

A DOR E O SOFRIMENTO: ALGUMAS REFLEXÕES A PROPÓSITO DA COMPREENSÃO PSICOLÓGICA DA FIBROMIALGIA

Eduardo Sá*, Carolina Veiga**, Sílvia Matela**, Rita Morais**, Raquel Silva**, Ana Rita Seixas** e Sofia Gonçalves**

Resumo

A fibromialgia constitui um conceito à procura de consensos. Este artigo pretende dar a conhecer esta condição clínica, bem como a multiplicidade de factores envolvidos na sua etiologia.

Palavras-chave: *Fibromialgia; Somatização.*

INTRODUÇÃO

Hoje, a fibromialgia (FM) é uma entidade clínica individualizada, com critérios diagnósticos estabelecidos, que suscita um enorme interesse, bem demonstrado pela publicação de inúmeros livros e artigos em revistas conceituadas, reflexo da vasta e profunda investigação que se tem efectuado, em todo o mundo, acerca deste assunto.

Na procura das causas, privilegiou-se, maioritariamente, o seu aspecto biológico, descurando as possíveis relações entre as diversas faces da FM, nomeadamente, as suas vertentes psicológica e social. Assim, este artigo procura estreitar o fosso, aproximando as diversas perspectivas.

DEFINIÇÃO

Nosograficamente, a FM é definida por dor musculoesquelética disseminada, fadiga fácil e rigidez, associada a pontos dolorosos distribuídos bilateralmente, acima e abaixo da cintura e, também, na região do esqueleto axial (Leitão, 2002; Cronan and Bigatti, 2003; Gilliland, 1998; *National Fibromyalgia Association – NFA*). Muitas vezes, faz parte de um síndrome mais vasto

* Psicólogo, Professor da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Dirige a Consulta Bebés & Crescidos do NUSIAF desta Faculdade.

** Psicóloga Clínica.

que inclui cefaleias, síndrome do cólon irritável, dismenorrea, padrões atípicos de parestesias, bexiga irritável, sono não retemperador, aumento da sensibilidade ao frio, fenómeno de Raynaud, síndrome das pernas inquietas e dor na articulação têmporo-mandibular (Gilliland, 1998; Quartilho, 1999).

Infelizmente, apesar de todos os avanços significativos realizados nesta área, entre a manifestação dos sintomas e o diagnóstico da doença, decorre cerca de cinco a oito anos (Kossoff, 1999; NFA). O debate médico e psiquiátrico que leva a algumas reservas de diagnóstico, a parca familiarização dos técnicos com o distúrbio, e a presença de outras doenças (tal como a artrite reumatóide ou o lúpus eritematoso sistémico), que não excluem o diagnóstico de FM, contribuem para esta situação. É de salientar que o diagnóstico de FM não é um diagnóstico de exclusão (NFA; Bennett, 2002, cf. Leitão, 2002). Todavia, é-o, muitas vezes, quando se esgota o processo de diagnóstico diferencial (Hench, 1989; Bennett, 1989 cf. Branco, 1997).

DA PERSPECTIVA HISTÓRICA À CLASSIFICAÇÃO

Durante largos anos, os doentes fibromiálgicos foram rotulados como doentes psiquiátricos, uma vez que, apesar das queixas generalizadas de dor e da acentuada fadiga, estas não eram justificadas pelas análises normais nem fundamentadas por outros exames médicos realizados. A indefinição foi permitindo que inúmeras designações fossem usadas como sinónimos de FM: reumatismo psi-

cogénico, fibrosite, síndrome fibromiálgica, entre outras (Branco, 1997).

As primeiras descrições de sintomas fibromiálgicos datam de meados do séc. XIX, com Floriep (Leitão, 2002). Contudo, somente em 1977, o reumatologista Hugh Smythe e o psicólogo Harvey Moldovsky detalharam o quadro clínico em causa e propuseram critérios diagnósticos objectivos (Kossoff, 1999). Em 1990 surge a última versão diagnóstica da FM, do *American College of Rheumatology* (ACR), que recai no paradoxo oposto ao inicial (Quadro I).

Os critérios de diagnóstico, essencialmente centrados na dor, desvalorizam a importância de outros sintomas, como as perturbações do sono, a fadiga e a rigidez, que foram considerados como características centrais da FM, estando, cada uma delas, presente, de uma forma isolada, em mais de 75% dos doentes. Neste sentido, uma outra perspectiva começa a ganhar maior peso: a que estabelece a ligação entre pontos dolorosos e os sintomas atrás referidos, habitualmente apelidados de síndromes funcionais. McCain (1996), por exemplo, considera que o diagnóstico de FM pode ser feito com base num conjunto de sintomas *major* e *minor*. Os primeiros, incluem dores generalizadas e uma sensibilidade à dor aumentada em zonas anatómicas muito localizadas. Os sintomas *minor*, incluem a fadiga, a rigidez muscular, as alterações do sono, a síndrome do cólon irritável, o fenómeno de Raynaud, as cefaleias, as queixas de edema subjectivo, as parestesias, as alterações psicológicas e a incapacidade funcional.

