



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-FACS**  
**CURSO: PSICOLOGIA**

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES  
FIBROMIÁLGICOS SEGUNDO A ANÁLISE DO  
COMPORTAMENTO**

**SIMONE DA SILVA CLEMENTE**

**BRASILIA,2006**

SIMONE DA SILVA CLEMENTE

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES  
FIBROMIÁLGICOS SEGUNDO A ANÁLISE DO  
COMPORTAMENTO

Monografia apresentada como  
exigência de conclusão do  
Curso de Psicologia do  
UniCEUB- Centro Universitário  
de Brasília

Professor Orientador:

Geison Isidro Marinho

Brasília/DF, Junho, 2006

## **DEDICATÓRIA**

Dedico primeiramente a Deus, autor da vida e sentido de toda minha existência. A Ele minha profissão.

Dedico este trabalho a todos aqueles que padecem desta síndrome, e que ao encontrá-los me impulsionaram ao desafio de estudar o tema.

Aos meus pais, por acreditarem na minha pessoa contribuindo para o meu crescimento humano e profissional, sem este apoio não teria chegado até o fim.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, meu maior incentivador. A Ele a Honra e a Glória pela conclusão deste trabalho.

Agradeço ao Mestre/Orientador, Terapeuta e Amigo, Geison Isidro Marinho, pelo profissionalismo, pela dedicação à profissão, por toda paciência para comigo, por acreditar em mim e investir na minha formação acadêmica e profissional. Obrigada por tudo!

Agradeço ao meu irmão Mozart Júnior, pela disposição, pela entrega a algo que não lhe pertencia, por seu amor e cuidado para comigo. Gratidão eterna por cada capítulo digitado, sem a sua ajuda eu não teria conseguido!!!

Agradeço ao meu irmão Vitor, que com sua presença discreta durante todos estes anos contribuiu para o meu sucesso. Obrigada por cada trabalho digitado.

Ao Edsinho e a Julyanna Bahia pela disposição e carinho.

Agradeço a Paty, pela generosidade ao emprestar-me os livros utilizados como referência.

Agradeço a amiga e irmã, Fernanda Rodrigues, por todo cuidado, pelo amor dispendido a mim, por toda a ajuda durante o curso, principalmente naqueles momentos em que não acreditei que daria conta. Deus lhe dê em dobro tudo que fizeste por mim!!!

Agradeço às médicas Dra. Zildinai e Dra. Ana Patrícia e ao Dr. Daniel, pelo cuidado e carinho para comigo e pela motivação que me deram ao me incentivarem a escrever sobre a fibromialgia, no intuito de contribuir para as pesquisas nesta área.

Agradeço aos amigos, pela paciência devido à ausência, pelo carinho, pelo cuidado e pela disposição de cada um em ajudar-me.

Agradeço a minha família Clemente e Alves Leal, por serem meu refúgio em tantos momentos de estresse, de dor e de alegrias.

Agradeço aos meus pais, pelo respeito às horas ausentes do convívio em família, pelos conselhos, pelo carinho e amizade e por acreditarem que sou capaz. Obrigada por tudo, Pai e Mãe.

“Um enfermo pode ser um guerreiro, porque a firmeza da alma independe da fraqueza do corpo. Quando adoecemos é necessário lembrar que Deus nos fez para que sejamos D`Ele. Portanto, quando estamos impossibilitados de fazer algo, nada muda! Continuamos a ser quem somos e é isso que importa. Sirva às pessoas com o que você é. Elas serão mais engrandecidas do que com aquilo que você poderia fazer por elas” (Autor desconhecido).

## SUMÁRIO

Introdução.....	01
Definindo a Síndrome de Fibromialgia.....	05
A Etiopatogenia .....	07
Os principais Sintomas .....	10
Aspectos emocionais como determinantes do aparecimento da Síndrome ...	12
Características Psicológicas .....	18
Aspectos sociais .....	21
Influência dos fatores fisiológicos, emocionais e sociais na qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos .....	27
Tratamento da Fibromialgia segundo a Análise do Comportamento .....	31
Tratamento Multidisciplinar	
Tratamento Medicamentoso .....	39
Tratamento fisioterápico e outras alternativas .....	41
Considerações Finais .....	44
Qualidade de vida é possível .....	47
Referências Bibliográficas .....	49

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo a revisão bibliográfica de um assunto que vem instigando o meio científico, a síndrome de fibromialgia, abordando suas características fisiológicas, emocionais, e sociais que estão implicadas em sua manifestação, assim como, levantando alternativas de enfrentamento aos desafios de uma síndrome crônica. A síndrome de fibromialgia é caracterizada como reumatismo das partes moles por acometer segmentos da coluna e múltiplos pontos dolorosos, chamados de tender points (pontos sensíveis). Há a presença de dor difusa musculoesquelética com ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares. Está caracterizada como uma síndrome crônica, por apresentar diversos sintomas como: fadiga, distúrbio do sono, síndrome do colón irritable, enxaqueca, dentre outros, sendo o mais relevante a dor, persistente e crônica, de maior prevalência no sexo feminino e de etiologia desconhecida. Como possíveis fatores desencadeantes, tem-se: o desequilíbrio de substâncias químicas responsáveis pela modulação da dor que podem ter sua função alterada em decorrência de um estresse físico, como uma queda; um estresse psíquico, como uma briga, um divórcio; e/ou um estresse social, como a influência da dor nas atividades diárias e nas relações interpessoais, assim como a falta de habilidade social como fator desencadeante da dor. Diante do desajuste causado pela mesma na vida dos seus portadores, faz-se necessário a reflexão sobre os fatores físicos, psíquicos e sociais numa perspectiva da Análise do Comportamento que objetiva identificar e analisar funcionalmente as variáveis externas que estão controlando os comportamentos do cliente, a fim de modificá-los, quando desejado. A terapia comportamental tem sido bastante utilizada para o tratamento da dor, e vem sendo extremamente utilizada no tratamento da fibromialgia. As técnicas abordadas possuem o objetivo de auxiliar o indivíduo a modificar o comportamento, doentio ou doloroso, ou as atitudes relacionadas com a dor. Tem como intuito investigar os modelos prévios para a dor, incapacidades e sofrimentos, resposta familiar frente ao indivíduo que sofre e seus problemas de saúde e as respostas desadaptativas que possam resultar a novos aprendizados. Investiga-se os antecedentes e as conseqüências do comportamento, o estímulo ambiental que desencadeia, reforça, suprime ou atenua esse comportamento, o que é ou não reforçador, que alternativas são mais saudáveis para o indivíduo e os processos comportamentais que mantêm a dor e os déficits funcionais. Diante do exposto no presente trabalho, conclui-se que a aceitação da síndrome e de algumas limitações que a mesma impõe é essencial para o desenvolvimento e integração do indivíduo em todas as áreas de sua vida. É necessário aderir ao tratamento multidisciplinar, acolhendo as indicações médicas de medicação, fisioterapia ou outras alternativas, realizar exercícios, buscando modificar o estilo de vida, aderindo à psicoterapia, decidindo-se por vencer a dor, visando o ganho de qualidade de vida.

Palavras-chaves: Síndrome de fibromialgia, dor crônica, qualidade de vida, Análise do Comportamento, tratamento multidisciplinar.

O homem moderno passa por profundas transformações sejam elas de cunhos sociais, profissionais, familiares, ecológicos, bem como no campo de sua saúde. Todas estas áreas descritas acima são significativas e peculiares ao desenvolvimento humano. Porém, com o progresso, os desgastes emocionais, físicos e sociais apareceram trazendo consigo algo que tem se tornado patológico, o estresse. Dentro desse estresse um fator de grande relevância e motivo de pesquisas é o fenômeno da dor física, porém intrincada a aspectos emocionais, culturais e sociais. A dor é causa de grandes sofrimentos para a sociedade moderna, caracterizando um sofrimento individual e social quando se calcula seus prejuízos e incapacitações para milhares de pessoas numa sociedade capitalista. Segundo Caudill (1998), “nos Estados Unidos se gasta cerca de 89 bilhões de dólares no tratamento da dor, compensações trabalhistas e litígios, com pacientes portadores de doenças crônicas. No Brasil não há dados nacionais, porém, acredita-se que os dados não sejam menos relevantes” (p.11).

De acordo com Figueiró (1998), “o crescimento do fenômeno da dor pode estar vinculado aos novos hábitos de vida adquiridos por uma sociedade preocupada com a produção, a maior longevidade do indivíduo, do prolongamento da sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais, das modificações do meio ambiente e provavelmente do decréscimo da tolerância ao sofrimento do homem moderno” (p.3).

A dor é uma experiência pessoal e universal, acompanha o ser humano desde o nascimento até a morte, tendo diversos significados e funções e podendo expressar-se de diferentes formas. Quando o corpo emite um sinal biológico de que algo está danificado ela assume uma função de proteção, a qual é de extrema importância. Assume a forma de uma dor psicológica ao experimentar um sofrimento emocional. Comportamentalmente a dor pode alterar as funções de mobilidade articular, modificando-se assim a maneira de andar, por exemplo. Cognitivamente, a dor faz com que o pensamento busque um significado, uma causa, e quais os possíveis tratamentos. Espiritualmente, a dor nos faz recordar que somos seres mortais e culturalmente a dor pode exortar a coragem das pessoas ou forçar a submissão das mesmas (Caudill,1998).



A dor é pesquisada ao longo do tempo, onde se atribuía à causa a espíritos malignos, castigos dos deuses e a perda de substâncias vitais do organismo. Os aspectos emocionais e sensoriais vinculados a diferentes culturas desde a Antigüidade estiveram presentes no pensamento de grandes filósofos e médicos como Aristóteles e Galeno. Segundo Mc Grath (1990, citado em Guimarães, 1999), “em meados do século XV, os estudos sobre a dor sofreram grande influência de Descartes, que em 1664, descreveu a dor como uma sensação percebida no cérebro, resultante de uma estimulação nos nervos sensoriais, enfocando-se o estudo da dor na medicina fisiológica, com um caráter linear do tecido lesado ao sistema cerebral” (p.14). Estudos posteriores observaram que o impulso linear é modificado no percurso sensório-motor.

O ser humano possui um complexo sistema sensorial nociceptivo, onde receptores especiais, nociceptores de dor distribuem-se em órgãos, tecidos, músculos, sistema nervoso. Os receptores captam o estímulo doloroso e este é transmitido como impulso elétrico através da medula espinhal pelos nervos até o cérebro. No decorrer desse percurso, os neurotransmissores são liberados e conduzem informações de uma célula nervosa à outra. Um neurotransmissor de suma importância para o entendimento do funcionamento do mecanismo da dor é a substância P, que proveniente do inglês, *pain*, significa dor, ou seja, quando em excesso a percepção da dor é bem maior. Para equilibrar o nível de substância geradora de dor, o cérebro libera outros neurotransmissores, como a serotonina, os opióides e a dopamina que inibem a dor, aliviando assim a dor na maioria das pessoas (Goldenberg, 2005). Segundo a mesma autora, “numa visão holística da causalidade da dor, o estímulo passa pelo sistema emocional, que modula sua percepção e intensidade” (p.35).

Para uma melhor categorização que facilite a comunicação entre pesquisadores, clínicos e pacientes, a dor classificada quanto a sua duração, pode ser dividida em: aguda, crônica e recorrente. A dor aguda é caracterizada por um padrão de dor proveniente de um trauma físico, uma lesão tecidual, uma inflamação de algum órgão, podendo ser tratada por um curto período de tempo, alcançando-se assim a cura. Já a dor crônica é caracterizada por se apresentar com um quadro de dor acentuado, decorrente também de traumas

físicos, lesões, inflamações, já tratados, porém, seus sintomas se acentuam por um período acima de três meses, sendo muitas vezes de difícil controle e de etiologia desconhecida associada a vários fatores biológicos, psicológicos e sociais. A dor se torna contínua e o sintoma acaba por tornar-se a própria doença. A dor recorrente é uma dor aguda, com episódios de repetição de curta duração, mas que possui características crônicas, porque se repete ao longo de muito tempo e não tem sua etiologia definida. Um exemplo é a enxaqueca, cujos sintomas se intercalam em suas manifestações.

O presente trabalho visa a revisão bibliográfica de um assunto que vem instigando o meio científico na área da saúde, a Síndrome de Fibromialgia. Alguns autores afirmam que a síndrome de fibromialgia pode ser encontrada em tempos remotos, inclusive sendo citada no livro de Jó, onde é elucidado as dores que o corroem. Desde o século XIX cientistas documentaram alterações de sensibilidade dos músculos e tecidos moles ao toque. Alguns pontos sensíveis foram destacados por Balfour, em 1824, e Villieux, em 1841. De acordo com Kazujama, Yeng e Teixeira (2003) em 1850, Froriep observou que doentes com reumatismo apresentavam pontos musculares endurecidos e dolorosos à palpação, já em 1904, o médico inglês Willian R. Gowes (1845 -1915) sugeriu o termo fibrosite, ao tentar descrever mudanças inflamatórias nos tecidos fibrosos dos músculos da região lombar. Este termo foi usado indiscriminadamente durante muito tempo para descrever anormalidades musculoesqueléticas. Wallace e Wallace (2005) destacam o reumatologista Hugh Smyth e seus colegas da Universidade de Toronto em meados dos anos 70, que nomearam a síndrome como “síndrome da fibrosite”, sendo que esta se vincula a sintomas sistêmicos, como a fadiga e anormalidades do sono. O termo fibromialgia foi sugerido pela primeira vez pelo médico Muhammed Yunus e colaboradores em 1981, pois esta não apresenta inflamação tecidual, apenas dor muscular difusa, relacionada a outras anormalidades do sistema nervoso central.

