

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE PSICOLOGIA

FABIANE FLORENCIO MEDEIROS

**A SINTOMATOLOGIA E OS ASPECTOS EMOCIONAIS DE QUEM CARREGA NO
CORPO A DOR DA FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA**

CRICÚMA

2019

FABIANE FLORENCIO MEDEIROS

**A SINTOMATOLOGIA E OS ASPECTOS EMOCIONAIS DE QUEM CARREGA NO
CORPO A DOR DA FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Psicóloga no curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador (a): Prof. Me. João Luiz Brunél

CRICIÚMA

2019

FABIANE FLORENCIO MEDEIROS

**A SINTOMATOLOGIA E OS ASPECTOS EMOCIONAIS DE QUEM CARREGA NO
CORPO A DOR DA FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharel, no Curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 28 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. João Luiz Brunél - Mestre – UNESC – Orientador

Prof. Zolnei Vargas E. de Córdova – Psicólogo Social e da Educação (UNESC)

Prof. Nerilza Volpato Beltrame Alberton - Psicóloga – Especialista (UNESC)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente à Deus por ter me dado a vida, a sabedoria, a força, saúde e disposição nas horas boas e nas horas difíceis.

Agradeço às minhas amigas, irmãs de alma, como assim me refiro a Maiara e a Gabriela, que me estimularam com palavras e afetos para que eu pudesse realizar este trabalho.

Agradeço aos meus amigos, professores e familiares que contribuíram de alguma forma para realizar esse trabalho.

Agradeço ao meu querido orientador, professor João, por acreditar na realização desse trabalho me conduzindo durante o processo, valendo-se de sua competência, paciência e disposição.

Agradeço ao meu irmão Arlindo Medeiros Junior, sempre esteve presente em minha vida.

Agradeço especialmente à minha mãe Maria Madalena Florencio que me deu à luz da vida, por seu grande amor, me apoiando e me incentivando a fim de alcançar meu objetivo, a conclusão deste trabalho.

Assim como ao meu pai Arlindo Medeiros (*in memoriam*), por todo o seu amor, carinho e afeto que teve comigo enquanto esteve presente. Lembro-me de uma cena quando criança, meu pai brincando comigo na sala de casa, e dizia que quando eu crescesse, eu me tornaria uma doutora, para trabalhar, facilitando a saúde das crianças. Querido, por várias vezes eu ouvi ele repetir essa frase que expressava com muito orgulho. Cresci e assim pude fazer as minhas muitas escolhas na minha vida. Quando ingressei na universidade pude fazer mais uma escolha, minha primeira opção para o curso de graduação foi a psicologia, assim que fui aprovada, ele ficou muito orgulhoso. Acredito que se ele pudesse pensar esse seria um dos primeiros passos a ser dado no processo do meu aprendizado, minha caminhada pessoal e profissional. Assim foi possível adquirir o conhecimento e a experiência de muitas vivências no decorrer de meu processo com maturidade para alcançar um nível mais elevado na carreira profissional, o sucesso e finalmente ser uma doutora na minha profissão como ele dizia. Quero dizer que seja a profissão que for, desde que esta seja, a sua escolha, sua aptidão e seja desempenhada com

dedicação e muito amor, assim eu acredito que qualquer pessoa poderá se tornar um doutor ou doutora naquilo que faz, não por colecionar títulos, sim por merecimento por aquilo que faz bem feito.

Por fim, há bom tempo atrás, estando na segunda fase de psicologia, felizmente meu pai ainda estava presente em minha vida, falei ao meu pai, sobre o seu desejo de eu trabalhar na prevenção de cuidados e no tratamento de saúde com as crianças, que a profissão que eu escolhi além de trabalhar com as crianças, também nos capacita a trabalhar com adolescentes, adultos e idosos, isso seria muito mais do que ele imaginava. Acredito que por eu ter essa imagem muito nítida em minha mente e do seu brincar comigo quando criança com cuidados, carinho e afeto, contribuiu para que eu fizesse a minha melhor escolha, quando adulto a minha profissão e ainda mais, que não silenciaria a dor com a terapêutica medicamentosa, mas sim, com dedicação profissionalismo e muito amor, assim como ele me dera na vida pessoal também é possível na vida profissional, um trabalho de intervenção terapêutica que vai além da dor física, do ser humano.

Portanto, realizo o meu sonho e de meus pais, fazendo desse trabalho o meu melhor, no momento atual, concluindo o trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia. É o fechamento de mais um ciclo, sendo esse muito esperado por todos esses queridos que juntamente comigo participaram do meu caminhar, da minha história.

Por fim, agradeço à Deus por ter escolhido a psicologia como parte da minha vida.

“O invisível se revela através do visível para ser compreendido. A dor do abandono; a dor da traição; a dor da violência; a dor da perda; as dores do parto; a dor da separação; tantas são as dores da alma que o corpo suporta quando o indivíduo não mais as suporta”.

Mussi.

RESUMO

A fibromialgia é uma doença de etiopatogenia ainda desconhecida e sua maior característica é a dor crônica por todo o corpo, superior a três meses. Pode se apresentar isoladamente ou associada a outras síndromes e/ou comorbidades como o distúrbio do sono, do humor, fadiga, rigidez matinal, falta de energia, alteração gastrointestinais, ansiedade, depressão, entre outras, causando incapacidade funcional na vida do fibromiálgico. Por ser uma síndrome dolorosa e crônica, cursa um impacto negativo biopsicossocial em relação a qualidade de vida do sujeito. O tratamento mais adequado deve ser realizado através de uma abordagem multidisciplinar, no qual deverá ser apurado todos os aspectos da vida do paciente a fim de amenizar a dor em sua complexidade. Desse modo, deve-se ressaltar a importância do espaço psicoterapêutico que vise um tratamento além da dor física aos pacientes que sofrem da fibromialgia.

A pesquisa foi realizada no período de 2009 a 2019, através de um levantamento sistemático de revisão da literatura de natureza exploratória, descritiva e qualitativa propondo o contexto real e atualizado.

Palavras-chaves: Fibromialgia; Dor Crônica e Tratamento.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Áreas profissionais e atuação para o tratamento de Fibromialgia.....35-36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR: Colégio Americano de Reumatologia

SFM: Síndrome de Fibromialgia

FM: Fibromialgia

QV: Qualidade de vida

LER: Lesão por esforço repetitivo

DORT: Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 TEMA.....	09
1.2 PROBLEMA.....	09
1.3 OBJETIVOS.....	10
1.3.1 Objetivo Geral.....	10
1.3.2 Objetivos Específicos.....	10
2 METODOLOGIA.....	11
2.1 TIPO DE PESQUISA.....	11
2.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	12
2.2.1 Critérios de Inclusão.....	12
2.2.2 Critérios de Exclusão.....	12
2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	12
2.4 LOCAL DA PESQUISA.....	13
2.5 BENEFÍCIOS E PEJUÍZOS.....	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 ASPECTO HISTÓRICO DA FIBROMIALGIA	14
3.1.1 FIBROSITE.....	14
3.2 A FIBROMIALGIA E A SUA DEFINIÇÃO	15
3.3 CRITÉRIOS PARA O DIÁGNÓSTICO	17
3.4 SÍNDROME MIOFASCIAL.....	20
3.5 LER/DORT.....	21
3.6 QUADRO CLÍNICO E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA.....	22
3.7 TRATAMENTO	24
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.1 A DEFINIÇÃO DA FIBROMIALGIA E OS SINTOMAS.....	27
4.2 OS ASPECTOS EMOCIONAIS E O IMPACTO DO QUADRO CLÍNICO NA VIDA DO FIBROMIÁLGICO.....	31
4.3 O TRATAMENTO.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Em 1990, segundo o comitê do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), definiu-se como critérios classificatórios da fibromialgia (FM), a presença na história clínica de dor generalizada, musculoesquelética, que acomete os indivíduos com duração superior a três meses pela presença de pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos específicos ao exame físico – *tender points*. Entretanto, podem haver comorbidades associadas, as mais comuns são: distúrbios do sono, cefaleia crônica, fadiga, distúrbios intestinais, ansiedade, depressão e baixa resistência ao esforço físico.

Hodiernamente, os critérios para os diagnósticos não contemplam mais os *tender points*, pois são considerados os sintomas e comorbidades de fundamental e extrema relevância à dor corporal, sem a precisão e mensuração desses pontos específicos localizados no corpo do fibromiálgico. Contudo, é considerado a história e o contexto sistêmico do paciente, segundo alguns autores da literatura.

Logo, a fibromialgia gera dificuldades e limitações tão intensas que provocam incapacidade funcional, associada à queda da renda e interferência dos sintomas em todas as esferas da vida diária, como na esfera social, familiar, laboral e lazer. Afeta assim os esquemas psicológicos e emocionais que geram um impacto negativo e significativo na qualidade de vida do indivíduo.

Diante das características clínicas, pesquisas e revisão de literatura, o objetivo é compreender a sintomatologia, os aspectos emocionais, as variáveis causais e a terapêutica na vida do fibromiálgico.

1.1 TEMA

A sintomatologia e os aspectos emocionais de quem carrega no corpo a dor da fibromialgia: uma revisão literária

1.2 PROBLEMA

Há quatro décadas a doença vem sendo pesquisada, desde antes da atual definição os autores referem-se que a etiopatogenia ainda é desconhecida e incurável. Afinal, que fenômeno desconhecido é esse?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender a sintomatologia, os aspectos emocionais e o tratamento mais adequado para o fibromiálgico.

1.3.2 Objetivos específicos

- Definir a fibromialgia e os sintomas;
- Identificar os aspectos emocionais do quadro clínico na vida do indivíduo;
- Verificar o tratamento mais adequado.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado através de uma revisão literária de natureza qualitativa, descritiva e exploratória no período 2009 a 2019 através de livros, artigos e dissertações exclusivas (por meio eletrônico nas bases de dados SCielo e Google Acadêmico). Adiante, foi também realizada ênfase no embasamento teórico-conceitual e na experiência de especialistas, bem como, utilizadas as palavras chaves: Fibromialgia; Dor Crônica, Tratamento.