Os critérios, atrás definidos, funcionam como linhas orientadoras de diag-

QUADRO I – CLASSIFICAÇÃO DA FIBROMIALGIA DO AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY* (Critérios de 1990)

- A. História de dor disseminada. A dor é tida como disseminada quando todos os itens a seguir estão presentes:
1. Dor no lado esquerdo do corpo
 2. Dor no lado direito do corpo
 3. Dor acima da cintura
 5. Dor no esqueleto axial (coluna cervical ou região anterior do tórax ou coluna torácica ou lombar).
- B. Dor à palpação digital de pelo menos 11 dos seguintes 18 pontos dolorosos:
1. Occipital: bilateral, na inserção do músculo suboccipital
 2. Cervical baixa: bilateral, na face anterior dos espaços intertransversais em C5-C7
 3. Trapézio: bilateral, no ponto médio do bordo superior
 4. Supra-espinhoso: bilateral, na origem, acima da espinha escapular próximo do bordo medial
 5. Segunda costela: bilateral, na segunda articulação costocondral, imediatamente lateral à sua face superior
 6. Epicôndilo lateral: bilateral, 2 cm distal ao epicôndilo
 7. Glúteo: bilateral, no quadrante superior lateral da nádega na prega anterior do músculo
 8. Grande Trocanter: bilateral, posterior à proeminência trocantérica
 9. Joelho: bilateral, no coxim adiposo medial, proximal à linha articular.

A palpação digital deve ser feita com uma força aproximada de 4 kg. Para que um ponto doloroso seja considerado positivo, o indivíduo deve afirmar que a palpação foi dolorosa. "Sensível" não é considerado como doloroso.

*Para fins de classificação, os pacientes serão considerados portadores de fibromialgia caso ambos os critérios sejam satisfeitos. A dor disseminada deve estar presente há, no mínimo, três meses. A presença de um segundo distúrbio clínico não exclui o diagnóstico de fibromialgia.

Adaptado de Gilliland, 1998.

nóstico, não rígidas ou exclusivas. Se, geralmente, se aceitam os componentes dor crónica, dor generalizada e pontos dolorosos activos, há desacordo quanto ao nú-

mero total de locais a examinar, ao número mínimo de pontos dolorosos, à proporção de pontos dolorosos positivos e à presença de pontos controlo (Schochat *et al.*, 1994, cf. Quartilho, 1999). Assim, existem inúmeros doentes, com dor crónica difusa e/ou mais regional, que não possuem o número mínimo de pontos dolorosos requerido, mas que podem ser considerados prováveis portadores de FM (Gilliland, 1998; Leitão, 2002).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial da FM é difícil, dado que as suas manifestações principais – dor músculo-esquelética, rigidez e fadiga – são comuns a muitas outras doenças reumáticas, assim como a outras síndromes menos típicas que podem sugerir diagnósticos diversos. É, pois, necessário, ponderar as diversas situações clínicas que obrigam ao diagnóstico diferencial.

São de considerar algumas *perturbações do foro reumatológico* – como a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistémico, a síndrome de Sjörgen, a polimiosite, a espondilite anquilosante e a esclerodermia – que se caracterizam por rigidez matinal de longa duração, poliartrite, e dor localizada nas articulações (Martínez-Lavín, 2001). Quando a estas se acrescentam o sono de má qualidade, dor generalizada não articular, e outras afecções de dor (por exemplo cefaleias, cólon irritável), deve reequacionar-se o diagnóstico de FM. A polimialgia reumática pode mimetizar a FM, devido à dor generalizada e à intensa rigidez matinal. Diferencia-se, contudo, desta última pelo aumento acentuado da velocidade de sedimentação.

A síndrome de dor miofascial, embora enquadrada nas doenças reumáticas, merece uma especial atenção, já que é um foco específico de confusão diagnóstica. No entanto, como refere Branco (1997), enquanto nesta síndrome a dor tem distribuição regional e pode ser reproduzida pela pressão em pontos sensíveis, na FM a pressão dos pontos dolorosos causa dor somente na área pressionada. A fadiga infrequente e a rigidez localizada, na síndrome miofascial, por oposição a fadiga intensa e rigidez generalizada na FM, constituem uma outra importante característica distintiva.

Outras *doenças endócrinas e metabólicas*, em particular o hipotireoidismo, podem, também, confundir-se com a FM, sobretudo nas fases iniciais. Algumas *neuropatias periféricas* e *doenças neurológicas* costumam ser, também, referidas no processo de diagnóstico diferencial da FM.

