



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS  
CURSO DE PSICOLOGIA

# **FIBROMIALGIA E RELAÇÕES FAMILIARES AVERSIVAS NA PERSPECTIVA COMPORTAMENTAL**

FERNANDA CARDOSO DA SILVA

BRASÍLIA  
NOVEMBRO /2005

FERNANDA CARDOSO DA SILVA

**FIBROMIALGIA E RELAÇÕES FAMILIARES AVERSIVAS  
NA PERSPECTIVA COMPORTAMENTAL**

Monografia apresentada como  
requisito para conclusão do  
curso de psicologia do UniCEUB  
– Centro Universitário de  
Brasília.

Professor orientador:  
Geison Isidro Marinho

Brasília/DF, Novembro de 2005

*Agradeço a Deus, pela força que me deu durante a realização desse trabalho. Aos meus pais, que investiram em minha educação. Aos amigos e professores, que proporcionaram momentos enriquecedores, durante a graduação.*

## SUMÁRIO

1. Dor crônica conceito e histórico.....	1
2. Capítulo I - Fibromialgia sintomatologia e tratamento.....	7
3. Capítulo II - Fibromialgia e relações familiares.....	19
4. Capítulo III - O papel do psicólogo no tratamento da fibromialgia.....	33
5. Conclusão.....	42
6. Referências bibliográficas.....	45

## RESUMO

A dor crônica é uma condição de grande complexidade, que necessita de avaliações e tratamentos multidimensionais, ela é considerada um processo dinâmico de percepção e interpretação de inúmeros estímulos, alguns dos quais estão associados com males existentes ou potenciais descritos em termos de danos. A fibromialgia é uma condição crônica, dolorosa, músculo esquelética, caracterizada por dor que se irradia por pontos de sensibilidade associados com alteração na percepção de dor. Com base em pesquisas internacionais, a frequência da fibromialgia é de 1% a 5% na população em geral. No Brasil, trabalhos falam de uma prevalência em torno de 10% da população. Os sintomas associados à fibromialgia são: fadiga intensa; síndrome do cólon irritable; cefaléia; síndrome das pernas inquietas; a presença de irritabilidade na bexiga; e o fenômeno de Raynaud. Não se pode deixar de mencionar as alterações do humor presentes na fibromialgia e que podem resultar em quadros de ansiedade e depressão. Pessoas com fibromialgia ocasionalmente referem-se a diminuição na capacidade de se concentrar e de executar tarefas comuns. A causa e os mecanismos que provocam a fibromialgia ainda não estão perfeitamente esclarecidos, porém existem inúmeras hipóteses que tentam explicar a evolução da Síndrome Fibromiálgica (SFM), a mesma pode ser decorrente de uma predisposição genética; de uma experiência traumática; de uma infecção; ou de um efeito composto de estresses múltiplos, a elaboração de hipóteses é importante para formar um panorama e formulação de estratégias para ações terapêuticas. Algumas condições podem ser consideradas como tendo ligação causal com a SFM, na presente monografia os tipos de relações familiares são considerados como um agente causador e/ou mantenedor dos sintomas da fibromialgia. Devido à complexidade do tratamento da fibromialgia, o paciente requer um tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A terapia Comportamental teria como objetivo a redução das incapacidades e angústias oriundas dos sintomas de dor crônica auxiliando o paciente a se adaptar com as mudanças de papéis e contextos, no intuito de melhorar a qualidade de vida. O foco da terapia não é o alívio da dor em si, embora uma redução no nível da dor seja um resultado esperado na terapia, o foco está na melhora funcional do sujeito. A dor frequentemente é considerada como fisicamente limitante e desmoralizante conduzindo a desordens afetivas e à redução de contatos sociais e pessoais, que podem ocasionar alterações nos relacionamentos e mudanças no contexto intrafamiliar. As relações familiares aversivas podem prejudicar o tratamento da fibromialgia, por isso faz-se necessário um olhar especial do terapeuta, para estas relações, no intuito de torná-las estímulos reforçadores para o tratamento da SFM, oferecendo ao paciente ajuda e empatia em relação à sua condição e não um estímulo aversivo ou prejudicial ao mesmo. O objetivo do presente trabalho é demonstrar a importância da inclusão da família no processo de tratamento dos pacientes com fibromialgia, e analisar como as relações aversivas no contexto familiar podem prejudicar este processo.

A dor é vivenciada ao longo de toda a vida, em situações de doenças, acidentes etc. Mas apesar de ser um agente estressor, a dor exerce uma função protetora para o organismo, sinalizando ao mesmo que não está bem. A dor é um estímulo discriminativo, que assume prioridade frente a outros estímulos no corpo e sinaliza ao indivíduo a necessidade de procurar cuidados para a sintomatologia. Porém a intensidade e a frequência da dor podem prejudicar a qualidade de vida da pessoa e as atividades por ela exercida (Carvalho,1999). A dor afeta cerca de 30% dos indivíduos durante algum período da vida, e de 10% a 40% tem duração superior a um dia (Arthritis Foundation, 2005).

Segundo Guimarães (1999), a dor pode ser classificada de acordo com o tempo de duração. A dor aguda teria duração curta, de minutos a algumas semanas, decorrentes de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias; a dor crônica tem longa duração, de meses a vários anos, normalmente acompanha o processo da doença ou está associada a uma lesão já tratada e a dor recorrente que seria uma dor aguda, pelo curto período de duração e crônica por se repetir ao longo de muito tempo. A incidência de dor crônica no mundo oscila entre 7% a 40% da população e como consequência da mesma, cerca de 50% a 60% dos que são acometidos por ela ficam parcial ou totalmente incapacitados, temporariamente ou permanentemente, comprometendo de modo significativo a qualidade de vida.

A dor crônica e o “mal-estar”, segundo Chaitow (2000), são queixas comuns em atendimentos primários à saúde. Entretanto, a maioria dos médicos não está familiarizada com as seguintes reclamações “sinto-me cansada o tempo todo” ou “estou todo dolorido”. Essas são as queixas mais frequentes de um paciente com fibromialgia, estas queixas fazem parte de um quadro clínico complicado de difícil diagnóstico. Esta dificuldade na elaboração do quadro clínico compromete o atendimento médico, pois o médico não consegue indicar um remédio específico para eliminar o sintoma. Mas com o reconhecimento de terapias e abordagens tradicionais, a classe médica está começando a compreender a fibromialgia como um conjunto de sintomas que são comumente apresentados principalmente no atendimento primário à saúde.

A fibromialgia, que significa dores nos músculos e tecidos conectivos fibrosos (ligamentos e tendões), por séculos tem sido apresentada sob vários nomes. O termo *fibrosite* foi usado para descrever esta mesma condição, *fibro* significa fibras e *ite* significa inflamação; um processo que pode desencadear dor, calor, inchaço,

vermelhidão e rigidez. Apenas nos anos 80, que se realizou uma redefinição do que era até então um quadro confuso de uma condição comum e verificou-se que a inflamação não é um fator importante, e que fibromialgia era o termo mais adequado, (*fibro* - fibras, - *mio* – músculo, - *algia* – dor). Em 1987, a fibromialgia foi identificada como uma síndrome distinta, pois abrange um conjunto de sintomas e sinais que ocorrem simultaneamente em diferentes doenças, pela American Medical Association (Starlanyl & Copeland, 1996), mesmo sem definir claramente todos os sintomas que englobavam a síndrome. Atualmente a definição mais aceita é da American College of Rheumatology (ACR), apresentada em 1990, que caracteriza a fibromialgia da seguinte maneira: 1) histórico de dor por pelos menos três meses; dor generalizada presente no lado direito e esquerdo do corpo, abaixo e acima da cintura. Além disso, deve haver dor axial (coluna cervical ou parte anterior do peito ou coluna torácica ou lombar); 2) queixa de dor em 11 de 18 pontos sensíveis quando pressionados por 4kg de pressão (Chaitow, 2000).

A síndrome fibromiálgica (SFM) é caracterizada pela dor crônica músculo esquelético difusa e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas, acompanhada de outras manifestações como fadiga crônica, distúrbio do sono, rigidez muscular, parestesias, cefaléias, síndrome do cólon irritável, ansiedade e depressão. A síndrome afeta principalmente músculos e locais de fixação nos ossos, não é inflamatória e nem causa deformidade nas juntas. Ela não apresenta alterações laboratoriais, por isso, seu diagnóstico é feito através das queixas trazidas pelo cliente (Arthritis Foundation, 2005).

Os estudos sobre a prevalência da fibromialgia são escassos, devido às diferenças entre os padrões de referencia de cada serviço, aos critérios diagnósticos utilizados e as diferenças culturais entre as populações. Em estudos realizados em relação à frequência da fibromialgia na população em geral foi de 1% a 5%, em pesquisas nacionais observaram a fibromialgia em 10,2% das populações do Rio de Janeiro e Porto Alegre. Ela é mais freqüente no sexo feminino, cerca de 73% e 88% dos casos, a idade média do seu início varia entre 29 e 37 anos. Apesar do início das manifestações da síndrome ser mais freqüente na fase adulta, 25% dos casos dizem apresentar os sintomas dolorosos desde a infância (Arthritis Foundation, 2005).

A fibromialgia não tem causa específica, porém existem algumas hipóteses tais como: má qualidade de sono falta de condicionamento físico, vida sedentária,

estresse físico ou emocional, algumas doenças crônicas, e depressão. É possível que o estresse seja uma variável relevante na ação dos sintomas da SFM embora alguns pacientes tenham relatado que os primeiros sintomas da síndrome surgiram após período de estresse crônico ou após traumatismos. Outros relatam que há agravamento dos sintomas após estresse físico e emocional de curta duração. Em situações de estresse, há um aumento do tônus muscular acarretando dor e exacerbação dos sintomas da fibromialgia. De acordo com Figueiró (1999), existe uma prevalência de transtornos psiquiátricos em 32% dos pacientes acometidos pela fibromialgia, os mais freqüentes são transtorno depressivo e de ansiedade, e eles se agravam em situações estressantes.

Sinais de depressão são freqüentes em pessoas com fibromialgia, visto que, a depressão se manifesta pelo fato do paciente estar constantemente cansado, letárgico e com dor. A depressão não é considerada causa da condição. Uma vez que a maioria das depressões relacionadas com a fibromialgia é uma reação direta à condição (perda da saúde) e não é uma depressão clínica sem nenhuma causa externa obvia. O medicamento antidepressivo ajuda a restabelecer algum nível de normalidade no sono, minimizando os sintomas da Síndrome, isso não quer dizer que a depressão causa a fibromialgia (Chaitow, 2002).

A ansiedade, esta associada ao aumento da percepção da dor, é a resposta emocional básica do indivíduo, tendo em vista que ela representa um evento ameaçador. Ela é caracterizada pelas seguintes manifestações: palpitações, tonturas, sudorese, tremor, dor torácica, náuseas, calores e até pânico. A ansiedade pode desencadear o processo de dor e pode ser uma conseqüência do “sentir dor”, ou seja, a ansiedade potencializaria a dor, e vice e versa (Ballone, 2002).

De acordo com Guimarães (1999), o tratamento da dor deve ser multidisciplinar, para promover o alívio da dor, minimizar o sofrimento psíquico e interromper o processo incapacitante, por isso o paciente fibromialgico deve ser acompanhado por diversas áreas da saúde envolvidas. Apenas o tratamento medicamentoso não é suficiente para o tratamento da SFM. Tratamentos não-medicamentosos como a psicoterapia, auxiliaria o paciente no sentido de conscientizá-lo e ajudá-lo a se adequar a uma nova rotina, (Kaziyama, Yeng e Teixeira, 2003). A avaliação psicológica pode auxiliar na busca de fatores que possam influenciar o tratamento: dados da história pessoal, social, familiar e ocupacional. Além disso, deve também indicar as conseqüências psicológicas e



comportamentais da dor crônica; reconhecer a diferença entre os estados e traços psicológicos, visto que os traços mudam com a dor crônica. Observar as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais frente ao estímulo dor para então, fazer a correlação entre os estímulos e respostas que podem influenciar a frequência de emissões de comportamentos de autocuidado (Figueiró, 1999).

A falta de explicação e de testes sobre a fibromialgia fazem com que o paciente, sinta medo e frustração, que por sua vez aumentam a sensação de dor. Por não se apresentarem doentes e por todos os exames realizados serem normais, a pessoa com fibromialgia, não consegue provar que seu problema é verdadeiro. A família e os amigos podem duvidar da veracidade de suas queixas, o que aumenta o isolamento e o sentimento de culpa e irritabilidade nesses pacientes. Os sintomas da fibromialgia podem incapacitar a pessoas de exercer suas atividades dentro do contexto social, laboral e familiar (Arthritis Foundation, 2005).

As doenças crônicas, consideradas incuráveis e permanentes, exigem que o indivíduo se adapte às limitações e novas condições geradas. É necessário estabelecer uma nova relação com a vida. A família necessita se reorganizar e também se adaptar, pois o paciente pode precisar de cuidados. Os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer. Aspectos problemáticos na família podem ser desencadeadores de estresse e ansiedade no paciente. A psicologia teria o papel de esclarecer ao paciente a sua condição e possíveis mudanças de papéis em todos os contextos, de conscientizar a família de que a dor crônica sentida pela paciente é real, e auxiliar nas mudanças de papéis dentro da família (Martinez, 1998).

