

**FIBROMIALGIA:
CONSENSO E CONTROVÉRSIA**

Manuel João R. Quartilho

Faculdade de Medicina de Coimbra
Medicina Psicossomática dos Hospitais da Universidade de Coimbra

RESUMO

A fibromialgia continua a ser um conceito controverso em medicina. Esta revisão crítica considera alguns importantes contributos para as «guerras da fibromialgia», ao longo da história mais recente, sublinhando alguns dados relevantes da investigação biológica, psicológica e social.

A fibromialgia deve ser interpretada num duplo formato, transversal e longitudinal. Esta dupla leitura, por sua vez, é compatível com o processo de somatização, aqui encarado como um conceito descritivo, etiologicamente neutro. Não obstante os putativos mecanismos fisiopatológicos que determinam a sua génese, ou acompanham a sua evolução temporal, a fibromialgia pode ser compreendida à luz dos processos psicológicos e sociais que caracterizam os processos de somatização e comportamento de doença, como um idioma de mal-estar ou sofrimento que desafia as conjecturas comuns da nossa prática clínica.

Palavras-Chave: Fibromialgia; Dor; Controvérsia.

ABSTRACT

Fibromyalgia remains a controversial topic in clinical medicine. This paper considers some of the most significant contributions to the «fibromyalgia wars», in recent times, emphasizing relevant data from biological, psychological and social research.

Fibromyalgia should be understood in a transversal and longitudinal reading. Both perspectives seem to be compatible with the process of somatization, considered as a descriptive and etiologically neutral concept. Fibromyalgia, regardless of the putative physiopathological mechanisms which determine its genesis or accompany its temporal course, can then be understood in the light of the social and psychological processes which characterize the phenomena of somatization and illness behavior, as an idiom of distress and suffering which challenges the tenets of current clinical practice.

Key-Words: Fibromyalgia; Pain; Controversy.

FIBROMIALGIA: CONSENSO E CONTROVÉRSIA

Manuel João R. Quartilho*

Who is better qualified than rheumatologists
to finally unravel the daunting mystery of
fibromyalgia? ... We will overcome this
daunting adversary called fibromyalgia.

And, as with previous challenges,
we will be eventually as proud of that
effort and determination.

Andrew J. Holman (2002).

Arthritis & Rheumatism; 46, 12:3390

Pain is Real; Fibromyalgia Isn't

George E. Ehrlich (2003).

The Journal of Rheumatology; 30, 8:1666-67

Introdução

*Both the strength and the emphasis on
suffering pervade Frida's paintings.
When she shows herself wounded and weeping,
it is the equivalent to her letters' litany of
moral and physical wounds, a cry for attention*
Hayden Herrera, 2003:76

No âmbito do Congresso Europeu de Reumatologia, realizado em Lisboa (EULAR, 2003), o autor do presente artigo teve oportunidade de trocar breves impressões com o Colega Don Buskila, um Médico e Professor Israelita que já publicou numerosos trabalhos de investigação no âmbito da fibromialgia. A conversa permitiu-nos constatar uma curiosa coincidência. Nas intervenções que tínhamos preparado, ambos iríamos fazer referência à pintora mexicana Frida Khalo e à sua alegada fibromialgia (Martinez-Lavin et al., 2000). Deste modo, encontramos um excelente ponto de partida para duas perspectivas diferentes sobre o referido quadro clínico. A longo da sua comunicação, o Colega teve a oportunidade de referir o acidente de viação de que a pintora foi vítima, ainda com uma idade jovem, para além das dores persistentes que

a acompanharam durante muitos anos da sua vida, configurando assim um caso clínico de fibromialgia pós-traumática. Mas uma outra perspectiva, aquela que pretendi reflectir com a ajuda da sua biógrafa oficial, Hayden Herrera, chama-nos a atenção para o significado metafórico da dor, para as suas relações de dependência com factores biográficos, com as turbulências e desencontros individuais, com elementos de natureza psicológica, relacional e social que ajudam a perpetuar, muitas vezes, os estados de dor e sofrimento. Esta dissonância conceptual entre uma perspectiva biomédica e uma interpretação biopsicossocial, esta tensão persistente entre diferentes pontos de vista, tem caracterizado a história e a evolução do conceito de fibromialgia, ao longo do tempo. Não interessa, desde já, clamar pela supremacia de uma ou outra perspectiva. É mais importante vermos em que medida é que as duas perspectivas, ou outras adicionais, se podem conjugar para podermos melhor compreender e ajudar os doentes com dores generalizadas. Sempre na presunção intelectual de que as queixas do doente, no contexto clínico, são melhor entendidas na complexa convergência de factores situacionais e biográficos, transversais e longitudinais, no contexto alargado de processos interpessoais locais e no âmbito particular dos cuidados de saúde.

As an adult I experienced a number of chronic illnesses: Each has modified my thinking about fibromyalgia. As a junior doctor in 1969, I experienced a mono-like illness that left me exhausted for three months. Over the next thirty years, I have had recurrent bouts of unexplained fatigue. In 1993 I began having daily headaches. I had had occasional migraine headaches for years so I wasn't too concerned at first. But eventually these headaches became intolerable. I spent hours trying to figure out the cause. I tinkered with my diet. Was I not sleeping enough, not getting enough exercise? I started to worry about fumes in the hospital and the ventilation in my office. ...

...So, like most of my patients, I began to «doctor shop». ... I, just like most patients, wanted

*Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra.
Coordenador da Consulta de Medicina Psicossomática dos
Hospitais da Universidade de Coimbra.

to find scientific or medical explanations for my illness. As doctors we are taught that an accurate disease diagnosis must be established for treatment to be effective: How could I get better if I didn't know what was wrong? ... Fears of despair, anger, and fear dominated my days and kept me awake at night.

I became anxious and depressed: My family doctor suggested that I see a psychiatrist. Because that had been helpful when I was a child, I agreed that it was worth trying again. Although I was convinced that my headaches were purely physical in nature, I began to feel better with counselling and antidepressant medications. This first-hand experience made me more attuned to the emotional component of chronic illness. Eventually, I discovered better ways to handle stress and learned to be more flexible. ...

Don L. Goldenberg (2002)

Chief of Rheumatology at
Newton-Wellesley Hospital

*Fibromyalgia: Understanding and Getting
Relief from Pain that Won't Go Away: XI-XII*

Controvérsia

A fibromialgia constitui um conceito controverso, à procura de consensos, não obstante as diversas iniciativas levadas a cabo com este objectivo, no seio da comunidade médica (*por ex.*, Jacobsen et al., 1993). No âmbito estrito da Reumatologia, é frequente encontrarmos dissonância e contradição. Para dar apenas alguns exemplos recentes, um editorial sugeriu que os reumatologistas não devem abandonar a sua posição de liderança na investigação dos mecanismos subjacentes aos sintomas característicos da fibromialgia (Crofford e Clauw, 2002). Mas um outro autor, conhecido pelas posições muito críticas em relação ao conceito, opina que o «destino infeliz» do doente com fibromialgia resulta não apenas da intensidade dos sintomas ou dos factores psicossociais que impedem a resolução dos seus problemas, mas também das próprias acções terapêuticas convencionais que, com as suas promessas de esclarecimento e ajuda, protagonizariam afinal uma função iatrogénica (Hadler, 2003). Uma carta ao Editor do *Journal of Rheumatology* assinalava os custos inerentes ao diagnóstico de fibromialgia e questionava mesmo a publicação de artigos sobre este diagnóstico «ilegítimo», propondo que os doentes fossem ajudados mediante abandono de

um termo «falacioso, indefinido e indefinível» (Ehrlich, 2004). A resposta a esta carta, no entanto, argumentava que a incerteza da comunidade médica constitui uma razão sólida para manter a publicação de artigos sobre fibromialgia, com o legítimo objectivo de compreender e ajudar os doentes (Robinson, 2004).

We concluded there is a great need for better understanding of FM. Where better to publish these results than with the experts in the field, rheumatologists?

Rebecca Robinson, Health Outcomes
Research Scientist, Eli Lilly and Company.
Journal of Rheumatology, 2004

Os critérios diagnósticos do Colégio Americano de Reumatologia (Wolfe et al., 1990), aliás, foram recebidos com duplicidade. Se por um lado foi possível identificar alguma excitação optimista, favorecendo a ideia de que os doentes, com estes critérios oficiais, teriam mais possibilidades de encerrar a sua condição clínica como causa legítima para a obtenção de pensões de invalidez (Csillag, 1992), a verdade é que, por outro lado, os referidos critérios não se furtaram a inúmeras críticas, no seio da comunidade médica. Dois reumatologistas australianos defenderam que o Colégio Americano da Especialidade acabara de definir a fibromialgia através de um raciocínio circular, presumindo que a fibromialgia causava dor e pontos dolorosos ao mesmo tempo que, por causa dos pontos dolorosos, se validava o respectivo diagnóstico e se construía, deste modo, um sério problema tautológico. Os pontos dolorosos não deveriam portanto caracterizar uma entidade clínica distinta mas deveriam antes traduzir, mais propriamente, um estado de hiperalgesia ou vigilância somática (Cohen e Quintner, 1993). Outro argumento crítico sugeriu que os critérios de dor generalizada pareciam ter esquecido a questão da variabilidade sintomática, ou seja, as dores poderiam estar presentes ou ausentes, no mesmo indivíduo, a intervalos relativamente curtos (Schochat et al., 1994). Dada a coexistência clínica da fibromialgia com outras queixas somáticas, foi proposta a existência de um «espectro de síndromes disfuncionais», uma visão «organicista» que não requeria a presença de alterações psicopatológicas (Yunus, 1994). Mas numa perspectiva diferente, foi defendida a existência das «perturbações do espectro afectivo», um conjunto de condições alegadamente unidas por uma fisiopatologia comum que, ao contrário do

grupo anterior, contemplava diversas alterações psicopatológicas (Hudson e Pope, 1994). A fidelidade na contagem dos pontos dolorosos, por sua vez, estaria sujeita à influência de múltiplos factores, por exemplo relacionados com a experiência do médico ou com o estado de saúde global do doente, ou ainda com o grau de pressão exercida à palpação digital (Wolfe, 1994). A própria definição de dor generalizada foi confrontada com definições alternativas, julgadas mais úteis aos estudos epidemiológicos (Macfarlane et al., 1996). Os diferentes elementos clínicos do síndrome, como a dor ou o aumento da sensibilidade dolorosa, ou os sintomas associados, foram considerados mais relevantes, em termos de investigação, quando comparados com qualquer conceito unitário de fibromialgia (Raspe e Croft, 1995). Finalmente, os *tender points* foram olhados com desconfiança, ao mesmo tempo que era sugerida a importância clínica dos *tender patients*, dos factores de vulnerabilização que deviam ser explorados através de uma avaliação clínica cuidada, uma leitura longitudinal que desse mais atenção às histórias de vida dos doentes (Van Houdenhove et al., 1995).