Um distúrbio merecedor de particular enfoque é a *síndrome de fadiga crónica*, cujas relações com a FM se mantêm controversas, com manifesta sobreposição clínica e demográfica (Martínez-Lavín, 2001). Têm, como traços comuns, sono disruptivo, fadiga, cefaleias, mialgias, dor musculoesquelética, e distúrbios psiquiátricos (depressão e ansiedade). A distinção entre as duas entidades permanece confusa e, de alguma forma, dependente da familiaridade do técnico com ambos os diagnósticos. A investigação demonstra que, entre 50% a 70% dos doentes fibromiálgicos se enquadram nos critérios de diagnóstico de fadiga crónica, e vice-versa, o que leva muitos peritos a pensarem a FM e a síndrome de fadiga crónica como o mesmo ou, pelo menos, como variações da mesma síndrome de dor e fadiga.

Hudson e Pope (1989, cf. Quartilho, 1999), sugerem as duas entidades como variantes da mesma desregulação básica.

Também *perturbações do foro psicológico* são susceptíveis de lançar alguma confusão, obrigando a um diagnóstico diferencial. Muitos pacientes poderiam ter diagnósticos psicopatológicos como a depressão, a ansiedade, a somatização e a hipocondria. Este assunto será abordado, de forma mais detalhada, à frente.

Uma história clínica detalhada, enriquecida por um exame físico minucioso, e complementada por testes laboratoriais adequados, é fundamental em todo o processo de diagnóstico diferencial. Contudo, é essencial ter presente que a FM pode ocorrer na presença de outros distúrbios, não fazendo, porém, sentido a diferenciação entre FM primária e secundária (concomitante com outra doença), já que os sinais e sintomas são similares (Gilliland, 1998).

EPIDEMIOLOGIA

Determinar a prevalência da FM não é tarefa fácil, na medida em que os estudos efectuados até esta data, na sua maioria, tiveram por base metodologias e critérios diferentes. A própria ambiguidade do conceito, bem como a incerteza diagnóstica, contribuem, inevitavelmente, para esta situação.

Quartilho (1999), após a análise de vários estudos, refere que, no contexto clínico, a média de idade dos pacientes tem variado entre os 30 e os 60 anos, ainda que a faixa etária mais referenciada se situe entre os 40 e os 50 anos. No que concerne à FM, é consensual a existência de uma maior incidência no sexo feminino

(NFA) [a título de exemplo, e de acordo com os critérios de diagnóstico do ACR, a prevalência da FM na população geral, nos EUA, é de 3,4% em mulheres e de 0,5% em homens (Gilliland, 1998)].

A revisão da literatura demonstra que os pacientes fibromiálgicos se distribuem em inúmeros países, na maioria dos grupos étnicos, nos mais diferentes climas. A prevalência nos adultos europeus e norte-americanos é, aproximadamente, de 2% (percentagem superior à maioria das perturbações reumatológicas) (Marder *et al.*, 1991 cf. Branco, 1997; Wolfe, 1994, cf. Quartilho, 1999).

QUANDO E COMO SURGE: INÍCIO E FORMAS DE APRESENTAÇÃO

A FM pode manifestar-se em qualquer grupo etário, embora o início seja mais comum na idade adulta, entre os 20 e os 30 anos (NFA). Ainda que, nas circunstâncias de início, nenhum factor particular seja especificado, existem, segundo Gilliland (1998), potenciais desencadeadores do distúrbio, como o *stress* emocional, doença clínica, cirurgia, hipotireoidismo e traumatismo.

Wolfe (1990, cf. Quartilho, 1999) distinguiu cinco formas distintas de início da FM: 1) início na infância e adolescência; 2) início na idade adulta, habitualmente com antecedentes caracterizados por múltiplas queixas músculo-esqueléticas; 3) início insidioso na vida adulta; 4) início na sequência de um acontecimento despoletador como, por exemplo, uma infecção ou uma intervenção cirúrgica (no entanto, a relação com infecções não de-

monstra uma relação etiológica inequívoca); 5) início na sequência de um traumatismo (físico ou emocional).

As formas de apresentação não obedecem a um padrão uniforme. Os pacientes apresentam-se, habitualmente, muito queixosos, com dor geral e disseminada, demonstrando desalento relativamente à sua situação. Alguns podem queixar-se de dor lombar, outros de dor e rigidez no pescoço, alguns de mialgia após um ligeiro esforço. O denominador comum é a presença contínua de dor, descrita como “queimadura ou corrosiva, ou como uma dor constante, incómoda, ou rigidez” (Gilliland, 1998). Muitos doentes referem um agravamento dos sintomas em situações de *stress* ou ansiedade, de actividade física inadequada (inexistente ou excessiva), problemas de sono, tempo frio ou húmido, início e fim de dia (NFA).

Yunus (1996, cf. Leitão, 2002) considera a existência de cinco formas de apresentação desta entidade: 1) dor e fadiga; 2) ansiedade, *stress* e depressão; 3) dores politópicas e pontos dolorosos; 4) hipostesia e sensação de tumefacção músculo-cutânea; 5) cólon irritável e cefaleias. Os factores de modulação sintomática podem depender de crenças ou estilos atribucionais. Emoções e pensamentos podem ter um grande impacto na experiência de dor. Quando a experiência dolorosa se perpetua, o limiar de sensibilidade à dor pode diminuir, isto é, a dor pode criar o seu próprio *feedback loop*.

