado “doenças misteriosas” no qual estariam inseridas todas “[...] aquelas doenças não compreendidas (“de múltiplas causas”) que possuem maior probabilidade de ser usadas como metáfora” (p. 55).

A metáfora é definida como “[...] o tropo que consiste na transferência de uma palavra para um âmbito semântico que não é o do objeto que ela designa, e que se fundamenta numa relação de semelhança subentendida entre o sentido próprio e o figurado; translação” (HOLANDA, 1999). Na antiguidade, mesmo considerando-a a rainha das figuras da linguagem, Aristóteles (1969) afirmava que a metáfora possuía uma função meramente estética. Não obstante, no mundo contemporâneo diversos autores têm apontado à função informativa da metáfora, isto é, ela tem sido investigada na sua função constitutiva da linguagem, como uma forma especial de pensar (AMSTALDEN, 2008).

Para Lakoff e Johnson (2002) “[...] a metáfora está infiltrada na vida cotidiana, não somente na linguagem, mas também no pensamento e na ação. Nosso sistema conceitual ordinário, em termos do qual não só pensamos, mas também agimos é fundamentalmente metafórico por natureza” (p. 45). Com base nesta perspectiva, pode-se afirmar a importância capital do estudo dos usos metafóricos da doença, dada a função essencial da metáfora na experiência vital de todo indivíduo.

Pelo desconhecimento da causa e mecanismos envolvidos, enfermidades como o câncer e a tuberculose - analisados por Sontag (2007) - foram por muito tempo consideradas doenças “misteriosas”, constituindo, portanto, fonte de inúmeras metáforas que tiveram enormes efeitos na sua experiência e interpretação por parte de doentes e não doentes.

Sontag (2007) destaca que as doenças de origem desconhecida promovem a psicologização e a atribuição causal da doença a uma personalidade característica ou uma predisposição interior. Junto à psicologização, ocorre uma responsabilização do sujeito pela doença da qual padece, isto é, o sujeito seria o responsável, o culpado pela sua doença, e, portanto, pela sua cura. “Acredita-se que a cura depende, sobretudo da capacidade de auto-estima do paciente, uma capacidade já debilitada e posta à prova de forma cruel” (Sontag, 2007, p. 45).

De fato, a psicologização da dor crônica é uma abordagem ainda presente e aplicada por parte de muitos teóricos e profissionais da saúde. No caso da fibromialgia, tal psicologização constitui o argumento de uma das principais críticas realizadas a sua concepção como entidade diagnóstica¹⁷. Mas, a abordagem contemporânea predominante, refletida nas pesquisas revisadas no presente estudo, está constituída pela insistência na busca de uma base ou substrato orgânico que justifique a dor; isto é, se observa a sobreposição de uma busca obstinada da objetivação orgânica da dor crônica em detrimento do processo de psicologização assinalada por Sontag (2007).

Tal postura, característica da biomedicina reflete a busca de uma concretude orgânica que justifique a presença dos sintomas e a concepção da dor crônica como doença, dado que, partindo de tal perspectiva:

As doenças são vistas como coisas, com existência concreta, fixa e imutável, e se

¹⁷ Comentada no primeiro capítulo.

expressam através de um conjunto de sinais e sintomas que são manifestação de lesões, e que, por sua vez, devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (CAMARGO, 2003, apud GUEDES, NOGUEIRA e CAMARGO et al., 2009, p. 798).

Podemos então dizer que, ao contrário do que afirma Sontag quanto aos efeitos negativos e culpabilizantes das metáforas associadas ao câncer e à tuberculose, no caso da dor crônica as metáforas vêm no auxílio de todos aqueles por ela afetados. De fato, dentre as doenças que afligem o homem contemporâneo, a dor crônica é campeã na produção de metáforas (Thernstrom, 2011). Sua natureza enigmática, somada ao seu poder destrutivo e sua resistência à linguagem, instigam o surgimento de inúmeras metáforas na fracassada tentativa de outorgar sentido ao sofrimento no qual submergem aqueles que aflige:

Tentar entender a natureza da dor, procurar encontrar seu sentido, é também satisfazer uma demanda da dor em si mesma... A dor força à busca do seu sentido, especialmente da sua causa, enquanto esta é uma importante parte do seu sentido. Naquelas instâncias nas quais a dor é intensa e intratável e suas causas são obscuras, tal demanda de interpretação e sentido é mais evidente, manifestada na pergunta “por que?” daquele que sofre (BAKAN, 1968, p. 57-58)

Para Thernstrom (2011) “a dor nunca dói simplesmente. Ela insulta, intriga, perturba, desloca, devasta. Exige interpretação, mas transforma as respostas em coisas sem sentido” (p. 28) e é nesta profunda devastação simbólica que surge a necessidade de metáforas, numa tentativa de recuperação do sentido perdido. Portanto, pode-se afirmar que “a humanidade – ao longo de diferentes épocas e culturas – tem entendido a dor como um evento que demanda interpretação... parece que nós não só sofremos dor mais também, quase sempre, estamos compelidos a outorgar-lhe algum sentido” (Morris, 1993, p. 249).

3.5 Metáforas da dor na fibromialgia

Dada a importância da subjetividade e do uso da metáfora do convívio com a dor, é notória e preocupante a ausência de pesquisas focadas no tema entre os artigos analisados na revisão bibliográfica realizada. Dos 140 artigos revisados só um tem como foco o estudo da experiência subjetiva de um paciente com FM.