O impacto global da fibromialgia nas tarefas do dia a dia e o prejuízo da qualidade de vida associado, em estudos comparativos, confirmaram a natureza deletéria do síndrome clínico (Gaston-Johansson et al., 1990; Henriksson et al., 1992; Tavares et al., 1993). A cronicidade dos sintomas, por sua vez, pareceu justificar um elevado índice de utilização dos serviços de saúde (Wolfe et al., 1997a) e uma prevalência significativa de incapacidade para o trabalho (Wolfe et al., 1997b). A eficácia dos tratamentos disponíveis, tal como eram prescritos na prática corrente, era globalmente insatisfatória (Wolfe et al., 1997c). Em suma, os aspectos relacionados com a evolução clínica e a reconhecida ineficácia das terapêuticas convencionais desenharam um prognóstico sombrio para a fibromialgia e suscitaram reacções de desânimo e sarcasmo nos profissionais de saúde:

Para o tipo de doente descrito nestes estudos, depois de se confirmar o diagnóstico, explicar a condição clínica, fazer as tentativas terapêuticas julgadas convenientes e eventualmente pedir a colaboração de um profissional de saúde mental, não deveríamos admitir que fizemos o que pudemos, aceitando a nossa ignorância? Um doente deve sentir-se apoiado, mas até que a compreensão da fisiopatologia da fibromialgia nos ofereça uma terapêutica

mais eficaz, a avaliação médica contínua pode ser fútil e dispendiosa. Próximo doente, se faz favor!...

Solomon e Liang, 1997

A controversa questão da incapacidade provocada pela fibromialgia, com índices muito superiores aos observados noutras amostras clínicas, suscitou várias hipóteses explicativas (Millard et al., 1991). Primeiro, poderia existir uma relação isomórfica entre dor crónica e incapacidade, sugerindo que a dor seria a causa da incapacidade e que esta, por sua vez, seria a causa do mal-estar emocional. Esta hipótese, no entanto, parece demasiado simplista nos casos de dor crónica. Uma hipótese alternativa propôs que a incapacidade seria uma consequência primária de factores psicológicos, uma ideia baseada em estudos que, no entanto, também não estabeleceram uma relação causal directa entre psicopatologia e incapacidade. Uma terceira hipótese, finalmente, sublinha a eventual importância de uma percepção diferencial dos sintomas somáticos. Ou seja, segundo esta última hipótese, os indivíduos apresentam diferenças consideráveis no registo de sintomas físicos ou na forma particular como lhes respondem, mediante influência de certos factores psicossociais, variáveis de indivíduo para indivíduo, relacionados com os processos de somatização e comportamento de doença (Watson e Pennebaker, 1989)¹.

¹ O conceito de somatização resultou de um interesse crescente da medicina psicossomática pela experiência subjectiva e expressão pública dos sintomas, em contraste com a atenção conferida no passado à importância dos mecanismos causais (Kirmayer e Robbins, 1991). Não obstante os múltiplos significados envolvidos, ao longo do tempo histórico, a somatização é aqui definida como «uma tendência para sentir e comunicar o mal-estar físico e os sintomas não explicados por quaisquer resultados patológicos, para os atribuir a doença orgânica e procurar a respectiva ajuda médica» (Lipowsky, 1988). No contexto clínico, o processo de somatização refere-se a situações de sofrimento físico inexplicado pelas explorações biomédicas convencionais, um sofrimento que se torna compreensível, por outro lado, à custa de factores psicológicos, psiquiátricos ou sociais associados. Esta é uma definição descritiva, etiologicamente neutra, que coloca o conceito de somatização no espectro dos comportamentos de doença. Este segundo conceito, por sua vez, refere-se aos «modos como as pessoas monitorizam os seus corpos, definem e interpretam os seus sintomas, praticam acções reparadoras ou curativas e utilizam as fontes de ajuda e o sistema de cuidados de saúde» (Mechanic, 1986). O comportamento de doença de todas as pessoas, portanto, tem um carácter não normativo e envolve uma interacção complexa entre elementos biológicos, monitorização individual dos sintomas, processos cognitivos de avaliação e interpretação, atribuições de significado às experiências subjectivas e ainda influências culturais que permeiam os processos cognitivos, as respostas de *coping* e os comportamentos de procura de ajuda. Para uma análise mais detalhada destes conceitos, e aspectos relacionados, ver Quartilho (1998).

A validade facial desta incapacidade foi também objecto de estudo. Trata-se de uma incapacidade verdadeira, atendendo a que muitos destes doentes não parecem estar doentes? Alguns estudos tinham validado esta incapacidade ao sugerirem uma associação entre incapacidade funcional, avaliada pelo doente, e a sua comprovada incapacidade para o trabalho (Cathey et al., 1988). Mas um estudo posterior obteve resultados diferentes, ao avaliar três grupos de doentes, com os diagnósticos de fibromialgia, espondilite anquilosante e artrite reumatóide. Todos os doentes completaram um questionário funcional. Alguns dias mais tarde, juntamente com um grupo de controlo constituído por indivíduos saudáveis, realizaram diversas actividades funcionais que ficaram gravadas em video. Os autores do estudo puderam concluir, então, que a característica mais saliente dos doentes com fibromialgia consistia numa clara discordância entre os resultados obtidos nos questionários de auto-registo e a incapacidade funcional observada (Hidding et al., 1994).

Esta questão da incapacidade não pode ser dissociada do advento dos critérios diagnósticos do CAR, que validaram os sintomas dos doentes à custa de uma condição médica específica. As associações de doentes multiplicaram-se, sobretudo nos EUA, e começaram a sensibilizar o Governo para as suas causas, com alegações de incapacidade que se justificavam não apenas pelas queixas sintomáticas, mas sobretudo pela ausência de tratamentos eficazes. As referidas associações, portanto, passaram a reclamar uma legitimação política da incapacidade, com a ajuda de critérios diagnósticos oficiais e de numerosos estudos que confirmaram, com efeito, uma forte associação entre fibromialgia e medidas subjectivas de incapacidade, determinando mudanças de emprego ou suspensão das actividades profissionais.

No caso particular das vítimas de traumatismo físico, pôde verificar-se uma maior prevalência de pensões por incapacidade, em comparação com doentes cuja fibromialgia não foi precipitada por factores físicos ou foi precipitada por um traumatismo emocional (Aaron et al., 1997). Mas as medidas de incapacidade, neste mesmo estudo, revelaram pontuações mais altas nos casos de traumatismo emocional. A discrepância aparente entre a atribuição de pensões de incapacidade a doentes com «fibromialgia reactiva», ou pós-traumática, precipitada por factores físicos, e a sua não atribuição a doentes vítimas de trauma emocional,

aparentemente mais incapacitados, sublinha assim uma relação complexa entre traumatismo e incapacidade.

Aliás, a noção de que um traumatismo físico pode causar uma doença sistémica, como a fibromialgia, ou a noção aparentada de que um traumatismo local pode causar uma disseminação metastática da dor, têm sido sujeitas a críticas mordazes, dada a ausência de uma relação causal convincente entre o episódio traumático e as características clínicas exibidas pelo doente (Bohr, 1995). De algum modo, a fibromialgia pós-traumática assemelha-se a um sucedâneo histórico da «fibromiosite traumática», um alegado exemplo de como uma doença reumática, mediante a inscrição arbitrária de um adjectivo, se converteu numa inaceitável consequência de um traumatismo, num dos muitos mitos médicos que integram o folclore dos traumatismos físicos (Weinberger, 1977). A verdade é que a vítima de um acidente de viação sofreria de uma incapacidade inaceitável, se tivesse que justificar essa sua incapacidade à custa de dificuldades pessoais ou de uma situação de vida problemática. Mas esta incapacidade inaceitável, quando associada a um acidente de viação, transforma-se numa incapacidade socialmente aceitável. O traumatismo físico, deste ponto de vista, não seria uma causa, mas antes uma oportunidade, uma porta de entrada para uma incapacidade que é negada, sistematicamente, no contexto de um traumatismo ou perturbação emocionais (Ferrari e Kwan, 1999). Um Consenso recente, por fim, veio declarar uma escassa evidência favorável ao estabelecimento de relações causais entre traumatismo físico e fibromialgia, tendo mesmo recomendado o abandono, puro e simples, dos termos *reactiva* e *pós-traumática* (Wolfe et al., 1996).