COMO EVOLUI: DESENVOLVIMENTO E PROGNÓSTICO

Como já se tem referido, os problemas

metodológicos presentes nos estudos sobre a FM não permitem informações exactas relativas à evolução e prognóstico desta síndrome. As remissões são raras, ainda que, alguns pacientes, apresentem melhoras quanto ao grau de dor e de fadiga. A maioria, porém, permanece sintomática, o que favorece um prognóstico reservado (Gilliland, 1998).

Uma evolução mais favorável é iniciada pelo modo e idade de início (sintomas ligeiros e infância), exercício físico adequado, ausência ou baixo nível de angústia, formas de lidar com a dor, e pelo estado funcional do doente. Por sua vez, a aquisição de uma pensão por incapacidade pode levar à interiorização de um sentido de vida que se, por um lado, pode trazer ganhos secundários, por outro, mina as relações inter e intrapessoais do paciente.

À PROCURA DE CAUSAS: FISIOPATOLOGIA E GENÉTICA

Uma síndrome tão controversa difícil, só por si, a prática da investigação. Inicialmente, pretendeu explicar-se a dor através de alterações estruturais, ou de funcionamento músculo-esquelético. Os dados obtidos, revelando-se inconclusivos, levaram a que a investigação se centrasse no Sistema Nervoso (nomeadamente nas vias medulares de transporte de informação nociceptiva e nos núcleos de processamento central desses sistemas), na esperança de justificar este quadro generalizado de dor, de grande intensidade e variabilidade (Leitão, 2002).

Dada a inexplicabilidade aparente da doença, procuraram-se os factores

patogénicos tentando, a partir daí, perceber os mecanismos causais subjacentes ao distúrbio. Estudos centrados no sono não reparador, permitiram demonstrar a existência de uma associação entre uma perturbação do estadio 4 do sono e a FM. Todavia, concluiu-se que este fenómeno se verifica, também, em sujeitos saudáveis, e em pacientes com outro tipo de doenças (apnéia do sono, febre, osteoartrite ou artrite reumatóide) (Gilliland, 1998). Propôs-se, então, que a deficiência de serotonina (um neurotransmissor que regula a dor e o sono) poderia estar envolvida no tipo de etiopatogenia da FM. A não-resposta, por parte dos pacientes fibromiálgicos, ao tratamento farmacológico, incidindo no metabolismo deste neurotransmissor, afastou esta hipótese. O baixo nível de somatomedina C (substância associada à reparação e força do músculo) encontrado nestes indivíduos, surgiu como potencial hipótese explicativa. Outras investigações apontam para uma possível associação entre a substância P, neurotransmissor que pode actuar na propagação de mialgias, e a FM. As anomalias fisiológicas parecem inegáveis, nestes pacientes. Aguardam-se, porém, maiores e mais aprofundados estudos.

O Sistema Nervoso Simpático e o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS), por estarem envolvidos nos principais processos de resposta ao *stress*, legitimam que neles se tenha centralizado o estudo dos distúrbios que lhe são associados, onde se inclui a FM (Quartilho, 1999). Branco (1997), pela análise da literatura, conclui que estes sistemas podem exercer um papel importante no início e manutenção da FM.

A influência genética tem sido um ou-

tro foco de investigação. A FM parece ocorrer em determinadas famílias, e os cientistas especulam se não poderá existir uma vulnerabilidade genética que, sendo despertada por um acontecimento traumático, despoletaria a doença (Kossoff, 1999; NFA).

Outros conceitos fisiopatológicos, nomeadamente, as perturbações hormonais, alterações no sistema imunológico e da nocicepção, foram também tidos em conta. No entanto, os estudos realizados não se mostraram conclusivos.

O foco nos factores pessoais e ambientais que podem influenciar a aquisição de uma síndrome dolorosa crónica tem sido um aspecto muitas vezes negligenciado pela prática da investigação. A primazia foi dada à biologia, na esperança de uma cura que nunca chegou. Terá, porventura, chegado o momento de alargar o campo de estudo ao psicossocial.

À PROCURA DE VIDAS: INCAPACIDADE E FORMAS DE ESTAR

O diagnóstico de doença crónica tem repercussões inegáveis na vida dos indivíduos. No caso da FM, os pacientes tendem a assistir a um decréscimo significativo da sua qualidade de vida, que avaliam como menor do que a das pessoas ditas saudáveis e, mesmo, como inferior à de outros doentes crónicos.