Curiosamente, em paralelo à ausência de pesquisas voltadas à dimensão subjetiva da

FM, cabe destacar um dos artigos analisados na amostra. Ferrari (2012) realizou um estudo piloto da narrativa de pacientes com FM sobre a dor medicamente inexplicada, isto é, na tentativa de construir um instrumento de medição sobre o nível no qual estes percebem a causa da sua dor como inexplicável ou difícil de entender.

Embora sejam escassas, têm sido realizadas pesquisas que apontam resultados de grande interesse na compreensão da experiência subjetiva e das metáforas da dor nas pacientes com FM.

Num estudo sobre as metáforas da dor em pacientes com FM, Jusso et al. (2011, tradução nossa) apontaram que a dor é descrita pela maioria das pacientes como “insuportável”, “opressiva” e como o que domina a vida inteira da mulher. Igualmente, as autoras notaram que os sentidos da dor nas pacientes com FM possuem uma carga dupla. Por um lado, elas precisam conviver com “uma dor agressiva e imprevisível”, e, de outro “com as dúvidas dos outros relativas à doença, dada sua invisibilidade”.

Por outro lado, Söderberg, S.; Lundman, B.; Norberg (2002) realizaram uma pesquisa qualitativa sobre a experiência subjetiva de mulheres com FM. Os resultados obtidos foram reunidos em quatro temas principais, vivenciados pelas pacientes, definidos pelas autoras como: a experiência do corpo como um fardo, a experiência de uma presença ausente, a vivência de um obstáculo que interfere em todos os âmbitos e a experiência de estar em constante busca e esperança de alívio. Segundo as autoras, nas mulheres com FM a fadiga é compreendida como uma experiência que “torna óbvio” o fato de “ter um corpo” ao invés de “ser meu corpo”, isto é, a experiência corporal da FM torna o corpo como uma “coisa” urgentemente presente, mas com a qual o sujeito não se identifica.

Estes achados são compatíveis com as observações de Jackson (1994), que notou que nas falas sobre a dor os pacientes costumam se referir a esta como um ente externo, intruso, invasor, que ataca ou se apodera do corpo do sujeito, ou como uma experiência subjetiva, identificada ao Self, isto é, uma identificação do Self com a dor.

Em outro estudo sobre o sentido da doença em mulheres com FM, Söderberg, S.; Lundman, B.; Norberg (1999) notaram que para as pacientes “[...] ser uma mulher com FM significa viver uma vida muito influenciada pela doença de várias formas” (p. 32), especialmente em relação a questões como a perda da liberdade, a ameaça à integridade e a luta pela consecução de alívio e compreensão da própria doença.

Em outra pesquisa, McMahon et al. (2012) estudaram como os indivíduos com FM outorgam sentido à doença e a incorporam na sua história pessoal. Os resultados da pesquisa foram apresentados na forma de uma meta-narrativa que incorporou a experiência das 10 mulheres que participaram do estudo, dividida em cinco fases.

A primeira fase foi identificada como “fazendo sentido da FM”, relativa às lembranças referentes ao período vivido antes da doença, resumido pelas autoras como “quando eu era mais nova, não tive problemas de nenhum tipo”. A segunda fase, identificada como “início e diagnóstico” foi descrita como “você se sente como se estivesse só se queixando constantemente”. A terceira fase foi chamada como “invasão da FM”, resumida como “você está preso, preso neste corpo”. A quarta fase, denominada “enfrentamento da FM”: descrito como “você tenta fazer as coisas de uma forma na qual ele possa obedecer”, e a quinta e última fase, identificada como “luta contínua”, resumida como “me recuso a ceder a ele”.

A partir dos resultados da pesquisa, McMahon et al. (2012) concluíram que as narrativas das mulheres com FM foram caracterizadas pela ausência de movimentos e resoluções, nas quais as pacientes se engajassem numa luta permanente em relação aos desafios da doença.

McMahon, Murray e Simpson (2012) notaram que, entre as escassas pesquisas qualitativas dedicadas à compreensão da experiência dos sujeitos com FM, há uma carência de estudos dedicados ao estudo de narrativas específicas que possam promover a compreensão de uma importante dimensão da doença. Por tal razão, realizaram um estudo de revisão, na tentativa de promover a realização deste tipo de pesquisas.

Como resultado dessa revisão as autoras encontraram que a análise de narrativas de pacientes com FM é especialmente adequada para a exploração de tópicos relativos à construção da identidade e da cultura na FM e na apreciação de como os sentidos da doença evoluem ao longo do tempo, o qual pode ser de vital importância na compreensão da FM, dada a sua natureza enigmática e crônica.

Como foi notado, tanto nos resultados da revisão bibliográfica realizada no presente trabalho, quanto nas pesquisas realizadas pelas autoras citadas, são escassos os estudos realizados em relação à experiência subjetiva e ao uso de metáforas nos pacientes com FM. Tais dados evidenciam a necessidade de realização de estudos e pesquisas focados na

dimensão subjetiva e experiencial.