Segundo Medina e Pailaquilén (2010, p.2) as revisões sistemáticas “sintetizam os resultados de múltiplas pesquisas primárias, usando estratégias para reduzir viés e erros de azar. Essas estratégias incluem a busca exaustiva de todos os artigos potencialmente relevantes e critérios explícitos e reproduzíveis na seleção de artigos para revisão”.

Quanto à tipologia da pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa, Richardson (1989, p.39), refere ele que “os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação entre as variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”.

Este método difere, em princípio, do quantitativo, à medida que não emprega um instrumental estatístico como base na análise de um problema, não pretendendo medir ou numerar categorias (RICHARDSON, 1989, p.39).

Tesch (1990) *apud* Dalfovo *et al.* (2008, p.39) mediante o conceito mais amplo, “os dados qualitativos incluem também informes não expressas em palavras, tais como pinturas, fotografias, desenhos, filmes, vídeo tapes e até mesmo trilhas sonoras”.

Segundo Selltiz, *et al.* (1967) *apud* Gil (2002) a classificação ocorre com base em objetivos gerais, a saber, a pesquisa exploratória tem o objetivo de proporcionar uma maior familiaridade com o problema, torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. Elas envolvem o levantamento bibliográfico, entrevistas com

pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que “estimulem a compreensão”.

Vergara (2000, p. 47) expressa que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. “Não têm o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação”.

Diferentemente, Castro (1976) considera que a pesquisa descritiva apenas captura e mostra o cenário de uma situação, expressa em números e que a natureza da relação entre variáveis é feita na pesquisa explicativa. “Quando se diz que uma pesquisa é descritiva, está querendo dizer que limita uma descrição pura e simples de cada uma das variáveis, isoladamente, sem que sua associação ou interação com as demais sejam examinadas” (CASTRO, 1976, p. 66).

2.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

2.2.1 Critérios de Inclusão

A abordagem foi realizada através da pesquisa de livros, artigos e dissertações, literaturas referentes ao tema, publicadas em meio eletrônico nas bases de dados: Scielo, Google Acadêmico do período de 2009 a 2019. A pesquisa será realizada no idioma (português), com publicações brasileiras. Assim os critérios de inclusão foram realizados através das palavras chaves: Fibromialgia; Dor Crônica e Tratamento.

2.2.2 Critérios de exclusão

Publicações e literaturas estrangeiras (que não são no idioma em português), dos anos 2009 a 2019. Referências repetidas, publicações que não abordam o assunto e referências que não se encaixassem no interesse do tema da pesquisa, não fizeram parte.

2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Primeiro momento: a seleção de materiais foi realizada por datas, entre os anos de 2009 a 2019, com idioma em português e os descritores em fibromialgia, dor crônica, tratamento. Segundo momento: foi realizado a leitura dos resumos dos livros, artigos e dissertações sendo indispensável afim de selecionar trabalhos com o objetivo do estudo, o tema. Terceiro momento: a leitura de livros, artigos e dissertações que foram selecionados, através da investigação e análise dentro do objetivo proposto para a construção do trabalho, a definição da fibromialgia, os sintomas, os aspectos emocionais do quadro clínico na vida do sujeito fibromiálgico, e a terapêutica.

2.4 LOCAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na modalidade de revisão da literatura. Encontrou-se em sites de pesquisas científicas: Google Acadêmico foi encontrado 11 publicações e considerando os critérios de exclusão já mencionados, selecionadas 03. No Scielo encontrou-se 10 e selecionados 08. Foram escolhidas as que atendiam aos objetivos da pesquisa, os 11 artigos, 02 livros e 02 dissertações para a coleta de dados, no sentido de obter informações e conhecimento sobre o tema. Utilizou-se como forma de coleta das literaturas as palavras chaves: Fibromialgia; Dor crônica e Tratamento.

2.5 BENEFÍCIOS E PREJUÍZOS

Existem bastantes estudos sobre a fibromialgia no Brasil, a doença é pesquisada há mais de quatro décadas, mas ainda hoje a doença é um mistério para a medicina. Há uma grande curiosidade pela busca do fenômeno que os autores da medicina julgam ser de etiologia e patogênese ainda desconhecida, assim como áreas afins e pelo público alvo com FM. Esse foi um dos motivos que orientou a realização deste estudo, no sentido da busca pelo saber, pesquisando, estudando e contribuindo para o conhecimento e divulgação de mais informações acerca do tema e seus benefícios ao público com a FM, além de profissionais da medicina, psicologia e áreas afins.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ASPECTO HISTÓRICO DA FIBROMIALGIA

A fibromialgia tem sido seriamente pesquisada há quatro décadas, mas pouco ainda é conhecido sobre sua etiologia e patogênese. Até o ano de 1970 a fibromialgia (FM) ainda não era considerada uma entidade definida, quando começou a surgir às primeiras publicações e relatos associados, sendo reconhecido como os distúrbios do sono (HELFENSTEIN *et al*, 2012, p.359).

Antigamente era comum encontrar livros e artigos sobre a história da fibromialgia que era conhecida como fibrosite “os chamados reumatismos crônicos”, o que serviu para tornar o termo fibrosite ainda mais impreciso (PROVENZA, 2009 *apud* SEDA, 2013, p.25).

3.1.1 Fibrosite

O termo “fibrosite”, foi criado por William Richard Gowers (1845-1915), médico neurologista britânico, literalmente significa “inflamação das fibras”, surgiu muitos anos depois da descrição, resignou o reumatismo muscular no qual Gowers sentenciou:

“Nós somos assim compelidos a ver o lumbago em particular e o reumatismo muscular em geral como uma forma de inflamação dos tecidos fibrosos dos músculos ... (a assim) ... podemos fazer analogia com “celulite” e designá-lo fibrosite” (HEYMANN *et al.*, 2006 *apud* SEDA, 2013, p.28).

Ainda para o autor, Gowers que sofria de lombalgia, no qual despertou o interesse pelo assunto, que os pacientes se queixavam de astenia, perda de energia, da força física e insônia, chamando atenção que a doença era “tão dolorosa que podia fazer um homem forte chorar”.

Ralph Stockman (1861 -1946), professor de medicina na Universidade de Glasgow, que realizou exames em laboratório microscopicamente em pacientes com a doença e afirmou ter encontrado “hiperplasia inflamatória (...) localizada no tecido fibroso branco”.

Para Stockman a fibrosite era considerada;

Uma desordem reumatoide caracterizada por uma reação inflamatória não supurativa no tecido conjuntivo fibroso branco, localizada em qualquer parte do corpo, com edema e proliferação do tecido fibroso em resposta ao frio, influencia tóxica, trauma ou fadiga (ABEL *et al.*,1939; COLLINS, 1940; SLOCUMB,1943 *apud* SEDA, 2013, p.30).

Stockman “sugeriu que haveria na doença uma infecção crônica por organismo de virulência atenuada com irritação provocada por suas toxinas”. A problemática foi que seus trabalhos posteriormente não foram confirmados (ABEL *et al.*,1939 e COLLINS, 1940 e SLOCUMB,1943 *apud* SEDA, 2013, p.30).

A fibrosite baseada na concepção de que havia um processo inflamatório foi evidentemente, descartado. Antes de aderir o termo fibromialgia, a doença teve muitos outros nomes: “fibromiosite nodular (Telling, 1911), miofascite (Albee, 1927), miofibrosite (Murray,1929), perineurite (Clayton e Livingstone, 1930), mialgia idiopática (Gutstein - Good, 1940), mialgia reumática (Good, 1941), miadisneuria (Gutstein, 1955)” (SEDA, 2013, p.30).

Valentine (1947) citado por Helfenstein *et al.* (2012) no sentido de elucidar a etiologia da fibrosite deixou evidente a frustração e confusão produzidas por diversas pesquisas que foram aderidas na literatura médica, conclui que a o termo é utilizado para denominar um tipo particular de reumatismo caracterizado pela presença de pontos musculares rígidos e dolorosos à palpação, a partir do entendimento de que não havia, nestes adoecimentos inflamações e nem deformações teciduais.

Em 1937 desenvolveu-se o conceito de reumatismo psicogênico “como uma tradução, ao nível do sistema locomotor, de caráter simbólico, de conflitos inconscientes” (FINKEL,1971 *apud* SEDA, 2013, p.31).

Após este movimento ainda em 1937 James Halliday, R.G.Gordon em 1939 e Edward Boland e Corr em 1943 justificaram um novo fato, que a fibrosite não apresentava inflamação e os pacientes apresentaram sintomas de depressão e ansiedade (HALLIDAY, 1937 e BOLLAND e CORR, 1943 e GORDON,1939 *apud* SEDA, 2013, p.31).

3.2 A FIBROMIALGIA E A SUA DEFINIÇÃO

Somente em 1977 o conceito da FM foi introduzido quando foram descritos sítios anatômicos em demasia, sensibilidade dolorosa, denominado *tender points* sendo identificado e reconhecido nesta síndrome dolorosa e crônica (WEIDEBACH, 2002, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p.851).

Foi percebido a importância da existência da sensibilidade exagerada em locais anatomicamente palpáveis, reproduzidos (*tender points*) e dos distúrbios do sono no que tange ao reconhecimento e criaram um critério para diagnóstica-lá. “Esse critério incluía a associação de dor crônica, sono não reparador, rigidez matinal e fadiga acentuadas, sensibilidade em 12 ou mais de 14 locais específicos (*tender points*)” e resultados dos exames de eletroencefalograma afirmando o distúrbio do sono NÃO – REM (SMYTHE e MOLDOFSKY, 1977 *apud* SEDA, 2013, p.33).