Estudos realizados nos anos de 1980 classificaram a fibromialgia como um tipo de reumatismo muscular, onde o desenvolvimento de testes levou a Associação Médica Americana, em 1987, a publicar que a síndrome realmente existe. De acordo com os autores acima citados, um comitê foi formado logo

após para criar uma definição e descrição da fibromialgia, com finalidades estatísticas e de pesquisa, e esses critérios foram adotados pelo Colégio Americano de Reumatologia em 1990.

Esta patologia tem se apresentado com uma maior frequência na sociedade, principalmente entre as mulheres, causando grande impacto na qualidade de vida dos seus portadores. Está caracterizada de acordo com o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial da Saúde, como uma doença crônica, com características próprias, onde os portadores apresentam uma série de outros sintomas além das dores generalizadas, como, fadiga, distúrbio do sono, síndrome do colón irritável, dentre outros que serão citados mais adiante, bem como indivíduos com maior propensão à depressão. Por razões desconhecidas, os fibromiálgicos apresentam alteração no percurso da dor, amplificando assim a percepção de dor. Numerosos estudos estão sendo realizados, porém, o tratamento da síndrome possui uma grande variedade de alternativas, devido às diferentes manifestações clínicas que variam de indivíduo para indivíduo. O objetivo deste trabalho é verificar as características fisiológicas, emocionais, e sociais que estão implicadas nesta síndrome, bem como, levantar alternativas de enfrentamento aos desafios de uma síndrome crônica, propiciando o ganho de qualidade de vida frente à patologia, visto ser esta, causa de prejuízo a essa qualidade.

Sabe-se que indivíduos portadores de doenças crônicas são mais suscetíveis a apresentarem quadros depressivos, sentimento de culpa, baixa auto-estima, resistência a mudanças. Sendo assim, justifica-se a relevância desse estudo na tentativa de abordar estratégias de enfrentamento que diminuam a sintomatologia e propicie mudança nos padrões comportamentais disfuncionais que possam interferir no dia-a-dia do indivíduo.

## Definindo a Síndrome de Fibromialgia

A síndrome de fibromialgia (SFM) é uma condição dolorosa músculoesquelética, ainda pouco conhecida no meio científico devido o quadro instável de sua sintomatologia. Este capítulo visa apresentar a síndrome, sua etiologia e seus principais sintomas.

De acordo com Goldenberg (2005), “o nome fibromialgia nasceu da junção de três termos: o latim fibra (ou tecido fibroso), o prefixo grego mio, que diz respeito aos músculos, e algia, originário do grego algos, que significa dor” (p.3).

A síndrome da fibromialgia é caracterizada como reumatismo das partes moles por acometer segmentos da coluna e múltiplos pontos dolorosos, chamados de tender points (pontos sensíveis). Há a presença de dor difusa músculoesquelética com ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares. Usando como referência dados do IBGE (2004, citado por Goldenberg, 2005, p.3), “esta síndrome acomete cerca de 2 a 5% da população global. Dentro da população brasileira em meados de julho de 2004, num total de 178 milhões de pessoas no país, estudos registraram algo em torno de 3,5 a 8,9 milhões de pessoas portadoras da síndrome”.

De acordo com Costa, Neto, Tavares – Neto, Kubiak, Dourado, Araújo, Albuquerque e Ribeiro (2005), o Colégio Americano de Reumatologia (1990) destaca três critérios para o diagnóstico da fibromialgia: histórico de dor difusa crônica por mais de três meses de duração, que envolva os quatro quadrantes do corpo e o esqueleto axial, além da presença de 11 de 18 pontos dolorosos, a digito pressão aproximada de 4 kgf no exame físico. A dor obrigatoriamente tem que se manifestar acima e abaixo da cintura, do lado direito e esquerdo do corpo e atingir um segmento da coluna vertebral. Segundo Knoplich (2001), os 18 pontos são os seguintes:

- “1. Nuca: bilateral, na inserção dos músculos suboccipitais.*
- 2. Cervical baixo: bilateral, ligamentos intertransversais anteriores de C5-C7 (quinta e sétima vértebra cervical)*
- 3. Trapézio: bilateral, na origem, acima da escápula perto do bordo medial.*

5. *Segunda costela: bilateral, na segunda articulação do esterno com a costela, na parte superior.*
6. *epicôndilo lateral: bilateral, 2 cm longo dos epicôndilos, do cotovelo.*
7. *Glúteos: bilateral, nos quadrantes superior externo dos músculos da nádega.*
8. *Grande trocanter: bilateral, proeminência trocanteriana posterior do fêmur.*
9. *Joelhos: bilateral, na região mediana da gordura da articulação”(p.20).*

Estes 18 pontos foram destacados a fim de se estabelecer critérios mais específicos para a classificação da síndrome, pois esta, aproximadamente em 1904, pelo médico inglês William Gowers era designada como fibrosite. Este critério foi revalidado no Brasil por Haun, Ferraz e Pollak (1999), devido às diferenças étnicas, econômicas, culturais e sociais entre as diversas populações do mundo, pois os sintomas podem variar e manifestarem-se de formas diferentes. Na pesquisa realizada por esses autores, com uma amostra de 314 pacientes, onde 162 eram fibromiálgicos e 152 eram controles, concluiu-se que a manifestação clínica varia na população brasileira onde a combinação de dor difusa e 9 pontos dolorosos em 18 pontos examinados alcançaram sensibilidade de 93,2%, ou seja, a variação dos pontos sensíveis demonstrou diferenças entre as populações, porém, estas não eliminam o diagnóstico para a fibromialgia.

É relevante citar que a fibromialgia é considerada como uma síndrome, por apresentar diversos sintomas e sinais, além da dor, como fadiga, irritabilidade, dentre outros, podendo variar de paciente para paciente. Segundo Knoplich (2001), além de todo este quadro, sabe-se que há “um distúrbio dentro do sistema nervoso central, tanto em termos de substâncias químicas (principalmente a presença da serotonina), como por problemas de transmissão de estímulos nervosos pelos nervos dos portadores, que sofrem uma alteração ficando mais sensíveis” (p.17). Além do sintoma de dor difusa, outros sintomas parecem ser comuns aos portadores como: fadiga, rigidez matinal, sensibilidade cutânea aumentada, síndrome de colón irritável, dor após pequeno esforço físico e alterações no sono.

Um estudo realizado no Brasil, em Salvador, comprovou o que outros estudos realizados por Wolfe e cols (1990, citados em Costa e Cols, 2005) e Croft e cols (1994, citados em Costa e colaboradores, 2005), também expressaram, que a prevalência da síndrome é maior em mulheres do que em homens, onde o índice é de 3,5% em mulheres para 0,5% em homens. Segundo os mesmos autores, em estudos experimentais a sensibilidade de dor, especialmente em mulheres, parece envolver sensações de dor tônica profunda induzidas por pressão, espasmo vascular e isquemia muscular, como aquelas experimentadas em enxaquecas, câibras e contraturas de músculos.

A fibromialgia pode apresentar-se em qualquer classe social, onde a idade pode variar entre 30 e 60 anos, mas também pode manifestar-se em crianças e adolescentes, porém sendo mais freqüente em mulheres. Estes achados diversificam-se segundo alguns estudiosos, porém percebe-se um meio termo entre as idades de manifestação dos sintomas. Wolfe e Cols (1995, citado em Teixeira, Braum Filho, Márquez e Tchian, 2003) observaram que a prevalência da SFM na população em geral com mais de 18 anos é de 2% e que esta se eleva com a idade, alcançando 23% em mulheres na sétima década. A prevalência é de 89% dos casos em mulheres, sendo a terceira causa de doença reumatológica, principalmente nas mulheres, nos consultórios médicos. De acordo com Waddell (citado em Catalano e Hardin, 2004), “a fibromialgia pode surgir em qualquer idade, porém, estudos apontam a idade entre 35 e 60 anos, onde se acredita que a síndrome não desaparece nunca completamente, sendo mais problemática na meia-idade” (p.194).

### **A Etiopatogenia**

A medicina ainda não conseguiu especificar uma única causa para o aparecimento da síndrome. Vários são os fatores desencadeantes que podem vir associados ou não. Algumas pesquisas citam o fator genético como algo de grande relevância para a manifestação da fibromialgia, como se algumas pessoas nascessem com a tendência para a mesma. De acordo com Goldenberg (2005), “o quadro só se manifestaria a partir do momento em que os desencadeantes

estivessem presentes. A ação desses agentes sobre indivíduos geneticamente predispostos muitas vezes é o suficiente para desequilibrar os mecanismos de modulação da dor e deflagrar a crise” (p.26). Estudos sobre o caráter hereditário da síndrome ainda faz-se necessário. Como não há uma única causa, faz-se necessário o conhecimento de alguns desencadeantes comuns há muitos pacientes.

Segundo Knoplich (2001), a causa mais citada da queixa principal da fibromialgia, relacionada com as dores musculares é a seguinte: “há uma contração muscular contínua que pode ter várias causas: posturas anormais da coluna vertebral, muito frio e fatores emocionais. A contração muscular anormalmente prolongada causa uma contração das artérias e veias que estão dentro do músculo, e isso causa uma falta de oxigênio (hipóxia), que pode causar uma morte celular de algumas fibras do músculo (necrose) que formaria os nós nos músculos, formando os pontos de gatilhos (p.49)”.

Outra causa possível seria proveniente de um trauma físico, um acidente de automóvel, uma queda de escada, uma cirurgia, esforços repetitivos que provocariam modificações químicas acarretando a fibromialgia. De acordo com estudos realizados por Feldman e Helfenstein Jr (1998), onde se investigou pacientes portadores de LER em uma empresa que supostamente não eram portadores da Síndrome de Fibromialgia, verificou-se que uma proporção substancial dos pacientes eram fibromiálgicos, sendo assim mal diagnosticados pelo meio científico, possuidores da síndrome por esforço repetitivo.

O trauma emocional também se encontra na lista dos desencadeantes. Goldenberg (2005), diz que “o estresse após algum evento traumático, as feridas emocionais decorrentes de agressão física ou sexual ou ainda morte, divórcio, brigas e doenças podem exercer tamanho impacto na vida de uma pessoa predisposta a ponto de iniciar uma crise de fibromialgia” (p.28). Porém, afirmar com certeza a causa como emocional é ignorar a cientificidade dos achados a nível orgânico. É preciso avaliar se os problemas emocionais ocorreram antes da aparição da síndrome, sendo causa, ou se eles são resultados da manifestação da mesma proveniente de outros fatores.

O estresse quando não administrado no dia-a-dia pode ser um dos fatores mais significativos na aparição e permanência do quadro sintomático da síndrome devido ao desequilíbrio dos neurotransmissores ligados à dor. Segundo Waddell (citado em Catalano e Hardin, 2004) “um quarto dos pacientes tem histórico de estresse muito mais intenso que o comum, e sentem que esse foi o gatilho para o problema musculoesquelético. O restante dos pacientes não consegue identificar nenhuma causa” (p.194).

Uma má qualidade no sono, como noites mal dormidas, pode gerar um cansaço que possivelmente a pessoa predisposta desenvolverá a síndrome. Grande parte dos pacientes apresenta distúrbios do sono que pode manifestar-se a partir da dificuldade em adormecer, despertares noturnos freqüentes, sono não-restaurador, agitado e superficial, o que faz com que o indivíduo levante extremamente cansado e muitas vezes com o corpo dolorido. A medicina não sabe ao certo se a má qualidade do sono é causa ou conseqüência da fibromialgia. O sono é importante na produção de substâncias químicas que promovem o crescimento dos tecidos e a manutenção da imunidade. Um hormônio muito importante para um sono de qualidade é o hormônio de crescimento, que nos pacientes fibromiálgicos é produzido em menor quantidade o que pode gerar dano aos músculos aumentando assim o nível de dor (citado em Wallace e Wallace, 2005). Um trabalho realizado pelo Dr. Harvey Moldofsky, da Universidade de Toronto, documentou desde os anos de 1970, anormalidades nas ondas cerebrais durante o sono em pacientes com fibromialgia. O padrão de sono normal é caracterizado por quatro fases, sendo que a maior parte do tempo é ocupada por ondas de sono lentas e profundas, chamadas de ondas delta no traçado elétrico do eletroencefalograma. Em pacientes fibromiálgicos percebeu-se uma superposição, uma intrusão de ondas alfa em ondas delta, o que gera um efeito de vigiância, mantendo a pessoa acordada, ou seja, tirando o sujeito do sono profundo. Nesta fase de onda delta a maior parte do hormônio de crescimento é produzida, porém, em pacientes fibromiálgicos a produção se torna menor o que faz com que estes tenham sua energia diminuída, fraqueza muscular para realizar exercícios e cognição comprometida.



Outro fator desencadeante são as alterações hormonais, endócrinas, como alterações da tireóide. O clima frio e úmido pode ser causa do início de uma crise também.

Estudos apontam algumas doenças infecciosas como possível origem da fibromialgia, por exemplo, uma gripe mal curada, vírus como o influenza ou outros suspeitos como o parvovírus, o coxsackie B e o Epstein-Barr, porém não se tem nada comprovado cientificamente.

A literatura científica calcula que cerca de 60% dos casos de fibromialgia nos EUA é possível encontrar o desencadeante da síndrome, nos outros 40% o desencadeante permanece oculto, sendo os mais freqüentes traumas físicos e os traumas emocionais.

### **Os principais sintomas**

O principal sintoma é a dor que pode variar de intensidade e de região. Geralmente, a dor se manifesta pela manhã, podendo piorar na tensão pré-menstrual, no tempo frio e úmido e mediante estresse emocional. A dor tem sido considerada pela classe médica como o quinto sinal relevante dentro da avaliação da saúde, sendo os outros quatro: pressão arterial, freqüência respiratória, temperatura e freqüência cardíaca. Segundo Goldenberg (2005), a Associação Internacional para o Estudo da Dor, diz que “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação basicamente subjetiva, variando sua apresentação de indivíduo para indivíduo” (p.9).