Segundo Martinez (1998), o paciente crônico convive com a síndrome para o resto de sua existência, exigindo adaptações na vida em vários setores. A síndrome pode auxiliar na reflexão de valores e para isso, o paciente busca desenvolver uma teoria sobre o processo de adoecer; algo que explique a sua origem e o faça aceitá-la. Com o intuito de levar uma vida mais próxima da normalidade, o paciente utiliza estratégias para modificar experiências e evitar o estigma. Há uma busca de aceitação em que o indivíduo tenta anular as diferenças e limitações causadas pela síndrome. A família é de fundamental importância nesta fase, pois de acordo com Malerbi (2002), a família é unidade primária de cuidado com a saúde, ou seja, ela pode fornecer estímulos discriminativos para comportamentos de autocuidado.

Porém quando desestruturada, a família, pode fornecer estímulos discriminativos para comportamentos de risco.

O paciente se favorece de um estado frágil e vulnerável para obter ganhos, como carinho e atenção de amigos e familiares, e pode fazê-lo também como forma de não retornar às suas atividades cotidianas, se estas lhe são estressantes e desagradáveis. Os ganhos secundários podem dificultar que o paciente melhore ou se adapte à nova rotina, pois ele associa que apenas doente pode usufruir tais benefícios (Martinez, 1998).

De acordo com Kaziyama e cols (2003), o desenvolvimento de programas educativos multidisciplinares tem sido efetivo no decréscimo do impacto da dor na vida dos pacientes com fibromialgia, melhorando sua capacidade funcional, bem-estar e na percepção da dor. O psicólogo pode auxiliar e informar a família e o paciente a respeito da síndrome e sobre as limitações que esta impõe, junto aos familiares e pessoas significativas. Assim, como a família pode não reconhecer o desconforto do paciente, pode também super valorizá-lo; o paciente pode por sua vez, apresentar o mesmo movimento, maximizando a sua dor por conveniência, fazendo-se de vítima, ou, revoltando-se por não sentir o seu sofrimento respeitado.

Além de fazer sentido para o paciente, a síndrome precisa ter um significado para toda a família, que necessitam uma reorganização para lidar com o novo evento. A síndrome é vivida de maneira coletiva, pelo grupo familiar, pois quando um membro adoece, toda a sua rede de relações se altera. Sendo a família o grupo primário de inserção de um indivíduo, a tendência é que seja também afetada com a síndrome. Por isso a família deve ser incluída no tratamento de pacientes fibromiálgicos (Martinez, 1998).

Pimenta (1999), fala sobre a importância de se pesquisar o conhecimento que o doente e o cuidador possuem a respeito da doença e do tratamento, quanto maior a desinformação, informações errôneas ou expectativas falsas, maior será a não adesão a terapia, o que desencadearia ansiedade e sofrimento no doente e familiares. Conhecer o significado da dor para o doente e familiares é fundamental para tornar os familiares agentes de autocuidado. A identificação do reforço ambiental à dor, de dinâmica familiar problemática e de ganhos secundários de ordem socioeconômica ou emocional pode contribuir para compreensão do quadro da dor para adequação de métodos terapêuticos. O sofrimento crônico pode modificar o relacionamento interfamiliar, gerando um ambiente de tensão e

desconforto. O psicólogo deve atentar para estes aspectos para então montar sua estratégia de intervenção.

Viver com uma doença crônica, como a fibromialgia, altera muitos aspectos da vida, não só da pessoa doente, como de sua família também. A família tem um papel importante para a pessoa que se depara com a fibromialgia, na medida em que quando a família mostra capacidade de mudanças e adaptação, o doente é estimulado também a se adaptar e aprender a viver com a doença. De acordo com Malebi (2002), a família pode contribuir para etiologia, cuidado e tratamento de várias doenças. De modo que a manutenção de comportamentos saudáveis e de risco podem ser influenciados pela família. Portanto, pode-se verificar que para se obter um bom resultado no tratamento é necessário que a família esteja envolvida neste processo.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar a importância da inclusão da família no processo de tratamento dos pacientes com fibromialgia e analisar como as relações aversivas no contexto familiar podem prejudicar este processo. Além disso, é objetivo do mesmo, demonstrar como o psicólogo pode atuar junto à família de modo a eliminar ou diminuir os agentes estressores na mesma, tornando-a uma variável a contribuir para a aquisição de comportamentos saudáveis e manutenção dos mesmos.

## Capítulo I – Fibromialgia sintomatologia e tratamento.

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, caracterizada pela presença de dor músculo-esquelética difusa, ou seja, acima e abaixo da cintura, do lado direito e esquerdo e pelo menos em um segmento da coluna, acompanhada pela palpação de múltiplos pontos dolorosos ou "tender points". Se fossemos resumir, os pacientes queixam-se de dor no corpo todo. Acomete 2% da população e encontra-se entre as principais síndromes diagnosticadas e tratadas pelos Reumatologistas, sendo 80-90% no sexo feminino com idade média variando entre 30-60 anos. Também acomete crianças e idosos, bem como pacientes do sexo masculino. Segundo Wolfe (1995, citado em Fernandes, 2003), a fibromialgia afeta 3,4% das mulheres e 0,55% dos homens.

De acordo com Kaziana (2003), entre os principais sintomas assinalam-se dores musculares e articulares em 100% dos casos, a fadiga crônica em 96%, alterações do sono e sono não reparador 86% dos casos, artralguas em 72%, cefaléias 60%, síndrome das pernas inquietas 56%, parestesias 52%, déficit de memória 46%, câimbras nos membros inferiores 42%, comprometimento da concentração mental 41%, nervosismo 32% e depressão maior em 20%. Os sintomas são variáveis de pessoa para pessoa e na mesma pessoa variam ao longo do tempo, o que dificulta o tratamento e a própria adaptação do doente a um novo estilo de vida que lhe permita lidar com a doença.

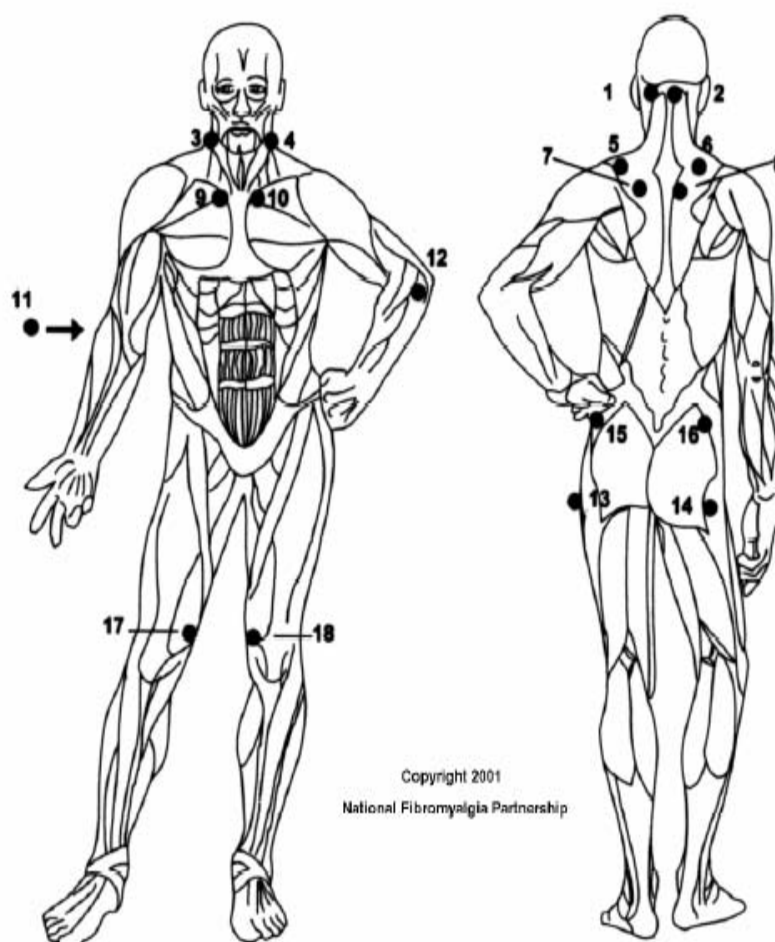
A dor difusa e generalizada é o principal sintoma da fibromialgia. Além da hiperalgesia estão presentes: alodínia (resposta de dor a um estímulo que normalmente não provocaria dor), cefaléia, dores torácicas e dores oriundas de disfunção da articulação têmporo-mandibular, entre outras. A dor normalmente se origina na musculatura ou nas juntas e ligamentos e se espalha por todo o corpo, sendo às vezes seguidas de espasmos musculares. A intensidade da dor é variável ao longo do tempo, pode ser mais intensa em algumas regiões e pode mudar de local. Apesar dos sintomas variarem em intensidade eles podem desaparecer ou diminuir temporariamente para reaparecerem mais tarde. A fibromialgia continua sendo uma doença crônica. Essas variações podem estar relacionadas com mudanças de tempo, ambiente frio, alterações hormonais, stress, depressão, ansiedade ou um esforço maior do que o habitual (Fernandes, 2003).

A fadiga também é instável em relação a sua intensidade e pode ser uma consequência de esforço físico, mental ou estresse emocional, de contínuas noites de sono não reparador, da falta de condicionamento físico ou de disfunções hormonais.

De acordo com Bennet (1999, citado em Fernandes, 2003), existem outros sintomas relacionados à síndrome que não constam no diagnóstico oficial do Colégio Americano de Reumatologia, são eles: síndrome das pernas inquietas que são parestesias e agitação das pernas durante o estágio dois do sono; síndrome do cólon irritável que são alterações nos hábitos intestinais, variando entre prisões de ventre ou diarreias; síndrome da bexiga irritada que é o aumento da frequência das micções e disúria (dificuldades ao urinar). Problemas ginecológicos, tonturas, rigidez muscular e intolerância ao frio.

Apesar de se admitir a existência da fibromialgia, ainda que sob vários nomes, até recentemente não tinha tido nenhum critério oficial de diagnósticos reconhecidos por alguma instituição médica importante. Ainda hoje, não existem exames laboratoriais para diagnosticar a Síndrome Fibromiálgica - SFM.

O diagnóstico se faz valendo-se dos seguintes critérios oficiais desenvolvidos para a SFM pelo American College of Rheumatology (Colégio Americano de Reumatologia; ACR) em 1990: dor crônica, generalizada, músculo esquelética por mais de três meses em cada um dos quatro quadrantes do corpo. ("Dor generalizada" significa dores acima e abaixo da cintura e em ambos lados do corpo); ausência de outra doença sistêmica que pudesse ser a causa da dor subjacente (tal como a artrite reumatóide, lupus ou problemas da tireóide); e múltiplos pontos sensíveis à dor (ou pontos de extrema sensibilidade) em lugares característicos (veja a Figura 1). Há 18 pontos sensíveis que os doutores procuram ao fazer um diagnóstico de fibromialgia. Conforme os requisitos do ACR para que se possa considerar um paciente com fibromialgia, ele deve ter 11 destes 18 pontos. Devem-se aplicar aproximadamente quatro quilogramas de pressão (ou cerca de nove libras) a um ponto sensível, e o paciente deve indicar quais os lugares dos pontos sensíveis são dolorosos.



**Figura 1: Pontos Sensíveis Típicos de la Fibromialgia**

Figura 1- pontos sensíveis anatômicos especificamente relacionados com a SFM, de acordo com (The American College Of Rheumatology - ACR). Fonte: Nacional Fibromialgia Partnership, Copyright 2001.

- (1,2) Occipital : bilateral, nos pontos de inserção dos músculos suboccipitais;
- (3,4) Cervical inferior: bilateral, nos aspectos anteriores dos espaços intertransversais entre as vértebras C5-C7;
- (5,6) Trapézios: bilateral, no ponto médio do borde superior;
- (7,8) Supraespinhais: bilateral, nos pontos de origem, supraescapular cerca do borde meio;

(9,10) Segunda costela: bilateral, nas segundas articulações costoverbrales, um pouco lateral às articulações nas superfícies superiores;

(11,12) Epicôndilo lateral: bilateral, 2 cm. distal aos epicôndilos/;

(13,14) Glúteo: bilateral, nos quadrantes superiores externos das nádegas no vinco anterior do músculo;

15,16) Trocânter Maior: bilateral, posterior à protuberância trocântérica;

(17,18) Joelho: bilateral, na almofadinha medial de gordura cerca da linha da articulação.

Segundo sugerem os critérios do ACR, um diagnóstico de fibromialgia requer uma avaliação "real" do paciente por um médico hábil no diagnóstico de fibromialgia. Já que os pacientes não estão certos da origem anatômica específica da dor em seu corpo, não se aconselha o autodiagnóstico. Já que as análises de laboratório são freqüentemente normais nos pacientes com SFM, é imprescindível que um médico angarie um histórico médico completo e leve a cabo um exame físico para um diagnóstico correto. Já que os sintomas da fibromialgia se assemelham aos de várias outras doenças, é necessário descartá-las antes de fazer um diagnóstico da mesma, entretanto um diagnóstico da SFM não exclui a possibilidade de que esteja presente outra condição. É necessário assegurar que nenhuma outra condição se confunda com a síndrome da fibromialgia, para poder iniciar o tratamento adequado (Franco, 2001).

Pela primeira vez, os médicos poderiam identificar os pacientes com a SFM usando normas uniformes. Apesar do otimismo, os critérios tiveram seus defeitos. Em primeiro lugar, o paradigma dos pontos sensíveis, que diz que o paciente sente unicamente dores em lugares específicos do corpo. Não obstante, em estudos mais avançados começaram a sugerir que pacientes com a SFM são sensíveis aos estímulos dolorosos em qualquer lugar do corpo e não unicamente nos pontos anatômicos identificados pelo ACR. Hoje em dia, está reconhecido geralmente que a dor estendida pelo corpo é típica da fibromialgia. Segundo, logo começou ser óbvia que a sensibilidade de um paciente varia de intensidade durante o dia. Além, dos pacientes nem sempre apresentarem dores nos quatro quadrantes do corpo. Alguns sofreram da dor unilateral; outros sentiram-na somente na parte superior ou inferior do corpo. Terceiro, os exames feitos nos pontos sensíveis, por doutores eram

também problemáticos desde que dependem do julgamento humano. Apesar das falhas, os critérios do ACR, junto com os diagnósticos diferenciais, são ferramentas utilizadas para se identificar um quadro fibromialgico (Franco, 2001).