Já as relações entre FM e incapacidade em manter um nível de vida satisfatório, têm sido objecto de controvérsia. A falta de consenso quanto à validade do conceito, dado o desconhecimento relativo à sua etiologia e patogénese, suscita algumas reservas. O facto de muitos destes pacien-

tes não parecerem estar doentes, a não existência de alterações objectivas ao nível das articulações ou tecidos moles, a não especificidade (ou mesmo normalidade) dos resultados dos exames complementares de diagnóstico e os resultados contraditórios dos estudos efectuados com o intuito de validar as medições de incapacidade neste distúrbio (Quartilho, 1999), reforçam as reservas que têm sido sentidas.

Os estudos comprovam que uma percentagem não desprezível de pacientes modifica o seu estilo de vida, nomeadamente, suspendendo ou alterando as suas actividades profissionais. Em determinados países, o diagnóstico de FM legitima, mesmo, a existência de compensações financeiras por incapacidade.

Não obstante, e apesar das limitações sentidas, muitos indivíduos diagnosticados com FM conseguem viver satisfatoriamente. Alguns autores, como Henriksson e Burckhardt (1996, *cf.* Quartilho, 1999) sublinham a enorme variabilidade, referente à vivência dos sintomas e, incapacidade nos pacientes fibromiálgicos o que, aponta para uma interacção entre factores individuais e ambientais. Não é, portanto, difícil compreender a importância das crenças e preocupações do paciente face à possibilidade de terem uma doença grave, enquanto factores que influenciam essa mesma incapacidade.

OS MEANDROS DA DOR: PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA

É notória a presença, em inúmeros estudos, de uma potencial relação estreita entre a FM e distúrbios psicopatológicos.

Porém, é também consensual a falta de consenso quanto ao seu funcionamento: serão os distúrbios do foro psicológico, reacções decorrentes à dor crónica? Ou serão os sintomas de FM consequentes de um distúrbio psiquiátrico? Ou, ainda, existirá, porventura, uma relação obrigatoriamente causal entre eles?

Kuetze e Svebak (2001) assumem alguma dificuldade em distinguir FM de outras síndromes funcionais somáticas e de desordens psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade. Confusão facilitada pelos níveis de *stress* e ansiedade quotidianos na realidade fibromiálgica, já que o sofrimento emocional, associado à dor física incapacitante, à incerteza diagnóstica e às terapêuticas frustrantes, contribui para a manutenção e agravamento do quadro patológico.

Salovey, Detweiler, Steward e Rothman (2000), numa vasta revisão da literatura, sugerem que o afecto negativo está intimamente ligado à redução da função imunitária e, conseqüentemente, ao estado geral de saúde (Cronan e Bigatti, 2003). Eles consideram, também, que os estados de humor dos indivíduos afectam a possibilidade de estes incorrerem em comportamentos promotores de saúde, ao influenciarem a sua auto-eficácia, relativamente a esses mesmos comportamentos.

Quartilho (1999) apresenta uma incidência de 20 a 70% de depressão, ao longo da vida dos pacientes fibromiálgicos. Depressão e FM mantêm relações controversas, nomeadamente, quanto a uma possível conexão causal. Há autores que consideram a primeira como decorrente da presença da segunda, sustentando que a depressão na FM pode dever-se a inúmeros factores: um prolongado período

de indefinição quanto ao diagnóstico, o desrespeito pelo tratamento médico, o luto decorrente de uma doença crónica, o fraco suporte social, a perturbação do sono e comorbilidade de outras patologias (NFA; DeNoon, 2003). Uma outra perspectiva, contrária a esta, considera que a depressão pode originar a FM, apoiando-se no facto de existir um número muito significativo de pacientes que exibem antecedentes de depressão (Quartilho, 1999). Eventualmente, será, também, de ponderar a possibilidade de que depressão e FM sejam bifurcações de um mesmo ramo etiológico comum.

Numa tentativa de enquadrar macroscopicamente a FM, Yunus (1999, cf. Quartilho, 1999) propõe-na como uma síndrome multiaxial, onde, independentemente das relações causais ou temporais, a intensidade da dor é condicionada por agentes psicológicos.

ALGUNS CAMINHOS: ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Refugiamo-nos no Consenso de Copenhaga (1992): “enquanto não conhecermos as causas da fibromialgia não existe cura disponível”. No panorama actual, e uma vez que a FM afecta a pessoa em termos físicos, psicológicos e sociais, as terapêuticas multidisciplinares, que combinem programas de exercício físico, o controlo da dor, o tratamento do sono, apoio psicológico e terapias complementares, assumem-se como a melhor estratégia.

Grande parte dos doentes com FM tem uma atitude defensiva, ansiosa, agressiva ou, mesmo, desesperada, revelando a im-

portância de uma atitude compreensiva e empática por parte dos médicos que, desde o primeiro momento, potencie um relacionamento de confiança. Deve ser permitido ao paciente um papel de destaque em todo o processo terapêutico. Assim, este saberá que é possível sobrepor-se à doença, melhorar a sua evolução e modificar o prognóstico, assumindo a sua quota de responsabilidade no tratamento e recuperação (Leitão, 2002; Branco, 1997).