É de extrema relevância ressaltar que a dor da fibromialgia é real. Estudos encontraram evidências no cérebro de portadores da síndrome que caracterizam a dor. Técnicas de imagem como a tomografia por emissão de pósitrons (SPECT), detectaram um aumento na atividade de regiões cerebrais encarregadas de interpretar os estímulos dolorosos. Outro estudo citado por Goldenberg (2005), mostrou que há um aumento de três a quatro vezes nos níveis dos compostos encarregados de levar o estímulo de dor para o cérebro em fibromiálgicos quando comparados a indivíduos saudáveis, o que leva a crer que os portadores sentem mais

dor do que as pessoas que não apresente o quadro. Muitos pacientes descrevem a dor como ardência, rigidez, pontadas, fisgadas e dizem ter a sensação de estar constantemente gripadas.

A dor é o principal sintoma que pode vir associado a outros como um cansaço inexplicável que está presente em cerca de 90% dos pacientes associado à sensação de falta de energia no corpo todo. Esse cansaço está diretamente relacionado à falta de descondicionamento físico que associado aos distúrbios do sono e aos emocionais agravam o quadro.

Outro sintoma é o sono não restaurador e isso inclui a dificuldade para adormecer, para manter o sono durante a noite sem interrupções e/ou dormir a noite toda, mas levantar extremamente cansado. Goldenberg (2005), cita que “no início da década de 1980 foi descoberto que pacientes com fibromialgia não conseguem manter o sono profundo, o que compromete a qualidade do descanso. A falta de um sono restaurador aumenta a fadiga, bem como a contração muscular e a dor” (p.11). Distúrbios do sono associados a fibromialgia possivelmente provocam o aumento do número de pontos dolorosos, muito provavelmente ao se associarem a estresse e a alterações no eixo hipotálamo-hipofisário (Costa e colaboradores, 2005).

Outros distúrbios do sono, como apnéia, mioclonia e síndrome das pernas inquietas podem vir associados à síndrome. Knoplich (2001), diz que “quando a fibromialgia é predominante nos músculos, articulações e ligamentos também é chamada de síndrome miofascial (fáscia é a parte fibrosa do músculo (mio) e externa, que separa um músculo do outro)” (p.47). A dor miofascial é sentida como um desconforto muscular doloroso, ardente, ou com câibras, onde a dor pode ser localizada, afetar apenas um músculo ou um grupo muscular.

## **Aspectos emocionais como determinantes do aparecimento da fibromialgia**

Ao olhar o ser humano como um ser que transcende o biológico, a fibromialgia pode ser estudada por um outro aspecto que está intimamente ligado às sensações, sentimentos, emoções que qualquer indivíduo apresenta. A dor com seu caráter singular permite que sentimentos semelhantes sejam expressos por diferentes indivíduos, porém, em intensidade significados e respostas diferentes. Sabendo que toda patologia possui um caráter emocional, este capítulo tem o intuito de levantar alguns aspectos emocionais que são relevantes na manifestação da síndrome que muitas vezes determinam o aparecimento da dor ou de crises álgicas.

Sabe-se que a dor quando se manifesta não apresenta somente o caráter fisiológico alterado, outros aspectos que estão interligados também se expressam, deixando a entender que a dor é um complexo de sintomas e expressões que se expressam no físico bem como no emocional, no social, no espiritual e até mesmo num aspecto financeiro da dor, possuindo assim um caráter biopsicossocial. Segundo Delgado (1988), “o aspecto emocional da dor crônica talvez seja aquele mais conhecido e o que mais chama a atenção de imediato. Estabelece-se um círculo vicioso: a dor crônica leva à ansiedade e, esta, por sua vez, à depressão e insônia” (p.11). De acordo com Turk e Cols (2002, citado em Fernandes, 2003), os fatores biopsicossociais se retroalimentam e são determinantes no surgimento e manutenção da fibromialgia e demais dores crônicas.

Uma grande estudiosa da síndrome da Fibromialgia no Brasil, Doutora Evelin Goldenberg, em seu livro intitulado “O coração sente, o corpo dói”, publicado em 2005, relata que “a dor no corpo muitas vezes reflete uma dor mais profunda, guardada no fundo do peito”. A mesma conclui que os fatores emocionais podem desencadear, manter e agravar os sintomas da fibromialgia, mas não quer dizer que a dor e os outros sintomas sejam psicológicos. Enfatiza, porém, que “a dor é real e debilitante” (p. 32).

Grande parte dos pacientes fibromiálgicos sofre por uma dor física, muitas vezes incapacitante, porém, sofrem de uma dor emocional cujo espectro se revela pela incompreensão dos próprios médicos, familiares e pessoas mais próximas. A

dor física traz consigo um sofrimento emocional, o de não compreender de onde vem à dor e porque dói tanto.

A fibromialgia pode ser desencadeada por diversos fatores e dentre eles, está o estresse emocional, que pode ser decorrente de um divórcio, de uma briga em família, de uma insatisfação no trabalho, de uma grande decepção, dentre outras situações, onde a demanda que se apresenta não é assimilada totalmente pelo indivíduo, que juntamente com outros fatores acaba por desencadear as dores no corpo e os outros sintomas. Estudos mostram também que pacientes com fibromialgia possuem uma capacidade menor para lidar com os problemas diários e que são mais suscetíveis a estresse psicológico. A medicina não sabe afirmar qual a principal causa que desencadeia a dor, porém, estudos revelam que o fator emocional possui grande relevância nas manifestações da síndrome.

Segundo Wallace e Wallace (2005), “a fibromialgia é uma desordem do espectro afetivo, em que a desordem psicológica primária, com uma possível anomalia herdada, leva ao aumento da dor e a queixas relacionadas com a fibromialgia” (p.153). Os mesmos autores questionam se a síndrome é uma manifestação de um distúrbio psicológico ou uma desordem psicológica de aumento da dor. Acreditam que a segunda explicação seja mais adequada, pois se sabe que anormalidades bioquímicas, como o aumento da substância P no líquido, tem sido encontradas que não se correlacionam com anormalidades psicológicas. Outra avaliação é que a fibromialgia freqüentemente acontece em condições tais como, a escoliose, que não estão associadas a qualquer desordem comportamental. E o terceiro aspecto avaliado pelos mesmos autores, é que em estudos, somente um pequeno número de pacientes apresentam algum tipo de comprometimento psicossocial significativo.

Diante do quadro que se apresenta na fibromialgia, o fato do emocional vir a se desestabilizar, não quer dizer que a causa tem sua origem a partir daí. A dor física pode levar o indivíduo a apresentar quadros depressivos, irritabilidade, isolamento, ansiedade, dentre outros, o que pode influenciar no aumento e/ou manutenção da dor. De acordo com Goldenberg (2005), estudos demonstraram que as emoções interferem na modulação da dor. Portanto, os fatores psicológicos possuem grande influência nas manifestações da fibromialgia. De acordo com

Henry (1989, citado em Ferreira, Marques, Matsutani, Vasconcellos e Mendonça, 2002), “a dor, principal característica da fibromialgia, é diferente de qualquer outra impressão sensorial porque se caracteriza não somente pela dimensão sensório-discriminativa que o indivíduo vivencia, mas também pelo importante componente afetivo-emocional, que constitui a dimensão afetivo-motivacional da dor” (p.105).

A história de vida de indivíduos fibromiálgicos tem sido questionada, podendo exercer um impacto nos mecanismos da percepção da dor. De acordo com Goldenberg, (2005), cogita-se que os agentes estressores na infância condicionam a resposta biológica ao estresse pelos anos afora. Isso talvez explique a alta incidência de dor crônica em indivíduos que sofreram eventos traumáticos na primeira década de vida.

As dores e os sintomas parecem que possuem um ciclo onde um fator social desencadeia um fator psíquico e posteriormente um fator orgânico. Segundo Knoplich (2001), haveria um ciclo da dor formado da seguinte forma: a tensão emocional causaria uma falta de oxigênio no músculo, resultando na dor. O hipocampo é a região no cérebro onde a emoção tem sua origem. Certas substâncias como a serotonina, adrenalina, noradrenalina que controlam essa expressão são produzidas nesta região. Quando um desequilíbrio acontece na produção das mesmas, dá-se início a alguns processos característicos da fibromialgia como estresse, depressão, ansiedade, raiva e medo.

De acordo com Waddell (citado em Catalano e Hardin, 2004), “alguns pesquisadores acreditam que os fatores emocionais têm papel importante nessa síndrome, outros negam veementemente que seja assim, portanto, o que se sabe é que em qualquer doença crônica tem que se questionar se os problemas emocionais ocorreram antes da doença ou se eles se desenvolveram em resultado da doença, ou depois dela” (p. 195). Ainda há muitas controvérsias na medicina quanto à casualidade da dor, se é ou não uma manifestação de trauma psicológico, depressão. Essa dificuldade é devida à divisão que houve entre corpo e mente, o que faz com que muitos médicos não investiguem a história emocional do paciente, bem como aquele que trata da mente não examina a história fisiológica, orgânica. Outro fator relevante é a dificuldade na investigação dos

mecanismos responsáveis pela dor crônica que faz com que aquilo que não pode ser visto passe a ser visto como emocional.

Segundo Waddell (citado em Catalano e Hardin, 2004), alguns estudos sugerem que:

*“a maioria das pessoas que sofrem de fibromialgia não parece estar fora das normas de saúde emocional. Não existe concordância entre os especialistas sobre o papel dos fatores emocionais na fibromialgia, que eles sejam considerados causa ou resultado do problema. Entretanto, muitos observaram que o estresse certamente parece piorar os sintomas da fibromialgia, e com o decorrer do tempo, a pessoa pode ficar deprimida por sentir-se cansada e “extenuada””(p.195).*

O enfrentamento da dor é bastante difícil. Sentir-se mal grande parte do tempo, com uma sensação de fadiga, dor, espasmo, sono não restaurador, baixa imunidade, colón irritável, dificuldade de concentração ou para realizar algo, fazem com que os portadores da síndrome da fibromialgia reajam muitas vezes com certas atitudes específicas, emoções e alterações comportamentais, como a ansiedade, a raiva, a culpa, a perda de auto-estima, depressão, medo, estresse, etc. Segundo Yunus, Masi, Calabro e Shah (1982, citado em Ferreira e Cols, 2002), “evidências clínicas sugerem que a ansiedade, tensão, depressão, alteração do padrão de sono, fatores climáticos, trabalho excessivo e determinadas atividades físicas alteram o ciclo de dor-espasmo muscular-dor” (p.105).

Wallace e Wallace (2005), dizem que a ansiedade está presente em mais de 70% dos pacientes com fibromialgia, em alguns pontos, durante o curso da síndrome. Podendo manifestar-se por respiração curta, palpitações, tonteiras, fotofobia, suor nas palmas das mãos, tremores, dores no peito, ondas de calor e em casos extremos, uma sensação de perigo iminente ou pânico. A ansiedade piora os sintomas da fibromialgia que algumas vezes podem ser difíceis de diferenciar dos da ansiedade. Segundo Lobato (1992, citado em Angelotti, 2001) “a resposta emocional básica do indivíduo à dor, tendo em vista que ela representa um evento ameaçador, é a da ansiedade aguda e todas as reações fisiológicas que a acompanham” (p.539).

O indivíduo que está exposto a um quadro de dor vai apresentar essa ansiedade, como forma de defesa ao que está acontecendo ou pode vir a acontecer. A sensação de ansiedade pode se tornar perturbadora, por exemplo, quando um indivíduo precisa executar uma tarefa e antes mesmo de realizá-la inicia-se uma angústia quanto ao aparecimento da dor em maior intensidade ou até mesmo a dificuldade para a realização da mesma. A ansiedade aumenta a probabilidade da percepção da dor.

Acredita-se que um outro fator psicológico mais pesquisado nos pacientes com dor crônica seja a depressão. Goldenberg (2005), “relata que a depressão é uma condição comum entre portadores de fibromialgia. Cerca de 25% dos pacientes apresentam o quadro no momento do diagnóstico e 50% têm histórico de depressão” (p.19). Geralmente, essa depressão é relatada como um sentimento de tristeza inexplicável e falta de vontade para realizar as tarefas cotidianas. Segundo Gatchel (1996, citado em Angelloti, 2001), alguns pacientes, mas não todos, desenvolvem depressão secundária pela dor crônica. A dor parece produzir uma alteração permanente na vida do indivíduo, o que faz com que o seu comportamento se modifique, influenciando deste modo, sua vida familiar e social.

Estudiosos da síndrome questionam se esta é uma manifestação da depressão ou se a depressão é manifestada devido à síndrome. Um estudo apontado por Goldenberg (2005), descreveu que cerca de 18% dos pacientes com fibromialgia apresentaram evidências de uma depressão importante e 58% mostraram uma história de depressão em sua vida. Outro estudo realizado por Haun e Cols (1990, citado em Costa e Cols, 2005) relata a presença de depressão em 38% dos pacientes com a síndrome e ansiedade em 64%. Observou-se também o relato por parte dos pacientes quanto à insatisfação com a qualidade de vida e estresse. Concluiu-se que a maioria dos pacientes não é seriamente deprimida e que se estão deprimidos é geralmente porque não se sentem bem. Esse tipo de depressão é chamada de reativa, o que se diferencia da depressão endógena, que é causada por desequilíbrio químico e de difícil tratamento. Esta depressão reativa é resultante da persistência da dor, por meses ou anos, o que leva os indivíduos a vivenciarem conseqüências profundas, como autodestruição

de si mesmo e pensamentos negativistas, bem como a perda de interesse e prazer nas atividades diárias.

De acordo com Wallace e Wallace (2005), a depressão pode levar a pessoa a experimentar uma sensação de inutilidade, alterações no sono e apetite, baixa auto-estima, incapacidade de concentração, perda da energia, fadiga, dentre outras queixas. O limiar de dor é mais baixo, o que afeta o corpo, o humor, os relacionamentos e as atividades físicas e diárias.