As causas são desconhecidas, mas segundo Yunus (2002, citado em Fernandes, 2003), parecem estar relacionadas com a desregulação de determinadas substâncias do sistema nervoso central. O stress psicológico, a patologia imunológica e endocrinológica parecem contribuir para o desenvolvimento ou manutenção desta situação clínica. Diversos estudos mostraram que os sintomas da fibromialgia devem ser decorrentes das alterações nos mecanismos de modulação da dor, onde se encontra uma diminuição dos níveis de serotonina (substância analgésica) e um aumento dos níveis de substância P (substância algógena), no sistema nervoso central, em indivíduos geneticamente predispostos, sendo assim os pacientes portadores de fibromialgia são extremamente "queixosos e doloridos". Há estudos mostrando uma diminuição da perfusão sanguínea no tálamo e núcleo caudado, importantes regiões do cérebro envolvidas com a percepção dolorosa. Também encontramos os distúrbios do sono bem como uma piora de suas queixas com o stress emocional. Pelo estado de dor crônica os pacientes tornam-se inativos e conseqüentemente descondicionados, sendo assim, o seu tratamento jamais pode ser realizado apenas com medicamentos.

Para Goldstein (1996, citado em Fernandes, 2003), a fibromialgia tem base genética e é conseqüência de alterações no sistema límbico, decorrentes de experiências traumáticas na infância, doenças e acidentes. Segundo esse autor, o sistema nervoso do sujeito com fibromialgia não consegue lidar de maneira seletiva com as informações vindas do meio-ambiente, do corpo, ou geradas pelo próprio cérebro, em decorrência de disfunções dos circuitos neurais. Bennet (1999, citado em Fernandes, 2003), afirma que: a fibromialgia seria desencadeada por estímulos aversivos externos tais como: quadros virais, traumas físicos, acidentes, esforço físico excessivo, experiências traumáticas durante a infância e doenças graves.

Knoplich (2001), fala que a justificativa mais freqüente para as dores musculares na SFM seria contrações musculares anormalmente prolongadas, que causam contração das artérias e veias que se encontram dentro do músculo e a hipóxia (falta de oxigenação no músculo), como resultado pode haver uma morte celular de algumas fibras e músculos, ou seja, uma necrose, a mesma formaria os nós ou tender points.



Esta doença atinge homens, mulheres e crianças de todas as etnias e grupos socioeconômicos em número ainda por definir, mas que se pensa ser elevado. De acordo com Franco (2001), não se pode entender e ajudar uma pessoa com fibromialgia, tanto como foco a dor é necessário entender o contexto em que a pessoa está inserida para minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

Os aspectos psicológicos envolvidos na doença são muito importantes, pois podem prejudicar o bem estar da pessoa. A relação que existe entre os aspectos psicológicos e a síndrome fibromiálgica vai desde da necessidade de assumir a enfermidade e as limitações, até seu estado de animo, passando pela capacidade de enfrentar as situações problemáticas, o manejo de situações familiares, sociais e laborais, em geral sua qualidade de vida.

Os sintomas da fibromialgia podem provocar problemas que afetam a qualidade de vida, estado de ânimo incluindo a auto-estima da pessoa. Por este motivo é importante o estudo dos aspectos psicológicos. Os problemas mais comuns associados a fibromialgia são a ansiedade e a depressão, ainda que apareçam com muita frequência não são considerados fatores determinantes da síndrome. A ansiedade é uma resposta do corpo frente a estímulos aversivos ao organismo, caracterizada por sintomas de mal estar e inquietude. Porém resposta de ansiedade pode generaliza-se a qualquer situação independente do estímulo ser ou não aversivo. A ansiedade pode agravar a condição dolorosa, já que o corpo não esta preparado para conviver ou adaptar-se a esta situação (Fernandes, 2003).

A definição de depressão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10), pela Organização Mundial de Saúde (OMS), caracteriza-se por graus variados de intensidade, nos episódios típicos, humor deprimido, perda de interesse e prazer nas atividades, energia diminuída levando a uma fadiga aumentada e atividade diminuída. Podem ocorrer também idéias suicidas.

Ambos processos depressão e ansiedade agravam os sintomas principais da fibromialgia. O que pode provocar a entrada em um círculo onde os sintomas o mal-estar vão aumentando e diminuindo a capacidade do indivíduo de enfrentar as circunstâncias que o rodeia. Dor persistente conduz ao desenvolvimento de pensamentos negativos que causam o próprio fracasso. Os pacientes podem, segundo Ackerman (1986), acreditar que porque não podem fazer tanto quanto uma pessoa "normal", são de menor valor. Eles generalizam a inabilidade em executar certas tarefas em uma inabilidade de atuação em um contexto social mais amplo.

Estilos de pensamento catastróficos evoluem e podem levar a um sentimento de invalidez e desesperança. Esses pensamentos arruínam a confiança do indivíduo e resultam em depressão, que por sua vez afeta a percepção de dor e dificulta a adesão ao tratamento (Chaitow, 2002).

A gravidade dos sintomas da fibromialgia torna esta situação clínica não só debilitante como também, freqüentemente, incapacitante, embora o doente apresente, muitas vezes, estar bem. Até à data não há análises ou testes que comprovem a existência desta doença. Individualmente, os sintomas são comuns a outras situações clínicas, mas a conjugação deles por um período de tempo prolongado numa pessoa que anteriormente não padecia deles e com uma tal gravidade que provoca alteração radical na rotina da pessoa permite que se faça o diagnóstico por exclusão.

O tratamento da fibromialgia tem por objetivo aumentar a analgesia central e periférica, melhorar os distúrbios do sono, minimizar os distúrbios de humor e assim melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados. O tratamento divide-se em farmacológico (com medicamentos) e não farmacológico. O tratamento farmacológico, quando utilizado isoladamente, não apresenta bons resultados.

Até à data não existe cura, mas a utilização de medicamentos pode aliviar alguns sintomas. As medicações mais utilizadas são: os antiinflamatórios que bloqueiam a ação de Prostaglandinas, que são substâncias que veiculam a dor e a inflamação. Na fibromialgia os antiinflamatórios são muito eficazes, porem auxiliam no controle da dor quando em associação com outros medicamentos. Atuam também em sintomas associados à fibromialgia como a tensão pré-menstrual, cefaléia e dor articular. Os antiinflamatórios apresentam efeitos colaterais possíveis, em especial quando são usados de forma contínua. Dentre esses destacam-se os efeitos gastrointestinais, a retenção hídrica, toxicidade hepática e renal, sem falar nos fenômenos alérgicos cutâneos e no risco de desencadear crise de asma. (Chaitow, 2002).

Os antidepressivos tricíclicos estão disponíveis há mais de 40 anos e constituem a primeira escolha na abordagem da fibromialgia. Trazem benefício em curto prazo, em geral nas duas primeiras semanas de tratamento. Os antidepressivos tricíclicos possuem ação analgésica indireta, promovem aumento da quantidade de neurotransmissores como serotonina, dopamina e norepinefrina. Isso resulta em aumento na quantidade de sono profundo, favorecimento da transmissão

neuronal mediada por serotonina, potencialização a ação analgésica das endorfinas e relaxamento muscular. Os antidepressivos tricíclicos e seus derivados mais utilizados no tratamento da fibromialgia são: amitriptilina, ciclobenzaprina, imipramina e nortriptilina. Dentre os efeitos colaterais destacam-se a sonolência diurna, secura da boca, embasamento da visão, obstipação, ganho de peso, retenção hídrica e palpitações que ocorrem raramente com o uso de baixas doses de antidepressivos tricíclicos. Os inibidores da recaptção da serotonina é uma outra modalidade de antidepressivo, promovem o aumento da quantidade de serotonina entre os neurônios e, com isto, reduzem a fadiga, melhoram o raciocínio e o ânimo do paciente. Podem atuar também sobre a dor, promovendo um modesto aumento nos níveis de endorfinas. A fluoxetina é a droga protótipo desse grupo. Os efeitos colaterais dos inibidores da recaptção da serotonina são agitação, sudorese, palpitação, náusea, perda da libido e ganho de peso (Chaitow, 2002).

Os benzodiazepínicos aumentam a quantidade do neurotransmissor ácido gama-amino-butírico, que promovem a inibição da transmissão de estímulos excitatórios para o cérebro. Aumentando a quantidade de serotonina, têm efeito analgésico. Assim sendo, os benzodiazepínicos atuam na fibromialgia promovendo relaxamento muscular e diminuindo os movimentos de pernas durante o sono. No entanto, quando usadas de forma contínua, essas drogas podem ter efeito prejudicial sobre o sono, uma vez que inibem a instalação do chamado sono profundo, o que agrava a queixa de sono não restaurador. Além disso, os benzodiazepínicos podem exacerbar sintomas depressivos e promover dependência. O clonazepan e o alprazolam são os benzodiazepínicos mais empregados no tratamento da fibromialgia (Chaitow, 2002).

Medicações para o sono também são utilizadas, o zolpidem tem sido recomendado na fibromialgia quando os distúrbios do sono não são controlados com o uso de antidepressivos tricíclicos. Isso porque essa droga não altera a estrutura do sono e não interage com outros medicamentos. Essa medicação não deve ser utilizada mais que três vezes por semana, pois pode acarretar distúrbios na memória (Chaitow, 2002).

Infiltração dos pontos de dor é um método que utiliza a aplicação de injeções nos pontos de dor com anestésicos tópicos ou corticosteróides é eficaz em curto prazo, porém não é aprovada por todos os especialistas em fibromialgia (Chaitow, 2002).

Os analgésicos, embora não curativos na fibromialgia, são muito úteis no seu tratamento. Muito dificilmente um remédio analgésico resolverá totalmente a dor em um paciente com fibromialgia. Porém, eles podem reduzir a dor a um ponto que permita aos pacientes realizarem suas tarefas de vida diária e, principalmente, que possam realizar atividade física aeróbica programada. É importante que o paciente entenda o analgésico como parte do tratamento, e não como o tratamento completo. Por outro lado, a subutilização de analgésicos também é freqüente. Comumente os pacientes relatam que só usam a medicação para a dor quando não agüentam mais, quando a dor está insuportável. Isto também é prejudicial, por manter o ciclo de dor- contração muscular. Se os analgésicos forem usados, devem ser utilizados de maneira contínua e em horários pré-programados. Analgésicos simples como acetaminofen (ou paracetamol) devem ser utilizados primeiro; se necessário, analgésicos de ação central como codeína ou tramadol podem ser úteis (Chaitow, 2002).

Os anticonvulsivantes são indicados nos casos mais exuberantes de fibromialgia, nos quais espasmos musculares, amortecimento, formigamento e crises agudas de dor estão presentes. Destacam-se a carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico e gabapentina (Chaitow, 2002).

O tratamento não farmacológico é obrigatório e deve se iniciar através da educação do paciente, onde deve-se frisar que a fibromialgia trata-se de uma doença real e não imaginária e que não deforma e nem aleija. De acordo com Nacional Fibromyagia Partnership - NFP (2001), o tratamento não medicamentoso é composto por uma variedade de manuais e terapias. A fisioterapia, exemplo desse tratamento, permite a reabilitação física, e deve ser administrada pelos profissionais capacitados e que sejam familiarizados com a síndrome fibromiálgica, o fisioterapeuta deve fazer um programa de tratamento que se ajuste as necessidades de cada paciente e que permita ao mesmo praticar em casa o plano elaborado pelo profissional. Exercícios de alongamento são realizados por fisioterapeutas, eles fazem um alongamento suave com o paciente, de modo a ensinar o mesmo a realizar este alongamento em casa. Os alongamentos são importantes porque ajudam aliviar a tensão e os espasmos musculares. Nos pontos difíceis mais doloridos, é usada a técnica "borrifar e esticar" em qual se borrifam os músculos doloridos com um resfriador, diminuindo a dor enquanto se esticam. O importante é

que estes tratamentos têm por finalidade a melhora na qualidade de vida. Segue abaixo algumas técnicas não-farmacológicas citadas pela NFP.

As massagens são úteis para acalmar e aumentar a circulação do sangue nos músculos tensos e dolorosos. Também pode ajudar eliminar as acumulações tóxicas como o ácido lácteo e devolver a ordem dos músculos e as articulações que estão desordenadas.

O lightening é uma técnica de alívio miofacial, desenvolvida pelo terapeuta físico John Barnes, consiste em uma massagem muito suave no rosto com o objetivo de diminuir o estresse dos tecidos conectivos faciais. Quando praticada corretamente, freqüentemente diminui a tensão que exerce os tecidos conectivos nos ossos, permitindo o relaxamento e o alongamento das fibras e dos músculos faciais.

Terapia dos pontos desencadeantes é uma técnica terapêutica projetada para desativar os pontos desencadeadores de dor, associada à síndrome miofacial. Geralmente, o terapeuta aplica a pressão constante sobre os pontos na tentativa de desativar tais pontos.

Quiropráxia - esta prática considera que o sistema nervoso através do cérebro, medula espinhal e nervos que estão conectados a todas as partes do corpo, que são responsáveis por todas as funções do corpo, tenta corrigir o desajustamento das vértebras, "destravando" os nervos e permitindo que o corpo se cure naturalmente.