A concretização e crescimento destes estudos dentro do campo da pesquisa sobre FM poderiam enriquecer a visão do sujeito afligido pela doença, o que, em conjunção com o esforço dedicado às pesquisas sobre a base biológica desta, pode promover uma melhor compreensão da FM, tendo como resultado o almejado desenvolvimento de um modelo multidimensional aplicável na teoria e na prática clínica, e na consecução de tratamentos mais eficazes para o alívio dos sintomas, embasados numa visão mais completa e sofisticada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise nos artigos científicos sobre FM publicados nos últimos anos, realizada no presente trabalho, revelou dados de grande riqueza e interesse na compreensão da FM e das dificuldades inerentes ao seu estudo. Alguns destes dados foram ressaltados e analisados no decorrer do texto, mas é importante destacar que tais dados merecem análises mais detalhadas, o que pode constituir o foco de trabalhos posteriores.

Os resultados demonstram uma clara tendência à compreensão biomédica da fibromialgia, compatível com o paradigma biomédico dominante. Mesmo assim, dentro da compreensão biomédica da doença, a natureza da sua etiologia permanece obscura, questão que se reflete na heterogeneidade das teorias e hipóteses estudadas nos artigos revisados.

Igualmente, os resultados revelam pouco interesse nas possíveis variáveis psicológicas que podem ser de importância na gênese e manifestação da FM, por parte dos pesquisadores. É importante destacar que a escassez de estudos sobre a dimensão subjetiva da doença na atualidade poderia ser interpretada como uma falta de interesse pelos profissionais da psicologia e das ciências sociais na pesquisa sobre a dor.

Em termos gerais, as variáveis psicológicas pesquisadas são predominantemente compreendidas como variáveis moderadoras, que não tem influência na patogênese da FM, mas na manifestação dos seus sintomas – especialmente em relação à sua intensidade- e na capacidade de adaptação e ajuste social do indivíduo afligido por tais sintomas.

Entretanto, mesmo na predominância de uma compreensão biomédica da FM a subjetividade inerente à dor, cuja dupla natureza objetiva e subjetiva nos coloca diante de um fenômeno liminar, não pode ser excluída. De fato, um dos elementos mais notórios dos resultados da análise realizada foi o fato de mais da metade das pesquisas que partem de uma perspectiva “estritamente biomédica” fazer uso de ferramentas psicométricas de medição, o que, insere nelas um componente subjetivo incontornável.

Como foi destacado, pelas múltiplas dimensões que a compõem, o estudo da FM demanda uma redução ou estreitamento dos elementos ou tópicos da doença a serem explorados. Contudo, tal redução deve ser compreendida como uma necessidade

metodológica, fundamental para a viabilização de qualquer pesquisa, mas não como uma redução do fenômeno em si a um dos elementos e dimensões. Embora dividido artificialmente nos seus elementos para o seu estudo, é importante manter presente que tais elementos fazem parte de um todo complexo, multidimensional.

A tentativa de reduzir um fenômeno complexo como a FM a uma única das dimensões que o compõem empobrece e limita a possibilidade de construção de um modelo compreensivo mais amplo e completo que promova o desenvolvimento de novas técnicas e tratamentos mais eficazes da doença.

Neste cenário a exploração e estudo da dimensão psicológica precisam ser retomados, especialmente o estudo dos processos de subjetivação e elaboração metafórica na história daqueles que parecem dos terríveis sintomas desta misteriosa doença na sua vida quotidiana. O estudo de narrativas biográficas dos pacientes com FM pode se estabelecer como uma via de grande utilidade e importância na abordagem e estudo destas questões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, P. T. Nagel e os limites de um reducionismo fisicalista (Uma introdução ao artigo What is it like to be a bat?). Unicamp. *Cadernos de história da filosofia da ciência*, v. 5, n. 1, 2005, pp.223-244.

AHLES, T. A.; YUNUS, M. B.; MASI, A. T. Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. [S.l.] Elsevier B.V. *Pain*, v. 29, n. 1, Apr 1987, pp. 105-111.

ALBRECHT et. al. Excessive Peptidergic Sensory Innervation of Cutaneous Arteriole-Venule Shunts (AVS) in the Palmar Glabrous Skin of Fibromyalgia Patients: Implications for Widespread Deep Tissue Pain and Fatigue. *Pain Medicine*, Vol.14, n.6, 2013, pp. 895-915.

_____. A Peripheral Neurovascular Pathology Associated with Fibromyalgia Patients. *Neurology*, vol.80, Suppl S, 2013b.

ALDA et. al. Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *Arthritis Research & Therapy*, vol.13, n. 5, 2011.

ALONSO et al. Un Acercamiento bibliométrico a la investigación em fibromialgia. *Reumatologia Clinica*. Vol 3, n.2, 2007, pp. 55-62.

ALVES et. al. Creatine Supplementation in Fibromyalgia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arthritis Care & Research*, vol. 65, n. 9, Sept 2013, pp. 1449-1459.

AMSTALDEN, H. A metáfora na teoria Lacaniana: o estágio do espelho. *Boletim de Psicologia*, LVIII, 129, 133-145.

ANASTASI, A.; URBINA, E. *Tests psicológicos*. 7ª ed. México: Prentice hall, 1998.

ANG et. Al. MCP-1 and IL-8 as Pain Biomarkers in Fibromyalgia: A Pilot Study. *Pain*

Medicine, Vol.12, n.8, 2011, pp.1154-1161.

ARISTÓTELES. *Arte retórica e arte poética*. Rio de Janeiro: Edições de ouro, 1969.