A Medicina ainda apresenta controvérsia quanto à causa e origem da depressão em pacientes fibromiálgicos, porém, o que se nota é que grande parte dos pacientes relata episódios de depressão, principalmente durante a presença constante da dor, levando-os ao desinteresse e ao desânimo, trazendo sérias conseqüências a nível social, as quais serão abordadas mais adiante.

Outro fator de grande prevalência dentro do estudo desta síndrome é o estresse. Abordado por Lipp e Malagris (1995, citado em Angelloti, 2001), “o estresse pode provocar uma reação orgânica, com componentes físicos e/ou psicológicos, tendo como causa as alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se depara com situações que podem ser agradáveis ou desagradáveis, como é o caso da dor” (p.541).

Uma recente pesquisa citada por Wallace e Wallace (2005) “sugere que 63% dos pacientes com fibromialgia sentem que o estresse é um fator preponderante na influência de seus sinais, sintomas e curso da doença” (p.192). O estresse libera elementos químicos que agravam ou aceleram sintomas dolorosos e a fadiga. O estresse cotidiano em pacientes fibromiálgicos quando não administrado pode levar o paciente à perda do controle, físico, a nível de dor e do controle emocional, até mesmo um evento estressante passado pode desencadear a síndrome depois de anos ou décadas. Segundo Teixeira e Cols (2003), é possível que o estresse desempenhe papel relevante na mediação e perpetuação da síndrome. Muitos pacientes relatam que a síndrome apresentou-se após um evento traumático, estresse crônico ou traumatismos. Segundo Riberto (2004), tanto os traumas físicos como os emocionais de acordo com a literatura científica estão associados ao aparecimento de dor, porém, os pacientes



relacionam mais os seus sintomas ao estresse emocional e a sobrecarga do aparelho locomotor, como: esforço, má postura ou lesão.

Alguns sintomas se expressam sob a forma de estresse através do aumento dos batimentos cardíacos, a pressão sanguínea aumenta, a sudorese se intensifica. De acordo com Catalano e Hardin (2004), “a adrenalina e outros hormônios são liberados na corrente sanguínea, provocando vasoconstrição na periferia e aumento do tônus muscular” (p.57).

Além desses sintomas nota-se que o estresse psicossocial pode ser um possível fator etiológico em doenças músculoesqueléticas. Henrikson (1994, citado em Ferreira e Cols, 2002) comparou o resultado de um estudo com mulheres fibromiálgicas e com artrite reumatóide, com relação à percepção dos sintomas e conseqüências na vida diária. Foi concluído que as pacientes fibromiálgicas possuíam valores mais baixos na avaliação física, porém, valores mais altos na vivência psicossocial. Nota-se, portanto, que fatores físicos e emocionais podem variar de paciente para paciente, de acordo com o nível de enfrentamento da doença.

Conforme Catalano e Hardin (2004), um fator significativo é a própria dor, que apresenta um caráter subjetivo causando, portanto, diferentes reações nos indivíduos. Para uns, os aspectos estressantes da vida podem ser grandes obstáculos, para outros a vivência em família pode ficar abalada, a vida sexual comprometida, para outros, surgiria uma incapacidade funcional ou doméstica. Sendo assim, a dor como agente estressor pode gerar outros agentes estressores.

Diante dos estudos apresentados acredita-se que ansiedade e estresse podem agravar a fibromialgia. A depressão e a ansiedade podem estar presentes nesta síndrome dolorosa mal compreendida, porém, mais como conseqüência do que causa.

### **Características Psicológicas**

Segundo Oliveira e Camões (2003), historicamente, sujeitos que apresentem dores crônicas, são reconhecidos por possuírem uma personalidade estereotipada. Assim, são comuns, nos primórdios da literatura psicossomática,

termos como personalidade enxaquecosa e personalidade reumática; da mesma forma a personalidade dos doentes de fibromialgia é bem caracterizada. Conforme Rachlin (1994) citado pelas mesmas autoras:

*“...os pacientes possuem padrões elevados de exigência de si mesmo e dos outros, são cautelosos, honestos, asseados, éticos, persistentes, trabalhadores e virtuosos. O desgaste físico e mental para manter esta imagem social é enorme, o que acarreta estresse e tensão, dois fatores inimigos e cruciais nos pacientes com fibromialgia. Rachlin informa, que geralmente estes pacientes possuem uma história de vida anterior à doença, que tem uma performance exemplar no trabalho, tendo por vezes mais que um emprego, sentindo-se desconfortáveis nos períodos de férias, com pouco tempo dedicado ao descanso e patologicamente auto confiantes”(p.4).*

Conforme Wallace e Wallace (2004), perfis de personalidade parecem caracterizar pacientes fibromiálgicos. A maioria dos portadores da síndrome quando questionados quanto ao modo de ser como pessoa, se dizem perfeccionistas, com senso de ordem aguçado, responsabilidade excessiva e gostam de controlar situações. Smythe (citado em Waddell, 2004) descreve os portadores como “pessoas que parecem estar em” sobremarcha “” (p.194). Mesmo com dor a pessoa continua realizando seus afazeres e muitas vezes até mesmo acrescentando novas ações e atividades. Goldenberg (2005) diz que:

*“... pesquisadores tentaram identificar características psicológicas comuns aos portadores de fibromialgia e descobriram, por exemplo, tendências perfeccionistas. São eficientes, organizadas e gostam de fazer listas. Uma infecção, um trauma, pressões familiares ou desafios profissionais rompem seu delicado equilíbrio. Por medo de rejeição, tentam manter o ritmo normal, o que faz a ansiedade subir a níveis perigosos, a ponto de atrapalhar o sono. Daí é um passo para o surgimento de dores. O mal-estar é mais um motivo para aumentar suas cobranças, porém, a incapacidade de atender suas expectativas compromete sua auto-estima” (p.36).*

Os pacientes com fibromialgia, que apresentam estes traços de personalidade, na maioria dos casos, chegam aos consultórios com queixas de sofrimento psíquico, além da dor física. Os pacientes fibromiálgicos se cobram excessivamente, numa tentativa de manter o equilíbrio da vida, porém, o estilo da mesma é desprazeroso e muitas vezes agitado. Somente quando percebem que a maneira como estão vivendo a vida não permite que eles sejam felizes, o paciente parece iniciar uma busca por uma melhor qualidade de vida, onde o bem-estar físico, psíquico e social esteja em equilíbrio.

## Aspectos Sociais

Sabe-se que qualquer dor, aguda ou crônica, quando não controlada provoca alterações em nível físico, emocional e social. A dor provoca diversas reações de acordo com cada indivíduo, uns são mais fortes, outros mais sensíveis, alguns suportam com facilidade, outros se sentem desamparados, com medo, alguns são rápidos na procura por ajuda, outros se sentem paralisados, dentre tantas outras situações. O mesmo acontece com os portadores da síndrome de fibromialgia, principalmente, por se tratar de uma síndrome de difícil controle e conhecimento do meio científico. Goldenberg (2005) relata um estudo onde foi quantificado o impacto da fibromialgia no ajustamento social: verificou-se que 30% dos pacientes mudam de trabalho e 17% param de trabalhar. Este capítulo tem o intuito de mostrar como a dor pode influenciar significativamente o social, enquanto, relações familiares, trabalhistas, relações pessoais, interação da dor com a auto-estima da pessoa, o valor enquanto pessoa, a sensação de não conseguir realizar as tarefas diárias e outros fatores, ou seja, verificar como a dor pode ser provocadora da desadaptação social de um paciente, bem como, analisar como a falta de habilidades sociais, as dificuldades a nível social podem apresentar-se como fator desencadeante da dor.

Segundo Yeng, Teixeira, Romano, Picarrelli, Yuan e D'Andrea Greve (2003):

*“a dor evoca emoções e fantasias, muitas vezes incapacitantes, que traduzem o sofrimento, incertezas, medo da incapacidade e da desfiguração, medo de que o trabalho possa agravar o quadro clínico, preocupações com perdas materiais e sociais, limitações para a execução das atividades de vida diária, profissionais, sociais e familiares, comprometimento do sono, do apetite e do lazer. A dor crônica pode modificar os projetos de vida dos doentes e gerar incapacidades profissionais, sociais e familiares, devida à perda da identidade dos indivíduos nos ambientes de trabalho, na família e na sociedade” (p.316).*

De acordo com Wallace e Wallace (2005), “um dos maiores problemas encontrados pelos pacientes com fibromialgia é a dificuldade em comunicar como eles realmente se sentem. As queixas podem ser subjetivas e difíceis de verificar e quantificar” (p.73). A dor, juntamente com os sintomas são persistentes e aparecem muitas vezes sem uma origem definida concretamente pelos pacientes. Grande parte dos indivíduos percorrem diversas especialidades médicas, com uma pilha de exames e não obtêm um diagnóstico correto. O desgaste emocional e o comprometimento social se iniciam a partir dessa procura por um alívio, porém, sem grandes sucessos. O paciente pode começar a apresentar apatia e desânimo, isolamento das pessoas do seu convívio, bem como, iniciar um processo de apresentação de atestados médicos no trabalho por não se sentir bem e nem capaz de realizar suas funções. Goldenberg (2005) diz que a pior consequência deste quadro é a perda da qualidade de vida, pois os sintomas e as dores começam a atrapalhar as atividades diárias, os contatos sociais ficam limitados, podendo inclusive, ocorrer rompimento de laços familiares.

Outro fator que é muito citado pelos pacientes é o fato das pessoas não acreditarem que eles têm um problema e que este é real. Um manifesto da Fundação de Portadores de Fibromialgia e Síndrome da fadiga Crônica da Espanha citado em Goldenberg (2005) diz que “a dor que limita e empobrece a qualidade de vida, soma-se a dor moral que uma enfermidade desconhecida produz, a dor de uma sociedade que despreza e ignora, a dor de não sentir-se acreditado” (p.6). A maioria dos pacientes, antes de serem diagnosticados com a síndrome, já passou pela situação de alguém ou algum médico dizer que ele parece estar bem e que não há nada de errado, talvez seja depressão ou estresse. O não acreditar que algo não está bem, gera no paciente um sentimento de angústia e de incompreensão, podendo assim suas dores aumentarem em decorrência do desgaste emocional.

Diversos sentimentos fazem parte do espectro social e emocional de indivíduos expostos à dor crônica. A perda da auto-estima é um deles, que de acordo com Wallace e Wallace (2005), pode fazer com que “os indivíduos não possam realizar suas metas profissionais, perdem assim a habilidade de auto-suporte, não se encaixam nas atividades comunitárias ou experimentam

alterações cognitivas e dificuldades de concentração. Isso pode levar a um relacionamento difícil com os amigos e familiares e ter como conseqüência a perda da auto-estima” (p.187). O mesmo acontece com a raiva, que faz com que o paciente que não está se sentindo bem enrijeça os músculos e agrave a fibromialgia. A culpa e a vergonha também fazem parte desses sentimentos, pois muitos pacientes por não conseguirem realizar suas tarefas normalmente lamentam muito “o não poder”, levando-os ao medo de falhar e de serem rejeitados, apresentando assim a dificuldade para lidar com a crítica, o que é visto como uma ameaça às suas relações interpessoais.

Segundo Berber, Kupek e Berber (2005), a síndrome de fibromialgia pode variar desde sintomas leves até casos em que as dores, fadiga e depressão sejam tão intensas que impeçam o desempenho da atividade laboral e social. “A incapacidade funcional dos fibromiálgicos reflete-se adversamente no desempenho ocupacional, dificultando a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas. Os sintomas da fibromialgia causam grande impacto no cotidiano e promovem a ruptura da rotina, cuja conseqüência tende a se manter ao longo do tempo, em razão da cronicidade da doença” (p.48). Talvez um dos campos que podem ser mais comprometidos em decorrência dessa cronicidade seja o campo profissional, onde a habilidade para a execução de tarefas pode estar diminuída, ou muitas vezes, até suprimida.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos com 1500 indivíduos observou que 30% dos pacientes fibromiálgicos tiveram de mudar de emprego e 30% precisaram encontrar alguma forma para acomodar seus sintomas. De acordo com Wallace e Wallace (2005), 6 a 15% dos pacientes com fibromialgia apresentam alguma incapacidade. Num ambiente de trabalho quando se questiona a impossibilidade de realizar funções devido à dor, criam-se muitos problemas, visto ser, a dor, uma sensação subjetiva e de difícil compreensão para quem não a está sentindo. Para os pacientes de fibromialgia, além da dor, outros fatores precisam ser considerados, como funcionamento cognitivo comprometido (confusão da memória, incapacidade para pensar claramente), fadiga, estresse e ambientes de trabalho frios e úmidos. Porém, de acordo com Wolfe e Potter (1996, citado em Helfenstein e Feldman, 1998), nos países industrializados,

apenas uma minoria dos pacientes fibromiálgicos é reconhecida como incapacitada para o trabalho e consegue na Justiça alguma espécie de compensação financeira. Geralmente, os pacientes possuem um desempenho acima do que eles próprios reconhecem.

Waylonis (1994, citado em Kazyama, Yeng e Teixeira, 2003) avaliou as ocupações mais freqüentes associadas aos portadores de fibromialgia e constatou que 20% estão ligadas a trabalho em escritório, 14% ligadas a profissões da área de saúde, 11% à educação e 8% estavam desempregados.