Muhammad B. Yunus é considerado o pai da moderna visão da fibromialgia. Em 1987 a fibromialgia foi reconhecida pela “American Medical Association” como uma doença causadora de incapacidade (GOLDENBERG, 1987 *apud* SEDA, 2013, p.34).

A denominação da palavra fibromialgia é derivada do latim fibro (tecido fibroso, presente em ligamentos, tendões e fâscias), e do grego mio (tecido muscular), algos (dor) e ia (condição), foi proposta inicialmente por Yunus *et al.* (1981) citado por Helfenstein *et al.* (2012) com a finalidade de alterar o termo fibrosite.

“A fibromialgia deve ser reconhecida como um estado de saúde complexo e heterogêneo, no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias” (CARVILLE *et al.* 2008 *apud* MILANEZ, 2013, p.53).

Heymann *et al.* (2010) os sintomas da FM podem acometer qualquer gênero e idade, mas é diagnosticada frequentemente no sexo feminino inicia-se entre os 25 e os 65 anos.

Estudo realizado pelo Colégio Americano de Reumatologia encontrou uma prevalência de FM de 3,4% para as mulheres e 0,5% para os homens, com uma prevalência estimada de 2% para ambos os sexos. Os primeiros estudos dedicados à prevalência da FM foram publicados na década de 1980, porém, com critérios diagnósticos diferentes, apesar de próximos aos

atuais. As avaliações variaram de 2,1% em clínica privada; 5,7% em ambulatório de clínica médica; 5% a 8% em pacientes hospitalizados; até 14% a 20% em ambulatórios de reumatologia (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p.359).

A fibromialgia é uma síndrome pesquisada e tratada por reumatologistas, principalmente por envolver um quadro crônico de dor musculoesquelética ao quais estes pacientes precisam de um acompanhamento multidisciplinar com o objetivo de alcançar uma abordagem ampla e mais completa de seus sintomas e comorbidades. (HEYMANN *et al.*, 2010, p. 57).

Pode apresentar-se isoladamente ou associada a outras síndromes, como cefaleia crônica, disfunção da tireóide, síndrome do cólon irritável, depressão e ansiedade (WOLFE *et al.*, 1990, *apud* SANTOS *et al.*, 2012, p.591).

Segundo Wolfe, (1997) citado por Helfenstein *et al.* (2012), afirma que a FM é uma condição observada na prática clínica diária e uma das principais causas de consultas referentes ao sistema musculoesquelético, sendo ainda considerada o segundo distúrbio reumatológico mais encontrado, superada apenas pela osteoartrite.

Considerando o caráter de dor crônica, a FM não é uma doença inflamatória, não gera comprometimentos articulares, nem causa deformidades. (WEIDEBACH, 2002, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p.851).

3.3 CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

Em 1990, o Colégio Americano de reumatologia (ACR), definiu os seguintes critérios de classificação e diagnóstico para a FM:

Com queixas baseadas na história clínica de dor difusa, presente pelo menos por três meses; com a identificação de 11 de 18 pontos específicos *tender points* padronizados (SILVA *et al.*, 2012, p. 852).

Em 1990, um comitê do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) definiu como critérios classificatórios da FM a presença na história clínica de dor generalizada, afetando o esqueleto axial e periférico, acima e abaixo da cintura, com duração superior a três meses; e do exame físico com dor à palpação com força aplicada de 4 kg/cm² em pelo menos 11 dos seguintes 18 tender points (9 pares): 1- inserção dos músculos suboccipitais na nuca; 2- ligamentos dos processos transversos da quinta à sétima vértebra cervical; 3- borda rostral do trapézio; 4- origem do músculo supraespinhal;

5- junção do músculo peitoral com a articulação costovertebral da segunda costela; 6- dois centímetros abaixo do epicôndilo lateral do cotovelo; 7- quadrante súpero-externo da região glútea, abaixo da espinha íliaca; 8- inserções musculares no trocanter femoral; 9- coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p. 359).

Por ser uma síndrome clínica dolorosa associada a outros sintomas, recebe também a denominação de Síndrome da Fibromialgia, podendo ser chamado o termo por ser assim utilizado na Classificação Internacional de Doenças (CID), com o número M79.0 (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p. 359).

A partir da realização de um estudo multicêntrico entre Estados Unidos e Canadá, Wolfe *et al.* (1990) propuseram a definição de critérios para classificação da SFM que fossem aceitos universalmente e que pudessem ser utilizados para qualquer estudo sobre a doença. Estes critérios são adotados até hoje pelo ACR. Haun *et al.* (1999) validaram a classificação para uma população brasileira e recomendaram a continuidade de seu uso (SANTOS e KRUEL, 2009, p.437).

Em 2010 o Colégio Americano de Reumatologia decide propor novos critérios para diagnóstico e avaliação por conta da gravidade dos sintomas da fibromialgia, Frederick Wolf foi quem liderou o estudo, de 829 casos investigados que permitiu definir os recentes critérios (WOLF *et al.*, 2010 *apud* SEDA, 2013, p. 34).

Seda (2013) refere ainda que o critério é bem mais complexo. A conclusão é surpreendida por uma novidade, de que a simples definição clínica da fibromialgia é classificada por exatos 88,1% dos casos e passou a ser desconsiderado o exame físico, os *tender points*.

Assim, a causa da patologia da FM ainda não está satisfatoriamente definida. Pois a causa da grande discussão é que a sua natureza pode ser orgânica ou psicológica (SEDA, 2013, p.35).

Wolfe *et al.* (2010) *apud* Heymann *et al.* (2010) declara sobre a atual face das frequentes discussões e a validação dos novos critérios estabelecidos para os diagnósticos da fibromialgia atual, em relação aos critérios elaborados em 1990. Pois atualmente aguardam aceitação pela comunidade médica.

Segundo Heymann *et al.* (2010) também afirma que a fibromialgia, é uma síndrome clínica observada na prática médica e possui etiopatogenia ainda

desconhecida, “após um estudo realizado no Brasil, em Montes Claros, a fibromialgia foi a segunda doença reumatológica mais frequente, após a osteoartrite”.

Helfenstein *et al.* (2012) os critérios de diagnósticos na década de 1980 eram sugeridos com base na exclusão de doença sistêmica, na presença de determinados sintomas que podiam afetar uma série de órgãos e/ou tecidos, afetando o corpo humano e no achado de *tender points* durante o exame físico.

Wolfe *et al.* (2010) *apud* Helfenstein *et al.* (2012) refere que atualmente os critérios diagnósticos não contemplam os *tender points*. No entanto, englobam os sintomas não relacionados ao aparelho locomotor. Além da dor musculoesquelética, avaliam a gravidade da síndrome e são mais úteis para estabelecer o diagnóstico.

Helfenstein *et al.* (2012) ressalta ainda que não há evidência científica determinando que a FM seja causada pelo trabalho. Mas isso não impede que se busquem adaptações laborais aceitáveis, tais como a redução do tempo da atividade laboral, das tarefas, entre outras, apesar de as modificações laborais para esta doença ainda não se encontram bem definidas.

Na complexa fisiopatologia da fibromialgia são considerados: “fatores genéticos, estresse, trauma físico, disfunção da dopamina, serotonina, catecolaminérgicos, substância P, deficiência da secreção do hormônio do crescimento, fatores psicológicos, além de outras hipóteses”. Mas em 1999 com os trabalhos de Robert M. Bennett e Muhammad B. Yunus, referido a importante participação do sistema nervoso central e a doença passou a ser considerada como dependente de um processamento sensorial inadequado, anormal (BENNETT, 1999 *apud* SEDA, 2013, p.35).

Para Okumus *et al.* (2006) *apud* Silva *et al.* (2012), até a data do determinado estudo a etiologia da FM ainda é desconhecida, e sua fisiopatologia não está totalmente esclarecida. Entretanto, há evidências sobre alterações metabólicas e de oxigenação nas fibras musculares, desequilíbrio entre a percepção dolorosa e os mecanismos das vias aferentes, além de diminuição dos níveis de serotonina e endorfina.

Apesar de muitos estudos e pesquisas clínica e laboratorial, “ainda não se compreendeu completamente todos os fatores relacionados na instalação e

manutenção da FM” (MILANEZ, 2013, p. 54). Estudos de diferentes resultados tem demonstrado uma série de anormalidades biológicas, incluindo níveis anormais de neurotransmissores do sistema nervoso central e periférico com uma possível disfunção do eixo Hipotálamo – Hipófise – Adrenal. No entanto ainda não se sabe o papel causal da síndrome ou são fenômenos secundários.

Martins *et al.* (2012) *apud* Silva *et al.* (2012) refere que a fisiopatologia da FM é multicausal, e vários experimentos demonstram que atuações não coordenadas dos mecanismos de nocicepção e de inibição da dor resultam de uma distorção sensorial.

Helfenstein *et al.* (2012) sugere a importância na abordagem dos pacientes com fibromialgia e de explicar sobre a síndrome dolorosa crônica e sobre as barreiras que se opõem à sua melhora clínica.

Salienta ainda o autor que o diagnóstico diferencial da fibromialgia é amplo, pois várias doenças pode assemelhar-se com os sintomas presentes na FM, para que não haja diagnósticos confundidos e errôneos sendo preciso antes se apropriar dos saberes do conceito e do fenômeno a serem investigados.

Logo Althoff *et al.* (2013) refere que o profissional deve compreender o ser humano como um ser unitário, complexo e entendê-lo como completo orgânico, intelectual, emocional e espiritual. É importante um diagnóstico diferencial e preciso, mas deve-se ir além, o profissional deve estar presente e empático, devendo adentrar de uma forma mais profunda na razão das dores e sofrimentos do paciente fibromiálgico.

O autor cita ainda que a síndrome da fibromialgia não deve e não pode ser limitada unicamente ao ser humano dicotomizado, como orgânico ou emocional. É preciso expandir o pensamento do todo orgânico, intelectual, emocional e espiritual assim como a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece.