ARNOLD, L. M.; HUDSON, J.I.; KECK, P.E. et al. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 67, n. 8, 2006, pp. 1219-1225.

ARNOLD et. al. The Efficacy and Tolerability of Milnacipran 100 mg/day Monotherapy for the Management of Fibromyalgia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial/ Efficacy and Safety of Milnacipran 100 mg/day in Patients With Fibromyalgia. Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Neurology*, vol.74, n. 9, 2010, pp. A187-A187/ *Arthritis & rheumatism*, vol. 62, n.9, Sept 2010, pp. 2745-2756.

AYDEDE, M.; GÜZELDERE, G. Some foundational problems in the scientific study of pain. *Philosophy of science*, v. 69, n. 3, 2002, pp. 265-283.

BAGIS et. al. Is magnesium citrate treatment effective on pain, clinical parameters and functional status in patients with fibromyalgia? *Rheumatology International*, Vol.33 n.1, 2013, pp.167-172.

BAKAN, D. *Disease, pain and sacrifice: toward a psychology of suffering*. Chicago: University of Chicago press, 1968.

BARKER, K. *The fibromyalgia story*. Philadelphia: Tender University Press, 2005.

BARRETO et al. Prevalência da dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Revista brasileira de ortopedia*, v. 43, n. 3, 2008, pp. 96-102.

BARSKI, A. J.; BORUS, J.F. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.*, v. 130, n. 11, Jun 1999, pp. 910-921.

BAZSANGER, I. Deciphering chronic pain. *Sociology of health & illness*, v. 14, n. 2, 1992, pp. 181- 215.

BAZZICHI et al. Xenotropic Murine Leukemia Virus-Related Virus Infection in Italian Patients with Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia or Rheumatoid Arthritis. *Arthritis And Rheumatism*, vol.63, n.10:1942, 2011, pp. S756-S756.

BENDELOW, G.; WILLIAMS, S. Transcending the dualism: toward a sociology of pain. *Sociology of health & illness*, v.17, n. 2, 1995, pp.139-165.

BJERSING et al. Exercise and obesity in fibromyalgia: beneficial roles of IGF-1 and resistin? *Arthritis Research & Therapy*, vol.15, n. 1, 2013.

BLUMER, D.; HEILBRONN, M. Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. v. 170, 1982, pp. 381-406.

BOISSET-PIORO, M. H.; ESDAILE, J. M.; FITZCHARLES, M. A. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome, *Arthritis & Rheumatism*, v. 38, n. 2, feb 1995, pp. 235–241.

BORSBOOM, D. The attack of the psychometricians. *Psychometrika*, v. 71, 2006, pp. 425–440.

BRADLEY et. al. Pain Response Profile of Patients With Fibromyalgia Treated With Duloxetine. *Clinical Journal of Pain*, vol.26, n. 6, 2010, p. 498-504.

BRAZIER, J. E. et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British medical journal*, v. 305, n. 6846, Jul 1992, pp. 160-164.

BUNGE, M. La ciencia, su metodo y su filosofia. In: *Ciencia e Investigación*, v. 13, n. 244, 1957.

CANZONIERI et. al. Personality traits in patients with fibromyalgia using projective test. *Annals of The Rheumatic Diseases*, Vol.72 Suppl 3, 2013, pp.1092-1092.

CHAPMAN, R.; NAKAMURA, Y. A Passion of the Soul: An Introduction to Pain for Consciousness Researchers. *Consciousness and Cognition*, v. 8, 1999, pp. 391-422.

CHEMERO, A.; HEYSER, C. Methodology and reduction in the behavioral neurosciences: Object exploration as a case study. In BICKLE, J. (Ed.), *Oxford Handbook of Philosophy and Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

CHEN et. al. Analysis of duloxetine utilization among commercially-insured fibromyalgia patients. *Value In Health*, Vol.13, n.3, 2010, pp. A143-A143.

CHIORRI, C. Methodological and statistical issues in psychological measurement. < http://www.eurostar.edu.ru/en/Lectures_and_academic_materials/Chiorri_methodological_and_statistical.pdf> Acesso em: 12 de maio de 2014.

CHOUDHURY, S.; SLABY, J. Critical neuroscience – between lifeworld and laboratory. In CHOUDURY, S.; SLABY, J. (eds.) *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural context of neuroscience*. Oxford: Wiley Blackwell, 2012.

COLE, B. *Pain Management: Classifying, understanding, and treating pain*. Hospital Physician, 2002.

DELLAROZA et al. T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n.5, 2007, pp.1151-1160.

DIAZ, J. La identidad del dolor: Lesión, congoja, lamento o neuromatriz?. *Salud Mental*, v. 28, n. 2, 2005, pp. 13-32.

DICKINSON, E. *Poemas e cartas. Antologia para um recital*. Lisboa: Cotovia, 2000.

DIVER et al. Quest, chaos and restitution: a qualitative study of the experiences of individuals diagnosed with fibromyalgia syndrome. *Annals of The Rheumatic Diseases*, Vol.72, Suppl 3, 2013, pp.571-571.

DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 2012.

ELENA et al. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. *Rheumatology*, vol.50, n. 10, 2011, pp.1889-1893.