O mesmo autor concluiu que:

*“...digitar, manter-se sentado, caminhar durante muito tempo, estresse, elevação de peso, inclinação e realização de movimentos repetitivos de levantar-se, foram atividades que pioravam os sintomas da fibromialgia. Atividades repetitivas prolongadas, manutenção de qualquer posição durante longos períodos de tempo e tarefas muito estressantes não eram toleradas pelos doentes. Ocupações discretamente sedentárias que permitiam tarefas variadas e mudanças de posição eram melhor toleradas” (p.290).*

Quanto às relações familiares podem ser comprometidas dependendo do nível de aceitação e compreensão por parte dos familiares quanto à síndrome. Os pacientes podem se sentir desamparados a partir do momento em que fisicamente não se consegue comprovar uma lesão ou inflamação, o que os familiares a não acreditarem que o sofrimento do paciente e sua dor são reais. Essa falta de credibilidade pode dar início a episódios de retraimento social ou isolamento, gerar tristeza, apatia e até mesmo depressão, brigas e desentendimento entre os indivíduos.

Fatores como o desajuste social, seja ocupacional, familiar ou interpessoal podem ser agravantes no desencadeamento da dor, principalmente no quadro de fibromialgia. Qualquer situação que leve a uma quebra do equilíbrio interno e exija alguma adaptação, pode se tornar um agente estressor, mesmo que a situação seja positiva, pois a pessoa precisa despender energia para adaptar-se. A maneira como cada indivíduo enfrenta as situações diárias variam de acordo com a história

de vida, de condicionamento de cada um, porém, indivíduos mais suscetíveis ao desequilíbrio podem ter de enfrentar situações que gerarão dor em diferentes níveis e situações.

Um ambiente de trabalho desfavorável do ponto de vista do indivíduo, seja ele portador ou não da fibromialgia, como, chefia intransigente e autoritária, condições físicas inadequadas, colegas de trabalho pouco colaborativos ou excessivamente competitivos, horário inadequado e prazos irrealistas, entre outros específicos da situação de cada pessoa, pode gerar angústia e ansiedade, dificuldade de socialização, baixa expectativa, gerando impacto no ambiente de trabalho bem como no próprio indivíduo e principalmente em sua saúde. De acordo com Lipp e Malagris (2001), a auto-estima do indivíduo pode ficar abalada, “poderá ter problemas no seu papel familiar, sentindo-se, por exemplo, inseguro quanto à sua contribuição na manutenção da família” (p.484). Isso contribui para a criação de relações tensas e conflituosas, o indivíduo costuma isolar-se, pode tornar-se uma pessoa amargurada e sentir-se todo o tempo cansado, conseqüentemente, as áreas afetiva e social, bem como a relacionada à saúde, debilitam-se, o que gera ou aumenta para um paciente fibromiálgico o quadro de dor, bem como, é fator desencadeante de crises álgicas.

Outro fator que é significativo na desadaptação social e que propicia o aparecimento da dor são as relações familiares que quando ameaçadas podem ser causa de grande prejuízo emocional bem como fisiológico. Segundo Lipp (1999, citado em Lipp e Malagris, 2001), “considerando os estressores da própria família, pode-se citar relacionamentos conturbados, filhos com dificuldades emocionais ou de aprendizagem, problemas de saúde, pressões e exigências excessivas, sobrecarga com excesso de responsabilidade, entre outros. Como a família é, em geral, o principal ponto de suporte de uma pessoa, problemas nessa área podem desequilibrar o indivíduo, gerando conseqüências que contaminarão outros contextos de sua vida” (p.485). O indivíduo fibromiálgico pode apresentar as dores e sintomas a partir dessa dificuldade no contexto familiar, as relações se tornam estressante o que prejudica o equilíbrio da família e do indivíduo, que pode sentir-se culpado pelas situações ou responsável por resolvê-las, cobrando de si uma postura ativa, porém, autodestrutiva.



Lipp e Malagris (2001) enfatizam alguns fatores sociais que interferem no enfrentamento da dor como agentes estressores, “sentimentos de rejeição real ou imaginária, falta de habilidade de comunicação e interação social, falta de assertividade, grupos hostis, discriminações, etc” (p.485). Esses fatores podem trazer um sofrimento para o indivíduo, a partir do momento em que os mesmos geram isolamento bem como, irritabilidade, perda do senso do humor, hipersensibilidade, dentre outras reações, que expressam a inabilidade do indivíduo frente ao seu contexto social, podendo assim expressar-se como dor fibromiálgica.

O desajuste social seja ele manifestado no trabalho, na família ou nas relações interpessoais, parece ter um grande impacto na manifestação da dor na fibromialgia. O estresse provocado pela dificuldade de enfrentamento de algumas situações contribui para o aumento e/ou aparecimento da dor e seus sintomas, bem como, o estresse familiar, profissional, pessoal, parecem aumentar os sintomas da fibromialgia gerando dor, podendo desencadear crises álgicas. A maioria dos pacientes relatam que esse tipo de estresse são determinantes na manifestação da dor, ficando claro que, o ambiente influencia significativamente na resposta do organismo.

## **Influência dos fatores fisiológicos, emocionais e sociais na qualidade de vida dos pacientes fibromiálgicos.**

O conceito de qualidade de vida é estudado há muitos anos, abrangendo assim aspectos da existência do indivíduo, como a cultura, a estética, a política, a economia e a ecologia, porém, não há um consenso sobre sua definição (Soares, Rangé, Mendowicz, Fontenelle e Pereira, 2003). Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou saúde como: “completo bem-estar, físico, mental e social e não meramente a ausência de enfermidade”. Porém, esse conceito apresentou-se controverso no meio científico, o que levou a OMS a reunir, segundo Soares e Cols (2003), especialistas de várias partes do mundo que a definiram como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, 2000, p.34, citado em Soares e Cols, 2003). Isso implica dizer que o impacto gerado pela síndrome de fibromialgia é capaz de produzir conseqüências em nível biopsicossocial, dificultando o indivíduo a adaptar-se à nova rotina imposta, aumentando a possibilidade de que haja isolamento (social, familiar, profissional) e interferindo substancialmente em vários aspectos de sua vida. Ao se pensar nesse conceito dentro da Síndrome de Fibromialgia, a saúde estará sempre comprometida, visto esta apresentar diversos distúrbios, seja no físico, no psíquico e no social.

O presente capítulo visa apresentar a influência dos fatores que perpassam a síndrome, como: condicionamento físico, funcionalidade física e social, emocional, dor e percepção da saúde e que influenciam a maneira como cada indivíduo lida com os mesmos, os quais modificam a qualidade de vida dos pacientes. A fibromialgia é uma síndrome, cuja patologia não é maligna e que possui características diversas e complexas que repercute no estilo de vida de seus portadores. Grande parte dos pacientes aponta um declínio na qualidade de vida, decorrente das dores e sintomas e suas implicações nas diversas áreas da vida.

Como afirma Barros (2004):

*“...o doente com dor crônica freqüentemente experimenta modificações dramáticas no seu estilo de vida, que resultam do sofrimento persistente provocado pela dor, com repercussões sobre o modo como ele percebe a sua qualidade de vida. Tanto a dor associada ao câncer como a dor crônica devida a patologias não malignas produz alterações no funcionamento diário nas percepções de bem-estar e satisfação determinantes da qualidade da existência de uma pessoa “(p. 189)”.*

Segundo Martinez, Cruz, Aranta, Lagoa e Boulos (2002), “o impacto da fibromialgia na qualidade de vida tem se demonstrado importante, a ponto de se compará-la com doenças deformantes como a artrite reumatóide. Este impacto e, mesmo a modulação de seus sintomas são dependentes da forma como cada paciente adapta-se aos sintomas” (p 34). Esse enfrentamento se apresentará por meio da interpretação dos benefícios e adversidades do indivíduo frente ao tratamento médico, que se dará de acordo com seus valores, crenças e julgamentos. Para Ware (1984, citado em Barros, 2004) existem algumas variáveis que organizam a qualidade de vida. Iniciando-se pelos parâmetros fisiológicos da doença, passando pelo funcionamento pessoal, que é a capacidade de realizar atividades diárias, indo para o estado psicológico e a percepção geral de saúde e por último o funcionamento e o papel social, que se refere à capacidade para a execução das atividades usuais, como emprego, escola e serviço de casa. Uma pessoa que passa grande parte do tempo sentindo dores e cansada vai apresentar dificuldades de vivenciar situações cotidianas da vida. A dor pode gerar limitação funcional, não permitindo que o indivíduo se desenvolva adequadamente dentro do seu trabalho, por exemplo. Dependendo do nível de dor o indivíduo pode se sentir incapaz para realização de suas tarefas, optando assim pelo isolamento ou afastamento de seu ambiente.

A alteração fisiológica que se apresenta num quadro de fibromialgia se expressa como dor persistente, fadiga, distúrbio do sono, alterações hormonais, disfunção de pressão arterial, como a desautonomia, dentre outros, bem como os efeitos colaterais das medicações que podem modificar o funcionamento geral do organismo. Essas alterações podem gerar na vida do paciente um certo desajuste,

que se não tratado de forma adequada traz sérias limitações. Segundo Araújo, Linhares e Coelho (2004), “indivíduos com dores crônicas, em geral, possuem uma longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento laborativo e físico e descrença com o tratamento, devido a experiências anteriores, nas quais os resultados foram insatisfatórios. Tais condições podem favorecer a não adesão, prolongar a dor e o sofrimento, ocasionar prejuízos à funcionalidade física e psíquica e deteriorar a qualidade de vida” (p. 5).

De acordo com Martinez e Cols (2002), um estudo verificou que a maioria dos pacientes relatou o fato de suas queixas não serem muitas vezes aceitas como doença e a indiferença decorrente disto. “A ausência de modificações no aspecto físico e a falta de confirmação através de exames subsidiários geram uma desconfiança deles próprios de que o seu problema pode ser puramente emocional. Esta desconfiança se alia à reação de indiferença das pessoas com quem convivem, para criar uma tensão constante” (p. 36). Diante do quadro de fibromialgia percebem-se alterações em áreas diversas que podem ser simultâneas ou não, o que provoca uma diminuição da qualidade de vida. O paciente passa por uma série de exames, onde não se diagnostica nada, posteriormente, ele pode ouvir de pessoas que o que ele sente é “frescura”, ou que “vai passar” e isso pode iniciar um problema de frustração e/ ou depressão. O mesmo percorre diferentes especialidades médicas, a fim de encontrar uma solução plausível para o seu problema, nesse meio tempo as relações interpessoais se tornam distantes e hostis e o equilíbrio emocional pode ficar desestruturado.

Segundo o relato de alguns pacientes é possível perceber que grande parte dos fibromiálgicos tem a tendência a serem demasiadamente responsáveis, organizados, rígidos e exigentes. Sendo assim, o nível de estresse dessas pessoas permanece alterado, o que influencia significativamente no aumento da dor, e na qualidade de vida. Quando se vêem limitados podem exigir-se mais ainda, o que não contribui para a melhora do quadro. Segundo Kaziyama e Cols (2004):

*“os sintomas de SFM causam grande impacto sobre o cotidiano dos doentes, promovem rotura das rotinas, cujas conseqüências tendem a*

*manter-se ao longo do tempo, devido a cronicidade da condição causal, influenciam o processo de avaliação cognitiva, modificam os valores de vida dos indivíduos e induzem no doente comportamento adaptativo no cotidiano os impactos sociais que desestabilizam as relações familiares restringem o contato social e interferem nos hábitos e rotinas dos doentes, obrigam-nos a esforços contínuos de adaptação às novas realidades” (p. 301).*

A maneira como cada paciente enfrenta a síndrome é que vai permitir que o mesmo tenha uma qualidade de vida, mesmo com todas as implicações que uma doença crônica pode impor, como a tomada de medicação constantemente, os diversos efeitos colaterais que podem surgir em decorrência da mesma, as crises ou recaídas, o próprio fato de não se ter cura, a impossibilidade de realizar tarefas que eram comuns e que agora já não podem ser executadas, ou tem sua eficácia diminuída. O paciente fibromiálgico terá de repensar sua estrutura de vida, procurando encontrar em novas situações uma maneira de amenizar seu sofrimento ou o aparecimento das dores, pensando sempre no alcance de um estilo de vida de qualidade.

### **Tratamento da fibromialgia segundo a Análise do comportamento.**

A Terapia comportamental surgiu a partir dos trabalhos de condicionamento reflexo de respostas de medo desenvolvidos na década de 20, por Watson e Rayner, tendo a influência de estudiosos da área clínica comportamental, como Thorndike, Hull, Guthrie e Skinner. Eysenky, em 1960, organiza uma obra que origina a primeira revista de Terapia Comportamental. O trabalho de condicionamento reflexo referia-se aos comportamentos como reflexos, onde as respostas são eliciadas por estímulos. Skinner, por volta da década de 50, apresenta um estudo que possui um caráter behaviorista diferente - a Modificação do Comportamento, que tinha como foco o paradigma do condicionamento operante, ou seja, “uma classe de respostas cuja probabilidade de ocorrência é função de suas conseqüências” (Skinner, 1963/1965 citado em Costa, 2002). Skinner utilizou o paradigma da tríplice contingência, Sd-R-Sr, onde Sd é o estímulo discriminativo que sinaliza a ocasião para o reforço, R é a resposta e o Sr o estímulo reforçador, ou seja, segundo ele a interação entre organismo e ambiente deve sempre especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta e as conseqüências reforçadoras. Costa (2002) cita que alguns terapeutas passaram a abordar na intervenção clínica os princípios operantes, já outros os do condicionamento reflexo, havendo assim diferentes posições teóricas. Porém, o conceito que se utiliza para a definição do processo terapêutico comportamental é o proposto por Neri em 1987 que segundo Costa (2002) “implica em uma tentativa de controlar as variáveis ambientais que favorecem a extinção de comportamentos inadequados e a aquisição de outros que possibilitem uma atuação mais adequada do cliente em seu contexto, no sentido de reduzir ao máximo sua exposição às conseqüências negativas, e de aumentar ao máximo a probabilidade de expor-se a situações agradáveis” (p.11). Essa extinção de comportamentos inadequados e a aquisição de novos comportamentos se dará a partir das mudanças no comportamento, ou seja, nas contingências ambientais. Este processo pode ser visto como aprendizagem.