Mediante ao contrato com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) em (2004), a FM estava sendo frequentemente confundida, já que vários de seus sintomas podem ser encontrados em outras patologias (SANTOS E KRUEL, 2009, p. 437).

3.4 SÍNDROME MIOFASCIAL

A síndrome dolorosa miofascial é caracterizada por dor de origem muscular localizada, sem qualquer característica de manifestação sistêmica. É bem comum e afeta com maior frequência os músculos axiais a coluna, é o que difere com a ampla dor da fibromialgia. A dor da síndrome miofascial é localizada no grupo muscular e pode ser desencadeada pela palpação do ponto gatilho (MILANEZ, 2013, p.57).

Simons (1976) *apud* Heymann *et al.* (2010) os *Trigger points* são (pontos de máxima sensibilidade *localizados* nos músculos de dor referida) esse tipo de dor foi designado como “miofascial”.

Ainda para o autor, a síndrome miofascial apresenta-se em diversos aspectos com a síndrome da fibromialgia. Por este motivo muitos autores consideram essa síndrome como uma fibromialgia incompleta ou localizada, mas não existe evidência conclusiva para tal afirmação. Por este motivo em publicações do passado referente a “fibrosite” ocorriam diagnósticos erroneamente, sendo os pacientes classificados como síndrome miofascial.

3.5 LER/DORT

Pelo decorrer da história da fibromialgia podemos observar que o diagnóstico era confundido facilmente, pois é importante ressaltar que encontramos pacientes fibromiálgicos diagnosticados erroneamente como portadores de LER/DORT (lesão por esforço repetitivo/ distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho). Em estudo realizado na disciplina de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina foram pesquisados 103 pacientes, com diagnóstico inicial de lesão por esforço repetitivo (LER) ou distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), todos envolvidos em litígio trabalhista (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p. 362).

Entre os 103 pacientes foi constatado que 73 preenchiam os critérios diagnósticos para a FM e não possuíam validação de lesão no tecido (HELFENSTEIN, 1997, *apud* HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p. 362).

Por fim, cabe destacar que LER ou DORT não são doenças, pelo menos não em relação ao conceito *lato sensu*, mas, sim, acrônimos para incorporar um grupo heterogêneo de distúrbios musculoesqueléticos que têm o agente laboral como uma das causas necessárias para o seu surgimento. Saliente-

se que FM não é uma LER ou um DORT (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p. 362).

Portanto o autor deixa claro que a FM não é uma Ler ou um Dort, a FM é uma patologia não ocupacional.

3.6 QUADRO CLÍNICO E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

A priori, estudos e tratamentos da fibromialgia são caracterizados por uma condição de dor crônica e difusa, cuja etiologia inclui diversos fatores, da fisiologia a sociologia, que carrega a dissociação mente - corpo e a busca de integração dos saberes ainda cindidos na mente contemporânea (MUSSI, 2013, p. 99).

O paciente fibromiálgico é aquele que sofre de dor no corpo inteiro e que por de trás dessa dor revelam-se os sentimentos, emoções e memórias que não podem ser contidas psiquicamente. Essa dor pede uma cura do corpo e da alma, unidade inseparável (MUSSI, 2013, p.99).

O conceito da dor abrange o indivíduo orgânico, psíquico e emocional, mente e corpo, a partir desse conjunto pode ser definido tanto uma sensação dolorosa como um sentimento objetivo ou subjetivo. Nesse sentido, ocorre a análise da dor como sintoma presente em diversas patologias, seja na clínica médica ou psicológica, demanda uma compreensão que integra múltiplos aspectos (MUSSI, 2013, p.101).

A dor crônica, constante e difusa é característica da fibromialgia. Muitas vezes ela é referida pelo fibromiálgico como “insuportável”, “exaustiva”, “incapacitante”. No entanto vários outros sintomas associados compõem a síndrome fibromiálgica (MILANEZ, 2013, p.55).

É bem comum que entre 80 e 90 % dos pacientes tragam a queixa de fadiga, sintoma bastante frequente e pertinente no consultório entre os sintomas da FM. São alegações como “eu estou sempre cansada”, ou se referem à exaustão, fraqueza ou falta de energia (NICASSIO *et al.*, 2002 *apud* MILANEZ, 2013, p.55).

Considerando o caráter de dor crônica da fibromialgia, ela não é uma doença inflamatória, não gera comprometimentos articulares, nem causa

deformidades, contudo, causa impacto negativo na qualidade de vida do sujeito que leva consigo a dor, a doença (WEIDEBACH, 2002, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p.851).

Santos *et al.* (2012) “A dor crônica aumenta o risco de comorbidades como transtorno de ansiedade e depressão, sintomas ansiosos e depressivos entre os fibromiálgicos”.

Afirmam que além da dor e da sensibilidade dos *tender points*, os pacientes também apresentam irregularidades no sono, fadiga, rigidez matinal, diminuição da capacidade funcional, ansiedade e depressão, que reduzem a capacidade do paciente de realizar as tarefas domésticas básicas. Todos esses sintomas prejudicam a vida social e profissional do fibromiálgico (RIBEIRO e PROIETTI, 2005, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p. 852).

Cerca de 75% dos pacientes com FM queixam-se de má qualidade do sono, o que é atribuído por uma disfunção orgânica, visto que através do exame eletroencefálico foi verificado que acontece a falta da última fase do sono, chamada sono REM (WOLFE *et al.* 1995, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p. 852).

Milanez (2013) refere que 70 a 75% das pacientes tem a qualidade do sono afetado, sensação de sono não reparador, prejudicando a qualidade do sono e quando é submetido ao exame de eletroencefalograma, se mostra uma inclusão inapropriada de ondas alfa durante o sono NÃO REM.

Uma característica importante da FM são os distúrbios do sono, de acordo com Moldofsky, (2002) *apud* Santos e Kruehl, (2009) estão presentes em mais de 90% dos fibromiálgicos. É bastante raro, mas quando se tem uma noite de sono restauradora, alguns relatam melhora nos sintomas de dor e fadiga no dia seguinte. Além disso, o número de pontos dolorosos está relacionado ao sono não reparador.

Segundo Drewes, (1999) *apud* Santos e Kruehl, (2009) a dor pode exercer influência no processo do sono e alterar fatores fisiológicos essenciais. Por outro lado, os distúrbios do sono podem diminuir a sensação da dor. A interação entre sono e dor, possivelmente, varia com relação a aspectos sensoriais, psicológicos e comportamentais.

Logo Henningsen *et al.* (2003) *apud* Santos *et al.* (2012) refere que estudos apontam uma forte relação da fibromialgia com a ansiedade e depressão, sendo estas comorbidades acometidas por um terço dos fibromiálgicos.

“Segundo Silva *et al.* (2012) a sonolência diurna é uma das alterações mais frequentes do paciente com SFM”.

Logo é comprovado que a má qualidade de sono está relacionada com maior predisposição a outras doenças (FERRO *et al.*, 2008, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p. 852).

Affeck *et al.* (1996) citado por Silva *et al.* (2012) afirmaram a relação entre dor e sono em pacientes com FM, e concluíram que uma das maiores queixas é a perda do sono vinculada à dor difusa.

3.7 TRATAMENTO

A fibromialgia é uma síndrome pesquisada e tratada na clínica médica especialmente por reumatologistas, principalmente por envolver um quadro crônico de dor musculoesquelética, no qual estes pacientes precisam de um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar com o objetivo de alcançar uma abordagem ampla e completa de seus sintomas e comorbidades. (HEYMANN *et al.*, 2010, p. 57).

Helfenstein *et al.* (2012) refere que os portadores da fibromialgia utilizam de mais terapias analgésicas e procuram os serviços médicos e de diagnóstico com maior frequência que a população normal.

Como parte inicial do tratamento, Da Costa *et al.* (2001) citado por Helfenstein *et al.* (2012) “devemos orientar os pacientes com informações básicas sobre a fibromialgia e opções de tratamento, sobre o controle da dor e programas de autocontrole”.

Além de uma completa compreensão da fibromialgia, requer-se uma avaliação abrangente da dor, da função e do contexto psicossocial do sujeito. É importante avaliar além da dor, a gravidade dos outros sintomas como fadiga, distúrbios do sono, do humor, psicológico e emocional, e o impacto destes sobre a qualidade de vida do paciente (HELFFENSTEIN *et al.*, 2012 p.362).

Da Costa *et al.* (2001) citado por Helfenstein *et al.* (2012) afirma que através de um consenso entre reumatologistas, a fibromialgia não justifica afastamento do trabalho. O tratamento deve ser elaborado, em discussão juntamente com o paciente e de acordo com a intensidade da sua dor, funcionalidade e características, sendo importante também levar em consideração

suas questões biopsicossociais e culturais. A estratégia e elaboração para o tratamento ideal da fibromialgia requer uma abordagem multidisciplinar com a combinação de modalidades de tratamentos não farmacológico e farmacológico.

“A dor crônica é um estado de saúde persistente que modifica a vida. O objetivo do seu tratamento é o controle e não sua erradicação” (HEYMANN, *et al.*, 2010, p.59).

Silva *et al.* (2012) salienta que a hidrocinestoterapia é uma das modalidades de tratamento que está sendo bem indicada para pacientes com FM, sendo importante para melhorar a qualidade do sono, a capacidade funcional, a vida profissional, distúrbios psicológicos, a dor corporal assim como os demais sintomas físicos da síndrome.

Ainda para Silva *et al.* (2012) referindo-se sobre a importância do exercício aquático no tratamento para o fibromiálgico:

Sabe-se que a terapêutica medicamentosa isolada, não tem sido eficiente no tratamento da doença, tornando indispensável a realização de estudos que buscam recursos para a redução dos sintomas e da dor corporal. Com base em estudos que preconizavam a fisioterapia no tratamento da SFM, a abordagem terapêutica desta pesquisa consistiu na utilização de um programa preestabelecido de exercícios aquáticos (SILVA *et al.*, 2012, p.854).