Nesta perspectiva, a partilha de informação gráfica, em linguagem acessível, é de grande utilidade. Nela deve ser referido o facto de a FM ser uma afecção crónica, porém, não deformante ou degenerativa, para a qual existem terapêuticas eficazes. Devem, também, ser apresentadas estratégias que permitam minimizar os factores de agravamento. Se o médico não acredita na síndrome de FM ou nestes pacientes, deve reencaminhá-los para outros colegas.

Os programas de exercício físico deverão beneficiar actividades aeróbicas regulares, graduais, ocupando inicialmente 20 a 30 minutos, 3 a 4 dias por semana. São, também, aconselhados alongamentos. Desta forma, manter-se-á a tonicidade muscular, diminuindo a dor e a rigidez. O tratamento da dor passa pelo uso de terapêutica farmacológica, nomeadamente, pelo uso de anti-depressivos que, quando prescritos em baixas dosagens, ajudam a melhorar o sono e a diminuir a dor. Medidas locais, como calor, massagem, e injeção localizada de esteróides e lidocaína, podem aliviar, ainda que temporariamente, os sintomas (Gilligan, 1998, NFA). Os hábitos de sono deverão ser adaptados a esta nova realidade. Assim, deitar e acordar à mesma hora, longe de ruídos e dis-

tracções, num ambiente relaxado, assim como evitar cafeína, açúcar, álcool e refeições pesadas antes de dormir, deverão fazer parte da rotina. Eventualmente, poder-se-á recorrer a terapêutica específica.

O apoio psicológico deverá ajudar o paciente a adaptar-se a esta “outra” forma de vida. O confronto emocional, subjacente às pequenas incapacidades que vão surgindo, a crescente frustração e desânimo (que pode levar a um hiato desesperado entre a memória da vida anterior, a vida actual e o desejo de vida sonhada) têm de ser transformadas num contexto psicoterapêutico. E, quanto a nós, este mesmo contexto deve ser reequacionado para que o acompanhamento psicológico não seja um mero apoio psicológico, amenizador de sintomas, mas sim um espaço transformador e transformante de vidas.

REFLECTINDO A DOR:

Algumas reflexões

À excepção da dor generalizada, nada é consensual na FM. Nem a sua definição, nem o conceito ou a sua etiologia. Basta ponderar os critérios de diagnóstico do ACR para a FM, que, baseando-se, exclusivamente, na dor disseminada e na existência de um certo número de pontos dolorosos, omitem, a nosso ver, uma parte sintomatológica importante, os ditos síndromes funcionais (cefaleias, sono não retemperador, parestesias, entre outros). Não é nosso objectivo invalidar a componente biológica da doença. Apenas questionar o processo de aquisição e evolução, e, eventualmente, esboçar uma outra vertente psicológica da mesma.

Não se negam os sintomas, não se nega a dor, mas a verdade é que não são encontradas provas diagnósticas laboratoriais, causas etiológicas e fisiológicas explicativas. As abordagens terapêuticas utilizadas são, elas próprias, um reflexo desta indefinição. Basta atentarmos que o diagnóstico pode ser dispar, dependendo da especialidade médica a que o paciente recorra: na consulta de doenças infecto-contagiosas, é portador de síndrome de fadiga crônica; na gastroenterologia, de síndrome de cólon irritável; na reumatologia, poderá, eventualmente, ser diagnosticado como fibromiálgico.

Conclui-se, assim, a nosso ver, a premissa de mais estudos, nomeadamente dos que permitam obter uma perspectiva cultural da dor, fundada nos seus aspectos psicossociais. Eventuais antecedentes psiquiátricos, experiências de trauma, constrangimentos familiares, gratificação profissional e problemas financeiros, mereceriam, concludentemente, particular relevo.

Não podemos deixar de alertar para a construção social presente, também, em todo o processo evolutivo de definição do diagnóstico fibromiálgico. De um sofrimento indiferenciado, ainda não suficientemente explicado, passou-se ao reconhecimento oficial da síndrome clínica, ampliado pela difusão mediática dos critérios e características diagnósticas da FM, tornando-a um fenómeno da moda. Estes pacientes obtiveram, assim, não só um certificado de doença crônica, como um estatuto facilitador de incapacidade, eventual explicação simples para uma alegada forma de vida.