No meio laboral, a questão da incapacidade diria basicamente respeito, numa perspectiva crítica, a um «número crescente de pessoas com uma incapacidade profissional que reflecte, antes de mais, o seu grau de insatisfação, recusa ou protesto em relação às suas condições de trabalho» (Hadler, 1996). O «alívio» proporcionado pelo diagnóstico de fibromialgia, aliás, bem como a promoção do apoio emocional e as garantias de legitimação oferecidas pelos grupos de auto-ajuda, podem ser alimentados à custa de uma incapacidade persistente que sugere um processo de iatrogénese social (Page e Wessely, 2003). A legitimação social e médica dos sintomas é um objectivo central para os doentes com dor crónica, dada a desconfiança

que é suscitada pela invisibilidade do seu sofrimento. A dor crónica integra, muitas vezes, uma certeza privada, para quem sofre, e uma dúvida pública, para quem observa. Os doentes tendem a rejeitar uma formulação psicossocial para os seus sintomas, recusando «sofrer da cabeça». Os reumatologistas e outros profissionais de saúde promovem geralmente uma avaliação clínica ambígua, inconclusiva, que choca com as firmes alegações de incapacidade produzidas pelos doentes. A desconfiança pode tornar-se generalizada. Mas a batalha pela legitimação dos sintomas, no âmbito familiar e social, no local de trabalho ou no gabinete de consulta médica, pode não constituir mais do que um factor de manutenção das queixas. Afinal, se a pessoa quer provar que está doente, então não vai conseguir melhorar (Hadler, 1996). *Estou agora a confrontar-me com o diagnóstico que me fizeram. Até que enfim tenho um diagnóstico! Estou a reaprender a viver. Não encontro nenhum apoio sob o ponto de vista legal, que nos proteja no trabalho. Estou preocupada com isto. Será que me podem ajudar?*

<http://fibrosite.no.sapo.pt>

Do ponto de vista biológico, a investigação levada a cabo ao longo dos últimos trinta anos não conseguiu esclarecer a etiologia ou as alterações fisiopatológicas da fibromialgia (Branco, 1997), não obstante as hipóteses mais recentes relacionadas com os designados «neuro-circuitos emocionais» e a sensibilização central da dor (Ursin e Eriksen, 2001). Não é claro o modo como as alterações neuroendócrinas na fibromialgia se relacionam com a experiência dos sintomas, do mesmo modo que não está esclarecida a natureza primária, ou secundária, dessas alterações (Parker et al., 2001). Segundo alguns autores, a fibromialgia corresponderia a um estado de hiperexcitabilidade central do sistema nociceptivo (Desmeules et al., 2003), a uma doença do sistema nociceptivo (Henriksson, 2003) que envolveria os sistemas de processamento da dor, na dependência de factores psicológicos, evocando o conceito de hipervigilância, e/ou neurobiológicos (Clauw e Crofford, 2003). No mesmo sentido, Goldenberg sugere que os *tender points* resultam de alterações da percepção da dor que são compatíveis com uma maior sensibilidade dolorosa, generalizada, independentemente da parte do corpo que é palpada (Goldenberg, 2002). Ao nível da medula espinal, de acordo com o mesmo autor, os receptores ner-

vos habitualmente não envolvidos na transmissão da dor começariam a transmitir esta mesma dor, um processo designado por *alodinia*. Uma actividade deficiente do sistema de modulação da dor, descendente, contribuiria igualmente para um estado de hiperalgesia. Todas estas reacções fisiológicas, afinal, aumentariam o volume de estímulos dolorosos que chegam ao cortex cerebral, onde as experiências de desconforto prévias influenciariam igualmente a expressão emocional da dor. Parece portanto que os célebres *tender points* carecem de validade. Apesar do consenso sobre a existência de uma perturbação generalizada da percepção da dor, no entanto, pode ser difícil contrariar a noção de que estes dezoito pontos mágicos encerram, afinal, algum tipo de patologia ou alteração estrutural (Clauw e Crofford, 2003). Ao mesmo tempo, e apesar da acumulação de dados bioquímicos relacionados com a substância P, com o metabólito da noradrenalina MPHG, ou com a serotonina, a verdade é que não conhecemos, em rigor, as causas biológicas da fibromialgia. É talvez possível que a valorização orgânica do conceito, ao longo dos anos, tenha mesmo determinado consequências negativas para alguns doentes e para a própria sociedade (Carette, 1995).

Mas, se não existe inflamação nem deterioração, porque é que dói tanto?

A verdade é que não sabemos. Aqueles que dizem saber as causas da fibromialgia estão provavelmente a tentar vender alguma coisa. Não foi encontrada a causa da fibromialgia.

Goldenberg, 2002:10.

Neste contexto, e não obstante os dados mais recentes da investigação biológica, talvez se mantenha pertinente um comentário do reumatologista Simon Carette, há cerca de uma década:

... Penso que devemos concentrar os nossos esforços numa melhor compreensão dos factores psicossociais que predispõem os doentes a desenvolver este síndrome doloroso, assim como daqueles que, por outro lado, ajudam a perpetuar os sintomas. Nós abraçamos uma entidade que existe há séculos, demos-lhe um novo nome, criámos um importante problema de saúde ao darmos-lhe uma importância acrescida, ao investigá-la e ao sugerir que merece compensações por incapacidade. Criámos um monstro e agora temos que emendar a mão.

Simon Carette, 1995

Os estudos relacionados com factores psicossoc-

ciais têm mostrado resultados conflituais. Embora os dados relativos à presença de perturbações psiquiátricas específicas sejam mais controversos (Boissevain e McCain, 1991), parece que a fibromialgia se associa a elevados índices de psicopatologia geral, pelo menos numa subamostra de doentes (Epstein et al., 1999). Mesmo na comunidade, as manifestações clínicas de depressão e ansiedade parecem ter relevância clínica (White et al., 2002). A este respeito, um estudo recente verificou que a fibromialgia, tal como outros síndromes somáticos funcionais, está relacionada, mas não é completamente dependente, da depressão e da ansiedade. Por outras palavras, não existe na fibromialgia uma primazia universal de sintomas psicológicos sobre os sintomas físicos, o que significa que a associação transversal da dor, da depressão e da ansiedade pode, neste sentido, admitir diferentes relações causais (Henningesen et al., 2003). As relações entre depressão e fibromialgia, nomeadamente, estão longe de ser claras. A possibilidade de a fibromialgia causar depressão é contrariada, entre outras razões, pelo facto de muitos doentes terem antecedentes depressivos, invertendo assim a relação temporal entre as duas condições clínicas. Não é consistente, portanto, a noção geralmente defendida pelos doentes segundo a qual a depressão é uma consequência da dor crónica. A hipótese alternativa de a depressão constituir causa da fibromialgia, por sua vez, é comprometida pela eventualidade de um padrão temporal inverso, ou seja, pela verificação de que, frequentemente, a fibromialgia precede o aparecimento do quadro clínico depressivo. Ou seja, a hipótese de uma etiologia psicológica para o quadro clínico, muitas vezes defendida pelos médicos no contexto clínico, fica também comprometida por esta relação cronológica. Deste modo, resta uma terceira possibilidade, a de que a fibromialgia e a depressão, afinal, partilhem de uma anomalia etiológica comum, não identificada (Hudson e Pope, 1996). Claramente, esta é também uma solução insatisfatória.

Wounded as a child, vulnerable forever
Van Houdenhove, 2002

Um estudo comparativo, envolvendo dois grupos de doentes com fibromialgia e artrite reumatóide, sugeriu que os primeiros exibem um padrão caracterizado pelo registo de mais sintomas somáticos, mais intervenções cirúrgicas e um comportamento de procura de ajuda que pode reflectir um

processo de somatização, mais do que uma perturbação psiquiátrica distinta (Kirmayer et al., 1988). Noutros estudos comparativos, envolvendo também doentes com fibromialgia e artrite reumatóide, os primeiros mostraram mais diagnósticos psiquiátricos e mais sintomas físicos funcionais, para além de uma maior frequência de experiências de abuso prévias e de conflitos interpessoais, ao longo da vida (Walker et al., 1997). No mesmo sentido, um estudo mais recente mostrou que os pontos dolorosos guardam uma forte associação com algumas características da somatização e respectivos antecedentes, durante a infância, que provavelmente contribuem para o desenvolvimento da fibromialgia (McBeth et al., 1999). Ainda noutro trabalho, foi igualmente demonstrado que os doentes com fibromialgia reuniam maior número de adversidades durante a infância, incluindo maus tratos físicos e abuso sexual, negligência afectiva e outros problemas familiares (Imbierowicz e Egle, 2002). A maior ocorrência de experiências de abuso na fibromialgia, aliás, sugere a existência de uma relação mais geral, não específica, entre vitimização e somatização, um conceito que adquire, assim, uma espécie de afinidade etiológica com a fibromialgia (Winfield, 2001). Por outras palavras, o conceito de somatização não deve ser tomado como sobreponível ao conceito de fibromialgia. Mas muitos casos clínicos de fibromialgia e somatização têm em comum a ocorrência prévia de experiências de abuso, privação, adversidade, trauma ou negligência afectiva. Ora, este conceito de somatização, acima referido, também não deve ser entendido num vácuo fisiológico (Lipowsky, 1988; Sharpe e Bass, 1992). Ou seja, o processo de somatização é compatível com alterações fisiopatológicas que, nos casos clínicos de fibromialgia, podem reflectir uma hiporeactividade do sistema hipotálamo-hipófise-suprarrenal (Van Houdenhove, 2003). Mais uma vez, a compreensão da fibromialgia não se esgota na exibição de argumentos redutores, biológicos ou psicossociais. Mas o carácter subjectivo dos sintomas, a discrepância aparente entre patologia objectiva e incapacidade observada, bem como a sugestão de uma associação relevante entre as queixas dos doentes e os respectivos antecedentes pessoais ou factores situacionais, todos estes factores têm promovido igualmente o recurso a estudos de investigação qualitativa, com o objectivo de conhecer o ponto de vista do doente, explorar os seus constrangimentos biográficos e situacionais, e assegu-

rar uma descrição detalhada dos seus mundos sociais (Hallberg e Carlsson, 1998; Hellstrom, 1999).

Não existe uma «personalidade fibromiálgia» (Jacobsen et al., 1993). Mas a experiência clínica e alguns estudos mostram-nos que são frequentes alguns traços que parecem predispor, iniciar e/ou perpetuar os sintomas típicos de fadiga crónica ou fibromiálgia (Van Houdenhove et al., 2001). Referimo-nos a uma elevada propensão para a acção, ao estilo de vida hiperactivo, aos traços de perfeccionismo e inflexibilidade adaptativa, à incapacidade aparente de recusar factores de pressão ou exigência externa que caracteriza, amiúde, o comportamento dos nossos doentes. É como se muitos deles tentassem manter a cabeça à tona de água, durante muito tempo, até sucumbirem como «guerreiros exaustos» (Van Houdenhove, 2003). Como se o seu «sistema eléctrico» entrasse em colapso, de acordo com o conceito de neurastenia do século XIX.