Goldenberg *et al.* (1991) *apud* Silva *et al.* (2012) afirma que a melhora da qualidade do sono pode estar relacionada com aumento da serotonina, produzida pelos efeitos dos exercícios aeróbios realizados na água a 32°C. O autor refere ainda que os pacientes com FM têm redução de serotonina, o que gera a disfunção do sono no sujeito portador da síndrome. Assim, o nível de serotonina vem sendo aumentada através da atividade física, gera uma maior produção de melatonina, que tem como função regular o sono e melhorar a capacidade funcional do fibromiálgico no dia seguinte.

Segundo Wasserman *et al.* (1999) *apud* Silva *et al.* (2012) a melhora da capacidade funcional do portador da síndrome está relacionada com os efeitos dos exercícios aeróbicos na água, principalmente sobre o sistema cardiovascular e muscular esquelético.

“Os efeitos fisiológicos da hidrocinesioterapia advêm de uma combinação dos efeitos físicos da água (térmicos/ mecânicos) com os efeitos do exercício” (FERRO *et al.*, 2008, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p. 855).

Na piscina terapêutica, as atividades podem ser executadas com maior facilidade devido à redução da força gravitacional. Isso permite a realização de exercícios com menor impacto, em relação aos exercícios que são executados no solo. Portanto, a hidrocinesioterapia, além de permitir o relaxamento muscular por meio da água aquecida, proporciona aos fibromiálgicos um tratamento com melhora da autoconfiança e uma evolução no seu quadro clínico e qualidade de vida (SALVADOR *et al.*, 2005, *apud* SILVA *et al.*, 2012, p. 855).

A avaliação da qualidade de vida antes e após a terapia indicou melhora na percepção subjetiva das condições físicas e psicológicas. Desse modo, as intervenções destinadas a melhorar a qualidade do sono e a capacidade funcional podem contribuir para a melhora da saúde e qualidade de vida de pacientes com FM. (SILVA *et al.*, 2012, p. 855).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os autores afirmam que a fibromialgia é de etiopatogenia ainda desconhecida e a sua maior característica é a dor crônica e constante, localizada em diversas partes do corpo que podem se apresentar isoladamente ou associada a outras síndromes ou comorbidades como disfunção hormonal, nutricional, além de aspectos psicológicos e emocionais como depressão e ansiedade prejudicando o ser humano como um todo, biopsicossocial e espiritual.

O tratamento deve ser realizado pela escuta especializada da demanda e tratada em suas particularidades por uma equipe multidisciplinar e não individualizada, onde se busca amenizar a sua dor.

4. 1 A DEFINIÇÃO DA FIBROMIALGIA E OS SINTOMAS

Até a década de 1970 a fibromialgia (FM) ainda não possuía uma entidade definida. As primeiras publicações eram de relatos associados ao surgimento dos primeiros sinais e sintomas, que indicavam a existência de sensibilidade e pontos dolorosos em locais específicos ou em todo o corpo. Eram os chamados de *tender points* (SMYTHE e MOLDOFSKY, 1977 *apud* SEDA, 2013, p.33).

As primeiras descrições de sintomas datam de meados do século XIX. Contudo, somente em 1977 o reumatologista Hugh Smythe e o psicólogo Harvey Moldovsky detalharam o quadro clínico e propuseram os primeiros diagnósticos "objetivos". A média de idade dos pacientes tem variado entre 30 e 60 anos, sendo maior a incidência no gênero feminino (90%) (SÁ *et al.*, 2005 *apud* MATTOS e LUZ, 2012, p.1460).

Em 1981, com a finalidade de alterar o termo fibrosite, o autor Yunus criou juntamente com colaboradores o conceito de fibromialgia. A definição é derivada do latim *fibro* (tecido fibroso, presente em ligamentos, tendões e fâscias), e do grego *mio* (tecido muscular), *algos* (dor) e *ia* (condição) (YUNUS *et al.*, 1981 *apud* HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p.359).

Por esse movimento Muhammad B. Yunus é considerado o pai da moderna visão de fibromialgia. Em 1987, a fibromialgia foi reconhecida pela "American Medical Association" como uma doença e causadora de incapacidade,

referente a um estudo realizado por Goldenberg e publicado no “Journal of the American Medical Association”, o qual descreveu sobre os achados e sintomas e optou por chamá-la de fibromialgia. (GOLDENBERG, 1987 *apud* SEDA, 2013, p.34).

Em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) aprovou critérios para o diagnóstico da FM por dor crônica generalizada, não inflamatória, sendo a dor crônica a sua principal característica. Essa dor afeta o esqueleto axial e periférico, acima e abaixo da cintura, com duração superior a três meses; em 11 de 18 locais corporais dolorosos quando submetidos a palpação, dentre outros sintomas associados como a fadiga generalizada, distúrbios do sono, dores de cabeça, rigidez matinal, dispneia, dificuldade de memorização e concentração, ansiedade, alterações no humor e depressão. As dores corporais são frequentes no pescoço, costas, ombros, cintura pélvica, mãos, mas qualquer local do corpo pode ser afetado. Chega a atingir cerca de 2% da população geral brasileira e corresponde a 20% do ambulatório de reumatologia (CATHEBRAS *et al.*, 1998 e SANTOS *et al.*, 2006 *apud* MATTOS e LUZ, 2012, p.1460).

A partir da realização de estudos entre os Estados Unidos e Canadá, encontrou-se a definição de critérios para classificação da FM que “fossem aceitos universalmente e que pudessem ser utilizados para qualquer estudo sobre a doença”. Estes critérios são adotados até os dias atuais pelo (ACR) (WOLFE *et al.*, 1990 *apud* SANTOS E KRUEL, 2009, p.437).

Desse modo, “validaram a classificação para uma população brasileira e recomendaram a continuidade de seu uso” (HAUN *et al.*, 1990 *apud* SANTOS e KRUEL, 2009, p.437).

Por ser uma síndrome clínica dolorosa associada a outros sintomas recebe também a denominação de Síndrome da Fibromialgia, podendo ser chamado o termo de fibromialgia (FM) por ser utilizado na Classificação Internacional de Doenças (CID), com o número M79.0 (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p. 359).

Em 2004 a Sociedade Brasileira de Reumatologia publicou as primeiras diretrizes da fibromialgia, com o objetivo de direcionar o diagnóstico e o tratamento desta síndrome (PROVENZA *et al.*, 2004 *apud* HEYMANN *et al.*, 2010, p.57).

Por vários estudos com pacientes com a FM foi verificado que as mensurações dos pontos de dor corporal os chamados *tender points* são irrelevantes, embora todos os sinais e sintomas são levados em consideração.

Para a sociedade Brasileira de Reumatologia SBR (2004) “o critério de resposta positiva em pelo menos 11 pontos é recomendado como proposta de classificação, mas não deve ser considerado como essencial para o diagnóstico” (SANTOS e KRUEL, 2009, p. 437).

O objetivo da gestão SBR 2006-2008 foi de atualizar e inovar as diretrizes do diagnóstico da fibromialgia, e reunir especialistas de outras áreas médicas com conhecimento desta síndrome, para elaborarem um consenso sobre seu tratamento, temas revisados (HEYMANN *et al.*, 2010, p. 57).

Os temas revisados foram divididos em três categorias: 1) importância do diagnóstico da fibromialgia com recomendações gerais; 2) tratamento medicamentoso; 3) modalidades terapêuticas não medicamentosas. Os graus de recomendação e os níveis de evidência científica utilizados foram os do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira.

Segundo Marquez (2007) *apud* Santos e Kruel (2009) “a ausência de exames laboratoriais ou radiológicos que confirmem ou excluam a doença, associada às características subjetivas dos critérios diagnósticos têm gerado muitas discussões”.

Mediante várias controvérsias sobre a falta da veracidade e comprovações através dos resultados de análises clínicas e laboratoriais, foi verificado a importância de um trabalho em equipe multidisciplinar para abordar todos os aspectos da vida do paciente para alcançar e amenizar a dor em toda a sua complexidade.

São vários os tipos de exames laboratoriais na tentativa de apontar disfunções orgânicas. Entre eles, do tipo sanguíneo, por ressonância, tomografia e radiografia. No entanto, esses não conseguem apresentar anormalidades, o único exame de estudos da dor que comprova a veracidade do sintoma e a localização por imagem avermelhada dos pontos dolorosos, chamado de *termografia*, o mapa da dor. Mesmo que os resultados de exames tradicionais estejam dentro da normalidade, autores ressaltam a importância de ser feito o tratamento, enquanto

que para a medicina tradicional, caso os exames laboratoriais estejam dentro da “normalidade”, o paciente não deve ser tratado. Esses exames servem somente como exames complementares, portanto, o paciente deve ser assistido e realizado a intervenção por uma equipe multidisciplinar, é importante o trabalho do endocrinologista, nutricionista e outros que verifiquem possibilidades de deficiências hormonais e nutricionais.

No contexto da sintomatologia merece destaque a dor como um sinal de alerta para a busca do tratamento, esta é considerada um fator limitante do sujeito em seu contexto para a realização das atividades de vida diária e profissionais (LORENA *et al.*, 2016, p.8).

A dor crônica é a maior característica no quadro clínico do paciente, mas segundo a literatura não gera inflamação tecidual nem acomete deformidades ósseas e musculares.

O estudo da FM como tratamento é caracterizada por uma condição de dor crônica e difusa, cuja etiologia inclui múltiplos fatores, da filosofia a sociologia, carrega o dilema da dissociação mente/corpo e a busca de integração dos saberes ainda cindidos na mente contemporânea (MUSSI, 2013, p.99).

É visto que desde o surgimento dos primeiros sintomas em 1977 até hoje, a doença causa discussões e controvérsias para a medicina. Logo se observa que as literaturas que tratam a etiopatogenia da fibromialgia ainda não estão satisfatoriamente resolvidas, pois podem ser de natureza orgânica ou psicológica (SEDA, 2013, p.35).