Posto isto, não fará sentido concepu-

alizar uma abordagem psicoterapêutica mais focada nos conflitos internos, mentais, do que propriamente nos sintomas decorrentes da doença? Mas sejamos metódicos e tentemos organizar as leituras que procuram enquadrar a relação entre sintomas físicos e mentais. Façamos, de início, uma distinção entre um fenómeno psicopatológico conversivo (que, como o termo indica, converte um conflito mental numa queixa somática, em geral, lábil, polissintomática e, portanto, com um colorido histriónico), um argumento psicossomático para uma doença "enigmática" (onde quadros clínicos de etiologia pouco sustentada por exames complementares de diagnóstico, por exemplo, suscitam a "tentação" de serem abrangidos pela bruma das «causas psicológicas», a que se recorre diante da escassez de competências científicas e/ou clínicas), queixas monossintomáticas associadas à psicopatologia *borderline*, consequências psicológicas de quadros somáticos, como a diabetes, por exemplo (somatopsíquicas, portanto), e quadros psicossomáticos. Estes, independentemente da problemática médica que apresentem, caracterizam-se por:

- um imaginário pobre (alexitimico), pouco metabólico na transformação das emoções e no enriquecimento da função simbólica (através de um pensamento expressivo e verbal);
- uma grande contenção emocional (também descrita como um controlo equiparável a um esfíncter anal das emoções, tão depressa sentidas sob a ameaça de um risco de incontinência e a perpetuação, intolerável, de uma "obstipação" emocionais), que provoca uma progressiva desorganização dos ritmos biológicos, que se tornam,

- insidiosamente, submissos ao controlo das emoções e distorcidos, hegemonicamente, por ele;
- episódio traumático que precipita o embotamento emocional e a arritmia biológica, através de um sofrimento agudo que delapida a imunidade psicológica dos mecanismos de defesa e tem, conseqüentemente, um efeito imunossupressor, podendo (através do papel do ACTH sobre a corticotropinreleasing hormone – CRH) ser «(...) libertada em focos inflamatórios periféricos, onde exerce uma potente acção pró-inflamatória» (Silva, 2004).

Podemos encontrar, na FM, verdadeiros sintomas somáticos, vazios de significado, baços e exclusivamente corporais? Não. Quer as síndromes de cólon e de bexigas irritáveis, como a neurastenia que lhes é associada, indicam um quadro depressivo, onde a grande contenção da agressividade, domina qualquer expressão dos afectos. Na literatura referente à doença psicossomática podem surgir associados, em momentos de tensão, síndromes ligadas ao Sistema Nervoso Simpático, nas quais se incluem as síndromes de esforço (artrite reumatóide, hipertensão, entre outras) e, (porque não?) a FM.

A relação entre FM e depressão não pode deixar de ser um factor de reflexão para se compreender a realidade do doente com FM. A fragilidade dos objectos internos (e, porventura, a ausência de bons objectos internos) gera um estado de desespero pela constante preocupação em não destruir a fragilidade que revestem e que gerou o sofrimento depressivo. A rai-

va, o medo e a culpa, viram-se, assim, contra o próprio ego. Aderem de forma rígida (corporal ou mentalmente) a um esboço de vida falso, que não conseguem abandonar. A denegação de qualquer tipo de ataque ou desejo de destruição face aos outros gera uma disposição eufórica, contrária à sua realidade, que se traduz na idealização primária, muitas vezes sob o aspecto de vítimas ou de mártires.

A nosso ver, as queixas fibromiálgicas são manifestações somáticas de personalidades claramente obsessivas, onde a contenção *major* da violência contida se associa a contrapartidas narcísicas (muito mais que ganhos secundários de natureza histriónica) que, em vez de se colorirem com episódios de angústia (como nos quadros de pânico, onde a defesa obsessiva sustém a passagem ao acto agressivo, e se organiza em redor da angústia, como uma fobia de impulsão), concretizam a rigidez defensiva na rigidez muscular quase para-catatónica. Já a bondade e o despojamento que estes doentes manifestam será, muito mais, um falso *self* do que um gesto espontâneo de autenticidade, servindo para retirar ganhos, que compõem a imolação pelo sofrimento, que estes doentes manifestam, tiranizando todos os seus objectos de relação.

Nenhum quadro é, exclusivamente somático, nenhum é, unicamente psíquico. Cada quadro clínico – qualquer que ele seja – será, ou predominantemente biológico, ou predominantemente psíquico, exigindo uma compreensão colegial das queixas, da doença e dos recursos de saúde mobilizáveis. E se a exuberância e a natureza inequívoca de muitos quadros médicos “engole” os componentes psíquicos que com

eles interagem (fazendo-os parecer irrelevantes ou pouco preponderantes na precipitação ou na manutenção da doença), já a interação de factores psicológicos na clínica médica tem-se mantido “misteriosa”, mais, ainda, porque o modo como eles se expressam na promoção da saúde perde relevância diante da forma, insidiosa, como contribuem para a doença. Por maioria de razão, um quadro onde, numa constelação de queixas, se destaca a dor (uma queixa na interface dos sinais e dos sintomas clínicos) leva a que a dor (física) e o sofrimento (psíquico) se matizem, parecendo que o sofrimento seja uma consequência da dor e nunca o seu mais destacado predisponente.

Mas voltemos à FM e tentemos estender a sua compreensão a partir destes considerandos. No diagnóstico clínico de FM a dor parece assumir-se como formação de compromisso entre os ganhos primários e secundários que mobiliza, e a absorção da hostilidade emocional que sustém.