FALLON et al. Cortical Oscillatory Changes During Mechanical Brushing in Fibromyalgia Syndrome Patients. American College of Rheumatology: Chicago, Illinois *Arthritis and Rheumatism*, vol.63, n. 10:737, 2011, pp. S287-S287.

FATIMA et. Al. Circadian variations of 5-hydroxytryptamine in female with fibromyalgia syndrome: A case control study. *Sleep and Biological Rhythms*, vol.11, n. 4, 2013, pp. 261-267.

FERRARI, R. Quantitative assessment of the “inexplicability” of fibromyalgia patients: a pilot study of the fibromyalgia narrative of “medically unexplained” pain. *Clinical & rheumatology*, v. 31, n. 10, 2012, p. 1455-1461.

FINAN et. Al. Genetic Influences on the Dynamics of Pain and Affect in Fibromyalgia. *Health Psychology*, vol.29, n. 2, 2010, p. 134-142.

FURLONG et. al. Cognitive-affective assets and vulnerabilities: Two factors influencing adaptation to Fibromyalgia. *Psychology & Health*, Vol.25, n. 2, 2010, pp. 197-212.

FISHMAN, S.; BALLANTYNE, J.; RATHMELL, J. *Bonica's management of pain*. 4ta ed. Baltimore: Lippincott & Wilkins, 2011. Versão para Kindle.

GEISS et. Al. Evidence for an association between an enhanced reactivity of interleukin-6 levels and reduced glucocorticoid sensitivity in patients with fibromyalgia. *Psychoneuroendocrinology*, vol. 37, 2012, pp. 671-684.

GOLDENBERG, D. & SMITH N. Fibromyalgia, Rheumatologists, and the Medical Literature: A Shaky Alliance. *The Journal of Rheumatology*, vol.30, 2003. pp. 151-153.

GRIFFIES, W.S. Believing in the Patient's Capacity to Know His Mind: A Psychoanalytic Case Study of Fibromyalgia. *Psychoanalytic Inquiry*, Vol.30 n.5, 2010, pp.390-404

GUEDES. C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO, K. R. Os sofrendores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. *Physis revista de saúde coletiva*, Vol. 19, n. 3, 2009, pp. 797-815.

GUIMARÃES, S. Introdução ao estudo da dor. In CARVALHO, Maria M. (org.). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999.

HANDLER, R.P. *The fibromyalgia problem*. *The Journal of Reumatology*, v. 25, n. 5, 1998, pp. 1028-30.

HARNETT et. al. Real-World Evaluation of Health-Care Resource Utilization and Costs in Employees with Fibromyalgia Treated with Pregabalin or Duloxetine. *Pain Practice*, vol. 11, Issue 3, May/June 2011, p. 217-229.

HAUSER et al. A comparison of the clinical features of fibromyalgia syndrome in different settings. *European Journal of Pain*, vol. 15, n. 9, Oct. 2011, p. 936–941.

HEYMANN, R. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 50, n. 1, 2010, p. 56-66.

HOLANDA, F. A. B. *Novo Aurélio dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

HUDSON, J.I.; GOLDENBERG, D. L.; POPE, H. G. et al. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *American Journal of Medicine*, v. 92, n. 4, 1992, pp. 363-367.

_____; POPE, H. G. Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of

‘affective spectrum disorder’?. *Journal of rheumatology*, v. 19, 1989, pp. 15-22.

IASP, Classification of Chronic Pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms, *Pain*, v. 3, 1986.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INANICI, F.; YUNUS, M. History of fibromyalgia: past to present. *Current Pain and Headache Reports*, v. 8, n. 5, oct. 2004, pp. 368-378.

JACKSON, J. Chronic pain and the tension between the body as subject and object. In CSORDAS, T. *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

JUSSO, P.; SKÄR, L.; OLSSON, M. et al. Living with a double burden: Meanings of pain for women with fibromyalgia. *Int J Qual Stud Health Well-being*, v. 6, n. 3, 2011.

KERLINGER, F.N. *Investigação del comportamiento*. México: McGraw-Hill, 1988.

KESIKTAS et al. The efficacy of balneotherapy and physical modalities on the pulmonary system of patients with fibromyalgia. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, vol.24, n.1, 2011, pp. 57-65.

KIM C. et al. Self-reported flaring varies during the menstrual cycle in systemic lupus erythematosus compared with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Rheumatology*, vol. 50, n. 4, 2011, pp. 703-708.

KIM C. H. et al. Association between alcohol consumption and symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. [S.l.] BioMed Central Ltd *Arthritis Research & Therapy*, Vol.15 n.2, 2013.

KINGSLEY, J. Derek. Autonomic dysfunction in women with fibromyalgia. [S.l.] BioMed Central Ltd. *Arthritis Research & Therapy*, Vol.14, n. 1. 2012.

KLEINMAN et. al. Health Outcomes and Costs among Employees with Fibromyalgia Treated with Pregabalin vs. Standard of Care. *Pain Practice*, Vol.11 n.6, 2011, pp.540-5516.

KRAPIVENSKY, N. Lewis, D. Escitalopram monotherapy in managing depressive and pain symptoms in patients with depression and fibromyalgia. Elsevier Masson SAS: *European Psychiatry*, vol.27, supp. 1, 2012, p.1.

KRELING, M. C.; CRUZ D, L.; PIMENTA, C. A. Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de enfermagem*, v. 59, n. 4, 2006, pp. 509-513.