A person with a nervous tendency is driven to think, to work, to strive for success. He presses himself and his life forces to the limit, straining his circuits. Like an overloaded battery ... the sufferer's electrical system crashes down, spewing sparks and symptoms and giving rise to neurasthenia.

George Beard, 1869

A hiperactividade destes doentes, aliás, não seria uma função do número de horas de trabalho antes de adoecerem, mas antes um traço a ser compreendido no contexto das suas biografias e personalidades. Poderia reflectir, por exemplo, uma tendência narcísica para negar limites pessoais, uma estratégia de regulação do humor, ou um passado de «parentificação» em que a doente foi obrigada a ocupar o lugar de uma mãe com doença crónica, no cumprimento das tarefas domésticas. Em muitos destes casos, o início da fadiga poderia associar-se a um fracasso nas (elevadas) ambições ou objectivos de vida, a uma incapacidade de continuar com um estilo trabalhólico, obsessivo, devido a doença intercorrente, etc., etc. (Van Houdenhove, 2002).

No espectro clínico da somatização, por outro lado, podem ser equiparados a traços de personalidade algumas dimensões comportamentais como a afectividade negativa – uma propensão individual para sentir uma ampla variedade de sintomas físicos e emocionais, incluindo a ansiedade, depressão e sintomas somáticos funcionais, medicamente inexplicados. Os conceitos de absor-

ção, hipervigilância e amplificação somáticas, reactividade fisiológica, atenção e percepção somáticas, capacidade de elaboração cognitiva e de expressão das emoções, bem como o modo particular como as pessoas lidam com os seus sintomas físicos, ou com a dor crónica, todos estes aspectos assumem uma relevância potencial no estudo das relações entre personalidade e síndromes somáticas funcionais, incluindo a fibromiálgia e o síndrome de fadiga crónica (Kirmayer et al., 1994).

A expressão síndrome somático funcional tem sido aplicada a situações clínicas caracterizadas sobretudo por sintomas, sofrimento e incapacidade, na ausência aparente de uma patologia orgânica consistente (Barsky e Borus, 1999). São exemplos o cólon irritável, a dor torácica atípica, as cefaleias de tensão, a disfunção temporomandibular, a sensibilidade química múltipla, a dor pélvica crónica, a fibromiálgia e o síndrome de fadiga crónica, entre outros, de acordo com as diferentes especialidades médicas (Wessely et al., 1999). Os síndromes somáticos funcionais, assim, poderiam constituir artefactos da especialização médica, reflectindo uma tendência dos especialistas para focarem uma atenção selectiva nos sintomas mais característicos da sua especialidade. Ou seja, os diferentes síndromes talvez não constituam entidades diagnósticas específicas mas representam, eventualmente, segmentos diferentes de um animal maior – como na parábola do elefante e do homem cego. Por outro lado, o processo de amplificação sintomático alegadamente característico destas condições clínicas resultaria de uma crença individual na existência de uma doença grave, na expectativa de um agravamento sintomático progressivo, nos benefícios do papel de doente e na exibição alarmista de uma condição dramática e incapacitante, muitas vezes promovida pela comunicação social, falada e escrita (Barsky e Borus, 1999).

A fibromiálgia é uma doença?

Afinal, devemos acreditar, ou não, no conceito de fibromiálgia? As dores e os sintomas associados são verdadeiros, para quem faz prática clínica. Mas o conceito de fibromiálgia, esse, tem um estatuto controverso que lhe chega a negar, como vimos, uma existência autónoma (Erllich, 2003). É por esta razão que um autor anónimo diz não acreditar na existência da fibromiálgia apesar de ver, com mui-

ta frequência, «doentes que parecem sofrer desta doença» (Raspe Croft, 1995). Estes doentes já foram vistos como pertencendo a «uma mistura de diferentes grupos, muitos infelizes, alguns deprimidos, alguns ansiosos e alguns em *stress*» (Hart, 1988), o que significa que, nestas condições, «ninguém sofre de fibromialgia até ter o diagnóstico» (Erlich, 2003). A construção e perpetuação social do diagnóstico, aliás, dependeria da existência de doentes vulneráveis, de médicos especialmente entusiasmados e de circunstâncias culturais favoráveis, potenciadas pela comunicação social (Showalter, 1997). Mas este diagnóstico, numa perspectiva diferente, é defensável pelo facto de nos oferecer «uma estrutura de compreensão e um modelo terapêutico», uma explicação para os sintomas, uma legitimação médica das queixas, um ponto de partida para esclarecermos e ajudarmos os nossos doentes, de uma forma construtiva, tal como acontece com o diagnóstico de depressão (Goldenberg, 1995; 2002). Por outras palavras, a medicalização pode perpetuar a incapacidade e a exclusão. Mas quando usada de uma forma positiva, apropriada, a medicalização pode constituir o primeiro passo em direcção à recuperação clínica do doente (Wessely, 2002).

Regressando a um registo mais céptico, subsistem dúvidas na comunidade médica sobre a utilidade do diagnóstico de fibromialgia, não obstante as vantagens potenciais da sua aplicação.

O diagnóstico consiste num sistema de adivinhação mais ou menos preciso no qual o ponto de chegada é um nome. Estes nomes, quando são aplicados a doenças, vêm a assumir a importância de entidades específicas, embora não sejam mais do que concepções inseguras e portanto temporárias ...

Quintner e Cohen, 1999

É possível que as expectativas criadas pelos critérios diagnósticos do CAR tenham sido, de algum modo, defraudadas. O principal mentor intelectual da fibromialgia, enquanto conceito, tem procedido, ele próprio, a algumas reflexões críticas:

Quando começámos, nos anos 80, nós víamos os doentes a andarem de médico em médico, com dores. Acreditámos que ao fazermos o diagnóstico de fibromialgia, lhes reduzíamos o stress e o consumo de cuidados de saúde. Mas esta ideia de que podíamos interpretar o seu mal-estar, através do diagnóstico, e deste modo ajudá-los, não se confirmou. A minha opinião hoje é a de que estamos a criar uma doença e não a curar uma doença. Se

fazemos o diagnóstico de fibromialgia, a dor passa a dominar a vida das pessoas. Ao receber o diagnóstico e ao tomar medicamentos, as pessoas passam a exibir os cartões de membros do «clubes da fibromialgia»

Wolfe, F., cit. In Goldenberg, 2002, pp. 22

A valorização excessiva dos pontos dolorosos e a desvalorização aparente dos aspectos psicossociais serviram também de reflexão crítica, recente, para Frederick Wolfe, que desaconselhava mesmo o uso dos critérios diagnósticos do ACR na prática clínica. Num registo irónico, os pontos dolorosos foram equiparados aos «novos sinais de beleza dos reumatologistas» (Malleon, 2002).

Talvez os pontos dolorosos, enquanto critério essencial, tenham sido um erro. Ao ignorarmos o mal-estar e os aspectos psicossociais centrais do síndrome, ao darmos prioridade a um item do exame físico, permitimos que a fibromialgia passasse a ser vista sobretudo como uma doença física. Mais do que isto, removemos todos os vestígios das características mais importantes da doença. Como ciência, foi OK. But it was bad reality.

Wolfe, F., J Rheumatology, 2003

A fibromialgia é uma doença psicossomática?

Eric Cassell usou o termo «*illness*» para designar «aquilo que o doente sente quando vai ao médico», e a palavra «*disease*» para se referir «àquilo que ele tem quando regressa do gabinete de consulta» (in Helman, 2002). «A *disease*, portanto, é algo que um órgão tem; a *illness* algo que a pessoa tem». A *disease* é uma condição médica bem definida, baseada numa patologia específica. A *illness* é a resposta subjectiva do indivíduo e dos que lhe são próximos ao seu estado de mal-estar. Não inclui apenas a sua experiência de desconforto, mas também o significado que ele confere a esta experiência. Neste sentido, podemos dizer que a fibromialgia não é provavelmente uma doença distinta, dada a não especificidade dos processos biológicos envolvidos. Mas é uma verdadeira *illness*, se olharmos para o impacto dramático e para o sofrimento associados às suas manifestações (Van Houdenhove, 2003). Não é uma doença psicossomática no velho sentido psicodinâmico, na medida em que não é explicável à custa de um conflito inconsciente cujos correlatos fisiológicos determinem o seu aparecimento (Lipowsky, 1986). Mas envolve con-

certeza um processo psicossomático baseado nos factores psicossociais que influenciam o início e evolução dos sintomas físicos (Kirmayer e Robbins, 1991). Embora a fibromialgia possa, ou não, fazer uma transição de *illness* para *disease*, tal como o síndrome de fadiga crónica, no futuro (Wessely, 2002), consideremos agora alguns elementos biográficos e psicossociais geralmente associados ao síndrome clínico.

Investigação

It is more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of disease the patient has.

Sir William Osler

O nosso trabalho envolveu dois grupos de doentes consecutivos, com os diagnósticos de fibromialgia (n=58) e artrite reumatóide (n=43), recrutados no Departamento de Reumatologia dos HUC (Medicina III).

O estudo obedeceu a uma abordagem metodológica dupla, quantitativa e qualitativa (Quartilho, 1999). Quanto à abordagem quantitativa, foram administrados vários instrumentos psicométricos e um questionário de auto-registo, em duas ocasiões diferentes. Os instrumentos referidos incluíram o *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (IACLIDE, Vaz Serra, 1994), o *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1993), a *Somatosensory Amplification Scale* (SSAS, Barsky et al., 1990), o *Symptom Interpretation Questionnaire* (SIQ, Robbins e Kirmayer, 1991), o *Illness Behaviour Questionnaire* (IBQ, Pilowsky et al., 1994), a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson et al., 1988) e a *Short-Form Health Survey* (SF-36, Medical Outcomes Trust, 1994). Todas as escalas foram administradas a todos os doentes, em dois tempos separados por um intervalo de seis meses. O questionário, por sua vez, baseou-se largamente numa entrevista diagnóstica estruturada para síndromes somáticas funcionais, incluindo a fibromialgia, síndrome de fadiga crónica e síndrome do cólon irritável, designada por *Structured Diagnostic Interview for Functional Somatic Syndromes* (SDIFFS, Kirmayer et al., 1995). A abordagem qualitativa incluiu duas entrevistas semi-estruturadas aplicadas a uma subamostra de doentes com o diagnóstico de fibromialgia (n=11). A primeira entrevista centrou-se na fenomenologia dos sin-

tomas e no respectivo impacto sobre a vida familiar e social. A segunda prestou atenção às histórias de vida. Foram também realizadas pequenas entrevistas com os cônjuges dos doentes.