A aprendizagem, de modo geral, é “o processo de transformação relativamente presente do comportamento humano, em resultado do desempenho

prático ou experiência de certas tarefas específicas” (Cabral, 1995, p. 23). Essa aprendizagem se dá por caminhos nem sempre livres de regras ou contingências e que leva a aperfeiçoar e a utilizar conhecimento anterior para solucionar um problema.

De acordo com Skinner (1953, 1969, citado em Castanheira, 2001), “regras são estímulos discriminativos verbais que indicam uma contingência de reforço” (p.159). O comportamento é determinado por antecedentes verbais e para que ele ocorra é necessário que os estímulos discriminativos verbais tenham a presença da escrita ou fala. Por exemplo: “Faça o seu dever de casa agora que eu deixo você assistir televisão depois”. Especifica um comportamento (fazer o dever de casa), a situação na qual ele deve ocorrer (agora) e suas conseqüências (assistir televisão depois), ou seja, as regras podem descrever as relações entre os eventos que antecedem o comportamento, o próprio comportamento e suas prováveis conseqüências. Podem ser exemplos de regras ordens, conselhos, leis, instituições, sendo que todos podem descrever contingências.

Segundo Baldwin e Baldwin (1986), regras são guias codificados verbalmente que ensinam formas de lidar com certas situações e influenciam nossos comportamentos. Envolve duas contingências: uma a longo prazo – contingência última que se refere à saúde do bem estar, refere-se a aptidão. Por exemplo, ser alcoólatra não traz danos à saúde em um período curto. O alcoólatra pode ter a noção do malefício da bebida, mas a princípio, não vai dar importância quando ouvir alguém dizer que não faz bem. As conseqüências são tardias. A outra contingência, que a regra apresenta, é a contingência próxima em que o reforço é imediato e freqüente. O reforçador próximo é a aprovação do falante.

“Em sentido geral, contingência pode significar qualquer relação de dependência entre eventos ambientais ou entre eventos comportamentais e ambientais” (Skinner, 1966, 1908, citado em Castanheira, p.37, 2001). Embora possa ser encontrado nos dicionários com diferentes significados, esse termo é empregado, na análise do comportamento, como termo técnico para enfatizar como a probabilidade de um evento pode ser afetada ou causada por outros eventos. O enunciado de uma contingência é feito por uma afirmação do tipo condicional se...,então... Assim os enunciados são regras em forma de esquemas

que especificam essas relações entre eventos e que se definem por se basearem em acontecimentos passado.

Quando dizemos que um organismo se comporta de uma determinada forma com uma dada probabilidade porque o comportamento foi seguido por um determinado tipo de conseqüência no passado, devemos nos referir a este comportamento como sendo modelado pelas contingências. Portanto, numa situação clínica é necessário identificar as variáveis que estão controlando o comportamento, para que o terapeuta levante as hipóteses acerca dos repertórios comportamentais. Sendo assim, este capítulo objetiva associar a Análise do Comportamento no tratamento da fibromialgia como um recurso eficaz no tratamento e na mudança do estilo de vida dos pacientes, a partir de técnicas específicas da abordagem na clínica.

A Terapia Analítico-Comportamental objetiva identificar e analisar funcionalmente as variáveis externas que estão controlando os comportamentos do cliente, a fim de modificá-los, quando desejado. Esta abordagem tem sido ampliada nas últimas décadas por outros estudiosos, como Banaco, Guilhardi e Tourinho.

Segundo Lima (1981, citado em Costa, 2002), o processo terapêutico analítico-comportamental pode ser dividido em três etapas: inicial, intermediária e terminal. Na etapa inicial o enfoque se fará no motivo que levou o cliente a procurar terapia, coletando-se informações de sua história de vida, passada e atual, verificando os comportamentos desadaptativos bem como os saudáveis, verificando também que pessoas ou situações são reforçadoras, ou punidoras, por exemplo. Esses comportamentos clinicamente relevantes são coletados através do relato verbal do cliente e da interação terapeuta-cliente. A ênfase desta fase deve estar na história de vida e nos determinantes atuais dos comportamentos. A etapa intermediária é definida como o processo de intervenção, onde se focaliza o comportamento-problema trazido pelo cliente e/ou identificado pelo terapeuta, tendo como objetivo modificar os comportamentos que produzam conseqüências reforçadoras negativas. Aqui se intervêm nos comportamentos públicos e privados e utiliza-se as técnicas comportamentais como: relaxamento, dessensibilização sistemática, reformulação de regras, modelagem, dentre outras. E por último a



fase terminal que se dá quando os objetivos terapêuticos foram alcançados e o cliente alcança a autonomia frente às diversas situações de sua vida. Sugere-se o acompanhamento terapêutico, de 15 em 15 dias, uma vez por mês, até a extinção da terapia.

De acordo com Costa (2002), “o processo terapêutico analítico-comportamental deve dar ênfase nas variáveis ambientais, no comportamento e nos seus determinantes atuais, deve realizar minuciosa coleta e análise dos dados, fazer uso da análise funcional para interpretar os dados coletados, intervir direta e objetivamente e focar a mudança comportamental tal como critério final para avaliar a intervenção” (p.15).

Segundo Teixeira, Figueiró, Yeng e Pimenta (1999), a terapia comportamental é bastante utilizada para o tratamento da dor, e vem sendo extremamente utilizada no tratamento da fibromialgia. As técnicas utilizadas possuem o objetivo de auxiliar o indivíduo a modificar o comportamento, doentio ou doloroso, ou as atitudes relacionadas com a dor. Tem como intuito investigar os modelos prévios para a dor, incapacidades e sofrimentos, resposta familiar frente ao indivíduo que sofre e seus problemas de saúde e as respostas desadaptativas que possam resultar a novos aprendizados. Investiga-se os antecedentes e as conseqüências do comportamento, o estímulo ambiental que desencadeia, reforça, suprime ou atenua esse comportamento, o que é ou não reforçador, que alternativas são mais saudáveis para o indivíduo e os processos comportamentais que mantêm a dor e os déficits funcionais.

Segundo Fordyce (1979, citado em Murta, 1999), a dor possui quatro dimensões: nocicepção, que é a estimulação mecânica, térmica ou química recebida pelas terminações nervosas conduzidas até o Sistema Nervoso Central; a dor que ocorre por essa estimulação, podendo ou não ocorrer na ausência da nocicepção; sofrimento que é a resposta emocional resultante do estímulo nociceptivo ou de eventos aversivos, isso é visto como comportamento encoberto e comportamentos da dor que são ação, a resposta da pessoa à dor, podendo ser públicos ou privados.

De acordo com Murta (1999), “os comportamentos de dor são sensíveis aos eventos que os seguem (eventos reforçadores ou punitivos) e podem persistir na

ausência da nocicepção e serem mantidas apenas por suas conseqüências reforçadoras. São considerados comportamentos operantes, isto é, controlados por suas conseqüências e produtores de modificação do meio” (p.177).

A dor ocorre em um contexto social, onde os comportamentos dolorosos do paciente (expressões faciais, proteção das partes do corpo, uso de medicação, etc) reforçam comportamentos significativos nas pessoas de seu convívio, e estes atuam como reforçadoras neste. O comportamento de dor do paciente por sua vez afeta o comportamento das pessoas que constituem seu ambiente social. De acordo com Fordyce (1976, citado em Vandenberghe, 2005), “comportamentos de esposas, filhos ou profissionais de saúde, como exigir algo do paciente, ou negar pedidos dele podem ser punidos por um aumento do comportamento de dor. Deixar o paciente em paz e atender às solicitações dele pode ser reforçado por uma diminuição temporária do comportamento de dor” (p.50). Esses tipos de comportamentos modelam a atitude da pessoa em relação ao seu corpo e faz com que a dor atue num contexto social. Através dessa relação é possível se fazer uma análise funcional do comportamento de dor. A análise comportamental baseada no modelo operante enfatiza a teoria Skinneriana sobre os comportamentos encobertos e o controle verbal. Ações, sentimentos e pensamentos são resultados de contingências e segundo o mesmo autor, “as contingências são o resultado do comportamento do paciente e das pessoas com quem ele interage” (p.50). Portanto, o tratamento visa o desenvolvimento de comportamentos adaptativos por reforço, e os dolorosos e os desadaptativos recebem um valor mínimo.

Segundo Murta (1999), algumas estratégias de tratamento podem ser utilizadas, como: redução dos reforços positivos diretos e indiretos de comportamento saudável, estabelecimento de metas realistas apropriadas e o encorajamento da execução das mesmas, reintrodução das atividades diárias (físicas, de lazer, trabalho, social), desenvolvimento e treinamento de estratégias de enfrentamento com o intuito de aumentar o seu sentimento de controle, fazer registro de medicação, intensidade da dor, resgate da auto-estima, dentre outras técnicas.

A Análise do Comportamento enquanto Psicoterapia pode ajudar, através de técnicas específicas, o paciente a recompor sua vida e a se adaptar melhor as dificuldades diárias. Além disso, pode-se perceber quais fatores emocionais podem ter contribuído para o surgimento da síndrome.

Segundo Guimarães (2001), “as técnicas clínicas para intervenção comportamental começaram com a grande contribuição de Joseph Wolpe, iniciada nos anos 40. A partir dos seus trabalhos surgiram o uso das técnicas de relaxamento muscular, dessensibilização sistemática, treinamento de assertividade” (p 117). Hoje, estas técnicas estão sendo utilizadas no tratamento da fibromialgia, principalmente com o intuito de modificar o padrão de ansiedade presente no quadro sintomático. A técnica de relaxamento é utilizada tanto para a diminuição da tensão muscular, bem como da ansiedade, nos pacientes fibromiálgicos, onde se enfatiza o relaxamento da musculatura e o aprendizado da respiração nas situações estressantes do cotidiano. O controle da respiração, através dos padrões de baixas taxas de respiração, inspiração-expiração profundas e amplas e respirações essencialmente diafragmáticas, distrai o paciente e propicia um senso de controle sobre o próprio organismo. Edmund Jacobson, em 1938, desenvolveu o relaxamento muscular progressivo, que consiste em tensionar e relaxar diferentes grupos musculares de modo a obter um estado de conforto e bem-estar. Esse tipo de procedimento pode ser realizado em consultório bem como, em casa, pelo paciente individualmente. Um estudo realizado por Surjala e Cols em 1995 comparou a eficácia de quatro tipos de intervenção para manejo da dor em pacientes com câncer submetidos a transplante de medula óssea, e verificaram que o uso do treino em relaxamento propiciou maior redução da ansiedade e do medo como variáveis relevantes no sucesso das internações.

Outra técnica utilizada é a dessensibilização sistemática, desenvolvida por Wolpe, em 1940, para tratar respostas de ansiedade. Este tipo de procedimento é utilizado no tratamento de respostas fóbicas, inibindo a ansiedade através de relaxamento. O terapeuta instiga o paciente a aproximar-se de maneira gradual e sistêmica, do objeto ou situação que lhe provoque medo, culminando numa dessensibilização. O treino de assertividade desenvolvido também por Wolpe, de

acordo com Guimarães (2001), possui o objetivo de “ensinar ao paciente formas socialmente adequadas de expressão verbal e motora de qualquer emoção diferente de ansiedade” (p.120). Geralmente pessoas que apresentam dificuldades sociais, passaram por situações onde suas expressões foram diminuídas ou não aceitas, gerando assim uma inibição de respostas frente a situações de exposição de opiniões e evitação de contatos visuais diretos. Portanto, este tipo de comportamento foi aprendido e é fator gerador de ansiedade. Pensando em pacientes fibromiálgicos, essa situação pode ocorrer, por exemplo, na expressão da dor, não podendo expressá-la, o mesmo pode experimentar o sentimento de raiva, aumentando assim sua ansiedade. Para que o treino de assertividade aconteça é preciso que haja:

1. Treino do paciente na identificação de situações nas quais inibe respostas positivas e auto-expressão, mostrando submissão inadequada ou agressividade.
2. Treino de respostas adequadas em procedimento de ensaio comportamental, reproduzindo situações da vida real que geram desconforto. Isso é feito no consultório, onde paciente assume o papel de agente social diante do qual costuma emitir respostas de inibição, enquanto o terapeuta assume o papel do paciente e emite exemplos de respostas adequadas e assertivas.

O treino em habilidades sociais diz respeito à capacidade de emitir respostas eficazes e adequadas a situações específicas. Pacientes fibromiálgicos podem tornar-se pessoas com extrema dificuldade de socialização, devido aos julgamentos que vivenciam por outras pessoas não acreditarem que a síndrome exista ou os comentários de que o que ele está sentindo é frescura. O treino em habilidades sociais dependerá das dificuldades sociais apresentadas individualmente por cada paciente, onde serão analisadas as situações mal-administradas e o padrão de resposta disfuncional emitida, para que a intervenção aconteça. Algumas respostas são alvo para a aquisição das habilidades, como iniciar e manter conversações, expressar amor, agrado e afeto, defender os próprios direitos, pedir e receber favores, aceitar e fazer elogios, expressar opiniões pessoais, mesmo divergentes e desagradados, dentre outros. Para

pacientes fibromiálgicos outras habilidades podem ser trabalhadas também, como por exemplo, o pedido de assentos apropriados (acolchoados) no trabalho, a aceitação de suas limitações e a exposição destas quando necessário, por exemplo necessidade de sentar-se após um período longo em pé ou vice-versa, expressão da própria dor, da raiva, da tristeza, da euforia, conversar sobre a patologia, dentre outros. De acordo com Lucca (2006), “o indivíduo socialmente competente é visto com auto-reforçador e, portanto, com uma boa auto-estima e com um bom senso de auto-eficácia, o que facilita seu convívio com as dificuldades e o seu enfrentamento com eventos estressantes. Assim as habilidades sociais podem ser consideradas como imprescindíveis para o desenvolvimento sócio-emocional e o ajustamento do indivíduo” (p.2).