LAKOFF, G. e JOHNSON, M. *Metáforas da vida cotidiana*. São Paulo: Educ/ Mercado das Letras, 2002.

LANNUCCELLI et. Al. Pathophysiology of fibromyalgia: A comparison with the tension-type headache, a localized pain syndrome. *Neuroendocrine Immunology In Rheumatic Diseases*, vol. 1193, 2010, pp. 78-83.

LEE et. al. The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Fibromyalgia: A Randomized Sham-Controlled Trial with 1-Mo Follow-Up. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol.91, n.12, 2012, p. 1077-1085.

LÉPIDE, J.P.; BRILEY, M. The Epidemiology of Pain in Depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. V. 19, n. 1, oct. 2004, pp. 3-7.

LIMA, D. D.; ALVES, V. L.; TURATO, E. R. *Reflexões sobre dor crônica: a superação do modelo biomédico e as influências da fenomenologia-existencial no olhar biopsicossocial*. Trabalho apresentado no II Congresso ibero-americano de psicologia da saúde, realizado pela Associação brasileira de psicologia da saúde, 2011. Disponível em <<http://www.metodista.br/ev/psicologiadasaude/anais1/2011/comunicacaooral/co37/CO37%20-%20RESUMO%20-%20Reflexoes%20sobre%20Dor%20Cronica.pdf>>

LINTON, S.; SHAW, W. Impact of psychological factor in the experience of pain. *Physical Therapy*, v. 91, 2011, pp. 700-711.

MADER et. al. Serum iron and iron stores in non-anemic patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, vol. 31, n. 4, Apr. 2012, pp. 595-599.

MAGNUSSON, D. *Teoría de los tests*. México: Trillas, 1990.

MALIN, K. & LITTLEJOHN, G. O. Key Psychological Processes Associated with the Fibromyalgia Phenotype Exist On a Continuous Spectrum with Asymptomatic People. *Arthritis And Rheumatism*, Vol.64 n.10, 2012, pp.S414-S415.

MATTHEY et. al. Spinal and Supraspinal Antinociceptive and Analgesic Effects of Milnacipran in Fibromyalgia. *Annals of Neurology*, vol.68, n. 4, 2010, pp. S14-S14

McFARLAND et. al. Milnacipran improves pain, pgic, physical function, and depressive symptoms in fibromyalgia: results from a placebo-controlled milnacipran trial. *Journal of General Internal Medicine*, vol.25, n. 2, Suppl., 2010, pp. 333-334.

McMAHON, L.; MURRAY, C.; SANDERSON, J. et al. "Governed by the pain": narratives of fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*, v. 34, n. 16, Aug. 2012, pp. 1358-1366.

_____ L.; _____ C.; SIMPSON, J. The potential benefits of applying a narrative analytic approach for understanding the experience of fibromyalgia: a review. *Disability and Rehabilitation*, v. 34, n. 13, June 2012, pp. 1121-1130.

MARQUES, A. P.; BARSANTE, A. M.; ASSUMPCÃO, A. et al. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n. 1, jan/fev, 2006, pp. 24-31.

MARTINEZ, J. E.; MARTINEZ, L. C. Revisitando a fibromialgia: o desafio diagnóstico continua. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 12, n. 4, 2010, pp. 6-9.

MASUKO, A. H.; PRADO, L. B. F.; PRADO, G. F. Síndrome das pernas inquietas. *Revista neurociências*, v. 12, n. 1, 2004.

MEASE et. al. Return of Pain and Functional Impairment After Discontinuation of Milnacipran in Patients with Fibromyalgia. *Arthritis And Rheumatism*, Vol.63 n.10, 2011, pp. S742-S742.

MELZACK, R.; WALL, P. *The challenge of pain*. London: Penguin Books, 1996.

MENDOZA-SASSI, et al. A prevalência de sinais e sintomas, os fatores sociodemográficos associados e a atitude frente aos sintomas em um centro urbano do sul de Brasil. *Revista Panamericana de salud pública*, v. 20, n. 1, 2006, pp. 22-28.

MERCADO et.al. Brain correlates of cognitive inhibition in fibromyalgia: Emotional intrusion of symptom-related words. [S.l.] Elsevier B.V *International Journal of Psychophysiology*, vol. 88, 2013, pp. 182-192.

MHALLA et. al. Alteration of cortical excitability in patients with fibromyalgia. [S.l.]: Elsevier. *Journal of the International Association for the Study of Pain*, vol. 149, 2010, pp. 495-500.

MICHELL, J. Quantitative Science and the definition of *measurement* in psychology. *British journal of Psychology*, v.88, 1997, pp. 355-383.

MIRO et. al. Role of dysfunctional beliefs about sleep on the poor sleep quality reported by patients with fibromyalgia. *Behavioral Psychology-psicologia Conductual*, vol.20, n. 3, 2012, pp. 699-718.

MOLDOFSKY, H.; SCARISBRICK, P. Induction of Neurasthenic Musculoskeletal Pain Syndrome by Selective Sleep Stage Deprivation. *Psychosomatic Medicine*, v. 31, n. 1, January/February, 1976, pp. 35-44.

MOLLER, A. R. *Pain: its anatomy, physiology and treatment*. Dallas: Aage Moller, 2012.

MOLNAR et. al. Perfectionism and health functioning in women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.73 n.4, 2012, pp.295-300.