Quanto ao *Questionário de Auto-Registo*, verificou-se que a amostra de doentes com fibromialgia era sobretudo constituída por mulheres casadas, com uma idade média de 45 anos e um baixo grau de literacia. A auto-avaliação das suas situações de vida correntes, relativas aos seis meses anteriores, revelou mais problemas familiares e sociais, mais sintomas depressivos, um maior número de sintomas medicamente inexplicados, e uma maior interferência da dor nas suas actividades do dia a dia, em comparação com os doentes com artrite reumatóide. Denotavam uma menor satisfação com as suas vidas familiares, uma menor percepção de apoio social funcional e ainda um maior número de acontecimentos de vida negativos ao longo da vida. Mais de metade dos doentes tinham recorrido a consultas de Psiquiatria no passado e, enquanto grupo, evidenciaram um maior consumo global de cuidados de saúde.

Na maioria dos casos, os sintomas apareceram na sequência de um acontecimento precipitante, como o pós-parto. A intensidade da dor revelou-se mais intensa, quando comparada com os doentes com artrite reumatóide. Com a ajuda de um análogo visual da dor, a respectiva intensidade pareceu compatível com o comportamento observado mas este, por sua vez, não pareceu decorrer exclusivamente de um fenómeno nociceptivo. A maioria dos doentes referiu que os seus médicos assistentes lhes tinham dito, ou dado a entender, que os sintomas eram «causados pelos nervos». A sua percepção relativa às atitudes do cônjuge, relacionadas com a dor, sugeriram que, na maioria dos casos, estes mostraram alguma preocupação, embora um subgrupo de doentes assumisse que o cônjuge, ao contrário, «não diz nem faz nada, é como se eu não tivesse dores». As aptidões de *coping* revelaram sobretudo estratégias passivas, tais como a catastrofização, com apelo mais frequente a recursos externos ou uma atitude de «desistência», na presença de sintomas dolorosos. As atitudes das outras pessoas e o impacto familiar dos sintomas revelou uma maior percepção de alienação interpessoal, com tendência para a constrição social, assim como um maior grau de consequências negativas na dinâmica familiar. No espaço extrafamiliar, nomeadamente, a forma como os doentes mostraram encarar o comportamento das

outras pessoas pareceu «obrigá-los» ao recolhimento, à restrição social, dadas as ameaças repetidas de deslegitimação para os seus sintomas.

Quanto aos *Instrumentos Psicométricos* utilizados, encontrámos diferenças estatisticamente significativas. O *IACLIDE* mostrou uma maior intensidade dos sintomas depressivos no grupo de doentes com fibromialgia. Mas estes sintomas não pareceram derivar de uma diátese endógena. Pelo contrário, pareceram relacionar-se mais com a incapacidade de realização de objectivos pessoais, significativos, com sentimentos de perda ou auto-desvalorização (Brown, 1998). Ou com contextos que puseram em causa a auto-estima dos doentes, forçando-os a posições de subordinação ou a situações de vida que inviabilizaram as possibilidades de um escape seguro, de libertação relativamente a contextos opressivos, de natureza interpessoal (Gilbert, 1992). O *Brief Symptom Inventory* revelou mais psicopatologia geral, em todas as dimensões patológicas consideradas, com destaque para a dimensão de somatização. Nas restantes dimensões, os valores encontrados mostraram uma curiosa sobreposição com os valores obtidos numa amostra de doentes com perturbação emocional (Canavarro, 1999). O *Illness Behaviour Questionnaire* revelou diferenças nas escalas de percepção psicológica *versus* somática, perturbação afectiva, negação e irritabilidade. Estes resultados dizem-nos que os doentes com fibromialgia admitem ter problemas pessoais e interpessoais, para além dos sintomas físicos. Admitem igualmente que ficam muitas vezes tristes, ou deprimidos, e que têm dificuldades em relaxar. Reconhecem, por fim, o impacto negativo do seu comportamento junto das outras pessoas, com consequente isolamento social. A *Somatosensory Amplification Scale* indicou a presença de uma maior sensibilidade somática, a provável presença de um «estilo perceptivo amplificador» nos doentes com fibromialgia, favorecendo os conceitos de hipervigilância e amplificação (McDermid et al., 1996; Crombez et al., 2004). A *Short Form-36* confirmou a presença de elevados índices de incapacidade e um pior estado de saúde global, de acordo com a impressão clínica e com a literatura (Epstein et al., 1999). O *Symptom Interpretation Questionnaire* revelou uma maior tendência para atribuições psicológicas e somáticas. Uma tendência para se fazerem atribuições psicológicas perante sintomas comuns associa-se geralmente a um maior registo de sintomas somáticos e depressivos e também à presen-

ça de antecedentes psiquiátricos. O estilo atribucional somático, por sua vez, costuma relacionar-se com o volume de sintomas físicos medicamente inexplicados (Kirmayer e Robbins, 1991). Finalmente, a *Positive Affect and Negative Affect Schedule* confirmou a relevância clínica da afectividade negativa em doentes com fibromialgia. Embora esta dimensão do humor, também conhecida por neuroticismo, possa justificar uma inflacção espúria de muitas variáveis nos estudos de auto-registo, é provável que uma pontuação elevada torne as pessoas mais susceptíveis de perceber e reagir a sensações físicas comuns (Watson e Pennebaker, 1989), uma possibilidade compatível com o conceito de hipervigilância, atrás mencionado. A eventual associação entre hipervigilância e um índice elevado de afectividade negativa pode assim concorrer para um registo aumentado de sintomas físicos, através de dois mecanismos principais. Primeiro, é possível que os doentes prestem mais atenção a sensações corporais normais. Segundo, podem interpretar sintomas normais como sendo patológicos (Barsky e Klerman, 1983).

Quanto às *Entrevistas*, encontrámos seis categorias principais. Os *discursos de dor* foram sublinhados como idiomas particulares de desconforto psicossocial e de incapacidade, associados a atribuições comuns, baseadas no paradigma biomédico. Os doentes revelaram uma forte consciência dos seus sintomas corporais e usaram com frequência descrições metafóricas para estes sintomas. A categoria *impacto/consequências* designou o impacto global do comportamento do doente nas suas interações familiares e sociais, assim como nos seus contactos com o sistema de cuidados de saúde. A dor prolongou-se por um mundo de dor, condicionando o mundo à sua expressão. A categoria *legitimação/deslegitimação* relacionou-se com o modo como os sintomas e comportamento do doente foram aceites, ou rejeitados, no âmbito das suas interações interpessoais, tanto a nível da comunidade como a nível dos cuidados de saúde. Os processos de deslegitimação das queixas, nos diversos contextos interpessoais, assumiram uma importância crítica aparente. A categoria *adversidade distal/vulnerabilização* incluiu todos os acontecimentos, experiências ou factores, internos e externos, mais ou menos remotos, que tiveram um impacto aparentemente negativo na história biográfica do indivíduo. Esta categoria incluiu, por exemplo, experiências de perda durante a infância, experiências de

abuso físico e negligência parental e ainda experiências de contacto com doenças em familiares próximos. A categoria *circunstâncias proximais* pretendeu assinalar as condições ou factos associados ao início dos sintomas típicos da fibromialgia. Esta categoria incluiu principalmente o pós-parto, mas também acidentes traumáticos e conflitos interpessoais. Também foram valorizados os contextos de vida mais amplos em que surgiram, e se mantiveram, os sintomas clínicos. A categoria *indivíduo/situação* reflectiu as relações existentes entre contextos de vida e pensamentos individuais, a partir do presente, com elementos individuais e situacionais em interacção recíproca. De um modo geral, esta categoria incluiu uma visão negativa do passado, do presente e do futuro, associada a crenças de incapacidade, com algumas variações. Finalmente, as entrevistas com os cônjuges mostraram uma tendência para uma certa «homeostase disfuncional», consolidada na maioria dos casos pela disponibilidade do cônjuge para ajudar o doente na sua luta por uma legitimação médica e social dos seus sintomas.

As nossas conclusões seguiram um duplo formato – transversal e longitudinal. Ambas as perspectivas provaram ser compatíveis com o processo de somatização, um conceito aplicável a doentes que «tendem a repetir as mesmas queixas físicas, insistem frequentemente na possibilidade de uma causa orgânica, repetem os pedidos de exames complementares, são muitas vezes depreciados, mudam de médico ... são extensivamente investigados e submetem-se a procedimentos diagnósticos invasivos que causam, eventualmente, prejuízo iatrogénico. A somatização, portanto, é muitas vezes uma fonte de sofrimento para o doente, com um impacto negativo nas suas interacções familiares e sociais. Ao mesmo tempo é uma fonte de frustração para o médico, geralmente confrontado com as dificuldades associadas à compreensão integral e

ao alívio eficaz dos sintomas» (Quartilho, 1998). O carácter descritivo e a neutralidade etiológica do conceito de somatização implica que esta deve ser entendida como um processo envolvendo não apenas mecanismos psicológicos e sociais, mas também biológicos. Este ponto de vista justifica uma conexão fenomenológica entre os dois conceitos, numa leitura transversal, uma vez que ambos podem ser caracterizados por uma atenção preferencial a sensações corporais, por um padrão generalizado de hipervigilância da dor (Figura 1). Numa perspectiva comportamental, as pessoas que prestam mais atenção à dor são mais susceptíveis de se comportarem em função das suas experiências de dor (McCracken, 1997). A atenção, por sua vez, é guiada por processos cognitivos de atribuição e interpretação. Estes processos localizam os sintomas no corpo e detectam eventualmente a presença de uma «doença grave». Esta «auto-descoberta» determina uma activação de respostas psicológicas, tais como uma preocupação relacionada com doenças ou uma reacção