Mas como a etiopatogenia da FM ainda é discutida entre a sociedade médica e há diversas controvérsias, muitos profissionais ainda fazem o uso do primeiro critério de diagnóstico que em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) estabeleceu para diagnosticar a Síndrome da Fibromialgia, os critérios são clínicos e devem ter um histórico de dor.

Em 2010, após um estudo realizado por Wolf, o (ACR) reuniu todos os profissionais da classe para a mensuração de novos critérios diagnósticos, onde foram desconsiderados os (*tender points*). Embora esses pontos foram desconsiderados, literaturas atualmente referem-se que muitos dos profissionais da

medicina ainda aderem ao primeiro critério do diagnóstico tradicional, utilizando ainda a mensuração desses pontos dolorosos, os (*tender points*).

Martinez (2002) *apud* Santos e Krueel (2009) destaca o alto nível de complexidade subjetiva da doença tornando desafiadora a abordagem, uma vez que o acompanhamento do paciente é baseado na evolução da sintomatologia.

O autor trata da importância do profissional em estar atento a sua complexidade no que aborda todas as queixas e devem ser olhadas uma a uma, cada qual dentro da sua particularidade e singularidade no que aborda os aspectos emocionais por uma ajuda especializada.

4.2 OS ASPECTOS EMOCIONAIS E O IMPACTO DO QUADRO CLÍNICO NA VIDA DO FIBROMIÁLGICO

A apresentação do quadro álgico e o impacto na vida do fibromiálgico é a característica da FM mais relevante que cursa um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo que sofre desta síndrome, sendo assim a maior queixa que este carrega em seu corpo.

A dor do corpo e na alma, objetiva e subjetiva no campo físico e psicológico, entre contextos e textos estão histórias e memórias; lembranças e fotografias; marcas e registros e impressões na pele, experiências, vivências de vida não bem resolvidas entre outras.

Onde o invisível se revela através do visível para ser compreendido através das diversas dores por toda a sua história, no qual denuncia o profundo desamparo do corpo visível, do lado psíquico e emocional, do outro lado inconsciente e conscientemente negada e negligenciada por uma visão de mundo racionalista e materialista que ainda predomina nos cenários atuais (MUSSI, 2013, p.100).

As questões emocionais do indivíduo com a FM vão além da dor física e psicológica, abrangem no âmbito da sociologia, da filosofia, da psicologia ou até além disso, pois ela é invisível. Para exemplificar, analisemos sobre o cotidiano de todos os dias das mulheres com a FM que, em sua maioria, enfrentam o dia a dia entretanto, preconceitos de todas as formas, em todos os papéis que são por elas

desenvolvidos na sociedade e pela sociedade. Além de levar consigo a sua pele, a ponte sensível do contato com o mundo, o seu órgão mais extenso, o órgão mais intenso, um lar de profundas memórias. Carrega consigo o fardo pesado, cansado, levado de porta em porta de profissionais que não encontram a sua causa, a dor na sua pele que é a sua ponte sensível do contato com o mundo o seu mundo interior e exterior.

Não encontrando a cura na medicina tradicional, optam para a área da psicologia, de modo que assim possam encontrar a solução consigo mesmas. Este é o encontro com o profissional que possibilita o encontro consigo mesma.

O conceito de dor, em geral, abrange o indivíduo física e psiquicamente, sendo utilizado para definir tanto uma sensação dolorosa como um sentimento subjetivo. Neste sentido, análise da dor como sintoma presente em diversas patologias, seja na clínica médica ou psicológica, demanda uma compreensão que integre seus múltiplos aspectos (MUSSI, 2013, p. 101).

“Na atualidade, cada vez mais os pacientes migram dos consultórios médicos para a psicoterapia, com sintomas corporais que não são suficientemente compreendidos pela medicina tradicional” (MUSSI, 2013, p. 101). No entanto a psicologia trabalha profundamente o inconsciente e busca resgatar o corpo simbólico ou psíquico, que representa a outra parte da totalidade do sujeito, ou seja, o corpo biológico e o psicológico, corpo e mente como unidade integral, do ser unitário e indissociável.

“Estudos mostram que mulheres com o diagnóstico da FM apresentam impacto negativo na qualidade de vida com a redução da capacidade funcional, aumento da dor e piora do estado geral de saúde” (CARDOSO *et al.*, 2001 *apud* LORENA *et al.*, 2016. p.10).

As pacientes fibromiálgicas apresentam níveis mais elevados de dor, o que implica limitações funcionais e físicas, “menor flexibilidade, fadiga muscular, falta de condicionamento aeróbico e menor capacidade para realizar atividades de vida diária” (MARTINS *et al.*, 2011 *apud* LORENA *et al.*, 2016, p.10).

A fadiga muscular, a rigidez e a dor musculoesquelética continua difusa e são frequentemente relatadas pelas pacientes, sendo cada um desses distúrbios,

causas, consequências da piora e do agravante do quadro sintomático e da capacidade para o trabalho e para a prática do exercício nas mulheres com FM (MARTINS *et al.*, 2011 *apud* LORENA *et al.*, 2016, p.10).

Segundo Bair *et al.* (2003) *apud* Santos *et al.* (2012) afirma que a associação de sintomas de ansiedade e depressão é frequentemente observado em pacientes com dor crônica. Desta forma é comum que pacientes com a FM apresentem aspectos psicológicos semelhantes aos pacientes com dor crônica. Ainda para o autor a dor crônica aumenta o risco de comorbidades e a elevação na constância de sintomas ansiosos e depressão em um terço da população com a fibromialgia.

A ansiedade é considerada um sintoma comum frequentemente em que agrava os casos de fibromialgia, a prevalência do sintoma entre os fibromiálgicos varia entre 13% e 71%, comprometendo o curso da doença. A presença da ansiedade em pacientes com fibromialgia está relacionada a um maior número de sintomas físicos e maior intensidade da dor, aumentando, dessa forma, a severidade da doença (THIEME *et al.*, 2004 *apud* SANTOS *et al.*,2012, p. 591).

A depressão apresenta-se de forma equivalente à ansiedade na fibromialgia, no qual os pacientes com fibromialgia apresentam uma maior predominância de sintomas depressivos, quando comparados a grupos de pacientes com doenças reumáticas inflamatórias e não inflamatórias, onde a prevalência de sintomas depressivos varia entre 20% e 80% em fibromiálgicos (SANTOS *et al.*,2012, p. 591).

Logo a ansiedade e a depressão interferem no aspecto da doença e corrobora entre a piora do condicionamento físico, na vida social e no aspecto emocional, “dor e percepção da saúde em geral, e os níveis de depressão em pacientes com fibromialgia” (BERBER *et al.*, *apud* SANTOS *et al.*,2012, p. 591).

Quando não existe a solução da dor e consecutivamente, dia após dia é vivenciada com ela, surge um sentimento contínuo de desesperança, incapacidade e aflição. Por este processo ocorre o aparecimento da depressão, assim é dito que “dor e depressão caminham juntas e uma agrava a outra” (SANTOS *et al.*, 2012, p. 593). Assim a relação entre a depressão e a dor pode ser explicada, uma vez que a síndrome fibromiálgica é caracterizada pela presença obrigatória de dor difusa e

crônica, existem, três vertentes teóricas para explicar a relação entre a dor e a depressão: “1. Dor provoca depressão, devido às consequências estressantes causadas por ela; 2. Depressão e dor partilham as mesmas raízes patofisiológicas; 3. Depressão provoca dor, devido ao aumento da sensibilidade dolorosa” (WALTER *et al.*, 1998, *apud* SANTOS *et al.*, 2012, p. 593).

Devido ao impacto do processo psicológico seja através da intensificação dos sintomas ou na produção dos sintomas complementares é de grande importância haver uma abordagem multidisciplinar com atuação na intervenção da avaliação quanto na terapêutica dos sintomas ansiosos e depressivos (SANTOS *et al.*, 2012, p.595).

4.3 O TRATAMENTO

O tratamento da FM deve ser multidisciplinar e individualizado, onde o paciente deve comprometer-se de forma ativa no tratamento, juntamente com a equipe de profissionais levando em consideração as modalidades não farmacológicas e farmacológicas. Assim, deve ser elaborado o projeto terapêutico de acordo com as necessidades do paciente, observando as características e a intensidade dos sintomas.

“Como parte inicial do tratamento da FM, devem ser fornecidas aos pacientes informações básicas sobre a FM e suas opções de tratamento, orientando-os sobre controle da dor e programas de autocontrole” (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p.362).

A causa da fibromialgia é de uma complexidade que inclui fatores psicológicos, sociais e biológicos e requer uma abordagem biopsicossocial embasando-se do conjunto da sintomatologia e do quadro álgico na vida do indivíduo. Como consequência, ao conjunto de sintomas e em particular a dor crônica, sendo essa sua maior característica, além disso, pode trazer consigo ou desenvolver no percurso, comorbidades como a ansiedade e a depressão. Assim os pacientes com a FM são frequentemente encaminhados ao tratamento com fármacos e não farmacológicos. Portanto, “o controle do quadro álgico é descrito como principal objetivo do tratamento interdisciplinar da FM, voltado basicamente

para reestruturação da capacidade funcional e melhora da qualidade de vida (QV) do paciente” (SMARR *et al.*, 1997 *apud* LORENA *et al.*, 2016, p.9).