Exercícios Aeróbicos de baixo impacto são muito importantes para evitarem a atrofia muscular, para fomentar a circulação do sangue que contém o oxigênio e outros nutrientes aos músculos e aos tecidos conectivos e para aumentar a força e o vigor. A regra para os pacientes com fibromialgia é começar de modo cauteloso os exercícios e aumentar gradativamente a intensidade. A maioria dos profissionais de saúde sugere que o paciente procure uma forma de exercício que lhe satisfaça de modo que continue praticando de forma regular. Exercícios físicos regulares melhoram o tônus muscular, a sensação de dor e os distúrbios do sono. Isso porque várias substâncias são liberadas durante exercícios de baixo impacto, alongamento e fortalecimento muscular, em especial endorfinas (analgésicas). Visto que diversas formas de manipulação descritas previamente podem ajudar à diminuir a dor e relaxar os músculos dos pacientes, o treinamento postural é utilizado para corrigir os

hábitos prejudiciais que aumentam a dor e que são acumulados durante toda vida, e para ajustar os músculos e as junções que saíram da ordem.

Os sintomas relacionados a fibromialgia são muito estressantes para o corpo. As investigações mais recentes revelam que fisiologicamente, os pacientes com SFM simplesmente não respondem adequadamente a situações estressantes. Por essa razão, programas que trabalhem a assertividade do sujeito são recomendados. Entre eles são usados o biofeedback, a meditação, os exercícios respiratórios, yoga e relaxamento progressivo.

A fim de resistir ao estresse, eliminar toxinas do corpo e recuperar os nutrientes que não foram absorvidos ou que não foram usados pelo corpo, o paciente com SFM deve ser acompanhado por um nutricionista. É necessário incluir na dieta dos pacientes suplementos e vitamina para combater e apoiar o sistema imunológico. Especialistas na nutrição insistem que os pacientes com fibromialgia devem limitar o consumo do açúcar, da cafeína e do álcool, pois estas substâncias prejudicam o sistema músculo-esquelético e são estressantes ao sistema imunológico.

A acupuntura estimula a liberação de endorfinas e diminui a sensação de dor na fibromialgia. É um tratamento que envolve a inserção de agulhas muito pequenas em pontos anatômicos específicos, identificado como condutores da energia.

O paciente com dor crônica esquiva-se de suas funções habituais no trabalho, na família, na sociedade e até das atividades prazerosas. Quem é acometido por dor crônica, na maioria das vezes, faz com que a maior parte da vida gire em torno da dor e das restrições subseqüentes. O objetivo da terapia comportamental no tratamento da dor crônica seria o desenvolvimento de estratégias que melhorem o manejo da dor, estimulem atitudes saudáveis, aumentem a auto-estima e auxiliem o controle da dor (Junior, 2000). A terapia comportamental associa conceitos como condicionamento clássico e condicionamento operante, aprendizagem social e dessensibilização sistemática de modo a aumentar a qualidade de vida do sujeito (Beck, 1970, citado em Fernandes, 2003).

Na abordagem comportamental do controle da dor crônica, são enfatizados padrões mutáveis de reforço social dependente do comportamento relacionado à dor. Neste caso a dor seria classificada como um comportamento operante, influenciado por ganho secundários, ou respondente induzido por um estímulo físico nocivo. Esse processo de ganho secundário, ou seja, de reforçamento positivo para

comportamentos de dor deve ser revertido para reforçamento de comportamentos de não dor.

Além de observar os ganhos secundários o terapeuta comportamental deve atentar-se para outras variáveis que podem interferir no tratamento da fibromialgia, tais como: efeitos colaterais das medicações ou excesso de medicamento, falta de habilidade social ou ocupacional, dificuldades financeiras e desligamento das atividades pessoais e sócias. A formulação de um construto do comportamento da dor é fundamental para o tratamento, essas formulações ajudam a identificar quais as variáveis que influenciam comportamentos dolorosos. Esse construto, criado pelo terapeuta, permite ao paciente questionar, reavaliar e adquirir autocontrole sobre seus pensamentos, sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas desadaptativos (Bagé, 2001).

Keefe (1996, citado em Fernandes, 2003), descreve três componentes básicos da terapia cognito-comportamental dirigida ao tratamento da dor crônica: 1º - entender como os pensamentos e comportamentos afetam e eliciam a dor, identificar o papel que eles podem exercer no seu controle; 2º - treinar estratégias de enfrentamento, tais como relaxamento e meditação, com o objetivo de distrair a dor, diminuir a tensão muscular, reduzir o estresse emocional e treinar estratégias de resolução de problemas, como por exemplo, a análise crítica de pensamentos negativos e planejar o aumento gradual das atividades; 3º - aplicar as estratégias de enfrentamento aprendidas, nesta fase o paciente é estimulado a treinar, nas variadas situações do dia-a-dia, as estratégias de resolução de problemas aprendidas. Turk (1983, citado em Fernandes, 2003), além dos passos acima citados, fala da importância do controle do estresse, restabelecimento da comunicação, da empatia e da afetividade no ambiente familiar e social. Muitas teorias de família têm sido aplicadas para se entender as questões de saúde e doença. Os autores que adotam a perspectiva comportamental têm analisado as contingências de reforçamento envolvidas principalmente nas relações entre cônjuges/companheiros, entre pais e filhos, entre irmãos e entre cuidador e paciente. Várias áreas da psicologia tentam entender como a doença afeta a família, analisando as reações dos familiares ao adoecimento de seus membros e como a família contribui para a etiologia, o cuidado e o tratamento de várias doenças. O capítulo a seguir falará como algumas variáveis familiares podem influenciar no tratamento da fibromialgia ou o surgimento da mesma.

## Capítulo II – Fibromialgia e relações familiares

Na idade média, a família era responsável pela transmissão de bens e nomes, não tinha uma função afetiva. A partir do século XVIII a família começa a distanciar-se da sociedade, valorizar a intimidade da vida privada e ter necessidades de uma identidade, passando a se unir pelo sentimento. A instituição família passa a ser responsável pela transmissão de valores e conhecimentos. Atualmente a família é caracterizada por um grupo de pessoas que compartilham circunstâncias históricas, culturais, sócias, econômicas e afetivas. A família ocupa lugar intermediário entre o indivíduo e a sociedade da qual ele faz parte, porém possuindo intimidade, organização e dinâmica própria (Scodelario, 2002). Alguns aspectos da experiência de vida são mais individuais que sociais, outros mais sociais que individuais, porém a vida é uma experiência compartilhada e compartilhável (Ackerman, 1986).

A família constitui um sistema delimitado por fatores como: consangüinidade e afinidade, ela determina papéis e, por isto mesmo, gera seus próprios anti-sistemas, que são constituídos por estímulos internos e externos, os quais tendem a modificá-lo ou destruí-lo. Os estímulos internos são inerentes ao desenvolvimento social e intelectual dos atores; e os externos são caracterizados pela evolução da sociedade em que está inserido o grupo familiar. Na medida em que os envolvidos crescem e interagem socialmente com outros grupos ou culturas familiares, se modificam, alteram suas concepções de certo e errado, evoluem, miscigenam seus costumes e, por lógica, conflitam com os paradigmas de seu grupo familiar originário. Estes conflitos, gerados pelos paradigmas apreendidos na interação social extra-grupo e intra-grupo, geram estímulos de ação e reação, os quais tendem a fomentar os antagonismos relacionais familiares, os quais podem se manifestar no relacionamento de progenitores com prole; entre cônjuges; e núcleo familiar (pais e filhos) com grande grupo familiar (conjunto de grupos familiares ligados entre si por laços de consangüinidade e afinidade) (Ackerman, 1986).

Em seu livro, Ackerman (1986), relata que para falar de diagnóstico e tratamento familiar é necessário construir um arcabouço teórico, onde se possa então elaborar hipóteses sobre a dinâmica familiar. São relevantes para o levantamento de dados a autonomia do indivíduo; sua integração emocional no grupo familiar, o ajustamento ou falta de ajustamento do indivíduo aos papéis



familiares e extrafamiliares; como comportamentos dos membros da família podem apoiar ou ameaçar o indivíduo.

De acordo com Ackerman (1986), a identidade psicológica de um indivíduo ou de um grupo familiar refere-se à direção, enquanto estabilidade, organização e expressão do comportamento em ação. No contexto de relação familiar, identidade psicológica refere-se aos elementos da identidade psíquica harmonizada, as lutas, valores, expectativas, ações, medos e problemas de adaptação, compartilhados ou influenciados pelos membros da família. A identidade psicológica é um aspecto da vida familiar que determina regras e padrões familiares como: linhas de autoridade, diferenças sexuais etc. E determina também o equilíbrio entre diferenças e semelhanças entre o indivíduo e a família. Em grupos familiares cujo equilíbrio entre a identidade psicológica familiar e individual não ocorram pode prejudicar a formação da identidade individual.

A identidade psicológica e estabilidade do comportamento devem ser consideradas juntas, essa estabilidade é produto de processos complexos e interdependentes, os mais importantes seriam a permanência da identidade ao longo do tempo, controle de conflitos, capacidade de mudar, aprender desempenhar novos papéis na vida e conseguir se desenvolver a partir destes processos, a identidade e estabilidade, que se expressam em ação. Na adaptação familiar e individual a adaptação bem sucedida é fundamental para a saúde emocional, enquanto a desadaptação leva ao colapso e a doença (Ackerman, 1986).

A estabilidade agrupa a capacidade de manter a igualdade ou continuidade de uma pessoa ou de um grupo de pessoas através do tempo, sob a influência de contextos variados, assegurando a integridade e totalidade do comportamento pessoal perante o perigo de novas experiências caracterizando assim o equilíbrio. O mesmo é mantido através do funcionamento conjunto da percepção, memória, associação, julgamento, controle da emoção e ansiedade. A interação dos membros da família em seus respectivos papéis familiares determina a qualidade da estabilidade das relações familiares, afeta a capacidade de competir com o conflito familiar e restaura o equilíbrio após um estresse emocional. A adaptação efetiva exige equilíbrio entre a necessidade de proteger a igualdade, a continuidade e a necessidade de acomodar-se à mudança. O conflito diz respeito às relações do indivíduo com família, a falha em solucionar o conflito gera o colapso adaptativo e a doença. Ao verificar o significado do conflito do indivíduo e dos membros da família,

pode se descobrir às relações entre colapsos adaptativos e doença em um sujeito e distúrbios nas relações familiares (Ackerman, 1986). A fibromialgia pode ser resultado de um colapso adaptativo, caso ela tenha surgido por uma falha do sujeito em solucionar o conflito familiar. Neste caso verificando a relação familiar, o psicólogo saberia como a doença estaria sendo Influenciada por um desarranjo familiar.

O conflito nas relações familiares pode ajudar ou prejudicar o sujeito. O conflito pode proporcionar o crescimento, prejudicar o equilíbrio emocional das relações familiares e a adaptação individual. No caso de pacientes com fibromialgia, em que mudanças e adaptações constantes são necessárias é essencial que os conflitos sejam trabalhados de modo a proporcionar ao paciente um crescimento. De acordo com Scodelario (2002), no processo de elaboração da rede das relações familiares deve-se desenvolver experiências reforçadoras que proporcionam maior integração entre seus membros, de modo a evitar experiências punitivas que seguiria por uma desintegração familiar ou até a inclusão da violência na dinâmica familiar.

A permanente necessidade de fixar a identidade pessoal e de integrar as necessidades pessoais ao contexto da vida social e a tensão de equilibrar papéis familiares com papéis extrafamiliares é um elemento importante no surgimento de doenças (Ackerman,1986). Essa afirmação pode sugerir que a fibromialgia pode ser o resultado de uma eterna tensão em equilibrar as necessidades pessoais ao contexto social.

Malebi (1999) faz referência à alguns estudos que mostram como variáveis familiares podem influenciar o curso da doença. Goldberg, Kerns e Rosenberg (1993, citados em Malebi, 1999) verificaram que o apoio do cônjuge é capaz de impedir o desenvolvimento de depressão em pacientes com dor crônica. Sander, Shpherd, Cleghorn e Wooford (1994, citado em Malebi, 1999) disseram haver evidências de que o estilo de interação da família pode influenciar a frequência das queixas de dor e de intensidade a dor em pacientes adultos com dor crônica, com artrite reumatóide e fibromialgia.

De acordo com Rolland (1995), quando se fala em fibromialgia é fundamental observar o sistema criado pela interação da doença com um indivíduo, uma família ou algum outro sistema biopsicossocial. E para analisar o relacionamento entre a dinâmica familiar ou individual com a doença crônica é necessária criar uma tipologia

da mesma, com o objetivo de facilitar a criação de categoria entre várias doenças crônicas. Esta tipologia conceitualiza diferenças de início; curso; conseqüências e grau de incapacitação da enfermidade.

Rolland (1995), classifica o início das doenças em agudo e gradual. As doenças com início agudo são caracterizadas pela apresentação clínica súbita. As doenças com início gradual, como é o caso da fibromialgia, sua apresentação é progressivo. Em ambas ocorrem reajustamento na estrutura papéis e solução de problemas, e manejo afetivo da família, porém nas doenças agudas as mudanças afetivas e instrumentais possuem duração de tempo menor do que a gradual. A fibromialgia exige da família um período de ajustamento prolongado e caso a família e o indivíduo não estejam preparados para estas mudanças o tratamento pode ficar comprometido ou aumentar o conflito familiar.