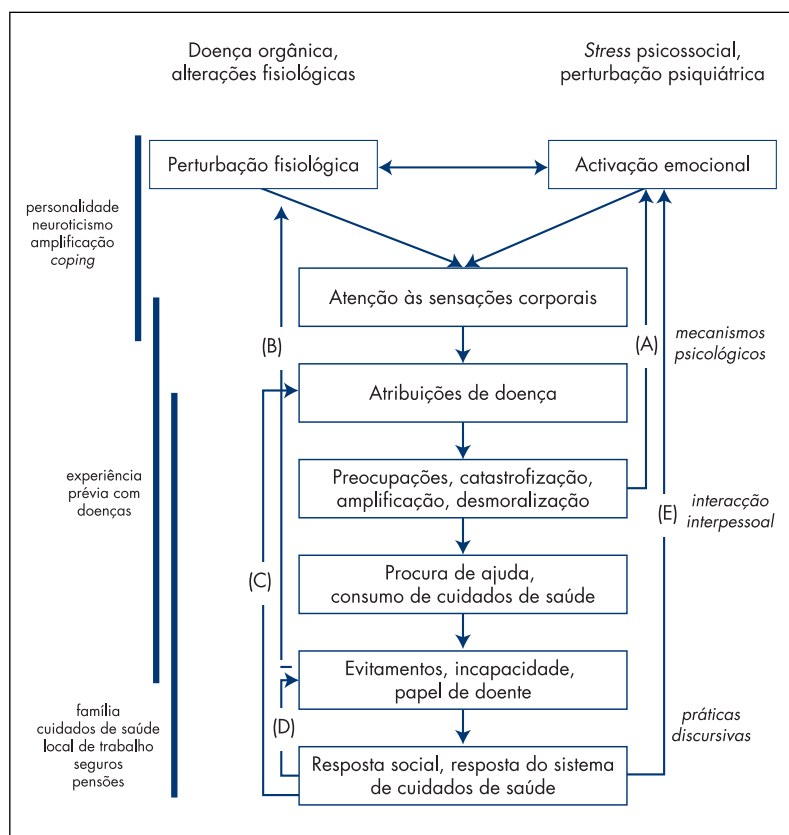


Figura 1. Somatização e Fibromialgia: Modelo Integrador (Adapt. Kirmayer e Robbins, 1998)

de catastrofização, bem como o recurso aos cuidados de saúde com assunção do papel de doente. O estatuto de incapacidade atravessa então um processo complicado de legitimação que ocorre no seio da família, no âmbito das relações sociais e também no contexto dos cuidados de saúde. Como sabemos, os sintomas são frequentemente deslegitimados por profissionais de saúde e nas interações sociais, na comunidade. Esta é a principal razão pela qual os doentes com fibromialgia se acham tantas vezes incompreendidos, mesmo estigmatizados, no contexto das suas redes sociais.

Processos fisiológicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais, todos contribuem potencialmente para ciclos viciosos de amplificação que podem agravar os sintomas. Por exemplo, a preocupação com a doença e as respostas de catastrofização determinam um aumento dos níveis de ansiedade que, por sua vez, dá origem a sintomas somáticos associados à activação do sistema nervoso autónomo; o evitamento de actividades e o comportamento de papel de doente originam descondicionamento físico, alterações do sono e outras formas de desregulação fisiológica; as interpretações culturais dos sintomas e o designado comportamento de papel de doente² reforçam as atribuições patologizadoras para novas sensações, assim como a situação de mal-estar e de incapacidade; e, finalmente, o mesmo comportamento de papel de doente pode originar conflitos interpessoais que, por sua vez, aumentam o grau de activação emocional e contribuem, assim, para a persistência de sintomas somáticos funcionais.

A somatização, portanto, exhibe uma sobreposi-

² De modo sucinto, o comportamento de papel de doente corresponde a um conceito com as seguintes características: 1) discrepância entre doença detectável e incapacidade manifesta; 2) procura de validação para a doença; 3) apelo à responsabilidade médica; 4) atitudes de vulnerabilidade e desamparo; 5) evitamento de papéis saudáveis, com alegações persistentes de incapacidade; 6) presença eventual de compensações ambientais; e 7) comportamentos interpessoais que tendem a manter o estatuto de papel de doente (Blackwell, 1992)

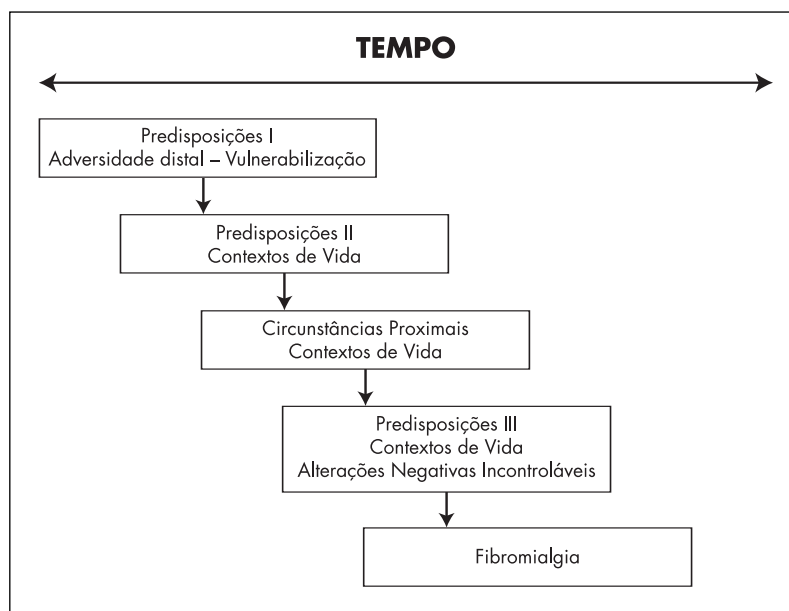


Figura 2. Fibromialgia: Processo Dinâmico

ção fenomenológica com a fibromialgia. Contudo, esta leitura transversal depende de uma leitura biográfica, dinâmica, de uma dimensão temporal que requer uma perspectiva longitudinal, complementar (Figura 2). De facto, alguns dos factores causalmente relacionados com a somatização foram também encontrados nas entrevistas, assim estabelecendo uma conexão etiológica com a fibromialgia. Foi o caso de um estilo de vida hiperactivo, da comorbilidade psiquiátrica, da experiência pessoal com doenças ou do contacto próximo com familiares doentes, da prestação de cuidados continuados com alienação do bem-estar pessoal, da iatrogenese, e também das experiências prévias de abuso e negligência parental. Obviamente, estes factores comuns não podem ser generalizados a todos os doentes, dado fazerem parte de uma população heterogénea. Contudo, podem ajudar-nos a compreender toda a história em muitos casos clínicos. Apenas temos que ouvir os nossos doentes e procurar diferentes factores predisponentes, precipitantes e de manutenção, deste modo alargando a agenda clínica, explorando as histórias de vida.

De acordo com os resultados do estudo qualitativo, e também com a nossa experiência clínica, o factor tempo assume uma importância vital no desenvolvimento da fibromialgia. Se nos é permitido especular, este síndrome deve ser concebido

como uma via final comum, como uma consequência final de uma activação recorrente de sistemas biológicos e psicossociais previamente desregulados. Sempre que acontece um novo factor de desregulação, tanto biológica como psicossocial, surge uma nova linha de base, com uma nova predisposição que por sua vez interage com novos factores de *stress*, no futuro. Independentemente das possíveis alterações biológicas que acompanham este processo dinâmico, como a sensibilização central, parece-nos mais apropriado compreender a fibromialgia como um ponto de chegada onde convergem diferentes experiências pessoais de adversidade distal e diferentes precipitantes ou circunstâncias proximais, um ponto potenciado por sucessivos contextos negativos de natureza familiar, interpessoal ou profissional, ou ainda relacionados com o sistema de cuidados de saúde. A sucessão destes contextos, ou situações de vida correntes, sempre associados a uma nova predisposição, parece assumir uma grande importância evolutiva. Nos vários casos individuais, pareceram assumir o papel de fiel da balança, oscilando numa ou noutra direcção em função de um equilíbrio final entre factores de protecção e factores de agravamento, tanto no estado de saúde global do doente como nos seus mundos familiares e sociais.

Os factores de agravamento, sempre que mostraram ser dominantes, pareceram criar, numa determinada fase do processo, alterações negativas incontroláveis que representaram uma espécie de «ponto de não retorno». Ou seja, o doente deixou de ter uma percepção de controlo sobre a sua vida. Ficou à mercê de constrangimentos estruturais ou interpessoais, sem possibilidades de fuga ou de escolha livre, autónoma. Nesta situação, caracterizada pela presença irreversível de alterações negativas incontroláveis, o impacto dos factores proximais pareceu desvanecer-se, dado o maior poder patogénico das predisposições individuais e das situações de vida correntes. Contudo, noutras circunstâncias, estes factores assumiram uma função positiva, protectora, contribuindo para a reversão das queixas. Por outras palavras, a evolução clínica pode depender parcialmente do que acontece, bom ou mau, na vida real das pessoas, nos seus mundos morais concretos. Assim, a perspectiva longitudinal mostrou ser compatível com um espectro de possibilidades; os sintomas não pareceram seguir uma suposta evolução natural da doença, independentemente dos contextos de

vida. Pelo contrário, a fibromialgia pareceu corresponder a uma via final comum onde convergem experiências de vulnerabilização e adversidade distal, juntamente com circunstâncias proximais associadas a vários contextos negativos que se auto-perpetuam, à custa de alterações negativas incontroláveis, persistentes. A fibromialgia, portanto, corresponde a uma vulnerabilização progressiva das resistências individuais, a uma combinação sinérgica de vulnerabilidades estabelecidas ao longo do tempo.