Essas técnicas fazem parte do tratamento multidisciplinar, buscando assim minimizar os efeitos provocados pela ansiedade e estresse próprios da síndrome.

De acordo com Philips e Rachman (1996, citado em Guimarães, 2001), “os pacientes com dor crônica sentem-se impotentes e incapazes diante de seus próprios sentimentos e, em tais episódios, as reações emocionais são incontroláveis, apresentando respostas como agitação, ansiedade, tensão muscular, irritabilidade e frustração” (p.541).

Ao receber este tipo paciente, Angelotti (2001) relata que é preciso conhecer a fisiopatologia da dor, a sua etiologia e não dar tanta atenção, para que o comportamento de dor não seja reforçado. É preciso compreender as situações que o levam a se sentir incapaz e ensiná-lo a aceitar a posse da dor.

## **Tratamento Multidisciplinar**

### **Tratamento medicamentoso**

Qualquer doença crônica para ser tratada necessita que o paciente esteja disposto a controlar seus sintomas através do trabalho com profissionais de diversas áreas da saúde. Grande parte dos indivíduos fibromiálgicos no início da manifestação da síndrome não sabem a quem procurar para que a dor e os sintomas sejam amenizados. O profissional mais indicado para o tratamento da fibromialgia é o reumatologista, que fará uma minuciosa pesquisa da história de vida do indivíduo, encaminhando-o se necessário a outros profissionais da saúde. Segundo Goldenberg (2005), “os principais alvos do tratamento são aliviar a dor, diminuir os distúrbios do sono e conter os distúrbios do humor, tendo por objetivo final a melhora da qualidade de vida. Esta meta é atingida com a ajuda do próprio paciente, familiares e uma boa relação médico-paciente” (p.64).

O tratamento da fibromialgia envolve uma série de medicamentos juntamente com outras modalidades de tratamento, como exercícios, reeducação alimentar, psicoterapia, acupuntura, dentre outros. Os medicamentos receitados podem variar de paciente para paciente, de acordo com as queixas mais presentes. Segundo Pellegrino (citado em Chaitow, 2002), a prescrição de medicamentos pode ajudar a controlar os sintomas da fibromialgia, “o alívio da dor, a melhora do sono e do humor são metas que a prescrição de medicamentos pode ajudar a realizar, não existe nenhuma pílula mágica que cure a fibromialgia, mas muitas drogas podem ser efetivas reduzindo a dor e melhorando a sensação de bem-estar” (p.116).

Hoje o meio científico tem se utilizado de analgésicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares, indutores do sono, antiinflamatórios, dentre outros, para o controle da dor e a melhora do quadro sintomático. O objetivo da utilização de fármacos é aliviar os sintomas e até suprimi-los, permitindo que a pessoa leve uma vida normal. Estudos demonstraram que os antidepressivos em doses baixas podem beneficiar os pacientes de fibromialgia, sendo estes os mais utilizados. De acordo com Allen (citado em Hardin e catalano, 2004) existem dois tipos de antidepressivos, os tricíclicos (Amytril, Limbitrol,

Pamelor e Donaren) e antidepressivos inibidores da recaptação seletiva de serotonina (Prozac, Zoloft, Aropax e Pondera). Os primeiros alteram o nível e a liberação dos neurotransmissores nas fibras nervosas de dor, que alteram a comunicação dos sinais de dor para o cérebro, diminuindo assim o nível de dor. Já os segundos, são mais utilizados para tratar a depressão, por serem inibidores da recaptação da serotonina. Outros medicamentos bastante utilizados pelos médicos são os relaxantes musculares, como o Carisoprodol (Algi Tanderil) e a Ciclobenzaprina (Miosan). Estes medicamentos ajudam a reduzir as sensações espasmódicas de tensão muscular. Segundo Kaziyama e Cols (citado em Teixeira e Cols, 2003), estudos demonstraram a eficácia da amitriptilina, numa dose entre 25 e 50 mg que associada a analgésicos, melhora a dor, a fadiga, a rigidez e as anormalidades do sono não-rem. A melhora é significativa em 25% a 45% dos doentes.

O médico precisa ser habilidoso para instituir um programa eficaz de tratamento, porque muitos pacientes apresentam resistência a tomada de medicação por medo de ficarem dependentes ou por quererem resultados imediatos. Portanto, é preciso que o médico reveja periodicamente os remédios, evitando que o organismo se acostume ao fármaco. Outro fator relevante são os possíveis efeitos colaterais em maior ou menor grau. É preciso que haja um controle para que os mesmos não interfiram nas atividades cotidianas. Caso aconteça efeitos significativos, o paciente deve entrar em contato com o médico para uma redução de doses ou mudança no horário de tomar o remédio ou até mesmo, mudança de medicação.

Para Goldenberg (2005):

*“...nenhum remédio deve ser usado de forma indiscriminada e sem o devido acompanhamento de um reumatologista experiente. É preciso conhecer bem a síndrome e o arsenal terapêutico para maximizar os recursos e é fundamental que o paciente mantenha um bom relacionamento com o médico para expor suas reações e necessidades. Essa parceria é seu maior aliado na luta para superar a síndrome e recuperar sua qualidade de vida”(p.77).*

A combinação de fármacos com outras propostas de tratamento é o ideal para o tratamento da fibromialgia, pois propicia uma reabilitação global e alternativas eficazes de acordo com cada indivíduo. De acordo com Pellegrino (citado em Chaitow, 2002), “nenhum medicamento cura a fibromialgia, mas eles podem ajudar a melhorar os sintomas e deixar o paciente mais confortável” (p.116).

### **Tratamento Fisioterápico e outras alternativas**

A Fisioterapia possui como recursos para o tratamento da fibromialgia os agentes térmicos, a eletroterapia, a crioterapia ou terapia fria, o calor superficial e profundo, as modalidades de massoterapia, osteopatia, Reeducação Postural Global (RPG), cinesioterapia, dentre outros. Esses recursos devem ser utilizados de acordo com a necessidade de cada paciente, de acordo com a tolerância da dor à utilização de determinado recurso.

A crioterapia é o uso do gelo que possui a função de diminuir o edema e a espasticidade, reduzindo a dor e a tensão muscular. No entanto, este recurso pode não ser benéfico para algumas pessoas. O calor terapêutico superficial se utiliza da bolsa quente, da hidroterapia, da parafina e do infravermelho e o profundo, do ultra-som, ondas-curtas, microondas. Possuem o efeito de analgesia, diminuindo a dor e aumentando a flexibilidade dos tecidos moles e a circulação sanguínea. Os ajustes e terapias manuais, segundo Pellegrino (citado em Chaitow, 2002), realizados por osteopatas, quiropratas e terapeutas manuais, mobilizam as articulações, melhoram a gama de movimentos, relaxam os músculos e reduzem a dor muscular, beneficiando assim os pacientes fibromiálgicos. A massoterapia proporciona o aumento do aporte sanguíneo que promove o carreamento de toxinas, relaxa a musculatura e aumenta a flexibilidade muscular. A massagem diminui o estresse, ativa a circulação e acalma a dor. Os movimentos devem ser leves e suaves para que não haja amplificação da dor. Outro recurso é a eletroterapia, como o uso da estimulação transcutânea, que vai promover analgesia por melhorar a circulação local e proporcionar vasodilatação e redução do espasmo muscular.



Uma modalidade que tem sido amplamente estudada é a prática de exercícios físicos. A maioria dos pacientes devido o quadro álgico, resistem à prática de exercícios, porém, estudos têm comprovado que a realização dos mesmos promovem um aumento do bem-estar, fortalecimento muscular, condicionamento aeróbico, etc. Segundo Pellegrino (citado em Chaitow, 2002), são muitos os benefícios comprovados dos exercícios, como “ a diminuição da dor, a melhora da flexibilidade, da força, mais energia, sono melhor, controle de peso mais eficiente, melhora da circulação cardiovascular, melhora da auto-estima” (p.118). Kazyama e Cols (citado em Teixeira e Cols, 2003), registraram que doentes fibromiálgicos não devem deixar de se exercitarem, visto que “os músculos descondicionados apresentam maior tendência a microtraumatismos e a inatividade gera características de comportamento de disfunção” (p.30). Mostraram ainda um estudo randomizado que comparou um programa de exercícios aeróbicos (esteira, bicicleta, natação, caminhada), flexibilidade e fortalecimento e verificaram uma melhora significativa no quadro de fibromialgia em relação à prática somente de exercícios de relaxamento.

A acupuntura, prática milenar chinesa, que trata diversas enfermidades através da aplicação de agulhas específicas em locais pré-determinados, é um recurso que vem sendo muito utilizado no tratamento de dores crônicas e principalmente no controle da fibromialgia. Goldenberg (2005) ressalta que esta prática é eficaz no tratamento coadjuvante de diversas síndromes, dentre elas a fibromialgia, pois atua na modulação da dor, aumentando os níveis de serotonina. Estudos estão sendo realizados com o intuito de verificar cada vez mais os benefícios dessa terapia associada a outras alternativas de tratamento.

Outras técnicas são bastante procuradas pelos pacientes, como o : RPG, o pilates e a hidroterapia.

O RPG é uma técnica que foi criada na França, em 1960, pelo fisioterapeuta Phillipe Souhard. Tem como objetivo a correção de patologias no sistema músculo-esquelético através de exercícios de alongamento e respiração, trabalhando assim os grupos musculares. Proporciona maior flexibilidade e alivia a contratura muscular. Esta técnica pode ser bem tolerada por algumas pessoas enquanto que para outras sua eficácia será diminuída.

O Pilates foi desenvolvido por Joseph H. Pilates em 1920, cujo método propicia condicionamento físico e mental através de aparelhos específicos e/ou bolas grandes que ajudam a aumentar a flexibilidade, tonifica o corpo, definir os músculos e corrigir a postura. Fortalece a musculatura e alivia as dores. Deve ter caráter personalizado, respeitando o limite do paciente.

A hidroterapia é a prática de exercícios de alongamento dentro de uma piscina aquecida, onde o relaxamento da musculatura trará um alívio para as dores. O atendimento deve ser individualizado, respeitando a condição atual do paciente. Numa fase posterior, o (a) fisioterapeuta poderá incluir exercícios de resistência para ganho de força muscular.

Goldenberg (2005) enfatiza que essas práticas são coadjuvantes no tratamento da fibromialgia, “nenhum deles substitui os remédios e os exercícios” (p.86). E que, para que as modalidades terapêuticas da fisioterapia dêem resultado, é fundamental um diagnóstico correto.

## **Considerações Finais**

A síndrome de fibromialgia tem crescido nos últimos anos. Hoje, a maioria das pessoas que sofrem de dores musculoesqueléticas por mais de três meses, e este número tem aumentado cada vez mais, sem o diagnóstico de uma patologia tem sido diagnosticado com a síndrome por diversos médicos. Não se sabe ao certo o porquê desse aumento, mas percebe-se que milhares de pessoas sofrem com dores crônicas, devido a excesso de trabalho, de esforço repetitivo, de falta de tempo para se fazer prevenção de doença, de estresse físico e emocional. É visto também que a síndrome de acordo com os autores Wolfe (1990) e Croft (1994) tem sua prevalência maior em mulheres. Estudos não apontam o porquê, mas o acréscimo de responsabilidade a vida das mulheres, que além, de terem de cuidar de casa, da família e o fato de terem de assumir uma área competitiva, como o mercado de trabalho, para que sua família tenha um padrão melhor de vida, bem como, o seu físico que parecem serem mais suscetíveis a dor, à depressão, e serem mais frágeis a nível ósseo e muscular, contribuem para que a síndrome se manifeste mais em mulheres que em homens.

Diante do exposto no presente trabalho, pode-se perceber que a qualidade de vida está vinculada a uma série de fatores que perpassam a síndrome de fibromialgia. A exigência da sociedade perante os papéis que devem ser assumidos, pai, mãe, filho (a), esposo(a), chefe, trabalhador, estudante, entre outros, traz consigo uma série de implicações que parecem ser determinantes para o aparecimento maior do nível de estresse em indivíduos suscetíveis ao mesmo. O ser eficiente, rápido, capaz de assimilar as mudanças que o mundo moderno apresenta, bem como, adquirir novos hábitos não tão saudáveis, como o consumo do fast-food, aparelhos modernos que fazem tudo num teclado de botões e que faz dos indivíduos cada vez mais sedentários, a exigência de se cumprir metas em tempo determinado, não permitindo um intervalo para um almoço tranquilo, por exemplo, ou a exigência de ser o primeiro aluno na escola, ou na faculdade, a aquisição de títulos e mais títulos por competição, dentre tantas outras situações em que a exigência, a responsabilidade e o nível de estresse são altíssimos, estão diretamente relacionados com a síndrome da fibromialgia, sendo o estresse um dos principais desencadeadores da mesma.

Falar dos desencadeantes é falar da etiologia da síndrome. Um dos desencadeantes mais pesquisados é o fator genético. Pesquisas apontam que filhos, portadores da síndrome, de pais com história reumatológica bem como fibromiálgica são mais predispostos a apresentarem situações semelhantes, porém, Goldenberg (2005) apresenta uma idéia que é relevante: os filhos só apresentariam a síndrome, por exemplo, a partir de desencadeantes específicos, ou seja, quando expostos a situações de estresse físico e/ou emocional poderiam ou não manifestar a síndrome. A predisposição é essencial neste caso para o aparecimento da fibromialgia.

O desencadeante mais aceito e muito relatado por pacientes fibromiálgicos está vinculado a contração muscular contínua do músculo, devido a má postura, ao frio, estresse físico ou a fatores emocionais. O músculo passa por um processo de apóxia, que é a falta de oxigênio, gerando assim os nódulos que desencadeiam a dor. Outros desencadeantes, como, o estresse físico, o estresse emocional, a má administração do estresse no dia-dia, a má qualidade no sono, as alterações endócrinas, o frio, estão sendo investigados, porém, não há um só fator que determine o aparecimento da síndrome, o que se sabe é que em todos eles substâncias químicas que estão envolvidas e ao se alterarem geram a dor e diversos outros sintomas. Sendo assim, estudos devem focar mais o universo dessas substâncias químicas (neurotransmissores), visando o desenvolvimento de tratamento mais eficaz ao lidar com os mesmos.