Uma doença crônica, como a fibromialgia, muda vários aspectos da vida pessoal e familiar da pessoa acometida pela mesma. A família tem papel fundamental na mudança, pois ao mostrar capacidade de adaptação e mudança, o doente terá mais possibilidades de se adaptar e aprender a viver com a doença. Os membros da família podem juntos auxiliar o tratamento ou podem destruir o mesmo, por exemplo, isolando o doente ou desencorajando-o (Oliveira, 2005).

O curso das doenças crônicas é dividido em três formas diferentes: progressiva, constante ou recorrente. Doença de curso constante ocorre um evento inicial depois o curso biológico se estabiliza. Neste caso a família e o indivíduo se defrontam com mudanças estáveis e previsíveis durante um considerável período de tempo. Ocorre a exaustão familiar sem a tensão de novas demandas de papel ao longo do tempo. A doença recorrente, por ser episódica, exige da família uma estruturação para lidar com períodos de crise. As doenças de curso progressivo seriam doenças sintomáticas com progressiva severidade, como a fibromialgia, a família e o indivíduo se defrontam com efeitos de um membro da família apresentando constantemente a sintomatologia, e diminuindo a capacidade de modo gradual ou progressivo. Os períodos de alívio em relação às demandas são mínimos, isto significa para a família uma continua adaptação e mudança de papel. Uma tensão crescente nos familiares é provocada tanto pelos riscos de exaustão quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Isto exige da família flexibilidade nas reorganizações interna de papéis e a disposição para utilizar recursos externos, como a terapia (Rolland, 1995).

As conseqüências da doença crônica, de acordo com Rolland (1995), são morte ou encurtamento da vida. No caso da fibromialgia estas conseqüências não são observadas, porém o fato dos sintomas da fibromialgia serem constantes e de não ter cura, pode gerar preocupações em relação à morte tanto na família quando no indivíduo. Este tipo de desinformação pode dificultar o tratamento, pois a família ao invés de estimular a melhora do paciente eles reforçariam comportamento que mantivessem o doente na mesma posição dentro da família, e o próprio doente por receber gratificações, como carinho e atenção, pode se desestimular em relação a sua melhora.

De acordo com Malebi (1999), entre as diversas contingências de reforçamento envolvidas na relação família e saúde/doença, destacam-se: o ambiente familiar fornecendo estímulos discriminativos para comportamentos de risco; a família buscando informações sobre a doença, que poderão funcionar como estímulo discriminativo para respostas apropriadas ao tratamento; a família fornecendo instruções para mudar hábitos inadequados do indivíduo doente ou de outros membros familiares; família fornecendo reforçamento social para comportamentos de adesão ao tratamento e a família determinando à aquisição e a manutenção de comportamentos que tornam o indivíduo incapaz. A função do estímulo doença estabelecida pela família pode ser classificada da seguinte maneira: a) um estímulo aversivo para o qual o paciente responderá fugindo ou se esquivando, b) um estímulo neutro que não controlará as respostas do paciente ou c) um problema que poderá ser solucionado se o paciente apresentar as respostas apropriadas (estratégias de enfrentamento).

A incapacitação pode resultar em prejuízos da cognição, sensação, movimento, produção de energia, e desconfiguramento ou outras causas médicas de estigma social. A fibromialgia diminui a capacidade corporal de produzir esforços motores, sensoriais, cognitivos, e a capacidade de interagir socialmente. Os diferentes tipos de incapacitação implicam diferenças nos ajustamentos específicos necessários numa família. Algumas doenças crônicas provocam uma incapacitação moderada, outras intermitentes ou nenhuma incapacitação, a incapacitação do doente e da família esta relacionada com o papel pré-enfermidade do membro doente e com o grau de estresse para a família em relação às novas mudanças.

Malebi (1999) fala de sete categorias para classificação de padrões de funcionamento familiar. Primeiro a coesão que seriam os comportamentos que unem

os membros familiares em atividades conjuntas ou os separam. Essa categoria esta relacionada com a localização da fonte de reforço. A família amalgamada à fonte de reforço estaria no interior da família, o oposto da família amalgamada, seria a família que tem a fonte de reforço fora da mesma, esta incentiva a independência e a autonomia dos membros da família. As famílias mistas alternariam ambos os estilos dependendo das circunstâncias; a segunda categoria, flexibilidade e adaptabilidade, referem-se a alterações de padrões de comportamento quando ocorrem mudanças no ambiente com o estabelecimento de novas regras. Olson e *co/s* (1985, citado em Malebi, 1999), descreveram três os tipos de famílias de acordo com o grau de flexibilidade. As famílias rígidas seguem sempre as mesmas regras de funcionamento independente das mudanças no ambiente; as famílias caóticas nunca seguem regras de funcionamento. As famílias flexíveis e estruturadas seguem as regras, porém se houver mudanças elas conseguem mudar as regras de modo a adapta-se melhor ao novo contexto. A terceira categoria, enfrentamento do estresse, refere-se a identificação das situações adversas que constituem o evento estressor, a avaliação que a família faz dos seus recursos para lidar com o evento e as estratégias de enfrentamento para essas situações. As estratégias de ajustamento às situações adversas associadas à ocorrência de uma doença referem-se aos comportamentos apresentados pelos membros familiares para a solução dos problemas oriundos das doenças ou para promover uma adaptação aos problemas insolúveis; A quarta categoria, padrões de comunicação, diz respeito aos episódios verbais entre os membros da família, constituído por um orador e um ouvinte, nos quais há trocas de informações, explicação de regras de funcionamento familiar, relato de estados emocionais evidentes e/ou encobertos, demonstração de afeto etc. A terapia visa alterar os padrões de comunicação avaliados como inapropriados. A quinta categoria, apoio familiar, refere-se a qualidade das relações familiares . Há forte evidência de que o apoio familiar influencia a morbidade, a mortalidade e o curso da maioria das doenças crônicas. A sexta categoria, conflitos familiares, refere-se à tensão nas relações familiares, que é mediada pela freqüência de ocorrência. A sétima categoria, emoções expressas, é usada para designar os comportamentos verbais que envolvem a liberação de estímulos aversivos, como por exemplo comentários críticos e hostis. Tendo como base a análise destas sete categorias o psicólogo terá uma ferramenta muito útil no e na intervenção com a família de pacientes fibromialgicos.

De acordo com Ackerman (1986), as doenças seriam um controle homeostático das relações do indivíduo com o meio externo. O desenvolvimento superior do córtex no ser humano lhe proporcionou o poder de introspecção e a capacidade de prever futuros problemas de adaptação, e examinar quais as possíveis respostas à experiência, e portanto, exercer através da razão algum grau de discriminação e escolha quanto à forma preferida de adaptação social.

Para Ackerman, (1986), não existe estabilidade quando se fala em saúde familiar, às famílias podem ser predominantemente saudáveis ou doentes, ou seja, pode se observar componentes de funcionamento familiar que são saudáveis e outros prejudiciais.

Falhas na adaptação familiar podem ser classificadas por sua profundidade e nocividade. De acordo com o modo de lidar com problemas familiares, a família pode alcançar soluções realísticas para seus problemas de modo a conter ou controlar os efeitos do problema enquanto elabora uma solução e também pode ser incapaz de encontrar soluções ou conter os efeitos destrutivos do conflito, neste caso os membros da família podem responder ao conflito com comportamentos impulsivos, inadequadamente destrutivos e prejudiciais, como o de depositar toda a tensão familiar em um ou mais membros da família. A fibromialgia pode se manifestar no indivíduo devido às tensões familiares depositadas nele, e enquanto não se dissolve esta tensão, o paciente pode continuar apresentando os sintomas da doença ou até intensificar os mesmos (Ackerman, 1986).

Independente do nível social e econômico observa-se que a vida familiar age como um tipo de corrente transmissora de conflito e ansiedade patogênicos. A família torna-se fonte de transmissão emocional doentia. A ligação de identidade individual e familiar é fundamental e difusa, tornando-se impossível o indivíduo separa-se dessa transmissão (Ackerman, 1986).

Os efeitos da ansiedade, estresse e conflito familiar são destrutivos, e podem ser sentidos por vários membros da família, passando de um membro ao outro. Porém um membro da família pode atingir uma imunidade parcial através da vitimização de um ou mais membros da família. Existem várias famílias nas quais a doença psiquiátrica de um membro representa um resultado sintomático da necessidade de diversos membros da família, para se proteger a família sacrifica um membro ou vários, às vezes, a família é quase totalmente sucumbida, todos os membros demonstram uma desestruturação emocional porém de formas diferentes,

visto que é a história familiar. Influência no tipo de vulnerabilidade do sujeito (Ackerman, 1986). Existe uma relação cíclica entre os sintomas da fibromialgia e a ansiedade, o estresse e os conflitos familiares, pois os mesmos podem ser causas do surgimento da fibromialgia, e também responsável pela intensificação dos sintomas.

A alienação emocional, isolamento de membros da família, construção de barreiras, críticas à comunicação, o surgimento de facções e divisões familiares são evidências de conflitos e hostilidades que desintegram a unidade familiar. Essas tendências desmoralizam os membros da família. Todas as tendências acima listadas são freqüentes em pessoas com fibromialgia, o psicólogo deve intervir de modo a desconstruir este tipo de relação entre o sujeito e sua família, para não prejudicar o tratamento do paciente (Ackerman, 1986).

A família como um grupo desenvolve um padrão principal: membros individuais ou grupos familiares podem emitir esse padrão, inventar padrões opostos ou representar padrões secundários, e as tensões situadas nas relações conjugais, ou nas relações entre pais e filhos ou entre outros podem ser oriundas de necessidades pessoais que não são compartilhadas pelo grupo. O estresse e os conflitos gerados por estas tensões podem influenciar o quadro de fibromialgia gerando a dor ou intensificando a mesma. Por isso o psicólogo deve estar atento aos padrões de comportamentos familiares para entender como o comportamento familiar está interferindo nos comportamentos de doença e saúde (Ackerman, 1986).

Graus de sucessos ou falhas de adaptação nos papéis familiares relacionam-se diretamente com o “estar bem”. O primeiro sintoma de desadaptação é expresso em um contexto, se com o passar do tempo, o conflito e a ansiedade excedem os recursos integrativos que o indivíduo mobiliza dentro da família, os processos de desorganização e incapacidade espalham-se para outros contextos, neste caso o colapso é oriundo da falta de apoio do grupo familiar. O indivíduo com fibromialgia se depara sempre com novas situações que podem gerar estresse e ansiedade, por isso ele necessita de apoio intrafamiliar para ajudá-lo a se adaptar às novas situações advindas da síndrome Fibromialgia (Ackerman, 1986).

Alguns pacientes com fibromialgia podem ser visto como indivíduos aflitos e com uma expressão sintomática da patologia, porém às vezes esta síndrome só é um indicativo de distúrbio familiar, pois a relação familiar é de grande importância na manutenção ou precipitação da doença. O terapeuta deve tomar como ponto de

partida o sintoma apresentado pelo indivíduo; e posteriormente se deslocar para o padrão de conflito no qual esse paciente está envolvido dentro do contexto familiar; procurando tornar claro o grau de envolvimento do conflito familiar com a doença, no caso a fibromialgia (Ackerman, 1986).

A família encontra-se em constante mutação, porque, sendo um organismo "vivo", constituído por seres humanos, os quais interagem e projetam-se no grupo, provocando conflitos, de forma latente ou manifesta, gerando a transformação factual no seio familiar, levando a mesma a evolução, mudança ou desintegração. Existem duas formas de conflito, a forma latente do conflito é a que se manifesta condicionando comportamentos, sem que seja, manifestada conscientemente, já a forma manifesta do conflito se caracteriza pela motivação assumida e orientadora da ação dos indivíduos do grupo. Pode ser percebida no choque de posições antagônicas assumidas pelos cônjuges durante a vida em comum, explicitadas em comportamentos de ação e reação, discussões e desentendimentos de substância, podendo ou não resultar em agressões verbais e, em casos extremos físicas (Ackerman, 1986).

Estes conflitos existentes nos grupos familiares não, necessariamente, são desprovidos de vantagens. São eles que proporcionam a mudança, evolução de costumes, crescimento individual, provocam a atualização de paradigmas e acionam o sentimento de necessidade de equilíbrio e unidade conjugal, desta maneira, possibilitando a aproximação emotiva dos indivíduos que fazem parte do grupo. Mas, é necessário que se diga, este conflito, para poder proporcionar vantagens ao grupo familiar, tem que ser trabalhado de maneira adequada pelos atores que dele fazem parte, para isto, a comunicação é imprescindível, não a comunicação linear, na qual um discursa e o outro escuta, mas aquela caracterizada pela circularidade de mensagens, provocando a compreensão substancial do que é externado e o confronto interno com os paradigmas individuais a fim de buscar-se o consenso. Sem que haja comunicação, os conflitos familiares geram, indubitavelmente, a desintegração da família. Essa, por óbvio, não é automática, mas sim gradual, desune os indivíduos ao longo do tempo, como por exemplo, a medida em que se adiciona mais uma gota d'água ao copo ele enche até um dia transbordar (Ackerman, 1986).

Os prejuízos psicológicos causados aos indivíduos do grupo serão eternos, determinarão suas motivações dali por diante. Daí a importância do adequado



manejo do conflito familiar. A terapia irá oferecer orientação e assistência psicológica para indivíduos e seus familiares que estejam envolvidos com questões de ordem médica. As intervenções psicológicas podem ocorrer em qualquer estágio do tratamento, e aplicam-se nas diferentes áreas da medicina (Ackerman, 1986).