Segundo as literaturas, alguns medicamentos podem ser utilizados para a melhora e alívio da dor. Porém, o tratamento medicamentoso vai depender muito do diagnóstico de cada paciente, a síndrome pode vir a apresentar vários sintomas e modificar paciente a paciente. Neste sentido os médicos reumatologistas e psiquiatras utilizam o tratamento medicamentoso que inclui: antidepressivos, analgésicos, relaxante muscular, anti-inflamatório em conjunto com a psicoeducação para auxiliar o paciente no seu tratamento. Logo, “o tratamento farmacológico da FM, além do controle da dor, tem como objetivos induzir um sono de melhor qualidade, e tratar os sintomas associados como, por exemplo, a depressão e a ansiedade” (HELFENSTEIN *et al.*, 2012, p.362). Portanto temos acompanhado até o presente momento pela literatura que o tratamento mais adequado e indicado para pacientes com a FM seria o trabalho realizado em equipe, uma equipe multiprofissional. Pode ser composta pelos seguintes profissionais como reumatologistas, psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, fisioterapeutas, educadores físicos ou personal trainer’s, nutricionistas entre outros. O Médico no qual exerce seu tratamento por meio medicamentoso e por orientar sobre a FM realizando a psicoeducação;

Profissionais	Atuação
Psiquiatra	Atua na psicoeducação e na intervenção medicamentosa por apresentar comorbidades, ansiedade e depressão;
Psicólogo	Através da psicoterapia, acolhendo respeitosamente a demanda, conhecendo a sua história de vida, seu sistema familiar e o seu contexto atual pode trabalhar com técnicas distintas manipulativas, de relaxamento e exercícios de diferentes tipos de reabilitação conforme o conhecimento do fenômeno e a sua abordagem;
Fisioterapeuta	Através do uso de terapia manual como massagem corporal, quiropraxia, pilates, hidroterapia, acupuntura e outras técnicas;

Educador físico ou Personal Trainer	Através de atividades físicas, alongamento, caminhadas, marchas, bicicleta, remo, musculação, etc. Pode ser também em espaço amplo e aberto, ao ar livre, e fazer exercícios de flexibilidades e atividades leves ou de recreação como escutar músicas, realização de leitura, ioga ou em academias. São muito variadas as modalidades e formas de atividade física, aeróbica e funcionais que tem efeito benéfico de reabilitação. Mas a inatividade física de pacientes com FM contribui para o surgimento de limitações funcionais.
--	--

Fonte: Dados de Pesquisa

Há diversos motivos para justificar a importância da atividade física para o fibromiálgico:

Aumento dos níveis de serotonina e de outros neurotransmissores inibitórios; aumento da produção de GH (hormônio do crescimento) e IGF-1; regulação do eixo hipotálamo- hipófise adrenal e do sistema nervoso autônomo; aumento da densidade capilar; aumento da quantidade de mioglobina; aumento da atividade mitocondrial. Todas estas mudanças contribuem para a melhora da dor, da qualidade do sono, da fadiga, da ansiedade e de outros sintomas. Some-se o fato de que pode haver uma socialização, dependendo de circunstâncias, e influenciar positivamente alguns aspectos psicológicos (HELFENSTEIN *et al.*, 2010, p.362).

Os exercícios físicos têm representado a intervenção não medicamentosa, uma das mais empregadas e estudadas na FM sendo de baixo custo para o paciente. No entanto, ainda não foi estabelecido qual o exercício mais apropriado, assim como a frequência e a intensidade ideais (CLARK *et al.*, *apud* HELFENSTEIN *et al.*, 2010 ,p.362). Portanto, é visto que o tratamento da FM deve ser realizado por equipe multiprofissional, com o objetivo de amenizar a dor e o sofrimento. O tratamento pode ser farmacológico e não farmacológico, através das diversas técnicas e atividades propostas no trabalho, desde que este projeto venha ser de interesse do paciente, respeitando a sua volição, disposição e funcionalidade corporal no dia a dia, sua autonomia pessoal e visando a qualidade de vida.

“A complexidade da síndrome fibromiálgica inclui fatores psicológicos, sociais e biológicos que requer uma abordagem biopsicossocial, preferencialmente concomitante, não consecutiva” (TURK e ADAMS, 2016 *apud* OLIVEIRA e ALMEIDA, 2018, p.258).

O paciente deve ser orientado sobre a importância de fazer a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, assim como a psicoterapia para investigar as questões emocionais, crenças, padrões enraizados, vivência, enfrentamento no decorrer da sua vida e em seu contexto, no sistema familiar, que antes não foram elaboradas. “Muitos outros agentes medicamentosos foram estudados, porém, em geral, com resultados menos satisfatórios” (HEYMANN *et al.*, 2010, p.362).

Como consequência, frequentemente são associados aos fármacos de praxe, tratamentos não farmacológicos como acupuntura, biofeedback, terapias cognitivo- -comportamentais, terapia corpo-mente, terapia mente-plena, massagem, exercício, hidroterapia, oxigenoterapia hiperbárica, ozonioterapia, estimulação magnética transcraniana, entre outras (OLIVEIRA e ALMEIDA, 2018, p.258).

Cordeiro (2018) se refere sobre a importância de conhecer as questões emocionais e a história de vida do paciente com o diagnóstico de dor crônica para o tratamento, em especial a fibromialgia.

Aponta pesquisas que apresentam dados nos quais pacientes com dor crônica relatam níveis menores de recreação familiar e maior conflito, o que sugere um possível prejuízo no funcionamento e na coesão do sistema. Por sua vez, ao mencionar sobre os sentimentos na relação familiar de pessoas com dor crônica, mencionam expressões que refletem o amparo recebido, variando de acordo com o tipo de apoio percebido, quando percebido. Também houve relatos relacionados ao luto como um sentimento experimentado no sistema familiar (MIKAIL 2012 e SALTARELI *et al.*, 2008 *apud* CORDEIRO, 2018, p.21).

Em estudos realizados em mulheres com a FM, foram percebidos componentes emocionais e históricos relacionados a experiência da dor e a presença de eventos traumáticos relacionado ao luto (perdas, rompimentos, separações, divórcios, violências emocionais, físicas e sexuais seguidas de estupros ocorridos na infância, adolescência ou na vida adulta) de um ou de vários relacionamentos afetivos que favoreceram para a origem da causa, a dor corporal.

Cordeiro (2018) observando que, de modo geral, as mulheres ocupam uma posição central em suas famílias, sentem-se pouco compreendidas.

Levaram pesquisadores a enxergarem a dor crônica como um fenômeno sistêmico que causa impacto sobre o indivíduo e seu sistema social. Pode-se eleger o ciclo familiar como um possível contexto influenciador no curso do adoecimento, compreendendo-se a família como um sistema importante na constituição do ser humano, principalmente no que diz respeito aos laços biológicos e/ou afetivos. É sabido que diante de um membro adoecido não raro percebem-se diversos impactos no sistema familiar, com prejuízos funcionais, emocionais e sociais (SOARES e FERRETJANS, 2017 *apud* CORDEIRO, 2018. p. 21).

O autor afirma ainda que foi verificada relações familiares que se retroalimentavam negativamente, favorecendo a persistência do sintoma, “as famílias adotam condutas que repercutem numa manutenção de homeostase disfuncional”. O padrão disfuncional define-se como um movimento de rigidez consecutivo, com dificuldade de mudança, assim sendo de poucas transições dentro dos sistemas, afastando as condições de oportunidades à verdadeira experiência, funcional dentro do sistema.

Quando uma doença conhecida se manifesta no corpo físico, visível a olho nu, apesar do impacto que ela pode vir causar na vida dos envolvidos, as expectativas, planejamentos e prognósticos geralmente são traçados a partir do que é conhecido e observável.

A dor crônica representa no Brasil um problema relevante na saúde pública, onde a desigualdade social repercute no acesso à saúde, tanto quanto no diagnóstico, como em relação ao tratamento. A literatura expressa que os portadores da fibromialgia se utilizam mais de terapias analgésicas, procurando os serviços médicos e de diagnóstico com maior frequência que a população normal (HEYMANN, 2010, p.57).

Mediante a prevalência da doença e o seu impacto econômico para a saúde pública nos EUA, Helfenstein *et al.* refere que “não é de se estranhar que nos EUA seus custos de saúde anuais chegam a U\$ 9.573,00 por paciente, representando gastos 3 a 5 vezes maiores do que a população em geral” (BERGER *et al.*, 2007 *apud* HEYMANN *et al.*, 2010, p.57). Ainda para o autor, “uma parcela considerável destes custos pode ser economizada quando o paciente tem seu diagnóstico realizado quando é tratado corretamente, evitando exames complementares desnecessários e medicamentos inúteis para o seu tratamento” (ANNEMANS *et al.*, 2008 *apud* HEYMANN *et al.*, 2010, p.57).

“No Brasil, além da variabilidade na manifestação clínica da síndrome fibromiálgica, enfrentam-se grandes distâncias geográficas, diferentes heranças históricas e realidades sociais distintas entre os estados e as regiões do país” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017 *apud* SOUZA e PERISSINOTTI, 2018, p 346).

No Brasil a desigualdade social repercute no acesso à saúde, seja quanto ao diagnóstico e ao tratamento.

A SFM não é a dor crônica de maior prevalência mundial, nem brasileira. Contudo, é foco de muitas pesquisas e estudos devido ao quadro clínico complexo e por ser onerosa ao sistema de saúde. Estima-se que um paciente com SFM gere custos diretos de 2 a 3 vezes mais do que outros pacientes com dores crônicas, no Canadá e nos Estados Unidos, respectivamente. O custo direto em saúde envolve o número de consultas médicas, de exames laboratoriais e de imagem; fármacos e outros tratamentos (SOUZA e PERISSINOTTI, 2018, p 346).

Como dito anteriormente, as pesquisas sobre a doença são realizadas há mais de quatro décadas. Para o fenômeno da dor crônica e generalizada, se fizeram anos de consultas e atendimentos na rede de saúde pública e em consultórios particulares. Foram destinados muitos gastos e investimentos, tanto governamentais como particulares que são mensurados através de consultas e exames, mas não detectam o fator causal na maioria mulheres de 30 a 60 anos com FM. O diagnóstico pode levar de 3 a 8 anos para o paciente com a síndrome da fibromialgia. Portanto Heymann *et al.* afirma que “embora seja uma doença reconhecida há muito tempo, a fibromialgia tem sido seriamente pesquisada somente há três décadas. Pouco ainda é conhecido sobre sua etiologia e patogênese. Até o momento, não existem tratamentos que sejam considerados muito eficazes” (HEYMANN *et al.*, 2010, p.57).