Por outro lado, as recorrentes idas a variadas especialidades médicas e a negação de uma eventual componente psicológica na base da doença, sugerem que estes pacientes agarram os sintomas de FM como se fossem o centro da sua vida, disfarçando uma tonalidade hipocondríaca com que poderiam ser interpretadas, e esbatendo uma tirania narcísica que a FM impõe por eles.

À medida que a FM se perpetua parece transformar-se num “monstro” que se revolta contra o seu criador, levando a que o sofrimento psíquico incite a vulnerabilidade à dor e esta o alimento. Por outras

palavras, no nosso entendimento, a FM apresenta-se, macroscopicamente, como quadro reumatológico ou como um quadro psicossomático, assim seja perspectivada a partir das clínicas médica e psicológica. Mas, mais microscopicamente, a FM será uma patologia *borderline* que se exprime pela vertente psicossomática. Em rigor, tentando ir mais adiante, poderemos afirmar que a patologia *borderline* poderá ser acompanhada por queixas monossintomáticas (gástricas ou dermatológicas), mantendo a predominância psicopatológica na expressão do sofrimento psíquico, ou poderá manifestar-se, centripetamente, em torno de um quadro médico que, assim, faz com que as queixas somáticas absorvam o essencial da desorganização mental (escorando-a, a partir do momento em que se declara).

É claro que também nos deveríamos questionar acerca da FM como quadro essencialmente reumatológico. Mas, nessas circunstâncias, reagiria à terapeuta médica e seria debelável. Ora, o que se observa é um conjunto de sintomas que se “enquista” em torno da dor, assumindo esse sofrimento uma desvitalização progressiva dos recursos vitais do paciente (daí que, alguns autores, a associem à neurastenia que, como constelação sintomática *borderline*, se expressa pela astenia crónica, um branqueamento, progressivo, dos recursos emocionais, e a “dor de alma” com que se expressa a depressividade *borderline*). Para mais, à medida que a dor crónica (que exprime o sofrimento depressivo), tende a agravar-se, a carência de respostas familiares e os remedeios clínicos que encontram no médico agravam, mais e mais, a natureza abandónica

do quadro depressivo, tornando-o mais irresolúvel (à medida que a hostilidade que essa cegueira de repostas avoluma), transformando-se num muro relacional quando, de início, parecia ser a ponte para comunicar o sofrimento psíquico. A título didático, refira-se que a depressividade *borderline* não reage à terapêutica antidepressiva com a mesma fluência da tristeza (ou depressão reactiva) e sem a exuberância catastrófica da melancolia. Mais: em função do “fundo” psicopatológico *borderline*, as estratégias terapêuticas centradas na dor que se pretende debelar terão, regra geral, um “efeito de boomerang”, levando a que as queixas não só se mantenham como se perpetuem e sofisticuem. O que, uma vez mais, faz prevalecer a predominância psicopatológica da FM que, assim, se assume como um quadro psicossomático dentro da reumatologia.

Abstract

Fibromyalgia constitutes a concept searching for consensus. This paper focuses on the definition of fibromyalgia as well as on the multiplicity of variables involved in its etiology.

Key-words: *Fibromyalgia; Somatization.*

BIBLIOGRAFIA

- Branco JC. *Fibromialgia: modelo humano de dor, fadiga e incapacidade crónicas*. Dissertação de Doutoramento em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 1997.
- Cronan TA, Bigatti SM. Chronic illness: Psychological and physical characteristics of women with osteoarthritis and fibromyalgia. *Psychology Science: Cross Cultural Issues in Women's Health*, 45, 63-74. From ProQuest Psychology Journals database (Document ID: 411075771), 2003.
- DeNoon D (2003). *Fibromyalgia isn't depression*. Available on line at: <http://my.webmd.com/content/Article/75/89910.htm>
- Gilliland BC. Policondrite recidivante e outras artrites. In Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser, SL, Longo DL (Eds). *Harrison: Medicina Interna*, vol. 2. Rio de Janeiro: McGrawHill, 1998.
- Kossoff MJ. I hurt all over. *Psychology Today* 1999; 32(3): 42-46. From ProQuest Psychology Journals database (Document ID: 40787537).
- Kurtze N, Svebak S. Fatigue and patterns of pain in fibromialgia: correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female county sample. *British Journal of Medical Psychology* 2001; 4 74, 523. Retrieved April 28, 2004, from ProQuest Psychology Journals database (Document ID: 98595109)
- Leitão R. *Guia prático de terapêutica*, vol. 1. Porto: Medisa, 2002.
- Quartilho MJR. *Fibromialgia e Somatização*. Dissertação de Doutoramento em Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1999.
- National Fibromyalgia Association - NFA. Available on line at: <http://fmaware.org>
- Silva JP. Fibromialgia: ligações entre corpo e alma. *Momento Médico* 2004; Ano 6, nº 35.