A eclosão de uma doença pode promover o desequilíbrio psicológico temporário tanto do paciente como de seu núcleo familiar. Estas respostas emocionais encontram-se relacionadas com a estrutura psicológica de cada paciente e aos medos fundamentais de todo o ser humano. O confronto com a situação de crise pode gerar importantes repercussões psicológicas, que podem afetar a recuperação física do paciente ou até constituírem núcleos de conflitos futuros. Cabe ao psicólogo a avaliação do perfil psicológico do paciente e auxílio no manejo dos conflitos atuais. Quando um dos membros de uma família fica doente, o equilíbrio de todo o sistema familiar é afetado. As doenças favorecem a desestruturação temporária da família e a eclosão de conflitos que permaneciam latentes. A assistência psicológica à família promove a diminuição do estresse gerado pelo adoecimento do paciente, favorecendo os vínculos paciente/família e família/equipe de saúde neste momento de crise (Ackerman, 1986).

O terapeuta deve desenvolver com a família um trabalho de adaptação à doença. Ajudando a família compreender e respeitar a dor, a incapacidade e os outros sintomas oriundos da fibromialgia e dando informações acerca das características, prognósticos e tratamento da mesma, para que o paciente e familiares atribuam um significado à doença que lhes permitam ter certa sensação de controle e competência para lidar com a mesma. Devido à alternância na intensidade dos sintomas é necessário adaptar a família para o enfrentamento de situações de crise de modo a proporcionar mobilização de recursos físicos e emocionais. Ao longo dos anos, a família passa por diversas transformações decorrente de novas situações, por isso deve se criar “um lugar” para a fibromialgia na família, de modo a manter uma certa regularidade no funcionamento familiar e minimizar a invasão da fibromialgia na vida privada e familiar. Por diversas razões a família e o doente fibromiálgico tente a se isolar, porém a família e doente, mais que nunca, necessitam de apoio emocional, informativo ou material que possam ampliar a sua rede de apoio social (Oliveira, 2005).

A coerção é um modo de controle que utiliza o reforçamento negativo e punição, porém este tipo de método de aprendizagem pode gerar subprodutos como

a violência, agressão, depressão, inflexibilidade emocional e intelectual, doenças e etc (Sidman, 2003).

O controle aversivo é freqüentemente citado como determinante importante da infelicidade familiar. Nas famílias disfuncionais os membros familiares reagem aos problemas de relacionamento com tentativas de controle aversivo. Raramente, estes membros pensam em construir alternativas positivas, assim como, resultado os membros familiares passam a ter um sentimento cada vez mais negativo em relação aos outros membros. A maior parte das análises comportamentais apontam para ausência de reforço para os esforços de adaptação nas famílias desajustadas, os membros da família são freqüentemente estimulados na manutenção de comportamentos inadequados. Os terapeutas comportamentais acreditam que, como o comportamento anormal é aprendido e mantido pelos mesmos processos que um comportamento normal, ele pode, portanto, ser tratado diretamente, sem referência às causas subjacentes.

A coerção familiar às vezes pode ser considerada como um modo padrão para fazer com que um ou mais membros da família obedeçam às regras estabelecidas pela mesma. Segundo Sidman (2003), muitos padrões de comportamento surgem da necessidade de nos protegermos contra a ansiedade que a coerção provoca. A maioria das pessoas consegue se adaptar moderadamente de forma efetiva à coerção, por meio de fuga ou esquiva, porém estes dois comportamentos podem influenciar tanto uma pessoa de modo a interferir no funcionamento cotidiano. A coerção, que toma tempo e atenção incomuns, e que amigos, familiares e sociedade vêem com alarme, não adaptativo. Mesmo uma esquiva bem sucedida pode levar a custos pessoais e sociais tão severos a ponto de deixar uma pessoa doente.

O estudo da violência em suas causas, conseqüências, objetivos, justificativas, ganhou atualidade, parecendo depender desta compreensão a possibilidade de sobrevivência da humanidade e a construção de alternativas para um futuro melhor. O relatório da Escola de Saúde Pública da Universidade John Hopkins e o Relatório das Nações Unidas reportam que a violência contra a mulher ou abuso durante a infância estão ligadas ao surgimento de síndromes dolorosas crônicas, entre elas a fibromialgia (Scodelario, 2002).

Pode-se pensar na violência intrafamiliar como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao

pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra. Portanto, quando se fala de violência intrafamiliar deve-se considerar qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um de seus membros. Deve-se ainda ressaltar que o conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua (Scodelario, 2002).

Goldberg (1999, citado em Scodelario, 2002), investigando a relação entre três tipos de dores: crônica, miofaciais e fibromialgia com eventos traumáticos na infância, tais como abuso físico e alcoolismo, encontrou os seguintes resultados 48% dos doentes com dor crônica relataram história de abuso, dentre os quais 64,7% eram doentes de fibromialgia. De todos os doentes, 38% relataram alcoolismo na família. Estudos realizados por Imbierowicz (2003, citado em Scodelario, 2002), mostraram que doentes de fibromialgia, além de maus tratos, relatam ausência de relações afetivas e demonstração físicas de carinho com os pais, separação dos pais e dificuldades financeiras da família.

A função do profissional psicólogo consiste em interpretar a comunicação que ocorre na dinâmica familiar e pessoal. Destacando e analisando os aspectos psicológicos das pessoas envolvidas, que digam respeito a questões afetivo-comportamentais da dinâmica familiar, ocultas por trás das relações processuais, e que garantam os direitos e o bem-estar de cada membro da família (Scodelario, 2002).

Pensando a família de pacientes com fibromialgia, como doente, sustento a idéia de que famílias que maltratam têm como característica básica o sofrimento psíquico, ou ainda são portadoras de transtornos mentais, o que evidencia a necessidade de auxílio, independente da decisão que vai ser tomada posteriormente. Talvez a única alternativa em algumas situações seja o afastamento, mas nunca sem antes usar de todos os recursos possíveis para a reestruturação familiar (Scodelario, 2002).

Para enfrentar a violência doméstica são necessárias, além de medidas que cessem a violência, ações que estejam voltadas para a prevenção, e, ainda, medidas de apoio que permitam, por um lado, à vítima e à sua família ter assistência social, psicológica e jurídica necessárias à recomposição após a violência sofrida e,

por outro lado, que proporcionem a possibilidade de reabilitação dos agressores (Scodelario, 2002).

A violência, produto da cultura que explode em relações interpessoais, deve ser vista de modo mais abrangente. Compete ao psicólogo conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores que levem a causa da violência, para facilitar a definição de ações a serem desenvolvidas, com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar, visando à adoção das medidas adequadas às diversas situações de violência intrafamiliar (Scodelario, 2002).

A codependência afetiva se refere ao fato de uma pessoa ser dependente de algo que outra é. Então, por exemplo, se você tem um parente alcoólico, ser uma pessoa codependente afetivamente não significa que você também é dependente do álcool, isto porque o termo codependente afetivo ou codependência afetiva significa um tipo de comportamento que é muito igual ao de uma pessoa que convive de perto e interage com um alcoólico. A pessoa codependente afetivamente vive a vida do outro mais que a sua, vive querendo agradar os outros, salvar os outros, anulando a si mesmo, tendo dificuldade de colocar limites, de defender seus direitos. Melody (1997) define a codependência como ilusão de controlar nossos sentimentos interiores, tentando controlar pessoas, comportamentos e coisas, e codependente como uma pessoa que tem deixado o comportamento de outra pessoa afetá-la e é obcecada em controlar o comportamento dessa pessoa. Melody fala que a droga do alcoólico é o álcool, e a droga do familiar dele é o controle e a obsessão pelo outro. Isto é codependência afetiva.

As características de uma pessoa codependente afetivamente são: o mais básico é querer controlar a vida do outro, anular-se como individualidade, julgar ser a única solução para o problema da outra pessoa, necessidade de ser "necessário", espera que o tempo resolva tudo, só reage, geralmente não age em seu próprio benefício, depende muito de manifestação de afeto dos outros, manipula muito, sempre tenta justificar ou desculpar o comportamento do outro, pensamento obsessivo (só pensa no outro), geralmente crê que amar é sofrer, etc. Como se pode observar, quase tudo isto é encontrado no familiar do alcoólico, mas não somente nesta condição familiar. A codependência pode ser um fator desencadeante da fibromialgia, visto que, freqüentemente portadores de fibromialgia relatam casos de alcoolismo na família, o indivíduo codependente vive sempre na tensão de ser aceita pelo outro ou de viver a vida do outro (Melody, 1997).

O terapeuta em casos de pacientes fibromiálgicos com histórias de alcoolismo no contexto familiar deve ajudar o paciente: aceitar-se, desenvolver estratégias de mudança de modo a melhorar sua própria vida, conhecer-se de modo a tornar-se honesto consigo mesmo e com as pessoas, aprender a ter controle sobre suas emoções, fazer novas escolhas, caminhar para o desligamento emocional, assumir a história da sua vida. Segundo Martinez (1998), o paciente crônico convive com a síndrome fibromiálgica para o resto de sua existência, por isso, o paciente deve fazer adaptações da vida em vários setores. A codependência do outro dificultaria o processo terapêutico, pois o paciente não conseguiria assumir a sua nova condição de vida, ele usaria estratégias para continuar na mesma condição buscando aceitação e diminuição das diferenças e limitações causadas pela síndrome.

A participação da família no atendimento de pessoas com fibromialgia é desejável e necessário, seja para prevenir ou para administrar conflitos familiares. O enfrentamento ou mesmo a superação do problema apresentado pelo cliente depende diretamente desta participação, que poderá beneficiar a todos os membros da família. O terapeuta molda o tratamento para que ele se adapte a cada família; o objetivo é eliminar o comportamento indesejável ou aumentar o comportamento positivo definido pela família. Às vezes pode ser necessário redefinir o objetivo da família na redução do comportamento negativo em termos do aumento do comportamento positivo e incompatível. Mas essas mudanças são essencialmente estratégias para resolver o problema atual e não estão relacionadas ao desenvolvimento de objetivos mais amplos (Otero, 2003).

### **Capítulo III – O papel do psicólogo no tratamento da fibromialgia**

A Terapia Comportamental é uma abordagem que analisa os problemas psicológicos baseada na filosofia de ciência conhecida como Behaviorismo Radical e na ciência do comportamento, Análise Experimental do Comportamento. A proposta do Behaviorismo Radical defende que o comportamento dos organismos é ordenado, passível de ser estudado cientificamente na mesma forma das ciências naturais. Esta proposta influencia e orienta o trabalho do terapeuta comportamental, que sempre busca descobrir, com seu cliente, os eventos no meio-ambiente que determinam os seus comportamentos-problema e o que os mantém. Assim, um transtorno passa a ser entendido como um conjunto de comportamentos. Tais comportamentos são analisados à luz de episódios históricos que os determinaram e situações presentes que os mantém. Para o terapeuta comportamental, pensamentos e sentimentos são considerados comportamentos, diferentes apenas pela forma como se pode ter acesso a eles, pois este se dá através do relato verbal daquele que pensa e sente. Sendo assim, pensamentos e sentimentos, também, são levados em consideração, analisados e passíveis das intervenções do terapeuta (Nichols e Schwartz, 1998).

O terapeuta comportamental entende que o cliente é único e seus problemas ou dificuldades são produtos de uma história particular. Isso humaniza o processo de terapia, pois busca-se entender cada cliente e cada história, antes de propor qualquer intervenção. O principal instrumento do terapeuta comportamental é a análise funcional, ou o levantamento criterioso das variáveis (eventos, acontecimentos) que estejam funcionalmente relacionados aos comportamentos desejáveis e indesejáveis do cliente. Tendo este entendimento, que nem sempre é fácil, é possível propor uma estratégia eficaz no alcance do bem-estar e da melhora. “Combate-se” os comportamentos-problema, ao mesmo tempo em que busca-se instalar e aumentar a frequência de comportamentos adequados ao contexto, desejáveis, funcionais e geradores de satisfação e felicidade. A terapia comportamental tem um conjunto considerável de técnicas derivadas de pesquisas, em laboratório ou no próprio consultório. A soma de pesquisa científica, rigor no levantamento de informações no momento inicial do processo e a utilização de técnicas e intervenções consolidadas que faz com que as pessoas tenham se

beneficiado, de forma considerável, quando buscam esta abordagem (Nichols e Schwartz, 1998).

O fato de que dor é, também, um comportamento aprendido, possibilita o uso de conceitos da teoria comportamental como aprendizagem, modelagem, comportamento operante, resposta, reforço, condicionamento, privação, punição, esquiva e análise funcional, entre outros. No cuidado de doentes com dor crônica é freqüente observar pessoas ou situações ambientais que reforçam o comportamento doloroso de incapacidade e auto-piedade dos doentes. A identificação de tais fatores requer o esclarecimento do doente, e circundantes de tais fatos, a organização de programas terapêuticos que visem reforçar repostas adaptativas e extinguir respostas disfuncionais (Nichols e Schwartz, 1998).

A Psicologia possui recursos e instrumentos que podem ajudar a aliviar algumas das sintomatologias de pacientes com fibromialgia, através de um plano psicoterapêutico de modo a diminuir o impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos fibromialgicos.

Doentes com dor crônica, freqüentemente, apresentam crenças, atitudes e comportamentos errôneos, possivelmente aprendidos pela experiência de dor aguda. Muitos doentes acreditam que se há dor há lesão e uma "causa" para a dor, e que esta "tem" de ser "descoberta", que deve ser imobilizada a região com dor, que a atividade física piora a lesão, que suas emoções não têm relação com a dor, que dor sempre resulta em incapacidade, que merecem atenção especial pela sua situação de dor e que o único resultado aceitável para seu quadro é a eliminação total da dor. Tais concepções parecem influir no comportamento doloroso, no sofrimento e no estresse emocional, na adesão à terapêutica, na incapacidade física, no retorno ao trabalho, na procura pelo sistema de saúde e na persistência do quadro algico, entre outros aspectos. Se tais premissas forem verdadeiras, identificar os pensamentos automáticos negativos e as crenças disfuncionais é fundamental para que intervenções que visem reorganizá-las possam ser propostas (Nichols e Schwartz, 1998).