Depois de um estudo realizado por Wolf em 829 casos, foram estabelecidos os primeiros critérios, sendo que somente em 1990, o Colégio Americano (ACR) decidiu propor novos critérios para a avaliação do diagnóstico de fibromialgia. Wolf *et al.* (2010) *apud* Seda (2013). Por que apenas em 2010 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) decide propor novos critérios para o diagnóstico e rever a avaliação dos sintomas da fibromialgia? Porque observou-se a gravidade dos sintomas, momento em que se passou a considerar a hipótese de ser uma doença de origem psicológica. Assim, Seda (2013) ressalta que a “gravidade dos sintomas pode ser psicológica”.

Mesmo depois de muitas discussões e controvérsias por conta dos autores da doença no sentido de que esta pode ser de causa psicológica, a etiopatogenia da FM ainda não está satisfatoriamente definida. “Pois a causa da grande discussão é que a sua natureza pode ser orgânica ou psicológica” (SEDA, 2013, p.35). O autor define ainda que o critério é bem mais complexo, pois a conclusão é surpreendida por uma novidade na qual a simples definição clínica da fibromialgia é classificada por 88,1% dos casos onde passou a ser “desconsiderado” o exame físico, os *tender points*.

“O diagnóstico é eminentemente clínico, não existindo alteração de exames laboratoriais ou radiológicos” (LORENA *et al.*, 2016, p.8). Esse é o motivo que causa grande discussão entre a sociedade médica, principalmente entre reumatologistas, psiquiatras e fisiatras, além dos autores que afirmam que a etiopatogenia ainda é desconhecida, não sendo possível identificar a sua causa, tampouco a cura. Até hoje a doença ainda é um mistério para a medicina.

Não podemos negar o progresso da ciência e a sua importância para a evolução da consciência da humanidade; porém precisamos também reconhecer nossas limitações, assim com nossos medos e resistências em avançar em direção ao desconhecido. Neste sentido, o apego a matéria e o preconceito em relação ao imaterial pode ser compreendido como uma defesa do homem frente àquilo que ele não domina (MUSSI, 2013, p.101).

Portanto, quando os exames clínicos, laboratoriais não apontam causas orgânicas, o profissional da psicologia deve investigar os componentes emocionais valendo - se de origem psicológica, relacionado as demandas apresentadas pelo paciente através dos sinais e sintomas, nesse caso, a experiência da dor.

Wolfe *et al.* (2010) apud Heymann *et al.* (2010), analisa que de 1990 até os dias atuais, novos critérios vêm sendo utilizados a fim de validar o diagnóstico da fibromialgia. Assim sendo, o autor afirma que:

A maioria das condutas e recomendações possuem muito em comum, porém não são totalmente congruentes, mostram dinamismo e mudanças à medida em que se acumula conhecimento sobre um assunto sobre o qual o consenso ainda está muito longe de ocorrer (OLIVEIRA e ALMEIDA, 2018, p. 255).

Em suma, os aspectos psicológicos e emocionais devem ser relevantes e de grande importância. Ações como o acolhimento, a escuta das demandas e queixas, o respeito e a empatia por aquele que não suporta carregar consigo tanta dor objetiva e subjetiva devem ser sempre priorizados. Nesse sentido, é importante o papel da psicologia e psicoterapia, pois devem estar presentes de maneira a propiciar o suporte e o auxílio necessário, valendo-se da escuta especializada e necessário, a intervenção terapêutica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença tem sido pesquisada há mais de quatro décadas sobre o fenômeno da dor, a fibromialgia. Foram mensurados anos de consultas e atendimentos na rede de saúde pública e consultórios particulares, milhões de investimentos governamentais através de pesquisas, consultas, exames e tratamentos, mas ainda é referido pelos autores o desconhecimento do fator causal.

Sabemos que a maioria desse público, sendo este as mulheres, levam de 3 até 8 anos para chegar ao diagnóstico. Já se passaram tantos anos de estudos, segundo pesquisas e exames laboratoriais, mas não comprovam a veracidade de causa, tampouco a cura.

Afinal, que fenômeno é esse ao qual os exames laboratoriais ainda não comprovam a causa? Que após vários estudos, pesquisas, definições da doença e critérios de diagnósticos realizados ainda não foi possível encontrar achados orgânicos, sendo todos esses descartados?

As pesquisas analisam que o trabalho deve ser abordado por uma equipe multiprofissional preparada para lidar com a dor crônica, em especial a fibromialgia, obtendo o conhecimento do fenômeno por parte da equipe profissional que estão à frente desses pacientes que, na maioria dos casos, são os primeiros profissionais de saúde a serem procurados, os médicos. Esses precisam reconhecer o seu trabalho e suas próprias limitações frente ao seu conhecimento, quando a sua principal terapêutica é silenciar a dor, quando é possível realizar o tratamento que vai além da dor física. Portanto, é necessário fazer o direcionamento para o profissional qualificado e que esteja preparado para trabalhar com os elementos emocionais do paciente.

Sendo assim, surge a necessidade do tratamento multidisciplinar, onde são avaliados os sintomas que podem ser oriundos de qualquer parte da mente e do corpo. Até o momento, é o que mais orientam as pesquisas sobre a fibromialgia, que a origem da síndrome não é objetiva, sendo assim subjetiva. Todavia, relatos afirmam que acompanhamento psicológico tem propiciado aos pacientes uma melhora considerável em relação a dor. Ainda assim, a ACR menciona nas pesquisas o desconhecimento sobre causas de origem psicológica.

Segundo os autores, profissionais da saúde e pacientes ainda hoje desconhecem o importante e fundamental papel do psicólogo, da psicoterapia para trabalhar as questões emocionais e psicológicas, em relação a fibromialgia, assim como as demais especialidades que os pacientes com a FM precisam também serem encaminhados.

Ante ao exposto neste trabalho, observa-se que embora a fibromialgia seja mencionada para alguns autores que venha sendo estudada por volta de 49 anos, ou bem antes ainda.

Após o mencionado tempo de estudos, ainda hoje a classe médica considera a FM como sendo um mistério para a medicina.

Desse modo, deve -se ressaltar a importância do espaço psicoterapêutico que vise um tratamento para além da dor física para os pacientes que sofrem com a fibromialgia.

Salienta-se a necessidade de uma maior efetividade de estudos para a compreensão sobre as causas, quanto ao tratamento da fibromialgia.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, Antônio Carlos *et al.* **Fibromialgia**: uma visão holística para entender e lidar com a dor. Criciúma: Editora Eletrônica Alvo Design, 2013.

CASTRO, C. M. Estrutura e apresentação de publicações científicas. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

CORDEIRO, Nazário Vanessa. **A DOR CRÔNICA**: experiência de pacientes em tratamento de fibromialgia. 2018. Disponível em: http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/1025/5/vanessa_nazario_cordeiro.pdf> acesso em: 04 Jun. 2019.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos**: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Editora Atlas, 2002.

HEYMANN, Roberto Ezequiel *et al.* **Dores musculoesqueléticas localizadas e difusas**. São Paulo: Planmark, 2010.

HEYMANN, Roberto Ezequiel *et al.* **Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n1/v50n1a06.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

HELFENSTEIN, Milton J. *et al.* **Fibromialgia**: aspectos clínicos e ocupacionais. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n3/v58n3a18.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

LORENA, Suélem Barros *et al.* **Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000100008&lang=es> Acesso em: 26 Mar. 2019.

MATTOS, Rafael da Silva; LUZ, Therezinha Madel. **Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor e sofrimento**: um estudo de caso sobre fibromialgia. 2012 Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a11v22n4.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MEDINA, Eugenia Urra *et al.* **A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23>. Acesso em: 12 abr. 2019.

MILANEZ, Manente. Fernanda . **Fibromialgia**: Definição, fisiopatologia, quadro clínico e tratamento. IN: ALTHOFF, Antônio Carlos *et al.* **Fibromialgia**: uma visão

holística para entender e lidar com a dor. Criciúma: Editora Eletrônica Alvo Design, 2013.

MUSSI, Anita. A outra face da dor. IN: ALTHOFF, Antônio Carlos *et al.* **Fibromialgia: uma visão holística para entender e lidar com a dor.** Criciúma: Editora Eletrônica Alvo Design, 2013.

OLIVEIRA JR, Oswaldo José; ALMEIDA. Brito Mauro. **O tratamento atual da fibromialgia.** 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n3/pt_1806-0013-brjp-01-03-0255.pdf> Acesso em: 06 Jun. 2019.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1989.

SANTOS, Lisía Coradini dos; KRUEL, Luiz Fernando Martins. **Síndrome de Fibromialgia: fisiopatologia, instrumentos de avaliação e efeitos do exercício.** 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=535247&indexSearch=ID>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

SANTOS, Emanuella Barros dos *et al.* **Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos.** 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/09.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SEDA, Hilton. Aspectos Históricos da Fibromialgia. IN: ALTHOFF, Antônio Carlos *et al.* **Fibromialgia: uma visão holística para entender e lidar com a dor.** Criciúma: Editora Eletrônica Alvo Design, 2013.

SILVA, Kyara Morgana O. M *et al.* **Efeito da hidrocinesioterapia sobre qualidade de vida, capacidade funcional e qualidade do sono em pacientes com fibromialgia.** 2012. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.655.7600&rep=rep1&type=pdf>> Acesso em: 30 mar. 2019.

SOUZA, Juliana Barcellos; PERISSINOTTI, Dirce Maria Navas. **A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira.** 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n4/pt_1806-0013-brjp-01-04-0345.pdf > Acesso em: 08 Jun.2019.

VERGARA, Sylvia C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.