Existe uma ampla literatura relacionada com a adversidade e o processo de *stress* (Dohrenwend, 1998). Se acreditarmos numa relação consistente entre *stress*, adversidade e fibromialgia, podemos sugerir algumas proposições centrais provisórias, com base nas entrevistas e na nossa experiência clínica. *Primeiro*, quanto mais relevante for a contribuição da predisposição individual e/ou dos contextos de vida negativos para as alterações negativas incontroláveis da situação de vida corrente, em comparação com os acontecimentos proximais, mais provável é a persistência destas alterações. Ou seja, os casos mais graves de fibromialgia salientam a relevância clínica das predisposições individuais (ex: perturbação da personalidade) e/ou o impacto negativo das situações de vida correntes (ex: violência doméstica). *Segundo*, quanto menor o apoio social na situação de vida corrente, ou a percepção de falta de apoio, material e psicológico, mais provável é a persistência das alterações negativas incontroláveis. *Terceiro*, a duração dos sintomas varia directamente com a duração ou recorrência das alterações negativas incontroláveis na situação de vida corrente. Ou seja, a percepção continuada de falta de controlo pode instituir na vida corrente «hábitos de vida» caracterizados pela dor e pela incapacidade, persistentes. *Finalmente*, quanto mais tempo os sintomas persistem, menos necessárias são novas alterações negativas incontroláveis, na situação de vida corrente, para que ocorra uma recidiva. Ou seja, mais vale prevenir do que remediar.

Assim, nesta perspectiva, a fibromialgia não é um desfecho obrigatório, baseado numa evolução supostamente natural de uma disfunção biológica, mas antes o resultado final de uma evolução social da doença, de transacções entre o indivíduo e o seu ambiente, ao longo do tempo. É uma janela de sofrimento que não é redutível a um vocabulário de sintomas. É uma possibilidade dentro de um espectro de possibilidades, que requer uma

avaliação conjunta de vulnerabilidades, predisposições e contextos de vida. Por outras palavras, a evolução dos sintomas tem lugar num contexto interpessoal, na família, na comunidade e no contexto das consultas médicas. A vida do doente fica aparentemente condicionada à exibição dos sintomas, com uma constrição social crescente. O sofrimento reside no silêncio das expectativas frustradas, nos dilemas indizíveis³ (Griffith e Griffith, 1994), em projectos pessoais que nunca puderam ser concretizados, em conflitos irresolúveis, em ligações destrutivas com o passado, numa incapacidade verdadeira para acreditar num futuro melhor.

Esta compreensão da fibromialgia não é compatível com uma visão biomédica que reduza a dor à categoria de um fenómeno exclusivamente nociceptivo. A dor deve ser também considerada como uma percepção, e não apenas como uma sensação, que depende da capacidade, e da necessidade, de conferir significado à experiência subjectiva. Na dor crónica, os sintomas são não apenas subjectivos, mas também intersubjectivos, partilhados por práticas discursivas que lhes conferem um significado social. Afectam a vida familiar, as relações com outras pessoas e com o sistema de cuidados de saúde. Mas a família, as outras pessoas e os profissionais de saúde influenciam também a experiência da dor crónica. Estes processos «socio-somáticos» inscrevem a história e as relações sociais no corpo e não podem ser reduzidos a uma terminologia biológica sob pena de distorcerem, de modo brutal, aquilo que é a experiência humana da dor crónica.

A dor pode ser exibida como uma ilustração gráfica do sofrimento. Mas esta experiência de sofrimento não tem um vocabulário suficientemente rico para a tornar visível. A dor e o sofrimento são conceitos distintos – podemos sofrer na ausência de dor, ou ter dor sem sofrimento. Mas a dor e o

sofrimento, muitas vezes, parecem ser inseparáveis (Morris, 1999). No entanto, a medicina não tem palavras para o sofrimento. Tendemos a privilegiar os termos técnicos da psicologia ou da fisiologia médica. A própria ideia de sofrimento é mitigada, por vezes trivializada, no contexto discursivo da biomedicina. Estamos familiarizados com o jargão profissional da nocicepção, reabilitação, psicoterapia. Os próprios doentes dão preferência a um vocabulário de sintomas clínicos, à dor e ao cansaço. Por todas estas razões, deveríamos dar mais importância ao significado da dor. Deveríamos ter consciência da dimensão espiritual da experiência humana e das atitudes espirituais perante a dor, envolvendo submissão, aceitação, compreensão, chamamento (Koenig, 2003). Deveríamos ir além dos limites da anatomia e da fisiologia. E deveríamos compreender que o sofrimento, ou a dor crónica, nunca são experiências completamente privadas, individuais, no contexto clínico.

Por outras palavras, deveríamos abandonar a ideia de que, por detrás da dor, da fadiga ou da incapacidade, moram sempre doenças médicas ou psiquiátricas à espera de serem descobertas. Pelo contrário, podemos eventualmente conceber os sintomas como uma expressão de uma perturbação relacional entre o indivíduo e o seu mundo. Os sintomas podem ser compreendidos como uma forma comunicativa através da qual o indivíduo diz que as suas esperanças e ambições mais profundas, no seu mundo social particular, não podem ser concretizadas, por razões pessoais ou ambientais. A exaustão do doente, por outras palavras, constitui uma forma de comunicar que os seus objectivos de vida profissionais ou privados não estão satisfeitos e/ou não podem ser concretizados, por fraqueza do próprio ou devido à situação social em que se encontra. Nestas condições, o dilema moral para os doentes e para os médicos ... é sentirem-se forçados a decidir entre «não ser capaz de ter vontade» *versus* «não ter vontade de ser capaz» (Henningsen e Priebe, 1999). Mas o doente tenta descobrir as causas da sua incapacidade dentro do seu organismo, sem tentar compreendê-las no contexto da sua história biográfica ou situação de vida corrente. Ao longo desta atribulada odisseia, tem a companhia do médico assistente, que lhe pede sempre mais alguns exames complementares. A sua batalha pela legitimação dos sintomas continua com uma energia paradoxal, com o objectivo implícito de se convencer a si próprio,

³Um dilema indizível significa que existem «segredos» que não podem ser expressos através da linguagem verbal, obrigando a um silêncio tácito cuja perpetuação se faz, muitas vezes, à custa de uma agressão contra o próprio corpo. Nestas situações, a pessoa é vítima de uma escolha forçada, ficando «encurralada», não apenas porque não tem nenhuma solução à vista, mas também porque a negociação necessária à resolução do problema não é possível. De uma forma esquemática, o dilema indizível pode pois ser definido como um tipo de situação social em que a pessoa é capaz de prever um mal-estar significativo se se mantiver nesta situação; todas as possibilidades de fuga a esta situação implicam o risco de um sofrimento mais intenso; a revelação pública da gravidade do mal-estar é inaceitável; e a pessoa opta por se manter na situação, suprimindo as aparências exteriores de mal-estar (Quartilho, 1998).

o médico e as outras pessoas, de que as suas queixas são válidas e verdadeiras. Pode ser difícil ou mesmo impossível alcançar o sucesso em projectos pessoais por causa das dores e do cansaço. Mas a dor e a fadiga não estão a impedir uma batalha vigorosa pela legitimação da incapacidade. Os nossos doentes podem dizer-nos, tal como uma mulher nos disse a nós, que «a minha vida foi um esforço para alcançar o vento». Mas o corpo, os nossos corpos, continuam a constituir um domínio metafórico privilegiado, onde convergem a dor e o sofrimento humanos. Os doentes exibem os seus corpos, as suas dores e o seu cansaço, com o objectivo de contar uma história que «preferem» ocultar. Neste contexto, deveríamos respeitar o seu sofrimento e ouvir as suas histórias. Deveríamos tentar ajudá-los o melhor que pudessemos, com empatia, independentemente das nossas perspectivas, pessoais ou profissionais, sobre este grande desafio à nossa competência clínica e ao espírito humanista que informa a nossa prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, L. e. al. (1997). Perceived Physical and Emotional Trauma as Precipitating Events in Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 40(3), 453-460.
- Barsky, A., & Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic Styles. *Am. J. Psychiatry*, 140(3), 273-283.
- Barsky, A., Wyshak, G., & Klerman, G. (1990). The Somatosensory Amplification Scale And Its Relationship To Hypochondriasis. *J. Psychiat. Res.*, 24(4), 323-334.
- Barsky, A., Borus, J. (1999). Functional Somatic Syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130, 910-921
- Blackwell, B. (1992). Sick-Role Susceptibility. *Psychother Psychosom*, 58, 79-90.
- Bohr TW. (1995). Fibromyalgia Syndrome and Myofascial Pain Syndrome - Do They Exist? *Neurologic Clinics*, 13(2), 365-384.
- Boissevian, M. D., & McCain, G. (1991). Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain*, 45, 239-248.
- Branco, J. (1997). Fibromialgia: Modelo Humano de Dor, Fadiga e Incapacidade Crónicas. Unpublished doctoral dissertation, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI. Mário R Simões, & Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2). Braga: APPOINT/SHO.
- Carette, S. (1995). Fibromyalgia 20 years later: What Have We Really Accomplished? *The Journal of Rheumatology*, 22(4), 590-94.
- Cathey, M. e. al. (1988). Functional ability and work status in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Research*, 1, 85-98.
- Clauw, D., & Crofford, L. (2003). Chronic widespread Pain and Fibromyalgia: What We Know, and What We Need To Know. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17(4), 685-701.
- Cohen, M., & Quintner, J. (1993). Fibromyalgia syndrome, a problem of tautology. *Lancet*, 342, 906-09.
- Crofford, L., & Claw, D. (2002). Fibromyalgia: Where are we a decade after the American College of Rheumatology Classification Criteria were developed? *Arthritis & Rheumatism*, 46(5), 1136-1138.
- Crombez, G., & et al. (2004). Hypervigilance to Pain in Fibromyalgia. *Clin J Pain*, 20(2).
- Csillag, C. (1992). Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. *Lancet*, 340, 663-664.
- Derogatis, L. (1993). BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer Systema.
- Desmeules, J., & et al. (2003). Neurophysiologic Evidence for a Central Sensitization in Patients with Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 48(5), 1420-1429.
- Dohrenwend, B. P. (1998). *Adversity, Stress and Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Ehrlich, G. (2003). Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheum*.
- Epstein, S. e. al. (1999). Psychiatric Disorders in Patients With Fibromyalgia. *Psychosomatics*, 40(1), 57-63.
- Ferrari, R., & Kwan, O. (1999). Fibromyalgia and physical and emotional trauma: How are they related? Comment on the article by Aaron et al (1997). *Arthritis & Rheumatism*, 42(4), 828-830.
- Gaston-Johansson F et al. (1990). A Comparative Study of Feelings, Attitudes and Behaviors of Patients with Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Soc. Sci. Med.*, 31(8), 941-947.
- Gilbert, P. (1992). *Depression - The Evolution of Powerlessness*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Goldenberg, D. (1995). Fibromyalgia: Why Such Controversy? *Annals of The Rheumatic Diseases*, 54, 3-5.
- Goldenberg, D. (2002). *Fibromyalgia - Understanding and Getting Relief from Pain that Won't Go Away*. London: Piatkus.
- Griffith, J. L., & Griffith, M. E. (1994). *The Body Speaks*. New York: Basic Books.
- Hadler, N. (2003). Fibromyalgia and the medicalization of misery. *J Rheum*.
- Hadler, N. (1996a). The Disabled, the Disallowed, the Disaffected and the Disavowed. *JOEM*, 38(3).
- Hadler, N. (1996). If you have to prove you are ill, you can't get well - the object lesson of fibromyalgia. *Spine*, 21(20), 2397-2400.
- Hallberg, L. R., & Carlsson, S. (1998). Psychosocial Vulnerability and Maintaining Forces Related to Fibromyalgia. *Scand J Caring Sci*, 12, 95-103.
- Hart, F. D. (1988). Fibrositis (Fibromyalgia) - A Common Non-Entity? *Drugs*, 35, 320-327.
- Hellstrom, O. e. al. (1999). A phenomenological study of