Em estudo realizado por Pimenta (1999), as atitudes de 69 doentes foram investigadas por meio do Inventário de Atitudes frente à dor. O inventário permitiu a avaliação das atitudes diante de sete domínios da experiência dolorosa crônica: controle, emoção, incapacidade, dano físico, medicação, solicitude e cura médica. 41,7% de doentes com dor crônica disseram crer na influência pessoal no controle

da dor; metade considerou-se favorável à solicitude de outros diante de sua manifestação de dor; 51% julgaram que dor significa dano físico; 56,9% reconheceram a relação entre suas emoções e a intensidade da dor; 57,5% relataram que dor incapacita; 63,3% citaram que medicamentos são o melhor tratamento para o controle da dor crônica e 73,8% acreditavam na existência de cura médica para a dor crônica. Essas mesmas atitudes foram avaliadas em dois momentos, logo após a admissão no serviço e entre 6 e 15 meses após o início do tratamento em serviço de dor, e não se observaram diferenças estatisticamente significantes. Isto é, as atitudes dos doentes diante da dor não se modificaram com o tempo. Tais fatos sugerem que crenças disfuncionais estão presentes, que estas não se modificam espontaneamente ao longo do tempo e que intervenções específicas para trabalhar com tais crenças devem ser organizadas e implementadas, e seus resultados devem ser avaliados.

Para Rachlin (1994, citado em Navolar, 2004), pacientes com fibromialgia estabelecem padrões elevados de comportamento, sendo que exigem muito deles próprios e de outros indivíduos. O desgaste físico e mental para manter sua imagem social é enorme, o que acarreta stress e tensão, estes dois fatores inimigos e cruciais nos pacientes com Fibromialgia.

Os estressores têm sido apontados como um dos maiores fatores presentes no desenvolvimento de muitos estados dolorosos e têm sido relacionados também na Fibromialgia. A rigidez de caráter dos pacientes com Fibromialgia diminui a sua capacidade de adaptação, funcionando como um estressor permanente. Cabe ao psicólogo, auxiliar no manuseamento e controle de estressores, pois induzem uma tensão muscular aos pacientes e existem amplas evidências de que tensões musculares prolongadas provocam dor.

Os pacientes com Fibromialgia, na maioria dos casos, chegam aos consultórios com queixas de sofrimento psíquico, além da dor física. Costumam relatar episódios de depressão, este estado depressivo é habitualmente descrito por estes pacientes e bastante citado na literatura específica.

Uma queixa também constante é a da ansiedade, gerada muitas vezes, do conflito entre o – “querer fazer” e “poder fazer”. Um aspecto importante na relação paciente e síndrome é a questão dos ganhos secundários. Como os sintomas destes pacientes são subjetivos, criam-se situações favoráveis para o oportunismo de alguns indivíduos, principalmente em relação às questões laborais. Simulações de



quadros clínicos, às vezes podem funcionar para perpetuar litígios de trabalho (Helfenstein, 1998). De acordo com publicações científicas, apenas a uma minoria destes pacientes é reconhecida a incapacidade para o trabalho.

Os estudos em longo prazo sobre Fibromialgia têm demonstrado que se trata de uma doença crônica com uma evolução, alternando entre períodos relativamente sem queixas e outros de crise. Um dos problemas que por vezes é determinante para o prognóstico é a relação entre o doente, os familiares, os colegas de trabalho e a comunidade, bem como uma boa relação médico e doente. A contribuição do psicólogo, perante tudo isto, deverá ser pautada e teoricamente fundamentada no Modelo Biopsicossocial, no qual o paciente é visto como um todo, uma síntese complexa das suas múltiplas dimensões (física, afetiva, cognitiva e comportamental) (Knapp, 2004).

A saúde e a doença podem ser consideradas como processos dinâmicos em evolução constante e explicados por uma multicausalidade, em que se considera a relevância dos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Nesta perspectiva o sujeito é visto como um agente dos seus próprios estados de saúde e doença e conseqüentemente, como ator nos processos de procura, manutenção e recuperação da saúde (Knapp, 2004).

Tendo em conta os fatores acima descritos, o papel do psicólogo começa por uma avaliação da interação entre a pessoa, o meio e a doença. Assim, caberá ao Psicólogo a elaboração de um e apresentar um plano de tratamento. Os alvos principais no processo de avaliação serão: paciente, família, sistema de cuidados de saúde e ambiente sociocultural. Em síntese, o psicólogo deverá levar em conta os aspectos cognitivos, culturais e emocionais da fibromialgia que o paciente apresenta (Knapp, 2004).

Segundo Knapp (2004), o psicólogo enquanto terapia individual pode contribuir com as seguintes técnicas: técnicas de relaxamento que tem por objetivo aliviar as tensões musculares, tranqüilizar a mente, exercitar a respiração abdominal com o intuito de revitalizar todo o organismo e controlar o stress. Deverão ser sugeridas uma variedade de técnicas para que o paciente escolha aquela, com a qual consegue atingir o objetivo de reduzir tensões. O terapeuta deve instruir o sujeito de maneira a que se torne prática habitual nas suas atividades diárias a técnica de relaxamento.

A técnica de sensibilização tem por objetivo estimular o paciente para o uso dos seus próprios recursos no combate à dor, saindo de uma posição passiva para colaborar ativamente no seu tratamento. O terapeuta auxiliará o paciente a desenvolver a sua percepção no intuito de que ele possa relacionar os acontecimentos da sua vida emocional com o seu corpo, visto que as questões emocionais afetam diretamente o nível das suas dores. Portanto, são motivados para a necessidade imperiosa de abrirem espaço nas suas vidas para a psicoterapia.

As técnicas de visualização são um grande trunfo que os psicólogos têm nas mãos; ajudam o paciente a aumentar as suas resistências físicas e psíquicas; preparam-no para que possa perceber os momentos difíceis através de outra óptica, deixando-o mais relaxado e confiante, o que resultará no reforço das suas defesas imunológicas. A imaginação, como a emoção, é responsável por libertar na corrente sanguínea, hormônios relaxantes ou estimulantes. Estes fazem com que os níveis de linfócitos T ou de imunoglobulina sanguínea aumentem, reforçando assim as defesas do organismo, ou seja, do sistema imunológico. A Psiconeuroimunologia considera que existem conflitos emocionais subjacentes à doença. Levar o paciente a identificar sentimentos, visualizar a sua dor, criar formas mentais de lidar com a mesma e combatê-la, é tão eficiente como os processos da medicina convencional, medicamentos. Tem sido apresentados inúmeros relatos de sucesso com a aplicação desta técnica até no cuidados de pacientes com doenças oncológicas (Simonton, 1987).

Outros Tratamentos como o biofeedback permite ao paciente exercer um controle voluntário sobre as suas funções corporais. Tem ainda por objetivo diminuir a ansiedade e a tensão e, como tal, diminuir a dor. Como o condicionamento operante está relacionado com o aumento da percepção da dor, também pode ser usado como parte do tratamento para reduzir a dor. Alguns aspectos deste tratamento têm por objetivo reforçar positivamente o comportamento de adesão e de ausência de dor, diminuindo, portanto, os ganhos secundários e a dor.

A Psicoterapia individual teria como missão investigar os fatores que causam ou exacerbam a dor. Objetivando a melhorar o funcionamento físico e estilo de vida, através da melhora do tônus muscular, da auto-estima, da auto-eficácia e da diminuição de agentes estressores, diminuição da dependência dos medicamentos e serviços médicos, para aumentar o controle pessoal e a auto-eficácia e reduzir o comportamento de doente. Aumentar o apoio social e a vida de família: tem como

objetivo aumentar o otimismo e distração, diminuir o aborrecimento, a ansiedade, o papel do doente e os ganhos secundários.

Os objetivos que deverão ser enfatizados pelo psicólogo, no seu trabalho junto à pacientes com Fibromialgia são o de adaptação dos novos limites e possibilidades, o processo terapêutico terá como foco a estimulação do auto-conhecimento do paciente, de modo que ele terá que descobrir recursos que até então desconhecia para o enfrentamento da doença, para realizações pessoais, no trabalho, no desporto, no lazer etc, elevar o nível de tolerância à frustração, que geralmente é muito baixo nestes pacientes; trabalhar os sentimentos de culpa e cobranças no paciente, e facilitar o desenvolvimento de habilidades sociais para que aceite a presença do outro em sua vida, permitindo partilhar, dar e receber (Knapp, 2004).

De acordo com Otero (2003), quando se trabalha com doentes graves é essencial que a família participe do atendimento, de forma individual ou coletiva, pois a falta de participação pode dificultar a condução do tratamento, incentivando muitas variáveis mantenedoras dos comportamentos inadequados do cliente continuarão presentes em seu ambiente natural.

O levantamento dos determinantes históricos dos problemas familiares, o entendimento do contexto atual com os comportamentos indesejáveis e a comparação com o que é desejável para a família seria importante para a mudança no processo de terapia familiar comportamental (Otero, 2003).

Inicialmente, a terapia familiar conduzida por terapeutas comportamentais era composta por técnicas oriundas da teoria da aprendizagem, com propósito de tratar indivíduos. Porém, por entender a complexidade do sistema familiar, os terapeutas familiares comportamentais ampliaram seus conhecimentos. Foi desenvolvida uma variedade de técnicas que auxiliam a administrar os problemas familiares. Destacam-se o treinamento de pais, a terapia conjugal comportamental, o treino de habilidades para a solução de problemas e o treino de habilidades de comunicação. Trata-se de intervenções que têm sido muito eficientes na abordagem dos problemas no contexto familiar (Otero, 2003).

Cabe lembrar que, mais do que aplicar técnicas, o terapeuta familiar comportamental é aquele que faz avaliação e acompanhamento cuidadosos, estimula o entendimento das causas dos problemas e desenvolve habilidades de relacionamento interpessoal por considerar tais atitudes importantes para que a

família possa deixar o consultório e seja capaz de resolver suas próprias dificuldades no futuro (Otero, 2003).

O psicólogo deve levar em consideração a dificuldade da família em conviver com as limitações do paciente. O grau de comprometimento apresentados nas relações interpessoais que ocorrem entre os membros da família e o cliente são importantes variáveis na manutenção de comportamentos indesejáveis de todos. Guiados pela falta de informação sobre os problemas e pelas dificuldades específicas de uma convivência de tal ordem, familiares presenciam e relatam alternância de atitudes. Os familiares podem rotular de forma pejorativa os comportamentos do cliente, ridicularizam-no, se revoltam por se verem expostos àquela convivência desagradável e o punem de algum modo (Otero, 2003).

Para efetuar um trabalho junto à família, o psicólogo deve informar e auxiliar no esclarecimento sobre as limitações que esta síndrome impõe, junto a familiares e pessoas significativas. Assim como a família pode não reconhecer o desconforto do paciente, pode também super valorizá-lo; o paciente pode por sua vez, apresentar o mesmo movimento, maximizando a sua dor por conveniência, fazendo-se de vítima ou revoltando-se por não sentir o seu sofrimento respeitado (Otero, 2003).

Para efetuar um trabalho com a família de modo a incluí-la no tratamento, uma das etapas é a informação e o treinamento. O psicólogo deve: fornecer a maior quantidade de informações para a família e o cliente a cerca da fibromialgia; ajudar cada membro da família a entender o que se passa com o paciente e com os outros membros da família; treinar a observação e o relato de comportamentos próprios e dos outros e identificar excessos e déficits comportamentais de cada um dentro da família, que prejudiquem a melhora do paciente; ensinar os membros a identificar causa e consequência de seus comportamentos e como controlar alguns comportamentos; identificar regras e auto-regras que controlam os comportamentos do cliente e da família; ensinar a fazer análises funcionais de comportamentos e aplicar conceitos aprendidos de modo a mudar os comportamentos, de cada membro, que prejudicam as relações familiares; estabelecer metas de participação e de mudança de atitude e procedimentos necessários para atingi-las; ajudar a família a descobrir o que cada indivíduo dentro do grupo familiar pode fazer para auxiliar no tratamento da fibromialgia (Otero, 2003).

Outra etapa importante é o desenvolvimento de habilidades sociais que proporcione um melhor convívio familiar. O psicólogo pode ensinar cada membro:

ouvir antes de julgar; identificar os próprios limites e sentimentos pessoais e os dos outros; fortalecer ou instalar atitudes de tolerância e aceitação (Otero, 2003).

Alguns aspectos podem facilitar ou dificultar o processo terapêutico, mesmo levando em consideração que cada atendimento é um caso diferente. Entender e aceitar a percepção de cada membro acerca do assunto; identificar e lidar com regras e sentimentos individuais apresentados pelos grupos familiares; respeitar as autoregras, os vínculos afetivos e as características pessoais dos familiares são fatores que facilitam a condução do caso. Experiências terapêuticas anteriores sem sucesso e conflitos familiares pode dificultar o andamento do mesmo (Otero, 2003).