MORRIS, David. *The culture of pain*. Berkeley: University of California Press, 1993. Versão para Kindle.

MOTLEY, C.P. & MAXWELL, M. L. Fibromyalgia: Helping Your Patient While Maintaining Your Sanity. *Primary Care*, vol.37, n. 4, 2010, p. 743.

NAGEL, T. *Concealment and exposure and other essays*. New York: Oxford University Press, 2002.

NOVY, D. et al. Perspectives of chronic pain: An evaluative comparison of restrictive and

comprehensive models. *Psychological Bulletin*, v. 118, n. 2, 1995, pp. 238-247.

NÜESCH et. al. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Annual of Rheumatism Diseases*, vol. 72, 2013, pp. 955-962.

OGINO et. al. 5-HT_{2C} Receptor Agonists Attenuate Muscle Pain in a Rat Model of Fibromyalgia. American College of Rheumatology: Chicago, Illinois. *Arthritis And Rheumatism*, vol.63, n. 10, 2011, pp. S627-S627.

OHTA et. al. An open-label long-term phase III extension trial to evaluate the safety and efficacy of pregabalin in Japanese patients with fibromyalgia. *Modern Rheumatology*, Vol.23 n.6, 2013, pp.1108-1115.

OKTAYOGU et. al. Serum levels of high mobility group box 1 protein and its association with quality of life and psychological and functional status in patients with fibromyalgia. *International Journal of Rheumatic Diseases*, Vol.16 n.4, 2013, pp.403-407.

OLIVEIRA et. Al. An exploratory study of dissociated states during sleep in patients with fibromyalgia. *Journal of Sleep Research*, vol.21, 2012, pp. 165-165.

OLIVEIRA, J.T. de. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 58, n. 2-A, 2000, pp. 360-365.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. Mapping the cerebral subject in contemporary culture. *Electronic journal of communication, information & innovation in health*, v. 1, n. 2, 2007, pp. 255-259.

_____, F.; ZORZANELLI, R. *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PARRIS, W.; JOHNSON, B. The history of pain medicine. In BENZON, H.; RATHMELL, J.; WU, C.; TURK, D.; ARGOFF, C. (Eds). *Raj's practical management of pain*. Philadelphia: Mosby, 2008.

PAUER et. al. An International, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Phase III Trial of Pregabalin Monotherapy in Treatment of Patients with Fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, vol.38, n.12, 2011, p. 2643-2652.

PAYNE, T. C.; LEAVITT, F.; GARRON, D. C. et al. Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis & Rheumatism*, v. 25, n. 2, feb. 1982, pp. 213-217.

PELISSOLO, A. Depression and Pain: Prevalence and Clinical implication. *Presse Med*, v. 38, n. 3, mar. 2009, pp. 385-39.

PERRY et al. A systematic review of homoeopathy for the treatment of fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, Vol.29 n.5, 2010, pp.457-464.

PIMENTA, C. A.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 1, mar. 2000, pp. 76-83.

PONS et. al. Longitudinal relationship between control beliefs and health status in fibromyalgia primary care women: The mediating role of emotions- Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *Psychology & Health*, 2010, Vol.25, pp.307-307/ *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 10, n. 3, 2010, p. 459-476.

POTVIN et al. No relationship between the ins del polymorphism of the serotonin transporter promoter and pain perception in fibromyalgia patients and healthy controls. *European Journal of Pain*, Vol.14 n.7, 2010, pp.742-746.

PROVENZA, J. R.; POLLAK, D. F.; MARTINEZ, J. E. et al. Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 44, n. 6, nov/dez, 2004, pp. 443-449.

QUIJADA J, VALENZUELA A, GARCÍA A. Características clínicas y criterios diagnósticos de la fibromialgia. *Revista Espanhola de Reumatologia*, v. 27, n. 10, 2000.

RANGELL, O. Psychiatric aspects of pain. *Psychosomatic medicine*, v. XV, n.1, 1953, pp. 22-37.

RESNICK et. al. *Pregabalin improves fibromyalgia related sleep disturbance*. Pfizer Inc., New York, NY n. 4, Suppl., April 2013, p. S61.

RICO-VILLADEMOROS et. al. Amisulpride in the treatment of fibromyalgia: an uncontrolled study. *Clinical Rheumatology*, vol. 31, n. 9, Sept. 2012, p. 1371-1375.

ROBINSON et. al. Burden of Illness and Treatment Patterns for Patients with Fibromyalgia. *Pain Medicine*, vol. 13, n. 10, Oct. 2012, p. 1366-1376.

ROTH et. al. Effect of pregabalin on sleep in patients with fibromyalgia and sleep maintenance disturbance: A randomized, placebo-controlled, 2-way crossover polysomnography study. *Arthritis Care & Research*, Vol.64 n.4, 2012, pp.597-606.

RUSSELL, I. J. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The clinical investigator's evidence. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, v. 13, n. 3, sept. 1999, pp. 445-454.

SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Complementary Therapies for Fibromyalgia Syndrome - A Rational Approach. *Current Pain And Headache Reports*, 2013, Vol.17 n.8.

SCARRY, E. *The body in Pain*. The making and unmaking of the world. Oxford: Oxford University Press, 1985. Versão para Kindle.