- fibromyalgia. Patient Perspectives. *Scand J Prim Health Care*, 17.
- Helman, C. (2000). *Culture, Health & Illness* (4ª Edt.). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Henningsen, P., & et al. (2003). Medically unexplained physical symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533.
- Henningsen, P., & Priebe, S. (1999). Modern Disorders of Vitality: The Struggle for Legitimate Incapacity. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 209-214.
- Henriksson C et al. (1992). Living with Fibromyalgia - Consequences for Everyday Life. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 138-144.
- Henriksson, K. (2003). Fibromyalgia - From Syndrome to Disease: Overview of Pathogenetic Mechanisms. *J Rehabil Med*, 89-94.
- Herrera, H. (2003). *Frida*. London: Bloomsbury.
- Hidding, A. e. al. (1994). Comparison Between Self-Report Measures and Clinical Observations of Functional Disability in Ankylosing Spondylitis, Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia. *J Rheumatol*, 21, 818-823.
- Holman, A. (2002). The value of rheumatologists to patients with fibromyalgia: comment on the presidential address by Weinblatt. *Arthritis & Rheumatism*, 46(12), 3390.
- Hudson, J., & Pope, H. G. (1994). The concept of affective spectrum disorder: relationship to fibromyalgia and other syndromes of chronic fatigue and chronic muscle pain. *Baillière Clinical Rheumatology* (Vol. 8, Chap. 4, pp. 839-856).
- Hudson, J., & Pope, H. (1996). The Relationship Between Fibromyalgia and Major Depressive Disorder.
- Imbierowicz, K., & Egle, U. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7, 113-119.
- Jacobsen, S., Danneskiold-Samsøe, B., & Lund, B. (1993). Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. In *Musculoskeletal Pain, Myofascial Pain Syndrome and the Fibromyalgia Syndrome*. New York: The Haworth Medical Press.
- Kirmayer, L. et al. (1994). Somatoform Disorders: Personality and The Social Matrix of Somatic Distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1, 125-136
- Kirmayer, L., Robbins, J., & Taillefer, S. (1995). Development and Validation of a Structured Diagnostic Interview for Functional Somatic Syndromes. Montréal: Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Family & Community Psychiatry.
- Kirmayer, L., & Robbins, J. M. (1991). *Current Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Kapusta, M. A. (1988). Somatization and Depression in Fibromyalgia Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 145(8), 950-954.
- Koenig, H. (2003). *Chronic Pain: Biomedical and Spiritual Approaches*. The Haworth Pastoral Press. New York.
- Lipowsky, Z. J. (1986). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I: Historical Background. *Can. J. Psychiatry*, 31(1), 2-7.
- Lipowsky, Z. J. (1988). Somatization: A Borderland Between Medicine and Psychiatry. *CMAJ*, 135(15), 609-14.
- Macfarlane, G., Thomas, E., Papageorgiou, A., Schollum, J., Croft, P., & Silman, A. (1996). The Natural History of Chronic Pain in the Community: A Better Prognosis than in the Clinic? *J Rheumatol*, 23, 1617-20.
- Malleson, A. (2002). *Whiplash and Other Useful Illnesses*. Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Martinez-Lavin, M., & et al. (2000). Fibromyalgia in Frida Kahlo's life and art. *Arthritis & Rheumatism*, 43(3), 708-709.
- McBeth, J., & et al. (1999). The association Between Tender Points, Psychological Distress, and adverse Childhood Consequences. *Arthritis & Rheumatism*, 42(7), 1397-1404.
- McCracken, L. (1997). "Attention" to Pain in Persons with Chronic Pain: A Behavioral Perspective. *Behavior Therapy*, 28, 271-284.
- McDermid AJ, Rollman GB, & McCain GA. (1996). Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *Pain*, 66, 133-144.
- Mechanic, D. (1986). *Illness Behavior: An Overview*. S. McHugh, & M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: A Multidisciplinary Model*. New York: Plenum Press.
- Medical Outcomes Trust. (1994). *How to Score the SF-36 Short-Form Health Survey*. Boston, MA: The Medical Outcomes Trust.
- Millard, R. e. al. (1991). A Comparison of Models Describing Reports of Disability Associated with Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 7, 283-291.
- Morris, D. (1999). Sociocultural and Religious Meanings of Pain. R. Gatchel, & D. Turk (Eds), *Psychosocial Factors in Pain - Critical Perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Page, L., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96.
- Parker, A., Wessely, S., & Cleare, A. (2001). The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psychological Medicine*, 31(8), 1331-45.
- Pilowsky, I., & Spence, D. (1994). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire*. Adelaide, Australia.
- Quartilho, M. (1999). *Fibromialgia e Somatização*. Dissertação de Doutoramento (não publicada)
- Quartilho, M. (1998). *O Problema Clínico da Somatização: Conceitos, Avaliação e Tratamento*. Porto: Fundação Bial (trabalho não publicado)
- Quintner, J., & Cohen, M. (1999). Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *The Lancet*, 353(March 27).
- Raspe, H., & Croft, P. (1995). *Fibromyalgia*. (Vol. 9, Chap. 3, pp. 599-614). Baillière Tindall.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). *Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ)*.

- Robinson, R., & et al. (2003). Economic Cost and Epidemiological Characteristics of Patients with Fibromyalgia Claims. *J Rheumatol*, 30, 1318-25.
- Schochat, T., & et al. (1994). The Epidemiology of Fibromyalgia. *British Journal of Rheumatology*, 33, 783-786.
- Sharpe, M., & Bass, C. (1992). Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry*, 4, 81-97.
- Showalter, E (1997). *Hystories – Hysterical Epidemics and Modern Media*. Columbia University Press. New York.
- Solomon, D., & Liang, M. (1997). Fibromyalgia: Scourge of Humankind or Bane of a Rheumatologist's Existence. *Arthritis & Rheumatism*, 40(9), 1553-55.
- Tavares, V., & et al. (1993). Instrumentos Multidimensionais para a Avaliação da Saúde em Reumatologia. estudo da sua Aplicabilidade à População Portuguesa. *Acta Reumatológica Portuguesa*, XVIII(4), 135-163.
- Ursin, H., & Eriksen, H. (2001). Sensitization, subjective health complaints, and sustained arousal. *New York Academy of Sciences*, 933, 119-129.
- Van Houdenhove, B. (2003). Fibromyalgia: a challenge for modern medicine. *Clin Rheumatol*, 22, 1-5.
- Van Houdenhove, B., & et al. (1995). Does high "action-proneness" make people more vulnerable to chronic fatigue syndrome? A controlled psychometric study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(5), 633-40.
- Van Houdenhove et al. (2001). Premorbid «overactive» lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: An etiological factor or proof of good citizenship? *Journal of Psychosomatic Research*, 51; 571-576
- Vaz Serra, a. (1994). *IACLIDE - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Walker, E., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W. (1997b). Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared with Rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59, 572-577.
- Walker, E., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W., & Bernstein, D. (1997a). Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared with Rheumatoid Arthritis: I. Psychiatric Diagnoses and Functional Disability. *Psychosomatic Medicine*, 59, 565-571.
- Watson, D. C. L. A. T. A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D. P. J. W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-54.
- Weinberger, L. (1977). Traumatic Fibromyositis - A Critical Review of an Enigmatic Concept. *West J Med*, 127, 99-103.
- Wessely et al. (1999). Functional Somatic Syndromes: One or Many? *The Lancet*; 354
- Wessely, S. (2002). What do you think is a non-disease? *BMJ*.
- White, K., & et al. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol*, 29, 588-94.
- Winfield, J. (2001). Does Pain in Fibromyalgia Reflect Somatization? *Arthritis & Rheumatism*, 44(4), 751-753.
- Wolfe, F. (1994). Fibromyalgia: On Criteria and Classification. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(3).
- Wolfe, F. (2003). Stop Using the ACR Criteria in the Clinic. *J Rheumat*.
- Wolfe, F. and the Vancouver Fibromyalgia Consensus Group (1996). The Fibromyalgia Syndrome: A Consensus Report on Fibromyalgia and Disability. *J Rheumatology*, 23:3
- Wolfe, F. e. al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria For The Classification Of Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2).
- Wolfe, F. e. al. (1997c). Health Status and Disease Severity in Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 40(9), 1571-1579.
- Wolfe, F. e. al. (1997a). A Prospective, Longitudinal, Multi-center Study of Service Utilization and Costs in Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 40(9), 1560-1570.
- Wolfe, F. e. al. (1997b). Work and Disability Status of Persons with Fibromyalgia. *J Rheumatol*, 24, 1171-78.
- Yunus, M. (1994). Fibromyalgia Syndrome: Clinical Features and Spectrum. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(3).