O envolvimento dos familiares no atendimento está diretamente relacionada a várias circunstâncias e variáveis, dentre elas a existência ou não de conflitos interpessoais. A ausência de conflitos facilita a intervenção do terapeuta junto aos familiares, pois eles participam melhor do processo, aceitam encaminhamento para grupos de apoio, se interessam por informações sobre o problema do paciente e buscam orientação para ajudá-lo, tentam estabelecer relações entre suas atitudes pessoais e as queixas apresentadas pelo cliente, demonstrando motivação e interesse pelo tratamento, o atendimento terapêutico neste caso visa prevenir possíveis conflitos. Em casos de existência de conflito intrafamiliar, os membros não apresentam motivação alguma para o atendimento. Frequentemente, trata-se de famílias cujo paciente convive com a doença há muitos anos, este tipo de família se caracteriza pelos seguintes comportamentos: resistem a colaborar com o atendimento, não se interessam por informações sobre os problemas de seu familiar. Têm padrões de comportamento fortemente acentuados de críticas, agressões, arrogância e desconsideração. Neste caso a intervenção visa administrar os conflitos já existentes evitando seu agravamento, e se possível minimizando (Otero, 2003).

É de fundamental importância a participação da psicologia no tratamento, avaliação, acompanhamento e aconselhamento de familiares e clientes com fibromialgia. Os sintomas da fibromialgia ocasionarão mudanças na maneira de agir e na vida como um todo do paciente fibromialgico e ao reorganizar-se e estruturar-se novamente, possivelmente o paciente necessitará de ajuda. O trabalho do psicólogo pode auxiliar o paciente a se conhecer e compreender, aderir de forma mais eficiente o tratamento, se envolver e tornar responsável pela vivenciada criação de uma nova identidade e pela sua participação efetiva no processo de tratamento da fibromialgia (Otero, 2003).

A psicologia, como ciência, tem uma função muito importante junto a estes clientes e suas respectivas famílias, uma função de ajuda, de ética, de humanização de pesquisa e compreensão, para que no protocolo destes pacientes haja uma visão bio-psico-social (Otero, 2003).

## CONCLUSÃO

A dor é um fenômeno que envolve diversas dimensões, podendo afirmar-se que se trata de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional, pois é acompanhado por um grande sofrimento pessoal, acarretando muitos custos sociais e, também, muitos custos econômicos.

A possibilidade de uso de conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental no manejo de doentes com dor crônica advém do fato de que as crenças, atitudes, valores e comportamentos relacionados à saúde em geral e à dor em especial são culturalmente adquiridos e podem ser modificados. Melzack & Wall (1991, citado em Knapp, 2004) postulam que a quantidade e a qualidade da dor que sentimos são determinadas pelas nossas experiências prévias e do quanto nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas conseqüências, pois a cultura em que o sujeito está inserido tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor.

Uma das características mais claras no campo da dor crônica é a sua complexidade, definida pela combinação de mecanismos periféricos, centrais e psicológicos. Um paciente que vive com fibromialgia, não só experiêcia a sensação de dor, mas também, se vê forçado a viver com alterações significativas no seu dia à dia provocadas pela limitação da sua atividade, alterações no estado de humor, uma diminuição da energia e distúrbios de sono.

Todas estas alterações levam ao aparecimento de problemas familiares, assim como a um crescente isolamento social. Em casos extremos, os pacientes podem estar de tal modo absorvidos na procura constante de alívio para as suas dores que percorrem variados especialistas e vão a múltiplas consultas de urgência, esperando que com uma nova avaliação se consigam encontrar novas formas de intervenção.

Muitas vezes são submetidos a intervenções cirúrgicas desnecessárias, ou tornam-se dependentes de analgésicos e medicação afins. Numa tentativa de dar resposta a esta procura generalizada de ajuda e integrando os conhecimentos atuais acerca do fenômeno da fibromialgia e dor crônica, a psicologia reclama o seu papel e tenta desempenhá-lo da forma mais proveitosa possível para as pessoas com dor crônica.

Dada a diversidade das etiologias de dor, uma das dificuldades encontradas enquanto da planificação de um programa de intervenção psicológica, reside nas diversas tipologias de dor existentes. Apesar de toda esta complexa diversidade, os pacientes com dor crônica são muitas vezes tratados como um grupo homogêneo que se descreve como apresentando a síndrome de dor crônica. Assim sendo, para estes pacientes é prescrito o mesmo tipo de intervenção quer esta seja psicofarmacológica, psicológica ou alguma forma de integração dos dois tipos de tratamento.

Alguns investigadores estão a tentar estudar que formas de intervenção são mais eficazes para diferentes tipos de dor, no entanto a resposta diferencial ao tratamento ainda não foi avaliada em estudos controlados (Wilson & Gil, 1996, citados em Knapp, 2004). Os diferentes protocolos que têm sido utilizados incluem vários tipos de medidas psicológicas, comportamentais e de funcionamento geral, assim como medidas físicas.

Contudo, ainda se está longe de saber qual o tipo de intervenção mais adequada, uma vez que as intervenções tem sido realizadas com grupos de dor bastante heterogêneos. Segundo Otero (2003), o atendimento ao iniciar o tratamento psicoterápico, na maioria das vezes todos os membros da família estão desgastados, desorientados, extremamente sofridos e bastante envolvidos no e com o problema. Por isso o psicólogo deve criar condições para que a família entenda que as mudanças dependem de alterações consistentes, continuas e permanentes das relações familiares.

A fibromialgia pode gerar na pessoa um grau de limitação em seu repertório comportamental, de modo a prejudicar a autonomia do paciente. Demonstrando assim dificuldade de tomar decisões sobre suas próprias vidas assim como para envolver-se em contextos que auxiliariam seu problema. Apresentam diminuição em sua própria qualidade de vida e de sua família.

Concluindo, uma intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar é mais vantajosa para o paciente quando comparada com uma intervenção biomédica. A abordagem bio-psicossocial do fenómeno de dor deveria ser prática comum na nossa sociedade.

Neste contexto bio-psicossocial se faz necessário dar um olhar especial à família dos pacientes com fibromialgia, sensibilizado-a acerca da natureza multidimensional da dor crônica, enfatizando o fato de não existirem respostas



simples para este complexo fenômeno e constatando-se pela necessidade de abordagens psicológicas e biomédicas, uma vez que estas apresentam menos efeitos separadamente e unidas poderão ser de um valor inestimável.

Em dezembro de 1993, o Ministério da Saúde cria um grupo de trabalho com o objetivo de discutir a proposta de implementação de um modelo de saúde mais adequado às necessidades do país. Como resultado o grupo aponta para a criação de um programa que elege o núcleo familiar como foco de suas ações, o Programa de Saúde da Família, ou seja, até o Sistema único de Saúde considera a família uma importante unidade de cuidado. Cabe agora aos psicólogos clínicos incluir a família dentro das terapias individuais, visto que o sujeito não está isolado do meio familiar.

Espero que com esta monografia tenha contribuído para alertar aos profissionais da área de saúde no sentido de que é necessário haver esforços multidisciplinares no estudo e intervenção junto a pacientes com fibromialgia, para que o sofrimento na situação deles não seja uma experiência de desespero, mas uma experiência reorganizadora do núcleo familiar e que tenha um acolhimento verdadeiramente humanizado.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Ackerman, N. (1986). *e tratamento das relações familiares*. (Maria Cristina R Goulart Trad.) Porto Alegre: Artes médicas.
- Arthritis Foundation (2005). Recuperado em 30 agosto de 2005: [http //www.fibromialgia.com.br](http://www.fibromialgia.com.br)
- Ballone, J. G. & Neto, E. P. & Ortolani, I. V. (2002). *Da emoção à lesão: um guia de medicina Psicossomática*. São Paulo: Manole.
- Chaitow, L. (2002). *Síndrome da Fibromialgia: um guia para tratamento*. (Eduardo Rissi & Neli Ortega, Trads.) São Paulo: Manole.
- Fernandes, A. M (2003). Representação social da dor por doentes de fibromialgia. Psicologia USP, São Paulo. Recuperado em 12 setembro 2005 da Faculdade de medicina na Universidade de São Paulo para obtenção de título de mestre em Ciências: [www.usp.br](http://www.usp.br).
- Figueiró, J. A. (1999). Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In Carvalho, M. M. (Org), *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao estudo da dor. In Carvalho, M. M. (Org), *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Helfenstein Jr. M. & Feldman, D. (1998). Prevalência da síndrome de fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Vol. 38, pp.71-77.
- Kaziyama, H. H. S. & Yeng, L. T. & Texeira, M. J. (2003). Síndrome Fibromiálgica. In Jacobsen, M. F. & Braum, J. L. & Marquez, J. O. & Yeng, L. T. (Org), *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Editora maio.
- Knapp, P. & Col. (2004) *Terapia comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knoplich. J. (2001). *Fibromialgia dor e fadiga*. São Paulo: Robe editorial.
- Malebi, F. K. (2002). Funcionamento familiar e saúde/doença. In Guilhardi, H. J. (Org.), *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria comportamental (Vol. 9)* Santo André- SP: ESTes.
- Martinez, J. E. E. (1998). *Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia* (pp. 116-120). São Paulo: Acta Fisiátrica.
- Melody, B. (1997). *Co-dependência nunca mais*. Rio de Janeiro:Record.

- Murray, S. (2003). Coerção e sus implicações. ( Maria Amélia Andery & Tereza Maria Sérgio Trad.) São Paulo: Editora livro pleno.
- National Fibromyalgia Patnership, Inc. (NFP) Washington, EE. UU. ED (2001). Recuperado em 30 de agosto 2005: <http://medicinainformacion.com/fibromialgia/libros.htm>.
- Navolar, A. B. B. (2004, julho). Terapia cognitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. Artigo on line nº 04, Curitiba. Recuperado: [www.utp.br/psico.utp.online](http://www.utp.br/psico.utp.online).
- Oliveira. P. (2005). Impactos da fibromialgia na família. Recuperado em 20 de setembro de 2005: <http://myos.pt/ver.php?aid=20>
- Otero, V. R. L. (2003) A participação da família no atendimento individual de casos graves: recursos para prevenir e enfrentar conflitos? In Brandão, M. Z. S. *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria comportamental (Vol. 12)* Santo André- SP: ESTes Editores Associados.
- Pimenta, C. A. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In Carvalho, M. M. (Org), *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Scodelario, A. S. (2002). A família abusiva. FERRARI, D. & VECINA, T. (ORG). *O fim do silêncio na violência familiar teoria e prática*. São Paulo: Agora.
- Wolfe, Frederick, M.D., et al, (1990). The American College of Rheumatology Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Report of a Multicenter Criteria Committee. Arthritis & Rheumatism*, Vol. 33 pp. 160-172.

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Saúde – FACS  
Curso de Psicologia Matutino Monografia do 2º semestre de 2005  
Aluna: Fernanda Cardoso da Silva RA:2012499/4

**RESUMO: Fibromialgia e relações familiares aversivas na perspectiva comportamental.**

A dor crônica é uma condição de grande complexidade, que necessita de avaliações e tratamentos multidimensionais, ela é considerada um processo dinâmico de percepção e interpretação de inúmeros estímulos, alguns dos quais estão associados com males existentes ou potenciais descritos em termos de danos. A fibromialgia é uma condição crônica, dolorosa, músculo esquelética, caracterizada por dor que se irradia por pontos de sensibilidade associados com alteração na percepção de dor. Com base em pesquisas internacionais, a frequência da fibromialgia é de 1% a 5% na população em geral. No Brasil, trabalhos falam de uma prevalência em torno de 10% da população. Os sintomas associados à fibromialgia são: fadiga intensa; síndrome do cólon irritável; cefaléia; síndrome das pernas inquietas; a presença de irritabilidade na bexiga; e o fenômeno de Raynaud. Não se pode deixar de mencionar as alterações do humor presentes na fibromialgia e que podem resultar em quadros de ansiedade e depressão. Pessoas com fibromialgia ocasionalmente referem-se a diminuição na capacidade de se concentrar e de executar tarefas comuns. A causa e os mecanismos que provocam a fibromialgia ainda não estão perfeitamente esclarecidos, porém existem inúmeras hipóteses que tentam explicar a evolução da Síndrome Fibromiálgica (SFM), a mesma pode ser decorrente de uma predisposição genética; de uma experiência traumática; de uma infecção; ou de um efeito composto de estresses múltiplo, a elaboração de hipóteses é importante para formar um panorama e formulação de estratégias para ações terapêuticas. Algumas condições podem ser consideradas como tendo ligação causal com a SFM, na presente monografia os tipos de relações familiares são considerados como um agente causador e/ou mantenedor dos sintomas da fibromialgia. Devido à complexidade do tratamento da fibromialgia, o paciente requer um tratamento medicamento e não medicamentoso. A terapia Comportamental teria como objetivo a redução das incapacidades e angústias oriundas dos sintomas de dor crônica auxiliando o paciente a se adaptar com as mudanças de papéis e contextos, no intuito de melhorar a qualidade de vida. O foco da terapia não é o alívio da dor em si, embora uma redução no nível da dor seja um resultado esperado na terapia, o foco está na melhora funcional do sujeito. A dor frequentemente é considerada como fisicamente limitante e desmoralizante conduzindo a desordens afetivas e à redução de contatos sociais e pessoais, que podem ocasionar alterações nos relacionamentos e mudanças no contexto intrafamiliar. As relações familiares aversivas podem prejudicar o tratamento da fibromialgia, por isso faz-se necessário um olhar especial do terapeuta, para estas relações, no intuito de torná-la estímulos reforçadores para o tratamento da SFM, oferecendo ao paciente ajuda e empatia em relação à sua condição e não um estímulo aversivo ou prejudicial ao mesmo. O objetivo do presente trabalho é demonstrar a importância da inclusão da família no processo de tratamento dos pacientes com fibromialgia, e analisar como as relações aversivas no contexto familiar podem prejudicar este processo.