SCHMECHEL D. E., Edwards C. L. Fibromyalgia, mood disorders, and intense creative energy: A1AT polymorphisms are not always silent. *Neurotoxicology*, Vol.33 n.6, 2012, pp.1454-1472.

SCHEIDT et. al. Is brief psychodynamic psychotherapy in primary fibromyalgia syndrome with concurrent depression an effective treatment? A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, vol. 35, n. 2, March-April 2013, pp. 160-167.

SCHOLZ, J.; WOOLF, C. J. Can we conquer pain? *Nature Neuroscience*, v. 5, 2002, pp. 1062-1067.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SHEEVA et. Al. Health and distress predictors of heart rate variability in fibromyalgia and other forms of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 72, 2012, pp. 39-44.

SILVERMAN et al. Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. *Bmc Musculoskeletal Disorders*, vol.11, 2010. SMYTHE, H. Tender points: evolution of concepts of the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *American Journal of Medicine*, v. 81, n. 3A, sept. 1986, pp. 2-6.

SÖDERBERG, S.; LUNDMAN, B.; NORBERG, A. The meaning of fatigue and tiredness as narrated by women with fibromyalgia and healthy women. *Journal of Clinical Nursing*, v. 11, n. 2, Mar. 2001, pp. 247-255.

_____ S.; _____ B.; _____ A. Struggling for dignity: the meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. *Qualitative Health Research.*, v. 9, n. 5, Sep. 1999b, pp. 575-587.

SOUSA, F.F.; SILVA J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista Dor*, v. 6, n. 1, 2005, pp. 469-513.

SPATH, M. *Fibromyalgia*. *Der Orthopäde*, vol. 40, n. 11, 2011, pp. 1031 -1043.

SPITZER A. R. & Broadman M. Treatment of the Narcoleptiform Sleep Disorder in Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia with Sodium Oxybate. *Pain Practice*, Vol.10 n.1, 2010, pp.54-59.

TAYLOR et. al. A Randomized, Controlled, Double-Blind Pilot Study of the Effects of Cranial Electrical Stimulation on Activity in Brain Pain Processing Regions in Individuals with Fibromyalgia. *Explore - the Journal Of Science And Healing*, Vol.9 n.1, 2013, pp.32-40.

THAMBIRAJAH, M. S. *Psychological basis of psychiatry*. London: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

THERNSTROM, M. *As crônicas da dor*. Tratamentos, mitos, mistérios e a ciência do sofrimento. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

TOMMASO et. Al. *Laser-Evoked Potentials Habituation in Fibromyalgia*. [S.l.]: Elsevier.

The Journal of Pain. Vol.12 n.1, 2011, pp.116-124.

TURK, D.; MELZACK, R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In TURK, D.; MELZACK, R. (eds.) *Handbook of pain assessment*. 3a edição. Nova York: Guilford, 2010.

Van MIDDENDORP et. al. Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal Of Pain*, Vol.14 n.2, 2010, pp.176-182

_____. The Impact of Emotion-Related Autonomic Nervous System Responsiveness on Pain Sensitivity in Female Patients with Fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, vol. 75, n. 8, oct. 2013, pp. 765-773.

VINCENT et. Al. Autonomic symptom profile and fibromyalgia. *Journal Of Pain*, vol.14, n. 4, 2013, pp. S57-S57.

VRIEZEKOLK et al. Health care visits in fibromyalgia are associated with partner and family responses. *Annals of The Rheumatic Diseases*, vol.72, n. Suppl 3, 2013, pp. 363-363.

WALLACE, D. The history of fibromyalgia. In WALLACE, D.; CLAWN, D.

Fibromyalgia & other central pain syndromes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp. 1-8.

WANG et al. A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. *New England Journal of Medicine*, Vol.363 n.8, 2010, pp.743-754.

WEIR, P. T.; HARLAN, G. A.; NKOY, F. L. The Incidence of Fibromyalgia and Its Associated Comorbidities: A Population-Based Retrospective Cohort Study Based on International Classification of Diseases, 9th Revision. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, v. 12, n. 3, jun. 2006, pp. 124-128.

WEPNERA et. al. Effects of vitamin D on patients with fibromyalgia syndrome: A randomized placebo-controlled trial. *Pain*, vol. 155, n. 2, February 2014, p. 261-268.

WHITE, SPEECHLEY e HARTH. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *Journal of Rheumatology*. Vol.26 n.7, 1999, pp.1570-1576.

WHITE, K. P.; HARTH, M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Current Pain Headache Report*, n. 5, 2001, pp. 320-329.

WOLFE, F.; MICHAUD, K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize ra patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, v. 31, n. 4, 2004, pp. 695-700.

_____, F.; HAWLEY, D.J. Evidence of disordered symptom appraisal in fibromyalgia: increased rates of reported comorbidity and comorbidity severity. *Clinical and experimental rheumatology*, v. 17, n. 3, 1999, pp. 297-303.

WOOLF, C. What is this thing called pain? *Journal of clinical investigation*, v.120 n. 11, 2010, pp. 3742-3744.

WURTMAN, R. J. Fibromyalgia and the complex regional pain syndrome: similarities in pathophysiology and treatment. *Metabolism-clinical And Experimental*, Vol.59 n. 10, 2010, pp.S37-S40.

YUNUS, M.B. The concept of central sensitivity syndromes. In WALLACE, D.; CLAWN, D. *Fibromyalgia & other central pain syndromes*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp. 29-44.