Como visto durante o desenvolvimento do trabalho a dor é o principal sintoma, sendo ela crônica, manifestada muitas vezes como ardência, rigidez, físgadas, pontadas, podendo trazer consigo uma sensação de gripe constante. O que mais se questiona no estudo da fibromialgia é se essa dor tem sua origem no emocional ou é simplesmente decorrente de uma disfunção orgânica. Tanto médicos como psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros agentes da saúde, questionam-se quanto a origem, porém, a maioria parece estar de acordo que qualquer pessoa que sofra de dores constantes e intensas apresentará um desajuste emocional, seja através de uma depressão, uma ansiedade, uma apatia, uma labilidade emocional.

A dor com seu caráter subjetivo influencia diretamente no desenvolvimento de qualquer indivíduo, manifestando-se de diferentes formas e intensidades e causando desadaptação em áreas de caráter físico, psíquico, social e espiritual. A dor pode afetar diversas áreas, bem como, comprometer somente uma, mais ela sempre causará um impacto na vida do indivíduo e dos que convivem com ele. Knoplich (2001) apresenta uma idéia que tem sentido quando se pensa no desequilíbrio de substâncias, como, serotonina, a adrenalina e a noradrenalina, responsáveis pela área do prazer e da emoção no organismo. O mesmo diz que um ciclo de dor se formaria, ou seja, um fator social, desencadeia um fator psíquico e posteriormente, um fator orgânico, onde aconteceria um desequilíbrio dessas substâncias. Um exemplo de fator social seria o próprio estresse do dia-dia, que em indivíduos fibromiálgicos parece ter sua tolerância diminuída. Catalano e Hardin (2004) expressam que “o estresse certamente parece piorar os sintomas da fibromialgia, e com o decorrer do tempo, a pessoa pode ficar deprimida por sentir-se cansada e extenuada” (p.195).

Outro fator relevante é o fato de muitas pessoas questionarem se a dor da fibromialgia é real ou não, devido o fato dos pacientes não apresentarem lesão tecidual visível ou uma deformidade muscular ou algo visível e palpável. Grande parte dos pacientes enfrenta um estresse emocional decorrente desse questionamento, o que gera o agravamento do quadro. Porém, estudos apontados por Goldenberg (2005) mostraram evidências de que o cérebro de um paciente fibromiálgico apresenta um aumento na atividade de regiões cerebrais encarregadas de interpretar os estímulos dolorosos. Isso indica que os portadores sentem mais dor do que as pessoas que não apresentam o quadro.

Um indivíduo portador de fibromialgia diante da dor e dos outros sintomas quando diagnosticado, muitas vezes apresenta o comportamento de desolação, desânimo, tristeza, descrédito, pois o mesmo não consegue enxergar que sua dor poderá ser controlada bem como os outros sintomas. Geralmente quando o paciente procura o reumatologista, ele já passou por diversas especialidades sem sucesso no tratamento. Pensar no conceito de qualidade de vida para esse tipo de paciente é de extrema importância, pois, o indivíduo já vem de um quadro onde a

vida parece já não ter sentido, devido a cronicidade da dor e do impacto da mesma nas diversas áreas que compõem sua vida.

### **Qualidade de vida é possível!!!**

Diante do exposto no presente trabalho percebe-se que a síndrome de fibromialgia é uma condição de caráter doloroso crônico, que envolve diferentes áreas da vida de um portador da mesma. Ao se pensar no ser humano como um ser biopsicossocial, a qualidade de vida também se enquadra nessa categoria, pois, para se tê-la é necessário que haja um equilíbrio no físico, no psíquico e no social.

A síndrome de fibromialgia pode se tornar um enorme problema na vida do portador, pois a mesma, se não controlada, causa sérios desajustes, como isolamento, depressão, exacerbação da dor e dos sintomas, dentre outros. Porém, um tratamento multidisciplinar oferece ao paciente a possibilidade de enfrentamento da fibromialgia, capaz de trazer de volta o bem-estar ao mesmo. Segundo Goldenberg (2005), o paciente precisa tomar a medicação conforme orientado, fazer exercícios regularmente e o mais importante modificar seu estilo de vida, no intuito de evitar o estresse físico e emocional. Sendo assim, o primeiro passo para uma melhor qualidade de vida depende do indivíduo aceitar sua condição e enfrentá-la, não parando na dor ou na sintomatologia, algumas atitudes são de extrema importância para que isso aconteça, como; manter uma relação amigável com o reumatologista, perceber o que lhe faz bem ou mal, identificar em que situações a dor aparece para que o controle da mesma aconteça, procurar dormir bem, se exercitar, descobrir atividades que lhe dão prazer, diminuir o excesso de exigência e responsabilidade, se autoconhecer, anotar os remédios para cada sintoma, sinal e problema e seguir os resultados, traçar limites, descobrir até onde pode ir, aprender a dizer não, abrir-se a receber ajuda, ser positivo, manter uma alimentação saudável, dentre outras atitudes que permitam a aquisição de um quadro de saúde mais estável.

Sendo a medicação, os exercícios e a mudança no estilo de vida, fatores primordiais para o controle da fibromialgia, o fator que mais contribui para a

melhora é a mudança de hábito. Vários pacientes relatam que ao se exigirem menos e se respeitarem mais, a fibromialgia pode ser controlada e a dor, em alguns casos, até amenizada ou suprimida. Muitos pacientes são resistentes a essa mudança, pois o padrão comportamental já está tão intrincado, que os mesmos não percebem que a mudança de atitude poderá lhes beneficiar e muito. A Psicoterapia possui um grande valor para que essa mudança aconteça, principalmente nestes pacientes mais resistentes.

A qualidade de vida é possível quando o paciente decide aderir ao tratamento. Como já explicitado, é preciso que os padrões comportamentais como exigência excessiva, responsabilidade demais, perfeccionismo, excesso de organização, ansiedade, dentre outros, sejam trabalhados na terapia, com o intuito de que os pacientes percebam o desajuste que isso lhes causam e adotem uma postura menos rígida perante a vida e principalmente perante suas obrigações, alcançando assim uma melhor qualidade de vida. O paciente ao exigir-se menos se torna mais tolerante consigo e com os outros, o que diminui o incômodo social caso o mesmo esteja passando por alguma dificuldade. A aceitação da síndrome e de algumas limitações que a mesma impõe é essencial para o desenvolvimento e integração do indivíduo a nível social, as relações interpessoais, principalmente familiares, se tornam menos hostis e a comunicação acontece com mais facilidade. É necessário também aceitar as indicações médicas de medicação, fisioterapia ou outras alternativas, realizar exercícios, buscando modificar o estilo de vida, aderindo a psicoterapia, decidindo-se por vencer a dor refazendo suas atividades diárias e desmistificando a síndrome como algo impossível de ser controlada e decidindo-se por si e sua saúde.

### Referências Bibliográficas

- Angelotti, G. Tratamento da dor crônica. Em Range, Bernard. *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria* Porto Alegre. Artmed Editora.
- Baldwin, J.D & Baldwin, J.L.(1986). *Princípios do Comportamento na Vida Diária*. Universidade da Califórnia, Santa Bárbara - Tradução
- Barros, N. (2001). Qualidade de Vida - Conceito e Métodos de avaliação. Em Filho, A. C. C. A. *Dor: diagnóstico e tratamento*. São Paulo. Editora Roca.
- Barros, N. (2003). Qualidade de vida no doente com dor. Em Teixeira, M. J. *Dor- Contexto Interdisciplinar*. Curitiba. Editora Maio.
- Baum, W.M. (1999). Pensamento e comportamento controlado por regras. Compreender o behaviorismo. Em Baum, W. *Compreender o Behaviorismo-ciência , comportamento e cultura*. Porto Alegre. Editora Artmed.
- Berber, J. S. S., Kupek, E. & Berber, S. C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.45, n.2, p.47-54.
- Cabral, A. & Nick, E. (2001). *Dicionário Técnico de Psicologia*. São Paulo. Editora Cultrix.
- Carvalho, M. M. (1999). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo. Editora Summus Editorial.
- Catalano, E. M., & Hardin, N. K. (1996). *Dores crônicas: um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Summus.
- Catania, A.C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Caudill, M. A. (1998). *Controle a dor antes que ela assumo o controle*. São Paulo. Editora Summus Editorial.
- Castanheira, S.S. (2001). Regras e aprendizagem por contingências: sempre e em todo lugar. Em Guilhardi, H.j., Madi, M.B.B.P., Queiroz, P.P.& Scoz, M.C. *Sobre comportamento e cognição: expondo variabilidade*. Vol.7. Santo André, SP. Esetec
- Chaitow, L. (2002). *Síndrome da Fibromialgia. Um guia para tratamento*. Barueri, S.P. Editora Manole.



- Costa, N. (2002). *Terapia Analítico-comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo Cognitivista*. Santo André, S.P. Esetec.
- Costa, S. R. M. R., Neto, M. S. P., Tavares-Neto, J., Kubiak, I., Dourado, M.S., Araújo, A.C., Albuquerque, L. C. & Ribeiro, P. C. (2005). Características de pacientes com síndrome da Fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador-BA, Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia*. Vol 45, n.2, p.64-70.
- Delgado, G. L. (1988). *A dor em oncologia: um manual para o médico prático*. São Paulo: Atheneu.
- Ferreira, E. A. G., Marques, A. P., Matsutani, L. A., Vasconcellos, E. G. & Mendonça, L. L. F. (2002). Avaliação da dor e estresse em pacientes com Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*. Vol. 42, n.2, p.104-110.
- Goldenberg, E. (2005). *O coração sente, o corpo dói. Como reconhecer e tratar a Fibromialgia*. São Paulo. Editora Atheneu.
- Guimarães, S.S (2001). Técnicas Cognitivas e Comportamentais. Em Range, B. *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Haun, M. V. A., Ferraz, M. B. & Pollak, D. F. (1999). Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. *Revista Brasileira de Reumatologia*. Vol.38, n.4, p.221-230.
- Helfenstein, J. M. & Feldman, D. (1998). Prevalência da síndrome da fibromialgia em Pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol.38, n.2, p. 71-77.
- Kaziyama, Seguchi, H.H., Yeng, Tchia, L. & Teixeira, M. J. (2003). Síndrome Fibromiálgica. Em Teixeira, M. J. *Dor-Contexto Interdisciplinar*. Curitiba. Editora Maio.
- Knoplich, J. (2001). *Fibromialgia. Dor e fadiga*. São Paulo. Editora Robe Editorial.
- Lucca, E. (2006). Habilidade Social: uma questão de qualidade de vida. Artigo disponível em: [www.psicologia.com.pt/artigos/textos/AO224.pdf](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/AO224.pdf). Acesso em: 24/03/2006.
- Malagris, L. E. N. & Lipp, M. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. Em Range, B. *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre. Artmed Editora.

- Martinez, J. E., Cruz, C. G., Aranta, C., Lagoa, L. A. & Boulos, F. C. (2002). Estudo qualitativo da percepção das pacientes sobre a fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol.42, n.1, p.30-36.
- Murta, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. Em Carvalho, M.M.M.J. *Dor- um estudo multidisciplinar*. São Paulo. Summus Editorial.
- Oliveira, M. F. & Camões, C. (2003). Estudo realizado por duas finalistas de psicologia sobre o papel desta no tratamento da fibromialgia. Finalistas da Licenciatura de Psicologia em Portugal. Disponível em: [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo\\_licenciatura.php?codigo=A0156&area=d5](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=A0156&area=d5).
- Pereira, C. A. A., Fontenelle, L. F., Mendowicz, M. V., Range, B. & Soares, I. D.(2003). Qualidade de vida em pacientes com transtornos obsessivo-compulsivo. Em Brandão, M.Z.S., Conte, F.C.S, Brandão, F.S., Ingberman, Y.K., Moura, C.B., Silva, V.M. & Oliane, S.M. *Sobre comportamento e Cognição*. Vol 12. Santo André, S.P. Esetec Editores Associados.
- Ribeiro, L. S. & Proietti, F. A. (2005). Fibromialgia e estresse infeccioso: possíveis associações entre a síndrome de fibromialgia e infecções viróticas crônica. *Revista Brasileira de Reumatologia*. V.45, n.1, p20-29.
- Riberto, M. (2004). Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não-traumática. Dissertação de Mestrado- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Teixeira, M.J, Figueiró, J.A.B, Yeng, L.T & Pimenta, C.A.M. (1999). Tratamento Multidisciplinar do doente com dor. Em Carvalho, M.M.M.J. *Dor-um estudo multidisciplinar*. São Paulo. Editora Summus Editorial.
- Vandenbergh, L. (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. *Revista: Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 18, n.1, pp.47-54.
- Wallace, D. J. & Wallace, J. B. (2005). *Tudo sobre Fibromialgia. Guia para pacientes e seus familiares*. Rio de Janeiro. Editora Imago.
- Waddel, D. (2004). Fibromialgia. Em Hardin, K. N. & Catalano, E. M. *Dores Crônicas. Um guia para tratar e prevenir*. São Paulo. Editora Summus Editorial.
- Yeng, L.T., Teixeira, M.J, Romano, M. A., Picarelli, H., Yuan, C.C. e D`Andrea Greve, J.M. (2003). Distúrbios Ósteo - musculares relacionados ao trabalho. Em Teixeira, M.J (Editor), Braum Filho, J.L, Marquez, J.O & Yeng, L.T ( Co-editores). *Dor - contexto interdisciplinar*. Curitiba. Editora Maio